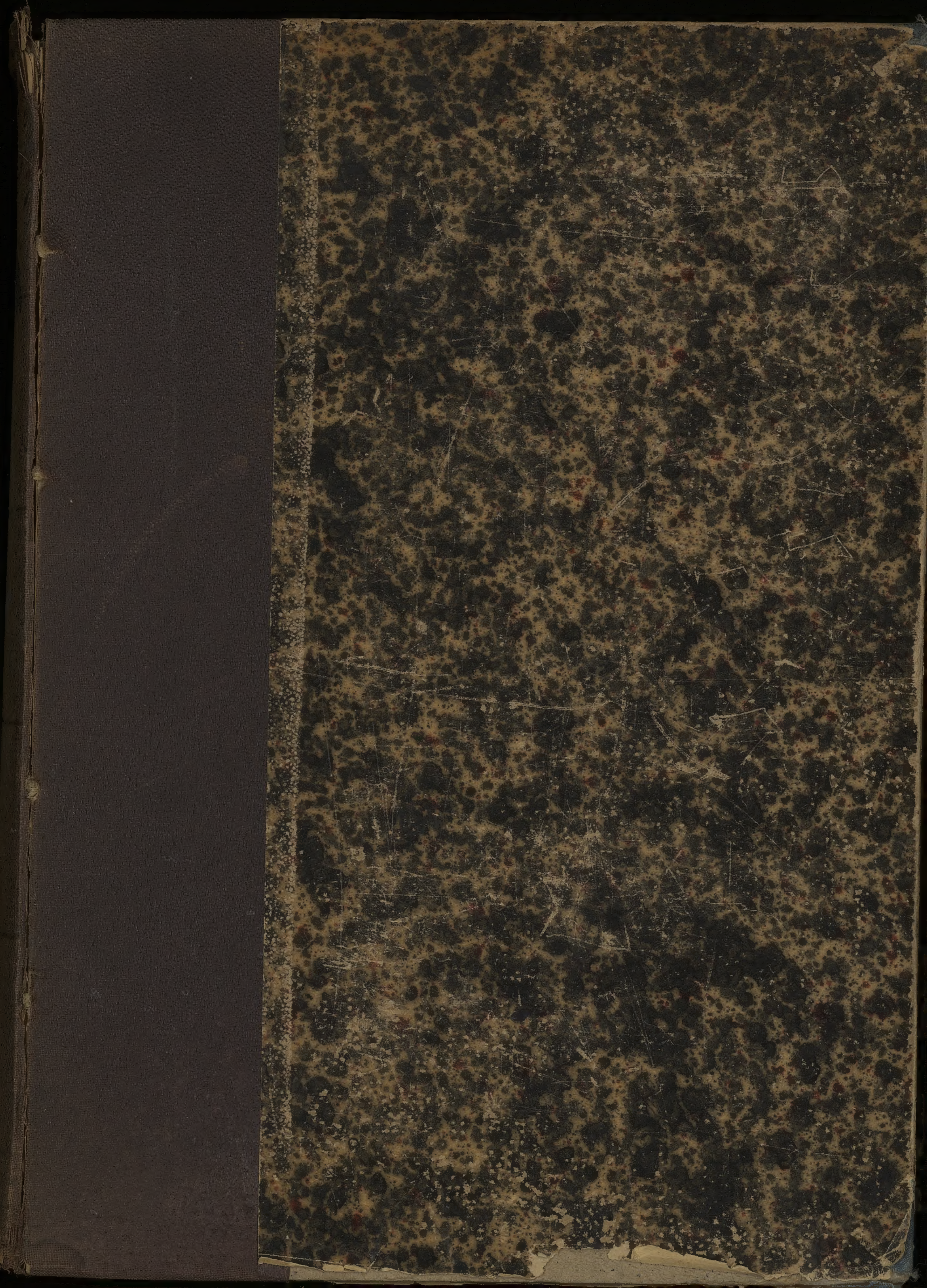
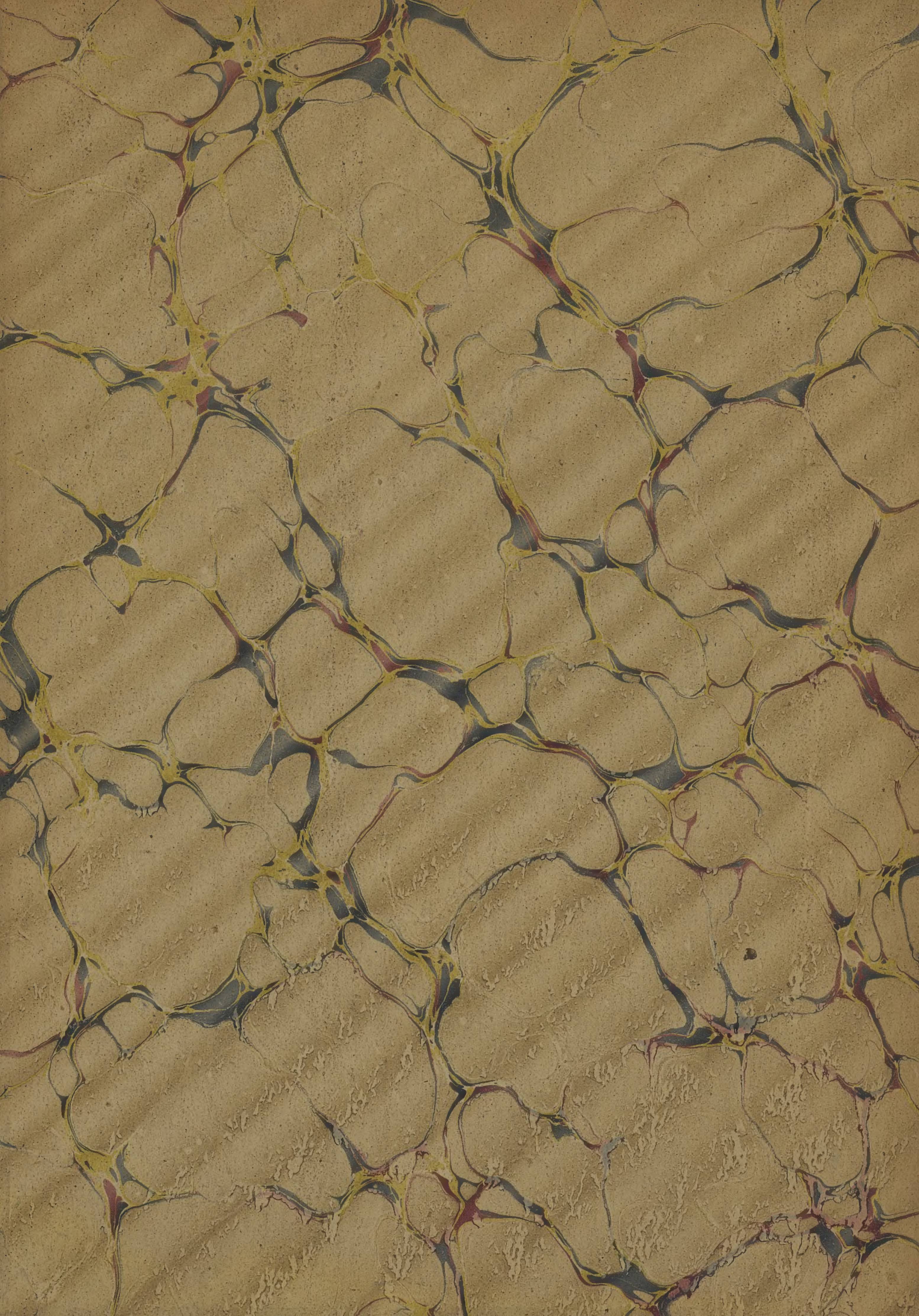
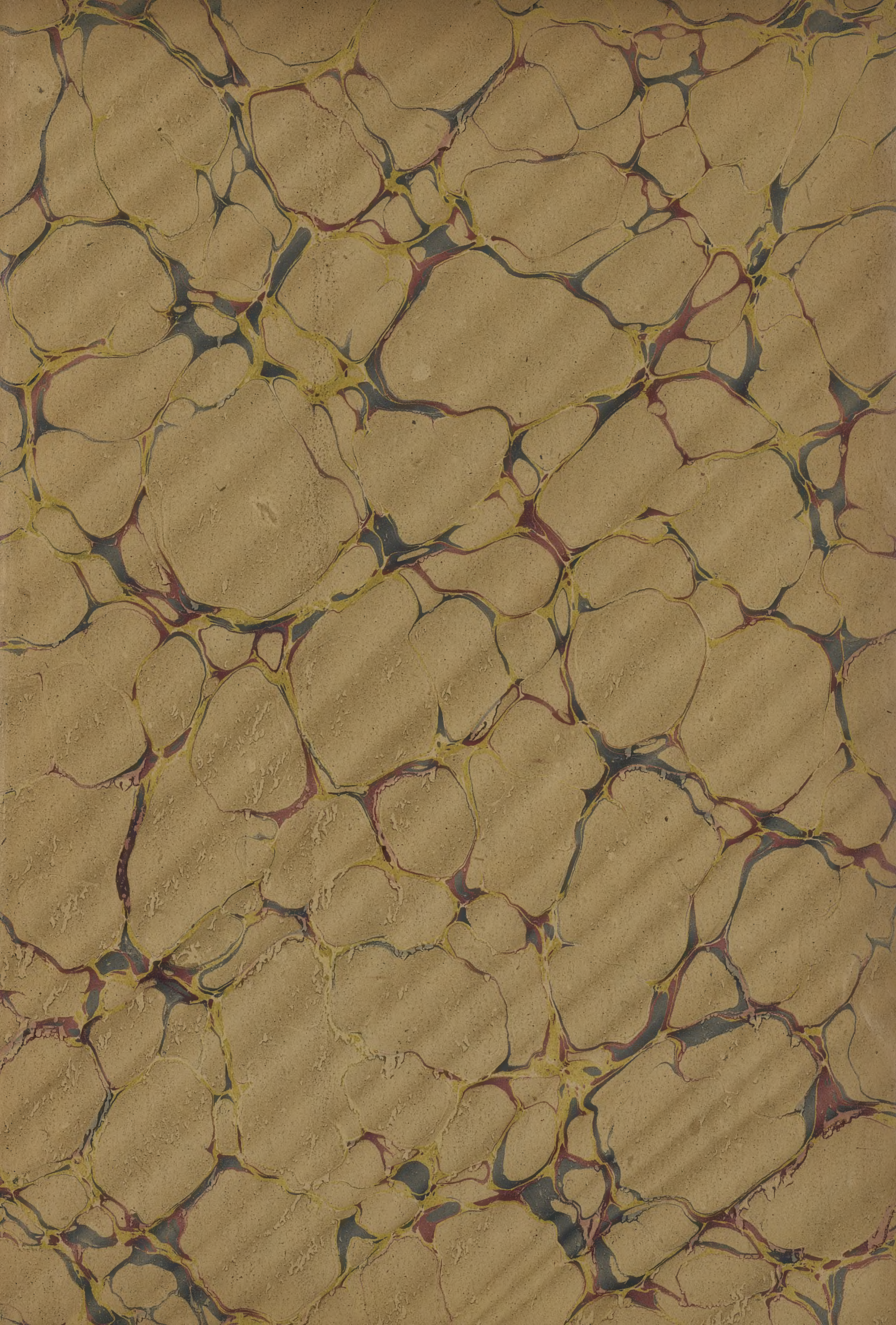
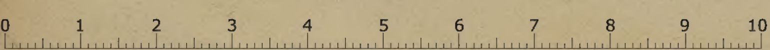







0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARIS

IMPRIMERIE F. LEVÉ

17, RUE CASSETTE, 17.

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

JOURNAL PARAISSANT TROIS FOIS PAR SEMAINE



SOIXANTE-DIX-HUITIÈME ANNÉE

1905

PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : 49, RUE SAINT-ANDRÉ-DES-ARTS (6e)

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1905

N° 1. — MARDI 3 ET JEUDI 5 JANVIER 1905. 78ᵉ ANNÉE. MARDI 3 ET JEUDI 5 JANVIER 1905. — N° 1.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1ᵉʳ de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de **10ᶠ** par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6ᵉ

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CLINIQUE CHIRURGICALE
Maladie de Riga, par M. Albert Mouchet.
MÉDECINE PRATIQUE
Applications internes du nitrate d'argent, par M. L. Babonneix.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux.
ANALYSES
Médecine : Traitement du cancer par la quinine et les rayons X; — *Chirurgie :* Reconstitution de l'urètre par la transplantation d'urètre d'animal; — *Obstétrique :* Sur l'hébotomie ou symphyséotomie paramédiane; — Le pouvoir ocytocique du sucre; — *Dermatologie :* La multiplicité du chancre syphilitique; — *Physiologie :* La caféine et son influence sur l'élimination de l'acide urique.
LIVRES NOUVEAUX
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
NOTES POUR L'INTERNAT
Hémoglobinuries.
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

A NOS LECTEURS

En entrant dans sa 78ᵉ année, la *Gazette des hôpitaux* tient à adresser une fois de plus ses vœux à ses lecteurs.

Elle les remercie de l'attachement qu'ils veulent bien lui témoigner, ainsi que des nombreux encouragements qu'ils lui prodiguent.

Grâce à ces encouragements, grâce à l'accroissement continu du nombre de ses abonnés, la *Gazette des hôpitaux* a pu prendre depuis quelques années un développement digne de sa vieille renommée.

Sans rien bouleverser, sans rien perdre des qualités qui ont fait sa force et son succès pendant trois quarts de siècle, la *Gazette des hôpitaux* est devenue un journal bien moderne, le plus sûr compagnon du praticien et de l'étudiant.

Nos lecteurs ont pu se rendre compte des améliorations apportées progressivement dans leur journal, nous espérons qu'ils continueront à apprécier celles que nous y apporterons encore.

Il est cependant un point sur lequel nous n'apporterons aucune modification : nous voulons parler de nos Premiers-Paris.

Comme par le passé, ils ne porteront aucune signature.

Personne n'a jamais songé à traiter d' « anonymes » les Premiers-Paris de nos confrères de la presse politique, les *Débats* ou le *Temps*. Nous espérons qu'on ne fera plus semblable remarque pour les nôtres.

Ces articles sont écrits le plus souvent en *collaboration,* car la collaboration la plus étroite unit les rédacteurs de la *Gazette des hôpitaux*. Ils ne sont pas l'expression de la pensée d'*une personne*, mais celle d'*un journal*, absolument indépendant, représenté par son directeur.

Il est permis d'ajouter que c'est précisément ce qui a rendu la *Gazette des hôpitaux* le plus écouté des organes de la presse médicale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Internat.* — Anatomie. Séance du 30 décembre 1904 : MM. Braun, Chandesris, Herisson et Vincent (Clovis), 12; Boulouneix, Chéné (Henri) et de Gandt, 10; Moyrand, 9; Monsongeon, Pélissier et Schæffer (Henri), 7; Dureau, 6.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Sont nommés internes au concours des asiles d'aliénés de la Seine :

Internes titulaires : MM. Charpentier, Lemeland, Delmas et Benon.

Internes provisoires : MM. Courbon et Froidfard, Mˡˡᵉ Grünspau.

ÉCOLES ANNEXES DE MÉDECINE NAVALE. — Les jurys des concours qui auront lieu le 30 janvier prochain pour les emplois de professeur et de prosecteur dans les écoles annexes de médecine navale seront composés comme suit :

Concours du 30 janvier 1905 à Toulon (pour l'emploi de professeur de séméiologie chirurgicale) : MM. Auffret, inspecteur général du service de santé, président; Ambiel, médecin en chef, membre; Lassabatie, médecin principal, membre.

Concours du 30 janvier 1905 à Rochefort (pour un emploi de prosecteur d'anatomie) : MM. Guès, directeur du service de santé, président; Barrat et Etourneau, médecins de première classe, membres.

Les noms des candidats désireux de prendre part à ces concours devront être télégraphiés au ministère cinq jours avant la date d'ouverture des épreuves.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promu ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le docteur Bélières (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Georges Bau-

douin (de Paris), Emile Binet (de Vence), Guglielminetti (de la Suisse), Pallier, médecin de la marine.

MM. Bourquelot, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Paris; Chabert, pharmacien à Tunis.

— Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Barbary (de Nice), Barbe (de Paris), Besson (de Bourges), Biaute (de Nantes), Bossuet (de Gironne), Bouchon (de Toul), Boutland (de Limoges), Bourras (de Pompignan), Braine et Canolle (de Paris), Carpentier (de Lille), Chauveau (de Paris), Chevallier (de Segré), Chevassu, médecin principal de 1re classe; Claret (de Gagny), Colombel (de Paris), Cornet (de Saintes), Coutray (de Paris), Daraignez (de Mont-de-Marsan), Darras et Destrem (de Paris), Dubar (d'Armentières), Ducamp (de Saint-Loubès), Dunogier (de Paris), Dupain (de Vaucluse), Dussac de (Saint-André), Foucher (de Chinon), Gapin (de Paris), Gentou (d'Issoire), Gény et Gesland (de Paris), Giannetti (de Paris), Gros (d'Apt), Guelliot (de Vouziers), Joanny (de Pléaux), Jouliard (de Paris), Julien (de Paris), Laplane (de Marseille), Lataste (de Souprosse), Lemasson (de Saint-Jean-du-Bruel), Leprince (de Paris), Nasse (de Vincennes), O'Followell (de Paris), Peltier (de Paris), Periès (de Montauban), Peschaud (de Murat), Pessez (de Paris), Pons (d'Ille-sur-Têt), Pottier (de Paris), Ramadier (de Rodez), Richer (de Paris), Robin (de Paris), Saqui (de Paris), Schrameck (de Paris), Tariel (d'Issy-les-Moulineaux), Tissier (de Paris), Vercouste (de Paris), Vimont (de Paris), Willette (de Paris).

MM. Capdepont, chirurgien-dentiste des asiles d'aliénés de la Seine; Pigneret, chirurgien-dentiste (de Paris).

MM. les pharmaciens Baise (de Coutances), Bavay, ancien pharmacien de la marine, Robert (de Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Alibert (de Bordeaux), Allard (de Marseille), Alvernhe, médecin-major de première classe, Anthony (de Lyon), Archambaud et Baumann (de Paris), Barancy (de Vienne), Baylac (de Toulouse), Beaudonnet (de Vichy), Bellard (de Paris), Benoit (du Blanc), Billet et Blainville (de Paris), Boisson, médecin-major de première classe, Boiteux (de Clermont), Boncour (d'Asnières), Boniface (de Montreuil), Bottone (de Nice), Bouchet (de Saint-Denis), Bouillat (de Paris), Bouley (de Beaune), Bourdette (d'Angoulême), Bourgain (de Boulogne-sur-Mer), Bourgeois (de Paris), Bouvier (du Grand-Fresnoy), Bridier (de Pont-du Château), Brugel (de Figeac), Cailleux (de Crépy-en-Valois), Mme Cairol et MM. Carel (de Paris), Castanié (de Latronquière), Castueil (de Marseille), Cathelin (de Paris), Cauvy (de Lamalou-les-Bains), Césari (d'Yonne), Chambrin (de Plancoët), Charron (de Saint-André-de-Cubzac), Château (de Paris), Chatelin (de Charleville), Chatin (de Paris), Chaumier (d'Issy-les-Moulineaux), Chauvelot (de Paris), Chavastelon (de Charenton), Chevreux (de Vichy), Clary-Bousquet (de Paris), Constans (de Brase), Couturie (de Langogne), Cottu (de Paris), Courtet (de Châtillon-au-Bazoir), Crespin (du Havre), Dardel (de Paris), Dasté (de Boulogne), Debled (de Paris), Debu (de Cambrai). *(A suivre.)*

Chemins de fer de Paris-Lyon-Méditerranée. — *Courses de Nice. Tir aux pigeons de Monaco.* — Billets d'aller et retour de 1re et de 2e classe, à prix réduits, de Paris pour Cannes, Nice et Menton, délivrés du 7 au 25 janvier 1905.

Les billets sont valables 20 jours et la validité peut être prolongée une ou deux fois de 10 jours moyennant 10 0/0 du prix du billet. Ils donnent droit à deux arrêts en cours de route, tant à l'aller qu'au retour.

De Paris à Nice : 1re classe, 182 fr. 60; 2e classe, 131 fr. 50.

CLINIQUE CHIRURGICALE

MALADIE DE RIGA

Par M. Albert MOUCHET,

Ancien chef de clinique chirurgicale de la Faculté (1).

Vous venez de m'entendre prononcer le nom de *maladie de Riga*, en regardant l'*ulcération d'aspect diphtéroïde* qui siège *sur le frein de la langue* de ce jeune nourrisson de quatre mois. Malgré la répulsion que j'ai pour la désignation des maladies par le nom de ceux qui les décrivent, j'ai dû m'incliner devant la nécessité de dénommer ainsi un syndrome clinique pour lequel les appellations n'ont pas manqué certes, mais sont restées toutes aussi défectueuses.

C'est une affection rare, décrite surtout *en Italie* et principalement par Riga (de Naples) en 1881. Elle était sans doute connue avant cette époque et l'on trouverait bien, en lisant attentivement les vieux auteurs, des allusions très précises à cette lésion si particulière. Mais Riga eut le mérite de donner le premier une description nette de l'affection. D'autres médecins, Italiens toujours, Fede, Chiarello, etc., j'en passe, ont consacré des pages nombreuses à la maladie de Riga.

En France, où les cas publiés sont exceptionnels, je vous citerai seulement les travaux de Comby (1890, Soc. clin. de Paris, Soc. médicale des hôpitaux, *Traité des maladies de l'enfance*), de Brun (*Presse médicale*, 1895), l'observation de Dufournier (*id.*). M. A. Broca a observé deux cas de maladie de Riga, l'un en 1897 à l'hôpital Trousseau, à une époque où il ne la connaissait guère encore, l'autre en 1901 à l'hôpital Tenon. Avec ces deux observations dans lesquelles un traitement chirurgical dut être employé, il fit faire à son interne Audard un mémoire qui a paru dans la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance* en février 1902.

L'observation nouvelle que je viens de recueillir à la consultation de M. Broca a son intérêt, comme vous allez le voir; et les détails qu'elle renferme vont me permettre d'esquisser devant vous le tableau clinique de ce qu'on appelle la maladie de Riga.

Voici une petite fille qui présente depuis six semaines une ulcération du frein de la langue, et tout de suite en nous la montrant, la mère nous dit que ce doit être la dent incisive qui est la coupable : l'enfant avait cette dent en naissant. Après avoir félicité cette mère d'avoir eu une enfant à dentition aussi précoce que Louis XIV et Mirabeau, j'ai serré l'interrogatoire de plus près et j'ai appris qu'en réalité la gencive n'était vraiment perforée et la dent sortie que depuis six semaines environ, quelques jours avant l'apparition de l'ulcération actuelle. En dehors de ce renseignement, je noterai seulement ce fait que depuis une quinzaine de jours, l'enfant paraît profiter moins, elle a même des selles un peu trop fréquentes, liquides et verdâtres parfois. Son hygiène alimentaire est cependant irréprochable, elle est nourrie au sein maternel et bien réglée. Elle tette facilement et ne paraît pas autrement incommodée par la présence de l'ulcération sublinguale. L'incisive médiane inférieure gauche est complètement sortie, elle n'a plus une extrémité pointue comme auparavant. La bouche est partout ailleurs en excellent état. Au total, vous voyez là une enfant parfaitement développée qui nous est amenée par sa mère pour une ulcération sublinguale coexistant avec une incisive inférieure à éruption précoce (à l'âge de trois mois).

L'observation que je viens de vous décrire représente l'*une des formes cliniques* de la maladie de Riga.

Survenant toujours chez des *nourrissons* de six à dix-huit mois surtout, quelquefois avant, presque jamais après, chez les garçons aussi bien que chez les filles, l'affection peut se présenter comme une *ulcération sublinguale, une ulcération du frein de la langue et c'est tout.*

On la remarque par hasard, ou l'attention est attirée sur elle par une salivation excessive, par une certaine difficulté ou lenteur de la succion. Je vous rappelle ses caractères : ulcération siégeant sur le frein même, à cheval sur lui, de la dimension d'une lentille ou d'une pièce de 0 fr. 50, saillante de quelques millimètres, parfois un peu végétante, à bords assez réguliers en général. La surface est recouverte d'un exsudat disposé en plusieurs points blancs ou en voile grisâtre, difficile à détacher, pseudo-membraneux, d'aspect diphtéroïde; au-dessous, l'ulcération saigne quand on a enlevé la membrane, et celle-ci ne tarde pas à se reproduire, à moins qu'on n'ait employé un traitement spécial.

Cette ulcération grisâtre, plus ou moins végétante, *est unique*; c'est là un caractère essentiel, constant. Aucune ulcération dans le reste de la bouche. Pas d'engorgement ganglionnaire en général.

Dans cette forme clinique, pas de troubles fonctionnels à proprement parler; salivation exagérée, succion quelquefois gênée, et voilà tout. Pas davantage d'altération de l'état général.

Une deuxième forme clinique s'observe chez des enfants atteints de *gastro-entérite plus ou moins grave*, que cette gastro-entérite ait précédé ou non l'ulcération du frein de la langue. Vous connaissez les phases cliniques de cette gastro-entérite et son évolution fatalement progressive, si elle n'est pas enrayée à temps : régurgitations, vomissements, diarrhée tenace, fétide ou non, ballonnement de l'abdomen avec augmentation de volume du foie et de la rate, amaigrissement progressif, tendance au collapsus. L'enfant refuse la nourriture, il consent seulement à boire de l'eau fraîche et son faciès trahit bientôt l'intoxication de l'organisme : yeux cernés, teint terreux, nez effilé. Cachexie progressive avec hémorragies cutanées, hypothermie. La mort survient dans le marasme ou dans le cours d'une broncho-pneumonie intercurrente.

Que vous ayez affaire à la forme légère ou à la forme grave de la maladie de Riga, vous serez inexcusable de ne pas savoir le reconnaître. S'il est, comme je vous le dirai dans un instant, assez difficile de définir sa nature, on ne peut pas la confondre

(1) Conférence clinique faite à l'hôpital des Enfants-Malades (service de M. A. Broca).

avec l'*herpès*, avec les *aphtes*, avec les *plaques muqueuses* de la syphilis. Toutes ces ulcérations, en dehors de leurs caractères objectifs particuliers, se distingueront de l'ulcération sublinguale par un fait capital : leur multiplicité. Or l'ulcération de Riga est *unique*. Il n'y a qu'une ulcération qui lui ressemble tant par ce caractère que par son siège sur le frein de la langue : c'est l'*ulcération des coquelucheux* dont la langue est projetée sur les dents incisives inférieures au moment des quintes de toux. Il vous suffit d'interroger les parents pour éviter cette cause d'erreur.

Quelle est donc la *nature* de cette affection rare, décrite si complaisamment en Italie et si rapidement en France? Sur ce point je serai bref; il y a encore beaucoup d'inconnu, et la lecture des nombreux documents bien résumés dans le mémoire intéressant d'Audard, ne me permettra pas de projeter une vive lumière sur ce coin encore assez ignoré de la pathogénie. Voici les quelques notions qui ressortent de toutes les observations publiées. L'affection se rencontre principalement chez les enfants dont l'hygiène alimentaire est défectueuse, à la campagne plutôt que dans les villes, dans les familles pauvres plutôt que chez les riches. *Dans une des formes cliniques* que j'ai esquissée devant vous, l'affaiblissement du terrain prime tout, la *gastro-entérite est le fait dominant*, et l'ulcération sublingale est noyée dans le complexus symptomatique plus ou moins grave résultant d'une alimentation mal dirigée.

Mais ce n'est pas toujours le cas; il y a des nourrissons dont les fonctions digestives sont parfaites, dont l'état général est très satisfaisant et qui présentent une ulcération sublingale. Pour ceux-ci, on a invoqué des *causes purement locales :* état de malpropreté de la bouche, habitude de tirer la langue, surtout irritation mécanique continuelle du frein dans les mouvements de succion par un rebord gingival tranchant ou plus souvent par les incisives médianes inférieures.

C'est bien ce mécanisme qui semble devoir être invoqué dans l'observation que je viens de vous décrire. La fillette est bien portante, elle a depuis six semaines son incisive médiane inférieure gauche; l'ulcération du frein de la langue est apparue en même temps, soit à une date précoce, puisque l'enfant avait à peine plus de trois mois. Ajoutez à cela que cette *incisive était extrêmement pointue*, à tel point que la mère jugea bon de la limer avec « une pierre ponce trempée dans l'eau boriquée ». L'irritation locale a été ici prédominante et il semble bien que l'affaiblissement de résistance des tissus n'ait eu qu'une importance accessoire.

D'ailleurs cette irritation locale ne peut pas être niée davantage dans les formes graves de la maladie de Riga, dans celles où la gastro-entérite domine la scène.

Si les dents inférieures ne sont pas encore apparues, c'est le rebord gingival tranchant qui traumatise le frein de la langue.

Jusqu'ici l'*histologie* et la *bactériologie* n'ont pas permis de donner une explication plus précise de la nature de l'ulcération sublingale. Les examens microscopiques ont montré l'existence de lésions inflammatoires et ulcéreuses simples; les recherches bactériologiques n'ont abouti qu'à la constatation de microbes banals, sans aucune spécificité. La maladie de Riga *n'est donc pas* — au moins d'après les documents que nous possédons sur elle à l'heure actuelle — *une maladie infectieuse à détermination muqueuse; c'est une lésion locale, de nature irritative*, causée par le rebord gingival ou surtout par les incisives médianes inférieures, favorisée par une diminution plus ou moins notable de résistance des tissus.

La très courte incursion que je viens de faire sur le terrain de la pathogénie vous permet de prévoir la nécessité de soigner l'état général des enfants atteints de maladie de Riga. Veillez à assurer la propreté de la bouche; faites observer *une hygiène alimentaire très rigoureuse*, même dans les formes cliniques les plus bénignes où l'ulcération sublinguale semble constituer à elle seule toute l'affection. Chez la fillette que je viens de vous présenter, rappelez-vous ce que la mère nous a raconté : l'enfant tette bien; elle ne crie pas, elle est bien régulièrement mise au sein et cependant depuis quinze jours, elle n'augmente pas, elle a de la diarrhée, elle a même eu des selles vertes, les « chairs seraient moins fermes ». Qu'est-ce à dire, si ce n'est que cette enfant est menacée de gastro-entérite et qu'il y a lieu de la peser régulièrement, de façon à savoir ce que vaut le lait maternel, et à agir en conséquence?

Comme il n'est pas prouvé d'autre part que la présence de l'ulcération du frein ne retentit pas sur l'état général — et ici c'est certainement le cas — nous devons porter toute notre sollicitude sur le *traitement de cette ulcération*. La *cautérisation* doit être employée dès l'abord : et parmi les nombreuses substances auxquelles on a eu recours, je n'en retiendrai que deux : la *teinture d'iode* et le *nitrate d'argent*. Des attouchements tous les deux ou trois jours répétés avec l'un ou l'autre de ces caustiques ou avec les deux alternativement, ont suffi dans le plus grand nombre de cas à guérir l'ulcération; en cas d'échec, n'hésitez pas à recourir à l'*intervention chirurgicale*, à l'*excision* de l'ulcération suivie de suture. C'est l'opération que M. Broca a pratiquée aux deux enfants dont vous trouverez les observations détaillées dons le mémoire d'Audard. Mais ils avaient treize mois, et la fillette que je viens de vous montrer est si jeune que je me demande s'il ne vaudrait pas mieux chez elle extraire l'incisive cause de tout le mal. Avant de prendre une pareille décision, attendons en tout cas le résultat de la cautérisation (1).

N'oubliez pas que la maladie de Riga, quelle que soit sa forme clinique, légère ou grave, doit être traitée immédiatement; elle n'a aucune tendance à la rétrocession spontanée, et elle cède généralement assez vite à la thérapeutique appropriée.

(1) Depuis que cette conférence a été rédigée, l'ulcération n'a guère changé d'aspect après trois cautérisations successives. *J'ai donc extrait l'incisive* et j'ai eu la satisfaction de voir l'ulcération disparaître en cinq jours.

MÉDECINE PRATIQUE

APPLICATIONS INTERNES DU NITRATE D'ARGENT

Par M. L. BABONNEIX,
Ancien interne lauréat (médaille d'or) des hôpitaux.

L'azotate d'argent occupait jadis une place prépondérante en thérapeutique. Boerhave, puis Graves et Trousseau, Rilliet et Barthez le préconisaient dans certaines affections intestinales : entérites aiguës ou chroniques, dysenterie, choléra ; Duncan, Biett, Esquirol, Bretonneau, Nieberg signalaient son efficacité dans l'hystérie, la chorée, l'épilepsie ; Wunderlich, Charcot et Vulpian le considéraient comme le médicament par excellence de l'ataxie locomotrice.

Malgré ces illustres patronages, l'azotate d'argent est tombé, de nos jours, dans un profond discrédit : il n'est plus qu'exceptionnellement prescrit à l'intérieur et, s'il ne rendait encore de grands services dans le traitement de quelques affections spéciales : ophtalmie purulente, urétrite, dermatoses, etc., son nom n'évoquerait plus aux yeux de la plupart qu'un souvenir historique.

Le nitrate d'argent possède pourtant des propriétés thérapeutiques certaines, que l'on peut avantageusement utiliser si on l'ordonne à propos, si, en d'autres termes, on ne lui demande pas plus qu'il ne saurait donner.

Indications. — Mis en contact avec les muqueuses, le nitrate d'argent diminue ou tarit leurs sécrétions et détermine ainsi, dans leur structure et dans leur fonctionnement, des modifications favorables.

Aussi a-t-il été fréquemment prescrit dans les AFFECTIONS DIGESTIVES. Dans les *diarrhées catarrhales*, Trousseau le prescrit par pilules d'un centigramme : « On en donne quatre, cinq, six, huit et jusqu'à dix par jour, autant que faire se peut, dans l'intervalle des repas, et pendant cinq, six, sept huit ou dix jours. Ce médicament est sans aucune espèce d'inconvénient, et n'occasionne même pas de nausées. En quelques cas, il augmente momentanément le flux diarrhéique comme le font les purgatifs salins, mais, le plus généralement, il l'arrête promptement (1). »

Dans la *diarrhée nerveuse*, le nitrate d'argent agit comme antipsasmodique, mais doit être administré avec précaution : la dose maxima du sel ne dépassera pas trois à quatre centigrammes ; la médication ne sera pas continuée au delà de quatre à cinq jours. Il est bon, dans ces cas, de combiner le nitrate d'argent à la belladone et à l'opium (Graves, Trousseau).

L'*entérite tuberculeuse*, dit Graves (2) est habituellement traitée par les préparations de chaux, la teinture d'opium et le kina, mais ces moyens agissent trop, ils dépassent le but : non seulement ils arrêtent la diarrhée, mais ils augmentent considérablement les sueurs. « Aussi l'azotate d'argent est-il bien préférable : comme les remèdes précédents, il met fin au dévoiement, et il n'a pas comme eux l'inconvénient d'accroître encore la diarrhée. En fait, je ne sache pas de meilleur procédé pour arrêter la diarrhée colliquative que le nitrate d'argent à la dose de trois ou quatre grains (18 à 24 centigrammes par jour). »

Il n'est pas jusqu'à la *dysenterie épidémique* qui ne puisse, dans certaines conditions, bénéficier de l'emploi du nitrate d'argent. Assurément, dans la dysenterie, l'ipéca reste le premier des remèdes à prescrire, mais concurremment avec son emploi, il n'est pas inutile d'attaquer le mal par d'autres agents topiques qui « portent encore plus directement sur les parties affectées. Ce sont les lavements cathérétiques et caustiques, avec le nitrate d'argent, le sulfate de cuivre ou le sulfate de zinc. La dose est de 5 à 10 centigrammes de nitrate d'argent, pour 125 grammes d'eau chez un enfant ; de 20 à 75 centigrammes pour 200 grammes d'eau, chez un adulte » [Trousseau (1)]. Les lavements au nitrate seront précédés d'un lavement simple ; ils seront administrés lentement, conservés autant que possible, répétés deux ou même trois fois dans les vingt-quatre heures.

Le nitrate d'argent a encore été recommandé par Barth dans le *choléra*. Pour cet auteur, sous l'influence de nitrate d'argent, les selles diminuent de fréquence et de quantité, et, parallèlement, l'état général subit une amélioration plus ou moins marquée.

Le *choléra infantile* évolue, comme on sait, en deux phases : une première, algide ; une seconde, de réaction. A la première conviennent surtout, d'après Trousseau, les bains de moutarde, les vomitifs, les stimulants diffusibles, les purgatifs mercuriels ; dans la seconde, « les indications sont de continuer les boissons albumineuses ou féculentes, et de recourir aux laxatifs légers, aux sels neutres, mais, principalement, au calomel à doses fractionnées. » Si, malgré tout, la diarrhée persiste, on prescrira du nitrate d'argent en potion à la dose de 1 centigramme, ou en lavement, à la dose de 5 à 20 centigrammes.

Rilliet et Barthez réservent le nitrate d'argent aux cas où les vomissements et les selles ont lieu coup sur coup. Ils le donnent à la dose de 1 à 3 centigrammes, dissous dans 60 grammes d'eau distillée (une cuillérée à café toutes les trois heures) et en continuent l'usage pendant toute la durée des symptômes graves.

Ce sont les mêmes propriétés caustiques qu'utilisait Graves lorsqu'il recommandait les attouchements au nitrate dans certaines AFFECTIONS RESPIRATOIRES, et, particulièrement, dans la *laryngite tuberculeuse*. On prépare, dit Graves, une solution de nitrate d'argent dans la proportion de 60 centigrammes pour une once d'eau. Puis, on fixe une petite éponge à l'extrémité d'une plume, on la trempe dans la solution, et, après l'avoir égouttée, on touche l'arrière-bouche et le pharynx aussi profondément que possible. « Pressez légèrement l'éponge sur les surfaces enflammées, et n'agissez pas par frottement. Il est essentiel de toucher tous les points affectés ; si vous en omettez un seul, il suffira à entretenir le mal (2). »

C'est peut-être dans les MALADIES NERVEUSES que le nitrate d'argent a été le plus souvent prescrit. Dans l'*épilepsie*, Trousseau le faisait alterner avec les préparations de cuivre et de zinc. Le cycle complet de la médication durait trois mois. Le premier, le malade prenait, matin et soir, une pilule de nitrate d'argent d'un centigramme. Le second, il absorbait chaque jour 10 centigrammes de limaille de cuivre ; le troisième, enfin, il substituait aux médications précédentes le lactate de zinc, à la dose de 10 à 40 centigrammes par jour. « Parmi tous les moyens que j'ai employés ou vu employer, écrit Trousseau, ce sont ceux qui m'ont paru le moins ineffi-

(1) *Cliniques*, t. II, p. 426, Paris 1862.
(2) *Cliniques*, t. II, p. 333, Paris 1862, trad. Jaccoud.

(1) Loc. cit. p. 484.
(2) Loc. cit., p. 42.

caces et modifier, en quelques cas, très avantageusement, une maladie à juste titre réputée comme incurable (1). »

Le nitrate d'argent a encore été employé dans le traitement d'autres affections convulsives : *hystérie*, *chorée* (Hall, Pitschraft, Prieu, Bretonneau, Nieberg), *sclérose en plaques*, etc.

Les premières applications du médicament au *tabes* remontent à Wunderlich, mais c'est à Charcot et Vulpian que revient l'honneur d'avoir attiré l'attention du public médical sur les heureux effets que peut, dans certains cas de tabes, donner le sel lunaire. Chez les cinq malades examinés par ces auteurs (2), au bout de quelques semaines de traitement, la sensibilité tactile était redevenue plus nette, les notions de position avaient recouvré de la précision, la sensibilité à la chaleur et à la température était, jusqu'à un certain point, rentrée dans les conditions normales, les douleurs s'étaient notablement amendées, la santé générale s'était nettement améliorée. Et Charcot et Vulpian concluaient : « Dans toutes nos observations, une amélioration incontestable et très prononcée a été constatée pendant le cours de la médication instituée. » (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 3 JANVIER 1905)

Statistiques. — Une courte discussion s'engage à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Fernet, sur la défectuosité des *statistiques de la mortalité*. Une réforme s'impose; après quelques observations de MM. FERNET et BROUARDEL la question est renvoyée à l'examen de la commission compétente.

Suivent deux rapports, l'un de M. Chauffard, l'autre de M. Chauvel, dont nous n'avons pu saisir un seul mot.

Examen du pharynx supérieur. — M. COURTADE fait une communication sur l'examen du pharynx supérieur par le toucher médiat à l'aide d'explorateurs.

Le toucher digital, du pharynx supérieur, dit-il, est un des modes d'exploration le plus fréquemment employés pour reconnaître l'existence des végétations adénoïdes.

Il présente les inconvénients suivants :

1° Il est inapplicable chez les très jeunes enfants dont le pharynx est trop étroit pour admettre l'index, d'autre part, le doigt n'atteint qu'avec peine ou même n'atteint pas le cavum chez les adultes ou certains adolescents à pharynx très profond;

2° L'exploration est de trop courte durée;

3° Le doigt n'arrive à toucher qu'une des moitiés du pharynx; d'où la nécessité d'introduire successivement les deux index;

4° La désinfection de la main doit être rigoureuse, ce qui réclame un temps assez long;

5° On est exposé à des morsures de la main.

Avec nos sondes exploratrices, au nombre de cinq, on peut examiner sans difficulté le pharynx à tous les âges :

1° L'antisepsie est facile et rapide;

2° Le diamètre faible de l'instrument et la longueur toujours suffisante permettent de passer dans les pharynx les plus étroits et les plus profonds;

3° On peut ainsi explorer le pharynx des très jeunes enfants et des adultes;

4° Le cavum est exploré dans toute son étendue dans un seul examen;

5° L'instrument est bien mieux toléré que le doigt et l'examen peut être répété, s'il est nécessaire.

L'examen ainsi pratiqué sur plus de 150 sujets nous a permis de déterminer les aspects normaux et pathologiques du cavum; dans bien des cas, les données ainsi obtenues ont été confirmées par l'examen digital, employé à titre de contrôle, et par l'opération.

Thérapeutique oculaire. — M. DARIER lit une note sur la supériorité des sels organiques d'argent sur le nitrate d'argent en thérapeutique oculaire.

Les sels organiques d'argent du type argyrol se font remarquer par leur teneur élevée en argent, par leur solubilité parfaite, par leurs propriétés antiseptiques puissantes, leur action pénétrante enfin et surtout par leur innocuité absolue; mis en contact avec la muqueuse oculaire même en solution à 30 p. 100, ils ne sont pas plus irritants ni plus caustiques qu'une goutte d'eau distillée :

1° Comme prophylaxie de l'ophtalmie purulente les sels organiques d'argent ont montré, par des statistiques déjà très nombreuses, qu'ils ne sont en rien inférieurs au nitrate d'argent, et lui sont infiniment supérieurs en ceci, qu'ils ne provoquent aucune douleur et aucune irritation conjonctivale;

2° Comme traitement de l'ophtalmie purulente, l'argyrol présente de grands avantages sur le nitrate d'argent considéré jusqu'ici comme le spécifique presque incontesté dans cette affection. Les partisans trop convaincus de la pierre infernale seront toujours à même d'avoir recours à leur agent de confiance, si l'argyrol les a laissés en défaut; ils auront toujours bénéficié du fait qu'ils auront sûrement évité les complications parfois redoutables que cause le nitrate d'argent chez certains individus aux muqueuses très sensibles;

3° Enfin l'ophtalmie purulente tend de plus en plus à disparaître grâce aux progrès de l'antisepsie obstétricale et beaucoup de conjonctivites ne sont pas dues aux gonocoques. Or, dans toutes ces infections conjonctivales dues au pneumocoque, au streptocoque, au bacille de Wecks, etc., la guérison est obtenue plus rapidement et sans douleur par l'argyrol. Le fait est aujourd'hui reconnu même par les partisans les plus convaincus du nitrate d'argent.

Massage de la prostate hypertrophiée. — Le massage selon M. GUÉPIN n'est pas indiqué à toutes les périodes de l'hypertrophie sénile.

Après l'historique de la question, l'auteur étudie les indications et contre-indications aux trois phases de la maladie et conclut par un parallèle entre les résultats du massage et ceux des grandes interventions chirurgicales dites curatives.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 30 DÉCEMBRE 1904)

Tuberculose linguale chez un tabétique. — M. CAUSSADE résume un travail sur un mode de début rare de tuberculose linguale; il rapporte un cas d'ulcération tuberculeuse de la langue ayant évolué chez un homme atteint de tabes supérieur (signe d'Argyll, atrophie crayeuse de la papille, vertiges). Le diagnostic sur lequel l'auteur s'est déjà expliqué dans une précédente séance et qu'il avait laissé en suspens, était difficile en raison de l'absence de douleurs, qui pouvait à la rigueur être mise

(1) Loc. cit., t. I, p. 187.

(2) *Bull. gén. de thérap.*, 1862, 11e et 12e livr.

sur le compte du tabes, en raison d'un œdème lingual considérable et unilatéral qui donnait à l'organe une asymétrie notable, en raison de la présence de l'*exulcération* dont les bords étaient polycycliques et non déchiquetés, le fond légèrement grisâtre et rouge, la base souple, élastique et nullement indurée, en raison enfin de la présence de nombreuses vésicules d'herpès qui ne donnaient pas le change avec les grains jaunes dont elles se distinguaient nettement, ce qui fit penser un instant à un zona buccal. Il existait, en outre, une adénopathie cervicale double et légère. La biopsie a permis de lever les difficultés du diagnostic. Elle montre des follicules tuberculeux dans les lambeaux de la muqueuse qui a persisté et, à la place de la muqueuse détruite, un tissu embryonnaire par endroits et en général une tendance à la formation d'un tissu conjonctif adulte au sein duquel (soit dans des îlots, soit dans des travées) se trouvent des cellules géantes caractéristiques et en grand nombre. Quelques-unes contiennent des bacilles tuberculeux de Koch. En outre, la preuve de la nature tuberculeuse de la lésion a été donnée par son évolution : les *exulcérations* sont devenues des ulcérations tuberculeuses typiques.

Insuffisance aortique traumatique au cours d'un tabes fruste. — MM. Vaquez et Digne présentent un malade atteint d'insuffisance aortique traumatique au cours d'un tabes fruste. C'est l'histoire d'un homme de quarante-trois ans, bien portant jusqu'alors, ne présentant comme seul antécédent pathologique qu'une syphilis survenue à l'âge de dix-huit ans, qui ressent subitement, dans un mouvement violent qu'il fait en descendant de tramway, une douleur intense dans la région aortique, avec palpitation et orthopnée. La crise dure un quart d'heure. Le soir, en se mettant au lit, il perçoit un bruit de rape provenant de sa poitrine et d'un tel éclat que tout sommeil en est empêché. Ce bruit pouvait être entendu le lendemain de l'accident à 50 centimètres de la poitrine ; il s'atténua cependant les jours suivants au point de ne plus incommoder le malade.

On constate à l'examen une augmentation de volume du cœur avec thrill diastolique dans la région aortique, et à l'auscultation un souffle piaulant à très large propagation, coïncidant avec le deuxième temps. Le diagnostic d'insuffisance aortique s'impose donc et tout permet de croire qu'elle s'est produite brusquement sous l'influence de l'effort.

Mais l'examen du système nerveux décèle d'autre part les signes non douteux d'un tabes incipiens complètement ignoré du malade : signe d'Argyll-Robertson unilatéral avec dilatation paradoxale à la lumière du côté opposé, perte des réflexes achilléen et rotulien. Le liquide céphalo-rachidien retiré par ponction dévoile une lymphocytose abondante.

L'ensemble de ces signes permet donc d'établir leur étroite corrélation et constitue ce qu'on désigne sous le nom de syndrome de Babinski, lequel a surtout attiré l'attention sur la fréquence des lésions aortiques au cours du tabes confirmé, [chose déja connue, mais au cours du tabes fruste caractérisé par la perte des réflexes tendineux, les troubles pupillaires et la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. Dans ces cas, à l'inverse de ce qui se passe d'ordinaire, c'est la lésion aortique qui permet de dépister le tabes.

Les auteurs insistent enfin sur l'influence occasionnelle d'un traumatisme, bénin en apparence. Le cas qu'ils rapportent prouve en effet la fragilité de l'aorte chez les sujets syphilitiques et tabétiques, puisqu'un simple effort a pu provoquer une rupture valvulaire.

ANALYSES

MÉDECINE

Traitement du cancer par la quinine et les rayons X. [R. Chabannes (de Vals-les-Bains). *Bull. de la Soc. méd.-chir. de la Drôme et de l'Ardèche*, 13 déc. 1904] — M. Chabannes apporte une observation dont l'intérêt réside dans la longueur du traitement, et dans l'assiduité avec laquelle il a été pratiqué. Il y a là un bel exemple d'*amélioration* de cancer qui mérite d'être cité.

Une malade opérée, en février 1899, d'un cancer du sein avec envahissement axillaire, a dès la fin de la même année une récidive sur la cicatrice. M. Chabannes, s'inspirant des résultats encourageants publiés par M. Jaboulay, eut recours au traitement par la quinine.

Pendant les quatre années qu'a duré le traitement, notre confrère fit des injections de 1 gramme de bichlorhydrate de quinine dissous dans 1 centimètre cube d'eau (solution stérilisée en ampoules).

Les injections furent toujours bien supportées.

M. Chabannes procédait de la façon suivante : il faisait une série de 20 injections autant que possible quotidiennes et voici ce qu'il observait :

« Toujours, dans les trois premières années au moins, dit-il, au bout de cinq ou six injections, la tumeur, qui avait atteint le volume d'une grosse noix, adhérente au plan osseux sous-jacent, rétrocédait, non jusqu'à disparaître entièrement, mais dans de très fortes proportions, elle se mobilisait et devenait indolente. Du côté de l'aisselle, les ganglions diminuaient de volume, la peau devenait mobile sur eux et l'œdème de la main avec les douleurs de compression disparaissaient. Je dis que cet effet s'est constamment produit au bout des 5 ou 6 premières injections. Je n'en faisais encore 14 ou 15 autres que dans l'espoir de consolider ces résultats si encourageants.

C'est ainsi que la malade a reçu 63 injections en juin, juillet, septembre octobre et novembre 1900.

60 en janvier, avril, juillet et août 1901.
75 en mars, avril, juin, décembre 1902.
40 en mai, novembre et décembre 1903.
20 en février 1904.

Ce qui fait en moins de quatre ans (trois ans et demi) 255 grammes de bichlorhydrate de quinine, et la malade en a encore reçu à Lyon, postérieurement à février 1904.

Que se passait-il dans l'intervalle des séries d'injections ? Au bout d'un temps variable, mais ne dépassant guère deux ou trois mois, la tumeur reprenait du volume, la peau se violaçait et surtout des douleurs très vives apparaissaient dans le bras, en même temps que l'œdème de la main attestait les progrès de la compression vasculo-nerveuse par les ganglions axillaires.

Je recommençais alors une nouvelle série d'injections, et ainsi de suite.

Telle a été, pendant près de quatre ans, la succession des phénomènes d'augmentation et de régression de la tumeur et des ganglions. »

Au bout de ce temps, la malade découragée voulut se soumettre à la radiothérapie. Elle subit dans le service de M. Jaboulay et celui de M. Destot à Lyon une série de séances de radiothérapie qui n'amenèrent pas de changement local.

Quelque temps après la malade succomba à une généralisation rachidienne.

L. Gayard.

CHIRURGIE

Reconstitution de l'urètre par la transplantation d'urètre d'animal. (Hogarth PRINGLE. *The Edinburgh med. Journ.*, nov. 1904, p. 553.) — L'auteur rapporte les résultats de trois cas dans lesquels il a employé l'urètre du bœuf pour reconstituer des pertes de substance de l'urètre humain.

Deux des malades étaient des hommes ayant subi une rupture complète et étendue de l'urètre périnéal; le troisième un enfant de quatorze ans avec un hypospadias intéressant le plancher entier de la portion pénienne de l'urètre.

Le procédé consiste à dénuder les tissus de la perte de substance urètrale, puis à libérer les bords de la muqueuse normale à chaque extrémité. On insère ensuite un tube de muqueuse urétrale d'un bœuf fraîchement tué, et on le suture à chaque bout libéré de la muqueuse du malade.

Dans deux cas de Pringle, on dut recommencer la greffe, mais le résultat final fut satisfaisant. Dans le troisième (un cas de rupture traumatique de l'urètre) le malade mourut de suppuration rénale, mais la greffe avait pris. La longueur de chaque greffe a varié de cinq à treize centimètres.

M. LANCE.

OBSTÉTRIQUE

Sur l'hébotomie ou symphyséotomie paramédiane. (Th. H. VAN DE VELDE. *Ann. of gynec. and pediat.*, oct. 1904, p. 533.) — L'accoucheur de Haarlem, créateur de la méthode, rappelle d'abord que, dans des publications antérieures (*Centralbl. f. Gyn.*, 1902, n° 37; *Nederl. Tidsche v. Geneesk*, 1903, bd I, n° 22; *Wien. klin. Wochensch.*, 1903, n° 29), il a donné en détail le manuel opératoire de l'intervention et ses deux premières observations.

L'intervention est très simple. La malade étant endormie, ou même cocaïnée localement, le champ opératoire est lavé, la vulve obturée par une compresse. La vessie est vidée et repérée par un cathéter. La peau est incisée à deux travers de doigt de la ligne médiane, depuis le bord supérieur du pubis, jusqu'en bas et un peu en dedans, au côté interne de la grande lèvre, au niveau du bord inférieur du pubis. Les parties molles sont repoussées dans la partie inférieure de l'incision, et l'aiguille de la scie de Gigli est passée de bas en haut derrière le pubis, en rasant sa face postérieure. La pointe de l'aiguille vient émerger au milieu des insertions musculaires, à la partie supérieure de l'incision. La scie est alors passée et l'os scié rapidement. La perte de sang est toujours très minime, rarement des ligatures sont nécessaires. La plaie est suturée aussitôt après l'accouchement. Un drain, pour éviter un hématome, est laissé pendant quarante-huit heures. Son orifice est obturé par une agrafe.

L'élargissement du bassin obtenu par l'hébotomie est en général d'un centimètre et demi à deux centimètres portant surtout sur le diamètre transverse. Au bout de neuf jours on observe déjà un cal solide.

L'auteur rapporte trois nouvelles observations et insiste sur deux points importants, avantages considérables sur la symphyséotomie :

Le premier c'est que, grâce à la formation du cal osseux, l'élargissement du bassin est permanent, sans avoir comme après la symphyséotomie de dislocation du bassin entravant la marche. Une de ses anciennes opérées a eu un nouvel accouchement sans intervention.

Le second c'est qu'on peut élargir le bassin à droite ou à gauche, et l'on a tout avantage à l'élargir du côté où passera la bosse pariétale antérieure ; seulement on doit se rappeler, avant de choisir le côté, que l'on va faire une version et que la position de la tête est différente si l'on fait la version par le pied antérieur ou le pied postérieur. L'auteur expose tous les cas qui peuvent se présenter et indique la meilleure conduite à tenir.

Il termine en rappelant que Dœderlein et Stoltz sont déjà des défenseurs convaincus de l'hébotomie. M. LANCE.

Le pouvoir ocytocique du sucre. (KEIM. *Arch. gén. de méd.*, 27 septembre 1904.) — Les travaux de M. Keim dès 1898, de Bossi, de Payer, de Madlener, de Lop (1), la thèse de Marquis ont montré depuis longtemps l'action favorable du sucre au moment de l'accouchement. Dans un très intéressant article, M. Keim est revenu récemment sur la question.

Il montre dans une étude fort complète que le sucre a une action bien efficace sur la contraction utérine; cette action n'est efficace qu'après un début de travail (col effacé ou dilatable ou mieux avec début de dilatation), quand l'organisme a déjà épuisé ses réserves de glycogène.

D'après ce qu'il a pu constater dans ses recherches, les doses minimes de sucre sont celles qui donnent les meilleurs résultats. M. Keim conseille de donner à trois reprises, à une demi-heure d'intervalle, 25 grammes de sucre dissous dans un demi-verre d'eau ou de lait. Les doses supérieures produisent de moins bons résultats. Il est préférable d'administrer une dose nouvelle que d'en donner une plus forte dès le début.

L'action du sucre commence de dix minutes à une demi-heure en moyenne après son ingestion; c'est encore là un avantage du sucre sur les médicaments ocytociques dont l'absorption et l'action sont très lentes. L'action du sucre est d'autant plus rapide que le travail est plus avancé ou a été plus prolongé et que les réserves glycogéniques de l'organisme ont été plus complètement consommées.

Le sucre n'a jamais eu, d'après les observations de l'auteur, d'influence ni sur la délivrance ni sur la rétraction utérine. La faible quantité ingérée n'a pas augmenté la diurèse *post-partum* et peu la montée ou la quantité de lait. Il faut ajouter cependant, que toutes les femmes observées ont été bonnes nourrices. « *Comme conclusion*, dit M. Keim, nous dirons que le rôle ocytocique du sucre est rendu précieux : par son *caractère non médicamenteux*, comme il en est de l'ergot ou de la quinine; par *son absence de toxicité*, ce qui est d'autant plus important qu'il est employé dans un organisme où les échanges nutritifs sont déjà ralentis.

A son action, qui est très rapide, si on la compare à celle des autres ocytociques, s'ajoutent : son innocuité pour la mère, chez laquelle il ne produit pas d'hémorragie post-partum; son innocuité pour l'enfant et surtout pour l'œuf sur lequel il n'a pas d'action abortive, puisque, pour agir, il a toujours besoin d'un début de travail.

Ce qui lui paraît tout à fait spécial, c'est que son action ne se localise pas seulement à l'utérus, mais est généralisée aux muscles abdominaux et au reste de la musculature de l'organisme. Le sucre devient ainsi et un ocytocique et un véritable stimulant, un tonique, qui relève l'énergie musculaire de la femme et hâte l'expulsion du fœtus; il se différencie par là encore des autres ocytociques auxquels on pourrait le comparer, tels que l'ergot, la quinine ou l'eau chaude.

Enfin, et c'est là un point à considérer à la campagne surtout, c'est un produit facile à se procurer et un moyen à la portée de tous, grâce à la législation actuelle sur les sucres. »

L. GAYARD.

(1) *Gaz. des hôpit.*, oct. 1901.

DERMATOLOGIE

La multiplicité du chancre syphilitique. (Beaurain et Durand. *Revue méd. de Normandie*, n° 24, 25 décembre 1904.) — Il a été, pendant longtemps, classique de faire de l'*unicité* un des principaux caractères différentiels du chancre syphilitique. Depuis quelques années, un grand nombre de travaux, un grand nombre de communications aux sociétés savantes ont montré que l'unicité est très fréquente, mais qu'elle est loin d'être la règle, et qu'il est impossible de se baser sur elle pour porter un diagnostic précis.

Des observations récentes de Gaucher, Danlos, Pierron, Gaillard, Lafosse et Papegeay, Gelli, Charmeil, Queyrat, Vilar, etc., ont montré que la multiplicité du chancre est plus fréquente qu'on n'a tendance à se le figurer ordinairement.

La très intéressante statistique personnelle de MM. Beaurain et Durand est établie sur les chancres syphilitiques, observés chez des sujets tant hospitalisés à l'Hospice général de Rouen, que s'étant présentés à la consultation du samedi matin. Du 1er janvier 1903 au 1er décembre 1904, ces auteurs ont pu relever l'observation de 91 malades atteints de chancres spécifiques; or, sur ces 91 cas, ils n'en n'ont pas trouvé moins de 25 où la multiplicité ait concordé avec la spécificité, cela fait une moyenne relativement élevée de 26,37 p. 100, soit plus du quart.

La proportion observée par MM. Beaurain et Durand se rapproche beaucoup de celle admise par M. Thibierge qui dit, dans la deuxième édition du *Traité de médecine* (1902), que le chancre syphilitique est multiple dans un tiers des cas, qu'il s'agisse du chancre génital, ou du chancre extra-génital.

L. GAYARD.

PHYSIOLOGIE

La caféine et son influence sur l'élimination de l'acide urique. (*La Clinica medica italiana*, 43e année, fasc. 7, 8, 9.) — Pour certains auteurs, la caféine provoque une diminution dans l'élimination de l'acide urique, pour d'autres au contraire, elle entraîne une augmentation de la quantité éliminée, pour un troisième groupe enfin elle n'a aucune influence.

Reprenant la question, le docteur Camurri a expérimenté sur lui-même et sur des chiens et des lapins; il est arrivé aux conclusions suivantes : chez l'homme l'élimination de l'acide urique subit des oscillations, même à l'état normal, quelque réguliers que soient l'alimentation et le genre de vie. Ces oscillations normales varient d'un minimum de $0^{gr}4330$ à un maximum de $0^{gr}7452$. Sous l'influence de la caféine, elles varient d'un minimum de $0^{gr}5677$ à un maximum de $1^{gr}1050$. La caféine provoque une augmentation constante dans l'élimination de l'acide urique, qui ne semble pas proportionnelle à la quantité de caféine ingérée. L'augmentation persiste le jour consécutif à l'absorption de la caféine. Ces divers résultats sont identiques chez le chien, incertains et plutôt contraires chez le lapin.

En résumé, l'auteur admet une augmentation de l'acide urique consécutive à l'absorption de la caféine et due à une transformation partielle de cette dernière dans l'organisme en acide urique; cette tendance de l'organisme normal peut devenir chez un organisme atteint de diathèse urique un véritable pouvoir de transformer, en acide urique, toute la dose ingérée de caféine, théine, théobromine, etc. Il faut donc, dans le traitement prophylactique de la goutte, et en général dans les affections relevant de la diathèse urique, être très sobre dans l'emploi de ces substances dont certains malades font un si large usage de nos jours.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de thérapeutique chirurgicale (1), par Léon Imbert, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Marseille.

L'auteur, ainsi qu'il le dit dans sa préface, n'a pas voulu écrire un manuel de médecine opératoire, mais il a été forcé, pour exposer les indications thérapeutiques de chaque affection, de résumer rapidement, dans chaque chapitre, les ressources de cette technique; il a ensuite développé les raisons qui doivent guider le chirurgien, suivant tel ou tel cas, dans le choix de l'intervention.

Dans une première partie, M. Imbert s'occupe de la pathologie chirurgicale générale, — des maladies des tissus, des os, des articulations; signalons, tout particulièrement, l'intéressant chapitre consacré aux fractures, très clair et très heureusement mis au point, — accompagné d'un certain nombre de radiographies. La deuxième partie du livre est consacrée à la pathologie chirurgicale spéciale de chacun des organes pour finir par celle des membres; la chirurgie intestinale y tient une place importante, comme il convient à l'heure actuelle.

Le chapitre où l'auteur s'occupe des voies urinaires est particulièrement soigné, on y trouve un bref exposé de l'instrumentation et des procédés d'exploration de la vessie, du rein, etc., et des voies d'accès de ces organes.

Ce manuel très clair et en même temps très complet recevra le meilleur accueil des étudiants aussi bien que des praticiens. Disons, pour finir, que de nombreuses figures (292), quelques-unes en couleur, rendent encore plus facile la lecture de ce livre.

ÉTIENNE LE SOURD.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 9 AU 14 JANVIER 1905)

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 9 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Kirmisson, Legueu et Cunéo; — (2e série) : MM. Reclus, Gosset et Proust; — (2e partie) : MM. Gaucher, Roger et Claude; — M. Balthazard suppléant.

Mardi 10 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Berger, de Lapersonne et Hartmann; — (2e série) : MM. Pozzi, Faure et Marion; — M. Carnot, suppléant.

Mercredi 11 janvier, à une heure. — 2e : MM. Ch. Richet, Broca (André) et Branca.

3e (oral, 1re partie) : MM. Kirmisson, Retterer et Lepage; — (2e partie) : MM. Déjerine, Roger et Teissier; — M. Macaigne, suppléant.

Jeudi 12 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. de Lapersonne, Poirier et Faure.

2e : MM. Pouchet, Gley et Launois.

3e (1re partie, oral) : MM. Budin, Thiéry et Morestin.

4e : MM. Joffroy, Langlois et Richaud; — M. Dupré, suppléant.

Vendredi 13 janvier, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Desgrez et Claude.

4e, *Salle Béclard* : MM. Pouchet, Landouzy et Balthazard; — M. Broca (André), suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Potocki; — M. Pierre Duval, suppléant.

Samedi 14 janvier, à une heure. — 3e (oral, 2e partie), *Salle Béclard* (1re partie) : MM. Chantemesse, Thiroloix et Guiart; — (2e partie) : MM. Gilbert, Jeanselme et Carnot; — M. Maillard, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Brindeau; — M. Langlois, suppléant.

(1) Collection Testut. — Paris, O. Doin, 1905.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

HÉMOGLOBINURIES

DÉFINITION. DIVISION. — L'hémoglobinurie peut être définie : la présence, dans l'urine, d'hémoglobine libre (ou de méthémoglobine). Les classiques la divisent en deux variétés : *hémoglobinuries symptomatiques* et *hémoglobinuries essentielles.* En réalité, toutes les hémoglobinuries sont symptomatiques et l'on peut, avec Jean Camus (Th. de Paris, 1903), les rattacher toutes à trois causes principales : *a.* destruction des hématies dans le sang, *hémoglobinurie globulaire; b.* destruction des hématies dans l'urine, *hémoglobinurie urinaire; c.* mise en liberté de l'hémoglobine musculaire, *hémoglobinurie musculaire*, à laquelle ressortit, vraisemblablement, l'hémoglobinurie dite *essentielle.*

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE. — **I. Hémoglobinuries globulaires.** — Sous l'influence de certaines substances (*s. cythémolytiques*, Ponfick), l'hémoglobine des globules est mise en liberté et se dissout dans le sérum sanguin.

Les substances capables de provoquer ainsi l'*hémoglobinhémie* peuvent être d'ordre toxique ou infectieux.

Causes toxiques. Très nombreuses (hydrogène arsénié, pyrogallol, phénol, naphtol, sulfonal, antipyrine, chlorate de potasse, gaz, quinine, aniline, toluylène-diamine, eau distillée, éther, glycérine, iode, venins, sérums d'anguille, sérums hémolysants, transfusions, etc.), ces substances ont été divisées par Ponfik en deux groupes selon qu'elles dissolvent l'hémoglobine sans altérer le stroma cellulaire ou qu'elles mettent en liberté l'hémoglobine en fragmentant les hématies. Cette distinction est artificielle, une même substance pouvant, suivant les cas, dissoudre l'hémoglobine ou fragmenter les hématies.

Causes infectieuses : pneumonie, scarlatine, rougeole, tétanos, fièvre typhoïde, granulie, et surtout *syphilis*, héréditaire ou acquise, et *paludisme*, dont il faut rapprocher la *fièvre bilieuse hémoglobinurique.*

De l'*hémoglobinhémie* ainsi produite, comment passer à l'*hémoglobinurie?*

Deux théories.

1° Pour les classiques, 2 cas : a. *L'hémoglobine ainsi mise en liberté ne dépasse-t-elle pas 1/60 de la masse du sang?* (Ponfik.) Le foie l'arrête, le transforme en pigment biliaire et l'élimine ainsi par l'intestin. Lorsque la quantité d'hémoglobine dissoute est très considérable, ou les débris globulaires très abondants, la bile, épaissie, stagne dans les petites voies biliaires, d'où production d'un *ictère pléiochromique.*

b. *La quantité d'hémoglobine mise en liberté est-elle supérieure à 1/60*, le rein intervient pour éliminer une partie du pigment : l'hémoglobinurie apparaît.

2° J. Camus rectifie les chiffres donnés par les classiques : pour que l'hémoglobinurie apparaisse, il faut que la destruction des globules rouges corresponde à 1/57 de la masse du sang ou à 1cc30 de sang par kilogramme de poids du corps, ou à 0,230 p. 100 d'hémoglobine libre dans le plasma sanguin. *Aucune autre cause n'intervient.* « Tant qu'il n'existe pas 0,230 p. 100 d'hémoglobine en liberté dans le plasma circulant, il ne se produit pas, *quoi qu'on fasse*, de passage de l'hémoglobine dans l'urine. »

II. **Hémoglobinurie urinaire.** — 1. *V. Roossen* avait déjà admis que l'hémoglobinurie peut être due à une destruction des hématies par les oxalates de l'urine, théorie réfutée par Murri, Hayem, Lépine.

2. *Pagniez et J. Camus* : Lorsqu'il se produit une hémorragie de l'appareil urinaire et que l'urine est globulicide, les globules rouges sont détruits, l'hémoglobine mise en liberté, l'hématurie se transforme en hémoglobinurie.

Causes d'hémorragies urinaires : toutes les causes d'hémorragie rénale, uretérale, vésicale, urétrale, et surtout *poussées congestives des néphrites,* poussées parfois attribuables au froid.

Causes qui rendent l'urine globulicide. α. Osmo-nocivité. Lorsque l'urine est moins concentrée que le sérum sanguin (régime lacté, boissons abondantes), il s'établit un courant osmotique allant du liquide moins au liquide plus concentré : les globules rouges se gonflent, laissent échapper leur hémoglobine ; l'hémoglobinurie est constituée ; β. *Acidité* ; γ. *Toxicité.* L'action globulicide due à la toxicité peut s'exercer seule, en dehors de toute autre influence.

III. **Hémoglobinurie musculaire** prouvée par les expériences de Pagniez et Camus. 1° Lorsqu'on fait une injection intra-veineuse de solution d'hémoglobine musculaire, on constate bientôt l'apparition d'hémoglobine dans l'urine ; 2° Mêmes résultats à la suite d'injections intra-musculaires de glycérine ou d'eau distillée. L'hémoglobine que l'on retrouve dans l'urine est bien de nature musculaire, et non globulaire. En effet : 1° l'injection intra-veineuse du suc musculaire privé par le noir animal de son hémoglobine ne provoque pas d'hémoglobinurie ; 2° l'injection de suc de muscles blancs de lapin (ne contenant pas d'hémoglobine) ne provoque pas d'hémoglobinurie, celle de suc de muscles rouges en provoque.

Donc il existe une hémoglobinurie d'origine musculaire due à la mise en liberté, sous l'influence de certains agents, de l'hémoglobine musculaire. L'hémoglobine musculaire traversant le rein beaucoup plus facilement que l'hémoglobine globulaire, il suffit qu'il y en ait, dans le sérum, des traces très faibles, insuffisantes pour le colorer, pour que l'hémoglobinurie apparaisse. L'urine peut donc être rouge, (par concentration d'origine rénale), alors que le sérum paraît normal. C'est à cette hémoglobinurie musculaire qu'il faut rattacher l'hémoglobinurie essentielle, jadis attribuée soit à des lésions hématiques consécutives au froid (expérience d'Erlich), soit à des lésions rénales (Robin) [v. classiques et J. Camus, loc. cit.].

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — L'hémoglobine s'élimine par les *cellules sombres des tubes contournés* et de la *branche ascendante de l'anse de Henle*, où on peut la trouver sous forme α. de masses cristallines jaunâtres (oxyhémoglobine); β. de masses noirâtres (méthémoglobine); γ. de poudre amorphe. Sous ces trois aspects, l'hémoglobine donne les réactions caractéristiques du fer (coloration vert noirâtre par le sulfhydrate d'ammoniaque, bleue par le ferrocyanure de potassium et l'acide chlorhydrique). La lumière des tubes peut être obstruée (*anurie hémoglobinurique*).

Les glomérules et les cellules de la branche descendante de Henle sont habituellement intacts.

ÉTUDE CLINIQUE. — A. **Caractères généraux de l'hémoglobinurie.** — Urines rouges, restant rouges après centrifugation, ne contenant pas d'hématies, présentant les réactions spectroscopiques : *a.* tantôt de l'*oxy-hémoglobine* : deux bandes d'absorption entre les raies D et E du spectre, bandes se fondant en une seule, située entre les précédentes (raie de Stokes), sous l'influence des réducteurs; *b.* tantôt de la *méthémoglobine* : en solution acide, quatre bandes, dont l'une située dans le rouge, près de la raie C : ce spectre, par les réducteurs, se transforme en celui de l'oxy-hémoglobine. Les urines se colorent en rouge vert par la potasse, eu bleu par la teinture de gaïac.

B. **Caractères spéciaux.** — *Hémoglobinurie globulaire.* — L'hémoglobinurie s'accompagne constamment : 1° d'hémoglobinhémie; 2° d'hypoglobulie. L'urine n'est pas globulicide.

Hémoglobinurie urinaire. — Il n'y a pas d'hémoglobinhémie ni d'hypoglobulie. L'examen du malade décèle : 1° les signes d'une affection urinaire hémorragique (généralement néphrite; 2° l'existence de propriétés globulicides de l'urine.

Hémoglobinurie essentielle, paroxystique, a frigore. — Evolue par accès « qui présentent les allures générales d'un accès fébrile avec ses trois stades : frisson, chaleur, sueurs » (Jeanselme, *Traité Brouardel-Gilbert*). L'accès éclate après un refroidissement, il débute par un *frisson* accompagné de courbature ; à la période d'état, on note des *troubles nerveux* : douleurs céphalique, thoracique, lombaire; troubles vaso-moteurs (œdèmes cutanés, purpura, urticaire, asphyxie locale); de l'exagération des réflexes ; de la *fièvre*, une *tuméfaction modérée du foie et de la rate*. Les urines contiennent : *avant la crise, de l'albumine; pendant la crise, de l'hémo et de la méthémoglobine*. La fin de l'accès est annoncée par une *sudation* abondante et parfois suivie de signes d'anémie profonde. La crise reparaît sous l'influence des causes qui l'ont provoquée la première fois. En rapprocher l'*hémoglobinurie musculaire du cheval* (v. Camus).

C. **Evolution. Terminaison. Pronostic.** — L'évolution et la terminaison varient avec la cause de l'hémoglobinurie. Le pronostic varie selon : 1° l'intensité de la destruction globulaire; 2° l'existence ou l'absence de certaines complications (*anurie*).

D. **Diagnostic.** — 1° *Y a-t-il hémoglobinurie?* — L'hémoglobinurie se distingue de l'*hématurie* par les signes précédemment indiqués. Rappeler que, dans les cas douteux, il est utile : *a*. d'aller chercher l'urine dans la vessie même; *b*. de l'examiner immédiatement. En effet, *a*. le sang d'un organe voisin (sang menstruel) peut, par mélange avec une urine globulicide, donner l'apparence d'une hémoglobinurie vraie; *b*. après la miction, toute action rendant l'urine globulicide peut transformer une hématurie minime en hémoglobinurie (*fausses hémoglobinuries*, Camus).

2° *Quelle est la variété d'hémoglobinurie? Hémoglobinurie globulaire* : antécédents d'intoxication ou d'infection; hémoglobinhémie; hypoglobulie; pas d'action globulicide de l'urine. *Hémoglobinurie musculaire* : procède par accès, antécédents de refroidissement; évolution en trois phases : frisson, chaleur, sueurs; pas d'action globulicide de l'urine. *Hémoglobinurie urinaire* : antécédents d'hémorragie urinaire (néphrite); pas d'hémoglobinhémie ni d'hypoglobulie; action globulicide de l'urine. Les *hémoglobinuries frustes* se reconnaîtront : α par l'aspect jaunâtre, enfumé de l'urine; β. par la recherche du fer dans les urines (v. Camus),

TRAITEMENT surtout causal : dans les cas d'étiologie obscure, penser à la syphilis, au paludisme.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 2. — SAMEDI 7 JANVIER 1905. 78e ANNÉE. SAMEDI 7 JANVIER 1905. — N° 2.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Hyperesthésie et prurit, considérations cliniques et pathogéniques, par M. E. Lebar.
ANALYSES
Étude sur l'actinomycose de la région mammaire et du sein; — Retour de la sécrétion lactée après un sevrage prolongé; — L'eau oxygénée et ses applications thérapeutiques; — Étude du narcyl (chlorhydrate d'éthyl-narcéine) et de ses effets cliniques.
LIVRES NOUVEAUX
FORMULAIRE
Traitement des verrues.
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — *Lille.* — Les prix d'externat, consistant en une somme de 100 francs, payée en espèces à chaque lauréat, ont été attribués, pour l'année 1904, à MM. Bernard, Beun, Butruille (Achille), Gorisse, Gosselin, Gæhlinger, Hoquette, Leclercq, Legrand (Eugène), Paquet, Riche, Verhaeghe.

MAISON NATIONALE DE CHARENTON. — Par arrêté du ministre de l'Intérieur, le docteur Antheaume, ancien chef de clinique de la Faculté, inspecteur adjoint des asiles d'aliénés, médecin suppléant de la maison nationale de Charenton, est nommé médecin titulaire de cet établissement à dater du 1er janvier 1905, en remplacement du docteur Christian, admis sur sa demande à faire valoir ses droits à la retraite et nommé médecin en chef honoraire.

GUERRE. — MM. Feyzeau, Nugue et Azaïs ont été nommés à l'emploi de médecin stagiaire à l'École d'application du service de santé militaire.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Babinski et Faisans, médecins des hôpitaux de Paris; Félizet, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Hudelo, médecin des hôpitaux de Paris; Paul Archambaud, Hischmann, Jayle et Mahu (de Paris); S. Baudry (de Lille), Beaussenat (de Vincennes), Bompaire (de Millau), Derecq (d'Ormesson), Farny (de Rebais), Ménard (de Berck) et Mercier (de Montluçon).

M. Lamy, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales.

— Sont nommés :

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Bender, Decloux, Delbecque et Delestang (de Paris), Decressac (d'Angoulême), Demailly (d'Ervillers), Desmier (de Paris), Destay (de Laons), Dézille (de Paris), d'Haussy (de Maing), Dhotel (de Poix), Diémer (de Clerval), Drago (Thomas) (de Toulon), Dubosc (de Castelomoron), Duchâteau (de Gardanne), Dufour (de Corné), Dupard (d'Aurillac), Duphil (d'Arcachon), Dupouy (de Paris), Durand-Breffort (des Lilas), Fabre (de Nimes), Faré (de Tours), Faysler (de Champlitte), Frézières (de Toulouse), Froidure (d'Amiens), Froment, Froussard et Frumusan (de Paris), Galand (de la Ville-aux-Clercs), Gambier (de Thiais), Garcin (de Morestel), Gardé (de Neuilly-sur-Seine), Gary (de Vincennes), Génova (de Constantine), Ginestous (de Bordeaux), Giry (de Briey), Grenier de Cardenal (de Bordeaux), Grosfilley (de Bourg), Guément (de Bordeaux), Guilleminot (de Paris), Guillemot (de Lanmeur), Hauser et Hein (de Paris), Henry (du Havre), Hermitte (de Grenoble), Hitte (de Rouen), Humbert (de Rambouillet), Imbert et Jais (de Paris), Izac (de Pamiers), Jarry (de Nantiat), Jeulain (de Montoire), Jodin et Kaminsky (de Paris), Keraudren (de Brest), Labadie-Lagrave fils (de Paris), Laban (de Nice), Lagain (de Seurre), Landeau (d'Eysines), Lapalle (de Pau), Laplaigne et Lassudrie-Duchêne (de Paris), Laty (de Puy-Saint-Martin), de Lauwereyns de Roosendael (de Valenciennes), Lavallée (de Paris), Lefaye (de Courbevoie), Lemaistre (de Limoges), Leprince (de Bourges), Le Roy (de Paris), Lesur (de Fouquières), Levassort (de Mortagne), Lombard et Lumineau (de Paris), Magnan (de Nice), Maire (de Vichy), Manoël (de Toulon), Margouliss (de La Charité-sur-Loire), Marsat (de Béthune), Masclanis (de Ramouzens), Mathieu (de Mouchard), Meinard (de Port-Gueydon), Mencière (de Reims), Mercier (de Mer), Merciolle, médecin-major de deuxième classe, à Évreux; Meunier et Monel (de Paris), Moreau (d'Angers), Mouchet et Mulon (de Paris), Muratet (de Portets), Neveu-Lemaire (de Lyon), Niguet (de Salens), Nutte (du Grand-Montrouge), Ourradour (de Castelfranc), Palle (de Paris), Pascal (de Villefranche), Peindarié (de Montcuq), Pelisse (de Paris), Perrin (de Cusset), Perrody

(de Paris), Poingt (de Donzy), Porge (de Paris), Poumeau (de Pont-Levoy), Pourthou (de Bergerac), Pourtié, Prat-Dumas, Quiserne et Rabé (de Paris), Ravé, médecin-major de deuxième classe, à Cahors; Regoby (de Perthes-en-Gatinais), Renous (de Croissy), Riffé (de Coulonges-sur-l'Authize), Rogier et Roy (de Paris), Salles (d'Aureilhan), Samanos (de Saubusse), Sautenoise (de Dijon), Schwartz (d'El-Madher), Secourgeon et Sempé (de Paris), Servant (de Tours), Simon (de Tourrettes-Levens), Simon, médecin principal de première classe des troupes coloniales; Simoneau (de Nantes), Souquière (de Mauriac), Stodel [Mme] (de Paris), Tauziac (de Cartélègue), Terrien (de Paris), Thiers (de Bastia), Thivet (de Clermont), Thollon (de Toulouse), Tixeron (de Savigny-sur-Bray), Trautmann, médecin aide-major au 22e d'infanterie coloniale, à Hyères; Treilhet, médecin-major de première classe au 59e d'infanterie, à Pamiers; Turquet (de Méry-sur-Seine), Verdelet (de Bordeaux), Vermersch (de Lille) et Westermann (d'Hyères).

M. Capette, aide d'anatomie à la Faculté de Paris.

M. Baron, externe des hôpitaux de Paris.

MM. les chirurgiens-dentistes Antoine dit Bousquet (de Carcassonne), Bacon (de Paris), Bavard (de Morlaix), Bertrand, Blatter, Bouchard, Bouvier, Décolland, Delzant, Fontanel, Guérard, Monet (Mme), Moreau-Marmont et Roger fils (de Paris), Seigle (de Bordeaux), Tricottet, Waton (de lier), Wirth et Wisner (de Paris).

MM. les pharmaciens Angelvin (de Marseille), Barthélemy (de Brive), Barthould (de Vichy), Bastia (de Vienne), Baylon (de la marine, à Bordeaux), Bellair et Benay (de Paris), Beronie (de Tulle), Bousquet (de Paris), Bureau (de Versailles), Cabouret (de Dives-sur-Mer), Cailloux (de la Brède), Cambus (d'Orthez), Charles (de Marseille), Cisterne (de Paris), Collandre (d'Allauche), Corriez (de Paris), Cros (de Montpellier), Darnis (de Toulouse), Delafond (de Neauphle-le-Château), Delorme (de Saint-Calais), Desanti (de Marseille), Devillers (de Vincennes), Didier (de Saint-Marcellin), Duserm (de Barthe-de-Neste), Fabiou (de Paris), Garnal (de Cahors), Grandpierre (de Sedan), Guillot (de Paris), Hallé (d'Enghien), Hemmerlé (de Gentilly), Hézard (de Paris), Jaubert (de Mostaganem), Laprée (de Challans), Lautier de la marine, Loubion (de Montauban), Malet (de Saint-Raphaël), Manget (de l'armée, à Nantes), Maroneau (de l'armée, à Mostaganem), Millet (de Paris), Paillé (de Carbonne), Renard (de Paris), Sauvaire (de la marine, à Toulon), Tajan et Thomson (de Paris), Vigouroux (de Castelfranc) et Vitalis (de Paris).

M. Lameland, préparateur à l'École supérieure de pharmacie de Paris.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Le docteur Louis Rénon commencera ses conférences cliniques sur les *Maladies du cœur et du poumon* (diagnostic, thérapeutique, diététique) le vendredi 13 janvier 1905 à neuf heures et demie, amphithéâtre des cours de l'hôpital, et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

Enseignement pratique de la médecine. — Visite des malades avec interrogatoire des élèves, tous les matins à neuf heures, salles Piorry et Lorain.

Examen des malades nouveaux, le mercredi (femmes) et le jeudi (hommes) consultation sur les maladies du cœur et du poumon, le mardi à neuf heures et demie, salle Piorry.

Démonstrations pratiques de bactériologie, de cytologie et d'urologie cliniques, le lundi à dix heures et demie au laboratoire.

ÉCOLE DE PSYCHOLOGIE (49, rue Saint-André-des-Arts, au siège de l'Institut psycho-physiologique). — *Conférences de 1905.* — Chaque année, les cours de l'Ecole de psychologie sont complétés par des conférences faites au siège de l'Institut psycho-physiologique, 49, rue Saint-André-des-Arts. Ces conférences portent sur toutes les questions qui relèvent de la psychothérapie et de la psychologie. Les conférences sont publiques et ont lieu les vendredis à huit heures et demie. La première aura lieu le vendredi 13 janvier sous la présidence de M. le docteur Lancereaux, membre de l'Académie de médecine. « Les châtiments contre les buveurs sous l'ancien régime. — Le traitement psychologique de l'alcoolisme », par M. le docteur Bérillon, médecin-inspecteur des asiles d'aliénés (avec projections).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Électricité médicale, par le docteur H. Guilleminot. (Travail du laboratoire du professeur Ch. Bouchard.) 1 vol. in-16 de XII-656 p., avec 76 fig. dans le texte et 8 pl. hors texte en couleurs. — Prix : cart., 10 francs. — Paris, G. Steinheil.

Syphilis de l'œil et des annexes, par le docteur F. Terrien, ancien chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de Paris. 1 vol. in-16 de 316 p. avec 39 fig. et 3 pl. — Prix : 4 francs. — Paris, G. Steinheil.

La neurasthénie étudiée aux points de vue médical, philosophique et social, par H. Nuwendam, préparateur assistant de physique médicale. 1 vol. in-18 de 48 p. — Prix : broch., 1 fr. 25. — Paris, F. R. de Rudeval.

Les maladies populaires : maladies vénériennes, alcoolisme, tuberculose. Étude médico-sociale. Leçons faites à la Faculté de médecine de Paris, par le docteur Louis Rénon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Pitié, membre de la Société de biologie. 1 vol. in-8° de 480 p. — Paris, Masson et Cie.

Le rôle du sel en thérapeutique, par le docteur Ch. Achard, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Tenon. N° 40 de l'*Œuvre médico-chirurgical*, 1 broch. gr. in-8°. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

L'assistance au Maroc, par Georges Samné. 1 broch. in-8°. — Paris, J. Rousset.

De la valeur du procédé de Lorenz, de l'opération sanglante de Hoffa et des appareils orthopédiques, dans le traitement des luxations congénitales de la hanche, par le docteur Boureau. 1 broch. in-8°. — Paris, A. Maloine.

De l'anémie ankylostomiasique des mineurs, par A. Manouvriez. 1 broch. in-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, J. Rousset.

Correction cryoscopique des liquides fixateurs utilisés en histologie, par M. Jacquemet. 1 broch. in-8°. — Grenoble, imprimerie Allier, frères.

Traitement de la tuberculose par les courants de haute fréquence et de haute tension, basé sur l'étude du chimisme respiratoire, par H. Thiellé. 1 broch. in-8°. — Rouen, imprimerie L. Mégard.

Sur la valeur de la réaction éther-albumose, par M. Labatut. 1 broch. in-8°. — Grenoble, imprimerie Allier, frères.

REVUE GÉNÉRALE

HYPERESTHÉSIES ET PRURIT

Considérations cliniques et pathogéniques.

PAR L. LEBAR,
Interne des hôpitaux de Paris.

La sensibilité, le mot étant pris dans son acception la plus générale, doit être considérée comme une fonction commune à tous les animaux, au moyen de laquelle ils perçoivent les impressions internes et externes, et entrent en relation avec les objets extérieurs (Ballet).

Toutes les cellules de notre organisme sont douées de sensibilité, c'est-à-dire qu'elles ont la faculté de répondre par un mouvement à une incitation extérieure : parce qu'elles sont *irritables*.

L'*irritabilité*, en effet, est une propriété fondamentale de tout être vivant. Tandis que, chez les êtres inférieurs, sa répartition est uniforme dans toute la masse de l'individu, elle se localise chez les animaux plus élevés, dans une série d'organes différenciés et adaptés à cette fonction : le système nerveux, comprenant l'axe cérébro-spinal, les nerfs, leurs terminaisons dans les tissus.

Chez les premiers, la cellule tout entière est irritable ; une excitation extérieure portée en un point quelconque de sa masse provoque un mouvement de réponse. Les animaux supérieurs et l'homme sont irritables, parce qu'ils possèdent un système nerveux. Sans lui, il n'y a pas de réponse à l'excitation.

On peut donc concevoir le système nerveux comme un réservoir d'*énergie latente*, dont l'équilibre général est incessamment troublé par les impressions recueillies à la périphérie, et par les mouvements de réponse provoqués par elles.

La sensibilité n'est qu'une des modalités de cette énergie.

On n'a pas assez tenu compte de ces données dans l'étude de la sensibilité et de ses troubles. On s'est plu à y apporter des distinctions tranchées, des dissociations dans ses différents modes, alors que l'énergie sensitive est *une*, et comme l'irritabilité dont elle n'est qu'une des manières d'être, elle obéit aux mêmes lois qu'elle.

S'inspirant de ces notions, mon maître le docteur Jacquet, à la suite de recherches minutieuses et délicates sur la sensibilité, est arrivé à des résultats qui éclairent cette question d'un jour tout nouveau (1).

Ce sont ces recherches que nous allons essayer d'exposer.

Comme le font les classiques, nous étudierons :

1° La sensibilité normale ;
2° La sensibilité pathologique.

I

SENSIBILITÉ NORMALE. — A l'état normal, les impressions exercées sur notre peau donnent naissance à des sensations variées, sensation générale de froid, de chaud, de pression, de douleur, sensation spéciale de toucher. Golscheider et Max von Fray (1) ont localisé les quatre sens cutanés, dans quatre catégories de terminaisons nerveuses. Pour la pression les corpuscules de Meissner, pour le froid les corpuscules de Krause, le chaud dans les corpuscules de Ruffini, enfin la douleur est ressentie dans les terminaisons libres et superficielles *de l'épiderme*.

On est allé encore plus loin, et l'on a cru trouver dans la pathologie la preuve de ces dissociations sensitives. Telle est l'abolition de la *douleur*, avec conservation du *tact* qu'on observe dans l'anesthésie *chloroformique* et *cocainique*. Telles aussi les dissociations de la sensibilité observées dans la *lèpre*, la *syringomyélie*, l'*hystérie*, etc.

Ces conclusions ont été critiquées par M. Jacquet : « Notons, dit-il, l'extraordinaire invraisemblance de cette conception : le froid, le chaud, considérés comme spécifiquement distincts (2). Comment concilier ces faits avec cette donnée psycho-physiologique bien établie, que nos diverses sensations ont comme aboutissant commun la *douleur*, pour peu qu'on les exagère. Le tact ne se mue-t-il pas en douleur quand il s'exerce sur une surface cutanée dépourvue de sa couche épidermique ? Les sensations thermiques et de pression, au delà d'un certain degré, font de même. On ne saurait donc regarder la douleur, aboutissant commun de toutes les sensations excessives, comme une sensation spéciale ayant ses organes propres. Disons simplement que les impressions extérieures agissent différemment sur notre sensibilité parce qu'elles sont des modes différenciés de l'énergie. Et avec Hauser (3), admettons pour expliquer les dissociations pathologiques de la sensibilité, que les « diverses excitations cutanées ne possèdent pas la même puissance de propagation et que ce qui est plus ou moins vulnérable, ce n'est pas la *fibre*, une fibre conductrice *spéciale*, mais la *fonction* ; celle qui, biologiquement, est la moins élevée, la moins différenciée, ayant plus de résistance que les autres. » Or, telle est bien, en ce qu'elle a d'essentiel, la sensation de contact commun à tous les êtres animés.

L'eudermie. — Mais tact, chaud, froid, pression, ne sont pas les seules sensations fournies par nos téguments.

La peau est composée d'une série d'appareils, cellules, glandes, muscles lisses, vaisseaux en état de fonctionnement et de vie sans arrêt. D'autre part, elle est incessamment et *directement* en rapport avec le milieu extérieur et ses agents connus ou inconnus, air, lumière, chaleur, pression barométrique, etc., qui agissent sur elle. Ces deux ordres de causes, *activité cutanée*, *conflit permanent* de notre peau avec le milieu extérieur, donnent naissance à une foule de sensations qui impressionnent nos centres nerveux, mais restent inconscientes.

(1) L. JACQUET. *Pratique dermatologique* (troubles de la sensibilité).

(1) GOLSCHEIDER et MAX VON FRAY. Académie des sciences de Leipzig, 1894-95-96, in *Revue neurol.* (Mlle Joleyko), n° 2, 30 janv. 1904.

(2) JACQUET. *Pratique dermatologique*, loc. cit.

(3) HAUSER. *Étude sur la syringomyélie*, Th. de Paris, 1901.

Dans la vie *normale*, en effet, quantité d'excitations agissent sur nous, dont nous ne nous rendons pas compte, qui sont inconscientes ou plutôt à peine conscientes. Leur action sur la conscience est fugitive et légère, parce que, comme le fait remarquer Richet (1), « la conscience ne comporte qu'un nombre très limité de sensations simultanées. »

Faisons intervenir un facteur spécial, l'*attention*, et nous verrons ces sensations devenir réelles, des perceptions.

Il est possible en effet, en de bonnes conditions de recueillement, de percevoir, d'isoler certaines sensations inaperçues d'ordinaire et qui émanent de la peau. C'est un sentiment de *tiédeur*, accompagné d'une sorte de frémissement vibratoire infiniment doux, avec, de temps à autre, quelques picotements, quelques *aiguillements* très ténus. Bref, on peut en général, en concentrant son attention, et en certaines conditions, *sentir sa peau.*

Les terminaisons nerveuses périphériques et les centres qui permettent à la peau de recueillir les impressions extérieures, *prennent aussi notion du fonctionnement des tissus et organes cutanés eux-mêmes;* ils prennent conscience de *la vie cutanée.*

Cette sensation de la *vie cutanée*, M. Jacquet la nomme EUDERMIE (εὐ, bien, et δέρμα, peau). Retenons bien cette notion psycho-physiologique nouvelle, elle est importante car elle nous aidera à comprendre certains troubles sensitifs et en particulier le prurit.

II

SENSIBILITÉ PATHOLOGIQUE. — Selon la méthode classique étudions :

1° La sensibilité profonde;
2° La sensibilité superficielle.

Tandis que l'anesthésie profonde est assez bien connue, tabès, hystérie, syringomyélie, l'hyperesthésie, par contre, est presque ignorée.

1° *Troubles de la sensibilité profonde.* — Les troubles de la sensibilité profonde des tissus, muscles, articulations, os, etc., sont en général étudiés au point de vue spécial de la perception des mouvements et du sens des attitudes. Il est classique de dire en effet que la sensibilité du muscle nous renseigne sur la *force* et l'*énergie* déployées dans l'acte du mouvement, tandis que la sensibilité articulaire nous renseignerait sur l'*étendue*, le *parcours* du mouvement actif. Ces fonctions sont troublées dans un certain nombre d'affections nerveuses connues telles que : l'hémianesthésie organique, l'hémiplégie cérébrale infantile, le tabès, les lésions transverses et complètes de la moelle, les névrites périphériques.

Mais il ne faut pas oublier que les tissus profonds sont doués d'une sensibilité d'ordre *général*, sensibilité à la douleur, et ce sont les troubles de cette sensibilité qui sont peu connus. Nous voulons envisager cette question sous un aspect nouveau : troubles de la sensibilité générale des tissus profonds, et leurs relations avec les troubles de la sensibilité superficielle.

Weill le premier (1) a étudié chez les tuberculeux les hyperesthésies profondes, osseuses et musculaires, et bien établi que cette exaltation de la sensibilité affectait dans certains cas une moitié du corps : c'est l'*hémihyperesthésie profonde.*

Weill nota aussi leurs relations avec les troubles sensitifs cutanés et sensoriels, admit leur nature hystérique, et les attribua à l'excitation des filets pulmonaires.

Ces faits ont été confirmés et étendus par M. Jacquet (2) et par M. Jeanselme (3).

Sur les conseils de M. Jacquet, nous avons entrepris l'étude clinique de ces hyperesthésies; nous rapportons brièvement ici le résultat de nos observations, que nous étudierons plus en détail dans notre thèse. Nos observations sont au nombre de 41 se décomposant ainsi :

Tuberculose pulmonaire..........	8 cas.
Troubles gastriques..............	2
Pleurésies avec épanchement.......	5
Salpingite et salpingo-ovarite......	6
Lésions dentaires................	9
Ulcérations intestinales (f. typhoïde).	1
Angines diverses................	7
Rhumatisme....................	1
Furoncle......................	1
Pneumonie.....................	4
Zona..........................	2
Orchites.......................	3

En ce qui concerne la tuberculose pulmonaire, nous avons confirmé les recherches de Weill. Dans tous nos cas, c'est du côté où la lésion paraît cliniquement la plus avancée, la plus importante, que la sensibilité et parfois d'autres fonctions organiques sont exaltées. Pour les autres affections elles étaient unilatérales ou à grande prédominance d'un côté.

Il résulte de ces observations que l'hyperesthésie profonde est un phénomène fréquent, qu'on observe chez un grand nombre de malades; et s'il ne se retrouve pas chez tous ceux qui présentent une lésion unilatérale ou à prédominance unilatérale c'est que, comme nous le verrons plus loin, le *potentiel sensitif* de chacun n'est pas le même. Tel malade réagira violemment à une lésion minime atteignant une région riche en nerfs, de tel autre on pourra dire au contraire avec Montesquieu : « Ce n'est qu'en l'écorchant qu'on le chatouille (4). »

Pour la recherche de ces troubles, nous avons employé les méthodes suivantes :

Pincement du muscle entre deux doigts, comme si nous voulions le faire vibrer. Passage d'un courant faradique.

---

(1) RICHET. *Essai de psychologie générale*, p. 118.

(1) WEILL. Les troubles nerveux chez les tuberculeux, *Revue de méd.*, 1893, p, 449.

(2) JACQUET. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1897, p. 1170; 1898, p. 590; 1899, p. 452; 1900, p. 519.

(3) JEANSELME, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1898, p. 594; eodem loco, p. 602.

(4) JACQUET. *Pratique dermatologique* (troubles de la sensibilité).

Percussion à distance et pression directe pour les articulations.

Percussion directe avec le marteau à réflexes pour les os, et exploration au diapason selon la méthode récemment exposée par Egger.

Dans toutes nos observations, nous avons noté du côté lésé une exaltation de la sensibilité musculaire, au pincement et au passage du courant électrique.

La sensation provoquée est nettement plus vive d'un côté du corps. C'est une sensation vive, mais supportable dans la plupart des cas. C'est une douleur très violente dans d'autres, tellement vive, que tous les traits du visage se contractent et que le corps subit un sursaut général.

Les articulations et les os sont également plus sensibles du côté de la lésion irritative.

La sensibilité *superficielle* est rarement normale dans les cas de ce genre. Elle est par rapport à celle du côté sain tantôt diminuée, tantôt exaltée, et ordinairement dans tous ses modes.

Dans nos observations nous notons 17 fois de l'hypoesthésie superficielle, 24 fois de l'hyperesthésie. D'une manière générale, M. Jacquet croit que, dans tous les cas, c'est le stade hyperesthésique qui précède, il peut être très court et passer méconnu.

Les troubles de la sensibilité ne sont pas seuls en jeu, et dans bon nombre de cas, ce sont un ou plusieurs systèmes de la vie organique, dont la vie est exaltée du côté de l'hyperesthésie.

Il y a une exagération des réflexes tendineux, parfois même un véritable clonus du pied. La peau présente une élévation soit partielle, soit générale de la température qui peu à peu s'abaisse et se met en équilibre avec le reste des téguments.

Les réactions cutanées sont quelquefois exaltées. Dans un cas de zona thoracique et un cas d'orchite, nous avons noté une *hémi-réaction pilaire* très nette du côté de l'hyperesthésie. Il suffisait de découvrir le malade pour voir immédiatement le grain pilaire s'ériger et devenir très évident d'un côté.

Notons aussi une sensibilité plus marquée de certains organes, testicule, ovaire, globe oculaire. Quelquefois enfin, il n'est pas rare de constater de l'inégalité pupillaire, la pupille du côté de l'hyperesthésie étant plus contractée.

La sensibilité des *troncs nerveux* superficiels est dans tous ces cas notablement exaltée. Par la pression ou par le pincement entre deux doigts on met facilement en évidence leur exaltation sensitive. Elle est partielle dans certains cas et voisine de la lésion irritative, ou générale et étendue à toute une moitié du corps.

Cette exaltation sensitive, ou organique de tout un côté ou segment du corps reste le plus souvent ignorée des malades, et c'est là une de ses particularités les plus intéressantes. L'exploration seule la met en lumière. Parfois, c'est le malade lui-même qui attire notre attention, parce qu'il se plaint de douleurs musculaires, d'arthralgies, de sensibilité à la peau. Dans ces cas, l'hyperesthésie n'est pas seulement objective, elle est subjective, ce qui démontre bien qu'entre ces deux modes de la sensibilité pathologique, subjectif et objectif, il n'y a qu'une différence de degré et non point d'essence, le mode *subjectif* n'étant que l'excès d'un trouble *objectif* de même modalité.

A toutes ces notions M. Jacquet a ajouté celle du *transfert* de l'hyperesthésie et de ses *oscillations* sensitives d'un côté à l'autre, sous l'influence de lésions successives et bilatérales. L'une des observations de M. Jacquet est bien typique : un tuberculeux atteint de lésion du sommet *gauche* présente une hyperesthésie névro-musculaire *gauche*. Survient un foyer de broncho-pneumonie *droit* et il y a *transfert* de l'hyperesthésie à *droite*. Nous avons noté ce transfert cinq fois. Citons l'un de ces cas : une malade syphilitique secondaire a une angine avec amygdalite pultacée à prédominance *droite*; il y a hyperesthésie profonde de ce côté. Trois jours après son entrée, éclate une névralgie faciale *gauche* en rapport avec une pulpite de la dent de sagesse *gauche* supérieure. Nous constatons alors que l'hyperesthésie s'est transportée du côté *gauche*.

Ces faits sont à rapprocher de ceux relatifs au transfert et oscillations de l'*anesthésie* chez les hystériques.

D'après M. Jacquet, l'ensemble de ces phénomènes trouverait leur explication dans un grand nombre d'expériences de Brown-Séquard dont voici la synthèse : « Une irritation quelconque du système nerveux exalte la sensibilité du même côté, l'abaisse de l'autre côté, une irritation ultérieure de ce dernier *tire à elle* l'hyperesthésie. » Et encore : « Il n'est guère possible d'irriter une partie sensible de l'organisme sans modifier plus ou moins complètement l'équilibre dynamique de la presque totalité du système nerveux. »

Tous ces faits conduisent M. Jacquet aux deux propositions suivantes : « 1. Les choses se passent comme si, pour une *période donnée*, la somme de notre sensibilité était constante, perdant ici ce qu'elle gagne là, sous l'influence des excitants divers.

2. C'est l'excès sensitif, l'hyperesthésie en ses divers modes et ses divers sièges, qui, plus ou moins lentement, conduit à l'épuisement sensitif, à l'anesthésie. »

Retenons ces données, elles serviront à l'intelligence de certains troubles de la sensibilité superficielle.

2° *Troubles de la sensibilité superficielle.* — Ces troubles rentrent logiquement dans trois catégories suivant que la sensibilité cutanée est viciée *en plus*, *en moins*, ou enfin *déviée*, *pervertie*, d'où la division en :

Hyperesthésies,
Anesthésies,
Paresthésies.

Nous n'étudierons ici que les hyperesthésies.

On distingue ordinairement l'*hyperesthésie cutanée*, sensation objective, de la *dermalgie*, sensation subjective. En fait, comme nous l'avons vu, ces deux modalités sensitives sont de même essence; elles s'associent, se succèdent, sont reliées entre elles par une gamme très riche de nuances.

Tout foyer de dermalgie ou douleur spontanée de la peau est entouré d'une zone où l'excitation directe *seule* produit la douleur, d'une zone d'*hyperesthésie* inconsciente. Le foyer dermalgique n'est donc que le point *central* ou *maximum* d'hyperesthésie. Il n'y a pas de dermalgie sans hyperesthésie cutanée, mais il peut y avoir hyperesthésie, sans dermalgie, et dans ce cas, celle-là est la phase première, *préparatoire* de celle-ci.

Ces douleurs spontanées de la peau affectent des caractères multiples et variés, en raison de la variété et de la richesse des tissus, tous doués de sensibilité, qui entrent dans la constitution de nos téguments : glandes, poils, vaisseaux, fibres lisses, élastiques. Chacun de ces éléments, lorsqu'il est irrité, confère à la sensation perçue, une qualité particulière, bien définie par les mots : *élancements* comparés par les malades à des coups de canif, *rongements*, *tenaillements*, *picotements* plus ou moins vifs comparés à des coups d'épingle, sensation de *poids*, de *tension*, de *constriction* de corps étrangers, de *cheveu*, par exemple, *fourmillements*, *effleurements*, *frôlements*, *cheminement d'insectes*, *reptation*. Dans l'ordre thermique, les impressions de froid *cryesthésie*, de tiédeur, d'ardeur, de cuisson *thermesthésie*.

Comparons ces diverses sensations à celles de la vie cutanée consciente, l'*eudermie*, « que l'on confronte cette tiédeur, ce frémissement vibratoire très doux, agréable, coupé parfois de fins picotements, d'aiguillements ténus, avec les diverses sensatious hyperesthésiques, on y trouvera, je pense, leur ébauche, leur état *naissant*, ou ce qui revient au même, on trouvera dans ces hyperesthésies le grossissement des sensations eudermiques (1). »

Dans l'énumération qui précède que devient le *prurit?* Le *prurit* est cependant un trouble de la sensibilité cutanée, c'est une des modalités de l'hyperesthésie, et il est au moins surprenant, disons-le en passant, de le voir complètement ignoré dans les traités des affections du système nerveux. C'est une sensation banale, a-t-on dit, et l'on s'est autorisé de cette prétendue banalité pour en laisser l'étude dans l'ombre.

M. Jacquet a étudié cette sensation anormale avec une sagacité, une délicatesse et une précision remarquables; c'est le résultat de ses recherches que nous désirons exposer.

Prurit. — Le prurit est-il distinct de l'hyperesthésie, de la dermalgie? La plupart des auteurs en font une sensation *spéciale*, échappant à toute description, au même titre, comme le dit Brocq (2), « qu'une odeur ou une couleur. Ce n'est ni du chatouillement, ni du picotement, ni du fourmillement, c'est la *démangeaison* ou *prurit*. En réalité, le prurit est une forme d'hyperesthésie, et s'il possède des caractères sensitifs spécifiques, cela tient, comme il semble résulter de recherches de M. Jacquet, à des causes particulières que nous étudierons plus loin.

(1) *Pratique dermatologique*, loc. cit.

(2) Brocq. *Pratique dermatologique*, t. I, p. 181.

Nous n'envisagerons que le prurit pur, en tant que sensation subjective de démangeaison.

Il y a un prurit *physiologique* (Hebra) commun à l'homme et à un grand nombre d'animaux. Chez ces derniers, les parasites, la mauvaise disposition des poils ou des plumes en sont l'occasion habituelle. Chez l'homme, les causes du prurit physiologique sont variées. Le chatouillement léger de certains points de la peau, l'aile du nez par exemple, éveille parfois une violente démangeaison. Les excitations extérieures, les parasites le provoquent également, Mais, en dehors de toute excitation cutanée, la démangeaison spontanée est très fréquente à la face, à la tête, aux épaules, à la région sternale. Le prurit fait partie intégrante de notre *habitus*.

L'état de digestion, l'insomnie, le surmenage, la période menstruelle, l'exagèrent. Le travail cérébral, les efforts de la volonté arrivent à surmonter et quelquefois à vaincre le besoin du grattage.

Le prurit physiologique est quelquefois *inconscient*. Il suffit d'observer avec attention l'un de nous au travail pour se convaincre de ce fait.

Caractères généraux de la sensation pruritique. — Décrivons une crise de prurit : l'analyse ultérieure nous en montrera les particularités intéressantes.

La crise est ordinairement précédée d'une période plus ou moins longue de prurit *minimum*, d'abord *inconscient*, puis perçu mais toléré et enfin insupportable. La sensation est d'abord douce, le patient fait effort pour la rejeter de son champ de conscience, il veut l'ignorer ou la maîtriser. Bientôt il commence à se frotter, doucement, du bout des doigts. Mais la sensation l'entraîne, il gratte plus fortement, les ongles entrent en scène. Aussitôt le prurit *augmente sur place*, *s'éveille à distance*, ici, là, partout.

Et le malheureux, angoissé, entraîné par un véritable onanisme pruritique, n'a plus assez de mains ni de doigts pour gratter toutes les régions qui le sollicitent impérieusement (Jacquet).

Puis la tension pruritique s'apaise, un calme relatif survient, c'est la fin de la crise. La peau, aux endroits grattés, est congestionnée, ardente, sillonnée de traînées rougeâtres.

Telle est la crise, toutes n'ont pas cette violence. Depuis celles que nous venons de décrire, jusqu'à la plus légère, le prurit minimum, on trouve tous les intermédiaires. Différentes par leur intensité, elles n'en sont pas moins toutes d'une même interprétation analytique.

Les principaux caractères du prurit sont : l'agacement, la titillation psychique, le désir et le besoin du grattage, la mobilité et la dissémination des foyers, le bien-être qui suit, la détente nerveuse, le calme.

La *mobilité* du prurit est remarquable, il naît en un point, passe à la région voisine plus ou moins éloignée, revient parfois à la précédente, et cela dans un espace de temps très court.

Le *besoin* et le *désir* du grattage sont innés, *instinctifs*, parce que l'être animé, dès le premier rudiment de conscience, va au contuct local de toute sensation pénible, et que l'éducation lui apprend

vite à proportionner l'effort tactile nécessaire à son soulagement ou son aggravation.

La détente qui suit la crise de prurit est due au grattage plus ou moins violent que le patient lui a opposé. Cela se comprend si l'on se rappelle la loi de Weber et Fechner. *La sensation n'est pas proportionnelle à l'excitation, elle croit seulement comme le logarithme de cette excitation.* Ici, l'excitation est proportionnelle à l'effort musculaire dont le sujet est capable, et la sensation, qui s'accroît en une proportion moindre, arrive avant que les muscles soient à bout de force, à l'*épuisement*, à la détente (Jacquet).

Signalons, en passant, que le grattage provoque parfois une dilatation pupillaire. C'est le réflexe sensitif pupillaire.

Foyer pruritique et hyperesthésie pruritique. — Le prurit, avons-nous dit plus haut, s'éveille à distance, de plus il *s'étale*. Si l'on pratique, en effet, l'examen méthodique d'une région en état de prurit, sans la troubler par le grattage, à l'aide d'un pinceau d'aquarelliste promené doucement, on découvre autour du foyer pruritique une zone plus ou moins grande où la sensibilité est modifiée. Cette zone est le siège d'une hyperesthésie, mise en évidence seulement par l'examen direct : hyperesthésie objective. Le foyer pruritique subjectif est donc le centre d'une région d'hyperesthésie non consciente, objective. On remarque en outre que cette hyperesthésie est de qualité pruritique, c'est-à-dire que toute excitation légère portée sur la région qui en est le siège éveille le prurit. Le prurit y est à l'état latent. C'est l'*hyperesthésie pruritique*, à bien distinguer de l'hyperesthésie vulgaire qui est de qualité *douloureuse*.

Enfin, si après la détente produite par le grattage, on promène doucement le pinceau sur la région, on constate l'existence d'une hypoesthésie manifeste. M. Jacquet la nomme : *hypoesthésie pruritraumatique*.

En somme, il existe une hyperesthésie pruritique inconsciente, subjective. L'excitation de la zone qui en est le siège, éveille le prurit, le besoin de gratter. Ce caractère l'oppose à l'hyperesthésie ordinaire qui, elle, provoque la douleur, quand on excite la zone qui en est le siège. Nous allons voir plus loin quelle est la raison de cette différenciation hyperesthésique.

Dissémination et généralisation pruritique. — Un autre caractère du prurit, c'est qu'il ne s'étend pas seulement de proche en proche, il se dissémine à distance. M. Jacquet cite sa prcpre observation, et il montre sur lui-même l'éclosion de foyers successifs ou similaires de prurit, sans l'intervention du grattage. Il semble que sur un sujet à l'état dit *physiologique*, une excitation de même intensité, provoque *ou non* la dissémination et la généralisation pruritique suivant que le sujet est à l'état de repos ou de fatigue nerveuse. Et que, ce qu'il y a à considérer dans l'intensité du prurit, c'est moins telle ou telle condition *extrinsèque* (intoxication par exemple), qu'une condition *intrinsèque* — le taux du potentiel sensitif.

Enfin, pour terminer notre analyse de la crise pruritique, faisons remarquer ce point particulier qui a son importance. Au moment de la crise le grattage, c'est-à-dire l'excitation augmentant, le prurit latent, inconscient, potentiel, devient actuel, conscient, objectif. Il y a transformation *in situ*, d'un trouble de la sensibilité, d'objectif en subjectif. Il n'est pas de démonstration plus claire du fait que nous énoncions au début : à savoir que la sensibilité est *une*; et qu'il y a identité entre ces deux modes sensitifs : l'hyperesthésie et l'hypoesthésie.

III

Pathogénie. — Tous les faits que nous venons de décrire, et qui ont été si minutieusement étudiés par M. Jacquet, sont susceptibles d'une interprétation générale tirée des lois de l'irritabilité.

De toutes les causes invoquées pour expliquer la production du prurit, traumatismes divers, chirurgicaux, vestimentaires, parasitaires, chaud, froid, toxémies, intoxications médicamenteuses, alimentaires, auto-intoxications digestives etc., etc., il n'y en a pas qui soit *nécessaire* et *suffisante*. Deux individus soumis à une même cause provocatrice de prurit réagiront différemment. De deux malades dont le sang charrie de la bile, l'un a un ictère très léger, la peau du second est jaune foncé, vert olive; le premier est en proie à un violent prurit, le calme sensitif du second est absolu. Prenons un individu quelconque, promenons les barbes d'une plume sur l'aile du nez, nous provoquerons du prurit à coup sûr. C'est-à-dire qu'une excitation *légère* et *banale* fait *éclater* une sensation *violente* et *spécifique*. Il n'y a donc pas de cause nécessaire et suffisante du prurit, il y a des causes provocatrices multiples et variées.

Essayons d'en dégager la cause *univoque*. Nous avons admis un échange perpétuel et réciproque d'impressions entre les centres nerveux, les tissus, les viscères et les terminaisons sensorielles et cutanées. C'est une véritable *circulation nerveuse* à *circuit fermé*. Dans ce circuit, l'excitation circule, se conserve, et par suite s'*accumule*. C'est la loi de l'*addition latente*, de la *sommation* dont l'importance est extrême en biologie générale, et trouve en pathologie des applications continuelles. « Des excitations qui, isolées, paraissent impuissantes, deviennent efficaces quand elles s'accumulent, car elles ont, malgré leur inefficacité apparente, augmenté l'excitabilité des centres nerveux. »

Reprenons l'exemple des deux ictériques, l'un a le teint jaunet et se gratte violemment, parce que son potentiel sensitif est porté à un degré maximum. L'excitabilité de ses centres sensitifs est très élevée; soit par des causes irritatives multiples qui s'additionnent et s'accumulent, soit parce que ses parents nerveux ou alcooliques lui ont transmis héréditairement un système nerveux en état d'équilibre sensitif instable. Dès lors, une excitation faible et quelconque, en éveillant l'*énergie accumulée latente*, peut provoquer un ébranlement disproportionné à son importance. Drns le cas de notre ictérique, une minime quantité de bile circulant dans le sang suffit pour *faire éclater* le prurit.

Mais quelles sont les raisons qui déterminent la fixation du prurit? M. Jacquet donne l'explication suivante : Toute excitation portant sur une de nos cellules, laisse après elle un retentissement prolongé, qui peut être tout à fait latent. La cellule est modifiée dans son état moléculaire. C'est la *mémoire élémentaire des tissus*, ainsi désignée par Ch. Richet (1). La mémoire élémentaire de la peau, M. Jacquet la nomme : *mnémodermie*.

Les choses étant ainsi, toute excitation d'ordre viscéral par exemple, est transmise aux centres nerveux où elle est réfléchie. Elle s'arrêtera et se fixera, lorsqu'elle rencontrera un point de la peau, qui a été plus ou moins antérieurement le siège d'une excitation locale et directe. L'exemple suivant donné par M. Jacquet est très démonstratif. « M. Jacquet *goûte* au vermouth de Turin; instantanément il est pris de congestion faciale avec cuisson pruritique.

Benda, pour une quantité supérieure ingérée, n'éprouve rien. Le surlendemain, ce dernier ayant absorbé du vermouth en même quantité, est pris au bout de quelques minutes d'un violent prurit du dos des mains avec érythème, durant environ trois quarts d'heure. C'est *que le matin* de ce même jour, dans une excursion en voiture découverte, ses mains *nues* avaient été vivement et longuement excitées par la pluie et le froid. » Ce fait prouve que le prurit est éveillé et *fixé* au point de rencontre de deux excitations en sens inverse, l'une d'origine viscérale et réflexe, d'abord centripète puis *centrifuge*; l'autre périphérique, *centripète* due à une excitation antérieure de la peau qui en a conservé le souvenir.

Spécificité du prurit. — Une dernière question se pose. Pourquoi le prurit est-il une sensation de qualité si particulière, spécifique?

Nous avons distingué plus haut l'hyperesthésie douloureuse de l'hyperesthésie pruritique, irréductibles l'une à l'autre; leur *qualité* est différente. Or, la peau reçoit deux ordres de nerfs : les uns issus de l'axe cérébro-spinal, les autres du système sympathique. En ce qui concerne les sensations de qualité *douloureuse*, tout le monde est d'accord pour les rapporter à la lésion ou au trouble fonctionnel d'un point quelconque de l'axe cérébro-spinal et des nerfs qui en dépendent. M. Jacquet explique la qualité *pruritique des sensations* par la lésion ou le trouble fonctionnel *du système du grand sympathique*, et il en donne les raisons suivantes : « Le prurit est une sensation spéciale, *spécifique* ; il éveille un besoin *instinctif* qui n'appartient qu'à lui, le besoin du grattage. Sa *mobilité* est caractéristique et contraste avec la *fixité* des sensations de qualité douloureuse. Il s'associe fréquemment à l'éréthisme pilo-sébacé, à l'érythème.

Or le sympathique est par excellence le nerf des besoins. Les sensations qui révèlent sa souffrance (colique intestinale, angine de poitrine, viscéralgies diverses) sont d'une nature *indéfinissable*. Elles ont moins de fixité que les réactions douloureuses émanées du système cérébro-spinal. Le sympathique, en outre, échappe à toute *topographie* descriptive, puisque sa répartition se confond avec celle de la masse vasculaire, qui est pour ainsi dire continue. Il innerve les muscles *pilaires* et les *vaisseaux*. Enfin, et là-dessus tout les physiologistes sont d'accord, le sympathique contient des fibres sensitives, dont l'activité et les souffrances viscérales sont connues. Les fibres sympathico-sensitives de *la peau* ne sont pas inactives. Elles recueillent les impressions dont l'ensemble constitue la sensation de la vie cutanée consciente, l'*eudermie*, c'est leur souffrance qui confère au *prurit* sa qualité *spécifique*. »

Et M. Jacquet tire de tous les faits qu'il a si délicatement étudiés, une définition rationnelle du prurit. « Le prurit est l'exagération de celles des sensations cutanées élémentaires ou sensations eudermiques, qui émanent des fibres sensitives du grand sympathique. » Au lieu de l'ancienne définition classique du prurit : « Le prurit est une sensation cutanée qui provoque le grattage, » nous avons maintenant une définition qui paraît claire, simple, et en accord avec les faits. Tels sont les faits intéressants et les notions nouvelles que nous avons voulu exposer, elles sont le résultat des recherches minutieuses, délicates et longues de M. Jacquet.

(1) Ch. Richet. *Essai de psychologie générale*, p. 742.

ANALYSES

Etude sur l'actinomycose de la région mammaire et du sein, par M. le docteur Alphonse Poiteau. (Th. de Lille, 1904; Vandroth-Fauconnier, édit.)

L'actinomycose du sein, affection parasitaire, est l'infiltration par l'actinomyces de la glande mammaire et de son atmosphère cellulo-adipeuse. Cette localisation actinomycosique est de découverte assez récente et, partant, peu étudiée encore.

Généralement primitive chez les animaux, cette affection l'est rarement dans l'espèce humaine. Il s'agit alors et au contraire d'infection la plupart du temps secondaire.

Le parasite, auquel il faut une porte d'entrée, peut pénétrer, soit par les canaux galactophores (fait rare), soit par effraction directe de la mamelle (ce qui est plus fréquent), provoquant alors l'actinomycose primitive. Quant à l'infection secondaire, elle est due à la pénétration indirecte du parasite, lequel, ayant eu sa porte d'entrée ailleurs que sur la mamelle, l'a cependant atteinte, soit en s'aidant de la continuité ou de la contiguité des tissus (ce qui constitue le mode le plus fréquent de pathogénie), soit par le phénomène de transport à distance, c'est-à-dire de métastase (lequel ne se rencontre pas souvent).

En ce qui concerne l'anatomie pathologique, l'élément primordial de la néoplasie parasitaire est le nodule actinomycosique. Les lésions parasitaires n'intéressent pas les éléments nobles de la glande elle-même; elles n'infiltrent que le tissu conjonctif de la mamelle, occasionnant par leur présence des phénomènes de sclérose qui, par leur compression, provoquent la dégénérescence secondaire des lobules glandulaires et de leurs canaux excréteurs.

Le procédé de coloration par l'hématoxyline iodée permet de déceler d'une façon suffisamment démonstrative le grain parasitaire dans le tissu infiltré. La technique en est facile et rapide.

La marche de la maladie présente trois périodes : une pre-

mière, de début ou néoplasique; une seconde, de réaction inflammatoire; une troisième, de suppuration. Au deux premières périodes, le diagnostic est, sinon impossible, du moins extrêmement difficile, et, à la période de suppuration, il est encore délicat; néanmoins, il peut être établi cliniquement. L'examen du pus, qui doit toujours être fait, lève tous les doutes.

Il s'agit là d'une affection grave pour laquelle il faut intervenir.

Au début, quand on est en droit de soupçonner l'affection, on peut recourir au traitement ioduré sous toutes ses formes.

Plus tard, quand les moyens médicaux sont jugés insuffisants, ou quand l'affection est trop avancée, le seul traitement rationnel est l'intervention chirurgicale, l'ablation totale du sein. Encore faut-il, pour qu'il y ait chance de succès, que tous les tissus infiltrés puissent être largement enlevés et que même on arrive à dépasser en profondeur et en surface les limites suspectes.

C'est pourquoi il est indispensable d'opérer très tôt, le plus tôt possible, dès l'établissement du diagnostic à la période suppurative, et mieux encore, au début, dès le moindre soupçon d'actinomycose, si le traitement ioduré, préalablement institué, ne semble pas efficace.

Il n'est pas indispensable de s'attaquer à l'adénopathie axillaire, quand elle existe. L'engorgement ganglionnaire, rare dans cette lésion du sein, n'est, en effet, jamais parasitaire.

Retour de la sécrétion lactée après un sevrage prolongé, par le docteur Quinsac. (Th. Paris, 1904; Jules Roussel, éditeur.)

La littérature médicale fourmille d'exemples extraordinaires de retour de la sécrétion lactée chez des femmes très âgées, ou même d'apparition de cette sécrétion chez des vierges. M. Quinsac ne s'attarde pas au domaine du merveilleux et il se pose rapidement sur le terrain pratique.

Son intéressante thèse peut se résumer ainsi :

Certaines causes, et en particulier les affections inflammatoires de la mamelle et les maladies générales aiguës, peuvent entraîner une suspension momentanée de l'allaitement au sein.

Lorsque l'enfant est trop jeune pour être sevré et que la maladie de la mère menace de durer longtemps, le mieux sera de prendre une nourrice. Mais dans certains cas, insuffisance de ressources, syphilis des parents, l'enfant doit être mis à l'allaitement artificiel. Ce mode d'alimentation ne sera que provisoire; il permettra d'attendre le moment où l'allaitement maternel pourra être repris. Il est démontré en effet, que la sécrétion lactée peut se rétablir lorsqu'elle a été momentanément tarie.

Le retour de la sécrétion lactée peut s'effectuer après un intervalle de cinq mois et davantage. D'une façon générale, il est facile lorsque l'interruption de l'allaitement n'a pas duré plus de deux mois.

Il faut environ quinze jours pour que la sécrétion lactée se rétablisse avec son abondance primitive. Ce délai est considérablement abrégé, lorsque la femme peut tirer son lait pendant toute la durée de la suspension de l'allaitement.

Le moyen le plus efficace pour rappeler la sécrétion lactée, est la succion exercée sur le mamelon. Il suffit de remettre l'enfant au sein, ou lorsque celui-ci est un débile, de faire téter la mère par un gros enfant, pour forcer la glande mammaire à reprendre sa fonction. Dans certains cas, le massage et l'électrisation des seins constituent d'utiles adjuvants.

La reprise de l'allaitement maternel sera quelquefois la seule chance de salut pour les enfants qui supportent mal un sevrage prématuré.

L'eau oxygénée et ses applications thérapeutiques, par le docteur G. Coudrain (d'Angers). [Th. de Paris, 1904; Michalon, édit.]

La très remarquable thèse que le docteur Coudrain vient de consacrer à l'étude de l'eau oxygénée constitue un des travaux les plus complets qui aient été faits sur ce sujet. En voici les conclusions :

L'eau oxygénée que l'on trouve dans le commerce a une composition très variable, elle a rarement le titre indiqué, et elle est souvent trop riche en acide, aussi on doit en faire l'essai avant de l'employer aux usages médicaux.

L'eau oxygénée médicinale devra être très légèrement acide. Son titre en oxygène variera avec l'usage auquel on la destinera.

L'eau oxygénée est un antiseptique puissant, qui par sa décomposition en présence des tissus vivants ou du liquide des plaies, agit sur les microbes aérobies et surtout sur les anaérobies.

Elle possède également des propriétés hémostatiques.

L'eau oxygénée est l'antiseptique de choix pour la purification des régions opératoires anfractueuses, de la bouche, du rectum, du vagin.

Employée en lavages ou en pulvérisations sur les plaies infectées, elle supprime presque instantanément toute odeur et arrête la suppuration. Mais ces lavages sont insuffisants si l'inflammation est profonde, comme par exemple dans le cas d'un phlegmon diffus; il faut dans ces cas faire suivre les lavages d'injections d'eau oxygénée, soit dans le tissu cellulaire, soit dans les tissus profonds.

Les lavages avec la solution de permanganate à 0,25 p. 1000, suivis de tamponnement à l'eau oxygénée donnent un dégagement d'oxygène naissant beaucoup plus intense. L'emploi successif de ces deux agents donne d'excellents résultats dans le traitement des plaies. On pourra aussi recourir à cette méthode pour la purification des régions opératoires anfractueuses.

Les abcès froids guérissent rapidement, si, après les avoir ponctionnés, on injecte lentement et à plusieurs reprises de l'eau oxygénée à 12 volumes.

L'eau oxygénée est encore particulièrement indiquée dans le traitement du muguet, des affections bucco-dentaires, des angines, des infections urinaires, des infections post-puerpérales, etc. Enfin, d'une façon générale, toutes les infections et en particulier les infections putrides seront rapidement améliorées par le peroxyde d'hydrogène ou par l'emploi successif du permanganate et de l'eau oxygénée.

Le bioxyde d'hydrogène permet de réaliser facilement l'antisepsie buccale au cours des maladies infectieuses.

L'eau oxygénée est un excitant des plaies atones. Elle donne de bons résultats dans le traitement des ulcères variqueux, des gangrènes.

Employée à l'intérieur elle peut rendre des services dans les maladies de la nutrition, chloro-anémie, diabète. Mais si son emploi amène chez les diabétiques une diminution du sucre, elle amène aussi un amaigrissement regrettable.

Elle donne de bons résultats dans le traitement des vomissements incoercibles de la grossesse.

L'eau oxygénée acide ne devra pas être employée au trai-

tement des plaies contenant des vaisseaux liés au catgut. Il paraît également contre-indiqué de faire des injections d'eau oxygénée dans des cavités naturelles ou artificielles, à parois infectées, fragiles, et communiquant avec l'extérieur par un orifice trop étroit.

Etude du narcyl (chlorhydrate d'éthyl-narcéine) et de ses effets cliniques, par le docteur Paul DEBONO. (Th. de Paris, 1904; Jules Roussel, éditeur.)

La très intéressante étude que M. le docteur Debono a entreprise dans le laboratoire du professeur Pouchet, et dont il a fait le sujet de sa thèse inaugurale constitue une œuvre éminemment utile au point de vue thérapeutique. On se heurte, en effet, dans la pratique médicale à de réelles difficultés, lorsqu'il s'agit de prescrire des analgésiques et des antispasmodiques chez certains malades. Le mode d'action de ces médicaments est complexe, et s'ils n'aboutissent tous, en définitive, à une sédation du système nerveux, ils n'en exercent pas moins une réelle influence sur tel ou tel organe et cela dans des conditions qui varient avec chacun d'eux. Les uns impressionnent plus particulièrement le système cardio-vasculaire, d'autres l'appareil pulmonaire, d'autres, enfin, le système nerveux central. Les uns et les autres ont donc leur avantage, suivant que l'on a à calmer des réactions psychiques ou douloureuses exagérées.

Enfin, il faut tenir compte de la susceptibilité particulière, de l'âge des malades, etc.

C'est dire qu'on est souvent embarrassé pour savoir quel analgésique ou antispasmodique il convient de prescrire dans tel ou tel cas.

La thèse de M. Debono, en montrant clairement quelles sont les précieuses propriétés du narcyl et ses indications, est de celles qui ont un intérêt pratique évident. En voici les conclusions :

« Les dernières recherches sur la constitution de la narcéine ont permis de la préparer synthétiquement en partant de la narcotine contenue en assez grande proportion dans l'opium et l'utiliser d'une façon courante; ce produit signalé antérieurement comme pouvant donner des résultats thérapeutiques intéressants.

Dans le but d'exalter les propriétés de la narcéine, on a fabriqué une série d'éthers de ce produit. Le *narcyl* est le chlorhydrate d'éthyl-narcéine qui paraît être, dans cette série, le composé le plus intéressant. C'est un corps bien cristallisé et, de composition chimique bien définie, suffisamment soluble pour pouvoir être utilisé d'une façon pratique. Il est peu toxique, beaucoup moins que les éthers de la morphine, utilisés dans les mêmes conditions.

Ses propriétés physiologiques le classent à côté des analgésiques et des sédatifs du système nerveux.

Comme caractéristique spéciale, son action dépressive énergique sur le pneumogastrique et le splanchnique en font un antispasmodique de premier ordre, surtout au point de vue pulmonaire, comme sédatif de la toux.

Son action analgésique locale et générale en font, dans certains cas, un succédané de la morphine, dont il ne présente pas les inconvénients.

Les observations cliniques paraissent jusqu'ici confirmer ses propriétés physiologiques et ses indications thérapeutiques méritent d'être étudiées de près.

A l'heure actuelle, il paraît surtout se recommander comme analgésique et comme sédatif de la toux. » L. GAYARD.

LIVRES NOUVEAUX

Consultations médico-chirurgicales (1), publiées sous la direction de F. COMBEMALE, doyen de la Faculté de médecine de Lille, professeur de clinique médicale.

Un certain nombre de professeurs et d'agrégés de la Faculté de Lille avaient déjà publié une première série de consultations médico-chirurgicales, sous la direction du professeur Combemale; encouragés par le succès, ils viennent d'en publier une seconde. La chirurgie, l'obstétrique, les affections de la peau, de l'œil, de l'oreille, des dents y voisinent avec la médecine générale et la médecine infantile.

Chacune des consultations est rédigée d'après un type commun; sous le titre d'informations cliniques, l'auteur expose deux ou trois observations schématiques; puis viennent, en quelques lignes, les indications étiologiques et pathogéniques. Enfin, le traitement est largement développé d'une façon absolument pratique et claire, qui n'empêche pas l'auteur de donner, en passant, le pourquoi de sa conduite thérapeutique.

C'est là un ouvrage extrêmement bien fait et qui est appelé à rendre des services; espérons que, de nouveau, le succès obligera les auteurs à publier une troisième série de consultations dans un avenir prochain. A. GAULLIEUR L'HARDY.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DES VERRUES

M. Mantelin a guéri en un mois une fillette de onze ans, présentant depuis trois ans des verrues multiples siégeant aux lèvres et aux mains, en administrant à l'intérieur 0g60 de magnésie par jour et en appliquant quotidiennement sur les verrues le topique suivant :

Chloral / Acide acétique	*āā* 6 grammes.
Acide salicylique / Éther	*āā* 4 —
Collodion	15 —

Usage externe. (*Bull. comm. de pharm.*, déc. 1904.)

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

PLACE D'INTERNE en médecine vacante à l'Asile public d'aliénés de La Charité-sur-Loire (Nièvre). Traitement : 800 francs par an. Avantages en nature : nourriture, logement, chauffage, éclairage et blanchissage. Salle d'autopsie, bibliothèque dans l'asile. Deux internes attachés au service médical. Conditions : être Français et posséder au moins 12 inscriptions de doctorat. — Adresser les demandes au médecin en chef, directeur de l'asile.

(1) In 8°. Paris, O, Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 3. — MARDI 10 JANVIER 1905. 78e ANNÉE. MARDI 10 JANVIER 1905. — N° 3.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE
La ration alimentaire des nourrissons atrophiques, par M. G. VARIOT.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences. — Société de biologie.
PRATIQUE CHIRURGICALE
Nouveaux procédés de pansements : bandes adhérentes (leucoplastes) et papier simili-coton.
LIVRES NOUVEAUX
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Internat.* — ANATOMIE. — Séance du 6 janvier 1905 : MM. Hovelacque, 14 ; Jullich, 13 ; Gimbert, 12 ; Bonvoisin, 11 ; Doury, 11 ; Fage, Macé de Lépinay, Malluin, Marsan (Félix) et Petel, 10 ; Fichot, 6 ; Quentin, 5.

M. Brûlé lira sous le numéro 215.

PATHOLOGIE. — Séance du 6 janvier 1905 : MM. Harvier et Rabourdin, 12 ; Basset et Bodolec, 11 ; Barbier, 10 ; Maurios, 8 ; Sevestre, 7 ; Vivien, 6 ; Touraine, 5 ; Regnard (Michel), 4.

MUTATIONS DANS LES HÔPITAUX. — Par suite du décès de M. le professeur Tillaux, les mutations suivantes ont eu lieu dans les services de chirurgie des hôpitaux de Paris : M. Reclus passe à la Charité ; M. Pierre Delbet, à Laënnec ; M. Demoulin, à la Maison Dubois ; M. J.-L. Faure, à Ivry ; M. Arrou, à Hérold (Saint-Louis) ; M. Rieffel à Trousseau.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts en date du 6 janvier 1905, la chaire d'opérations et appareils de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — *Enseignement préparatoire au concours de l'Ecole du service de santé militaire de Lyon.* — La Faculté de médecine de Lyon vient de décider l'institution d'un enseignement préparatoire à l'École du service de santé militaire.

Cet enseignement comprendra l'étude cursive, mais complète, faite particulièrement en vue de l'examen d'entrée, des différentes matières exigées par le programme officiel : anatomie, histologie, physiologie, chimie biologique, pathologie externe et petite chirurgie, pathologie interne, langue allemande. Il sera fait par les professeurs titulaires, ou donné sous leur responsabilité, par des agrégés, en cas d'empêchement. Du 15 janvier 1905 au 1er juillet, il sera donné ainsi environ 150 leçons-conférences, distribuées comme suit :

Lundi. — Histologie : M. Renaut, professeur, neuf heures du matin.

Mardi. — Allemand : M. Ehrhard, professeur, huit heures et demie du matin.

Mercredi. — Pathologie générale : M. Mayet, professeur, et pathologie interne : M. Collet, agrégé, neuf heures du matin.

Jeudi. — Pathologie externe et petite chirurgie : M. Tixier, agrégé, huit heures et demie du matin.

Vendredi. — Chimie biologique : M. Hugounenq, professeur, neuf heures du matin.

Samedi. — Physiologie : M. Morat, professeur, neuf heures du matin ; anatomie : M. Testut, professeur, deux heures du soir.

L'instruction spéciale sera donnée à MM. les candidats à l'École du service de santé et inscrits à ce titre à la Faculté de Lyon, sous forme d'enseignement de conférence, calqué sur la préparation bien connue des concours de l'internat de Paris et de Lyon. Les candidats seront exercés à l'exposition, par écrit et orale, des principales questions du programme. Leur travail personnel sera dirigé, sanctionné et critiqué par des interrogations et des argumentations. Les questions délicates ou difficiles du programme seront traitées à fond, illustrées par la présentation et l'explication, de préparations ou de projections, pour l'exécution desquelles la Faculté de Lyon vient d'organiser un outillage spécial.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Soueix (de Saint-Girons) est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

LES FEUILLES D'ORDONNANCE. — Du *Bulletin médical* : « M. le docteur Desesquelle et M. Honnorat, pharmacien à

Lyon, avaient proposé l'emploi obligatoire d'un cachet ou d'un timbre officiel sur les feuilles d'ordonnances médicales. Le but était de garantir l'authenticité de la signature du médecin et, aussi, de s'opposer, dans une certaine mesure, à l'exercice illégal de la médecine, soit par les charlatans soit... par les clients eux-mêmes, qui libellent parfois leurs ordonnances au bas desquelles ils placent une signature quelconque.

La Société de médecine et de chirurgie pratique a voté l'opportunité de la proposition de MM. Desesquelle et Honnorat. La question reviendra, du reste, au prochain Congrès contre l'exercice illégal de la médecine. »

LES ORDONNANCES ILLISIBLES. — Le ministre de l'Intérieur d'Autriche vient de lancer une ordonnance judicieuse. Elle vise les écritures illisibles et s'adresse plus particulièrement aux médecins.

Interdiction est faite aux pharmaciens de délivrer des médicaments sur le reçu d'ordonnances dont le sens n'est pas absolument sûr et les caractères très marqués.

En outre, sur chaque ordonnance devront être inscrits en grosses lettres le nom et l'adresse du malade.

Le malade peut évidemment refuser que ses noms et adresse soient inscrits. L'ordonnance devra alors être marquée d'un signe particulier pour empêcher toute confusion possible par la suite.

Cet exemple mériterait d'être imité chez nous, où nombre de médecins s'évertuent à écrire le plus mal possible. (*Journ. suisse de chim et de pharm.*)

HOPITAL COCHIN. — CLINIQUE MÉDICALE. — M. le docteur Fernand Widal commencera ses leçons de clinique médicale, à l'hôpital Cochin, le lundi 23 janvier 1905, à dix heures, et demie, et les continuera les lundis suivants, à la même heure.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine des enfants. — (N° 1, janv. 1905.) E. DECHERF : Traitement des gastro-entérites par le babeurre. — A. MOUSSOUS et R. CRUCHET : Paralysie de la coqueluche. — PILLON : Paralysie diphtérique guérie par le sérum.

Archives générales de médecine. — (N° 1, 3 janv. 1905.) MALLY et MIRAMONT DE LAROQUETTE : Mémoire sur la sclérose latérale amyotrophique. — M. MICHEL : Contribution à l'étude clinique de la myocardite rhumatismale.

Bulletin médical. — (N° 1, 4 janv. 1905.) MAUCLAIRE : Symptômes et diagnostic des salpingo-ovarites. — (N° 2, 8 janv. 1905.) Paul GARNIER : Les amnésies.

Écho médical du Nord. — (N° 1, 1er janv. 1905.) DELÉARDE : Accidents du travail. — (N° 2, 8 janv. 1905.) CHARDON et RAVIART : Paralysie flasque du bras gauche, due à un ramollissement cérébral survenu chez un épileptique. — GAUDIER : Coxa vara traumatique.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 2, 8 janv. 1905.) LAFOND-GRELLETY. Considérations sur la tuberculose et le régiment.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 1, 1er janv. 1905.) RÉGIS : Gynécologie et psychoses (*fin*).

Journal de pharmacie et de chimie. — (N° 1, 1er janv. 1905.) F. DISDIER : Action de la pepsine sur l'albumine précipitée par la chaleur en présence d'un acide. — G. GUÉRIN : Réactions colorées paraissant propres aux alcools (sauf les alcools méthylique et éthylique), ainsi qu'aux corps possédant quelque fonction alcoolique ou simplement un oxhydrile.

Journal des praticiens. — (N° 1, 7 janv. 1905.) RENON : Traitement précoce de la tuberculose pulmonaire chronique. — DEMELIN : Infection puerpérale.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 1, 5 janv. 1905.) R. VERHOOGEN : Traitement de la gangrène sénile. — QUINTRIE et GUIRAUD : Nécessité de l'analyse chimique du lait des nourrices.

Lyon médical. — (N° 1, 1er janv. 1905.) BRAUNN, ROUSSEL et JOB : Le bacille spécifique de la dysentérie épidémique. — (N° 2, 8 janv. 1905.) THÉVENET. Nouvel appareil pour ponctions exploratrices s'adaptant au flacon aspirateur de Potain. — CORONAT : Deux cas d'accommodation douloureuse.

Marseille médical. — (N° 1, 1er janv. 1905.) LOISON et SIMONIN : Deux cas de cancer du rectum. — RISS : Symphyséotomie pour rétrécissement pelvien.

Médecine moderne. — (N° 1, 4 janv. 1905.) A. ROBIN : Le régime des cirrhotiques.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 1, 3 janv. 1905.) F. LANGE : Le traitement de la scoliose par la « surcorrection » active et passive. — PETERS : Remarques sur la question du trachome et sur le traitement des affections chroniques de la conjonctive. — L. ARUSPERGER : Endémie de leucémie myéloïde. — Ed. STADLER : Les travaux de Pawlow et leur importance au point de vue de la clinique des maladies de la digestion. — H. HEMPEL : Contribution à l'étude du traitement de la maladie de Basedow par le serum antithyréoïdinique (Möbius). — K. THIEUGER : Quelques remarques sur l'antithyréoïdine de Möbius. — SONDERMANN : Une nouvelle méthode de diagnostic et de traitement des maladies du nez. — KRETSCHMANN : Contribution à l'étude de l'opération de l'empyème du sinus maxillaire. — HILDEBRANDT : Sur quelques tentatives nouvelles de thérapeutique médicamenteuse. — GAHEN : Un cas de hernie traumatique du poumon sans plaie extérieure. — Hermann KUTTNER : Caisse à opérations disposée pour la stérilisation des instruments et du matériel de pansement.

Nord médical. — (1er janv. 1905.) P. CHANCEL : Étude clinique et expérimentale de l'action du bleu de méthylène comme antituberculeux.

Pédiatrie pratique. — (N° 1, 1er janv. 1905.) MOIZARD et GRENET : Que doit-on entendre par le mot « aphte » ?

Pester medizinisch-chirurgische Presse — (N° 1, 1er janv. 1905.) JOSEPH LÉVAI : Sur deux cas guéris d'ascites consécutives à des cirrhoses du foie. Contribution à l'étude de l'opération de Talma.

Presse médicale. — (N° 1, 4 janv. 1905.) H. ROGER et M. SALOMON : Fièvre typhoïde galopante. — C. PARHON et J. PAPINIAN : Pathogénie et traitement du rhumatisme chronique articulaire. — (N° 2, 7 janv. 1905.) AZOULAY : Les neurofibrilles d'après la méthode et les travaux de S. Ramon y Cajal.

Revue mensuelle des maladies de l'enfance. — (Janv. 1905.) A. BROCA : Diagnostic d'une ostéomyélite prolongée remontant à la première enfance. — L. BABONNEIX : Diphtérie et tétanie. — DEGUY et DETOT : La laryngite cricoïdienne ulcéreuse.

Semaine médicale. — (N° 1, 4 janv. 1905.) CALOT : Comment il faut faire l'appareil du mal de Pott.

Tribune médicale. — (N° 1, 7 janv. 1905,) MARCHAIS. Traitement des varices par la marche. — CUNÉO, MAUCLAIRE, MAGITOT : Apoplexie d'un testicule en ectopie.

CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE

LA RATION ALIMENTAIRE DES NOURRISSONS ATROPHIQUES

Par M. G. VARIOT,
Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades (1).

Messieurs,

Les nourrissons atrophiques sont légion dans les faubourgs de Paris : ce sont tous les enfants retardés dans leur accroissement à la suite de troubles gastro-intestinaux, les enfants qui *ne viennent pas*, comme on dit vulgairement. Lorsque, dès 1892, nous avons transporté, hors des maternités, la méthode de contrôle des nourrissons nouvellement créée par les accoucheurs, nous avons bien vite reconnu au dispensaire de Belleville, que la grande majorité de notre clientèle infantile était constituée par des atrophiques et surtout par des atrophiques au biberon qui avaient reçu de mauvais lait, une alimentation défectueuse, etc.

Il nous a paru nécessaire de distinguer ces nourrissons temporairement arrêtés dans leur croissance et susceptibles d'être élevés heureusement au lait stérilisé, de la classe des grands *athrepsiques*, type Parrot, qui sont arrivés à un degré de cachexie marastique presque toujours incurable.

C'est ce qui nous a déterminé à restaurer en France la notion d'*atrophie infantile* admise à l'étranger, en nous appuyant surtout sur les indications fournies par la balance. Depuis 1898, nous avons eu la satisfaction de voir que la plupart des pédiâtres français et spécialement ceux qui s'occupent d'hygiène infantile, MM. Marfan, Mauchamp, Terrien, Vildermann, Carel, Jégourel, Saint-Albin, etc., avaient accepté la dénomination d'atrophie infantile comme correspondant à des types cliniques différents de l'athrepsie proprement dite.

La définition la plus précise et la plus exacte de ce syndrome morbide a été donnée par M. Jégourel dans sa thèse (2) : *L'atrophie infantile consiste dans un retard d'accroissement plus ou moins notable et durable du poids et de la taille, à la suite de troubles gastro-intestinaux; son degré peut être apprécié par comparaison avec le poids et la taille d'un enfant normal du même âge.*

Est-il nécessaire de faire remarquer que ce trouble nutritif est l'un des plus graves qui puissent arriver au nourrisson? Celui-ci a pour fonction essentielle de s'accroître; son type de nutrition, sa puissance d'assimilation se rapprochent de ce que l'on observe pendant la vie intra-utérine. Les processus nutritifs ont conservé le type fœtal, puisque le nourrisson a doublé son poids de naissance à cinq mois et triplé ce même poids à un an. Ni pendant la deuxième année, ni plus tard, on n'observera une semblable activité dans l'accroissement : l'augmentation de poids annuel n'excédera guère 2 à 3 kilos, sauf à la puberté où il se relèvera un peu plus. L'atrophie est donc une perturbation capitale résultant du mauvais fonctionnement de l'appareil digestif; sa fréquence s'explique par les fautes innombrables contre l'hygiène, commises surtout dans l'allaitement artificiel.

Or, Messieurs, si l'on s'est occupé à l'étranger, puis plus récemment en France, de fixer la ration alimentaire convenable pour les nourrissons sains, on a négligé un peu toute cette catégorie d'atrophiques qui fréquente si habituellement nos Gouttes de lait; et pourtant leur élevage est certainement plus difficile que celui des enfants normaux, il a besoin d'être surveillé de plus près; leur ration alimentaire doit être aussi étudiée, calculée, etc. C'est ce que nous nous sommes efforcé de faire depuis que nous avons organisé notre distribution de lait stérilisé à Belleville.

Je vous rappellerai d'abord brièvement les méthodes pour fixer la ration des enfants sains. On a cherché à calculer d'une manière théorique, mathématique, la quantité de lait nécessaire pour subvenir au nombre normal de calories produit par le nourrisson et enregistré au calorimètre (*ration d'entretien*) en y ajoutant une quantité suffisante pour correspondre à la *ration d'accroissement*, c'est-à-dire au gain de poids. Les calculs ainsi effectués conduisent à des résultats dont on a peut-être exagéré la précision, mais qui concordent, à peu de chose près, avec les données fournies directement par l'expérience. M. Saint-Albin, dans son travail sur la calorification des atrophiques (1), a montré qu'avec de très faibles différences, les chiffres des rations alimentaires inscrits sur mes biberons gradués correspondent à la valeur calorigène des quantités de lait, exactement calculée.

Voici d'ailleurs le tableau des rations suivant les âges, avec leurs intervalles, gravé sur le verre des bouteilles en usage à Belleville :

	Lait coupé d'un tiers d'eau.
1re semaine	30 grammes.
2e —	45 —
3e —	60 —

Toutes les deux heures.

	Lait coupé d'un quart d'eau.
4e à 8e semaine...	75 à 90 grammes.
2e mois	100 —

Toutes les deux heures et demie.

	Lait pur.
3e mois	120 grammes.
4e, 5e et 6e mois.	135 à 160 —
7e à 12e mois...	180 à 200 —

Toutes les trois heures.

C'est en m'inspirant des belles recherches de Morgan Rotch, de Fleischmann, etc., et de mon expérience déjà longue, que j'ai adopté ces chiffres d'une manière définitive. Les quantités ainsi échelonnées

(1) Conférence recueillie par M. Doury, interne provisoire des hôpitaux, et revue par le professeur.

(2) *L'atrophie pondérale des nourrissons au sein*, Th. de Paris, 1904.

(1) *Étude sur la calorimétrie des enfants atrophiques*, Th. de Paris, 1904.

ont été calculées d'après les variations de la capacité physiologique normale de beaux nourrissons exclusivement au sein. On pèse les enfants avant et après chaque tétée on totalise le poids des tétées après vingt-quatre heures et on le divise par le nombre des prises de lait pour avoir la capacité moyenne de l'estomac.

Ces opérations faites patiemment pendant des semaines, des mois et même une année entière, permettent d'obtenir des données positives qui peuvent être appliquées aux nourrissons au biberon. En s'appuyant sur des recherches théoriques et dominé par la crainte de la suralimentation, M. Maurel (de Toulouse) a proposé de donner comme ration quotidienne 100 grammes de lait par kilo du poids d'un enfant : par exemple 500 grammes pour un nourrisson de 5 kilos. Cette ration est bien plus faible que celle proposée par Heubner, Escherich, etc., et je pense aussi qu'elle devrait être majorée d'au moins 100 grammes pour les enfants de 5 à 6 kilos. S'il ne faut pas suralimenter les nourrissons, il ne faut pas non plus les condamner à la portion congrue, on entraverait ainsi leur accroissement.

Mais c'est surtout pour la catégorie des atrophiques que nous reconnaîtrons qu'il ne faut pas être trop parcimonieux et que la ration de lait doit être calculée plus largement. On a établi que, pour les prématurés, les quantités de lait nécessaires aux besoins de la calorification et de l'assimilation sont considérables relativement au faible poids des enfants.

Un débile du poids de 1500 grammes consomme utilement 3 et 400 grammes de lait de femme. De même pour les atrophiques, on est étonné parfois de la quantité de lait qui doit être fournie pour obtenir des gains de poids réguliers.

Mais avant l'étude détaillée de la ration alimentaire dans ces circonstances spéciales, jetons un coup d'œil, Messieurs, sur les diverses variétés cliniques de l'atrophie infantile.

Il y a des atrophiques au sein, bien moins nombreux que ceux au biberon, mais il faut les connaître pour intervenir à propos lorsque l'allaitement maternel ne réussit pas.

M. Jégourel, dans son travail sur l'*Atrophie pondérale d'origine gastro-intestinale chez les nourrissons au sein*, a eu le mérite de bien déterminer certaines conditions de l'insuffisance du sein des mères pour élever leurs enfants.

Voici ses conclusions principales :

« Il y a une catégorie d'enfants au sein qui ne prospèrent pas, parce que la lactation des femmes est insuffisante, c'est l'atrophie par inanition. »

Nous avons remarqué assez souvent que l'inanition des nourrissons n'est pas rare chez les femmes qui ne donnent le sein que d'un seul côté. Il y a donc non défaut de qualité du lait, mais défaut de quantité.

La suralimentation et le défaut de réglage des tétées peuvent produire des troubles dyspeptiques dont l'atrophie est la conséquence.

Quelquefois des laits trop riches en beurre ou en caséine semblent troubler la nutrition et entraver le développement.

« Les laits peuvent devenir toxiques et nuisibles pour l'enfant à la suite des maladies diverses ou des intoxications qui peuvent atteindre la mère. »

Il est bien plus rare que l'atrophie tienne à des malformations organiques ou à des insuffisances fonctionnelles de l'appareil digestif des nourrissons au sein : rétrécissement congénital du pylore, spasme pylorique, etc.

Mais pour un enfant atrophique au sein nous en trouvons 20 au biberon.

Un petit nombre sont aussi des *inanitiés* confiés à des nourrices négligentes ou dénaturées, qui ne donnent pas le biberon quand il faut. Ces pauvres petits sont amaigris, ont le ventre rétracté, saisissent la tétine avec avidité et vident la bouteille en un clin d'œil. Ils sont fréquemment atteints de gastro-entérite, comme les animaux inanitiés dans les expériences de Chossat.

Bien plus souvent les atrophiques sont des *suralimentés* avec des laits de crémerie à bas prix, et il est difficile dans les accidents de faire la part de la mauvaise qualité et de la quantité excessive du lait ingéré ; les selles sont d'abord fréquentes et plus ou moins liquides, mal digérées ; les vomissements, parfois incoercibles, se montrent ; le ventre est fortement développé, étalé comme le ventre des batraciens, mou au palper, les membres sont grêles, le visage émacié. Ce type clinique est extrêmement répandu, aussi bien parmi les nourrissons élevés par des mères ignorantes, que chez ceux confiés à des nourrices ou placés dans des crèches et qui reçoivent des tétées surabondantes, mal réglées, et du lait fermenté ou adultéré ; le processus d'intoxication est plus important que la suralimentation comme cause de la gastro-entérite et de l'atrophie consécutive.

Il y a une classe d'atrophiques qui sont plutôt des *surchargés* que des suralimentés à vrai dire. Dans la crainte de leur donner un lait trop fort, les mères ajoutent deux tiers ou au moins moitié d'eau ; si l'on considère que le lait de crémerie est souvent mouillé à l'avance, dans bon nombre de cas, on fait absorber aux nouveau-nés des quantités de liquide qui dépassent un litre en vingt-quatre heures, atteignent par fois 1 litre 1/2 et plus. Ces *surchargés* sont de grands vomisseurs ; leur estomac distendu par les quantités excessives de liquides ingérés est devenu intolérant et il faut les remettre à une diète sévère si l'on veut calmer l'irritabilité gastrique. La suralimentation vraie et pure produite par l'abus du lait stérilisé de bonne qualité, détermine des accidents assez semblables à ceux qu'on observe chez les enfants dont l'estomac est simplement surchargé, ou chez ceux qui prennent trop au sein d'une nourrice dont la lactation est surabondante.

L'atrophie pondérale peut être la conséqueuce de ces excès lactés comme elle l'est de l'inanition par réduction excessive de la ration.

Nous voyons aussi des enfants qui sont rapportés de nourrice de cinq à huit mois avec des ventres très durs, tendus *comme des tambours*, des membres grêles, des vestiges de rachitisme épiphysaire, avec les fontanelles largement ouvertes, etc., ce sont les *gavés* de la campagne que l'on a bourrés de bouillies,

de soupes, de pommes de terre, de farine lactée, etc.

Ils boivent bien le lait, mais leurs fonctions de chymification sont profondément troublées.

Ils ont des stagnations de poids d'un, deux ou trois mois, avant de pouvoir utiliser physiologiquement le lait stérilisé, et de reprendre leur puissance d'assimilation et leur accroissement.

Cependant, malgré toutes ces difficultés, nous avons réussi à élever heureusement un bon nombre de ces petits gavés, en leur restituant comme unique aliment le lait dont ils avaient été probablement privés.

Je ne vous parlerai que pour mémoire, Messieurs, des *athrepsiques* du type que Parrot a décrit avec une telle perfection dans son bel ouvrage sur l'athrepsie.

Ils offrent un plus grand intérêt pour l'anatomo-pathologiste que pour le clinicien, car le syndrome morbide arrivé à ce degré est généralement incurable, quelque médication qu'on emploie, quelque lait que l'on manie.

J'ai remarqué que la limite de curabilité des nourrissons atrophiques par le lait stérilisé était atteinte lorsqu'ils pesaient moins de la moitié du poids normal de trois à huit mois.

Ils ont alors le visage simiesque, ridé, le ventre distendu, les membres très grêles et la peau plissée, trop large pour les tissus sous-jacents; ils présentent souvent un érythème érosif aux fesses, des ulcérations palatines, etc. Cet état indique des lésions chroniques et irréparables du tube digestif et des glandes annexes. En fournissant à ces athrepsiques des quantités considérables de lait, car ils sont très avides, on parvient à les faire végéter pendant des mois; mais ils sont comme momifiés et leur poids reste stagnant; ils subsistent, mais ils sont incapables d'assimiler; la fonction essentielle de l'accroissement est éteinte chez eux et ne peut plus être ranimée. On parvient à grand'peine à sauver quelques-uns de ces nourrissons, surtout ceux qui ont dépassé six à huit mois; mais les succès sont exceptionnels et, malgré tous mes efforts, j'ai échoué encore cette année, dans mes tentatives d'élevage d'athrepsiques, à la crèche de l'hôpital des Enfants-Malades, aussi bien qu'à la Goutte de lait de Belleville.

Dans les formes graves de l'atrophie infantile, le biberon est généralement en cause, mais cet instrument ne doit pas être seul incriminé; il y a une différence énorme entre les résultats obtenus par les mères lorsqu'elles manient elles-mêmes la bouteille chargée de bon lait, ou lorsqu'elles confient leurs enfants à des nourrices mercenaires. Ces dernières, par leur ignorance, leur incurie ou leur paresse, constituent le facteur principal de la mortalité des enfants allaités artificiellement.

J'ai vu dans des villages bretons la mortalité des enfants élevés au biberon par leur mère ne pas excéder 12 à 15 p. 100 de 0 à un an; tandis que cette même mortalité des enfants au biberon en nourrice atteint et dépasse 30 p. 100 d'après les accoucheurs. Je ne fais qu'effleurer ce sujet important, car je me propose de l'approfondir dans une conférence ultérieure.

Il est donc établi que la nourrice mercenaire joue un rôle néfaste dans l'allaitement artificiel et que bien souvent l'atrophie d'origine gastro-intestinale lui est imputable.

Nous n'avons en vue que cette dernière variété d'atrophie : il y a bien d'autres retards de l'accroissement chez les nourrissons, causés par les tares héréditaires ou acquises, la tuberculose, la syphilis, les malformations organiques, la débilité congénitale etc. On a voulu distinguer aussi une atrophie essentielle, *atrophia primitiva*, comme on a dit, indépendante de l'hérédité, des malformations organiques, et des gastro-entérites antécédentes. Cet état consisterait dans un trouble essentiel du processus de l'assimilation qui serait entravée, faute de ferments assimilateurs. Dans le grand nombre de nourrissons qui m'ont passé sous les yeux, je n'ai jamais rencontré de type d'atrophie essentielle et je suis tenté de le considérer comme une conception métaphysique.

Enfin nous pouvons observer la prolongation du syndrome atrophie dans le deuxième âge jusqu'à deux et même trois ans; il n'est pas rare de trouver des nourrissons de quinze à dix-huit mois, dont le poids n'excède pas 5 à 6 kilos. Tout récemment j'ai présenté un cas extrême de ce genre à la Société de pédiatrie: une petite fille de trois ans pesant 13 livres 100 grammes. J'ai proposé de donner le nom d'*atrophie infantile prolongée* ou encore de *bradytrophie infantile* (de βράδυς, lent, et τρόφη, nourriture), à ces retards considérables dans le développement des tissus et des organes. Toujours on constate les troubles gastro-intestinaux, l'alimentation défectueuse à l'origine de ces bradytrophies du deuxième âge. Tantôt le processus d'atrophie est simple, *pur* en quelque sorte, tantôt il est associé à des altérations rachitiques plus ou moins marquées du squelette. Dans la bradytrophie infantile, avec réduction plus ou moins grande de la taille et du poids, je me suis assuré, par des examens radiographiques multipliés, que l'ossification était très ralentie; le tissu des diaphyses est plus spongieux que chez les enfants normaux du même âge et surtout les points d'ossification épiphysaires ne sont pas encore apparus six mois, et même un an après l'époque où ils auraient dû se montrer,

Après cette revue nécessaire des divers types cliniques d'atrophiques, nous allons rechercher, Messieurs, quelles règles doivent présider à la fixation de la ration alimentaire qui leur convient, et en quoi ces règles diffèrent de celles que vous devez appliquer aux enfants normaux.

Le lait constituera toujours la base essentielle de cette ration et même sera employé à l'exclusion des autres aliments, dans les huits premiers mois de la vie. Dire que le lait de femme a des vertus supérieures à tous les autres pour réconforter les atrophiques est proclamer un truisme : plusieurs fois j'ai vu des enfants incapables d'utiliser le bon lait stérilisé au biberon s'accroître de 250 à 300 grammes par semaine dès qu'on les mettait au sein.

Mais la nourrice mercenaire, dans les villes et à Paris surtout, n'est pas à la portée de toutes les

bourses ; l'industrie nourricière, fondamentalement immorale, n'est d'ailleurs pas à encourager.

Je me suis heureusement assuré depuis plus de dix ans sur des milliers d'enfants, que le lait stérilisé de bonne qualité, bien manié, méthodiquement, suffisait dans l'immense majorité des cas à relever les atrophiques.

Je n'ai pas été bien satisfait de l'usage du lait d'ânesse dans ces circonstances. Pendant l'année 1904, en dirigeant la crèche de l'hôpital des Enfants-Malades, j'ai tenté de restaurer quelques atrophiques et aussi quelques athrepsiques vrais avec ce lait, mais sans succès. Vous savez que le lait d'ânesse est un lait maigre qui se rapproche du lait de femme, mais plus pauvre en beurre.

Peut-être cette pauvreté des principes fixes ne convient-elle pas aux atrophiques, qui ont besoin, en général, d'une ration alimentaire forte comme nous allons le voir.

Le prix du lait d'ânesse est extrêmement élevé, 5 à 6 francs le litre à Paris ; il n'est pas plus à la portée de la classe populaire que la nourrice mercenaire. Même remarque pour les laits modifiés, les képhirs, les laits peptonisés, pancréatinés, les diverses variétés de babeurre. Tous ces laits ou ces mixtures ne penvent être maniés qu'exceptionnellement, dans des cas spéciaux ; ils ont des avantages parfois incontestables.

Je considère que dans les faubourgs de Paris, le meilleur aliment peu dispendieux pour les atrophiques est le lait stérilisé. Maintes fois je vous ai exposé pourquoi je donnais la préférence au lait stérilisé industriellement à 108 degrés, transporté de Normandie à Paris, dans des flacons de 1/2 litre. Ma conviction sur la valeur nutritive de ce lait est entière après mon expérience portant sur plus de 400 000 litres distribués en douze ans à 3 000 enfants élevés sous ma surveillance à la Goutte de lait de Belleville. Je remercie mon éminent maître, M. Armand Gautier, d'avoir bien voulu présenter récemment à l'Académie des sciences une note résumant mes nombreuses observations à ce sujet. D'ailleurs, ce que j'ai vu a été contrôlé par d'autres observateurs qui manient le même lait stérilisé industriellement que moi-même. Dès 1899, Ignard a établi que l'atrophie infantile pouvait être traitée efficacement par l'emploi méthodique du lait stérilisé (1).

J'ai montré antérieurement, que ce grand progrès pour élever au biberon les nourrissons atrophiques avait une véritable portée sociale, puisqu'il permettait de réduire au minimum le rôle des nourrices mercenaires et puisqu'il pouvait éviter aux mères d'envoyer leurs enfants à la campagne pour y être mis au sein (2). Vous ne devez pas oublier, Messieurs, que les questions d'allaitement touchent à l'économie domestique ; il faut que les petits indigents apportés dans nos Gouttes de lait soient restaurés, relevés par le lait stérilisé, ou qu'ils meurent. Il n'y a, hélas ! pas d'autre alternative ! Vous voyez donc que j'ai raison de vous dire que les progrès que nous faisons dans l'allaitement artificiel ont un contrecoup social, puisque nous pouvons ainsi sauvegarder un très grand nombre de vies qui étaient perdues auparavant dans la classe pauvre, faute d'argent pour recourir à la nourrice mercenaire.

Ce n'est pas qu'à Belleville que nous parvenons à élever les atrophiques au lait stérilisé, M. Dufour, dans sa Goutte de lait de Fécamp, M. Raoul Brunon dans celle de Rouen, M. Raimondi et M. Carel dans leurs consultations à Paris, enregistrent d'aussi beaux succès que nous et peuvent produire des courbes aussi encourageantes que les nôtres.

Sans doute un bon nombre des enfants atteints de gastro-entérite qu'on nous amène hésitent, en quelque sorte, avant de reprendre leur essor d'accroissement; ils ont des stagnations de poids initiales qui durent des semaines et même des mois, ainsi que je l'ai déjà indiqué; mais s'ils reçoivent du bon lait de la main de leur mère ou d'une éleveuse dévouée, on peut attendre avec confiance le retour des fonctions assimilatrices et la progression régulière du poids. Il faut que les lésions du tube digestif se réparent pour que le processus de chymification redevienne normal.

Dans les crèches d'hôpital, avec leur organisation actuelle; vous ne verrez pas, Messieurs, de semblables élevages; la plupart des atrophiques qu'on y apporte baissent de poids au lieu de s'accroître. On devrait avoir des locaux spacieux pour hospitaliser les nourrissons, un personnel d'infirmières nombreux, instruit et dévoué. Rien n'est plus difficile et plus ingrat que de soigner incessamment les petits enfants, de leur donner la bouteille, de les changer, etc.

Malgré tous mes efforts, cette année, je n'ai obtenu de l'administration de l'Assistance publique de Paris qu'une réforme partielle du petit service de la crèche à l'hôpital des Enfants qui était vraiment en détresse quand il m'a été cédé à mon tour de roulement. Peut-être mon successeur achèvera-t-il ce que j'ai commencé et fera créer une Goutte de lait, annexe nécessaire. Ce n'est donc pas sur les nourrissons ainsi hospitalisés, Messieurs, que vous pourrez approfondir les problèmes si complexes de l'allaitement : il faut suivre les consultations hebdomadaires dans nos Gouttes de lait; à Belleville (1), par exemple, vous y pourrez voir et revoir, pendant des mois et même des années, des centaines de nourrissons que nous pesons, que nous inspectons régulièrement et vous pourrez juger *de visu* des heureux effets du lait stérilisé à 108 degrés.

Peut-on faire une meilleure réponse à ceux qui doutent de la valeur nutritive de ce lait qu'en produisant un grand nombre d'enfants qui ont pâti antérieurement, dont le développement a été entravé par des attaques de gastro-entérite, et qui reprennent le cours de leur croissance lorsqu'ils sont alimentés avec ce lait surchauffé?

Mais ce n'est pas tout d'avoir de bon lait pour l'éle-

---

(1) *Le traitement de l'atrophie infantile par le lait stérilisé*, Thèse de Paris, 1899.

(2) *L'élevage des enfants atrophiques par l'emploi méthodique du lait stérilisé*, in *Revue scientifique*, 1902.

(1) Dispensaire de Belleville, 126, boulevard de Belleville, le vendredi à neuf heures.

vage artificiel, il faut encore le manier bien, à doses convenables : à cet égard la fixation de la quantité de la ration exige encore plus d'attention et plus de précautions chez l'atrophique que chez l'enfant normal. Les règles de la graduation des tétées pour ce dernier sont assez bien déterminées, comme nous l'avons montré plus haut, mais pour l'atrophique au contraire il y a des variétés cliniques que nous sommes obligés d'admettre sans en démêler encore les causes (1).

M. Saint-Albin, dans son étude sur la calorimétrie des enfants atrophiques, a établi que sur 33 nourrissons, dont il a calculé le pouvoir calorifique, 11 étaient des hyper-rayonnants, 16 des hypo-rayonnants, et 6 des rayonnants normaux, c'est-à-dire ayant une calorification à peu près égale à celle des enfants sains de même poids. « Il est impossible, ajoute l'auteur, par les seules données de la clinique, de rien préjuger sur la thermogénèse des enfants atrophiques. Rien ne distinguera *a priori* ceux qui rayonnent trop de ceux qui rayonnent trop peu. » Ces constatations faites avec le calorimètre de MM. Richet et Langlois sont suffisantes pour nous rendre compte des difficultés individuelles que nous éprouvons pour fixer la quantité de la ration de chaque enfant atrophique. Il est bien certain que les hyper-rayonnants ont besoin d'une plus forte ration que les hypo-rayonnants, mais comme l'investigation calorimétrique n'est pas encore un procédé clinique, nous sommes privés de cette source de renseignements qui aurait bien son utilité.

Il y a sept ans, en remarquant que la bouteille graduée suivant l'âge que j'avais fait construire pour indiquer les tétées des enfants normaux ne s'appliquait pas aux atrophiques, j'avais eu l'idée d'une autre bouteille graduée suivant *le poids*, partant de ce principe logique en apparence, que la quantité d'aliments doit être proportionnelle au poids et non à l'âge. Dans la pratique je ne tardai pas à m'apercevoir que cet instrument ne me rendait pas les services que j'en attendais; pour certains atrophiques la ration inscrite sur le verre était trop faible, pour les autres elle était trop forte, pour d'autres enfin elle convenait. Les recherches de M. Saint-Albin, en nous faisant connaître que le nombre des calories rayonnées par kilo d'enfant atrophique pouvait varier de 3 000 à 5 000, toutes choses égales d'ailleurs, nous ont fait toucher du doigt notre erreur de raisonnement initial. J'ai donc été obligé d'abandonner cette bouteille graduée suivant le poids; j'ai renoncé à graduer systématiquement les tétées des nourissons atrophiques.

Il faut procéder par tâtonnement en explorant la tolérance de l'estomac, de l'intestin, en surveillant l'utilisation du lait par la balance, en suivant pas à pas la croissance.

(1) Pour les coupages, les règles qui s'appliquent aux nourrissons sains s'appliquent aussi aux atrophiques; un tiers puis un quart d'eau bouillie dans les deux premiers mois de la vie ; à partir du troisième et du quatrième mois le lait pur est généralement bien supporté, additionné d'une petite quantité de sucre ordinaire, de saccharose, pour relever légèrement le taux des principes ternaires abaissé par le mouillage.

La tétée ingérée ne doit pas provoquer de réaction gastro-intestinale; ni vomissement, ni diarrhée autant que possible; pendant les périodes initiales de stagnation de poids, la tolérance du tube digestif pour le lait est la seule indication, car la balance montre simplement que le poids est stationnaire.

Plus tard, lorsque le processus d'assimilation sera rétabli, on pourra augmenter plus ou moins vite la ration suivant les gains de poids hebdomadaire. La balance devient alors le véritable gouvernail pour diriger l'allaitement.

Bien que tous les atrophiques ne soient pas des hyper-rayonnants — tant s'en faut — il nous a paru que la plupart d'entre eux s'accommodaient d'une ration plutôt forte : en cela ils se rapprochent des prématurés qui consomment de grandes quantités de lait qu'ils chymifient probablement mal à cause de la débilité fonctionnelle de leurs organes digestifs, ainsi que nous l'avons mentionné ci-dessus.

Les atrophiques ont ordinairement l'estomac dilaté, des lésions de gastro-entérite parfois anciennes et plus ou moins étendues; les sécrétions des glandes digestives sont certainement troublées, de même que l'absorption du chyme, il est donc naturel qu'une plus forte ration de lait soit nécessaire, puisqu'une partie seulement est utilisée physiologiquement. Bien souvent nous avons vu de grands atrophiques dont le gain de poids hebdomadaire n'était obtenu qu'avec de fortes prises de lait, qui jamais n'auraient été tolérées par des enfants normaux de même poids. Je ne voudrais pas préconiser la suralimentation d'une manière absolue pour l'élevage des atrophiques, mais elle m'a semblé assez souvent s'imposer.

On doit donc conclure qu'il n'y a pas de règle absolument fixe pour régler la ration des atrophiques, que l'étude de leur calorification ne fournit aucune donnée constante et qu'il faut s'en rapporter à l'expérience pour connaître les limites de la tolérance gastro-intestinale, et que plus tard la balance est le meilleur guide.

La courbe d'accroissement varie naturellement suivant les degrés d'atrophie. Pour les *athrepsiques* (ceux auxquels il manque la moitié et plus du poids normal pour leur âge), la courbe consiste dans un plateau d'une durée d'un ou plusieurs mois, avec tendance à la chute, c'est une courbe descendante dont la mort est le terme habituel.

Pour les atrophiques (avec un degré élevé d'atrophie, auxquels il manque un tiers ou un quart du poids normal, à quatre ou cinq mois), l'élevage se fait en courbe parallèle; le gain de poids quotidien est satisfaisant, mais ils gardent leur retard assez longtemps et ne marchent qu'à dix-huit, vingt mois au lieu de douze à quatorze, ils ont simplement perdu quatre, cinq ou six mois pour leur croissance.

Lorsqu'il n'y a qu'un faible degré d'atrophie, nous voyons assez souvent les enfants regagner la courbe normale ascensionnellement et redevenir tout à fait vigoureux dans la deuxième année de la vie. Plus ordinairement ce n'est que dans le cours de la troisième année que les atrophiques regagnent tout à

fait leur retard de croissance et se rapprochent des autres enfants par leur taille.

Il en est cependant qui durant la troisième année gardent encore un faible poids; 16 à 20 livres, par exemple, et une taille réduite de 10 à 15 centimètres au-dessous de la normale.

Le terme d'atrophie infantile prolongée ou plus exactement encore de *bradytrophie infantile* est indispensable pour désigner ce type clinique singulier qui fait songer au nanisme, mais qui en diffère essentiellement puisqu'il n'est que temporaire.

Les enfants bradytrophiques ont des accroissements de poids hebdomadaires de 150 à 250 grammes par semaine dans le cours de la deuxième et même de la troisième année. Il n'est donc pas surprenant qu'ils aient besoin d'une plus forte ration alimentaire que des enfants normaux de même poids, ils sont, en général, de gros mangeurs, mais il s'en faut qu'ils utilisent bien tous les aliments qu'ils absorbent.

J'ai fait élever sous mes yeux pendant deux ans un bradytrophique qui pesait 4k700 gr. à l'âge de dix-huit mois et dont j'ai communiqué l'histoire et la courbe de poids à la Société de pédiatrie en 1904. Il recevait chaque jour environ un litre de lait surchauffé à 108 degrés, soit pur soit en potages, ou avec de la purée de pommes de terre, un œuf ou deux et du jus de viande.

Il avait au début le ventre distendu et dur et le foie débordant les côtes de trois travers de doigt, avec une dilatation apparente des veines sous-cutanées de l'abdomen. Son estomac supportait très bien ce régime alimentaire un peu surabondant; il avait des selles moulées, volumineuses, grisâtres, couleur mastic. Ce n'est qu'après cinq ou six mois de ce régime que les selles prirent un aspect à peu près normal; mais l'accroissement de poids avait commencé bien avant que les selles aient une bonne coloration; en utilisant même incomplètement les ingesta, ce bradytrophique augmentait de poids, les processus d'assimilation s'effectuaient avant que les fonctions digestives fussent vraiment régularisées. Il est probable que cet enfant avait des lésions de gastro-entérite fort anciennes puisqu'il ne pesait, je le répète, que 4k700 à l'âge de dix-huit mois, au lieu de 10 kilos à 11 kilos, poids normal à cet âge.

Malgré les risques inévitables de contagion dans les services d'enfants : rougeole, coqueluche, etc., ce bradytrophique a fini par être élevé heureusement dans notre salle Damaschino et nous l'avons rendu à sa mère, à l'âge de trois ans et demi, marchant très bien, n'ayant pas de déformation rachitique des membres ni du thorax, assez intelligent, ayant un poids et une taille peu au-dessous de la normale. Il nous avait fallu deux ans de soin et de surveillance pour cette cure.

En somme, dans la bradytrophie infantile, comme dans l'atrophie infantile du premier âge, il nous a paru que la ration alimentaire devait être en général majorée et c'est par là que nous conclurons.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 2 JANVIER 1905)

Eau oxygénée à l'état naissant. Activité bactéricide sur les germes des eaux. — M. Ed. BONJEAN a étudié comparativement l'action bactéricide sur les germes des eaux de quantités déterminées de peroxyde d'hydrogène produit par le peroxyde de calcium ou par l'introduction de solution commerciale d'eau oxygénée, ainsi que l'action de la chaux pure.

Il résulte de ses expériences qu'il faut 0 gr. 291 de peroxyde d'hydrogène par litre pour stériliser un litre d'eau de Seine après 6 heures de contact lorsqu'il provient de solution commerciale d'eau oxygénée (10^{cm3}) et que dans les mêmes conditions 0 gr. 060 de peroxyde d'hydrogène produit à l'état naissant par le peroxyde de calcium suffisent pour obtenir la stérilisation en quatre heures.

L'influence bactéricide que peut exercer la chaux du peroxyde de calcium est négligeable d'autant plus que cette action s'effectue dans des eaux chargées d'acide carbonique qui transforment immédiatement la chaux en carbonate de chaux ne possédant aucune action antiseptique.

C'est donc à l'état naissant de l'eau oxygénée ou peroxyde d'hydrogène que l'auteur attribue l'activité bactéricide particulière du peroxyde de calcium sur les germes dans l'eau.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 7 JANVIER 1905)

Discours d'inauguration. — M. le vice-président sortant, avant d'abandonner ses fonctions, prononce l'éloge funèbre des membres de la Société décédés pendant l'année, souhaite la bienvenue aux nouveaux membres élus : MM. Manouvrier, Vincent et Nicloux, nommés membres titulaires, sir John Lubbock, nommé membre honoraire, MM. Vialleton et Retzius, nommés membres correspondants, et prie M. Giard de bien vouloir prendre la place de confiance à laquelle l'ont appelé les suffrages unanimes de ses collègues.

En prenant possession de la présidence, M. Giard évoque les souvenirs de ses illustres prédécesseurs : Claude Bernard, Paul Bert, Marey. Il retrace rapidement les acquisitions scientifiques faites par la Société depuis sa création, et, finalement, remercie l'ancien bureau et particulièrement M. Gley, secrétaire perpétuel, pour lequel, dit-il, ses prédécesseurs ont épuisé toutes les formules d'éloge sans pouvoir être accusés de prodigalité.

Observation de surra chez une roussette. — M. LAVERAN a inoculé une roussette avec du surra venant de l'Inde. Quelques jours après, les trypanosomes ont fait leur apparition dans le sang de la roussette, dont l'état général n'a pas tardé à s'altérer profondément. La mort est survenue cinq à six jours après l'inoculation. A l'autopsie, il n'existait aucune autre lésion qu'une tuméfaction considérable de la rate.

Influence de la néphrectomie et de la ligature des vaisseaux rénaux sur les éliminations urinaires. — M. Desgrez lit sur ce sujet un travail de M. IGNATOWSKI. Quatre à cinq jours après la néphrectomie, le rein restant se trouve tout à fait capable d'accomplir le travail des deux reins. Mais vient-on à enlever le second rein, les animaux succombent en trois

à quatre jours. Pendant ces intervalles, on observe toujours de la diarrhée.

Lorsqu'on pratique la ligature de l'artère rénale, au bout de deux à trois semaines, l'organisme commence à subir les effets de l'intoxication due à l'autolyse du rein nécrosé. La mort survient deux à quatre jours après la ligature de la deuxième artère rénale.

La ligature de la veine rénale provoque des hématuries et de l'anurie passagères. Ultérieurement, le second rein, grâce à son hypertrophie compensatrice, supplée au défaut de fonctionnement du premier. La ligature de la seconde veine rénale détermine la mort de l'animal en trois à quatre jours.

Dans le cas de ligature de l'uretère, les suites opératoires sont moins bien supportées pendant les premiers jours qu'à la suite des expériences précédentes. La ligature du second uretère est suivie de mort dans un laps de temps qui ne dépasse pas quatre jours.

Tumeurs cancéreuses chez les souris. — M. Borrel a pu observer chez les souris cinq types de cancer : lymphome, tumeur molluscoïde, tumeur pavimenteuse, adéno-carcinome type Moran, et enfin cancer spécial, déjà décrit par Jensen (de Copenhague). Ces différentes formes paraissent épidémiques et inoculables, à condition de prendre des pièces fraîches. Elles sont fréquemment suivies, surtout la dernière, de métastases viscérales diverses, pulmonaires, gastriques, hépatiques, etc.

Action du chloroforme sur le sang. — M. Dastre communique sur ce sujet un curieux travail de M. Doyon. Administré dans certaines conditions, le chloroforme détermine : 1° de l'incoagulabilité du sang ; 2° de graves altérations du foie. Le sang étant incoagulable parce qu'il ne contient que peu de fibrinogène, on peut se demander si le foie ne joue pas un rôle dans la production du fibrinogène.

M. Charrin. M. Doyon a-t-il, chez les animaux ainsi traités, observé des hémorragies? On sait combien celles-ci sont fréquentes au cours des maladies de foie?

M. Dastre. M. Doyon signale la diarrhée sanguinolente. Il y a d'ailleurs longtemps que Brown-Séquard avait signalé l'action du foie sur la coagulabilité du sang.

Les lois du rayonnement de la chaleur chez les animaux. — M. Dastre lit une note de M. Lefèvre sur ce sujet.

Action du vêtement sur les fonctions digestives chez le cobaye (troisième série d'expériences). — Après avoir employé le molleton et la soie, le docteur Maurel dans ces nouvelles expériences a employé un tissu en coton très léger; et les résultats étant restés les mêmes, il en tire cette première conclusion que l'action du vêtement sur les fonctions digestives constatée dans ces expériences est indépendante de la nature du tissu. Mais, de plus, ces expériences ayant confirmé les précédentes de tous points, il considère comme définitivement acquis :

1° Que le vêtement, employé un jour sur deux en alternant ou dans des périodes qui ne dépassent pas trois jours, fait diminuer le poids de l'animal, augmenter celui des matières fécales et rend ces dernières fétides ;

2° Que si l'exagération des matières fécales explique en partie la diminution du poids de l'animal, l'altération des fonctions digestives indiquée par la fétidité de ces matières doit également participer à cette diminution.

Sur la teneur du foie en glycogène suivant les régimes. — MM. A. Gilbert et J. Jomier, ayant soumis des chiens à des régimes variés pendant sept jours au moins ont apprécié sur des coupes colorées à la gomme iodée la teneur de leur foie en glycogène. Cette richesse est la plus grande dans le régime du pain et des légumes additionnés ou non de sucre. Elle est également très notable dans le régime de la lactalbumine. Dans le régime mixte (soupe grasse ou maigre, viande bouillie ou rôtie, légumes variés), elle est un peu moindre. Dans le régime de la viande dégraissée, le foie présente une richesse moyenne en glycogène ; dans les régimes comportant une forte proportion de matières grasses (lait, crème, beurre), il n'offre qu'une très faible quantité de cette substance. Les résultats obtenus par les auteurs ont été beaucoup plus constants pour le glycogène que pour la graisse.

Contribution à l'étude de la fonction adipopexique du foie. — La graisse du foie dans ses rapports avec le moment de l'ingestion. — MM. A. Gilbert et J. Jomier, ayant fait ingérer à des lapins et à des chiens de la crème ou du saindoux et ayant sacrifié ces animaux en série, ont constaté que la graisse de l'alimentation apparaît dans le foie entre la septième et la neuvième heure de la digestion chez le lapin, entre la cinquième et la septième heure chez le chien, et qu'elle peut ne disparaître de cet organe que très tardivement : c'est ainsi que chez le lapin, même absorbée en quantité minime, elle peut encore manifester sa présence après cinq jours.

PRATIQUE CHIRURGICALE

NOUVEAUX PROCÉDÉS DE PANSEMENTS : BANDES ADHÉRENTES (LEUCOPLASTES) ET PAPIER SIMILI-COTON

MM. les docteurs Villard et Cavaillon (de Lyon) ont attiré l'attention de la Société de chirurgie de Lyon (1) sur certains procédés de pansements en usage dans les cliniques allemandes et qui, à leur connaissance, ne sont pas utilisés en France.

Il s'agit de bandes collantes, spéciales, connues en Allemagne sous le nom de *leucoplastes* et utilisées depuis plusieurs années dans les hôpitaux allemands et suisses.

Ces bandes sont enduites d'une pâte à base de caoutchouc ; sur l'une de leurs faces elles adhèrent à la peau facilement, de suite, sans chauffage préalable. Leur application n'amène sur l'épiderme aucune irritation ni vésication. Quand on les enlève, leur ablation n'offre pas de difficulté, à condition de les dérouler sans tirer. En cas d'adhérence trop forte aux poils ou à la peau, une goutte d'éther ou de benzine arrive à dissoudre très facilement la pâte adhésive.

Ces bandes sont en rouleau de 5 mètres de longueur, les largeurs varient de 1 centimètre 1/2 à 5 centimètres.

L'application est des plus simples. MM. Villard et Cavaillon ont fait faire des pansements réduits à quelques épaisseurs de gaze, un peu de coton, le tout recouvert extérieurement par une feuille de lint, dont les bords dépassent d'un centimètre environ l'épaisseur de gaze. Ces pansements sont appliqués sur la plaie et fixés par des bandes de leucoplaste de 3 centimètres 1/2 qui sont appliquées en cadre. La moitié de la largeur de la bande collante empiète sur le lint, l'autre moitié sur la peau, puis quelques bandes collantes transversales assurent la solidité du pansement. Pour les laparotomies on peut joindre par-dessus un bandage de corps.

« Ce pansement simplifié, disent les auteurs, nous a paru

(1) *Bull. de la Soc. de chir. de Lyon*, nov. 1904, n° 9.

présenter des avantages sérieux dans le traitement de toutes les plaies opératoires aseptiques, en particulier dans les plaies de laparotomie ou de hernie.

On a ainsi une plaie complètement isolée, on ne voit plus, comme avec les anciens pansements, aux grandes épaisseurs de coton, les poussières et les débris divers s'insinuer entre la peau et les bandes relâchées ou déplacées, la plaie est *lutée* pour ainsi dire. D'autre part, ce pansement n'est pas imperméable, l'air y pénètre et y pénètre filtré grâce au *lint* et à la gaze.

Un autre avantage est constitué par la rapidité de son application et de son enlèvement. Les malades sont beaucoup plus à l'aise, et ne supportent pas ces épaisseurs considérables de coton, si pénibles en été surtout.

Enfin, et cela est appréciable pour les chirurgiens, celui-ci peut à chaque instant, sans défaire la plaie, sans l'exposer à des contages, voir l'état de l'abdomen après une intervention.

Ce pansement nous a paru des plus pratiques pour les plaies de la face, du dos et de toutes les régions où il est difficile, sans de nombreux tours de bande, de faire tenir des pièces de pansement.

Par contre, toute plaie infectée, toute plaie susceptible de saigner ou réclamant une compression un peu énergique, ne relèvent guère de ce procédé.

Une dernière considération nous a poussés à vous faire cette présentation : il s'agit du côté économique.

Le pansement ainsi compris supprime presque tout le coton, et la totalité des bandes en gaze. Dans un pansement de laparotomie ou de hernie, c'est là une économie appréciable, si l'on compte une quantité de coton utilisée d'ordinaire, soit pour recouvrir la plaie, soit pour fixer les sous-cuisses. Dans notre service de l'hôpital de la Croix-Rousse, nous avons pu faire baisser la consommation du coton de moitié. »

Ces considérations, soit médicales, soit économiques, montrent qu'il y aurait intérêt à généraliser ce mode de pansement qui est en outre léger et plus sûrement aseptique.

Dans le même ordre d'idées, MM. Villard et Cavaillon ont expérimenté un produit qui est utilisé en Allemagne à la place du coton. Ce produit est un papier extrêmement fin et gaufré, fait avec de la fibre de bois. Il est très léger et très absorbant, se stérilisant facilement. Il est préféré au coton en Allemagne à cause de la modicité du prix. En France, ce produit revient à un prix plus élevé que le coton, et, dans ce sens, sa substitution au premier ne paraît pas s'imposer. Les auteurs ont essayé cependant ce pansement à l'hôpital de la Croix-Rousse, et il leur a donné d'excellents résultats.

LIVRES NOUVEAUX

La puériculture par l'assistance scientifique et maternelle à domicile (1), Hygiène maternelle et infantile, par le docteur Pegker.

Voilà un livre qui tranche sur la masse des ouvrages du même genre; il montre ce que peut faire l'initiative personnelle en matière d'assistance, et les services qu'on peut rendre à la société, en imitant l'exemple des Dames Mauloises; il s'agit en fait de guider, d'éclairer et de secourir, avant, pendant et après leurs couches, les mères pauvres forcées d'accoucher chez elles. Si on réfléchit qu'il y a annuellement, en France, 200 000 femmes en ce cas, on comprendra aisément combien d'existences de mères et d'enfants pourront être protégées.

Les conférences d'hygiène maternelle et infantile qui constituent la seconde partie du livre sont des modèles de précision et de sens pratique; nous ne saurions trop vivement en recommander la lecture.

On lira, avec intérêt, les trois lettres préfaces écrites dans un esprit bien différent, par le professeur Pinard et par MM. Frédéric Passy et Maurice Berteaux.

A. Gaullieur l'Hardy.

(1) In 8°. Paris, Vigot frères.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 16 au 21 janvier 1905)

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 16 janvier, à une heure. — 2e (1re série) : MM. Gautier, Gley et Branca; — (2e série) : MM. Ch. Richet, Retterer et Broca (André); — M. Claude, suppléant.

5e (chirurgie, 2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Landouzy, Roger et Balthazard; — (2e série) : MM. Gaucher, Teissier et Labbé (Marcel); — M. Macaigne, suppléant.

Mardi 17 janvier, à une heure. — 1er (oral) : MM. Poirier, Launois et Morestin.

2e : MM. Cornil, Langlois et Maillard; — M. Méry, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, de Lapersonne et Hartmann; — (2e série) : MM. Le Dentu, Thiéry et Faure; — M. Gouget, suppléant.

Mercredi 18 janvier, à une heure. — 2e, *Salle Pasteur* : MM. Ch. Richet, Desgrez et Branca.

3e (1re partie, oral), *Salle Charcot* : MM. Terrier, Sébileau et Potocki; — (2e partie), *Salle Béclard* : MM. Déjerine, Roger et Labbé (Marcel).

4e : MM. Hayem, Richaud et Balthazard; — M. Broca (André), suppléant.

Jeudi 19 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Berger, Thiéry et Marion.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Joffroy, Jeanselme et Richaud.

3e (1re partie, oral), *Salle Charcot* : MM. Pozzi, Launois et Brindeau; — (2e partie), *Salle Corvisart* : MM. Chantemesse, Guiart et Carnot; — M. Dupré, suppléant.

Vendredi 20 janvier, à une heure. — 4e, *Salle Thouret* : MM. Déjerine, Gley et Desgrey; — M. Labbé (Marcel), suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Delens et Pierre Duval; — (2e série) : MM. Reclus, Legueu et Proust; — M. Gosset, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Cunéo, suppléant.

Samedi 21 janvier, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Troisier et Jeanselme; — (2e série) : MM. Gilbert, Thiroloix et Besançon; — M. Renon, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Brindeau; — M. Maillard, suppléant.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 4. — JEUDI 12 JANVIER 1905. 78e ANNÉE. JEUDI 12 JANVIER 1905. — N° 4.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX
Étude des altérations histologiques des nerfs périphériques dans les œdèmes chroniques (avec 2 fig.), par M. Dopter.
MÉDECINE PRATIQUE
Applications internes du nitrate d'argent (fin), par M. L. Babonneix.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine.
ANALYSES
Chirurgie : Carcinome de l'appendice; — *Hygiène de l'enfance :* Sur les qualités que doit posséder le lait destiné à l'allaitement des enfants; — *Obstétrique :* Dystocie du col, en dehors des tumeurs.
LIVRES NOUVEAUX
FORMULAIRE
NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)
Iritis syphilitique.
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Internat.* — Anatomie. — Séance du 9 janvier 1905 : MM. Saissi et Bory (Louis), 12; Benon et Léon, 11; Duvoir et Nézard, 10; Charrier, 9; Lemerle, 8; Blaizot, 6; Dreyfus et Duchet-Luchaux, 5.

Séance du 11 janvier 1905 : MM. Planson, 13; Troisier, 11; Dumas et Aynaud, 10; Mlle Bonteif et M. Jacob, 9; MM. Galup, Richou, Chevallier et Railliet, 8; Hendelsmann et Raulot-Lapointe, 7.

Pathologie. — Séance du 9 janvier 1905 : MM. Milhit, 14; Aïtoff et Descomps, 12; Bénard (René), Houdard et Vouters, 11; Delapchier et Fabre, 9; Morand, 8; Blain, 6.

Séance du 10 janvier 1905 : MM. Chauvois, 11; Blocq, Caraven et Jouvin, 10; Lecaplain, Olivier et Silbert, 9; Lomon, 8; Bourdier, 5; Halma-Grand, 4.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Arthaud, Chatinière, Davesne, Delaunay et Depoully (de Paris), Fayol (de Marseille), Forfer (de Vitry-le-François), Fouquet (de Paris), Gautier (de Bordeaux), Letailleur-Foure (Mme), Maurel et Morisson (de Paris), Mulette (de Pont-Sainte-Maxence) et Peyssonnié (de Saint-Mathurin).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Alexandre (de Paris), Balme (de Malzéville), Baumann (de Paris), Bienfait (de Vichy), Brion (de Meaux), Browkillo (de Bouilly), Caboche et Carton (de Paris), Chardin (de Montreuil-sous-Bois), Clerval (de Charenton), Colombani (d'Oran), Cougombles (de Bagnères-de-Bigorre), Curel (d'Eyguières), Darrigade (de Bordeaux), Decazenave (de Boulogne-sur-Mer), Dupont (de Paris), Escoube (de Vitry-sur-Seine), Ferry (de Mur-de-Sologne), Giocanti (d'Ajaccio), Giroux (de Joinville-le-Pont), Guibaud et Latteux (de Paris), Ledrain (de Loué), Leroux (de Villenaux), Mennessier (d'Alfortville), Moreau (de Neung-sur-Beuvron), Morisson (de Paris), Mouly (d'Aulus), Perrin (de Paris), Pigot (d'Agen), Reulos (de Villejuif), Rosiers (de Bagnères-de-Bigorre), Sainton et Salomon (de Paris), Serre (du Mont-Dore), Tourtets (de Paris) et Vic (de Saint-Sébastien).

MM. les pharmaciens Blanchet (de Paris), Bompied (de Saint-Denis), Chicandard (de Lyon-Montplaisir) et Jouisse (d'Orléans).

CONFÉRENCES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DE L'ÉTABLISSEMENT DERMATOLOGIQUE. — Le docteur Leredde commencera une série de conférences de clinique et de thérapeutique le dimanche 15 janvier à 10 heures du matin, à l'établissement dermatologique, 31, rue la Boëtie, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — En vue de faciliter les déplacements des voyageurs qui se rendront sur le littoral de la Méditerranée à l'occasion des *courses,* qui auront lieu à Nice jusqu'au 27 janvier 1905, et du *Tir aux pigeons de Monaco*, la Cie P.-L.-M. fera délivrer jusqu'au 25 janvier 1905, au départ de *Paris pour Cannes, Nice et Menton,* des billets spéciaux d'aller et retour de 1re et de 2e classe, aux prix de : 177 fr. 40 en 1re classe et de 127 fr. 75 en 2e classe pour Cannes; de 182 fr. 60 en 1re classe et de 131 fr. 50 en 2e classe pour Nice; de 186 fr. 65 en 1re classe et de 134 fr. 40 en 2e classe pour Menton.

Ces billets sont valables pendant vingt jours et leur validité peut être prolongée une ou deux fois de dix jours moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix du billet.

Ils donnent droit à deux arrêts en cours de route, tant à l'aller qu'au retour.

Les porteurs des billets de 1re classe peuvent effectuer le voyage, sans supplément de prix, dans le train « Côte d'Azur rapide » qui parcourt de jour, en treize heures, le trajet de Paris à la Côte d'Azur.

ÉTUDE
DES
ALTÉRATIONS HISTOLOGIQUES DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES
DANS LES ŒDÈMES CHRONIQUES

Par M. DOPTER,
Médecin-major de deuxième classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Les troncs nerveux périphériques qui baignent dans la sérosité des œdèmes chroniques sont habituellement le siège de lésions sur lesquelles M. Klippel (1) a le premier attiré l'attention. A ces altérations correspondent, d'après cet auteur, des symptômes dont elles peuvent rendre compte : dans les œdèmes accompagnant les phlébites, les néphrites, les affections cardiaques, on peut en effet noter des troubles moteurs, parésies légères, gêne dans les mouvements des membres atteints, et des troubles sensitifs révélés par des crampes, des fourmillements, de l'hypoesthésie, voire même de l'anesthésie, de l'analgésie, ou encore de l'hyperesthésie.

L'examen minutieux des nerfs périphériques prélevés au niveau des membres œdématiés de sujets ayant succombé aux affections précédentes lui a révélé les particularités suivantes :

Au point de vue macroscopique, on constate que la gaine des nerfs est infiltrée et que les vaisseaux qui cheminent sur ces gaines sont dilatés et présentent des varicosités.

Au point de vue microscopique, il constata des altérations siégeant sur quelques fibres seulement des nerfs examinés; de plus elles étaient disséminées, laissant indemnes un grand nombre de tubes rigoureusement normaux, cette particularité expliquant le peu d'intensité des symptômes observés pendant la vie.

Il les caractérisa de la façon suivante :

A un premier degré, la myéline présente des dentelures, des festons sur les bords des tubes; le cylindre-axe persiste.

Puis on assiste à la fragmentation en blocs de cette myéline, chaque bloc étant séparé l'un de l'autre par des intervalles clairs représentant des gaines vides.

La fragmentation s'accuse, et dans les tubes qui se sont en partie vidés, ce sont seulement des boules de myéline, plus ou moins volumineuses, que l'on observe. On ne trouve plus trace de cylindre-axe.

Enfin, le tube nerveux n'est plus représenté que par les gaines absolument vides et ne renfermant plus ni myéline (sauf de rares granulations éparses) ni cylindre-axe.

Il est à noter que ces altérations s'accompagnaient de la multiplication du noyau.

En somme, ces lésions n'étaient pas différentes de celles que Pitres et Vaillard avaient antérieurement décrites; elles sont assimilables à celles qu'engendre la section du nerf. On assiste en un mot à toute une gamme d'altérations n'étant autres que celles de la dégénérescence wallérienne.

(1) Klippel. *Arch. gén. de méd.*, 1889.

I

J'ai eu l'occasion d'examiner les nerfs de plusieurs catégories de malades porteurs d'œdèmes chroniques des membres, symptomatiques de phlébite, de néphrite, d'asystolie, de cachexie cancéreuse, diabétique et tuberculeuse. Chez la plupart des nerfs examinés, par le procédé des dissociations et des coupes, j'ai pu déceler des altérations semblables à celles que M. Klippel a signalées. De plus, une altération d'un autre genre s'est montrée presque constante : c'est à cette dernière que de plus grands développements seront consacrés; mais pour la rigueur de l'interprétation, il importait avant tout d'éliminer des cas étudiés, ceux dans l'étiologie desquels le cancer, le diabète et la tuberculose étaient en cause; on sait en effet que ces affections peuvent par elles-mêmes donner lieu à des névrites, ce qui aurait constitué dans le cas particulier une cause d'erreur.

Voici les faits très résumés :

Obs. I. — *Emphysème pulmonaire. Dilatation du cœur droit. Asystolie.* — Examen des nerfs des membres inférieurs.

Nerf saphène externe droit et gauche. Présentent tous deux les mêmes altérations, au même degré.

Fibres saines assez nombreuses, mais à côté d'elles on observe deux ordres de lésions :

1° De rares fibres nerveuses avec les lésions connues de la dégénérescence wallérienne : fragmentation de la myéline en blocs et en boules, multiplication des noyaux. Disparition du cylindre-axe.

2° Raréfaction de la myéline au voisinage de l'étranglement annulaire observée sur de nombreux tubes nerveux. Souvent limitée, elle se prolonge parfois sur une plus ou moins grande étendue du segment, avec fragmentation en boule de la myéline; persistance du cylindre-axe; disparition progressive du protoplasma et du noyau. Il n'est pas rare de voir un segment entier privé de ses éléments constitutifs, rétréci, surtout quand on le compare à ceux qui se trouvent dans sa contiguité; il n'est plus réduit qu'à l'état d'une gaine, accolé au cylindre-axe, devenu irrégulier dans son volume, filiforme par endroits. Plusieurs segments se touchant peuvent être ainsi intéressés, figurant une longue fibre sur laquelle seul le cylindre-axe est perceptible.

Tibial postérieur droit : les lésions sont identiques, mais moins abondantes pour la dégénérescence wallérienne; les fibres touchées par la seconde lésion y sont plus abondantes qu'au niveau du saphène.

Obs. II. — *Myocardite scléreuse. Foie cardiaque. Asystolie.* — Nerfs saphènes externes : les lésions de dégénérescence wallérienne sont très abondantes. Très nombreuses aussi les fibres présentant le deuxième type décrit dans l'Obs. III. On y rencontre à un grand degré de fréquence des gaines ne renfermant à leur intérieur que le cylindre-axe altéré revêtu seulement de la gaine de Schwann.

Nerf tibial postérieur droit : mêmes altérations, mais moins abondantes, et à un degré moins accusé.

Obs. III. — *Néphrite chronique. Myocardite. Asystolie.* — Nerf saphène externe gauche : la dégénérescence wallérienne n'atteint qu'une minime partie des fibres nerveuses. Les alté-

rations du deuxième type décrit précédemment sont aussi peu abondantes. La phase du début est relativement fréquente, la plupart des fibres nerveuses présentant vers l'étranglement annulaire de la raréfaction de la myéline. Les gaines atrophiées conservant encore leur cylindre-axe sont rares.

Nerfs tibiaux postérieurs : même rareté de la dégénérescence wallérienne. Mais l'atrophie pure et simple des tubes nerveux avec persistance du cylindre-axe, et disparition du protoplasma et du noyau, est plus fréquente que dans les saphènes. La raréfaction de la myéline est plus étendue et envahit souvent une portion assez longue du segment interannulaire.

Obs. IV. — *Phlébite grippale datant de deux mois, mort par méningite suppurée d'origine otique.* — Nerfs saphènes externes : grande abondance de dégénérescence wallérienne à un degré accusé ; gaines vides assez nombreuses.

Lésions du deuxième type assez marquées ; les figures représentant leur début sont rares ; plus fréquentes sont celles où le segment contient la myéline à l'état de blocs et de boules avec persistance du cylindre-axe ; atrophie totale assez abondante.

Nerf tibial postérieur gauche : dégénérescence wallérienne rare. Au contraire, la lésion du deuxième type est fréquente : on observe surtout de la raréfaction myélinique à son début.

Nerf tibial postérieur droit : lésions à peu près identiques à celles du côté gauche, mais les gaines atteintes d'atrophie avec persistance du cylindre-axe sont peu abondantes : la raréfaction myélinique au début est assez rare.

En résumé donc, que l'œdème des malades observés relève d'une affection rénale, cardiaque ou simplement veineuse, l'examen microscopique des nerfs périphériques a montré des altérations dont l'aspect reste constant.

Ce sont d'abord des lésions que l'on peut rapporter à la dégénérescence wallérienne, segmentation de la myéline en blocs, en boules, en granulations, avec multiplication du noyau et prolifération du protoplasma, destruction du cylindre-axe, le tout aboutissant à la vacuité des gaines des tubes nerveux.

Puis c'est une altération particulière dont on peut comprendre la marche de la façon suivante :

Sur un certain nombre des fibres dissociées, au voisinage de l'étranglement annulaire, on constate des espaces clairs, correspondant à une raréfaction de la myéline ; parfois, au milieu de ces espaces clairs, on perçoit des boules de myéline ayant bien pris la coloration noire par l'osmium. Plus loin, vers le milieu du segment interannulaire, la myéline conserve un aspect normal, mais en se rapprochant de l'étranglement, ses limites s'estompent et s'atténuent ; elle prend en même temps un aspect diffluent. Le cylindre-axe persiste, mais il est rejeté à la périphérie et prend contact avec la gaine de Schwann ; son contour est souvent accusé par de fines granulations de myéline qui l'accompagnent.

Cette altération particulière de la myéline se poursuit de proche en proche d'un bout du segment à l'autre ; on assiste à une fragmentation irrégulière de cette substance en boules et en fines granulations. Le protoplasma et le noyau, loin de proliférer, participent à ce processus de destruction et disparaissent. Le cylindre-axe persiste toujours, devenant plus ou moins sinueux, et de calibre irrégulier : gonflé en certains endroits, il devient filiforme en certains autres.

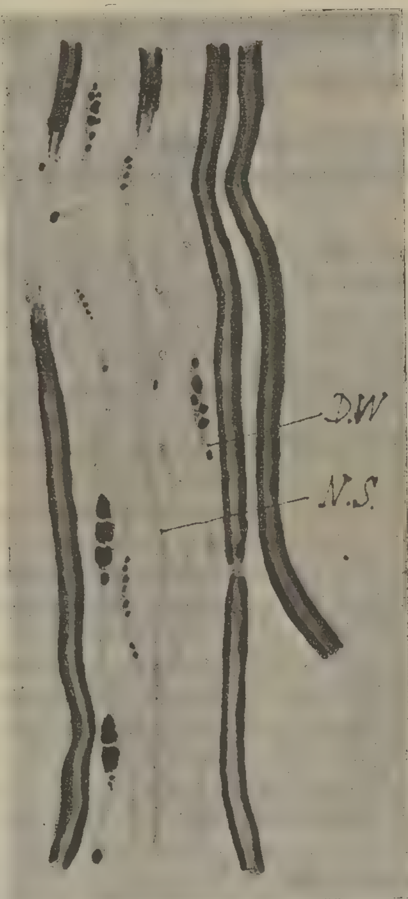


Fig. 1.

Enfin la myéline finit par disparaître et la gaine de Schwann, qui avait jusqu'alors conservé son dia-

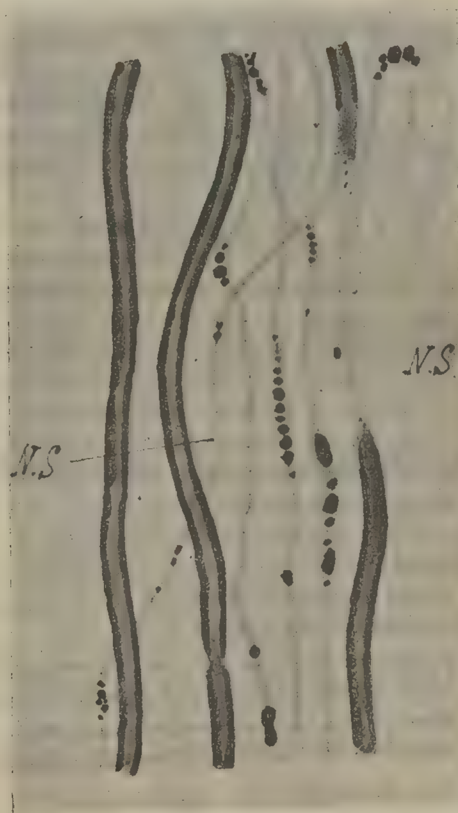


Fig. 2.

mètre habituel, revient sur elle-même et vient presque adhérer au cylindre-axe. On finit donc par avoir sous les yeux des tubes nerveux complètement atrophiés, constitués uniquement par le cylindre-axe auquel la gaine de Schwann est accolée : myéline, protoplasma et noyau ont été détruits.

Si certaines fibres nerveuses présentent cet aspect sur toute leur étendue, certaines autres au contraire ne donnent lieu à ces figures que sur une partie de leur trajet, C'est que cette lésion ne procède que par segments. L'atrophie peut n'atteindre qu'un segment interannulaire, alors que ceux au milieu desquels il est intercalé ont conservé toute leur intégrité. Elle peut porter aussi sur plusieurs segments contigus, ou bien encore un segment normal peut alterner avec un ou plusieurs segments malades ou inversement.

II

Telles sont les deux variétés, bien différentes par leur nature, des altérations rencontrées au niveau des nerfs examinés. Quelle est la signification de celle qui a été décrite en dernier lieu, existe-t-il un rapport entre la première et la seconde? C'est ce fait qu'il convient d'élucider.

Tout d'abord, on ne peut qu'être frappé de la ressemblance de ces lésions avec celles que M. Vincent (1) avait notées dans les cas de névrite provoquée chez le cobaye par injection de toxine typhique, et qu'avec M. Lafforgue (2) nous avons ensuite étudiées à l'aide d'autres substances microbiennes.

Nous avions signalé précisément cette même destruction de la myéline, se manifestant au début de la partie du tube nerveux, immédiatement contiguë à l'étranglement annulaire. Ce processus de désintégration se poursuivant progressivement dans toute l'étendue du segment interannulaire, atteignait le protoplasma et le noyau qui disparaissaient totalement. Le cylindre-axe persistait seul, mais, libre de son enveloppe myélinique, il devenait flottant dans l'intérieur de la gaine de Schwann qui s'accolait à lui. Ce cylindre-axe ne tardait d'ailleurs pas à s'altérer, à devenir gonflé par endroits, filiforme en d'autres.

Enfin, le tube nerveux était intéressé, segment par segment; il s'agissait donc d'une lésion à la fois segmentaire et périaxile, mais en raison de l'absence de prolifération protoplasmique et de multiplication nucléaire, l'altération s'écartait de la névrite segmentaire périaxile de Gombault. Vu d'autre part la nature même du processus en question (modification vraisemblablement chimique de la myéline), nous lui donnions le nom de *nécrose segmentaire périaxile*.

Quant à la relation pouvant exister entre les lésions de dégénérescence wallérienne et les troubles de ce dernier ordre, nous estimions que ceux-ci pouvaient représenter dans leur ensemble une phase préwallérienne; la phase wallérienne, pensions-nous, ne devait se révéler qu'après la rupture du cylindre-axe, ou une altération suffisante pour l'empêcher de remplir ses fonctions de conductibilité nerveuse.

(1) Vincent. Soc. de biol., 1900.

(2) Dopter et Lafforgue. *Arch. de méd. expérim.*, 1901.

Ces lésions expérimentales semblaient pouvoir reconnaître une genèse que nous comprenions de la façon suivante :

Comme Ranvier l'a fait connaître, l'étranglement annulaire est, dans le tube nerveux, le seul point accessible à la pénétration des substances nutritives dans l'intérieur du segment interannulaire. Les liquides toxiques, mis au contact des troncs nerveux, devaient dialyser par la même voie que les matériaux nécessaires à la nutrition des fibres; une fois leur pénétration opérée, ils exerçaient leur action chimique nécrosante que nous avions vue débuter précisément dans les parties les plus voisines de l'étranglement, pour envahir ensuite tout le segment intéressé, et produire les désordres nécrobiotiques décrits, précurseurs nécessaires de la rupture du cylindre-axe, et par conséquent des lésions wallériennes.

Grande est donc l'analogie qui existe entre les lésions provoquées expérimentalement, et celles qui viennent d'être signalées sur les nerfs prélevés au milieu de tissus œdématiés. Puis il existe un rapprochement digne d'être noté, entre les conditions dans lesquelles se trouvaient les nerfs des individus atteints d'œdème, et ceux des animaux en expérimentation. Dans les deux cas les fibres nerveuses baignaient dans des liquides, constitués ici par des toxines, là par de la sérosité d'œdème, qui, malgré son faible pouvoir toxique, n'en contient pas moins des substances minérales ou organiques, capables d'impressionner la myéline. D'ailleurs, serait-elle complètement dénuée de toxicité, son pouvoir nocif n'en existerait vraisemblablement pas moins, car Ranvier a pu provoquer des lésions sur des sciatiques de lapin en les irriguant plusieurs heures avec de l'eau salée, voire même avec de l'eau pure. La seule différence vraiment notable entre les deux faits consiste dans la durée d'action de ces liquides : dans l'injection expérimentale, la durée du contact est courte, en raison de l'absorption assez rapide; dans le cas d'œdème chronique le contact est permanent.

Devant cette similitude si marquée entre les deux ordres de faits, cliniques et expérimentaux, on ne peut s'empêcher de penser à un égal mode d'action dans la pathogénie des altérations identiques observées de part et d'autre.

La sérosité de l'œdème infiltrant les troncs nerveux, les substances qu'elle véhicule dialysent vraisemblablement dans l'intérieur des fibres qui les constituent, en pénétrant par l'étranglement annulaire. Ranvier l'a démontré péremptoirement pour l'eau pure ou l'eau salée; et il avait appuyé cette opinion sur le fait de l'imprégnation des nerfs par le picro-carminate d'ammoniaque, le nitrate d'argent etc., mis en contact avec les fibres dont ils sont composés. Les réactions qui s'effectuent dans ces conditions apparaissent tout d'abord, on le sait, dans le voisinage de l'étranglement et se poursuivent de chaque côté, vers le centre du segment interannulaire.

Il est infiniment problable qu'il n'en est pas autrement dans les faits dont l'interprétation nous

occupe, d'autant que l'étranglement annulaire est la seule portion des tubes nerveux qui ne jouisse pas de la protection offerte par l'enveloppe myélinique.

On ne peut s'empêcher d'autre part, en constatant les lésions qui sont signalées plus haut, de les rapprocher des altérations que le professeur Brissaud a observées dans d'assez nombreux cas ; il trouvait, lui aussi, un lésion segmentaire, ou multisegmentaire et périaxile, en ce sens que le tube nerveux n'était atteint que segment par segment, et ne renfermait plus que le cylindre-axe ; la gaine de myéline avait disparu. Or, ces lésious, il les rencontrait dans des cas où des symptômes sensitifs avaient été notés pendant la vie, mais aussi en certains autres, où rien, ni subjectivement, ni objectivement, n'avait pu révéler une atteinte nerveuse périphérique. Aussi était-il engagé à l'envisager comme l'expression d'une lésion latente, lui refusant l'étiquette de névrite, mais n'osant toutefois se prononcer sur sa signification. D'après les faits qui précèdent et l'interprétation qui a pu en être donnée, ne serait-on pas autorisé à en faire une lésion préwallérienne, précédant immédiatement les phases connues de la dégénérescence wallérienne, survenant après la rupture du cylindre-axe ?

III

Sans vouloir pousser plus loin les hypothèses à cet égard, les constatations faites sur les observations rapportées permettent de poser les conclusions suivantes :

1° Les malades porteurs d'œdème chronique des membres, d'origine asystolique, néphritique, phlébitique, présentent au niveau des parties infiltrées des troubles moteurs et sensitifs qui sont sous la dépendance immédiate d'altérations des nerfs périphériques.

2° Ces altérations sont deux ordres :

a. Dégénérescence wallérienne ;

b. Nécrose segmentaire périaxile.

3° La nécrose segmentaire périaxile naît sous l'influence immédiate de la pénétration des substances contenues dans le liquide d'œdème, à travers l'étranglement annulaire. De là elles imprègnent toute la continuité du segment interannulaire, en détruisant progressivement les éléments, tout en respectant relativement le cylindre-axe ;

4° Une fois le cylindre-axe rompu ou assez altéré pour ne plus pouvoir assurer la conductibilité nerveuse, la lésion de la fibre nerveuse périphérique prend le type connu de la dégénérescence wallérienne.

FORMULAIRE

DYSPEPSIE DES TUBERCULEUX

Pepsine.................. }	*áâ* 0g30 centigr.
Pancréatine............. }	
Poudre de colombo.....	0g25 —
Phosphate de soude.....	0g40 —

pour un cachet.

Faire prendre un de ces cachets avant chaque repas.

(RENON).

MÉDECINE PRATIQUE

APPLICATIONS INTERNES DU NITRATE D'ARGENT (1)

Par M. L. BABONNEIX,
Ancien interne lauréat (médaille d'or) des hôpitaux.

Modes d'administration. Posologie. — Le nitrate d'argent peut, comme nous l'avons vu, être prescrit en *pilules*, en *potion* ou en *lavements*.

Les anciens auteurs prescrivaient des *pilules* contenant chacune un centigramme de nitrate d'argent. L'excipient choisi était la mie de pain (*pilules de Boudin*), la gomme adragante ou l'amidon : « Je fais faire avec 1 centigramme de sel lunaire une solution que l'on épuise sur une quantité suffisante de mie de pain, de gomme adragante ou d'amidon, pour une pilule » [Trousseau (2)]. On peut aussi employer, comme excipient, de la gomme arabique, et prescrire, par exemple [Trousseau (3)] :

Nitrate d'argent cristallisé....	dix centigrammes.
Gomme arabique............. }	*áâ* Q. s. pour faire
Eau distillée................ }	dix pilules.

Une à cinq pilules par jour.

Toutes ces formules présentent un grave inconvénient : les 4/5 au moins du sel d'argent qu'elles contiennent sont décomposés, et passent à l'état insoluble, principalement sous forme d'oxyde d'argent et d'argent métallique, et peut-être même de sels insolubles à acide organique. Quant à la partie qui reste soluble, il n'est même pas absolument certain qu'elle demeure à l'état de nitrate (Cloez). Aussi Charcot et Vulpian, auxquels nous empruntons ces détails, ajoutent-ils : « Il est avéré que le nitrate d'argent subit, dans les pilules mêmes, une décomposition presque complète. »

Pour obvier à ce grave inconvénient, on a proposé de substituer à la mie de pain diverses substances inertes : silice (Am. Vée), terre de pipe (Deniau), et surtout kaolin. Dans ces derniers temps, on a beaucoup préconisé la formule suivante, que nous trouvons dans le livre de MM. Brissemoret et Joanin (4).

Azotate d'argent............	dix centigrammes.
Kaolin......................	un gramme.
Sulfate de soude déshydraté...	cinquante centigr.
Eau distillée................	x gouttes.

F. s. a. 20 pilules.

Chaque pilule contient cinq milligrammes de nitrate d'argent.

MM. Lyon et Loiseau (5) donnent une formule analogue, mais plus simple :

Azotate d'argent............	cinq milligrammes.
Kaolin......................	cinq centigrammes.
Vaseline....................	Q. s.

pour une pilule.

En somme, pour prescrire le nitrate d'argent en pilules, on prendra comme excipient, soit une substance organique : mie de pain, gomme arabique, gomme adragante, amidon, soit, de préférence, une substance inerte telle que le kaolin.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 1, p. 5.
(2) TROUSSEAU. *Cliniques*, 1862, t. II, p. 426.
(3) TROUSSEAU. *Id.*, p. 42.
(4) BRISSEMORET et JOANIN. *Les drogues usuelles*, O. Doin, édit.
(5) LYON et LOISEAU. *Formulaire thérapeutique*.

En *potion*, on donne habituellement le nitrate d'argent à la dose de cinq centigrammes pour une potion de 120 grammes (Barth, Gubler). Il est indispensable, pour dissoudre le sel, de n'employer que de l'eau distillée, les chlorures que contient l'eau ordinaire transformant partiellement l'azotate en chlorure d'argent insoluble.

Azotate d'argent............	cinq centigrammes.
Eau distillée................	100 grammes.
Sirop de sucre..............	20 —

Chez l'enfant, Trousseau conseille, après l'emploi du bismuth, la potion suivante :

Nitrate d'argent...............	un centigramme.
Eau distillée..................	25 grammes.
Sirop simple	10 —

à prendre en 8 à 10 fois.

formule dont se rapproche sensiblement celle de Rilliet et Barthez :

Azotate d'argent.............	un à trois centigr.
Eau distillée................	60 grammes.

Une cuillerée à café toutes les heures.

Cette formule générale a été modifiée par quelques auteurs. Dans la chorée, Nieberg prescrit :

Azotate d'argent..........	quinze centigrammes.
Eau distillée..............	45 grammes.

à prendre par cuillerée à café de trois à sept par jour.

Enfin, pour assurer la complète dissolution du sel, Deniau (1) incorpore cinquante centigrammes de nitrate d'argent dans un litre d'eau albumineuse et redissout le précipité à l'aide de 1g25 de bromure de potassium.

En *lavements*, les doses sont à peu près les mêmes : Trousseau, dans le choléra infantile, prescrivait :

Nitrate d'argent.................	5 à 25 centigr.
Eau distillée....................	60 à 100 gr.

pour un lavement.

Rilliet et Barthez sont partisans des doses faibles :

Nitrate d'argent..........	5 à 10 centigrammes.
Eau distillée................	150 grammes.

pour un lavement.

Ces lavements seront donnés deux fois par jour. Trousseau, Rilliet et Barthez recommandent d'administrer, par-dessus le lavement médicamenteux, un autre avec de l'eau simple, afin que, sans augmenter la quantité du caustique, son action soit portée plus loin. On pourra d'ailleurs associer à ces lavements la potion au nitrate d'argent (2).

Chez l'adulte, les doses peuvent être plus fortes : Trousseau, dans la dysenterie, n'hésitait pas à formuler :

Nitrate d'argent... vingt à	soixante-quinze centig.
Eau distillée.............	200 grammes.

Cet auteur conseille de commencer par un lavement simple et, ensuite, de pousser lentement le lavement médicamenteux. Ces lavements au nitrate d'argent seront gardés le plus longtemps possible; ils seront réitérés deux à trois fois dans les vingt-quatre heures.

Pour maintenir la solubilité du nitrate d'argent, Delioux (de Savignac) conseille de le mélanger à 250 grammes d'eau distillée tenant en dissolution un blanc d'œuf, et d'ajouter une quantité équivalente de chlorure de sodium. Mais, ainsi que le fait remarquer Gubler, « ce n'est plus du nitrate d'argent qu'on administre dans ces conditions, mais bien un composé très complexe et non défini, ayant perdu en grande partie les qualités pour lesquelles le sel primitif était recherché (1). » Cette modification ne mérite donc pas d'être conservée.

Dans les formules précédentes, on a pu remarquer que le nitrate d'argent représentait toujours la seule substance active. C'est que ses *incompatibilités* sont trop nombreuses pour qu'on puisse lui associer d'autres substances médicamenteuses. Les matières organiques (et particulièrement la mie de pain) le réduisent; les alcalis et leurs carbonates, les chlorures, bromures, iodures et cyanures alcalins, les sulfates, les phosphates, les chlorhydrates d'alcaloïdes le transforment en précipité insoluble, l'aristol, l'iodol, l'iodoforme et la glycérine exaltent ses propriétés caustiques (2). Il est donc nécessaire de le prescrire seul, sans l'associer à d'autres substances médicamenteuses, si l'on veut lui faire donner son maximum d'effets.

(1) Deniau. Cité par Gubler, *Commentaires thérapeutiques.*
(2) *Maladies des enfants*, 2e édit., t. I, p. 765.

(1) Loc. cit.
(2) D'après Brissemoret et Joanin, loc. cit.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 10 JANVIER 1905)

Faible mortalité infantile au Creusot. — M. Variot lit une note intéressante sur ce sujet.

« C'est une loi à peu près fixe que la mortalité infantile soit plus élevée dans les villes industrielles que dans les campagnes.

La ville industrielle du Creusot située dans le département de Saône-et-Loire, au centre de la France, fait exception à cette règle. Les enfants dans la première année de la vie n'y meurent que dans la proportion de 11 p. 100 (pour une période décennale de 1893 à 1902). De plus, cette faible mortalité infantile a tendance à décroître encore, puisque, pendant les années 1900, 1901 et 1902, elle est tombée au-dessous de 9 p. 100, c'est-à-dire au taux indiqué par Johannessen pour la Norwège.

Pour mettre bien en valeur la faible mortalité des nourrissons au Creusot, je rappellerai que la mortalité infantile globale de zéro à un an pour toute la France est de 16 p. 100 environ et qu'elle s'élève jusqu'à 20 et 25 p. 100 dans certaines villes industrielles du Nord de la France.

On a soumis à l'Académie l'ensemble des mesures par lesquelles on était arrivé à réduire au *minimum* la mortalité infantile à Villiers-le-Duc (Côte-d'Or) ; il m'a semblé non moins intéressant de rechercher les causes de l'abaissement de cette même mortalité, dans une ville telle que le Creusot, où la population ouvrière est tout à fait prédominante (les 4/5 sont des agents de la grande usine de métallurgie), soit 25000 sur 30000 habitants.

Voici en résumé les renseignements qui m'ont été transmis par M. Schneider, directeur du Creusot, sur l'organisation hygiénique et sanitaire de cette ville.

On s'est efforcé de tout temps : 1° D'améliorer le milieu

où vivent les ouvriers par l'hygiène des logements et la salubrité de la ville;

2° De leur assurer par l'élévation des salaires une aisance suffisante pour permettre aux femmes de se consacrer librement à leur mission maternelle;

3° De donner largement et gratuitement l'assistance médicale et pharmaceutique.

L'administration s'est surtout attaquée aux logements insalubres qui tendent maintenant à disparaître remplacés par des cités ouvrières, dont les maisons avec de *petits jardins* sont loués à des prix modiques.

D'ailleurs, depuis de longues années, les règles essentielles de l'hygiène et de la salubrité ont présidé à la création et à l'accroissement de la ville. Au centre, un parc de 33 hectares autour duquel l'usine s'épanouit en croissant; par cette disposition initiale, la population, au lieu de se densifier, a tendance à s'éparpiller dans la campagne.

En dehors de la ville, il y a encore un autre vaste parc mis à la disposition des ouvriers et de leurs familles.

La Compagnie favorise par des prêts l'ambition qu'ont beaucoup d'ouvriers de se faire construire une maison à eux. « Les instincts de propriétaires sommeillent dans l'âme de tous les prolétaires. » La femme n'ayant pas besoin de contribuer au budget de la famille reste chez elle; elle se consacre à ses enfants et à son ménage. Il n'y a que 18 femmes mariées à l'usine; aussi les mères nourrissent-elles presque toutes leurs enfants et c'est là une des principales raisons du faible taux de la mortalité infantile.

Le fonctionnement de l'assistance médicale et pharmaceutique est en rapport avec la puissante organisation spécialement pour les enfants.

L'Hôtel-Dieu du Creusot est, sans contredit, un des beaux hôpitaux de France et il contient un service pour les accouchées et pour les nouveau-nés débiles. Il y a un bureau de secours où l'on fournit des allocations en argent aux jeunes mères indigentes, des layettes, du bon lait pour l'élevage artificiel.

Les religieuses se rendent gratuitement à domicile pour soigner les malades et garder les enfants. A l'Hôtel-Dieu, on a organisé ces dernières années une consultation où les enfants sont pesés et inspectés chaque semaine. Les laits délivrés pour le biberon sont analysés dans le laboratoire de l'hôpital.

Enfin le docteur Briau, par des conférences, des instructions imprimées, s'efforce de vulgariser l'hygiène infantile et il est secondé par 25 infirmiers, ouvriers de l'usine, dont le travail consiste à porter à domicile la bonne parole et qui sont souvent mieux compris que le médecin lui-même.

« Des efforts du même genre sont faits, contre la tuberculose, l'alcoolisme et les maladies vénériennes (conférences, brochures, tableaux, etc.). La vitalité des nouveau-nés dépend trop de la santé des parents, pour que ces luttes particulières ne concourent pas à la lutte générale contre la mortalité infantile. »

Telle est la belle organisation hygiénique et salutaire que MM. Schneider ont créée au Creusot avec de si heureux résultats pour la population ouvrière qu'ils dirigent.

Ces grands industriels ont parfaitement compris que la santé des ouvriers et de leur famille était un élément essentiel de la prospérité de leur usine; comme les chefs d'armée, ils se préoccupent sans cesse de l'état sanitaire de leurs troupes. Le contrecoup de tout cet ensemble de mesures hygiéniques est la mortalité infantile très faible, 11 p. 100 durant les dix dernières années, que nous mettons sous les yeux de l'Académie de médecine.

Sans doute, ce qui a été fait au Creusot n'est pas applicable dans les cités industrielles où beaucoup de femmes sont astreintes au travail de l'atelier.

Dans ces milieux sociaux différents il faut néanmoins agir énergiquement pour que les mères puissent allaiter librement leurs enfants au moins dans les premiers mois de la vie. Les mutualités maternelles ont déjà donné de très heureux résultats dans cette direction.

On répète sans cesse qu'il faut laisser les enfants à leur mère. MM. Schneider ont eu le grand mérite de démontrer au Creusot qu'il est plus important encore de laisser les mères aux enfants et que, si l'on veut s'inspirer de leur exemple, on pourra réduire dans les cités manufacturières la mortalité infantile de la moitié, ce qui ne serait pas négligeable.»

Rétention d'urine par calcul. — M. Kermorgant communique à l'Académie une observation de rétention complète d'urine causée par un calcul préputial, recueillie par le docteur Vassal, médecin-major des troupes coloniales.

Il s'agissait d'un Annamite qui ne pouvait plus uriner depuis trois jours. L'examen du malade fit reconnaître l'existence, sous le prépuce, d'une tumeur dure, sphérique, qui n'était autre qu'un calcul qui tomba immédiatement dès que la circoncision eut été pratiquée.

Or, ce calcul développé progressivement, après avoir causé pendant quelque temps de la gêne pour uriner, a fini un beau jour, par suite de ses dimensions, par devenir immobile. Appliqué contre le méat urinaire, il a obturé le canal par un mécanisme analogue à celui qui est employé pour boucher certaines bouteilles. Le calcul pesait 4 grammes et avait 18 millimètres de diamètre.

Surdi-mutité. — M. Castex communique un ensemble de recherches personnelles sur les sourds-muets. Il a pu en examiner jusqu'à présent plus de 800 et la plupart à l'Institution nationale de Paris.

La surdi-mutité est congénitale ou acquise, mais d'après la statistique de M. Castex elle serait le plus souvent congénitale dans la proportion de 68 p. 100. Les parents, sur ce point, renseignent inexactement parce qu'il leur répugne de croire que leur enfant est né sourd-muet. Aussi ne doit-on considérer comme surdi-mutité acquise que celle des enfants qui ont fait entendre un commencement de conversation disparue par la suite, en quelques mois, et progressivement.

Les causes les plus certaines de cette infirmité sont :

I. *Pour les cas congénitaux.* — La consanguinité des parents dans la proportion de 1 p. 10, la tuberculose, le rachitisme, le saturnisme, l'alcoolisme et la syphilis chez les ascendants.

II. *Pour les cas acquis.* — Les infections des méninges et du cerveau et les diverses maladies infectieuses (fièvre typhoïde, diphtérie, scarlatine, etc.), M. Castex mentionne un cas, unique jusqu'à présent, où l'infection des organes auditifs a été produite par de l'ostéomyélite.

Les autopsies publiées, au nombre de 154, montrent que les altérations du labyrinthe, du cerveau et du bulbe ont bien plus d'importance que celles de l'oreille moyenne.

Le diagnostic comporte des difficultés très spéciales. On peut être induit en erreur par un simple retard dans l'apparition du langage, par des entendants-muets, par la surdimutité hystérique.

A ces enfants convient, avec l'instruction spéciale, la thérapeutique réparatrice : gymnastique, hydrothérapie.

ANALYSES

CHIRURGIE

Carcinome de l'appendice. (*The Lancet*, 12 nov. 1904.) — MM. Cullingworth et Corner, à propos d'une observation personnelle, passent en revue les faits publiés antérieurement sur ce sujet. Leur malade était une femme de trente et un ans; quatre mois avant d'être soumise à leur examen, elle avait éprouvé une douleur violente dans la fosse iliaque droite et cette crise s'était renouvelée plusieurs fois. La palpation profonde de l'abdomen révélait un peu de sensibilité au niveau du point de Mac Burney. Par le vagin on sentait une masse dure déprimant le cul-de-sac latéral droit. L'ouverture de l'abdomen permit de constater que cette tumeur était un fibromyome du ligament large. L'appendice présentait à son extrémité une tuméfaction arrondie. A l'examen on vit qu'il s'agissait d'un carcinome.

Les suites opératoires furent normales et trois ans après, la malade était en bonne santé et ne présentait rien d'anormal. Les auteurs se sont demandé quels étaient, dans ce cas, les symptômes attribuables au fibromyome et quels étaient ceux qui relevaient de l'affection appendiculaire. Il semble *a priori* que la plupart d'entre eux étaient dus au fibromyome; pourtant on ne peut attribuer à cette cause la soudaineté et l'intensité des douleurs. D'autre part la tumeur de l'appendice peut avoir déterminé une crise péristaltique douloureuse, mais son siège à l'extrémité de l'organe rend la chose peu probable. Somme toute, la sensibilité au point de Mac Burney parait être la seule manifestation clinique imputable au carcinome de l'appendice observé chez cette malade.

A. HOUSQUAINS.

OBSTÉTRIQUE

Dystocie du col, en dehors des tumeurs. [Ch. Godlewski (de Sorgues), Th. de Montpellier, 1904, Delord-Boehm, éditeur.] — Il est peu de questions en obstétrique, comme le dit fort justement l'auteur dans son avant-propos, qui aient été aussi souvent traitées que celle de la dystocie du col.

On ne peut que féliciter M. Godlewski d'avoir, sous l'inspiration de M. le professeur Grynfelt, fait, non un résumé, comme il le dit trop modestement, mais une utile mise au point de cette question.

Après avoir donné quelques notions d'anatomie du col utérin, l'auteur aborde l'étude de la dystocie dans les anomalies congénitales du col, et du col seul, c'est-à-dire : absence de col utérin, atrésies congénitales, utérus biforis, cloisonnements congénitaux du col, etc.

Il passe ensuite à l'étude de la dystocie secondaire du col. L'auteur entend par ce mot la dystocie dans laquelle l'obstacle primitif est ailleurs, et où le col utérin ne résiste, quand il résiste, que secondairement, et il s'occupe ici des déviations du col, des fausses rigidités spasmodiques, enfin, de la fausse rigidité anatomique et de l'œdème du col, ces dernières formant la dystocie par infiltration, avec leur complication, thrombus du col.

Un autre chapitre a trait à la dystocie d'ordre pathologique, d'origine inflammatoire ou cicatricielle, et l'auteur passe en revue ces causes inflammatoires (métrites blennorragiques, puerpérales ou autres), ou cicatricielles (déchirures, cautérisations, opérations). Puis vient l'étude des états pathologiques du col, c'est-à-dire oblitérations du col, scléroses du col, hypertrophie du col utérin.

Cette très intéressante thèse mérite mieux qu'une simple analyse, et on ne saurait trop en recommander la lecture.

Notons que le *diagnostic* et le *traitement* qui sont présentés d'une façon un peu schématique seront l'objet d'une étude ultérieure de M. Godlewski.

L. GAYARD.

HYGIÈNE DE L'ENFANCE

Sur les qualités que doit posséder le lait destiné à l'allaitement des enfants. (*Le Nord médical*, 1er janvier 1905.) — Dans une très intéressante note M. le professeur agrégé Carrière (de Lille) vient de mettre au point la question si importante de la stérilisation du lait.

En quelques mots, il expose les qualités que doit posséder le lait pour donner les meilleurs résultats dans l'allaitement des nourrissons.

1° Le plus grand danger du lait nous venant de la possibilité de la transmission de la tuberculose à l'enfant, il est indispensable que le lait provienne *de vaches ayant subi l'épreuve de la tuberculine*. On possède ainsi une grande sécurité, sécurité facile à obtenir, puisque cette réaction pathognomonique peut être pratiquée et surveillée par les vétérinaires départementaux;

2° Aussitôt la traite, le lait doit être débarrassé des impuretés qu'il renferme, soit par la centrifugation, soit et mieux encore par la *filtration;*

3° On doit, ensuite, stériliser ce lait, le débarrasser des germes microbiens si nombreux qu'il renferme. Or, pour tuer ces microbes, le meilleur moyen, sans aucun doute, c'est d'avoir recours à la chaleur. Les expériences de laboratoire ont, en effet, démontré que le lait chauffé trente minutes à 110 reste indéfiniment stérile. Malheureusement cette température détruit les ferments du lait (monobutyrinase, oxydase, ferment glycoytique, ferments coagulants et protéolytiques). Or, ces ferments sont nécessaires, indispensables pour la bonne digestion du lait.

On a donc dû et l'on doit donc abandonner les laits stérilisés par la chaleur à plus de 75 degrés.

Expérimentalement, on a vu qu'une température de 70 degrés, maintenue vingt-cinq à trente minutes, suffit en général pour tuer les microbes du lait. On a alors remplacé la stérilisation du lait par la chaleur par la pasteurisation. La méthode consiste à chauffer le lait sans dépasser 75 degrés et à le refroidir brusquement à 8 ou 9 degrés.

Le chauffage et cette pasteurisation donneront des résultats d'autant meilleurs qu'ils seront appliqués le plus vite possible après la traite. On obtient ainsi un lait sans aucun danger.

4° Quelques auteurs pensent que le lait de vache, ainsi stérilisé, est plus difficile à digérer que le lait de femme. On a pensé que cette difficulté tenait peut-être aux différences qui existent entre l'émulsion des globules graineux et butyreux du lait de femme et celle des globules du lait de vaches, cette dernière émulsion étant plus grossière que la première.

On a dès lors, en conséquence, essayé de parfaire cette émulsion graineuse du lait de vache, de l'homogénéiser. Pour ce faire, à l'aide d'une pompe très puissante on projette le lait sur une plaque d'agathe, avec une pression de 250 à 350 kilos. Le mélange des grains et du sérum du lait est alors tel que la crème ne monte plus et qu'il est impossible de l'extraire à l'aide de l'écrémeuse centrifuge, ce qui empêche la fraude et l'écrémage. Semblable lait est bien plus digestible, comme on a pu le constater *in vitro*.

Dans la pratique, il vaudrait mieux homogénéiser le lait avant de le pasteuriser et réserver cette opération pour la dernière.

Ainsi traité, le lait posséderait toutes les garanties nécessaires de sécurité et de digestibilité et ne pourrait donner que toutes satisfactions dans les questions parfois si difficiles de l'allaitement artificiel.

LIVRES NOUVEAUX

Atlas d'anatomie descriptive (1), par les docteurs SABOTTA et DESJARDINS.

La maison J.-B. Baillière édite en ce moment une série d'Atlas-manuels coloriés qui constitue une innovation des plus heureuses comme méthode d'enseignement par les yeux.

L'*Atlas d'anatomie descriptive* est dû au docteur J. Sabotta, professeur d'anatomie à Wurzbourg.

Le docteur Abel Desjardins, aide d'anatomie à la Faculté de Paris, s'est chargé de l'édition française, dont le premier volume (texte et planches) est aujourd'hui publié. Il comprend 34 planches en couleurs et 257 photogravures, la plupart en couleurs.

Le compte rendu d'un Atlas-manuel est assez spécial, il comporte l'appréciation des planches et l'analyse du texte, dans ce qu'il peut avoir de particulier.

Les planches sont irréprochables au point de vue scientifique et artistique, elles sont d'une finesse d'exécution qu'on atteint rarement. Cela se conçoit, par ce fait que chaque Atlas étant traduit en dix langues, la dépense d'établissement des planches a pu être répartie en une fois, sur dix éditions.

Cet ouvrage ne s'adresse pas, comme beaucoup de livres d'anatomie actuels, à quelques rares élèves, candidats aux concours d'anatomie, il vise la grande majorité des étudiants, qui n'ont besoin de savoir d'anatomie que ce qui est utile pour la pratique journalière de la médecine.

On ne trouvera dans ce livre de Sabotta ni les multiples plans aponévrotiques, ni la fastidieuse bibliographie d'un polyglottisme exagéré si chers aux anatomistes actuels; mais simplement les notions utiles à connaître pour examiner et soigner un malade.

Il y a, dans ce livre, deux parties : l'atlas qui est le principal; et le texte, l'accessoire. Sur la page de l'Atlas en regard du dessin, un court résumé explique ce dessin et donne les notions fondamentales. C'est ce volume que l'étudiant doit emporter au pavillon de dissection pour vérifier sa préparation et chercher une explication. Le volume de texte sert pour repasser avec plus de détails.

Les éditeurs, pour la reproduction des figures, ne se sont servis exclusivement que de procédés mécaniques ne laissant rien à l'interprétation du graveur. C'est la première fois, croyons-nous, qu'on se sert en anatomie de la photographie en couleurs par le procédé « des trois ou quatre couleurs ».

Ce premier volume contient l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie. La nomenclature est celle qui est la plus couramment usitée en France. A. RICARD.

Précis élémentaire d'anatomie pathologique (2), par A. POULAIN.

Le précis de M. Poulain est divisé en trois parties distinctes : la première est consacrée à l'étude des *tumeurs*, la seconde à celle de la *tuberculose*, la troisième, enfin, aux *lésions des différents organes*.

(1) 6 vol. gr. in-8°. Prix : 90 francs. — Paris, 1905, J.-B. Baillière.

(2) In-8°. — Paris, G. Steinheil.

Dans la première partie, l'auteur passe successivement en revue les *tumeurs à tissu simple*, les *tumeurs composées*, les *sarcomes* et les *épithéliomes* et décrit, d'une façon aussi claire que possible, les caractères différentiels de ces diverses néoplasies.

La seconde partie expose la *structure générale* et l'*évolution du tubercule;* elle rappelle les règles à suivre pour rechercher le bacille tuberculeux dans les coupes.

La troisième partie, de beaucoup la plus importante, décrit les lésions des différents organes : digestif, respiratoire, circulatoire, uro-génital, osseux, cartilagineux, musculaire, cutané, nerveux. Chaque chapitre commence par un résumé d'histologie normale, grâce auquel le lecteur comprend très facilement la description histo-pathologique qui suit. De nombreuses figures, pour la plupart dessinées par l'auteur d'après des préparations personnelles, illustrent un texte d'une concision élégante. Comme le dit justement M. Legry, dans la préface, « par la condensation des matériaux, le livre de M. Poulain représente, sous une forme à la fois succincte et complète, l'ensemble de nos connaissances anatomo-pathologiques. Par ses qualités d'ordre, de clarté, de concision, il met à la portée du débutant les notions de cette science les plus difficiles en apparence. » Écrit pour les étudiants, le *Précis élémentaire d'anatomie pathologique* sera accueilli par eux avec une faveur marquée. L. BABONNEIX.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 12 AU 21 JANVIER 1905)

THÈSES

Jeudi 12 janvier 1905. — M. RATHERY. Le tube contourné du rein [étude histologique, anatomo-pathologique, expérimentale] (MM. Chantemesse, Brissaud et Bezançon). — M. DIRIGOIN. Revue critique des différentes théories sur la vie et la mort (MM. Debove, Brissaud et Bezançon). — M. FAUCHEUX. Rétention chlorurée dans les phlébites (MM. Debove, Brissaud et Bezançon). — M. GUILLOIS. Des affections de l'estomac consécutives aux traumatismes par contusion (MM. Berger, Hutinel et Marion). — M. BLOCH. Sur une épidémie de fièvre typhoïde au pavillon de la scarlatine à l'hôpital Trousseau. Contribution à l'étude de la contagion hospitalière de la fièvre typhoïde (MM. Berger, Hutinel et Marion). — M. DE LACOMBE. Contribution à l'étude des contusions du foie (MM. Brouardel, Hutinel et Marion). — M. HUTAN. Arthropathies chez les nourrissons (MM. Brouardel, Berger et Marion).

Mercredi 18 janvier 1905. — M. VALERY. Du traitement d'urgence des ruptures utérines pendant le travail (MM. Gaucher, Achard et Lepage). — M. COLLARD. Étude sur les syphilides zoniformes (MM. Pinard, Achard et Lepage). — M. TROLLER. Essai sur le diabète sucré syphilitique (MM. Pinard, Achard et Lepage).

Jeudi 19 janvier 1905. — M. GAUTHERIN. La caféine et la théocine ; leur action élective sur le système musculaire, leurs inconvénients, leurs dangers (MM. Budin, Poirier et Vaquez). — M. CHESNEAU. De l'état du col dans l'infection puerpérale ; description d'un appareil destiné à éclairer et à photographier le col utérin et les culs-de-sac vaginaux (MM. Pouchet, Poirier et Vaquez). — M. CHAUFTON. Tuberculose annexielle (MM. Pouchet, Budin et Vaquez).

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

IRITIS SYPHILITIQUE

L'iritis syphilitique peut être acquise ou héréditaire (1).

IRITIS SYPHILITIQUE ACQUISE

ÉTIOLOGIE. — Accident de la *période secondaire*, l'iritis syphilitique *apparaît* généralement du sixième au dixième mois après le chancre, en moyenne vers le sixième mois (Badal), quelquefois beaucoup plus tôt : six semaines, ou beaucoup plus tard : plusieurs années après.

Fréquence assez considérable, surtout chez l'homme. Sur 100 syphilitiques, 3 à 4 font de l'iritis; sur 100 iritis, 60 à 70 sont d'origine spécifique. — La localisation de la syphilis sur l'iris peut tenir à certaines *causes prédisposantes* : traumatismes (Nuel); efforts prolongés d'accommodation (Schœn), influence contestée par Terrien, etc. — D'abord unilatérale, l'iritis ne tarde pas à frapper les deux yeux.

SYMPTOMES. — Ce sont ceux de toute iritis (Terrien).

Forme habituelle (plastique, parenchymateuse). — S. SUBJECTIFS. — α. *Douleurs névralgiques*, orbitaires et périorbitaires, siégeant du côté malade, d'intensité variable. Le plus souvent, elles sont très légères, signe que l'on a considéré à tort comme pathognomonique, car elles peuvent, dans certains cas, être assez vives pour priver le malade de tout repos.

β. *Troubles visuels.* L'amblyopie, due à la présence d'exsudat dans la chambre antérieure, est souvent assez marquée. Le blépharospasme, la photophobie et l'épiphora, par contre, n'atteignent jamais l'intensité qu'ils acquièrentdans la kératite.

S. OBJECTIFS. — α. *Injection périkératique.* — Tout autour du limbe scléro-cornéen apparaissent des vaisseaux fins, immobiles, rectilignes, de couleur violacée, irradiant de la périphérie de la cornée. C'est là l'injection périkératique qui diminue d'intensité en s'éloignant du limbe et ne s'étend jamais à plus d'un centimètre et demi en dehors de lui. Par ces caractères, les vaisseaux qui le constituent (V. ciliaires antérieurs) se différencient de ceux de l'injection conjonctivale, qui sont volumineux, mobiles à la surface de l'œil, de couleur rouge vif, flexueux et ne se limitent pas exactement à la région du limbe.

Constante, de haute valeur diagnostique, l'injection périkératique peut se doubler d'injection conjonctivale : tous les vaisseaux de l'œil sont alors dilatés, et aller jusqu'à l'exsudation de liquide dans le tissu cellulaire sous-conjonctival (*chémosis*).

β. *Modifications iriennes.* — Examiné à l'éclairage oblique, l'iris paraît *épaissi*, sa surface *perd son brillant* et *prend un aspect terne, grisâtre*, ce qui est dû 1° à l'exfoliation des cellules épithéliales de l'iris (Schirmer); 2° à la présence d'exsudats dans la chambre antérieure; ces exsudats, situés surtout à la partie inférieure de la chambre antérieure, sont le plus souvent fibrineux; ils peuvent aussi être gélatiniformes. La *coloration de l'iris se modifie*, de bleue, elle devient verdâtre; de brune, elle devient jaune cuivré.

γ. *Modifications pupillaires.* — La pupille est *petite* (vaso-dilatation des vaisseaux iriens); *paresseuse*, c'est-à-dire qu'elle réagit lentement à la lumière et à l'accommodation ; *irrégulière*, par suite d'adhérences localisées entre son bord pupillaire et la face antérieure du cristallin (*synéchies postérieures*). Lorsque ces adhérences s'étendent, elles peuvent arriver à souder complètement ces deux organes et à interrompre la communication entre les chambres antérieure et postérieure (*exclusion pupillaire*). Elles peuvent aussi envahir toute la pupille (*occlusion pupillaire*).

δ. *Tension oculaire* : généralement diminuée. *Marche. Durée. Terminaison.* Dans les *formes bénignes*, après deux à trois semaines, l'iritis rétrocède sans laisser de traces. Dans les *formes graves*, les synéchies sont précoces, abondantes, rebelles; l'iritis se complique de *kératite*, de *cyclite* (douleur à la pression de l'œil, exercée à deux ou trois millimètres en arrière de la cornée, violence des symptômes inflammatoires), des *troubles du corps vitré*. Lorsque les synéchies sont solides et étendues (de Græfe), elles exposent le malade à des *récidives* fréquentes et à des *complications* multiples (opacité du cristallin, attaques de glaucome, atrophie oculaire, etc.).

(1) V. en plus des classiques : F. TERRIEN. *Syphilis de l'œil*, Steinheil, édit., Paris, 1905.

Autres formes. — IRITIS SÉREUSE. — Se caractérise par une abondante exsudation de liquide dans la chambre antérieure, exsudation qui laisse déposer, à la face profonde de la cornée, de petites granulations blanchâtres (*kératite ponctuée*). La *tension oculaire est nettement augmentée.*

Exceptionnellement, le liquide épanché dans la chambre antérieure peut être du pus (*hypopion*) ou du sang (*hypohéma*).

Dans l'I. PAPULEUSE, il se développe à la surface antérieure de l'iris, à sa partie supéro-interne, et près du bord pupillaire, une ou deux petites saillies granuleuses, hémisphériques, brune rougeâtre ou jaune orange. Considérés à tort comme des gommes (elles ne suppurent jamais), ces *condylomes* présentent une surface irrégulière, recouverte de petits vaisseaux dilatés, et coïncident généralement avec des syphilides cutanées. Ils peuvent disparaître spontanément (Rochon-Duvigneaud).

Dans l'I. GOMMEUSE, la gomme, unique, siège au niveau du corps ciliaire et peut, soit disparaître par résorption, soit se ramollir et s'ouvrir dans la chambre antérieure. Elle coïncide généralement avec des syphilides plus ou moins nombreuses de la peau et des muqueuses (1).

IRITIS PARTIELLE (Alexander). — La FORME SURAIGUE débute brusquement et s'accompagne de phénomènes inflammatoires violents. Elle ne s'observerait que chez des rhumatisants.

PRONOSTIC. — Doit toujours être réservé [fréquence des rechutes et des récidives, apparition ultérieure d'autres accidents de syphilis oculaire (Fournier)]. Il dépend α. de la malignité de la syphilis; β. de l'existence de certaines complications (choroïdite); γ. de la précocité et de l'opportunité du traitement.

DIAGNOSTIC. — DIFFÉRENTIEL. — 1° Avec la *conjonctivite*, par les caractères de l'injection périkératique, les signes fonctionnels, etc. ; 2° avec le *glaucome*. Dans celui-ci, l'iris est atrophié, aminci, la pupille dilatée, la tension oculaire exagérée; dans l'iritis, l'iris est épaissi, gorgé de sang, augmenté de volume, la pupille petite, irrégulière, la tension oculaire habituellement diminuée. Mais il y a des cas hybrides (*iritis glaucomateuse*).

CAUSAL. — Aucun des signes donnés comme caractéristiques de l'I. S. (atténuation des phénomènes inflammatoires, coloration cuivrée de l'iris, déplacement de la pupille en haut et en dedans, présence de condylomes iriens) n'est pathognomonique, et le diagnostic se fera surtout par les antécédents et la constatation, chez le malade, d'accidents syphilitiques anciens ou récents.

TRAITEMENT. — 1° CAUSAL : celui de toute syphilis. — 2° LOCAL. Rappeler ce grand principe que, *toutes les fois que la tension oculaire est* **abaissée**, *l'atropine est* **formellement indiquée** ; *que, toutes les fois que la tension oculaire est* **normale** *ou* **exagérée**, l'atropine est formellement **contre-indiquée**.

Dans le *premier cas* (cas habituel), instillations d'atropine qui α. supprime les continuelles alternatives de contraction et de dilatation de la pupille; β. rétrécit les vaisseaux iriens; et surtout γ. supprime le contact de l'iris et du cristallin et s'oppose ainsi à la formation des synéchies; sangsues sur la tempe du côté malade; compresses d'eau chaude, etc.

Dans le *second cas* (I. séreuse), ne pas donner d'atropine, mais prescrire les myotiques (ésérine) et les antiphlogistiques.

IRITIS SYPHILITIQUE HÉRÉDITAIRE

ÉTIOLOGIE. — Manifestation relativement fréquente de l'hérédo-syphilis (Hutchinson), l'iritis peut s'observer dès la naissance, mais surtout un peu plus tard. On en a signalé des cas dans la seconde enfance ou même dans l'adolescence (syphilis héréditaire tardive).

SYMPTOMES. — L'hérédo-syphilis de l'iris affecte le plus souvent la *forme plastique*; quelquefois, la forme *séreuse* (Hutchinson), *aiguë* (Trousseau), ou *gommeuse* (Alexander). Elle peut se compliquer de kératite, de troubles du corps vitré, etc. Son *diagnostic* est généralement facile (stigmates d'hérédo-syphilis). Le *pronostic* en est si sérieux que le *traitement* ne saurait être trop intensif (Terrien).

(1) Même dans ces cas, il s'agit d'accidents secondaires. La syphilis secondaire présente en effet ce grand caractère d'être *généralisée*, la syphilis tertiaire étant *localisée*.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

TANNATE D'OREXINE

Le **MEILLEUR STIMULANT** de l'**APPETIT**, absolument insipide, agissant rapidement chez les **ENFANTS** et les **ADULTES**. Très efficace dans les cas de **VOMISSEMENTS de la GROSSESSE**, à la dose de 0 gr. 50, deux fois par jour, ou deux tablettes d'Orexine chocolatées. *TABLETTES* et *COMPRIMÉS d'OREXINE* : à la PHARMACIE NORMALE, 17, Rue Drouot, Paris.

(Brochures et Échantillons). **M. REINICKE, 39, Rue Ste-Croix-de-la-Bretonnerie, PARIS.**

HÉMONEUROL COGNET

COMBINAISON GRANULÉE

Oxyhémoglobine, Kolanine, Glycérophosphate de Chaux

RECONSTITUANT ORGANIQUE GÉNÉRAL

RÉGÉNÈRE LES GLOBULES SANGUINS, RESTAURE LES SUBSTANCES NERVEUSE ET OSSEUSE

TOUTES PHARMACIES | Neurasthénie, Chloro-Anémie, Lymphatisme, Cachexies, Rachitisme, Tuberculoses | PARIS, 43, R. SAINTONGE

ETABLISSEMENT de SAINT-GALMIER (Loire)

SOURCE BADOIT

L'Eau de Table sans Rivale

La plus Légère à l'Estomac

VENTE

20 Millions de Bouteilles

PAR AN.

Déclarée d'Intérêt Public

Décret du 12 Août 1897.

BAIN DE PENNÈS

Hygiénique, Reconstituant, Stimulant

Remplace ***Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux***, surtout les ***Bains de mer.***

Exiger Marque de Fabrique. — PHARMACIES, BAINS

TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées pr jour. Bd Haussmann, 41, Paris et phies.

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE

NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soins par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;

2° Le sirop POLYBROMURE *Henry Mure*;

3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au bromure de potassium.*

Dépôt à Paris dans toutes les pharmacies.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

CLIN & Cie

MÉTHARSINATE CLIN

(Méthylarsinate disodique chimiquement pur)

Globules de Métharsinate Clin dosés à 0 gr. 01 par Globule.

Gouttes de Métharsinate Clin dosées à 0 gr. 01 par 5 Gouttes.

Tubes de Métharsinate Clin pour INJECTIONS HYPODERMIQUES dosés à 0 gr. 05 par centimètre cube.

DOSE MOYENNE PAR JOUR : **Cinq centigrammes.**

Indications thérapeutiques de la Médication Cacodylique en général. 871

AFFECTIONS PULMONAIRES

PHOSPHOTAL *(Phosphite neutre de Créosote).*

Capsules Clin dosées à 0 gr. 20 par Capsule.

Émulsion Clin dosée à 0 gr. 50 par cuillerée à café.

GAÏACOPHOSPHAL *(Phosphite neutre de Gaïacol cristallisé).*

Capsules Clin dosées à 0 gr. 15 par Capsule.

Solution Clin dosée à 0 gr. 10 par cuillerée à café.

Absence de Causticité. — Tolérance et assimilation parfaites. — Richesse en Créosote 90 %, ou en Gaïacol 92 % et en Phosphore 9 et 7 %. 873

Suppression de la Toux et des Sueurs. — Augmentation de l'appétit.

SOLUTION DE Salicylate de Soude du Dr CLIN

D'un dosage rigoureux, d'une pureté absolue, d'un goût agréable.

2 gr. de Salicylate de Soude par cuillerée à soupe.

50 cgr. de Salicylate de Soude par cuillerée à café.

Le Meilleur Mode d'administration du Salicylate de Soude. 872

SOLUTION d'Antipyrine du Dr CLIN

D'un dosage rigoureux, d'une pureté absolue.

Évite aux malades les effets accessoires de l'Antipyrine.

Un gramme d'Antipyrine pure par cuillerée à soupe.

Vingt-cinq centigr. d'Antipyrine pure par cuillerée à café.

Se vend par flacons et par demi-flacons. 874

CLIN & Cie — F. COMAR & FILS & Cie, 20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS. 870

NEURASTHÉNIE - ARTÉRIOSCLÉROSE - RHUMATISME - GOUTTE

Application de la Méthode **JOULIE**

LIQUEUR PEPTO-PHOSPHORIQUE ADRIAN

0.25 centigr. par cuillerée à café d'Acide Phosphorique Anhydre.

9 RUE DE LA PERLE, 9 PARIS

ADULTES : 4 à 6 cuillerées à café par jour. ENFANTS : Moitié de la dose.

N° 5. — SAMEDI 14 JANVIER 1905. 78e ANNÉE. SAMEDI 14 JANVIER 1905. — N° 5.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE... ... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Syphilis des annexes de l'utérus, par R. PICHEVIN.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de chirurgie.
ANALYSES
Médecine : Crises gastriques prolongées des tabétiques morphinomanes; — Étude clinique sur les thromboses de la veine cave supérieure; — *Médecine expérimentale* : L'ensemencement du sang pendant la vie; procédé d'investigation clinique; — *Chirurgie* : Les tumeurs malignes de l'intestin chez les enfants; — De la récidive dans les papillomes de la vessie; — *Neurologie* : Hypertrophie secondaire, expérimentale, de l'hypophyse; contribution à la pathogénie de l'acromégalie.
LIVRES NOUVEAUX
FORMULAIRE
CONGRÈS
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

MAISON NATIONALE DE CHARENTON. — Par arrêté ministériel du 7 janvier 1905 un concours sur titres est ouvert pour la nomination à un poste de médecin suppléant de la Maison nationale de Charenton.

Les candidats devront être Français et docteurs en médecine d'une des Facultés de l'Etat.

Leur demande avec des indications précises du domicile et de la fonction actuelle devra être adressée ou déposée du 15 janvier au 15 février 1905 au ministère de l'Intérieur (1er bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 7, rue Cambacérès), où seront fournis tous les renseignements relatifs à l'emploi dont il s'agit.

Cette demande devra être accompagnée :

1° Du diplôme de docteur en médecine ou d'un certificat en tenant lieu;

2° D'un exposé des états de services des titres et des travaux scientifiques du candidat avec pièces justificatives;

3° D'une pièce faisant la preuve de l'accomplissement des obligations militaires.

GUERRE. — Par décision ministérielle du 10 janvier 1905, ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins-majors de première classe Marchand, désigné pour le 113e d'infanterie; — Brissé-Saint-Macary, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Poitiers.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Friand, désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Solmon, maintenu au 129e d'infanterie; — Toubert, désigné pour les salles militaires de l'hospice mixte de Montpellier.

MM. les médecins aides-majors de première classe Leguelinel de Lignerolles, désigné pour le 4e bataillon de chasseurs à pied; — Boigey, nommé surveillant à l'école du service de santé militaire à Lyon.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Caubet, désigné pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; — Clarion, pour le 156e d'infanterie.

MM. les pharmaciens-majors de première classe Wagner, pour le laboratoire d'expertises de la section technique de l'intendance; — Carabin, pour l'hôpital militaire d'Oran.

M. le pharmacien aide-major de deuxième classe Comte, désigné pour l'hôpital militaire de Bastia.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — *Programme des prix pour 1906.* — Prix Gaussail : *Des infections puerpérales chez les animaux domestiques.* Valeur du prix : 600 francs.

Prix Couseran : A l'auteur du meilleure mémoire adressé à la Société sur la pharmacie ou les sciences accessoires (étudiants en pharmacie). Valeur du prix : 500 francs.

Médailles d'encouragement. — Indépendamment des prix ci-dessus, la Société peut décerner chaque année quatre médailles d'encouragement : vermeil, argent ou bronze, aux auteurs des meilleurs mémoires ou observations à leur choix, pourvu que ces ouvrages n'aient pas été imprimés ou communiqués à quelque autre Société savante (art. 31 des statuts).

Conditions générales des concours. — Les mémoires écrits *lisiblement* en français sont seuls admis à concourir ; ils devront être adressés *franco* à M. le secrétaire général, au siège de la Société (hôtel d'Assézat-Clémence-Isaure, à Toulouse), avant le 1er janvier de l'année dans laquelle le prix doit être décerné, terme de rigueur. Ils seront accompagnés d'une épigraphe ou devise qui sera répétée sur une enveloppe cachetée contenant le nom de l'auteur.

Les mémoires dont les auteurs se seraient fait connaître directement ou indirectement, ceux qui auraient été déjà publiés ou présentés à une Compagnie savante ne seront pas admis à concourir.

Les mémoires manuscrits sur sujets divers, destinés au concours des *médailles d'encouragement*, devront parvenir *franco* à M. le secrétaire général avant le 1er mars de chaque année.

Les membres résidants de la Société ne peuvent prendre part aux divers concours.

Les étudiants en médecine y sont admis.

Les manuscrits des mémoires jugés par la Société deviennent sa propriété; toutefois leurs auteurs peuvent en faire prendre copie à leurs frais, sans déplacement, en s'adressant pour cela au secrétaire général.

La séance publique annuelle dans laquelle sont proclamés les résultats des divers concours a lieu du 1er au 15 mai.

STATISTIQUE. — Le service de statistique a compté pendant la première semaine de 1905 1 027 décès, au lieu de 1 140 pendant la semaine précédente (moyenne 990).

La fièvre typhoïde a causé 5 décès (moyenne 7).

La variole a causé 1 décès (moyenne 4).

La rougeole a causé 5 décès (moyenne 10); la scarlatine a causé 2 décès (moyenne 5); la coqueluche, 1 décès (moyenne 5); la diphtérie a causé 7 décès (moyenne 9).

La diarrhée infantile a causé 24 décès de 0 à 1 an, au lieu de 25 pendant la semaine précédente (moyenne 25).

En outre, 28 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatolres de l'appareil de la respiration ont causé 281 décès, au lieu de 228 pendant la semaine précédente (moyenne 198). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 21 décès (moyenne 17); bronchite chronique, 31 (moyenne 25); pneumonie, 72 (moyenne 44); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 157 (moyenne 112), dont 71 sont dus à la congestion pulmonaire et 75 à la broncho-pneumonie.

En outre, 26 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 215 décès; la méningite tuberculeuse, 20; la méningite simple, 20; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 17 décès.

LES HOPITAUX MILITAIRES DE L'ARMÉE FRANÇAISE EN ALLEMAGNE, AU 16 FÉVRIER 1758, PENDANT LA GUERRE DE SEPT ANS. — Le commandement de l'armée française qui combattait en Allemagne fut donné au comte de Clermont, prince du sang, après la disgrâce du maréchal de Richelieu, survenue à la suite de ses dilapidations en Hanovre et de la malencontreuse convention qu'il avait signée avec le chef de l'armée anglaise à Closter-Zeven.

Le comte de Clermont partit pour Hanovre le 1er février 1758; il n'y arriva que le 14.

Le nombre des malades, près d'un cinquième de l'effectif, était d'autant plus inquiétant que les chances de mortalité dans les hôpitaux malsains et mal tenus étaient plus considérables. La première visite du prince avait été pour eux; il en était revenu pénétré d'horreur et d'indignation. « Les hôpitaux, écrivait-il au ministre de la Guerre, le 16 février, sont dans un état si pitoyable que le cœur le plus dur en serait sensiblement touché. Il y règne une saleté et une puanteur qui, seules, feraient périr l'homme le plus sain; *aussi presque tous les médecins, chirurgiens et infirmiers tombent malades et il en meurt beaucoup*. Il n'y a ni lits, ni linge, ni médicaments, et souvent le bouillon manque. Il m'est même revenu que le peu d'exactitude avec laquelle on payait les chirurgiens, joint à la crainte qu'ils ont de l'air pernicieux qu'on respire dans ces hôpitaux, en a déterminé beaucoup à déserter, et même quelques-uns à passer chez le roi de Prusse (1). » C'était des hôpitaux de Hanovre, capitale d'un Electorat, que parlait le comte de Clermont; qu'était-ce des autres? (*Le Caducée.*)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Auclair (de Paris), victime d'un accident de chemin de fer; Gillet, maire et conseiller général de Lamarche (Vosges); Herpin (de Livry); Mahalin (de Metz) : le docteur Mahalin était le dermier médecin exerçant à Metz en vertu d'un diplôme français.

CONFÉRENCES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DE L'ÉTABLISSEMENT DERMATOLOGIQUE. — Le docteur LEREDDE commencera une série de conférences de clinique et de thérapeutique le dimanche 15 janvier, à dix heures du matin, à l'établissement dermatologique, 31, rue la Boëtie, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Objet du cours : *A.* thérapeutique de la syphilis et de ses manifestations cutanées et viscérales. — *B.* principes généraux de thérapeutique dermatologique. — *C.* conférences cliniques.

COURS PRATIQUES SUR LES MALADIES DES VOIES URINAIRES. — MM. les docteurs Desnos et Minet commenceront un cours pratique et complet sur les maladies des voies urinaires, à leur clinique, 15, rue Malebranche, le vendredi 20 janvier, à quatre heures, et le continueront les lundis et vendredis à la même heure.

CONFÉRENCES D'OPHTALMOLOGIE. — Ces conférences, faites par M. Cantonnet, interne des hôpitaux, auront lieu à partir du mardi 31 janvier, au siège de l'Association corporative des étudiants en médecine, 21, rue Hautefeuille, et se conttinueront les mardi et jeudi de chaque semaine, de quatre heures et demie à six heures.

VULGARISATION SCIENTIFIQUE. — Nous sommes heureux d'annoncer l'apparition de la deuxième année de la *Vulgarisation scientifique*, publiée par la maison Doin et dirigée par le docteur G. Bardet, avec la collaboration d'un grand nombre de savants.

Ce journal de *Vulgarisation* a pour but surtout de mettre à prix très faible (6 francs par an) uue revue mensuelle illustrée à la portée du médecin, pour lui permettre de compléter et entretenir sa culture scientifique.

Le numéro de janvier contient : « Paysages granitiques, » de J. Laumonier, avec 12 dessins inédits d'après des photographies de M. le professeur Vélain; « Chimie-physique, » de G. Bardet; « Les Grands Lamas, » de l'explorateur Paul Labbé, avec 6 dessins inédits; « Les mouvements vibratoires, » de L. de Gesvry; « Marcelin Berthelot; La locomotive électrique de l'État, » de Ed. Bonnaffé; « Les Pélories, » de Mottet; « Actualités et curiosités scientifiques. »

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — La Compagnie organise, avec le concours de l'Agence des « Grands Voyages » une excursion en *Égypte et Haute-Égypte*. Départ de Paris le 18 janvier 1905. Retour à Paris le 22 février. Durée de l'excursion : 36 jours. Prix (tous frais compris) : 1re classe, 2 210 francs.

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux de l'Agence des « Grands Voyages », 1, rue du Helder et 38, boulevard des Italiens, à Paris.

(1) *Le comte de Gisors, 1752-1758*, par Camille ROUSSET, 2e édit. p. 374-375.

REVUE GÉNÉRALE

SYPHILIS DES ANNEXES DE L'UTÉRUS

Par R. PICHEVIN.

La syphilis des annexes est peu connue. Sans doute, la question est à l'ordre du jour depuis près de quarante ans. Mais après une première efflorescence qui promettait d'être brillante, la syphilis de l'ovaire et de la trompe est tombée dans un tel oubli que c'est à peine si dans la nosographie gynécologique quelques lignes sont consacrées à cette localisation de la vérole. Théoriquement, quelques auteurs admettent la réalité de l'existence de l'ovarite et de la salpingite syphilitiques, mais on proclame aussi l'extrême rareté de ces lésions et l'impossibilité d'établir le diagnostic des altérations spécifiques des annexes.

Cependant, depuis peu, un regain d'actualité a été attaché à la vérole des annexes par quelques publications faites surtout au Congrès périodique de gynécologie et d'obstétrique de Rouen.

Il n'est peut-être pas inutile d'examiner l'état de la question dans cette expirante année 1904.

I

Syphilis de l'ovaire. — L'histoire de la syphilis de l'ovaire doit être divisée en deux périodes ; la première qui va jusqu'en 1874 environ ; la seconde qui coïncide avec l'ère des laparotomies et la connaissance plus précise de l'anatomie normale et pathologique de l'ovaire.

Il y a un siècle et demi Astruc, devançant quelque peu son époque, signalait (1) parmi les manifestations de la syphilis les tumeurs gommeuses des ovaires. Il est évident pour qui veut s'en rendre compte par la lecture du *Traité des maladies vénériennes* que cet auteur commettait de singulières confusions. Il est loin d'être prouvé qu'Astruc ait jamais vu une lésion ovarienne d'origine syphilitique.

Au dire de M. Boivin et de Dugès (2) le traitement de l'oophorite chronique consistait en onctions de pommades mercurielles ou iodurées et en ingestion de mercure doux. Cette thérapeutique était appliquée empiriquement, et en dehors de toute notion étiologique.

A la même époque, Duparcque (3) rapporte l'histoire d'une femme de vingt-cinq ans, atteinte d'un engorgement de la lèvre postérieure du col et de l'angle gauche de l'utérus avec ovarite gauche.

Le diagnostic de l'ovarite ne semble pas avoir été établi d'après un procédé recommandable d'exploration :

« Par la pression des régions sus-pubienne et iliaque gauche, écrit Duparcque, je perçus une tumeur de la forme et du volume d'un petit œuf de poule, très douloureuse, que je jugeai provenir de l'engorgement inflammatoire de l'ovaire. » Soumise au régime des saignées, des sangsues à l'hypogastre et au col utérin et à des frictions mercurielles, cette jeune personne tira un bénéfice de ce traitement; l'engorgement du col s'améliora mais l'engorgement ovarique diminua à peine.

Il semble bien difficile d'admettre qu'on puisse diagnostiquer une ovarite par la simple palpation abdominale.

En 1856, on trouve dans les comptes rendus des séances de la Société de biologie un document anatomo-pathologique (1) qui est dû à E. Lecorché, alors interne. Ce protocole d'autopsie a pour titre : *lésions du foie, des reins, du rectum et des ovaires chez une femme atteinte de syphilis constitutionnelle.*

Il s'agit d'une femme G... portant des traces de syphilis indéniable.

Les organes génitaux sont peu développés. L'utérus est pâle. Les ovaires ont subi la transformation fibreuse. On y trouve à grand'peine quelques vésicules de Graaf. La coque entière est occupée par un stroma compact. A la surface de la coque fibreuse de chaque ovaire, on aperçoit des dépôts calcaires nombreux qui font effervescence avec l'acide azotique et qui se sont formés sans doute sous l'influence d'inflammations fréquemment répétées. La trompe gauche n'offre rien d'anormal, mais la droite plus longue est dilatée : à l'extrémité libre de cette trompe se trouve un kyste qui semble formé aux dépens de la trompe.

Ce document anatomo-pathologique est intéressant. S'agit-il d'une lésion syphilitique ? Il y a de la dégénérescence calcaire des ovaires, et un kyste tubaire. Ces lésions se trouvent chez une syphilitique, mais sont-elles dues à la vérole ? Malheureusement l'histoire clinique de la malade manque. Mais tel qu'il est, ce cas est intéressant par les constatations macroscopiques auxquelles il a donné lieu.

E. Lancereaux, dans son *Traité de la syphilis* (2), avance que Richet est, après Astruc, le seul auteur qui fasse mention des altérations de l'ovaire par la syphilis. Lancereaux cite quelques lignes de Richet dans son *Traité d'anatomie chirurgicale* en 1856. Voici ce que ce chirurgien (3) a écrit en parlant des tumeurs syphilitiques : « J'en ai également recueilli quelques observations pour l'ovaire. » C'est tout ce qui a trait à l'ovarite syphilitique. Mais il faut ajouter que Lancereaux, à la fin de son *Traité*, publie une planche (4) due à l'obligeance de Richet. Il s'agit d'un dépôt gommeux dans un ovaire. L'ovaire volumineux contient une masse molle, sèche, jaunâtre, qui traduit parfaitement son origine spécifique, écrit Lancereaux.

La figure n'est pas démonstrative. On peut, si l'on

(1) Astruc. *Traité des maladies vénériennes*, Paris 1755, t. IV, p. 177.

(2) Boivin et Dugès. *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*, Paris 1833, t. II, p. 577.

(3) Duparcque. *Maladies de la matrice*, Paris 1839, t. I, p. 339.

(1) *C. r. de la Soc. de biol.*, 1856, p. 160.

(2) E. Lancereaux. *Traité historique et pratique de la syphilis*, Paris 1864, p. 280.

(3) A. Richet. *Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale*, Paris 1877, p. 701.

(4) E. Lancereaux. Loc. cit., pl. 2, fig. 6 : ovaire altéré par la syphilis.

veut, accepter cette lésion comme un cas rarissime de gomme de l'ovaire. Malheureusement l'histoire clinique de la malade qui portait cette lésion syphilitique n'est pas connue.

Dans son même *Traité de la syphilis*, Lancereaux (1) transcrit de deuxième main le cas d'une jeune fille de douze ans morte en 1858, à l'hospice des Enfants-Malades, dans le service de Blache. A l'autopsie, les deux ovaires présentaient des tumeurs gommeuses, ainsi qu'une autre située dans le tissu cellulaire sous-cutané du cuir chevelu, Lancereaux ajoute : Cette courte note laisse tout au moins à douter sur la nature de l'altération ovarienne.

Le même auteur publie en note la nécropsie d'une fille de trente-trois ans atteinte de vérole. Il existait des adhérences entre l'ovaire, l'utérus et les parties voisines. On trouve du pus dans le cul-de-sac péritonéal. Les reins étaient couverts de pus ainsi que les uretères. « L'un des ovaires plus volumineux est le siège d'une induration blanche disposée par plaques; il est manifestement lésé dans sa plus grande étendue, et adhère à la trompe et aux parties voisines. Le col de l'utérus est infléchi sur la partie antérieure du corps. »

Comment ne pas reconnaître dans cette description la preuve des manifestations d'origine inflammatoire? Il y avait même du pus. Ce document anatomo-pathologique doit être éliminé.

Dans sa description de l'ovarite syphilitique, Lancereaux (2) cite un cas clinique qui a été observé par Laugier.

Il s'agit d'une malade de quarante-ans présentant des douleurs ostéocopes du crâne et deux tumeurs du volume d'un œuf situées dans la région des ovaires et allongées suivant la direction du ligament large. Laugier administra à cette malade de l'iodure de potassium, dans l'hypothèse d'une affection syphilitique des ovaires. L'absorption de ce médicament amena la diminution rapide de ces tumeurs et après vingt jours de traitement, la tumeur gauche avait disparu.

Mauriac (3) qui est loin d'être réfractaire à l'idée de l'origine spécifique de certaines ovarites fait du cas de Laugier le commentaire suivant : Ce n'est pas sur cette courte observation qui laisse tant de doutes dans l'esprit qu'on peut édifier la description pathologique d'une maladie aussi rare que l'ovarite syphilitique.

Il est peut-être permis de faire remarquer qu'à l'époque où Laugier examinait sa malade, le diagnostic de l'ovarite était plutôt vague. Il suffit de faire appel aux élèves encore vivants de Laugier. Mais admettons l'exactitude du diagnostic et signalons la rapidité de la disparition d'une ovarite sous l'influence de l'iodure de potassium. Depuis lors jamais plus on ne vit ce médicament, dans l'ovarite, produire de si merveilleux résultats.

(1) Lancereaux. Loc. cit., p. 280.

(2) Lancereaux. Loc. cit., p. 282.

(3) Ch. West. *Leçons sur les maladies des femmes*, traduit par Ch. Mauriac, Paris 1870, p. 560.

Courty (1) signale dans l'étiologie de l'ovarite la vérole et avance que Nélaton admettait l'origine syphilitique de l'ovaire.

Tels sont les documents que j'ai pu retrouver sur la syphilis de l'ovaire dans la période ancienne, dans la période pré-laparotomique.

On peut les résumer et les diviser en deux groupes distincts :

1° Deux faits cliniques sans le contrôle anatomique;

2° Quatre faits anatomo-pathologiques non précédés d'examen clinique.

1° *Faits cliniques.* — Le premier, celui de Duparcque, doit être mis de côté. Le second qui a trait à la malade de Laugier se résume en ceci : diminution d'une tumeur ovarienne et disparition rapide d'une tumeur de l'ovaire de l'autre côté sous l'influence de l'iodure de potassium.

2° *Faits anatomo-pathologiques.* — 1. Gomme des ovaires (cas de Blache); sans examen microscopique.

2. Gomme des ovaires (cas de Richet) d'après Lancereaux; sans examen microscopique.

3. Gros ovaire scléreux (cas de Lecorché); description des lésions microscopiques; traces de syphilis indéniable.

A ces données se réduisent les connaissances sur les affections syphilitiques avant la période pré-laparotomique.

Comment avec des documents aussi peu abondants, aussi dissemblables et aussi imprécis, a-t-on pu écrire le chapitre de l'ovarite syphilitique?

On se le demande. Cependant, dès 1866, Lancereaux traçant l'histoire de la syphilis a consacré un chapitre à l'historique, aux symptômes, au diagnostic, au pronostic et au traitement de la syphilis de l'ovaire.

Au point de vue anatomo-pathologique, voici ce que Lancereaux écrivait dans son *Traité de la syphilis* :

« En raison de leur structure fibreuse les ovaires semblent particulièrement prédisposés aux manifestations de la syphilis. Celles de ces manifestations qui nous sont connues ont la plus *grande analogie avec les lésions du testicule* (2) et il y a lieu de leur reconnaître les mêmes formes anatomiques, diffuse et circonscrite. La forme diffuse ou ovarite syphilitique n'a été vue par nous qu'à la période atrophique, mais elle *présente une telle ressemblance avec l'orchite syphilitique* (3) qu'il est permis de croire qu'elle suit la même évolution à savoir : au début multiplication des éléments du tissu conjonctif et augmentation du volume de l'organe, plus tard organisation ou développement complet de ces éléments, épaississement fibreux, induration, puis rétraction et atrophie.

La forme gommeuse de la syphilis ovarienne présente la plus grande analogie avec l'orchite gommeuse.

Un cas communiqué par Lecorché donne lieu de

(1) Courty. *Traité pratique des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes*, Paris 1881, p. 837.

(2 et 3) Ces mots mis en lettres italiques sont en lettres ordinaires dans le texte de Lancereaux.

penser que ces productions sont susceptibles de se calcifier (1). »

Mauriac reproduit cette description en 1870, ou n'en fait que transcrire à peu près les termes.

Lancereaux avait créé une symptomatologie de l'ovarite syphilitique. On ne peut trouver les traces des symptômes que cet auteur indique dans les observations qu'il rapporte.

Quoi qu'il en soit, voici la description schématique qui fut faite de l'ovarite spécifique :

Une douleur sourde, obtuse, peu intense, un peu de sensibilité constitue parfois le seul symptôme de la syphilis ovarienne; mais un trouble plus fréquent et à la fois plus difficile à constater, c'est l'abolition de la fonction de reproduction, l'anaphrodisie, la stérilité ; il est possible quelquefois de sentir les ovaires.

Dès 1870, Mauriac, un croyant de la syphilis ovarienne, avait fait la critique de cette symptomatologie trop théorique et écrivait : « A propos de symptômes, on parle de douleur obtuse dans la région des ovaires, d'anaphrodisie, de stérilité, mais on ne rapporte aucun fait concluant. »

Lancereaux décrivant la syphilis des organes dans un *Traité de syphilis* sacrifie à ce qu'il croit être une nécessité, à l'obligation d'ouvrir, ne serait-ce qu'à titre d'essai, un chapitre d'attente de l'ovarite vérolique.

Et alors il se laisse entraîner par des conceptions basées sur l'analogie qui *doit* exister entre les affections syphilitiques du testicule de l'homme et la vérole du testicule de la femme.

L'ovaire ne doit-il pas être frappé et réagir comme le testicule?

Lancereaux, dans les lignes qu'il consacre à l'anatomo-pathologie, l'avoue sans ambages. Sa description symptomatique se ressent des mêmes préoccupations.

Mais, comme l'écrivait Aran (2) avec son sens clinique si délié et si sûr, « tous ces rapprochements, toutes ces analogies établies par les anatomistes entre le testicule et l'ovaire ont sans doute quelque chose de fondé, mais de même que suivant l'ancien proverbe comparaison n'est pas raison, les analogies, si grandes qu'elles puissent être, n'équivalent jamais à une démonstration. »

Aussi rencontre-t-on des gynécologistes et des syphiligraphes qui, quoique enclins à reconnaître l'existence de la syphilis ovarienne, restent dans un doute prudent et une sage réserve.

De ceux-là sont Lancereaux lui-même et Mauriac. L'histoire de cette affection, écrit en 1870 le traducteur de Ch. West, est loin d'être complète : « Je fais à cet égard les mêmes réserves que M. Rollet dans son remarquable *Traité des maladies vénériennes.* »

Deuxième période ou période moderne. — Tel était l'état de la science avant l'ère des laparotomies qui coïncida avec une connaissance plus parfaite de l'anatomie normale et de l'anatomie pathologique de l'ovaire.

(1) LANCEREAUX. *Traité historique et pratique de la syphilis,* Paris 1873, p. 229.

(2) ARAN. *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et des annexes,* Paris 1858, p. 615.

L'étiologie et la pathogénie des affections annexielles ont été établies depuis trente ans environ avec un degré de perfection qui laisse peu à désirer.

Des milliers et des laparotomies ont été faites par de très nombreux chirurgiens qui connaissent bien les lésions syphilitiques du testicule, et dont l'attention a toujours été tenue en éveil par la possibilité de rencontrer des lésions similaires de l'ovaire.

Depuis trente ans, Dieu sait avec quelle frénésie les organes génitaux internes de la femme ont été fouillés! La laparotomie a été pratiquée si souvent que, bien des fois, l'opérateur a eu pour patientes des femmes arrivées à la période secondaire et à la période tertiaire de la vérole.

Des autopsies en nombre considérable ont été faites depuis plus d'un quart de siècle : qui donc a décrit la syphilis des ovaires? qui a reconnu, aux signes indiqués par Lancereaux, la vérole des testicules de la femme?

Après la période laparotomique les renseignements anatomo-pathologiques sur l'ovaire syphilitique sont très rares :

Klebs (1) dit dans son traité : « Les affections syphilitiques des ovaires aboutissent de très bonne heure à la sclérose et à la stérilité, ainsi qu'à la formation d'adhérences serrées. On n'a pas observé de grossesses. »

Barthelemy (2) écrit : l'ovarite syphilitique tardive est le plus souvent diffuse. Il s'agit d'un syphilome plutôt que d'une gomme pure; il semble que la forme la plus fréquente de la syphilis ovarienne tertiaire est réalisée par le processus scléreux combiné pouvant aboutir, dans un certain nombre de cas, à l'atrophie ovarienne. Enfin, la gomme n'est pas nécessairement symétrique. Ici, c'est l'infiltration qui domine habituellement.

Sans doute Ivanosky (3) paraît admettre non seulement l'infiltration conjonctive d'origine syphilitique et la gomme de l'ovaire. Il pense même que les lésions syphilitiques se manifestaient d'une façon précoce, sous forme de folliculite.

La pénurie des documents est donc extrême ; nous trouvons, il est vrai, quelques gynécologistes qui croient à l'existence de la syphilis, mais ce n'est guère en France qu'on les rencontre.

Martin (4) qui admet le retentissement de la syphilis sur les organes génitaux internes de la femme, sur la trompe en particulier, cite Tilt parmi les partisans de l'ovarite syphilitique.

Lawson Tait (5) dans son *Traité clinique des maladies des femmes* admet la vérole comme cause probable de l'ovarite.

(1) KLEBS. *Handbuch der pathologischen Anatomie,* Berlin 1876, p. 826.

(2) BARTHELEMY. Loc. cit., p. 31.

(3) BONNET et PETIT. *Traité pratique de gynécologie,* Paris 1894, p. 142. Le texte du travail de M. Ivanosky n'a pu être retrouvé *(R. P.).*

(4) M. MARTIN. *Traité pratique des maladies des femmes,* Paris 1889, p. 544.

(5) LAWSON TAIT. *Traité clinique des maladies des femmes,* Paris 1891, p. 480.

Lecourtois (1) aurait publié une observation de syphilis ovarienne. Mais Labadie-Lagrave et Legueu, qui rapportent ce cas (2) succinctement, ajoutent que la valeur de cette observation est douteuse.

Ozenne publie en 1898 deux cas de syphilis ovarienne.

En 1900, dans un remarquable travail sur la syphilis tertiaire acquise ou héréditaire des organes génitaux de la femme, Barthélemy (3) s'occupe de la syphilis tertiaire des ovaires. Il le fait plus en syphiligraphe qu'en gynécologiste, avec une tendance naturelle et fort compréhensible à admettre l'existence de la vérole ovarienne. Ce travail contient des renseignements fort utiles et complets. On y relève des indications bibliographiques nombreuses.

M. Ozenne publia en 1898 dans le *Bulletin annuel des séances de la Société du IXe arrondissement* (4) et dans la *Semaine gynécologique* (5) deux observations :

La première a trait à une femme de trente-deux ans qui a présenté des phénomènes d'hématocèle péri-utérine. Cette femme eut des douleurs intermittentes, des maux de tête, des hémorragies utérines que différents traitements médicaux ne parvinrent pas à arrêter et enfin un certain degré de neurasthénie.

Les pertes de sang devinrent presque continues. A droite et à gauche existait une tumeur sensible, arrondie, bien circonscrite, du volume d'une petite mandarine. On diagnostiqua gros ovaires scléro-kystiques. Il n'y avait aucun indice de syphilis.

Reynier pratiqua la laparatomie. Au lieu d'ovaires scléro-kystiques, on constata des ovaires durs, scléreux, avec plaques blanchâtres à la périphérie et sans foyers kystiques. Le tissu compact à la coupe avait par places l'aspect fibroïde. Malheureusement on ne pratiqua pas l'examen histologique de cette pièce qui pouvait donner des résultats intéressants. Quelle était la nature (6) de ces tumeurs solides bilatérales des ovaires ?

Quoi qu'il en soit, les hémorragies utérines disparurent, mais l'année suivante il y eut des crachements de sang. De 1893 à 1895 cette femme fut en proie à des bouffées de chaleur, à des phénomènes congestifs et neurasthéniques variés, surtout à des crises de céphalalgie qui résistèrent à différents traitements médicaux, à l'usage prolongé de suc testiculaire et à l'opothérapie.

M. Ozenne pensa alors que ces maux de tête pouvaient être de nature syphilitique, bien qu'il n'y eût aucune trace de syphilis ancienne ou récente. Des frictions mercurielles et l'iodure de potassium firent disparaître ces maux de tête.

Si la céphalalgie guérit par le traitement spécifique c'est qu'elle était d'origine syphilitique. Si cette femme est syphilitique, les ovaires gros, lourds, fibreux, sont syphilitiques aussi et ont produit les métrorragies qui ont nécessité anciennement l'ablation bilatérale des ovaires.

Il faut avouer que ces déductions n'ont pas les caractères d'une démonstration scientifique et que ce diagnostic rétrospectif d'ovaires syphilitiques laisse à désirer.

Cette jeune femme n'a-t-elle pas présenté après sa castration plusieurs phénomènes qui sont sous la dépendance de l'insuffisance ovarienne ? Mais le traitement opothérapique a laissé subsister la céphalalgie, peut-on objecter.

La persistance de certains phénomènes dus à la ménopause anticipée, après la castration double, n'est pas rare, malgré le traitement opothérapique intensif.

La céphalalgie peut persister et disparaît spontanément, au bout de quelques mois, de plusieurs années.

Dans le cas précité les maux de tête n'ont-ils pas disparu, après les autres manifestations de l'insuffisance ovarienne, par les seules forces de la nature et en dépit du traitement anti-syphilitique ?

Dans tous les cas il subsiste un doute sur l'interprétation à donner à la disparition des céphalalgies, après une castration bilatérale qui a causé les troubles bien connus de la ménopause anticipée.

Il semblerait exagéré d'admettre comme démontrée l'existence d'un syphilome, dans les conditions indiquées plus haut. Du reste M. Ozenne (1) avoue en 1903 qu'après avoir constaté le succès du traitement mixte, il lui vint à l'idée que les métrorragies étaient probablement d'origine syphilitique.

« Probablement, » soit. C'est une simple hypothèse.

La deuxième observation de M. Ozenne a trait à une femme de trente-cinq ans qui perdit un enfant âgé de quelques mois. Il y eut une autre grossesse et un accouchement prématuré ; l'enfant mourut le lendemain. Trois mois après apparurent des hémorragies utérines ; bientôt les pertes de sang devinrent presque continues. Un curetage amena une guérison qui dura trois mois. Bientôt la perte de sang devint presque continue. Un curetage amena uue guérison qui dura trois mois.

Les lèvres du col étaient molles, œdémateuses, il y avait une légère rétroversion. L'utérus était assez ferme ; les ovaires plus gros qu'à l'état normal étaient sensibles à la pression. Il n'y avait aucune trace de syphilis.

Mais la mort d'un enfant au bout de quelques mois, l'accouchement prématuré d'un second enfant qui succomba le lendemain de sa naissance parurent suffisants pour faire penser à la syphilis. Le traitement spécifique fut institué. Les hémorragies furent

(1) Labadie-Lagrave et Legueu. *Traité médico-chirurgical de gynécologie*, Paris 1904, p. 653.

(2) Il nous est impossible de retrouver aucun renseignement sur ce cas.

(3) Barthelemy. *Syphilis tertiaire acquise ou héréditaire des organes génito-urinaires de la femme*, Epinal 1900, p. 15.

(4) Ozenne. Deux cas de syphilome des ovaires, *Bulletin annuel des sciences de la Société du IXe arrondissement*, année 1898, Clermont 1898, p. 141.

(5) Ozenne. *Semaine gynécologique*, 1898, p. 193.

(6) Dobratvorsky. *Contribution à l'étude des tumeurs bilatérales des ovaires*, Thèse de Paris, 1902-1903, n° 54.

(1) *Semaine gynécol.*, 1903, p. 337.

supprimées. Il y eut diminution du volume des ovaires.

En 1898, M. Ozenne se demandait si ce double résultat (suppression des hémorragies et diminution des tumeurs) ne constituait pas une preuve presque incontestable de la nature syphilitique des lésions.

Un autre cas publié dans la *Semaine gynécologique* en 1903 (1) doit être signalé.

Une femme de vingt-neuf ans ayant eu une fausse couche eut, au bout de quelque temps, des hémorragies utérines deux fois par mois.

L'utérus est un peu volumineux, en rétroversion, mobile, dur, ayant 8 centimètres. Le col mou est légèrement entr'ouvert. Les ovaires sont augmentés de volume au niveau des fosses iliaques. Pas de syphilis.

Le curage est suivi d'insuccès. Le traitement mercuriel est institué (pendant trois mois, frictions mercurielles; puis trois pilules de sublimé). Les métrorragies cessent, les ovaires diminuent de volume.

En résumé, fausse couche, gros utérus, rétroversion, tumeurs annexielles dans les fosses iliaques. Ne s'agit-il pas de phémonènes infectieux consécutifs à la fausse couche antérieure? Ne s'agit-il pas de lésions annexielles d'origine puerpérale avec fixation de l'ovaire dans la fosse iliaque? On comprend mal l'existence d'un ovaire syphilitique dans cette région. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 11 JANVIER 1905)

Anévrisme de la région poplitée. — M. Arrou apporte un nouveau cas de guérison d'anévrisme poplité par l'extirpation. Il fallut, dans ce cas, réséquer l'artère sur une grande longueur, si bien qu'après l'opération M. Arrou n'était pas sans inquiétude sur le sort du membre inférieur de ce malade. Il constata cependant le soir même que la température du pied était très peu inférieure à celle de l'autre pied. Dès le lendemain, il n'y avait plus de différence entre les deux pieds et la circulation se faisait très bien par les collatérales. Voilà donc un nouveau fait à l'appui du traitement des anévrismes du creux poplité par l'extirpation de la poche.

Suture secondaire de la branche postérieure du radial. — M. Rieffel revient sur cette question, soulevée à la Société par M. Bonnet, dont le travail a été analysé, dans l'une des dernières séances, par M. Lejars. Certains auteurs, MM. Reynier et Morestin, par exemple, ont abordé la branche postérieure du nerf radial par la voie antérieure, d'autres, comme MM. Bœckel, Bonnet, Lejars, ont été la chercher par la voie postérieure. Or laquelle de ces deux voies est préférable? Cela dépend, pour M. Rieffel, de l'état du muscle court supinateur que pénètre cette branche nerveuse, si les signes indiquent que ce muscle est touché et prend part à la paralysie, c'est par la voie antérieure qu'il faut aborder la branche postérieure du nerf radial; si, au contraire, on peut être assuré de l'intégrité du muscle court supinateur, alors il y a tout avantage à aborder la branche postérieure du nerf radial par la voie postérieure. Le choix du procédé de suture de la branche postérieure du nerf radial sectionnée peut donc être basé sur des données anatomiques précises.

Angiome intra-musculaire. — M. Kirmisson communique l'observation d'une fillette de quatorze ans qui accusait une douleur violente à la partie inférieure de la cuisse gauche. Il y avait un léger empâtement dans l'épaisseur du triceps, à trois travers de doigt au-dessus de la rotule, on crut successivement à une affection osseuse, à une gomme syphilitique; mais ces diagnostics durent être rejetés. La radiographie restait négative. Un an après cette jeune fille revint à l'hôpital souffrant davantage et présentant un empâtement plus net. Cette fois la radiographie donna une série de petites ombres qui décidèrent l'intervention. Celle-ci montre qu'il s'agissait d'un angiome intra-musculaire avec points calcifiés qui avaient donné les ombres marquées sur la radiographie. Il s'agissait d'un angiome profond et douloureux.

Fractures de l'humérus. — M. Broca revient sur le traitement des fractures de la partie supérieure de l'humérus par l'appareil de Heitz Boyer, ou par l'appareil de Hennequin. Dans un cas de ce genre de son service, on avait appliqué ce dernier appareil. Après quelques jours M. Broca s'aperçut que la réduction n'était pas bonne; il enleva l'appareil, fit donner du chloroforme, fit faire l'extension suivant le vieux procédé classique, assura la coaptation des deux fragments avec son pouce, puis fit appliquer un appareil plâtré. Le résultat obtenu est très bon. Il estime que ce mode de traitement est à la portée de tous les chirurgiens, tandis que les appareils de Heitz Boyer et de Hennequin risquent de ne donner de bons résultats qu'à la condition d'être appliqués par des mains spécialistes ou par les auteurs eux-mêmes de ces appareils.

Luxations récidivantes de l'épaule. — Le traitement chirurgical des luxations par le procédé de Ricard tend à se généraliser.

M. Picqué apporte un nouveau fait qui lui est personnel et, chargé du rapport dans un cas analogue communiqué par M. Lardenois (de Reims), il a rassemblé les divers faits déjà publiés et est arrivé au chiffre de cinq observations de luxation récidivante de l'épaule, toutes guéries par l'intervention chirurgicale proposée par M. Ricard. Dans tous ces cas, il s'agissait de malades ayant eu déjà de très nombreuses luxations. Dans le cas de M. Picqué il s'agit d'une épileptique qui se luxait l'épaule, pour ainsi dire, à chaque crise. Tous les chirurgiens qui sont intervenus dans ces cas ont eu recours à la technique opératoire décrite par M. Ricard, c'est-à-dire la capsulorraphie verticale antérieure. Dans tous ces cas l'opération a été facile et efficace. M. Picqué rappelle le rapport fait à l'Académie de médecine par Verneuil sur le premier cas de M. Ricard. Il avait signalé cette boursouflure particulière de la paroi antérieure de la synoviale qu'il a comparée à un sac herniaire. Cette disposition de la synoviale a été retrouvée à peu près dans tous les cas. M. Picqué l'a très nettement constatée dans son propre cas.

M. Berger, dans un cas de ce genre, n'a pu recourir au procédé de M. Ricard, il a suturé un pli de la capsule à la voûte acromio-coracoïdienne.

Élections. — M. Butlin (de Londres) a été élu membre correspondant étranger.

(1) *Semaine gynécol.*, 1903, p. 337.

MM. Estor (de Montpellier), Mordret (du Mans), Vanverts (de Lille) et Fontoynon (de Tananarive) ont été élus membres correspondants nationaux.

ANALYSES

MÉDECINE

Crises gastriques prolongées des tabétiques morphinomanes. (BAUER et DOBROVITCH. *Revue neurol.*, 1904, p. 1353.) — J.-Ch. Roux, dans sa thèse, a montré l'influence des dyspepsies, et en particulier des gastrites médicamenteuses, sur les signes et l'évolution des crises gastriques : chez les dyspeptiques et chez certains morphinomanes, sous l'influence des piqûres faites pour arrêter la crise, on peut voir celle-ci durer des semaines et des mois. Les auteurs rapportent l'observation de deux tabétiques, nerveux et morphinomanes, dont les crises ont été ainsi prolongées par la morphine : ces malades présentaient, en outre, des pseudo-crises offrant les caractères de manifestations névrosiques, probablement hystériques. Pratiquement, les crises prolongées par l'abus de la morphine cèdent à la démorphinisation : les pseudo-crises doivent être traitées par l'isolement et l'hydrothérapie.

L. ALQUIER.

Étude clinique sur les thromboses de la veine cave supérieure. (Joseph LE TOHIC. Th. de Paris, 1904.) — Les causes de thrombose de la veine cave supérieure peuvent se grouper sous trois chefs :

1° Thromboses consécutives aux maladies infectieuses et aux plaies septiques ;

2° Thromboses occasionnées par des lésions de voisinage comprimant et altérant la veine cave;

3° Thromboses dues aux affections valvulaires cardiaques parvenues à la phase asystolique.

Cette affection évolue souvent, ainsi que l'a montré Balzer, avec une symptomatologie fort incomplète. A côté des formes anormales qu'il signale, il semble qu'il y ait place pour une forme latente évoluant avec un minimum de symptômes qui ne permettent pas de la reconnaître.

Le pronostic, quoique très grave, n'est pas nécessairement fatal; des cas de guérison ont été publiés.

La gravité de cette maladie tient en grande partie aux affections concomitantes (anévrisme, cancer, tuberculose, asystolie).

L. GAYARD.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

L'ensemencement du sang pendant la vie; procédé d'investigation clinique. (A. LEMIERRE. Th. de Paris, 1904.) — L'ensemencement du sang au cours des infections est un procédé d'investigation appliqué à la clinique depuis que la bactériologie existe. Quelle est actuellement la valeur de ce procédé; quels renseignements nous a-t-il fournis et peut-il nous fournir touchant le diagnostic et la connaissance plus approfondie des maladies? Telle est la question que l'auteur de ce travail s'est proposé de mettre au point. Pour cela il passe en revue, à propos de chaque microbe, les recherches accomplies jusqu'à maintenant, les techniques employées et les résultats obtenus qu'il complète à l'aide de nombreuses observations personnelles.

La technique la meilleure est connue en France sous le nom de procédé de Courmont. Le sang est aspiré directement dans une veine du pli du coude à l'aide d'une seringue; les chances de réussite sont d'autant plus grandes que la quantité de sang est plus considérable; en pratique, 5, 10 et même 20 centimètres cubes sont les quantités prélevées. Le sang est ensemencé dans des ballons contenant 3 à 500 centimètres cubes d'un milieu liquide. On peut se servir de bouillon peptoné ordinaire. La grande quantité de milieu de culture nécessaire a déterminé Lemierre à en employer un plus rapide à faire et moins coûteux. Il s'est donc servi simplement d'eau peptonée à 2 p. 100, dans laquelle il a vu se développer facilement tous les microbes ordinaires. Pour certains microbes particuliers (gonocoque, méningocoque) il est nécessaire d'employer des milieux spéciaux (agar mélangé de sang et réparti en boîtes de Petri, agar ascite, bouillon ascite).

Si l'ensemencement en ballon ne peut être fait immédiatement après la prise, il suffit de le recueillir dans un tube contenant quelques perles de verre et de la défibriner en l'agitant pendant quelques minutes. On peut même porter directement le sang défibriné à l'étuve et se passer de milieu de culture : l'auteur a pu obtenir par ce procédé de culture « autogène » des résultats dans la fièvre typhoïde, les streptococcies, les pneumococcies.

Des travaux parus antérieurement et des recherches personnelles de l'auteur il résulte que tous ou presque tous les microbes pathogènes peuvent passer dans la circulation générale où l'ensemencement du sang révèle facilement leur présence. Mais tous ne jouent pas ce rôle avec une égale fréquence.

Un seul, le bacille d'Eberth, produit une maladie spécifique, toujours semblable à elle-même dans ses grandes lignes qui est le type des septicémies. Le bacille d'Eberth existe certainement dans le sang des typhiques dès le début de la maladie et pendant toute la période fébrile. Peut-être les infections dites paratyphoïdes qui, au point de vue clinique, se rapprochent tant de la dothiénentérie vraie, sont-elles aussi constamment des septicémies. Cela est encore à démontrer, mais l'ensemencement du sang est le meilleur moyen qui permette de diagnostiquer ces infections d'une manière irréfutable.

Quant aux autres microbes pathogènes, ce sont plutôt des agents d'infections localisées ; les toxines qu'ils sécrètent localement sont seules résorbées par l'organisme : il y a simplement alors septicémie toxinienne.

Mais, quels que soient les microbes, ils peuvent à un moment donné envahir la circulation : cette éventualité est subordonnée à un certain nombre de circonstances : exaltation de la virulence du germe, extension et profondeur du foyer initial, conditions de résistance individuelle. Tantôt l'envahissement du sang par les microbes n'est que passager et l'ensemencement du sang est le plus souvent négatif (bactériémie simple temporaire); tantôt des ensemencements répétés démontrent le séjour prolongé des bactéries dans la circulation (septicémie bactérienne vraie).

Il ne faut donc pas s'attendre à voir l'ensemencement du sang pendant la vie donner constamment des résultats positifs chez les malades infectés. Il résulte des observations personnelles de l'auteur et des observations étrangères, que, sauf de rares exceptions, certains phénomènes cliniques peuvent faire présager chez les infectés la septicémie bactérienne vraie. Ce sont l'adynamie, la stupeur, le délire, la sécheresse de la langue, un facies spécial, en un mot l'état typhoïde, s'accompagnant souvent, pour compléter l'analogie avec cette maladie, d'une température élevée et continue. Les observations montrent que ce tableau peut être réalisé par les microbes les plus divers : colibacille, pneumocoque, pneumobacille de Friedlander, streptocoque, staphylocoque, etc.

Si la découverte des microbes dans le sang conduit à un diagnostic certain, elle ne permet pas de porter un pronostic absolu. L'existence des microbes dans la circulation coïncide le plus souvent avec un état général grave mais n'est pas forcément l'indice d'une terminaison fatale.

Tel est l'état actuel de la question. L. GAYARD.

CHIRURGIE

Les tumeurs malignes de l'intestin chez les enfants; étude clinique. (L. Reboul [de Vidauban]. Th. de Paris, 1904.) — On n'est pas mieux documenté sur l'étiologie et la pathogénie des tumeurs malignes de l'enfance que sur celles de tous les cancers en général.

Il semble d'après les documents cités par M. Reboul, que le cancer soit beaucoup plus fréquent chez les garçons que chez les filles.

Sur un total de 24 cas, l'auteur en a relevé 20 jusqu'à dix ans. Somme toute l'étiologie est fort obscure.

Au point de vue clinique, le cancer de l'intestin chez l'enfant se caractérise par l'existence d'une tumeur abdominale avec augmentation de volume du ventre, alternatives de constipation et de diarrhée, douleurs, cachexie rapide, et légère élévation de température.

Le diagnostic sera souvent possible en se basant sur cet ensemble symptomatique. Il suffira de songer à l'existence de cette maladie. Toutefois il est des cas où l'erreur ne pourra être évitée.

C'est une affection d'un pronostic très grave; abandonnée à elle-même, sa durée excède rarement trois mois.

La mort est le plus souvent le résultat de la cachexie progressive, rarement d'une péritonite.

Les phénomènes d'occlusion intestinale n'existent jamais pour ainsi dire, alors que ce syndrome se rencontre si souvent dans le cancer de l'intestin chez l'adulte.

Le traitement chirurgical pourra donner une guérison complète à condition de faire une intervention précoce et radicale.

L'opération consistera en la résection large de toute le portion d'intestin envahie avec le mésentère correspondant.

L. GAYARD.

De la récidive dans les papillomes de la vessie. (Alfred Molas. Th. de Paris, 1904.) — Les tumeurs de la vessie, papillomes comme tumeurs malignes, se traduisent par des symptômes, hématuries, etc., qui ne permettent pas toujours cliniquement d'établir une différence tranchée entre elles. Un petit papillome pouvant donner lieu aussi bien qu'une grosse tumeur maligne à une hématurie mortelle.

Cependant, on peut arriver, dans certains cas, à faire un diagnostic précis, se basant tant sur l'évolution clinique et les signes physiques que sur l'examen des fragments spontanément expulsés.

Les tumeurs bénignes peuvent récidiver sous deux formes.

Sous forme maligne à longue échéance, et on a pu se demander si la longue période de temps, qui s'écoule parfois entre l'apparition de la récidive d'une tumeur maligne et les premiers symptômes apparus, n'était pas due à ce fait que la tumeur avait débuté sous forme de tumeur bénigne et s'était transformée par la suite en tumeur maligne.

L'état actuel de nos connaissances sur ce sujet ne nous permet pas de conclure.

La récidive peut se faire sous forme de tumeurs bénignes, et à longue échéance. L'auteur en rapporte deux observations typiques, avec examen histologique. L. GAYARD.

NEUROLOGIE

Hypertrophie secondaire, expérimentale, de l'hypophyse; contribution à la pathogénie de l'acromégalie. (Guérini. *Riv. di patol. nerv. e ment.*, 1904, p. 513-530.) — Les lésions de l'hypophyse dans l'acromégalie, sont considérées par Strumpell, comme secondaires à un trouble de la nutrition générale; elles peuvent faire défaut, et présentent surtout la forme hypertrophique, adénomateuse, qui semble en rapport avec un hyperfonctionnement.

L'auteur a provoqué, chez des chiens et des lapins, des intoxications endogènes, par ligature complète ou non, de l'intestin, des uretères ou du cholédoque, et des intoxications exogènes par injection de toxine diphtérique ou de sang d'anguille : ces intoxications déterminent, lorsqu'elles sont lentes, une hypertrophie avec hyperplasie de l'hypophyse, ce qui vient confirmer l'opinion de Strumpell; dans l'acromégalie, nombre d'auteurs ont constaté de la glycosurie, de l'hémoglobinurie, de la peptonurie, etc., indices d'un trouble de la nutrition générale. L. ALQUIER.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de physique biologique (1), par G. Weiss, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, ingénieur des ponts et chaussées.

La librairie Masson et Cie vient d'entreprendre l'édition d'une *collection de Précis médicaux*; cette nouvelle collection s'adresse aux étudiants, pour la préparation aux examens, et à tous les praticiens qui, à côté des grands traités, ont besoin d'ouvrages concis, mais vraiment scientifiques, qui les tiennent au courant. D'un format facilement maniable, ces livres seront abondamment illustrés ainsi qu'il convient à des ouvrages d'enseignement; leur cartonnage souple est fort élégant.

Le premier volume paru dans la nouvelle collection est un *Précis de physique biologique* rédigé par G. Weiss, l'agrégé de la chaire de physique biologique à la Faculté. Ce petit livre n'est ni un traité d'enseignement de la physique, ni un recueil de documents; il contient celles des principales applications de la physique à la biologie, qui doivent entrer dans le cadre des connaissances d'un étudiant à la fin de ses études et de tout médecin instruit. L'auteur a évité les tableaux numériques trop nombreux, se contentant de donner les résultats nécessaires à la compréhension d'un fait. Les dispositifs expérimentaux et les appareils n'ont été décrits que sommairement, c'est leur principe que l'auteur a cherché à faire saisir. Pour lire ce précis, il suffit de posséder les principes élémentaires de la physique; il rendra donc de grands services aux étudiants et aux jeunes docteurs. L. GAYARD.

FORMULAIRE

CONTRE LE MUGUET

Eau oxygénée à dix volumes....	20 grammes.
Glycérine boratée à 1/5.......	25 —

Faire quatre ou cinq fois par jour une application de ce collutoire avec un tampon d'ouate. (Coudrain.)

(1) In-8°, de 528 p. de la *Collection de Précis médicaux*, avec 543 fig. dans le texte, cart. toile angl. souple. Prix : 7 francs. — Paris, Masson et Cie.

CONGRÈS

Ve CONGRÈS PÉRIODIQUE INTERNATIONAL DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE (Saint-Pétersbourg, septembre 1905). — Le Ve Congrès périodique international de gynécologie et d'obstétrique se tiendra à Saint-Pétersbourg, du 11 au 18 septembre 1905, sous la présidence de M. le professeur Dmitri de Ott.

M. le docteur L.-G. Richelot a été chargé de l'organisation d'un Comité national français.

Les noms des membres du Comité d'honneur, sous la présidence de M. le docteur Richelot, seront ultérieurement désignés.

L'Association de la presse médicale française, dont M. le docteur Marcel Baudouin est secrétaire général, a bien voulu se charger de constituer le Comité exécutif.

Toutes les communications et demandes de renseignements doivent être adressées désormais au secrétariat général de l'Association de la Presse médicale française, 93, boulevard Saint-Germain, Paris.

IIe CONGRÈS FRANÇAIS DE CLIMATOTHÉRAPIE ET D'HYGIÈNE URBAINE (Arcachon, 24-29 avril 1905). — BUREAU DU CONGRÈS. — Président : M. le docteur Renaut, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, associé national de l'Académie de médecine.

Vice-présidents : *Nationaux,* MM. les docteurs Calmette, professeur à la Faculté de médecine et directeur de l'Institut Pasteur de Lille, membre correspondant de l'Institut et de l'Académie de médecine ; Grasset, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, associé national de l'Académie de médecine ; Balestre (de Nice), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier ; — *Régional,* M. le docteur Pitres, professeur et doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux, associé national de l'Académie de médecine ; — *Local,* M. le docteur Lalesque (d'Arcachon), membre correspondant de l'Académie de médecine.

Secrétaire général : M. le docteur Festal (d'Arcachon), ancien interne des hôpitaux de Paris.

Secrétaires adjoints : MM. les docteurs Dhourdin (d'Arcachon), professeur honoraire à l'École de médecine d'Amiens ; A. Hameau (d'Arcachon).

Trésorier général : M. le docteur Déchamp (d'Arcachon), ancien médecin principal de la marine.

Trésorier adjoint : M. le docteur Cazaban (d'Arcachon).

Pour les communications ou renseignements, s'adresser à M. le docteur Festal, villa David, à Arcachon ; pour les adhésions, cotisations, souscriptions à M. le docteur Déchamp, villa Tibur, Arcachon.

— C'est à Arcachon (Gironde), que, sous la présidence du professeur Renaut (de Lyon), se tiendra ce Congrès du 24 au 28 avril 1905 ; c'est à Pau qu'il se clôturera le 29 avril.

Le Comité d'organisation siège à Arcachon. Le docteur A. Festal, secrétaire général, villa David, se tient à la disposition de ceux qui auraient des renseignements à lui demander. Le docteur Déchamp, trésorier général, villa Tibur, s'occupe de l'encaissement des cotisations et de la correspondance y afférente.

Les Compagnies de chemins de fer français consentent, en faveur des congressistes, une réduction de 50 p. 100 valable pour Arcachon, Pau et Biarritz pendant les quinze derniers jours d'avril. Femmes et enfants des congressistes se joignant à eux jouiront de la même réduction. Des excursions seront organisées sur la baie et dans la forêt d'Arcachon, ainsi que dans le Béarn et le Pays basque.

Un exemplaire des rapports sera envoyé à chaque adhérent dix jours au moins avant l'ouverture du Congrès, afin de permettre à chacun de se préparer par une étude attentive à la discussion sérieuse dont ces rapports seront l'objet. Les confrères qui désirent faire des communications sont priés de vouloir bien en adresser le titre et le résumé en quelques lignes au secrétaire général avant le 20 mars.

Un programme détaillé des travaux et des excursions, ainsi que le règlement et les statuts seront très prochainement publiés et adressés à tous les médecins qui en feront la demande.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Guide pratique du médecin dans les accidents du travail : leurs suites médicales et judiciaires, par Em. FORGUE, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier, correspondant de l'Académie de médecine, et E. JEANBRAU, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, lauréat de la Société de chirurgie, avec une préface de M. Jean CRUPPI, avocat à la Cour de Paris, député de la Haute-Garonne. 1 vol. in-8° de 370 p. — Prix : 4 fr. 50. — Paris, Masson et Cie.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

AVIS. — La commission administrative de l'hôpital civil de Cherbourg a l'honneur d'informer MM. les étudiants en médecine qu'il y a deux places d'interne vacantes à l'hôpital de Cherbourg, à dater du 1er février 1905.

Les internes devront entrer en fonctions ce jour à huit heures du matin.

Les demandes devront parvenir à la commission administrative avant le 20 janvier 1905 et contenir :

A. Un engagement de se conformer aux règlements.

B. Un certificat du secrétariat de la Faculté constatant que les candidats sont pourvus de toutes leurs inscriptions et qu'ils ont accompli leurs stages et travaux pratiques obligatoires.

D. Des certificats, facultatifs, de leurs chefs de service.

Les internes, nommés pour deux ans, peuvent être admis à accomplir une troisième année.

Ils reçoivent un traitement annuel de huit cents francs, sont logés, nourris, éclairés, chauffés et blanchis dans l'établissement.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX
Les formes de la démence précoce, par E. MARANDON DE MONTYEL.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société médicale des hôpitaux. — Société de neurologie. — Société de biologie.
FORMULAIRE
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Internat.* — ANATOMIE. — Séance du 13 janvier 1905 : MM. Chénot, Guyador, Hubert et Monier-Vinard, 12; Cléret (Maurice) et Garipuy, 11; Durand (Gaston), 10; Holtrain et Trèves, 9; Fenestre, 7.

PATHOLOGIE. — Séance du 13 janvier 1905 : MM. Gy, 14; Lenormand, 10; Parturier et Daverre, 9; Ferté, 8; Bour et Strochlin, 7; Ménard (Louis), 6; Fabignon et Mock, 5.

— Un concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 27 mars 1905, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (service du personnel) de midi à trois heures, du lundi 20 février au samedi 4 mars inclusivement.

— Un concours pour la nomination aux places d'élève interne en pharmacie vacantes au 1er juillet 1905 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le mercredi 15 mars 1905, à dix heures du matin, dans l'amphithéâtre de la Pharmacie centrale des hôpitaux et hospices, 47, quai de la Tournelle.

Les élèves qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (service du personnel), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le mercredi 1er février jusqu'au samedi 25 du même mois inclusivement.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — La place de chargé de cours complémentaire d'hydrologie et minéralogie (fondation de l'Université de Bordeaux) est vacante à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. Un délai de quinze jours est accordé aux candidats pour produire leurs demandes et titres au recteur.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — POITIERS. — A la suite d'un concours qui vient de se terminer, le docteur Pouliot (de Poitiers) est proposé par le jury pour être nommé suppléant des chaires de pathologie et de clinique obstétricale à l'école de médecine de Poitiers.

AMIENS. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'école d'Amiens s'ouvrira le 15 mai devant la Faculté de Lille.

ASILES D'ALIÉNÉS. — Le docteur Ligier, directeur de l'asile de Montdevergues (Vaucluse), est nommé directeur de l'asile de Bron (Rhône).

Le docteur Grandclément est nommé directeur de l'asile de Montdevergues.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le médecin colonial de la Réunion Azéma est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Courgey (d'Ivry) et Varenne (de Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Boissel (de Saint-Cyprien), Brunier (de Paris), Corbin (de Saint-Maixent), Jordanis (de Paris), Lernon (de Chilleurs-aux Bois), Magnan (de (Tours), Revertégat (de Paris).

M. le pharmacien Bensimon (de Paris).

— M. le docteur Ch. Graux (de Paris) est nommé chevalier du Mérite agricole.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Binet (de Nice); Brizard (de Lyon); Larzillière, décédé à Saint-Mihiel à l'âge de quatre-vingt-sept ans; de Mirbeck (de Saint-Dié-des-Vosges); et de M. Hættiger, étudiant à Rochefort.

HOPITAL DE LA CHARITÉ (*Service de la consultation*). — Le docteur Josué, médecin des hôpitaux, commencera ses leçons sur les AFFECTIONS DU CŒUR ET DES VAISSEAUX à l'amphithéâtre Potain, vendredi 27 janvier à dix heures du matin, et les continuera les vendredis suivants.

Le mardi, à neuf heures et demie du matin, à la consultation, examen des malades et thérapeutique clinique.

Sujet de la première leçon : « Les faux cardiaques. »

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Janv. 1905.) Paul Diffloth : Comment on se nourrit aujourd'hui. — Bréchot : Nécessité de la destruction sur place de toutes les ordures. — Reille : Assainissement et salubrité de l'habitation. — Amancio de Carvalho : Docimasie fémoro-épiphysaire. — Baudran : Action du permanganate de calcium sur les alcaloïdes.

Archives d'électricité médicale. — (N° 157, 10 janv. 1905.) A. Imbert : A propos de la radiothérapie. — Belot : Quelques résultats obtenus par la radiothérapie sur des affections malignes au double point curatif et esthétique. — Holzknecht. La röntgenthérapie.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 1, janv. 1905.) Hirtz : Essai sur une méthode de pesée systématique des soldats avec fiches individuelles. — Ferraton : Asepsie et antisepsie chirurgicales. Étude sur les moyens les plus simples pour en assurer l'application pratique et suffisante dans les hôpitaux dépourvus d'une installation spéciale. — Simonin : Les principes généraux de l'installation et du fonctionnement d'un service hospitalier pour malades contagieux.

Archives générales de médecine. — (N° 1, 3 janv. 1905.) Mally et Miramont de Laroquette : Mémoire sur la sclérose latérale amyotrophique. — M. Michel : Contribution à l'étude clinique de la myocardite rhumatismale aiguë.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 3, 8 janv. 1905.) Rochard : A propos de la guérison du cancer.

Bulletin médical. — (N° 1, 11 janv. 1905.) E. Terrien : La mort subite dans la convalescence de la diphtérie. — (N° 4, 14 janv.) Vallet : Fièvre typhoïde et bacilles paratyphiques. — Poujol : La loi d'alternance dans la grossesse syphilitique.

Écho médical du Nord. — (N° 3, 15 janv. 1905.) Patoir et Dehon : Méningite séreuse à rechute. Présence du méningocoque dans le liquide céphalo-rachidien sans réaction méningée. — M. Leroy : Aphasie transitoire et hémiplégie droite au cours d'une infection puerpérale staphylococcique.

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 1, 1er janv. 1905.) B. Lovera : Un cas de pneumonie apyrétique. — Giulio Pollio et Arturo Fontana : Quelques recherches sur la « réaction de Justus ». — Aurelio Cordero : Contribution au traitement économique des sarcomes et aux greffes tendineuses. — Nicolino Federici : Corps étranger animal du conduit auditif externe. — Alfredo Perugia : Carcinome de la voûte palatine guéri par le radium.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 3, 15 janv. 1905.) Ginestous : Traitement de l'ophtalmie phlycténulaire par la levure de bière.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 2, 8 janv. 1905.) Quintrie et Guiraud : Nécessité de l'analyse chimique du lait des nourrices. — (N° 3, 15 janv.) F. Villar : Technique de la désarticulation interlio-abdominale.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (N° 1, 10 janv. 1905.) A. Trousseau : L'hyposulfite de soude en thérapeutique oculaire. — Méry : Emploi du babeurre chez le nourrisson. Sur un cas d'otite simulant la méningite.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 2, 12 janv. 1905.) Coppez : Sur la périmétrie des couleurs.

Journal des praticiens. — (N° 2, 11 janv. 1905.) Terrien : Traitement des formes aiguës de la gastro-entérite. — Klein : Tuberculose subaiguë au début traitée par le sérum de Marmorek. Guérison.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 1, 7 janv. 1905.) — Danel : Lymphosarcomatose osseuse, ganglionnaire et sous-cutanée.

Lyon médical. — (N° 3, 15 janv. 1905.) Lannois et Porot : Paraplégie flasque avec exagération des réflexes rotuliens et trépidation épileptoïde (examen histologique). — Leclerc et Beutter : Un cas d'embolie de l'artère mésentérique supérieure.

Médecine moderne. — (N° 2, 11 janv. 1905.) Paul Berger : Les contusions graves de l'abdomen.

Montpellier médical. — (N° 1, 1er janv. 1905.) Brousse : Note sur les injections mercurielles. — Estor : De la torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire (*suite*).

Presse médicale. — (N° 3, 11 janv. 1905.) Auvray : Rupture traumatique de la rate et résection du bord cartilagineux du thorax. — J.-A. Sicard : Le réflexe cutané abdominal au cours de la fièvre typhoïde et de l'appendicite chez l'enfant. — (N° 4, 14 janv.) Fontoynont et Jourdan : L'ulcère malgache (ulcère phagédénique des pays chauds) et son traitement. — Tuffier : Les sérums non spécifiques dans le traitement des tumeurs.

Revue de chirurgie. — (N° 1, 10 janv. 1905.) Poncet et Leriche : Rhumatisme tuberculeux ankylosant, arthrites plastiques, ankyloses osseuses d'origine tuberculeuse. — P. Duval : Essai de traitement chirurgical du « scapulum alatum ». Paralysie du trapèze scapulaire et du grand dentelé. — Féré et Perrin : Note sur les anomalies des doigts et en particulier du petit doigt valgus. — Djémil pacha : Essai de traitement du cancer par les rayons Rœntgen. — Ch. Viannay : Étude critique sur l'opération de Trendelenburg. — Chastenet de Géry et Froin : Physiologie pathologique de l'hématome pleural. — Balacesco et Cohn : L'œsophagotomie externe cervicale comme traitement des corps étrangers de l'œsophage (*suite*). — Le Damany : Le traitement rationnel des luxations congénitales de la hanche. Étude théorique.

Revue de médecine. — (N° 1, 10 janv. 1905.) Ch. Richet : Étude sur l'alimentation des chiens tuberculeux. — Ad. d'Espine : Nouvel essai de cardiographie clinique. — L. Bernard et M. Salomon : Tuberculose expérimentale du cœur et de l'aorte. — M. Sakorraphos : Sur un nouveau syndrome clinique d'origine très probablement paludique. — F. Choupin : Opothérapie rénale.

Revue médicale de l'Est. — (N° 1, 1er janv. 1905.) Perrin : Opothérapie hépatique chez des cirrhotiques. — Vautrin : Plaies chirurgicales des gros vaisseaux lymphatiques. — Parisot : De la valeur des signes de pédérastie passive habituelle.

Revue scientifique. — (N° 2, 14 janv. 1905.) Berthelot : La vie et les travaux de Daubrée. — Lowenthal : Essai sur les rapports entre la natalité et la mortalité (*suite et fin*). — Stodel : Les colloïdes en biologie (*suite et fin*).

Semaine médicale. — (N° 2, 11 janv. 1905.) Chauffard : La néphrite par sublimé.

Tribune médicale. — (N° 2, 14 janv. 1905.) Auvray : Angiome musculaire de la portion vaste interne du quadriceps fémoral.

LES

FORMES DE LA DÉMENCE PRÉCOCE

Par E. MARANDON DE MONTYEL
Médecin en chef de Ville-Évrard.

La démence précoce de M. Kræpelin, dont M. Deny s'est fait le défenseur dans un beau rapport au Congrès de Pau, n'est ni démence, ni précoce.

I

La nouvelle entité n'est pas démence puisque, au dire de son inventeur lui-même, elle guérit dans la proportion de 21 p. 100, et que M. Masselon, un de ses plus chauds et distingués défenseurs, a compté 44 p. 100 de sujets qui, sans être, à son avis, complètement rétablis, ont été assez remis pour rentrer dans la société et reprendre leurs occupations, proportion qui, ajoutée à celle de M. Kræpelin, donne 65 p. 100 de ces déments précoces reprenant la lutte pour la vie !

Si bien, remarque M. Serbsky, qu'un groupe pathologique dont le trait fondamental, unique, consisterait dans le passage à la démence, c'est-à-dire à l'affaiblissement intellectuel, se terminerait cependant favorablement et assez souvent ; il y aurait démence sans démence ! Egalement M. Régis affirme que la démence précoce de M. Kræpelin n'est pas une démence, un affaiblissement intellectuel, et il la range dans le cadre de la confusion mentale qui, elle, peut guérir, sans mentir à son nom, à son origine. Avec lui, à Pau, M. Parant a soutenu que, si la guérison survient sans que les facultés mentales aient été amoindries, ce n'est même plus de la démence. Enfin à ce congrès M. Pactet et son interne, M. Privat de Fortunié, ont été, eux aussi, d'avis que la vraie démence précoce est toujours incurable, contrairement à la doctrine allemande, et que les cas de guérison qui ont été rapportés concernent sans aucun doute d'autres formes vésaniques et en particulier la confusion mentale.

Elle n'est pas davantage précoce, car de l'avis unanime, elle débute à tout âge et M. Sérieux déclare qu'elle est liée à la vie génitale, et qu'il l'a surtout rencontrée chez la femme, à la ménopause, c'est-à-dire après cinquante ans ! Au Congrès de Pau, M. Pactet, en son nom et au nom de son interne M. Privat de Fortunié, a avec logique très vivement protesté, car ils estiment, et ils ont raison, que la seule démence précoce est celle survenant exclusivement à l'adolescence et à la première jeunesse.

Et comme M. Kræpelin et ses partisans sont obligés d'avouer que leur démence précoce dans beaucoup de cas met dix, douze et quinze ans à détruire l'intelligenee, M. Deny et M. Roy ont eu tort de prétendre que le terme précoce était justifié sinon par l'âge, du moins par la rapide arrivée de la déchéance intellectuelle. En réalité, quelle que soit la signification donnée à l'épithète, celle-ci ne saurait s'appliquer à l'affection.

Mais il y a, dans la démence précoce de M. Kræpelin, plus qu'une erreur de dénomination, car quoi qu'en disent ses partisans, elle n'a aucun symptôme qui lui soit special, aucun caractère qui lui soit propre, ni en ce qui concerne l'affaiblissement intellectuel, ni en ce qui concerne le délire.

Cette absence de tout symptôme propre, de tout caractère spécial du délire, sera seule l'objet de ce mémoire. Nous passerons donc successivement en revue ce qu'on a appelé les « formes de la démence précoce » ; elles sont au nombre de quatre : une simple et trois délirantes. J'espère arriver à établir que non seulement elles n'ont, toutes les quatre, rien qui les distingue et justifie la création avec elles d'une nouvelle entité morbide, mais qu'elles constituent en réalité des psychoses depuis longtemps connues et qui, depuis longtemps, ont leur place marquée en pathologie mentale.

Lorsqu'on analyse la démence précoce de M. Kræpelin, remarque M. Serbsky, ce qui saute aux yeux tout d'abord c'est l'impossibilité dans laquelle on se trouve de déterminer les traits fondamentaux, caractéristiques de ce groupe morbide ainsi que l'élément qui unifierait les phénomènes cliniques les plus divers, présentant un véritable chaos. Et il termine en déclarant que la description générale de la maladie, telle qu'elle est donnée, nous frappe par le peu de précision des symptômes et le vague du tableau clinique. Rien de plus vrai et nous allons le démontrer par une étude rapide et exacte des quatre formes décrites par les partisans de la nouvelle entité.

La *forme simple* est définie, par M. Masselon, un affaiblissement progressif des facultés psychiques, sans que la période d'état soit marquée par l'explosion d'accidents aigus ou catatoniques. Elle est caractérisée pour M. Sérieux par un amoindrissement progressif des facultés sans que le début du mal soit marqué par une explosion délirante comme dans les trois autres formes. Mais c'est tout simplement la *démence d'emblée* des vieux auteurs, qui, si elle survient de préférence chez les jeunes gens et chez les vieillards à cause de la moindre résistance du cerveau, se montre aussi à tous les âges, même chez les indemnes de toute tare vésanique, puisque c'est un simple trouble en moins. Elle n'est pas rare comme conséquence des infections, de certains empoisonnements chroniques, passionnels ou professionnels, alcool et morphine parmi ceux-là, plomb et sulfure de carbone parmi ceux-ci, du traumatisme cranien et de la commotion cérébrale par contre-coup ou de l'insolation. En 1903, dans mon mémoire de la *Revue de médecine* sur les troubles intellectuels dans l'impaludisme, j'en ai rapporté deux cas très en détails. Alors mon condamné militaire et mon mécanicien de la marine étaient des déments précoces, l'un à trente-cinq ans, et l'autre à cinquante-sept ans? Qu'ont-ils donc présenté de particulier qui justifie ce classement ? Pas l'âge, dans tous les cas !

Chez les jeunes gens, M. Bourneville, M. Christian et M. Charpentier ont rapporté des cas très nets dans lesquels les facultés, sans troubles sensoriels ni délirants, ont baissé progressivement jusqu'à la démence confirmée avec plus ou moins de rapidité. La sym-

ptomatologie et l'évolution sont donc les mêmes quel que soit l'âge des malades et quelles que soient les origines du mal. Que la psychose survienne à trente-cinq ans, à cinquante-sept ans, à la suite de l'impaludisme comme chez mes deux sujets, ou avant vingt ans amenée par le surmenage comme chez ceux du savant médecin de Charenton, il n'est pas possible de la différencier, pas même à l'aide de l'évolution, car il est des cas tardifs où, sous l'influence d'une cause puissante, la déchéance intellectuelle est aussi foudroyante que chez un jeune homme. La prétendue forme simple de la démence précoce de M. Kræpelin est donc connue et classée depuis longtemps; Pinel et Esquirol la connaissaient et les partisans de la nouvelle entité morbide n'ont rien ajouté à leur description qui justifie leur prétention de faire d'elle la forme simple de celle-ci.

Les trois autres formes sont délirantes, mais pour qui lit avec impartialité les observations publiées par M. Kræpelin et ses partisans, toutes les trois ne sont que des cas de folie dégénérative, presque toutes avec confusion mentale, surtout avant vingt-cinq ans. M. Magnan, en effet, a eu le mérite, comme on sait, de démontrer que si les vésanies ordinaires peuvent survenir chez les sujets atteints d'une prédisposition dégénérative par hérédité ou acquisition avant ou après la naissance, grâce au terrain psychique sur lequel se développent ces psychoses, elles se présentent avec des allures particulières qui permettent de reconnaître ce terrain. Dans mon mémoire sur la prédisposition en étiologie mentale publié par le *Journal de neurologie*, dans ses deux numéros de juillet 1904, j'ai rapporté en toute sincérité et en détails ces allures particulières telles que me les a montrées une pratique déjà longue de trente ans.

Maintenant, je vais résumer très fidèlement les descriptions qu'ont données chez nous des formes délirantes de la démence précoce de M. Kræpelin, d'après cet illustre aliéniste et d'après leurs propres constatations, M. Sérieux et M. Masselon, et j'espère que tous seront frappés de la ressemblance extrême, je pourrais même dire de l'identité de celles-ci avec les folies dégénératives.

Tout d'abord il est remarquable que l'état conscient est loin d'être rare dans la démence précoce de M. Kræpelin. Dans *beaucoup* de cas, reconnaît le célèbre professeur de Kœnisberg, *la conscience reste parfaitement nette pendant longtemps*, et c'est durant les périodes d'excitation et de stupeur qu'elle *peut* se trouver *temporairement* troublée.

M. Masselon a également constaté cette présence de l'état conscient et il en cite un exemple dans son beau volume sur la démence précoce.

Rien que cette constatation de l'état conscient aurait dû mettre M. Kræpelin et ses partisans en garde et leur inspirer des doutes sur l'origine accidentelle qu'ils attribuent à la nouvelle entité. Ont-ils donc jamais vu une psychose accidentelle être une folie consciente ? C'est là, au contraire, une des preuves les plus sûres de l'origine dégénérative et partant constitutionnelle du mal. Seuls, les aliénés très tarés sont conscients d'une modification anormale de leur psychique. Et le doute n'est plus possible, quand à cet état conscient, s'ajoutent, comme dans leurs trois formes délirantes ainsi que nous allons tout de suite le montrer, la brusquerie excessive du début ; le polymorphisme du délire soumis à aucune règle avec assemblage simultané des conceptions délirantes les plus disparates, mélange d'idées tristes, d'idées ambitieuses, d'idées hypocondriaques et d'idées mystiques ; les transformations incessantes de ce délire ; la mobilité kaléidoscopique des conceptions délirantes et des hallucinations ; la contradiction des unes et des autres d'un moment à l'autre ; le passage successif et irrégulier par des périodes de vive excitation et de dépression marquée ; la fixité au contraire momentanée à la *manière des tics* de certains troubles intellectuels ou sensoriels, enfin un ton émotionnel, détail aussi caractéristique que la conservation de la conscience qui n'est pas en rapport avec les idées émises, ton émotionnel presque toujours indifférent et même parfois en complète contradiction avec le délire. C'est-à-dire toutes les manifestations que M. Magnan, depuis longtemps déjà, a démontré appartenir aux folies dégénératives et permettre de reconnaître le terrain de dégénérescence sur lequel elles ont germé.

Comment nier celle-ci et l'origine constitutionnelle de l'affection quand toutes ces allures si particulières se trouvent réunies et que le malade, en outre, en est conscient, tout au moins en partie ? Or tel est précisément le cas dans les descriptions qui suivent.

II

La forme délirante appelée *hébéphrénique*, c'est-à-dire de la puberté, quoique au dire de tous elle éclate par une nouvelle contradiction à tout âge, a parmi ses signes caractéristiques, écrit M. Sérieux dans sa belle revue critique de 1902, d'accord avec M. Kræpelin et M. Trummer, l'incohérence du langage parlé et écrit que distingueraient la permanence de la construction grammaticale, la richesse en mots insolites, prétentieux ou étranges et les néologismes ; puis aussi la marche en dandinant, en dansant, en rampant, accroupie, en se pavanant, en sautillant, en traînant les pieds. Mais il n'est pas rare d'observer de jeunes maniaques de vingt à vingt-cinq ans qui présentent tous ces symptômes considérés par mon distingué collègue de Ville-Evrard comme caractéristiques de la nouvelle entité ; cette incohérence, telle qu'il l'a décrite, et ces allures bizarres et qui néanmoins guérissent en huit ou dix mois par une évolution régulière et cyclique de la psychose simple dont ils sont atteints. J'en ai observé un certain nombre, en province surtout, où les folies simples, pour des raisons que je n'ai pas à développer ici, sont bien plus fréquentes qu'à Paris. Il n'y a donc là en réalité rien qui soit spécial à la démence précoce allemande.

M. Masselon définit cette première forme délirante : *des états de dépression* et *d'agitation* caractérisés par des troubles délirants *polymorphes*, extrêmement *confus*, *sans tendance à la systématisation*, à base d'hallucinations ou d'interprétations délirantes et accompagnées de *confusion* et d'*imprécision* dans les

idées qui le plus souvent tendent avec rapidité vers la démence complète et incurable. Il reconnaît que la maladie débute parfois par des *conceptions délirantes polymorphes rappellant le délire polymorphe des dégénérés* et que le *polymorphisme en est un caractère important* avec état d'*imprécision* des conceptions délirantes. *Les états de dépression alternent avec les états d'agitation.* Toutes les idées, toutes les réactions sont *excessivement mobiles; à l'état de dépression et de tristesse succède un état de satisfaction et d'expansion et réciproquement.* Les hallucinations se *succèdent sans ordre, sans forme de système, effrayantes ou réconfortantes, très mobiles.* Elles engendrent les conceptions délirantes les plus *variées* qui se *mêlent, se choquent dans l'esprit* du malade, créant un *chaos mental indescriptible.* Peu à peu le délire *n'éveille plus d'émotions bien fortes* et l'on *observe une contradiction entre l'attitude et le délire,* on peut voir alors *émettre des idées hypocondriaques ou de persécution, d'un air satisfait*; puis souvent encore exprimer les idées délirantes d'un *air indifférent et complètement détaché.* Le caractère est *très mobile.*

J'ai tenu à rapporter dans tous ses détails la si complète description de M. Masselon, car notre distingué collègue la donne comme caractéristique de la forme délirante hébéphénique de la démence précoce de M. Kræpelin d'après les constatations de cet aliéniste et les siennes; or tout lecteur impartial reconnaîtra qu'elle découle d'une observation aussi exacte que minutieuse; mais qu'elle est absolument identique à celle de la folie dégénérative formulée déjà longtemps avant la grande découverte allemande par M. Magnan et ses élèves. Je me suis permis de souligner les ressemblances.

Si nous passons à la deuxième forme délirante qui *est la forme paranoïde,* nous constatons une analogie encore plus grande, si possible, avec le délire des dégénérés. Aussi M. Sérieux, comme gêné par cette identité, insiste peu dans sa revue sur elle et cite les appréciations suivantes de M. Seglas qui s'appliquent admirablement à la psychose dégénérative. Les conceptions délirantes, déclare le savant aliéniste de la Salpêtrière, *par leur multiplicité, leur mobilité, leur niaiserie, leur extravagance,* egalent si même elles ne dépassent pas celles du paralytique général. Il ajoute que c'est très exceptionnellement et seulement au début, qu'elles s'associent à une réaction quelconque. D'ordinaire le malade est *indifférent* ou même *invariablement satisfait et béat.* Que demander de plus?

M. Masselon n'insiste pas non plus beaucoup sur cette forme paranoïde. Il signale que ce qui la différencie de la précédente c'est une certaine tendance à la systématisation, les hallucinations et les conceptions délirantes ont plus de fixité, mais il reconnaît cependant qu'elles sont également *polymorphes comme dans la forme précédente* et que d'ailleurs à part cette tendance à une légère fixité, *ses caractères sont les mêmes.*

Cette fixité, M. Masselon l'a constaté comme les autres observateurs du reste, n'est pas permanente; au milieu du polymorphisme et de la mobilité des hallucinations et des conceptions délirantes, on voit les malades durant un certain temps plus ou moins long, parfois même assez long, faire comme un choix parmi elles et manifester pour ainsi dire automatiquement rien que certains des troubles sensoriels et délirants. Mais c'est là encore un caractère hautement dégénératif que l'Ecole de l'admission depuis longtemps a très bien mis en lumière et qui constitue les *tics psychiques* du dégénéré. Nous avons là par conséquent dans cette forme paranoïde une preuve sérieuse de son origine dégénérative et constitutionnelle et la preuve de l'identité de cette forme de la démence précoce de M. Kræpelin avec la folie dégénérative deviendra complète, quand nous aurons ajouté avec M. Clauss que les états paranoïdes de la nouvelle entité arrivent surtout quand le sensorium est peu entrepris et que, comme le délire des stades paranoïdes est surtout à base d'interprétation délirante, il ne se comprend pas *sans une certaine conservation de la conscience.*

Enfin une autre particularité que relève le savant aliéniste est aussi bien spéciale aux psychoses des dégénérés. Il rappelle que *l'état de conscience,* qui existe pendant la phase paranoïde, doit beaucoup être pris en considération, car plus la conscience est entreprise, plus l'état se rapproche du sommeil, plus grande sera la probabilité d'y voir succéder la démence qui suit surtout les états crépusculaires délirants. En effet, plus la conscience sera nette, plus la vésanie sera dégénérative et plus par conséquent elle aura chance de ne pas avoir une terminaison démentielle et de guérir puisqu'il est de règle que les vrais dégénérés d'ordinaire guérissent et dans tous les cas ne deviennent jamais déments. La preuve n'est-elle pas faite de l'identité absolue avec la folie dégénérative de la forme paranoïde de la démence précoce de M. Kræpelin?

Mais M. Deny a découvert deux caractères spéciaux aux déments précoces délirants de M. Kræpelin. A la période de calme, ces malades, à son dire, diffèrent de ceux qui sont réellement en état de dépression ou de stupeur, parce que, à l'encontre de ceux-ci, brusquement, instantanément, ils s'élancent hors de leur lit et recommencent à faire des excentricités. Mais le fait est fréquent chez les confus qui guérissent en quelques mois complètement, non seulement quand la confusion mentale est au deuxième degré du professeur Ball, mais encore qu'elle atteint le troisième ou stupidité. Le fait a même joué un rôle considérable dans la célèbre discussion entre les défenseurs comme Delasiauve de la vieille stupidité de Georget et les partisans de la lypémanie stupide que Baillarger avait découverte. Ces confus et ces stupides, comme les déments précoces de M. Deny, brusquement, instantanément s'élancent hors de leur lit et recommencent à faire des excentricités; il y en a même qui commettent des tentatives de suicide ou se livrent à des actes de violence. Or, je le répète, ils sont si peu déments qu'un traitement de quelques mois, de l'avis général, suffit à les rétablir complètement tous ou presque tous. Nous en avons vu des quantités. Se baser sur ce phénomène pour diagnostiquer la démence précoce et porter le pronostic

d'incurabilité serait donc s'exposer à des erreurs nombreuses et très regrettables.

Le second caractère spécial qu'invoque le rapporteur du Congrès, n'a pas plus de valeur clinique spéciale que le précédent. Ce caractère est, que si les états d'excitation et de dépression peuvent s'observer en dehors de la démence précoce allemande, c'est seulement dans cette affection qu'ils se présentent sans relations avec des idées délirantes ou des hallucinations et indépendamment des troubles émotionnels. Et la stupidité de Georget, demanderai-je à M. Deny, qu'en fait-il ? Il sait cependant très bien que la psychose est uniquement constituée comme l'a si bien décrite M. Etoc-Demasy par une dépression psychique confuse qui peut présenter les trois degrés signalés par Ball *sans aucun désordre ni des sensations, ni de l'émotivité, sans jamais partant aucune conception délirante.*

En effet pour Georget qui, le premier, la décrivit, elle était la suspension des facultés cérébrales, la confusion des idées, l'obtusion de l'intelligence ; pour Ferrus, l'abolition ou plutôt la suppression rapide, apyrétique et *curable* de toutes les facultés cérébrales ; pour Delasiauve, une torpeur intellectuelle, une absence plus ou moins absolue d'idées, une entrave ou une abolition de l'exercice de la pensée.

Or, si nous prenons les deux dernières descriptions données de l'affection, qu'y lisons-nous ? M. Seglas déclare qu'il s'agit d'un trouble psychique caractérisé par la confusion des idées, la désorientation dans le milieu et dans le temps, l'incohérence ; pour M. Anglade, la caractéristique essentielle du mal, est la confusion des idées qui peut aller jusqu'à l'état de stupidité, par l'impossibilité de coordonner ces dernières et aussi d'associer les sensations de façon à réaliser une perception correcte et nette du milieu extérieur. Dans toutes ces descriptions, dans les anciennes comme dans les plus récentes, il n'est question ni d'hallucination, ni d'illusions, ni de troubles émotifs, ni de conceptions délirantes. Or, les malades atteints de cette variété mentale qui seraient des déments condamnés à l'incurabilité d'après le caractère spécial qu'a découvert M. Deny, rentrent au contraire dans la catégorie des aliénés les plus curables, comme l'affirmait déjà Ferrus.

Voilà pour la dépression, pour l'excitation je rappellerai les dégénérés maniaques qui ont plus le besoin *non motivé* d'agir que le besoin de parler, plus un délire de mouvements qu'un délire de paroles ; il peut même arriver que cette tendance *sans motif aucun* à commettre des actes étranges, à gesticuler, à grimacer, à marcher, constitue pendant un certain temps, presque toute la psychose maniaque. Tout dernièrement, j'en ai eu un dans mon service très remarquable à cet égard et qui a complètement guéri en huit mois.

D'ailleurs le professeur Ball a insisté sur le *besoin* tumultueux de mouvement qui porte beaucoup de maniaques à s'abandonner sans retenue à des actes désordonnés ou incoordonnés et il mettait en parallèle cette excitation *non motivée*, *automatique*, des centres moteurs cérébraux, avec celle des centres psychiques. M. Anglade constate également dans le très complet chapitre qu'il vient d'écrire, que le maniaque s'agite sans cesse et *sans but*. Inutile d'ajouter, chacun le sait, que, comme les confus, les maniaques sont les plus curables des aliénés.

Les deux caractères que signale M. Deny ne sont donc pas du tout spéciaux à sa démence précoce délirante !

III

Nous n'avons pas à nous arrêter très longuement sur la troisième et dernière forme qui est *la forme catatonique*. C'est pourtant elle qu'invoquent surtout les partisans de la nouvelle entité morbide à l'appui de leur opinion. D'après M. Kræpelin, il faut entendre sous le nom de *variété catatonique* de sa démence précoce des états particuliers de stupeur et d'agitation aboutissant, le plus souvent, à la démence et accompagnés de stéréotypie, de négativisme et de suggestibilité.

Quand Kalbaum décrivit pour la première fois la catatonie avec les trois manifestations spéciales que nous venons d'indiquer, il en fit une entité morbide et nombreux furent les aliénistes, principalement ses compatriotes, qui l'acceptèrent avec enthousiasme. Aujourd'hui, il est démontré, grâce surtout au superbe rapport si richement documenté de M. Clauss au Congrès de Bruxelles en 1903, et à la discussion qu'il inspira, que la catatonie n'est qu'un syndrome et un *syndrome dégénératif* qui peut se présenter dans toutes les maladies mentales. Le fait aujourd'hui est indéniable.

MM. Seglas et Chaslin, dans leur savante revue critique de 1898, l'ont condamnée en tant qu'entité morbide et lui accordent seulement le rôle d'une simple manifestation de la stupeur, simple ou symptomatique dont elle ne serait qu'une variété en rapport plus étroit avec un *terrain dégénératif*. De même plus tard, M. Roubinovitch a déclaré formellement dans son livre si instructif *Sur la folie en France et en Allemagne*, que les symptômes indiqués par M. Kalbaum comme pathognomoniques de son entité s'observent dans un grand nombre d'affections mentales et que les observations publiées sous ce nom correspondent aux formes mentales les plus disparates. L'an dernier, M. Serbsky a combattu vivement la catatonie, déclarant qu'il ne croyait pas logique de rapporter tous les cas à la démence précoce de M. Kræpelin, car le compléxus symptomatique catatonique s'observe dans les formes mentales les plus diverses et en dehors de la démence précoce. M. Lemaitre dans sa thèse si complète de 1895 déclare catégoriquement que la maladie de Kalbaum n'existe pas, vu que les états catatoniques se développent dans la plupart des maladies mentales, *surtout dans le délire des dégénérés.*

Mais ce n'est pas seulement en France que la catatonie est repoussée comme entité morbide. Nous avons rapporté plus haut l'opinion de M. Serbsky. En Belgique deux aliénistes fort distingués, cliniciens de haute valeur, M. Clauss et M. Crocq, n'acceptent pas, eux non plus, l'entité catatonique. Le premier a déclaré au Congrès de Bruxelles, qu'il

persistait dans l'opinion qu'il avait émise à la Société de médecine mentale, à savoir que l'ensemble des symptômes catatoniques se rencontre *surtout dans les folies dégénératives*; le second considère la catatonie comme un syndrome pouvant compliquer diverses espèces de folie et n'ayant pas la valeur d'une entité morbide. Enfin en Italie, le célèbre professeur Tamburini se demande si les cas décrits comme typiques méritent vraiment de constituer une forme morbide spéciale, et il ne le croit pas, car il a constaté ailleurs les phénomènes catatoniques.

Ainsi à l'étranger comme en France, nombreux sont les aliénistes éminents qui considèrent la catatonie comme un simple syndrome et un syndrome dégénératif. Pour ma part, je l'ai observée, moi aussi, dans toutes les psychoses, *chez les dégénérés*. Inutile donc d'insister plus longuement, la forme catatoniqne de la démence précoce de M. Kræpelin rentre sans conteste comme les deux précédentes dans le cadre des folies dégénératives. D'ailleurs M. Deny est obligé d'avouer que tous les troubles moteurs de la catatonie sont loin d'être pathognomoniques et s'observent dans beaucoup de maladies mentales; mais d'après lui c'est seulement dans la démence précoce dont il s'est fait le défenseur qu'ils atteignent leur plus haut degré de développement et se présentent à l'état de phénomènes élémentaires, automatiques, qui ne s'expliquent, comme le fait remarquer M. Seglas, qu'à la condition de tenir compte du fond mental dont ils relèvent. M. Seglas est dans le vrai, mais ce fond mental est précisément *la dégénérescence*, ainsi qu'il l'a indiqué lui-même. Aussi n'est-ce pas seulement chez les déments précoces de M. Kræpelin, comme l'affirme M. Deny, que la catatonie est très accusée, elle peut l'être également chez tous les aliénés quels qu'ils soient, même chez les épileptiques, les hystériques et aussi les paralysés généraux, si leur tare dégénérative est très marquée. Je m'en suis maintes et maintes fois assuré.

La similitude absolue avec les folies dégénératives des trois formes délirantes de la démence précoce de M. Kræpelin est donc évidente et les partisans de la nouvelle entité l'ont si bien compris, qu'ils ont amputé sans vergogne la pathologie mentale de celles-ci. Par malheur, ils n'ont pas songé que plus encore pour les dégénérés est vraie l'affirmation de M. Christian que jamais les vrais héréditaires ne deviennent déments. Ce n'est pas seulement, en effet, les deux tiers comme pour leurs prétendus déments précoces qui sortent de l'Asile et reprennent la vie commune, mais la presque totalité. Aussi quand ils disent que c'est la démence précoce allemande que nous décrivons comme folie dégénérative, ils avouent, par là-même, que c'est cette démence précoce allemande qui n'existe pas, puisque celle-ci devrait être toujours à terminaison démentielle incurable, tandis que celle-là ne l'est jamais.

Mais il semble que les défenseurs de la nouvelle entité morbide ont conscience de toute la fragilité de leur échafaudage psychique, et ils s'efforcent de l'étayer à l'aide d'un ensemble de symptômes physiques, qu'ils prétendent appartenir en propre à leur démence précoce et exclusivement à elle. Ils lui appartiennent en propre et exclusivement comme les particularités mentales que nous avons examinées, car ils sont d'une grande banalité.

M. Masselon reconnaît d'ailleurs très franchement qu'aucun des multiples signes physiques qui ont été invoqués, n'est pathognomonique; que beaucoup d'entre eux sont inconstants, variables chez le même sujet, et qu'on observe les troubles des réflexes dans les autres psychoses, et aussi, ajouterai-je, la dermographie ainsi que les troubles pupillaires qu'invoquent surtout nos adversaires. Dans un mémoire qu'ont publié les *Archives de neurologie* en 1900, j'ai prouvé à l'aide de faits très nombreux que, dans toutes les vésanies, les réactions de la peau étaient ou normales, ou exagérées, ou affaiblies, ou même éteintes selon les sujets. Ce sont donc eux qui les modifient et non la maladie mentale dont ils sont atteints. Je suis arrivé aux mêmes résultats pour les troubles pupillaires que j'ai étudiés en 1901 avec beaucoup de soin dans leurs moindres détails à la suite de la thèse de M. Mignot, aide précisément de M. Masselon. Mais les partisans de la démence précoce allemande ont la ressource de me répondre qu'il n'est pas étonnant que M. Masselon, devenu depuis, un des plus chauds et des plus distingués d'entre eux, et moi nous ayons trouvé des altérations des réactions de la peau et des pupilles dans toutes les psychoses, à tous les âges, avec l'acuité et la chronicité du mal, puisque, à part les paralytiques généraux, tous les aliénés : les maniaques, les mélancoliques, les confus et même les systématiques d'après le rapport de M. Deny, font partie de leur démence précoce!

Toutefois rendons cette justice au rapporteur du Congrès qu'il est observateur trop consciencieux et clinicien trop expérimenté pour n'avoir pas été frappé, malgré l'enthousiasme que lui inspire la nouvelle entité morbide, de toute la banalité de ces symptômes qu'on ose comparer à ceux de la paralysie générale. Il a eu le courage et la franchise qui lui font honneur de déclarer dans son rapport qu'il ne fera guère que les mentionner, car malgré les minutieuses investigations dont ils ont été l'objet depuis quelques années, les troubles physiques de la démence précoce n'ont pas encore acquis une réelle valeur sémiologique. Cette fois je partage absolument son opinion et je suis heureux de pouvoir l'approuver sans réserve. La cause de la démence précoce, me semble-t-il, est entendue.

FORMULAIRE

DÉSINFECTION DE LA CAVITÉ BUCCALE

Eau oxygénée à dix volumes (très peu acide)	20^{cmc}.
Alcool de menthe	Quelques gouttes.
Solution de borate de soude	Q. s. p^{r} alcaliniser.
Eau distillée	Q. s. p^{r} 100^{cmc}.

(TOUCHARD.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 13 JANVIER 1905)

Angine de Vincent simulant un chancre syphilitique. — Au début de la séance M. QUEYRAT présente un malade... et un singe :

Le malade est porteur d'une angine de Vincent qui simule, à s'y méprendre, un chancre syphilitique; cliniquement il est impossible de faire le diagnostic; grâce au microscope qui démontre l'existence en grand nombre des spirilles et des bacilles fusiformes, le doute n'est pas permis.

Le singe — qui est d'ailleurs une femelle orang — a été inoculée le 26 octobre dernier au sourcil gauche avec un chancre syphilitique de macaque bonnet chinois et dix jours après elle a été inoculée de nouveau avec un chancre humain en plusieurs points de l'arcade sourcilière et de la paupière du côté droit. La première inoculation a donné naissance vingt-six jours après à un chancre typique; les autres inoculations ont eu également pour résultat des chancres syphilitiques, avec leurs caractères très nets d'induration à la base.

Cette expérience d'inoculation de chancres syphilitiques est en réalité très importante et tout à fait remarquable par sa précision; elle démontre en particulier que l'immunisation de l'organisme contre le virus syphilitique ne s'établit pas rapidement comme on est porté à l'admettre.

Syndrome de Weber. — MM. P. MÉNÉTRIER et Louis BLOCH présentent des pièces provenant de l'autopsie d'une femme morte avec une récidive de cancer du sein. Cette malade avait présenté dans les derniers temps un syndrome de Weber des plus typiques : hémiplégie droite, et paralysie complète du moteur oculaire commun gauche; symptômes qui avaient fait admettre l'existence d'un noyau métastatique du pédoncule. Or on trouva à l'autopsie le pédoncule absolument intact, mais en revanche, une tumeur du volume d'une mandarine, siégeant dans le lobe temporal gauche. La face inférieure de cette tumeur portait un prolongement unciforme qui écrasait le moteur oculaire commun à son entrée dans la paroi du sinus caverneux, tandis que la face supérieure, intra-hémisphérique, comprimait la capsule interne sur une longue étendue. Ainsi se trouvait expliquée l'existence d'une paralysie alterne du type Weber, indépendamment de toute lésion isthmique.

Deux cas de pustule maligne guéris par exérèse. — MM. COURTELLEMONT et WEILL-HALLÉ. Les deux malades se présentaient dans des conditions défavorables, l'un à cause de son âge, soixante-dix ans, l'autre à cause de l'état avancé des lésions datant de quatre jours et accompagnées déjà de symptômes locaux (œdème et adénopathies) et généraux sérieux. Le diagnostic put être confirmé par l'examen extemporané du liquide des vésicules.

L'exérèse large, l'incision étant pratiquée à 2 centimètres en dehors de la lésion, fut suivie de cautérisation au thermocautère du fond de la plaie, et dans un des cas d'injections interstitielles d'une solution iodée à 2 p. 100 dans la peau et les ganglions.

Les suites de l'intervention ont été très simples et la cicatrisation complète obtenue au bout de trois semaines, sans aucune suppuration.

Cette méthode thérapeutique ne mérite pas les reproches qu'on pourrait lui faire, soit l'ensemencement de la plaie par le bistouri, soit les délabrements consécutifs, et les succès obtenus semblent justifier l'extirpation du foyer charbonneux, lésion longtemps localisée.

Maladie de Recklinghausen. — MM. BOURCY et LAIGNEL-LAVASTINE montrent les coupes d'une tumeur primaire, de fibromes cutanés, de neuro-fibromes des nerfs et des viscères d'une femme dont il avait, en 1800, publié l'observation, et qui a succombé aux progrès d'une maladie du Recklinghausen. La tumeur primaire, implantée sur le sein droit, pesait 800 grammes. Elle a la structure des névromes plexiformes. Dans les fibromes cutanés, on ne voit pas de fibres nerveuses. Il en est de même dans deux fibromes qui comprimaient le plexus brachial droit. Par contre, les cinquième et sixième racines cervicales droites, dont le territoire cutané était hypo-esthésié, contenait des neurofibromes. Sur les coupes, on voit ces neurofibromes se continuer d'une part avec les tissus inter-fasciculaires épaissis, et d'autre part boucher jusqu'à la périphérie du troncule. Ces neurofibromes sont formés de petites cellules à protoplasma allongé, à petit noyau rond, qui s'infiltrent entre les tubes nerveux qu'elles écartent, mais ne détruisent pas. L'estomac avait sa surface parsemée de fibromes.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 12 JANVIER 1905)

Symptomatologie correspondant aux lésions frustes du faisceau pyramidal. — L'extension de l'orteil qui, chez deux malades, avait survécu un certain temps à la disparition des autres signes, fait défaut chez la jeune fille que montre M. BABINSKI. Agée de dix-huit ans, elle a, depuis dix-huit mois, des crises d'épilepsie jacksonienne. On ne constate d'autre signe que la flexion associée de la cuisse sur le bassin, avec, au moment où se produit ce réflexe, le signe de l'éventail, signe qu'on trouve plutôt dans les formes infantiles frustes, et dans les lésions spinales, plutôt que dans les lésions cérébrales. Dans une dizaine de cas d'hémichorée, l'auteur a constaté la flexion de la cuisse sur le bassin, et demande qu'à l'avenir on vérifie la constance de ce signe, qui tendrait à faire rapporter la chorée à une irritation du faisceau pyramidal.

Myasthénie bulbo-spinale type. — MM. RAYMOND et SICARD montrent un malade atteint de myasthénie bulbo-spinale type, guéri depuis quatre ans, malgré de grandes fatigues subies depuis. La guérison est survenue après un traitement par l'opothérapie thymique et surrénalienne.

Hypertrophie vraie des muscles du membre supérieur droit. — M. SICARD montre un autre malade atteint, depuis l'âge de deux ans, de mouvements choréiformes, et présentant une hypertrophie vraie des muscles du membre supérieur droit, avec développement exagéré de la circulation veineuse : ce phénomène, qui explique peut-être l'hypertrophie, paraît dépendre lui-même des contractions musculaires dues à la chorée.

Paralysie spasmodique à la suite d'un ictus médullaire. — Le même auteur a observé un enfant qui présenta, à la suite d'un ictus médullaire, une paralysie spasmodique qui évolua en trois phases : 1° paralysie spasmodique; 2° paralysie flasque, avec réflexes exagérés et signe de Babinski; 3° disparition des deux derniers signes. L'autopsie montra une adénopathie tuberculeuse prévertébrale avec pachyméningite. Les

lésions histologiques expliquent les trois phases cliniques, dont la cause semble être : 1° la compression due à la pachyméningite; 2° puis l'apparition d'une artérite oblitérante de la spinale postérieure; 3° enfin la production d'une névrite du sciatique, survenue après formation d'une escarre sacrée.

Macrodactylie congénitale de l'index et du médius gauches. — MM. Raymond et Guillain montrent un homme de cinquante-sept ans, présentant une macrodactylie congénitale de l'index et du médius gauches : hypertrophie osseuse nette à la radiographie. Nature peobablement tératologique.

Syndrome de Jackson avec légère participation du facial. — MM. Brissaud et Bauer présentent une jeune fille opérée, il y a six mois, d'une adénopathie rétromaxillaire. On constate l'atrophie du côté gauche de la langue, du voile et des cordes vocales, avec atrophie du sterno-mastoïdien et du trapèze du même côté. C'est le syndrome de Jackson avec, en plus, légère participation du facial. La cause semble être une lésion chirurgicale de l'hypoglosse, de rameaux du facial et de la branche externe du spinal, dont la branche interne a peut-être été ensuite atteinte de névrite.

Troubles bulbaires dans la paralysie agitans. — M. Souques a observé, dans la paralysie agitans, des troubles bulbaires (tremblement et parésie labio-glosso-laryngée et salivation), dont il discute la pathogénie : sont-ce des troubles bulbaires vrais ou des troubles pseudo-bulbaires? En particulier, il y aurait intérêt à savoir s'il y a sialorrhée vraie ou simple écoulement de la salive, par suite de la gêne et de la lenteur des contractions musculaires des lèvres, de la langue et du pharynx.

Maladie de Basedow et gigantisme. — M. Ballet. La malade de l'auteur est atteinte de maladie de Basedow avec gigantisme. Ce dernier peut être vraisemblablement rapporté non à l'hyperthyroïdation, mais à l'existence d'une lésion pituitaire. Il est fréquent d'observer l'hypertrophie thyroïdienne dans l'acromégalie ou le gigantisme.

Méningite en plaques. — M. Ballet. Un autre malade, que l'auteur avait présenté l'an dernier comme atteint de *myasthénie* avec clonus intermittent, eut, depuis, une céphalée progressive, de la lymphocytose céphalo-rachidienne, et a succombé. A l'autopsie, méningite en plaques, probablement syphilitique de la région basilaire, pédonculaire et protubérantielle.

Paralysie de la sixième paire; avec stase papillaire. — MM. Courtellemont et Galezowski montrent une jeune femme, qui, à la suite d'une *méningite aiguë*, eut une paralysie de la sixième paire avec stase papillaire. La *guérison* est, aujourd'hui, complète.

Cerveaux d'épileptiques sans aucune lésion des neurofibrilles. — M. Alquier a étudié à l'aide de la méthode de Ramon y Cajal, quatre cerveaux d'épileptiques sans y trouver aucune lésion des neurofibrilles, dans les cellules, ou en dehors d'elles, même dans la zone tangentielle, à l'exception de certains points où existaient des lésions scléreuses ou nécrotiques superficielles et localisées.

Anesthésie dans le trijumeau gauche chez une tabétique. — M. Egger a constaté, chez une tabétique, de l'anesthésie dans le domaine du trijumeau gauche ; cette anesthésie céda au traitement spécifique.

Nystagmus congénital, avec syndrome nerveux complexe. — MM. Lenoble et Aubineau (de Brest) rapportent une nouvelle observation du syndrome qu'ils ont décrit en 1902 : nystagmus congénital, avec syndrome nerveux complexe (tremblement musculaire, exagération des réflexes tendineux, des phénomènes vaso-moteurs, et de l'excitabilité électrique des nerfs et des muscles).

Syndrome de Benedikt. — MM. Lévi et Bonniot présentent un cas de syndrome de Benedikt, dans lequel, le tremblement consisterait en réalité en *asynergie cérébelleuse* avec diadocynésie.

Pathogénie de la migraine considérée comme syndrome bulbo-protubérantiel. — M. Lévi lit un mémoire sur ce sujet.

Hémorragie cérébrale; déviation conjuguée de la tête et des yeux. — MM. Déjerine et Roussy ont observé, *chez une aveugle*, la déviation conjuguée de la tête et des yeux, à la suite d'une hémorragie cérébrale, fait montrant que ce signe n'est pas toujours d'origine sensorielle.

Tabes du cône terminal. — MM. Thomas et Bing exposent, en un long mémoire, les lésions constatées à l'autopsie d'un tabes du cône terminal.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 14 janvier 1905)

La rétraction du caillot et les hématoblastes dans les anémies. — M. Aubertin admet que, dans l'anémie pernicieuse essentielle, tantôt le caillot se rétracte bien et les hématoblastes sont en nombre normal, tantôt le caillot ne se rétracte pas et les hématoblastes sont très diminués de nombre. Ceci dépend seulement de la présence ou de l'absence de la réaction myéloïde représentant la défense de l'organisme contre l'anémie. Dans l'anémie pernicieuse courante à réaction myéloïde, le caillot se rétracte bien et les hématoblastes sont nombreux; dans l'anémie à forme aplastique, sans phénomènes de réparation, le caillot ne se rétracte pas et les hématoblastes sont très diminués de nombre.

Dans les anémies symptomatiques, la règle est la même. Et comme ces anémies s'accompagnent pour ainsi dire toujours de réaction myéloïde, le caillot et les hématoblastes s'y comportent comme normalement.

Dans la leucémie myélogène, où la réaction myéloïde du sang est poussée à son maximum, le caillot se rétracte bien.

La rétractilité du caillot et l'abondance des hématoblastes ont donc un rapport intime avec la rénovation sanguine, ce qui s'explique facilement si l'on admet que les hématoblastes proviennent de la caryolyse du noyau des globules rouges. Leur absence, jointe à l'irrétractilité du caillot, doit être considérée, comme l'a vu M. Hayem, comme un signe d'impuissance de la rénovation sanguine.

Évolution des greffes de muqueuse biliaire. — M. P. Carnot, poursuivant ses recherches, étudie l'évolution des greffes de vésicule biliaire, transplantées chez le même animal, soit à la surface de l'intestin, soit dans la profondeur du foie. Il se produit très rapidement de petites tumeurs kystiques de la grosseur d'un pois ; ces cavités sont fréquemment aréolaires, à contenu semi-solide, colloïdal, constitué en grande partie par la pseudo-mucine biliaire. Au centre, on trouve une grande quantité de pigment biliaire qui semble avoir préexisté à la transplantation et avoir été refoulé des cryptes de la muqueuse vers la partie centrale.

L'épithélium prolifère énergiquement, constituant, en surface, des végétations, en profondeur, des néoformations lobulaires dichotomisées, donnant l'aspect de véritables adénomes kystiques ou d'angiomes biliaires.

L'étude de la réparation de la vésicule biliaire montre comme celle des greffes le pouvoir prolifératif et végétant extrême de son épithélium qui constitue parfois des figures ressemblant beaucoup à celle de l'épithélioma tubulé.

Lésions des reins provoquées par l'injection intra-péritonéale ou sous-cutanée de bacilles de Koch. — MM. Léon Bernard et M. Salomon n'ont que rarement retrouvé au niveau des reins des tubercules macroscopiques, par contre, il xiste des altérations histologiques constantes :

1° Des formations nodulaires formées de lymphocytes, de polynucléaires et des cellules épithélioïdes contenant des bacilles de Koch, prédominant dans la substance corticale et qui écartent les tubes voisins sans que ceux-ci subissent de réaction; 2° des amas lymphocytaires constitués par deux ou trois assises de cellules, disposées en collerettes autour des tubes urinifères de la substance corticale, renfermant également de nombreux bacilles de Koch; 3° enfin des formations de sclérose embryonnaire localisées en foyers longitudinaux ou disséminées, et, çà et là, des productions scléreuses adultes et organisées. Il faut signaler en outre l'existence de zones de dilatation tubulaire sur l'origine desquelles il est difficile d'être fixé. La tuberculisation lente de l'organisme réalisée par l'injection sous-cutanée d'un bacille peu virulent provoque donc au niveau du rein, à côté de formations tuberculeuses typiques, tous les intermédiaires entre les nodules embryonnaires, l'infiltration diffuse et la sclérose. Comme mode d'invasion du rein par le bacille il semble qu'on doive incriminer les voies lymphatiques, ce qui expliquerait la réaction prédominante du tissu interstitiel coïncidant avec l'intégrité des parois vasculaires, la localisation péricanaliculaire des nodules embryonnaires chargés de bacilles, enfin la dissémination des lésions aux deux subtances corticale et médullaire.

Sur une forme clinique de la syphilis du névraxe, réalisant la transition entre les myélites syphilitiques, le tabès, et la paralysie générale. — MM. Guillain et Thaon décrivent une forme clinique spéciale de syphilis du névraxe, concernant des malades, syphilitiques avérés, qui se présentent avec un ensemble de symptômes pour lesquels on aurait une tendance à porter le diagnostic de tabès ou de paralysie générale, ou encore de myélite syphilitique, bien qu'on ne constate le tableau morbide exact ni du tabès vrai, ni de la paralysie générale classique, ni de la myélite syphilitique légitime.

Ces malades présentent de l'ataxie, du signe de Romberg, de l'exagération des réflexes tendineux; le signe de Babinski est fréquemment positif.

L'affaiblissement de la force musculaire est fréquent aux membres inférieurs; de même les troubles sphinctériens et génitaux. Les troubles oculaires sont variables : inégalité pupillaire, myosis avec signe d'Argyll Robertson, diminution de l'acuité visuelle, etc., etc.

Les troubles de la sensibilité sont bien moins accentués que chez les tabétiques; ils peuvent même faire totalement défaut.

Tous ces malades ont des troubles psychiques qui se traduisent par un état d'asthénie très caractérisée, par de l'aboulie, de la difficulté de fixer l'attention, de l'amnésie surtout pour les faits récents. Mais ils ont conscience de leur état et l'on n'observe chez eux ni la perte de l'autocritique, ni les idées délirantes, ni l'état démentiel des paralytiques généraux. Enfin les troubles morbides sont favorablement influencés par le traitement mercuriel. Dans une autopsie, les auteurs ont constaté des lésions diffuses : légère inflammation de la pie-mère cérébrale, méningite basilaire, artérite du tronc basilaire, foyers de désintégration lacunaire, méningite médullaire postérieure.

La forme clinique sur laquelle MM. Guillain et Thaon attirent l'attention glane ses symptômes dans ceux du tabès, de la paralysie générale et de la myélite syphilitique : elle constitue un argument nouveau en faveur des relations de causalité entre l'infection syphilitique et les lésions du tabès et de la paralysie générale.

Structure des ménisques intra-articulaires de certains animaux. — M. Retterer lit sur ce sujet une note de laquelle il ressort que les ménisques inter-articulaires du genou ont une évolution semblable à celle du tissu squelettique.

Action hémolytique du chlorhydrate d'amyléine (stovaïne). — M. Launoy lit sur ce sujet une note préliminaire.

Doses toxiques de congestine. — M. Richet, continuant ses recherches sur la congestine et la thalassine, substances retirées du corps des actinies, montre que les animaux anaphyllactisés vis-à-vis de la congestine succombent à des doses trois fois plus faibles que les animaux témoins. La dose toxique de poison est de 0,90 par kilogramme chez le lapin, 0,39 chez le chien. La thalassine semble jouir, au contraire, de propriétés vaccinantes.

Sur les trypanosomes. — M. Mesnil communique deux notes de M. M. Sergent portant, l'une sur les trypanosomes des chauves-souris, l'autre sur les hématozoaires des oiseaux d'Algérie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 23 au 28 janvier 1905)

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 23 janvier, à une heure. — 2e (1re série), *Salle Béclard* : MM. Gautier, Retterer et Gley; — (2e série), *Salle Richet* : MM. Ch. Richet, Broca (André) et Branca; — M. Desgrez, suppléant.

5e (chirurgie, 2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Delens et Gouget; — (2e série) : MM. Kirmisson, Mauclaire et Pierre Duval; — (2e partie) : MM. Hayem, Roger et Labbé (Marcel); — M. Cunéo, suppléant.

Mardi 24 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Salle Pasteur*, épreuve pratique : MM. Le Dentu, Poirier et Hartmann.

2e, *Salle Corvisart* : MM. Cornil, Langlois et Maillard; — M. Dupré, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Berger, Schwartz et Auvray; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Marion et Morestin); — M. Launois, suppléant.

Mercredi 25 janvier, à une heure. — 2e, *Salle Pasteur* (1re série) : MM. Gariel, Retterer et Gley; — *Salle Charcot* (2e série) : MM. Ch. Richet, Desgrez et Branca.

3e (1re partie, oral), *Salle Béclard* : MM. Tuffier, Cunéo et Wallich.

4e, *Salle Corvisart* : MM. Pouchet, Landouzy et Macaigne; — M. Teissier, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* : MM. Reclus, Legueu et Proust; — M. Labbé (Marcel), suppléant.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX
Cirrhose graisseuse avec ascite hémorragique chez une diabétique, par Ch. Aubertin.
MÉDECINE PRATIQUE
Traitement des hémorragies du tube digestif.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences. — Académie de médecine.
ANALYSES
Médecine : De la cirrhose cardio-tuberculeuse chez l'enfant; — Contribution à l'étude du traitement de la maladie de Basedow par le sérum antithyréoïdique (Mœbius); — Endémie de leucémie myélogène; — Le second bruit aortique et l'hypotension vasculaire constitutionnelle; — Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections intratrachéales; — *Chirurgie* : Etude comparative de la ténotomie à ciel ouvert et de l'extirpation partielle du sterno-cléido-mastoïdien dans le traitement du torticolis congénital; — *Physiologie* : Le mal de mer; — *Hygiène* : Une maladie du lait.
LIVRES NOUVEAUX
FORMULAIRE
NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)
Bruit de galop.
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Internat.* — Anatomie. — Séance du 16 janvier 1905 : MM. Fayolle, 13; Combier, Feuillée et Dupont, 11 ; Le Moine, Broca, Reubsaët, et Davesne, 10; Rœderer et Marre, 9; Séjournet et Etrempreis, 8.

Pathologie. — Séance du 16 janvier 1905 : MM. Lemeland, 13; Faix, 11; Moulu, 10; Flandin et Sloog, 8; Lamouroux, 7; Hermotte et Colibert, 6; Caivadias et Alexandre, 4.

— *Concours pour la médaille d'or.* — Sont désignés pour faire partie du jury du concours de la médaille d'or :

Médecine : MM. Richardière, Carnot, Hallopeau, Claude et Legueu.

Chirurgie et accouchements : MM. Guinard, Lombard, Rochard, de Massary et Pinard.

Ont déposé des mémoires :

Pour le concours de médecine : MM. Vitry, Gaultier, Boidin, Paisseau, Dreyfus-Rose, Touchard, Lhermitte, Gauckler, Rostaine et Louste.

Pour le concours de chirurgie et accouchements : MM. Mercadé, Gernez, Chevassu et Heitz.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade de commandeur. — M. le docteur Gauchot (de Chambois).

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Cornet, Landouzy (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Bouvret (de Frasne-le-Château), Despeignes (des Echelles), Dubief (de Paris), Fesquet (de Sumène), Guillon (d'Egleny), Jay (de Clermont-Ferrand), Millée (de Paris), Perrier, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, directeur du Muséum d'histoire naturelle à Paris; Rouget, médecin-major de première classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce, et Thomas (de Paris).

MM. les pharmaciens Delahaye (de Doullens), Fontaine (de Brécey), Nicolas (de Paris) et Raynaud (de Biarritz).

BANQUET. — Les collègues et amis du docteur Paul Archambaud lui offrent un banquet à l'occasion de sa nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur. Ce banquet aura lieu le mardi 7 février 1905 à sept heures et demie du soir, au restaurant Marguery, 36, boulevard Bonne-Nouvelle, sous la présidence du docteur Alcide Treille, sénateur. Prix de la cotisation : 20 francs. Adresser les adhésions au docteur L.-G. Roy, 21, rue Soufflot, Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 23 au 28 janvier 1905)

EXAMENS DE DOCTORAT

Jeudi 26 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Faure et Auvray.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Guiart et Maillard.

2e, *Salle Charcot* : MM. Pouchet, Launois et Langlois; — M. Richaud, suppléant.

Vendredi 27 janvier, à une heure. — 2e, *Salle Thouret* (1re série) : MM. Gautier, Ch. Richet et Retterer; — *Salle Corvisart* (2e série) : MM. Gariel, Gley et Branca.

3e (1re partie, oral) : MM. Kirmisson, Sébileau et Potocki; — M. Broca (André), suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Reclus,

Broca (Aug.) et Pierre Duval; — (2e série) : MM. Tuffier, Legueu et Proust; — M. Mauclaire, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Claude, suppléant.

Samedi 28 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. de Lapersonne, Thiéry et Morestin.

3e (2e partie, oral) : MM. Hutinel, Troisier et Besançon; — M. Carnot, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Chantemesse, Thiroloix et Goujet; — (2e série) : MM. Gilbert, Méry et Jeanselme; — M. Vaquez, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Brindeau; — M. Guiart, suppléant.

THÈSES

Mercredi 25 janvier 1905. — M. Desjardins. Étude sur les pancréatites. (MM. Terrier, président; Blanchard, Déjerine et Gosset.) — M. Dubeuil-Chambardel. L'artère poplitée et ses branches terminales (variations anatomiques et morphogénie). (MM. Blanchard, président; Terrier, Déjerine et Gosset.) — M. Trombert. Contribution à l'étude des troubles de la sensibilité objective dans l'acroparesthésie. (MM. Déjerine, président; Terrier, Blanchard et Gosset.)

CIRRHOSE GRAISSEUSE AVEC ASCITE HÉMORRAGIQUE

CHEZ UNE DIABÉTIQUE

Par Ch. AUBERTIN

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

En dehors du diabète bronzé la question des cirrhoses chez les diabétiques est encore assez obscure pour qu'il soit utile d'en recueillir avec soin les observations anatomo-cliniques, surtout quand à la cirrhose s'associent de graves lésions cellulaires. De tels faits pourront peut-être éclairer la distinction entre le diabète *par insuffisance hépatique* et le diabète *compliqué d'insuffisance hépatique*, distinction parfois difficile à faire, mais importante au point de vue thérapeutique. La première de ces formes, bien décrite cliniquement par MM. Gilbert et Weil, manque encore d'un substratum anatomique indiscutable, puisque leurs deux malades ne présentaient que des lésions hépatiques insignifiantes.

Dans le cas que nous avons observé les lésions étaient au contraire très intenses, tellement intenses même que nous devons nous demander si la malade n'a pas succombé à sa lésion hépatique plutôt qu'à l'intoxication diabétique.

Il s'agit d'une femme de soixante ans, diabétique depuis cinq ans au moins, dit-elle, et entrée dans le service de M. Vaquez pour faiblesse générale et asthénie progressive. Elle est d'une obésité extrême et présente au complet les signes du diabète dit constitutionnel; elle urine 150 grammes de sucre par jour avec une polyurie de 3 litres. Le foie, difficile à palper à cause de l'épaisseur du pannicule adipeux, est augmenté de volume, mais n'est pas douloureux à la pression. Rate difficile à palper; pas de veines sous-cutanées, pas d'ascite appréciable. Pas d'ictère; ni pigments normaux, ni urobiline dans l'urine.

La faiblesse est extrême et augmente tous les jours malgré le régime et un traitement tonique énergique. L'asthénie augmente, les urines deviennent rares, la soif et l'appétit diminuent rapidement et, huit jours après son entrée, la malade tombe dans un état demi-comateux. Réaction de Gerhardt positive dans l'urine, légère albuminurie. Odeur chloroformique de l'haleine; pas de respiration de Kussmaull; hypothermie. La malade se plaint vaguement de douleurs abdominales. Délire léger; toujours pas d'ictère ni d'hémorragies; mort après trente-six heures dans le coma.

A l'autopsie, on trouve dans la cavité abdominale environ 8 litres de liquide hémorragique, très foncé, brunâtre. Aucune altération artérielle, aucun néoplasme abdominal, aucune lésion de péritonite chronique même dans les environs du foie; il y a seulement une surcharge graisseuse énorme de l'épiploon et du mésentère. Cette ascite hémorragique contenait du sucre qui n'a pas été dosé.

Le foie est énorme mais ne pèse que 2k500, car il est entièrement graisseux. Il est néanmoins très ferme, dur à la coupe, et parcouru par de petites travées fibreuses nettes ne formant pas de granulations comme dans la cirrhose de Laënnec. La vésicule contient une petite quantité de bile très pâle. Rien aux voies biliaires. La rate est grosse.

Les reins sont gros, pâles et dégénérés; le pancréas ne présente aucune lésion macroscopique. Pas de tuberculose pulmonaire. Aucune lésion des autres viscères.

Examen histologique. — La cirrhose est des plus irrégulières comme topographie et très différente du type de la cirrhose alcoolique. Ce sont de grandes bandes conjonctives qui ne forment ni îlots réguliers, ni anneaux, et envoient dans toutes les directions des prolongements assez étendus qui se résolvent en fines arborisations intercellulaires. Elle est extrêmement riche en cellules rondes et ne contient pas de néo-canalicules biliaires, mais d'assez nombreux néo-vaisseaux dilatés, sans formations caverneuses. Elle est à maximum péri-portal; pas de lésions notables des vaisseaux portes ni des canaux biliaires.

Les lésions cellulaires sont très marquées. La dégénérescence graisseuse frappe dès l'abord et est tellement intense que la coupe rappelle, en certains points, la cirrhose graisseuse des tuberculeux. On voit tous les stades de la dégénérescence et de l'infiltration, depuis les petits vacuoles protoplasmiques jusqu'à l'énorme goutte graisseuse remplissant une cellule dont le noyau est parfois conservé. Cette dégénérescence graisseuse a tendance à offrir une disposition nodulaire. Certains points, compris entre deux travées, ont l'aspect du pannicule graisseux sous-cutané. D'autres sont relativement indemnes mais présentent néanmoins de grosses lésions.

Ces régions sont extrêmement dégénérées. Il est impossible d'y reconnaître l'architecture trabéculaire du foie. Les cellules sont en effet tellement tuméfiées qu'elles viennent au contact les unes des autres et que les capillaires ont disparu de sorte que le foie est presque vide de sang. Les cellules se touchent toutes, il n'y a plus de trabécules visibles. Le protoplasma de ces cellules est granuleux et vacuolaire; il ne contient ni graisse, ni pigment biliaire, ni pigment ferrique. C'est la tuméfaction trouble des auteurs. Le noyau est tuméfié et se colore à peine tandis que les noyaux des cellules conjonctives prennent énergiquement l'hématéine. Le glycogène n'a pu être recherché.

Les reins présentent des lésions dégénératives très accentuées, mais pas de lésions interstitielles. Le pancréas ne présente pas de sclérose ni de grosses lésions; mais son mauvais état de conservation ne permet pas une étude fine des îlots de Langerhans.

Les lésions du foie sont donc ici des plus marquées, puisque les rares groupes cellulaires qui ont été épargnés par la dégénérescence graisseuse sont atteints de lésions parenchymateuses intenses et sont en voie de nécrose. Il y avait évidemment insuffisance hépatique presque absolue et nous devons nous poser la question de savoir si le coma qui a précédé la mort était bien du vrai coma diabétique ou s'il n'était pas symptomatique d'une insuffisance hépatique aiguë. Le tableau clinique participait des deux syndromes à la fois et l'on peut admettre qu'il y avait association de l'un et de l'autre.

Mentionnons la présence d'ascite hémorragique, rare en dehors des néoplasmes et des péritonites chroniques, et peu commune dans les cirrhoses même compliquées de stéatose.

Nous n'avons pas le droit d'affirmer d'une façon certaine que cette cirrhose est d'origine diabétique. Notons cependant que son aspect histologique diffère

notablement de celui de la cirrhose graisseuse commune, alcoolique ou tuberculeuse. Nous pouvons d'ailleurs ici affirmer qu'elle n'est pas tuberculeuse et nous avons des raisons anatomiques de penser qu'elle n'est pas alcoolique. Son type histologique se rapprocherait plutôt de celui de la cirrhose dyspeptique décrite par Boix (sclérose porto-biliaire n'envahissant que rarement les régions sus-hépatiques; îlots de tissu scléreux s'insinuant entre les rangées de cellules hépatiques et ayant tendance à dissocier les trabécules et même les cellules; infiltration graisseuse légère). Notre cas présente des lésions analogues mais beaucoup plus accentuées. La structure de cette cirrhose est donc celle d'une cirrhose par auto-intoxication : il semble logique de la rattacher au diabète.

Mais on pourrait également soutenir que le diabète n'est que la conséquence de la cirrhose et que nous nous trouvons en présence d'un cas de « diabète par anhépatie ». Nous ne le croyons pas, car l'histoire clinique est assez différente du tableau tracé par MM. Gilbert et Weil, et que chacun peut observer en étudiant de près un certain nombre de diabétiques constitutionnels. C'est ainsi que nous suivons depuis plusieurs années un homme de cinquante ans, arthritique, obèse et gros mangeur (1), qui eut, il y a, sept ans, sa première crise de colique hépatique et qui, depuis cette époque, a souffert à maintes reprises d'accidents légers de lithiase biliaire non infectée, améliorée par la cure annuelle de Vichy. Le foie, examiné il y a cinq ans, était gros, même en dehors des crises de colique hépatique, mais non douloureux. Pas de subictère ni de pigments dans les urines en dehors des crises. Pas de glycosurie. Il y a six mois, apparition d'un diabète caractérisé : polydipsie, polyphagie, langue sèche, polyurie, forte glycosurie (170 grammes de sucre par vingt-quatre heures). Pourtant, malgré une alimentation extrêmement abondante, la quantité d'urée n'est que de 18 grammes par jour en moyenne. Pas d'indican ni de pigments biliaires. Avec un régime de sévérité moyenne, sans opothérapie hépatique ni médicaments, la quantité de sucre est tombée à zéro en moins de trois semaines, et s'y maintient actuellement, le régime étant continué; en même temps les autres symptômes diabétiques ont disparu. Malgré son taux très élevé, cette glycosurie semble donc purement alimentaire. Ici la priorité évidente de la lésion hépatique, le caractère purement alimentaire de la glycosurie, l'hypoazoturie relative imposent l'idée d'un diabète d'origine hépatique semblable aux cas décrits par Gilbert et Weil, mais beaucoup plus accentué.

Au contraire, chez la malade dont nous avons rapporté l'histoire, c'est évidemment le diabète qui a commencé, car il date de cinq ans au moins, tandis que les lésions de cirrhose semblent relativement jeunes et assez rapidement constituées. De plus nous ne trouvons cliniquement aucune des causes généralement invoquées dans la genèse des hépatites scléreuses (alcoolisme, tuberculose, lithiase, syphilis) et la cirrhose ne ressemble histologiquement à aucune de ces formes. Nous croyons donc avoir affaire ici à un diabète compliqué de cirrhose, et non à une cirrhose avec diabète. Cependant la question est ici impossible à trancher d'une façon certaine, d'autant plus que, pour avoir le droit d'affirmer l'origine hépatique de ce diabète, il eût fallu que l'étude du syndrome urinaire révélât une insuffisance fonctionnelle du foie, non pas au moment où nous avons pu observer la malade, mais il y a plusieurs années, au début même de l'apparition de la glycosurie. . . . .

(1) Notons dans les antécédents de ce malade un point intéressant : sa mère, bien portante jusqu'à l'âge de soixante-treize ans, fut opérée à cette époque d'un volumineux kyste de l'ovaire. A la suite de cette opération, d'ailleurs suivie de guérison rapide, apparut un diabète léger mais incontestable (20 à 30 grammes de sucre par jour) qui céda rapidement au régime ordinaire et dont toute trace a actuellement disparu (action du chloroforme sur la cellule hépatique?).

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DES HÉMORRAGIES DU TUBE DIGESTIF

Dans un récent travail (1), M. L. Passier étudie le traitement des hémorragies digestives par les grands lavements chauds et le chlorure de calcium.

Les propriétés hémostatiques et antiphlogistiques de l'eau chaude sont depuis longtemps connues : il faut cependant arriver à la moitié du XIXe siècle pour qu'on en fasse usage sous forme d'injections dans le traitement d'affections déterminées. Trousseau les recommande dans les métrorragies, Eisenmann dans les néphrites et les péritonites, Emmet en généralise l'emploi en gynécologie, Reclus conseille les lavements chauds dans le traitement des affections utérines, R. Tripier dans le traitement des gastrorragies et de la dysenterie.

Quant aux sels de chaux, on sait, depuis Green (1887), qu'ils favorisent la coagulation du sang. Quelques années plus tard, à la suite des expériences d'Arthus et de Pagès, Wright expérimente l'action du chlorure de calcium, d'abord *in vitro* puis *in vivo*. De ses recherches il conclut que, donné à certaines doses relativement faibles, le chlorure de calcium constitue un bon hémostatique. Cette conclusion a été confirmée par P. Carnot, et, tout récemment par Mathieu qui, peu satisfait des traitements habituellement employés pour obtenir l'hémostase dans les hémorragies intestinales des typhiques, a cherché si l'association des lavements chauds et du chlorure de calcium ne donnerait pas de meilleurs résultats. Il a essayé cette combinaison lors d'une épidémie de fièvre typhoïde en 1900; l'expérience clinique ayant été favorable, il a été amené à traiter systématiquement toutes les hémorragies gastro-intestinales par ce procédé.

En présence de toute hémorragie abondante de l'estomac ou de l'intestin, il conviendra d'abord de mettre les malades au repos le plus complet possible : celui-ci sera maintenu au lit d'une manière absolue dans le décubitus dorsal ou même, au besoin, dans la position déclive. Il ne lui sera pas permis de se lever pour aller à la selle. Toute nourriture par la bouche sera supprimée jusqu'à ce que l'hémorragie se soit

(1) Th. de Paris 1904; J. Rousset, éditeur.

un peu arrêtée. Croit-on se trouver en présence d'un ulcère de l'estomac, on suspendra pendant deux jours toute ingestion de solides et de liquides ; on ne tolérera que quelques cuillerées d'eau à des intervalles espacés ; on prescrira quelques lavements alimentaires. Si les signes cliniques laissent au contraire penser que le sujet a une hémorragie de la partie inférieure de l'intestin grêle ou du côlon, on pourra, dès le début, le soumettre au régime hydrique, en lui faisant prendre de l'eau en petite quantité chaque fois et à des intervalles peu espacés. Dans les deux cas cependant, il ne faut pas vouloir reprendre trop vite l'alimentation.

Si les lavements alimentaires sont mal supportés, ou si l'état général est très grave, on pourra, concurremment, injecter sous la peau en une ou deux fois 1 000 ou 1 200 grammes de sérum physiologique.

Pour immobiliser la paroi abdominale, on choisira entre la glace et les cataplasmes chauds ; pour modérer les mouvements péristaltiques de l'intestin, rien ne vaut l'opium, sous forme d'extrait thébaïque en pilules d'un centigramme (à prendre toutes les deux heures) ou la morphine, en injections hypodermiques.

Si malgré tout l'hémorragie ne s'arrête pas, M. Dieulafoy conseille l'intervention chirurgicale. Mais celle-ci ne va pas sans faire courir de grands dangers aux malades, et, en outre, il n'est pas toujours facile à l'opérateur de découvrir la partie lésée.

Aux médicaments hémostatiques habituels : liqueur de Heller, eaux de Paglieri, de Pellacci, de Bocchieri, de Goulard, de Rabel, extrait de ratanhia, de cachou, noix de galle, tannin, perchlorure de fer, azotate d'argent, ergot, hydrastis canadensis, hamamelis virginica, adrénaline, gélatine, M. Mathieu préfère alors les lavements chauds et associés au chlorure de calcium, et voici comment il procède :

« Le malade est immobilisé le plus complètement possible ; les bains froids sont donc suspendus et remplacés par de simples enveloppements à l'aide du drap mouillé.

Le lait est supprimé et remplacé pendant deux ou trois jours par une certaine quantité d'eau.

On donne tous les jours deux lavements d'eau bouillie, à 48 degrés, à faible pression, à l'aide d'un bock à injections placé de vingt à quarante centimètres au-dessus du lit.

A chaque lavement, on ajoute 4 grammes de chlorure de calcium et on en fait prendre 2 grammes par la bouche en solution aqueuse. »

Ces lavements sont chacun d'un litre et doivent être pris lentement, en un quart d'heure environ, le malade étant placé dans le décubitus horizontal et sur le dos.

« Il me paraît utile, ajoute M. Mathieu, de compléter le traitement par une petite dose d'extrait thébaïque, 4 ou 5 centigrammes en pilules d'un centigramme espacées.

Dans quelques cas, j'ai donné trois doses espacées de 5 grammes de sous-nitrate de bismuth ; ce médicament a la propriété de désodoriser les selles d'une façon remarquable. »

En cas de gastrorragie, le traitement différera peu ; on pourra, comme le conseille M. Mathieu, recourir en cas de besoin aux injections de sérum, aux lavements alimentaires, et, en un mot, à tous les remèdes capables de soutenir l'état des malades.

Les grands lavements chauds peuvent ramener du sang rouge, soit liquide, soit en caillots, lorsque l'hémorragie n'est pas encore arrêtée ; mais M. Mathieu déclare qu'il ne connaît pas de cas dans lesquels l'hémorragie n'ait pas fini par céder. « Cette éventualité, ajoute-t-il, pourrait évidemment se produire si le vaisseau saignant était de calibre trop considérable. »

Il a remarqué aussi que, si « le premier lavement ramène des caillots de sang plus ou moins noirs, les lavements antérieurs en sont exempts ».

Il considère en outre « comme un sérieux avantage de débarrasser l'intestin du sang extravasé. En effet, lorsque celui-ci séjourne dans le tube digestif, il s'y putréfie, ce qui devient une cause nouvelle d'intoxication et de fièvre ».

Le chlorure de calcium est habituellement bien toléré. Cependant quelques auteurs signalent des accidents d'intolérance à la suite de son administration et particulièrement de la céphalée. Des recherches des différents auteurs, il résulte que la dose ordinaire de chlorure de calcium, administré par la voie buccale, doit être d'environ 4 grammes. Cependant, dans les cas où on associe ce médicament aux lavements chauds, M. Mathieu conseille de n'en donner qu'un gramme par la bouche et 3 grammes en lavement dans les vingt-quatre heures.

La durée du traitement varie surtout selon la dose. Roger conseille de ne pas le prolonger plus de quatre jours, quel que soit l'effet obtenu. D'autres, ne donnant que des doses faibles de sel (50 centigrammes à 1 gramme), ne craignent pas de l'administrer pendant huit à quinze jours. L'élimination du sel est assez rapide pour ne pas craindre son accumulation dans l'organisme. Toutefois, il sera prudent de ne le prescrire que chez des malades dont le rein paraît normal.

L. BABONNEIX.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 9 JANVIER 1905)

Trypanosomiase et tsétsé dans la Guinée française. — M. A. LAVERAN a déjà montré, dans une note antérieure (séance du 31 octobre 1904), que, en dehors de la trypanosomiase humaine, endémique dans la plus grande partie de la haute Guinée, on observe, dans la Guinée française, une trypanosomiase des équidés ; il a signalé également l'existence de plusieurs espèces de *glossina* (*Gl. palpalis, Gl. morsitans* notamment) dans différentes localités de la Guinée française.

Depuis la publication de cette note, grâce aux documents fournis par le docteur Tautain, secrétaire général de la Guinée française, M. Laveran a pu compléter sa communication, et il peut conclure que les *glossina* ou *tsétsé* abondent dans presque toute l'étendue de la Guinée française, où l'existence de plusieurs maladies à trypanosomes est déjà démontrée : la trypanosomiase humaine et une ou plusieurs trypanosomiases des équidés dont la nature n'est pas encore exactement connue.

Sensibilité spéciale de l'oreille physiologique pour certaines voyelles. — M. MARAGE a fait un certain nombre d'expériences ayant pour but d'établir le rapport qu'il y a entre l'énergie d'une voyelle, la distance à laquelle elle est entendue et la note sur laquelle elle est émise.

Les professeurs de chant admettent que l'on peut chanter n'importe quelle voyelle sur n'importe quelle note ; mais comme l'oreille est plus sensible à certaines voyelles émises sur certaines notes, on s'explique que les chanteurs ne se gênent pas pour changer une voyelle émise sur une note uniquement pour être agréable à leurs auditeurs.

M. Marage pense que ces expériences peuvent donner lieu aux applications suivantes :

1° La *note des sirènes* employées sur les côtes est actuellement le *ré* après avoir été le *la;* peut-être y aurait-il lieu de chercher si des notes plus aiguës n'auraient pas une portée plus grande tout en exigeant une dépense moindre d'énergie;

2° Dans les *acoumètres,* il est indispensable non seulement d'avoir une vibration de nature déterminée, mais encore de bien connaître la note fondamentale sur laquelle cette vibration est émise.

Dosage de l'oxyde de carbone dans les athmosphères confinées, par MM. Albert Lévy et A. Pécoul. — Dans les athmosphères confinées dont l'étude leur est confiée par la Ville de Paris (écoles publiques, salles d'hôpital, voitures et tunnels du métropolitain, etc.) les auteurs dosent l'oxyde de carbone, même à l'état de trace, par la méthode si sensible et si précise, indiquée par M. Armand Gautier, fondée sur les réductions de l'acide iodique anhydre à une température comprise entre 60 et 80 degrés.

Les auteurs dosaient d'abord l'iode ainsi mis en liberté par la méthode Rabourdin-Nicloux (potasse, acide nitreux, sulfure de carbone), mais en ayant soin de ne chauffer l'acide iodique qu'à 70 degrés, comme l'avait indiqué M. Gautier, et non à 120 degrés pour éviter l'action des autres gaz réducteurs de l'air.

Les auteurs ont simplifié le dosage, en recueillant l'iode directement dans 3 à 4 centimètres cubes de chloroforme bien distillé.

Les expériences qu'ils ont faites avec un appareil de leur invention ont établi les faits suivants :

1° Tout l'iode mis en liberté est retenu par le chloroforme. On a pu retrouver la totalité de l'oxyde de carbone contenu dans une athmosphère artificielle connue.

Après son passage à travers le chloroforme, l'air n'agit plus sur une solution de potasse. Il a donc cédé au chloroforme la totalité de son iode;

2° Le procédé est quantitatif. En comparant la coloration du chloroforme à une gamme de colorations obtenues en versant dans le même volume de liquide des poids d'iode connus, on obtient la proportion d'oxyde de carbone à 1/200000 près.

Recherches physico-chimiques sur l'hémolyse. — M. Victor Henri a entrepris avec Mlle P. Cernovodeanu l'étude systématique du processus de l'hémolyse dans le but d'analyser le mécanisme de l'action des hémolysines et des différents corps qui favorisent ou empêchent leur action. Leurs expériences leur permettent d'émettre les propositions suivantes :

1° La vitesse d'hémolyse est indépendante de la quantité de globules rouges mis en contact avec une quantité donnée de sérum de chien;

2° Une quantité donnée de sérum de chien n'est capable d'hémolyser qu'une quantité limitée de globules rouges de poulet;

3° La vitesse d'hémolyse augmente lorsqu'on augmente la quantité de sérum; cette vitesse augmente bien plus rapidement que la quantité de sérum;

4° La vitesse d'hémolyse est très lente dans les cinq à dix premières minutes, puis elle augmente rapidement et se ralentit ensuite régulièrement jusqu'à la fin;

5° La loi suivant laquelle se produit l'hémolyse des hématies de poulet par le sérum de chien est une logarithmique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 17 JANVIER 1905)

Si cela continue ainsi, l'Académie ne sera bientôt plus qu'un bureau annexe du ministère de l'Intérieur. Quelques rapports officiels, quelques présentations d'ouvrages et, de temps en temps, une lecture par un confrère étranger à l'Académie, tels sont actuellement les ordres du jour; aussi les séances deviennent-elles de plus en plus courtes; de communications originales, de discussions scientifiques il n'est plus question. Alors que rue des Saints-Pères les bancs réservés au public étaient insuffisants, la grande galerie de la nouvelle salle est toujours vide. Il ne vient plus personne et cela se comprend. Le rôle des académiciens semble se borner aujourd'hui à voter pour ou contre tel ou tel candidat et à toucher les jetons de présence. Seule parmi toutes les sociétés médicales, l'Académie présente cette inertie et cette indolence. A l'Académie des sciences, à la Société de chirurgie, à la Société médicale des hôpitaux, aux Sociétés de biologie, de neurologie, aux sociétés d'arrondissement on travaille, on discute. A l'Académie, on dort aux séances et on bavarde dans les couloirs. Cela durera-t-il ainsi indéfiniment? Que sont devenues les polémiques ardentes d'autrefois, les discussions passionnées sur des sujets de pathologie générale, de clinique, d'hygiène, de chirurgie auxquelles prenaient part des orateurs comme Malgaigne, Huguier, Trousseau, Jules Guérin, Tardieu, Chauffard, Lasègue, Bouley, Peter, Trélat, Bergeron, Davaine, Pasteur, Colin (d'Alfort), Gavarret, Blot, Depaul et bien d'autres?

Qu'on nous pardonne ces souvenirs lointains, ces réflexions amères, mais justes, et reprenons notre fastidieux compte rendu hebdomadaire.

Ankylostome des mineurs. — Ouverte à 3 h. 10 la séance a été levée à 3 h. 35, l'ordre du jour étant épuisé. Une seule communication à signaler, celle de M. Bréhon, médecin de la compagnie des mines de Béthune, sur l'ankylostome des mineurs. Il apporte une statistique d'où il ressort que l'ankylostome est au moins très rare dans les selles des mineurs du Nord. Sur 6000 ouvriers qu'emploie la Compagnie, 4737 travaillent « au fond » et sont répartis en 9 puits : un seul de ces puits paraît infecté. Sur 1193 mineures examinés par le docteur Bréhon, 0,4 pour 1000 seulement présentaient de l'ankylostome. En revanche, il a trouvé 603 fois le trichocéphale, et 118 fois l'ascaris.

La raison de cette rareté, pour M. Bréhon, est dans ce fait que les mines du Nord ne présentent pas d'infiltrations souterraines, ni d'eaux stagnantes, enfin que la température y est inférieure à 23 degrés. Dans le bassin de Liège et de Saint-Etienne, où l'ankylostome est plus abondant, il y a, au contraire des infiltrations et la température des galeries varie de 25 à 30 degrés, toutes circonstances favorables à l'éclosion des œufs du parasite.

La minime proportion trouvée à Béthune peut encore s'expliquer par les mesures sérieuses de prophylaxie adoptées par la Compagnie. Non seulement les mineurs ne boivent que de l'eau bouillie, mais aucun ouvrier nouveau n'est engagé avant d'avoir subi une observation médicale, et les ouvriers ayant travaillé dans des mines étrangères sont impitoyablement écartés, l'expérience ayant démontré que leurs selles sont infectées dans la proportion de 10 p. 100.

Thérapeutique oculaire. — M. Chauvel a lu un rapport sur le travail de M. Landolt, relatif au traitement du strabisme

par l'allongement opératoire des muscles de l'œil, et sur un travail de M. Darier, concernant l'emploi des sels organiques d'argent en thérapeutique.

ANALYSES

MÉDECINE

De la cirrhose cardio-tuberculeuse chez l'enfant. (Mme E. Lenos. Th. de Paris, 1904.) — Cliniquement, les malades atteints de cirrhose cardio-tuberculeuse se présentent comme des hépatiques, et non comme des cardiaques. Aussi leur affection est-elle fréquemment méconnue. La cirrhose cardio-tuberculeuse possède cependant des signes assez particuliers. Les plus importants d'entre eux sont la cyanose, l'embryocardie et l'absence du choc précordial. A ces signes on peut ajouter la petitesse du pouls, la dyspnée d'effort, l'hépatomégalie, l'ascite, les œdèmes, la circulation veineuse collatérale, l'hyperglobulie et, enfin, l'asystolie.

Le pronostic, toujours sévère, n'est pas absolument fatal : on connaît en effet un certain nombre de cas où la marche progressive de l'affection a été arrêtée par des rémissions plus ou moins longues, d'autres même assurément bien rares, où la guérison s'observe. Mais alors les malades gardent indéfiniment un aspect malingre et souffreteux : toute leur vie ce seront des infantiles.

Le traitement sera d'abord purement hygiénique. A la phase d'état, on pourra, suivant les cas, utiliser la théobromine, la digitale, le strophantus; le régime déchloruré convient aux périodes terminales où l'ascite et les œdèmes se sont définitivement installés. L. BABONNEIX.

Contribution à l'étude du traitement de la maladie de Basedow par le sérum antithyréoïdique [Mœbius]. (Hempel. *Munch. med. Wochens.*, n° 1, 3 janv. 1905, p. 14.) — **Quelques observations sur l'antithyréoïdine de Mœbius.** (Thienger. *Munch. med. Wochens.*, n° 1, 3 janv. 1905, p. 15.) — L'antithyréoïdine ou sérum antithyréoïdique de Mœbius n'est autre chose que du sérum de moutons thyroïdectomisés. Six semaines après l'extirpation du corps thyroïde ces animaux sont saignés; leur sérum est mélangé avec 0,5 p. 100 de phénol, et livré au commerce en tubes de 10 centimètres cubes hermétiquement clos.

Pour traiter avec ce sérum la maladie de Basedow, on l'administre par voie buccale, à la dose de 5 centimètres cubes par jour, mélangé avec du vin.

Hempel rapporte l'observation d'une femme atteinte de goitre exophtalmique et chez laquelle ce mode de traitement a déterminé rapidement une amélioration de l'état général, une augmentation du poids du corps, une régression notable de la tumeur thyroïdienne et de l'exophtalmie, en même temps qu'un ralentissement et une régularisation du pouls.

Thienger rapporte quatre observations. Dans le premier cas le résultat thérapeutique fut nul; dans le deuxième et le troisième cas l'état général s'améliora, le poids du corps s'éleva et la fréquence du pouls diminua. La quatrième malade était plus gravement atteinte : on notait chez elle un état fébrile continu et une menace d'asystolie. C'est dans ce dernier cas que les effets de l'antithyréoïdine semblèrent le plus favorables : en même temps que la température revint à la normale, l'exophtalmie disparut presque complètement, la tumeur thyroïdienne rétrograda rapidement, le tremblement cessa; le cœur se ralentit et se régularisa; enfin la malade, dont l'état général nécessitait le séjour au lit, reprit rapidement ses forces et put se lever. H. LEMIERRE.

Endémie de leucémie myélogène. (Ludwig Arnsperger. *Munch. med. Woch.*, n° 1, 3 janv. 1905, p. 9.) — Onze cas de leucémie myélogène ont été observés en l'espace de deux ans, dans la vallée de l'Enz, entre les deux villes de Pforzheim et Mühlacker distantes de quelques kilomètres. Rien dans l'histoire clinique des malades, ou dans les conditions hygiéniques du pays, ne permet d'expliquer cette endémicité de la maladie. Un seul point à noter : cette région était autrefois un foyer constant de fièvre typhoïde; on relève cette maladie dans les antécédents de plusieurs des sujets leucémiques.

A. LEMIERRE.

Le second bruit aortique et l'hypotension vasculaire constitutionnelle. (*La Clinica medica italiana*, n° 10, oct. 1904.) — D'observations cliniques minutieuses faites sur dix-huit malades présentant le tableau symptomatique de l'hypotension artérielle constitutionnelle, le professeur Andréa Ferrannini tire les conclusions suivantes :

1° Dans l'hypotension artérielle constitutionnelle, l'intensité du second bruit aortique n'est pas égale pour tous les malades, c'est-à-dire n'est pas constamment faible quel que soit le cas. Au contraire on peut entendre à l'auscultation, selon les cas particuliers, un second bruit faible avec un premier bruit faible également, à la pointe; un second bruit fort avec un premier bruit à la pointe d'intensité normale ou inférieure à la normale; un second bruit fort avec timbre clangoreux; un second bruit faible contractant avec un premier bruit fort et à type résonnant. L'augmentation d'intensité du deuxième bruit aortique dénote un effort du myocarde; le timbre clangoreux quand il est associé à un second bruit fort indique la coexistence d'une ectasie aortique; le contraste apparent, entre un second bruit faible et un premier bruit à type résonnant, traduit un désordre dans le mécanisme des diverses parties de chaque révolution cardiaque.

2° Les différences notées dans le second bruit aortique sont des symptômes caractéristiques du degré de l'hypotension vasculaire et du degré de suffisance de l'action du myocarde; elles intéressent donc le clinicien au triple point de vue du diagnostic, du pronostic et de l'indication thérapeutique.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections intratrachéales. (Barbier-Bouvet. In-8°. Paris, Vigot frères.) — Le travail du docteur Barbier-Bouvet constitue une sorte de revue générale de la question des injections intratrachéales. Les nombreuses recherches dont cette méthode thérapeutique nouvelle a été l'objet, dans ces dernières années, donnent un intérêt particulier à cette étude.

L'auteur fait une étude générale de la thérapeutique trachéale; après avoir mentionné les procédés anciens d'injections par piqûre de la trachée et cathétérisme du larynx, le docteur Barbier-Bouvet expose avec soin et discute longuement le procédé nouveau d'injection préconisé par le docteur Mendel. Ce procédé consiste à projeter le liquide sur les parois du pharynx d'où il s'écoulerait facilement dans le larynx et la trachée.

Se basant sur les propres résultats cliniques et expérimentaux obtenus par le docteur Mendel lui-même et plusieurs de ses contradicteurs, le docteur Barbier-Bouvet conteste les conclusions de cet auteur.

Le docteur Barbier-Bouvet justifie encore ses critiques de

la méthode de Mendel par une série d'expériences personnelles faites avec l'aide du professeur Hédon (de Montpellier); ces expériences ingénieuses ont consisté à contrôler par l'auscultation la pénétration du liquide dans la trachée; très facile à percevoir quand le liquide était injecté par cathétérisme du larynx, le bruit de gargouillement caractéristique manquait presque constamment (entendu une seule fois au cours d'une vingtaine d'expériences), quand le liquide était injecté par la méthode du docteur Mendel.

De cette étude, le docteur Barbier-Bouvet croit pouvoir conclure à l'infidélité et à la difficulté relative de la technique du docteur Mendel; elle exige une accoutumance particulière du malade, capable d'empêcher les réflexes normaux de déglutition de se produire. La conclusion qui ressort de ce travail consciencieux et documenté, est que la seule technique à employer dans la pratique des injections intratrachéales reste le cathétérisme du larynx, pratiqué sous le contrôle du miroir.

Le docteur Barbier-Bouvet admet que les injections intratrachéales sont capables de procurer un véritable soulagement aux maux des tuberculeux pulmonaires, capables même de déterminer un certain nombre de guérisons apparentes et réelles chez des tuberculeux pris au début; elle lui semble particulièrement indiquée dans la clientèle pauvre quand la nécessité de travail empêche la mise en œuvre des procédés de traitement actuellement préconisés contre la tuberculose.

A l'appui de ces dernières conclusions, l'auteur publie des observations et des statistiques démonstratives qui lui ont été communiquées par le docteur Lacombe (de Paris). Le docteur Lacombe emploie un mélange d'essence d'eucalyptus et de gaïacol en suspension dans l'huile qu'il introduit par cathétérisme du larynx, sous contrôle du miroir.

P. VIOLLET.

CHIRURGIE

Etude comparative de la ténotomie à ciel ouvert et de l'extirpation partielle du sterno-cléido-mastoïdien dans le traitement du torticolis congénital. [E. Thiers (de Valence). Th. de Lyon, 1904.] — Pendant qu'il était interne dans le service de chirurgie infantile de la Charité de Lyon, l'auteur vit son maître, M. Nové-Josserand, pratiquer l'extirpation partielle du sterno-mastoïdien sur une série de malades atteints de torticolis.

Ce procédé opératoire, auquel M. Mikulicz a laissé son nom, n'est guère employé par les chirurgiens français. On lui préfère ordinairement chez nous la ténotomie à ciel ouvert.

Il était intéressant de comparer les deux méthodes.

C'est le but que s'est proposé l'auteur :

Voici les conclusions auxquelles aboutit son important travail :

La ténotomie à ciel ouvert, sans redressement forcé de la scoliose cervicale, peut donner des résultats très satisfaisants si l'on a soin de faire, dans un second temps opératoire, un large débridement des tissus aponévrotiques voisins.

Cependant la résection partielle paraît assurer plus souvent une attitude absolument parfaite de la tête et l'amplitude complète des mouvements.

Les deux méthodes laissent persister à peu près au même degré les petites imperfections consécutives au torticolis : asymétrie cranio-faciale, scoliose, etc.

La déformation du cou est à peu près la même dans l'une et l'autre méthode. Si la résection donne un certain aplatissement latéral à la base du cou, la ténotomie simple laisse souvent persister une bride, assez visible parfois.

La récidive est peut-être plus fréquente après la ténotomie qu'après la résection; cette dernière ne l'empêche pas absolument.

Les avantages invoqués en faveur de la résection : de ne pas nécessiter un traitement post-opératoire prolongé, d'enlever le tissu atteint de myosite interstitielle susceptible de rétraction, ne semblent pas très justifiés.

En résumé, on peut dire : les deux méthodes sont presque équivalentes; il y a cependant un léger avantage en faveur de la résection. D'où il résulte que la résection devrait être préférée, puisqu'elle n'est ni plus déformante, ni moins simple que la ténotomie. — En tout cas on doit préférer la résection dans les formes graves du torticolis et dans les récidives.

L. GAYARD.

PHYSIOLOGIE

Le mal de mer. (*Gaz. degl. Osp.*, n° 126, 20 oct. 1904.) — Un journal italien rappelait récemment un intéressant travail publié en 1903 par le professeur Binz, sur le mal de mer et sa pathogénie (1).

Cet auteur pensait qu'il faut rechercher la véritable cause de cette affection dans un état d'anémie cérébrale par vaso-constriction. Cette hypothèse lui avait été suggérée par la pâleur qui apparaît comme premier symptôme du mal de mer; il l'avait confirmée par des expériences sur les animaux, et avait invoqué aussi ce fait qu'on retire du bénéfice de l'emploi de certains remèdes vaso-dilatateurs comme le chloral et le nitrite d'amyle.

Le docteur Hagen-Torn, médecin de la marine russe, trouvant cette hypothèse suggestive, vient de revenir sur la question en apportant de nouvelles observations empruntées à sa longue expérience personnelle. Il commence par faire observer qu'en admettant la théorie du professeur Binz il n'en reste pas moins à déterminer comment les mouvements et les oscillations du navire peuvent produire la vaso-constriction et l'anémie consécutive. Ses observations répétées, sur lui-même et sur une cinquantaine d'officiers de son bord, lui ont fait penser qu'il s'agit d'un phénomène réflexe dû à l'impossibilité d'adapter le corps aux conditions constamment changeantes de tout ce qui l'entoure, c'est-à-dire d'un trouble de coordination provoqué par une cause extérieure à l'organisme.

Voici les faits qui d'après Hagen-Torn plaideraient en faveur de sa manière de voir.

I. Tout le monde n'est pas sujet au mal de mer, et tous ceux qui y sont sujets ne le sont pas à un égal degré ou de la même façon; chez les uns il est provoqué par la seule vue d'un navire oscillant sur l'eau, et d'autres en sont absolument indemnes même par les plus furieuses tempêtes. Les premiers possèdent un pouvoir d'adaptation très limité, les seconds en possèdent un très grand, c'est-à-dire un système nerveux presque insensible à cet ordre d'excitation.

II. Les personnes qui entreprennent un voyage dans un état normal au point de vue corporel et psychique souffrent moins facilement du mal de mer que celles qui ont supporté des fatigues, des privations, etc.

III. Les passagers frappés de mal de mer deviennent d'abord muets et pâles, puis de la station debout ils passent à la station assise et enfin s'étendent. Il y a des voyageurs qui ont constaté sur eux-mêmes qu'étendus dans leur cabine ils sont moins accessibles au mal de mer; l'auteur lui-même,

(1) *Centralbl. f. innere Medizin*, n° 29, 1903.

a remarqué qu'étant à table il se trouvait très bien de la position demi-étendue, alors qu'il éprouvait des troubles étant assis. C'est la position étendue qui lui était le plus favorable.

Tous ces faits tendent évidemment à démontrer l'influence que la position du corps a sur l'apparition du mal de mer. La supériorité de la position horizontale s'explique très bien par l'augmentation de la surface de contact du corps avec les objets qui l'entourent, ce qui réduit ainsi de beaucoup l'effort que le corps lui-même doit faire pour conserver son équilibre.

IV. On peut tirer des arguments analogues de faits physiologiques journaliers. Si d'une haute tour on regarde la région sous-jacente, on éprouve une sensation agréable tant que l'angle formé par le rayon visuel et le sol ne dépasse pas un certain degré; si on dirige les regards directement en bas le long des murailles verticales de la tour on est subitement pris de malaise et de vertige. L'œil n'ayant plus de points de repère pour apprécier la hauteur, l'adaptation des muscles oculaires cesse tout à coup d'être possible et le vertige apparaît.

Il en est de même pour les phénomènes vertigineux qui surviennent lorsqu'on tourne rapidement sur soi-même ou lorsqu'on roule en voiture à reculons en fixant la route.

V. L'auteur a observé pour sa part, qu'il n'éprouvait pas le mal de mer dans un petit bateau, quelque fortes que fussent les oscillations. Cela s'explique par ce fait que le corps n'a qas besoin d'adaptation pour conserver son équilibre, la rapidité de ses mouvements étant la même que celle du bateau à peu près.

VI. On risque moins de souffrir du mal de mer lorsque les mouvements ondulatoires se produisent suivant un seul arc du navire, longitudinal ou transversal; on risque au contraire beaucoup plus de l'avoir lorsque les mouvements deviennent irréguliers, violents et inattendus.

Tous ces faits, concordant avec les observations de Binz. ont amené Hagen-Torn à conclure que tout le complexus symptomatique constituant le mal de mer est la manifestation d'un phénomène réflexe ayant comme aboutissant la constriction des vaisseaux cérébraux.

Un moyen efficace de traitement consisterait à avoir des cabines suspendues à la cardan; il a déjà été proposé depuis longtemps, mais il est peu pratique et n'a jamais été appliqué.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

HYGIÈNE

Une maladie du lait. (*Bull. vétérinaire*. Cf. Union pharm., n° 1, janv. 1905.) — MM. Debains et Desoubry viennent d'effectuer des recherches sur une maladie du lait, qui attaque la crème seule et la rend gluante et filante comme de la mélasse. Le lactoplasma, ou masse du lait dépourvu de ses globules gras, ne subit aucunement l'altération de la crème.

Par leurs recherches bactériologiques et micrographiques, MM. Debains et Desoubry ont acquis la certitude que le mal était dû à :

1° Une diplo-bactérie aréolée ne prenant pas le Gram;

2° Un bacille fin et long se colorant par le Gram.

Ils prescrivirent, comme traitement, une désinfection méthodique et sérieuse des locaux par lesquels le lait passait (étable et laiterie).

Depuis six mois que l'on applique les mesures sus-indiquées, le lait n'a plus rien présenté d'anormal.

L. GAYARD.

LIVRES NOUVEAUX

La médication phosphorique basée sur un nouveau procédé de dosage de l'acidité urinaire (1). [Leçon faite à l'hôpital Tenon dans le service de M. le docteur P.-E. Launois, par le docteur Jean Nicolaïdi.]

En déterminant, par un nouveau procédé d'analyse, le degré d'hyperacidité ou d'hypoacidité de l'urine, en rapprochant les résultats obtenus de ceux fournis par la recherche de la densité, M. Joulie a pu établir une formule urinaire, donnant des indications précises sur les réactions humorales de l'individu, sur l'état des oxydations et des échanges organiques, sur le degré de minéralisation et aussi sur le chimisme des voies digestives.

Ayant démontré, par exemple, que les oxydations organiques sont d'autant plus exagérées que le degré d'hypoacidité est plus accusé, il a permis d'interpréter les modifications survenues dans certains états diathésiques, en particulier dans ceux que caractérise le ralentissement de la nutrition (diathèse arthritique ou herpétique). Il a eu aussi le mérite de reconnaître que l'acide phosphorique est l'agent le plus puissant de minéralisation et de régénération de l'organisme, et qu'il joue un rôle prépondérant dans le métabolisme des éléments cellulaires. En relevant le taux de l'acidité, cet agent exerce une influence manifeste sur les oxydations et les échanges organiques, et s'oppose, en particulier, à l'encombrement des tissus par les dépôts de phosphates alcalino-terreux, insolubles en milieu hypoacide.

Toutes ces données ont servi de base à la médication phosphorique. Cette médication peut être réglée dans tous ses détails, d'après la formule urinaire, et continuée pendant longtemps, l'acide phosphorique, même à dose relativement élevée, n'étant ni toxique, ni stéatosant; elle est donc très précieuse dans la cure de la gravelle, de la goutte, du diabète, de l'obésité, etc.

Pour que mes élèves puissent apprécier les résultats fournis par la médication phosphorique à laquelle j'ai volontiers et souvent recours dans mon service de l'hôpital Tenon, j'ai prié le docteur Nicolaïdi de leur exposer les recherches de M. Joulie et de leur montrer toute l'importance qu'elles ont au point de vue thérapeutique. Je le remercie de la peine qu'il a prise, et aussi de la façon dont il s'est acquitté de la tâche que je lui avais confiée.

P.-E. LAUNOIS.

FORMULAIRE

CONTRE LA FÉTIDITÉ BUCCALE

Eau de laurier-cerise.........	200 grammes.
Teinture de benjoin..........	100 —
Teinture de patchouli........	50 —
Liqueur de Labarraque.......	30 —

Une cuillerée à soupe, trois fois par jour, dans un verre d'eau en gargarisme. (*Bull. gén. de thérap.*)

(1) In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

BRUIT DE GALOP

DÉFINITION. CARACTÈRES CLINIQUES. — Le bruit de galop est un triple bruit caractérisé par l'adjonction, aux deux bruits normaux du cœur, d'un troisième bruit surajouté, diastolique.

Le plus souvent, le bruit surajouté précède presque immédiatement le premier bruit du cœur, dont il n'est séparé que par un intervalle plus court que le petit silence : il rappelle alors le rythme de galop d'un cheval (Potain), ou le rythme de l'anapeste (∪∪—), par opposition au rythme de dactyle (—∪∪) du rétrécissement mitral. Ce *bruit de galop présystolique* est d'autant plus net que le cœur bat plus vite.

Lorsque le cœur se ralentit, le bruit surajouté se rapproche, au contraire, du second bruit, au point de simuler un dédoublement de ce bruit (*galop postsystolique*).

Dans les cas intermédiaires, le bruit surajouté se fait entendre au milieu de la diastole : « Il contribue à produire, à chaque révolution cardiaque, trois bruits se succédant à intervalles presque égaux et séparés par un très court silence (*galop mésodiastolique*) » (Huchard. *Traité clinique des maladies du cœur et des vaisseaux.*)

Quel que soit le moment de la diastole auquel il apparaît, le bruit de galop est *sourd* ; c'est un choc, un soulèvement sensible plutôt qu'un bruit. C'est une sensation tactile plus encore qu'une sensation auditive (Potain). Aussi diminue-t-il par le sthétoscope.

Il *siège* un peu au-dessus et à droite de la pointe du cœur et coïncide habituellement avec un soulèvement sensible à la main, surtout vers le milieu de la région précordiale, soulèvement vague et étalé.

VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE. — Le bruit de galop peut exister normalement à l'état de vestige et à titre transitoire (Potain). Il ne devient pathologique que s'il est *intense, constant* et *durable* (Exchaquet).

A l'état pathologique, on le trouve dans :

1. La **néphrite chronique**. Presque constante dans cette affection (82,6 p. 100 des cas [Barié]), il y apparaît généralement à la période d'état, quelquefois même au début. Il y est, soit permanent, soit intermittent, n'apparaissant alors que sous l'influence d'un exercice un peu violent.

Coïncidant avec les signes rénaux (polyurie, albuminurie), respiratoires (dyspnée) et circulatoires (hypertrophie du ventricule gauche, hypertension artérielle), le bruit de galop de la néphrite chronique peut être protodiastolique, mésodiastolique ou présystolique suivant : α. la rapidité des battements du cœur ; β. la capacité du ventricule (Cuffer) : dans l'hypertrophie concentrique (sans dilatation), le bruit de galop est précoce ; dans l'hypertrophie excentrique (avec dilatation), il est tardif, présystolique. Il indique la fatigue du myocarde, c'est-à-dire la dilatation des cavités cardiaques (Fränkel, Lépine, d'Espine), dilatation pouvant aller jusqu'à produire une insuffisance mitrale fonctionnelle. Il disparaît en effet sous l'influence du repos et de la digitale.

2. L'**artério-sclérose** (Peter). Mêmes caractères.

3. Les **néphrites aiguës** (Exchaquet, Lépine, Merklen).

4. Les **péricardites.** Dans les péricardites, on peut observer deux bruits de galop : un vrai, analogue à celui de la néphrite chronique : un faux, constitué par un bruit de frottement présystolique (*rythme de locomotive* de Guttmann). Leyden signale un bruit de galop dans certaines *myocardites aiguës.*

5. Les **infections aiguës.** Cuffer et Barbillon ont observé, dans certaines *fièvres typhoïdes* hyperthermiques, un bruit de galop mésodiastolique, durant quelques jours, et dont ils font un signe d'asthénie cardiaque; Fränkel l'a signalé dans la *pneumonie,* le *typhus exanthématique,* la *diphtérie,* la *scarlatine,* la *granulie,* le *rhumatisme articulaire aigu.*

6. α. Certains auteurs décrivent un **bruit de galop droit,** à siège rétro-sternal, dans les *affections gastro-hépatiques* (embarras gastrique, lithiase biliaire, etc., [Potain, Barié]), et les *affections chroniques du poumon* : emphysème et bronchite chronique [Johnson], congestion pulmonaire, états asphyxiques (d'Espine).

β. Pour Chauveau (Th. de Paris, 1902), « il n'y a pas de bruit de galop droit et de bruit de galop gauche, mais simplement des galops que l'on entend mieux à droite ou à gauche, sans qu'il soit cliniquement possible d'affirmer que ce bruit prenne naissance dans le cœur droit ou dans le cœur gauche. »

PATHOGÉNIE. — Plusieurs théories (v. Chauveau, loc. cit.) :

A. **Théories rattachant le bruit de galop à une origine systolique.** — 1. Sibson, Barr, Samson, Peter : par suite de l'hypertension aortique et de l'excès de pression interventriculaire gauche qui en résulte, la valvule mitrale se referme plus rapidement que le tricuspide. Le bruit de galop ne serait donc qu'une variété de DÉDOUBLEMENT DU PREMIER BRUIT. — *Objection.* Le dédoublement du premier bruit diffère absolument du bruit de galop. Dans celui-ci, le double bruit se compose d'un bruit sourd, voilé, contrastant avec le bruit fort, bien frappé, qui le suit immédiatement; dans celui-là, au contraire, la première partie du bruit dédoublé est plus forte, plus vibrante que la seconde.

2. C. Paul, d'Espine, Bouveret et Chabalier : le bruit de galop est un bruit systolique, la systole du ventriculaire se faisant en plusieurs temps, et produisant un double claquement de la valvule mitrale. A cette théorie POLYSYSTOLIQUE du bruit de galop, on peut objecter qu'il existe des bruits de galop proto et mésodiastoliques qu'on ne peut attribuer à la systole ventriculaire.

B. **Théories rattachant le bruit de galop à une origine diastolique.** — 1. Pour Exchaquet, le bruit de galop serait dû à la SYSTOLE AURICULAIRE se faisant partiellement sentir à la pointe du cœur. — 2. Pour Potain, le bruit de galop est un bruit de diastole ventriculaire résultant de la DISTENSION BRUSQUE DU VENTRICULE sous l'influence de la contraction auriculaire. A l'état normal, le ventricule se remplit en deux temps : α. dans un premier, le sang s'écoule spontanément, sous l'influence de la vis a tergo (pression veineuse), de l'oreillette dans le ventricule ; β. dans un deuxième, la contraction de l'oreillette (présystole) chasse dans le ventricule, déjà partiellement rempli, le reste du sang qu'elle contient. A l'état pathologique [néphrite chronique] les conditions de la mécanique circulatoire se trouvent profondément troublées. L'hypertension artérielle détermine l'hypotension veineuse : la première phase de réplétion du ventricule s'effectue donc mal, incomplètement, et, lorsque survient la systole auriculaire, le ventricule gauche, préalablement altéré dans sa structure, se laisse *surprendre* en quelque sorte : à cette surprise, à cette dilatation brusque correspond le bruit de galop. Ainsi, pour Potain, deux conditions principales : 1° hypertension artérielle; 2° inextensibilité et faiblesse du ventricule, permettant d'admettre que, « si le muscle cardiaque perd sa tonicité, le ventricule, en se dilatant, arrive rapidement au point où la résistance fibreuse de sa paroi limite sa distension; celle-ci, brusquement arrêtée, produit une tension, un choc, et le bruit de galop. »

A cette théorie, longtemps classique, Chauveau objecte qu'il est difficile d'admettre « que la simple distension passive d'un ventricule ayant perdu son élasticité puisse donner lieu à ce bruit sourd, à cette sensation de choc, qui se marquent sur tous les tracés par un soulèvement qui ne peut être dû qu'à des phénomènes actifs du muscle cardiaque ».

3. Chauveau remarque que le bruit de galop est trop variable pour pouvoir être rattaché à une sclérose ventriculaire, nécessairement invariable; qu'il existe normalement à l'état de vestige; que jamais, sur les tracés, il ne se traduit par un soulèvement attribuable à une distension passive du ventricule ; qu'au contraire, les soulèvements de la courbe correspondante au bruit surajouté du galop ont toujours le caractère de phénomènes actifs.

Ce bruit est donc un phénomène diastolique dû aux phénomènes actifs de la diastole, et particulièrement aux CONTRACTIONS DES MUSCLES PAPILLAIRES. Ces contractions étant sous l'influence du système nerveux, on comprend que le bruit de galop puisse survenir à la suite d'actions nerveuses expérimentales : section du vague (Schiff), de la moelle (Chauveau), ou cliniques (émotions, fatigues, etc.), sans modifications préalables du myocarde ventriculaire.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Syphilis des annexes de l'utérus (fin), par R. PICHEVIN.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de chirurgie.
ANALYSES
Médecine : Des modifications de la voix parlée chez les pleurétiques; — Cures d'amaigrissement; — *Médecine expérimentale :* Sur la tuberculose des animaux à sang froid; — *Neurologie :* Les rapports de la syphilis et de la paralysie générale progressive.
LIVRES NOUVEAUX
FORMULAIRE
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Internat.* — ANATOMIE. — Séance du 20 janvier 1905 : MM. Sourdac, Abrami et Linel, 12; Roux, Cotard (Lucien) et Trouvé, 11; Lemercier et Brunef de Serbonnes, 9; Delmas, Pépin et Fougeron, 8; Boyé, 6.

PATHOLOGIE. — Séance du 19 janvier 1905 : MM. Du Castel et Rendu, 13; Tournay et Ménard (Pierre), 11; Chaumet, Chamard-Bois et Boutin (Gustave), 7; Coqueret, 6; Bénard (Henri), 5; de Paoli, 2.

HOPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE. — A la suite du concours qui vient de se terminer, M. Eugène Rouquette, pharmacien de première classe, ancien interne des hôpitaux de Paris et des hôpitaux de Marseille, a été nommé pharmacien de l'hospice Sainte-Marguerite.

Le jury était composé de : MM. les professeurs Jadin, de l'école supérieure de pharmacie de Montpellier; Domergue, de l'école de Marseille; et le docteur Martin, pharmacien en chef des hôpitaux.

— *Le concours de l'internat en pharmacie* s'est terminé par la nomination de MM. Quilichini et Blanc.

Le jury était composé de : MM. Domergue, professeur à l'école de Marseille; le docteur Martin, pharmacien en chef; et Rouquette, pharmacien-adjoint des hôpitaux.

COLLÈGE DE FRANCE. — L'assemblée des professeurs du Collège de France a désigné pour succéder au professeur Marey : en première ligne, M. François Franck; en deuxième ligne, M. Tissot.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le professeur Debove, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Au grade de chevalier. — M. le docteur Briot (de Chaussin).

— Sont nommés :

Officiers d'Académie. — M. le docteur Delétré (de Sèvres).

MM. les médecins-majors Prouvost (de Toulouse) et Tartavez (d'Oran).

MM. les chirurgiens dentistes Delétang, Fréton, Legros, Pottier (de Paris) et Lacour (de Nice).

LE BUREAU DES RENSEIGNEMENTS DE L'UNIVERSITÉ, qui fonctionnait déjà depuis un an et demi à la Sorbonne, vient de recevoir son organisation définitive.

Le personnel est constitué par le directeur, un secrétaire, un employé et un interprète.

Par un vote du conseil municipal en date du 31 décembre 1904, sur la proposition de M. Chautard, le crédit d'entretien du service a été porté à 4000 francs.

Un arrêté de M. le vice-recteur Liard, en date du 14 janvier 1905, vient de nommer comme directeur du bureau de renseignements notre excellent confrère le docteur Raoul Blondel, qui, après avoir fondé ce bureau l'an dernier, avait été chargé de son organisation provisoire.

Le succès avait d'ailleurs répondu à ses efforts, car, dans le cours de l'année 1904, plus de 8000 visiteurs avaient fréquenté ce bureau, dont 1281 pour le seul mois de novembre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 23 AU 28 JANVIER 1905)

THÈSES

Jeudi 26 janvier 1905. — M. BINET. Les alcalins : leur rôle sur les fonctions de l'estomac, leur emploi dans la thérapeutique gastrique. (MM. Debove, président; Gilbert, Achard et Vaquez.) — M. COURCELLE. Traitement des douleurs névralgiques par les injections hypodermiques gazeuses. (MM. Gilbert, président; Debove, Achard et Vaquez.) — M. JOMIER. Contribution à l'étude du foie digestif. (MM. Gilbert, président; Debove, Achard et Vaquez.) — M. HENRION. Considérations sur l'emphysème sous-cutané dans la tuberculose pulmonaire. (MM. Dieulafoy, président; Chantemesse, Renon et Jeanselme.) — M. NOURRY. Des complications cardiaques de l'érysipèle et de l'érysipèle chez les cardiaques. (MM. Dieulafoy, président; Chantemesse, Renon et Jeanselme.) — M. LEQUERRE. La défense sanitaire maritime d'un port contre la peste. (MM. Chantemesse, président; Dieulafoy, Renon et Jeanselme.) — M. HORNUS. Contribution à l'étude de la nature et du traitement du cancer. (MM. Le Dentu, président; Berger, Pozzi et Marion.) — M. SIMONOT. Du prurit vulvaire réflexe dans la métro-vaginite aiguë. (MM. Berger, président; Le Dentu, Pozzi et Marion.) — M. DUPLAY. Contribution à l'étude du chorio-épithéliome primitif du vagin. (MM. Berger, président; Le Dentu, Pozzi et Marion.) — M. ROCHE. Des torsions de l'épiploon. (MM. Pozzi, président; Le Dentu, Berger et Marion.)

REVUE GÉNÉRALE

SYPHILIS DES ANNEXES DE L'UTÉRUS

Par R. PICHEVIN (1).

Si on résume les faits recueillis dans les deux périodes on peut les classer de la façon suivante :

1° Faits cliniques. — *a.* Cas de Laugier, diminution d'une tumeur ovarienne et disparition rapide d'une tumeur de l'ovaire de l'autre côté après administration de l'iodure de potassium. Aucun renseignement clinique autre que cette constatation.

b. Cas d'Ozenne. Hémorragies utérines. Ovaires gros et sensibles à la pression. Traitement spécifique. Diminution du volume des ovaires. Pas de signes de syphilis.

c. Cas d'Ozenne. Gros utérus. Ovaires augmentés de volume dans les fosses iliaques. Traitement mercuriel. Cessation des hémorragies. Diminution de volume des ovaires. Pas de signes de syphilis.

2° Faits anatomiques. — *a.* Gomme des ovaires (Blach).

b. Gomme des ovaires (Richet).

c. Gros ovaires, scléreux (Lecorché), traces de syphilis indéniable.

3° Faits anatomiques et cliniques. — Gros ovaires, scléreux, avec plaques blanchâtres sans foyers kystiques. Hémorragies. Pas de signes de syphilis.

Après ablation des ovaires et arrêt des hémorragies, traitement spécifique constitué contre la céphalalgie, disparition des maux de tête (1er cas de syphilome de M. Ozenne), d'où la conclusion que les ovaires étaient syphilitiques.

Si l'on examine les trois faits cliniques, on remarquera que le diagnostic de la syphilis a été établi par l'effet du traitement.

Dans le cas de Laugier, une tumeur de l'ovaire disparut rapidement après usage de l'iodure de potassium.

Dans les deux cas d'Ozenne, le traitement antisyphilitique amena assez lentement la diminution de volume des ovaires.

Chez ces trois malades la syphilis n'a jamais été constatée d'une façon nette et incontestable. Ce qui manque le plus dans ces ovarites dites syphilitiques, c'est le cachet et la signature de la vérole.

Quel est le syndrome qui a permis de faire le diagnostic ? quel est seulement le symptôme révélateur qui peut mettre sur la voie du diagnostic ?

Dans le cas de Laugier, seule l'augmentation de volume de l'ovaire est signalée.

Dans les deux cas d'Ozenne, ce sont des métrorragies qui coïncidèrent avec une augmentation de volume des ovaires.

La métrorragie n'est pas ordinairement observée au cours de la syphilis. C'est la tendance à l'aménorrhée qui prédomine dans la période secondaire. Pourquoi la syphilis ovarienne ne s'est-elle précisément manifestée que par des métrorragies ? Il fallait en donner une explication.

M. Ozenne reconnaît la prédominance des troubles aménorrhéiques dans la période secondaire. Il ajoute :

En est-il de même dans les périodes secondo-tertiaires et tertiaires, alors que l'ovaire est le siège d'une altération manifeste, gommeuse ou scléreuse ? Nous ne pouvons que poser la question sans chercher « à la résoudre, car si, jusqu'à un certain point, il est logique de supposer qu'il doit plutôt en être ainsi, les deux faits de métrorragies, que nous avons rapportés, sont de nature à faire rejeter toute conclusion exclusive ». Ainsi s'exprime M. Ozenne (1).

Quant au diagnostic de la syphilis ovarienne il avait été tracé en 1866 par Lancereaux de la façon suivante : il repose sur le trouble ou l'abolition des fonctions génératrices, sur les antécédents de la malade, la concomitance d'accidents syphilitiques, l'état cachectique, et dans certains cas sur la présence d'une ou de deux tumeurs à la région des ovaires et la modification rapide qui peut résulter d'un traitement spécifique.

Or, dans les trois seuls faits que nous connaissions ni les antécédents, ni la concomitance d'accidents syphilitiques ne purent faire penser à la vérole.

D'après Ozenne, le diagnostic est fondé: 1° sur l'existence de métrorragies ne pouvant être rapportées à aucune autre lésion utéro-ovarienne ; 2° sur la présence de tumeurs dans la région ovarienne, parfois à la concomitance d'accidents syphilitiques et aux antécédents morbides qui ne sont pas ordinairement des plus aisés à reconstituer.

On peut objecter qu'il n'est pas toujours facile d'éliminer toutes les lésions utéro-ovariennes susceptibles de donner naissance à des hémorragies utérines.

Dans un des cas, les tumeurs constatées n'existent pas dans les régions ovariennes, mais dans les fosses iliaques.

La syphilis n'a été reconnue que par les effets du traitement. Dans le cas de Laugier l'iodure de potassium fit disparaître en vingt jours une des tumeurs ovariennes, résultat remarquable.

Les deux autres malades furent soumises au traitement mercuriel et ioduré. Les tumeurs ne disparurent pas, elles diminuèrent et cependant le mercure fut donné d'une façon intensive et pendant longtemps.

Que diront les syphiligraphes qui n'admettent pas que l'iodure de potassium seul soit capable d'agir sur les parenchymes envahis par la syphilis ? Le mercure a été d'une efficacité inférieure à l'iodure et n'a pas ramené l'ovaire à l'état normal.

Peut-on, à l'aide d'un seul symptôme, établir scientifiquement le diagnostic de la vérole ? Un symptôme, dit Fournier n'est qu'un symptôme. Quand ce symptôme unique est l'hémorragie utérine, quand ce symptôme est banal et commun à maintes maladies, il faut user de la plus grande prudence pour éviter de tomber dans les pires erreurs.

Mais, dira-t-on, l'hémorragie utérine a disparu en

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 5, p. 51.

(1) *Semaine gynécol.*, 1898, p. 195.

même temps que diminuaient les tumeurs ovariennes. Ce double fait consécutif à l'administration du mercure et de l'iodure de potassium doit certes nous frapper, mais ce n'est pas une raison pour admettre d'une façon absolue les relations de cause à effet entre l'ingestion du mercure et la diminution du volume des tumeurs.

La salpingo-ovarite la plus banale, l'ovaire scléro-kystique consécutive à une infection ne donnent-ils pas naissance à des hémorragies utérines?

La salpingo-ovarite peut retrocéder et guérir spontanément : les hémorragies s'arrêtent, la tumeur diminue.

Il faut craindre de prendre pour les effets du traitement mercuriel ou ioduré ce qui n'est que le fait de l'évolution normale de certaines lésions.

C'est ce qu'exprimaient très bien Demarquay et Saint-Vel (1) quand ils écrivaient à propos des tumeurs utérines : « Même dans des circonstances où la syphilis peut être en cause, on n'est pas autorisé à conclure rigoureusement des effets du traitement à la nature de la maladie. » Cette réserve est fort justifiée. Je n'en veux pour preuve que l'histoire des faits rapportés par Duparcque.

A coté des exemples de tumeurs utérines guéries par le traitement mercuriel, cet auteur cite huit cas d'affections chroniques graves qui furent guéries par le tartre stibié employé par la méthode endermique.

Qui croit, à cette heure, à la guérison d'une tumeur utérine quelconque par le tartre stibié ou autre?

Il ne faudrait pas en revenir aux errements de la médecine du moyen âge et tomber sans cesse dans l'éternel sophisme : *post hoc propter hoc*.

Astruc, le précurseur de la syphilis ovarienne, indique, parmi les remèdes capables d'arrêter les métrorragies, le suc exprimé de fiente d'âne ou de cochon mêlé avec une quantité égale de sirop de corail, de roses sèches ou de baies de myrthe et aromatisé avec des fleurs d'oranger!

Cette étrange mixture est tombée dans l'oubli.

Mais la diminution du volume des tumeurs ovariennes n'est-elle pas un signe objectif sur la valeur duquel il est impossible de se méprendre ?

La diminution du volume d'un ovaire n'est parfois qu'une question d'appréciation personnelle. Mais en supposant que cette diminution soit réelle, le fait par lui-même implique-t-il l'existence de la vérole, après l'administration du traitement antisyphilitique ?

Il ne faut pas prendre trop à la lettre le vieil adage : *Curationes morborum naturam demonstrant*.

A une époque toute récente, deux auteurs (2) affirment que les fibro-myomes subissent l'influence du traitement spécifique.

Les fibromes de l'utérus ont-ils subi en réalité une diminution de volume?

Ou bien les auteurs se sont-ils imaginé de la meilleure foi du monde, influencés peut-être par des idées préconçues et une sorte d'auto-suggestion, que les fibro-myomes avaient subi une sorte de régression?

Si les fibromes ont réellement diminué de volume sous l'influence du traitement spécifique, s'ensuit-il que ces tumeurs soient d'origine syphilitique?

Si les fibro-myomes sont restés en réalité stationnaires et n'ont diminué que dans l'imagination de MM. Aubeau et Golascz, n'est-on pas autorisé à dire que ces messieurs ont été victimes d'une illusion ?

Il y a lieu d'être réservé sur ces diminutions de volume de certaines tumeurs, qu'elles soient fibreuses, cancéreuses ou syphilitiques, sous l'influence des traitements les plus divers.

En 1890, M. Paul Petit s'était demandé (1) si certains ovaires scléro-kystiques ne relevaient pas de la vérole. Ce n'était, à son sens, qu'une pure hypothèse. Depuis lors, M. Ozenne avance que l'ovaire scléro-kystique dépend dans un assez grand nombre de cas de la syphilis.

Mais pas une seule fois dans les constatations *de visu*, on n'a relevé l'existence de l'ovaire scléro-kystique dans les cas d'ovaire que l'on supposait être d'origine vérolique.

Sans doute, dans la première observation de M. Ozenne, dans le cas opéré par Reynier, on avait porté le diagnostic d'ovaire scléro-kystique, mais il est dit expressément que l'opération permit de voir des ovaires gros, scléreux et non kystiques.

L'ovaire scléro-kystique donne naissance, il est vrai, à des hémorragies utérines. D'autre part, sous cette dénomination on a rangé des faits anatomo-pathologiques disparates : les uns dépendant d'une inflammation, d'autres d'une congestion, quelques-uns d'un kyste au début, et un certain nombre de cas doivent être considérés comme des productions qui peuvent être sous la dépendance d'une diathèse (arthritisme, syphilis), d'une infection générale (rougeole, etc.), ou de l'évolution quasi normale de la glande ovarique. Si l'on ne trouve pas l'infection dans l'étiologie de certains ovaires scléro-kystiques, il n'est pas nécessaire de rapporter à la syphilis les lésions constatées chez des femmes qui n'ont jamais eu la vérole.

Peut-être ne sera-t-il pas déplacé de rappeler l'opinion de quelques cliniciens qui ont été considérés comme les créateurs de l'ovarite syphilitique.

Parmi eux, il faut citer Gallard. Ce gynécologiste (2) écrit dans ses *Leçons cliniques sur les maladies des ovaires* les lignes suivantes : « Je n'ai pas rangé l'ovarite syphilitique au nombre des ovarites généralement décrites, quoiqu'il ne me répugne en aucune façon d'admettre son existence. Ce que nous savons du testicule syphilitique, peut parfaitement nous permettre d'entrevoir les lésions analogues de

(1) Demarquay et Saint-Vel. *Traité clinique des maladies de l'utérus*, Paris 1876, p. 67.

(2) Aubeau et Golascz. Syphilis conceptionnelle, pathogénie des fibromes, *Semaine gynécol.*, 1898, p. 239.

(1) Paul Petit. Extrait de la monographie du docteur Barthélemy : Sur la syphilis tertiaire des organes génitaux internes de la femme, *Semaine gynécol.*, 1900.

(2) Gallard. *Leçons cliniques sur les maladies des ovaires*, Paris 1886, p. 168.

l'ovaire syphilitique. Je crois, pour mon compte, avoir vu plusieurs cas dans lesquels une tuméfaction notable de l'ovaire ne me paraissait pas pouvoir être expliquée par d'autres causes, mais ces faits ne sont pas restés soumis à mon observation pendant un temps assez long pour que j'aie pu être suffisamment édifié sur leur véritable signification ; aussi je me borne à les indiquer en attendant des observations plus concluantes et surtout plus complètes. »

Depuis le jour où Lancereaux décrivit avec maëstria la syphilis de l'ovaire, il s'est écoulé un stade de trente-huit ans.

En dépit de toutes les analogies qui existent entre l'ovaire et le testicule, malgré la tendance naturelle des chirurgiens à rapprocher les lésions ovariennes de celles du testicule, on doit avouer que les documents sur la syphilis de l'ovaire sont d'une excessive rareté. Aujourd'hui, comme l'avait déjà écrit Lancereaux dans son Traité, on peut dire : « L'histoire de ces affections reste à faire tout entière. »

II

Syphilis des trompes. — Plus rare encore est la syphilis des trompes. On relève deux faits anatomo-pathologiques. Le premier cas en date est celui qui a été rapporté par MM. Bouchard et Lépine (1) et inséré dans la *Gazette médicale de Paris* en 1866.

Marie X..., âgée de quarante ans, entre le 20 juin 1866 dans le service de M. Jaccoud, suppléé par M. J. Simon.

Cette femme est atteinte d'aphasie et d'hémiplégie du côté droit.

Cette malade accuse depuis six mois une céphalalgie violente. Il y a quelques mois elle eut une tumeur de la tête de la clavicule droite.

On ne peut avoir de renseignements positifs sur l'existence antérieure d'accidents syphilitiques, disent les auteurs de l'observation.

Il y eut une amélioration notable de l'aphasie au bout de quelques mois. Néanmoins la malade mourut.

A l'autopsie on trouva des gommes du cerveau et du foie.

L'utérus est en antéflexion. Les deux trompes sont très augmentées de volume. Elles ont chacune la grosseur du doigt ; leur canal est complètement effacé, on ne peut distinguer le pavillon. A la coupe, on trouve dans chacune trois gommes du volume d'une noisette, molles et rougeâtres. On remarque sur la surface de section de petits grains assez nombreux, grisâtres, adhérents au tissu ambiant, ressemblant à des grains de sable. Il y eut un examen microscopique.

Ballantyne et Williams (2) ont décrit un cas de syphilome ou de gomme miliaire chez un enfant syphilitique de sept mois.

Quelques-unes des franges tubaires étaient adhérentes à leur sommet et formaient des bandes transversales. Dans la paroi musculaire on trouvait un amas de petites cellules rondes, exactement semblables à celles qui furent trouvées dans le foie et d'autres organes de cet organe.

(1) Bouchard et Lépine. Syphilis tertiaire. Ramollissement cérébral. Hépatite. *Gerum* des trompes de Fallope, *Gaz. méd. de Paris*, 1886, p. 726, n° 45. [La page qui contient cette observation a été enlevée dans l'exemplaire conservé à la Faculté de médecine de Paris.]

(2) J. W. Ballantyne and J. D. Williams. The histology and pathology of the fallopian tubes, *The British med. Journal*, 1891, t. I, p. 171.

Il existe une observation de Bold (1) citée par différents auteurs et dont je n'ai pas trouvé le texte.

Barthélemy (2) cite un cas de Doléris. Rien n'expliquait l'existence des salpingites constatées. On constata que les trompes étaient enveloppées d'une gaine très développée. Cette gaine avait le double du volume normal de la trompe. On en conclut que la salpingite était d'origine syphilitique. C'est une hypothèse.

Klebs (3) avance que le virus syphilitique atteint rarement les trompes. La forme tertiaire n'a été observée que par Bouchard et Lépine.

Gill Wylie (4) dit que la syphilis peut se porter sur la trompe et donner naissance à une salpingite, au même titre que la vérole produit l'otite et l'ozène.

Sänger admettait la localisation tubaire de la syphilis.

Martin (5) a observé 3 salpingites syphilitiques sur 207 inflammations tubaires.

Le même auteur (6) écrit dans son Traité des maladies des trompes.

Les cas de salpingite syphilitique sont très rares ; souvent en se basant sur l'anamnèse, à propos de modifications inflammatoires et surtout catarrhales, on parle de syphilis, bien que les caractères microscopiques soient insuffisants pour prouver la nature syphilitique de la lésion. Martin cite les deux cas de gommes rapportés par Bouchard-Lépine et Ballanktyne-Williams.

Le tableau de la syphilis de la trompe — écrit Martin — cadre bien exactement en général avec celui du catarrhe chronique de la trompe.

Un intérêt spécial s'attache à la constatation suivante de Dohnhoffe :

Les trompes d'une fillette nouveau-née, ayant succombé à une syphilis généralisée, présentent un épaississement de toutes leurs parois ayant un aspect cireux ; sur la coupe la paroi tubaire paraît quatre fois plus grosse qu'à l'état normal, les vaisseaux sont élargis ; la musculature et le tissu conjonctif épaissis et riches en noyaux ; les plis de la muqueuse bien développés contiennent beaucoup de noyaux ; l'épithélium régulier est bien conservé et la lumière de la trompe complètement libre.

Ces faits méritent confirmation.

(1) Labadie-Lagrave et Legueu. Salpingite syphilitique, 2e édition, p. 681. — Bold décrit la salpingite intermittente (*Amer. Journ. of obstet.*, 1888, vol. XXI, p. 122).

(2) Barthélemy. *Syphilis tertiaire*, loc. cit., p. 13.

(3) Klebs. *Handbuch der patholog. Anatomie*, Berlin 1898, p. 848.

(4) Gill Wylie. Diseases of the fallopian tubes, *The medical record*, vol. XXVII, n° 4, january 24, 1885, p. 86.

(5) Monprofit. *Salpingites et ovarites*, Thèse de Paris, 1888, p. 54.

(6) A Martin. *Die Krankeien der Erleester*, Leipzig 1895, p. 186.

Martin croit que le saclo-salpinx purulent doit se rattacher à la syphilis. Mais il avoue que les rares observations de syphilis tubaires sont trop peu démonstratives pour qu'il soit possible d'établir un tableau symptomatique.

En somme les faits anatomo-pathologiques sont au maximum au nombre de trois : 1° le fait de Bouchard-Lépine; 2° le cas de Ballantyne et Williams; 3° le fait de Dohnhoffe rapporté par Martin.

III

Salpingo-ovarite syphilitique. — Il existe quelques exemples d'ovaro-salpingites traitées avec succès par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium.

Polaillon (1) a observé en 1893 une ovaro-salpingite double subaiguë traitée et guérie par les frictions mercurielles et par l'ingestion de l'iodure de potassium.

Une femme de vingt-sept ans, n'ayant aucun antécédent suspect, aucune trace de syphilis, accouche d'un enfant à terme à l'âge de dix-neuf ans. Il y a deux ans, cette femme fait une *fausse couche* de deux mois et demi. Elle a une pelvi-péritonite trois mois après. Les règles deviennent irrégulières et douloureuses.

M. Polaillon trouve que cette femme a un utérus gros, un peu abaissé et un peu douloureux. Au-dessus du cul-de-sac gauche existe une tumeur dure, douloureuse, grosse comme un œuf de poule. A droite, l'empâtement et la douleur sont moindres. Le diagnostic est : double ovaro-salpingite subaiguë.

On met la malade à l'usage des frictions mercurielles et de l'iodure de potassium. Trois semaines après, l'ovaro-salpingite droite avait disparu et l'ovaro-salpingite gauche était en voie de résolution.

Trois ans après, cette femme a une fausse couche et une métrorragie qui dure cinq semaines. Les ovaro-salpingites sont guéries.

Il semble que le diagnostic de syphilis des annexes semble un peu risqué dans l'espèce. Ne s'agit-il pas d'ovaro-salpingites subaigues qui ont succédé à une fausse couche? La femme n'était pas syphilitique.

Au Congrès de gynécologie de Rouen, M. Jeanne (2) a fait connaître une observation dont on n'a pas encore le texte original.

Il s'agit d'un fait clinique. Une malade présentait dans le cul-de-sac postérieur des tumeurs ayant l'apparence de deux salpingites.

La malade fit usage d'un sirop fondant. Un mois après, les tumeurs avaient diminué et le mois suivant on ne constatait plus aucune tuméfaction.

Il y eut récidive de ces tumeurs qui disparurent sous l'influence du même traitement.

Plus tard les mêmes masses apparurent, et s'évanouirent sous l'influence du sirop fondant.

Cette malade avait eu plusieurs fausses couches.

(1) Polaillon. *Maladie des femmes*, Paris 1901, p. 524.

(2) Congrès périodique de gynécologie, *Bulletin méd.*, 1904, p. 398. Nous rapportons les faits de MM. Jeanne, Pinard, de Mlle Rabineau d'après le *Bulletin médical*. Nous regrettons de n'avoir pas le texte même des communications des auteurs susnommés.

M. Jeanne croit que la malade a eu à trois reprises des néoplasies syphilitiques avec œdème inflammatoire.

M. Pinard a eu l'occasion d'assister à la disparition d'une tumeur péri-utérine sous l'influence du traitement anti-syphilitique. Le premier mari de cette malade avait eu la vérole.

Mlle Rabineau cite le cas d'une femme atteinte de cachexie consécutive à des métrorragies cataméniales abondantes. Cette femme avait eu la syphilis il y a huit ans. L'utérus était gros et dur. Il existait un empâtement autour de l'utérus.

Le traitement spécifique amena la guérison de la malade.

Dans les cas de M. Jeanne et de M. Pinard le diagnostic de syphilis n'est pas établi d'une façon suffisante.

Le diagnostic de salpingite semble rester douteux dans l'esprit de ces deux auteurs.

Reste le fait clinique : disparition de lésions périutérines à la suite d'un traitement syphilitique.

La malade de Mlle Rabineau était une syphilitique avérée. Le traitement spécifique amena la disparition d'un empâtement péri-utérin et, d'après ce que l'on croit comprendre, des métrorragies.

S'agissait-il d'une salpingite?

Dans les trois cas, le diagnostic n'est pas suffisamment précis et n'est pas contrôlé par l'examen direct.

Ces faits sont intéressants, mais ne fixent ni la symptomatologie ni l'anatomie pathologique de la syphilis tubaire. Ils plaident, dans une certaine mesure, en faveur de l'existence de la vérole annexielle.

Cependant tel n'est guère l'avis de MM. Pozzi, Labadie-Lagrave et Legueu et de M. Boursier, auteurs des derniers traités de gynécologie.

L'existence de la salpingite syphilitique est encore très incertaine (1), écrit Boursier. Labadie-Lagrave et Legueu (2) ne font que signaler deux cas.

Quant à Pozzi, il écrit (3) : « Les faits de salpingite syphilitique qu'on a cités ne résistent pas à l'examen. »

Ces opinions reflètent l'état de l'opinion de la très grande majorité des chirurgiens et des gynécologistes. Quelques-uns admettent l'existence probable de la syphilis de la trompe, mais sans oser aller plus loin. Ni au point de vue anatomo-pathologique ni au point de vue symptomatique on ne trouve d'éléments suffisants pour pouvoir affirmer l'existence de la localisation de la vérole au niveau de la trompe.

IV

Derniers documents. — Mais cette année a été particulièrement favorable à l'étude de la salpingite syphilitique.

D'un seul coup M. Wassilieff (4) en a produit cinq observations.

(1) Boursier. *Précis de gynécologie*, Paris 1903, p. 697.

(2) Labadie-Lagrave et Legueu. *Traité médico-chirurgical de gynécologie*, p. 681.

(3) Pozzi. *Traité de gynécologie clinique et opératoire*, Paris 1897, p. 661.

(4) Wassilieff. Essai clinique sur les salpingites syphilitiques, *Journal de méd. de Paris*, 1904, p. 285 et suiv.

« ... On peut tirer les conclusions suivantes :

Il existe des lésions annexielles, de petit volume, présentant une marche progressive, oscillante et continue, s'accompagnant de douleurs et de métrorragies également progressives, oscillantes et continues, de douleurs non spontanées, mais à la pression, sur le trajet des artères fémorales, épigastriques, vaginales, utérines et honteuses internes, douleurs artérielles ignorées des malades.

La vue directe, après laparotomie, a montré soit des trompes cyanosées, *bleues*, régulièrement cylindriques, soit des trompes *blanches*, dures et rigides, dont la nature syphilitique paraît démontrée par les véritables expériences réalisées dans les différents cas mentionnés ci-dessus, savoir :

1° Douleurs persistantes, l'ablation de trompes bleues, guérison par le traitement spécifique (1er cas);

2° Persistance des douleurs du côté de la trompe bleue conservée, guérison par traitement.

Très légère amélioration du côté de la trompe blanche enlevée ;

3° Pas d'action du traitement sur des trompes blanches sclérosées :

4° Guérison par le traitement, sans intervention chirurgicale ;

5° Guérison des lésions bilatérales par le traitement malgré l'ablation d'une seule trompe, toutes deux ayant été trouvées *bleues* au cours de la laparotomie. »

M. Wassilieff avec une précision absolue indique la symptomatologie de la syphilis tubaire.

« *Description symptomatique.* — Les salpingites syphilitiques se présentent avec les caractères suivants :

Au début, douleur peu intense d'un côté du bas-ventre se manifestant surtout la nuit et durant peu. En même temps, il y a augmentation d'abondance des règles ; puis la douleur augmente d'intensité, se reproduit plus souvent, à intervalles plus rapprochés, dure plus longtemps, si bien qu'au bout de quelques mois, les crises deviennent subintrantes.

Enfin, la douleur gagne l'autre côté et s'y manifeste avec les mêmes caractères, de sorte que l'on peut ainsi définir la douleur des salpingites syphilitiques :

Oscillante, progressive, continue, à bascule. Les règles augmentent de durée et d'abondance ; leur intervalle va donc en diminuant avec le temps ; à cette période d'état, les lésions restent petites. Trompes du volume du petit doigt au plus, légèrement douloureuses spontanément et à la pression.

Mais le caractère important au point de vue du diagnostic réside dans la douleur provoquée par la pression au niveau des artères pelviennes : épisgastrique, utérine, vaginale, honteuse interne, spermatique externe, fémorale.

Ces douleurs artérielles sont ignorées des malades, qui sont toutes surprises de constater leur provocation par la pression du doigt explorateur.

La période d'état dure un temps assez long ; puis lentement, très lentement, parfois en plusieurs années, les symptômes s'atténuent ; les douleurs deviennent moins intenses, mais en revanche continues ; les trajets artériels deviennent beaucoup moins sensibles ; les règles, un peu moins fréquentes que d'habitude, diminuent d'abondance et finissent par être moindres, en quantité, qu'avant l'invasion de la maladie.

Les signes physiques suivent la même marche : les trompes restent petites à la période d'état ; puis elles diminuent de volume à mesure que les symptômes s'atténuent et finissent par ne plus avoir que le volume d'un petit crayon, d'un gros canal déférent. Elles deviennent dures, rigides et presque rectilignes. Quelle est donc la marche de la maladie ? Elle est, comme le symptôme douleur, progressive jusqu'à la période d'état, puis les symptômes s'atténuent, la marche devient dégressive, si je puis m'exprimer ainsi. La maladie aboutit à des phénomènes que l'on rapporte d'ordinaire à l'existence d'ovaires scléro-kystiques ; parfois cependant la sclérose s'accompagne d'un symptôme contradictoire : la persistance de ménorragie assez abondante.

L'anatomie pathologique explique-t-elle les symptômes et la marche? Je crois pouvoir répondre par l'affirmative.

Que trouvons-nous, en effet, au point de vue macroscopique ?

Les laparotomies ont montré qu'au début, les trompes, peu augmentées de volume, sont *bleues*, gorgées de sang, *cyanosées*, qu'à une période plus avancée de la maladie, la lésion aboutit à la sclérose : trompes *blanches*, très petites, dures, rigides, ayant l'aspect d'un gros canal déférent, ressemblant à la salpingite parenchymateuse si bien décrite par mon vénéré maître, M. le professeur Pozzi. La localisation de la syphilis sur des trompes ne paraît donc pas, jusqu'ici, avoir donné lieu à la production de masses gommeuses ou de collections purulentes.

Au point de vue microscopique, les lésions sont constituées par une sclérose totale de la paroi tubaire, si bien que les fibres musculaires dissociées, atrophiées, paraissent avoir disparu sur un très grand nombre de points.

Les lésions importantes portent sur le système artériel ; on trouve en effet de la périartérite et de l'endartérite, généralement sans thrombose.

A tous ces points de vue, je ne puis poser que des jalons, destinés à diriger les recherches, lorsqu'un plus grand nombre de cas de salpingite syphilitique auront été observés. »

Ainsi donc la salpingite syphilitique serait une manifestation assez fréquente de la vérole puisqu'en quelques années de pratique M. Wassilieff a pu en relever 5 cas personnels. Il est certain que dans ces conditions les chirurgiens en rencontreront rapidement un nombre suffisant pour que ce chapitre de pathologie ouvert par M. Wassilieff se trouve désormais étayé sur de multiples observations recueillies par les cliniciens du monde entier.

M. Wassilieff soumet à la critique les cas de salpingite syphilitique venus à sa connaissance et les met tous en doute, sauf peut-être un, celui de Polaillon.

A-t-il été plus heureux que ses devanciers, qui ont consciencieusement décrit l'ovarite syphilitique, la salpingite frascatorienne et l'annexite spécifique?

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 18 JANVIER 1905)

Anesthésie par les mélanges titrés d'air et de chloroforme. — M. RICARD a présenté un appareil fort ingénieux pour l'anesthésie par les mélanges titrés d'air et de chloroforme. Nous reviendrons ultérieurement sur la description de cet appareil qui semble appelé à un réel succès. Contentons-nous de faire observer que, si perfectionné qu'il soit dans sa construction, il est très simple et très pratique dans son application. Avec cet appareil, on voit exactement ce qu'on fait, ce qu'on donne de chloroforme au malade. L'anesthésie se fait sans secousses, sans produire d'agitation et il suffit, pour l'obtenir dans ces conditions, d'une quantité très minime de chloroforme.

M. REYNIER, depuis trois mois, emploie un appareil analogue qui lui paraît plus simple que celui de M. Ricard. Paul Bert, le véritable inventeur de la méthode, avait bien raison quand il disait que l'appareil idéal, dans l'espèce, serait celui qui n'aurait pas de soupape. Très préoccupé de l'idée d'obtenir cet appareil idéal, voilà plus d'un an que M. Reynier cherche à le réaliser. Il apportera, dans la prochaine séance, l'appareil qu'il a fait construire et dont il se sert journellement. L'un des grands avantages de cette méthode, c'est que le malade s'endort sans présenter cette répulsion pour le chloroforme que présentent beaucoup de malades endormis par la simple compresse. En outre, il n'y a jamais de vomissements pendant la chloroformisation ainsi pratiquée, il y en a très rarement après. On évite également avec cette méthode le shock chloroformique qu'on observe parfois après la chloroformisation par la compresse.

Contrairement à ce qu'a dit M. Ricard, au cours de sa présentation, M. Reynier estime qu'il faut tenir grand compte de la température du chloroforme. C'est pourquoi M. Reynier s'applique à se servir d'un chloroforme toujours à la même température. Quoi qu'il en soit, il faut reconnaître que cette méthode d'anesthésie par un mélange titré d'air et de chloroforme constitue un réel progrès, et M. Reynier est tout à fait d'accord avec M. Ricard pour condamner la compresse et revenir à cette méthode qui a déjà fait ses preuves.

Sans doute elle a fait ses preuves, et ce n'est pas d'aujourd'hui. Les appareils qu'on nous présente sont sans aucun doute très ingénieux et très pratiques, et il faut louer leurs auteurs. Mais la méthode elle-même est loin d'être nouvelle et, ainsi que l'a fort justement rappelé M. Jalaguier, c'est à Paul Bert qu'en revient le mérite, et c'est à un de ses élèves, Dubois, que revient le mérite d'avoir fait construire le premier appareil à l'aide duquel nous avons fait de nombreuses expériences, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de Péan. L'appareil de Dubois fonctionnait très régulièrement; les malades s'endormaient sans secousses, sans période d'excitation, ne vomissaient pas. En un mot, tous les avantages très justement reconnus aux appareils récemment inventés, étaient obtenus déjà avec l'appareil de Dubois, qui avait seulement l'inconvénient d'être coûteux et encombrant.

M. JALAGUIER a vu M. Ricard opérer sous l'anesthésie obtenue par son appareil. Il a été frappé de la parfaite régularité de cette anesthésie. Il s'est servi lui-même de cet appareil pour endormir un garçon de dix-sept ans auquel il a fait une opération sur le fémur qui a duré quarante-trois minutes. Il a usé seulement 17 centimètres cubes de chloroforme et l'anesthésie a été parfaite. Il n'y a pas eu de vomissements ni pendant, ni après. Avec l'appareil de M. Ricard, on entend et on voit respirer le malade. Cela donne une grande sécurité. Aussi M. Jalaguier est-il bien décidé, à l'avenir, à ne plus recourir qu'à cet appareil pour l'anesthésie chloroformique.

M. BROCA, très désireux d'employer cet appareil pour l'anesthésie chez l'enfant, demande quelques renseignements à M. Ricard.

M. QUÉNU demande que la discussion s'étende et que chacun apporte ses résultats. Avec la compresse, il est impossible de savoir ce que le malade absorbe exactement de chloroforme. Avec les appareils de Roth, de Ricard, il est très aisé de se rendre compte exactement de la quantité de chloroforme absorbée. On peut donc ainsi arriver à des conclusions très précises. Il a semblé à M. Quénu qu'après l'anesthésie par l'appareil de Roth les malades étaient plus longs à se réveiller.

C'est précisément tout le contraire qu'a constaté M. DELBET, qui considère justement comme un des grands avantages de cet appareil ce fait que les malades se réveillent beaucoup plus vite.

C'est également ce qu'a observé M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, qui se déclare très satisfait de l'appareil de Roth.

La discussion se poursuivra dans la prochaine séance.

Prolapsus du rectum. — M. LE DENTU présente un malade qu'il a guéri d'un prolapsus rectal de 0,10 centimètres après trois opérations. Ce prolapsus était survenu au cours d'une dysenterie chronique remontant à plusieurs années. La première intervention a consisté à faire la colopexie, puis l'opération de Gérard-Marchant. Le prolapsus se reproduisit. Un mois après, M. Le Dentu pratiqua la suspension du rectum par plissement latéral et fixation au ligament sacro-sciatique. Il y eut encore une récidive. Dans une troisième intervention, M. Le Dentu pratiqua l'excision du prolapsus par le procédé de Mickulicz. Depuis cette dernière intervention qui remonte à plusieurs mois, l'état du malade est aussi satisfaisant que possible.

M. PICQUÉ, dans un cas analogue, a vu la récidive survenir deux ans et demi après l'opération. Le résultat présenté par M. Le Dentu, actuellement très satisfaisant, est donc trop récent pour qu'on puisse le juger définitivement.

Corps étranger introduit dans la fesse. — M. ROUTIER présente une aiguille de Pravaz qu'il a extraite de la fesse où elle était fixée dans le voisinage du sciatique. La radiographie avait bien montré la présence d'un corps étranger; mais les recherches pour le saisir furent vaines. C'est grâce à l'appareil de Contremoulin que M. Routier a pu limiter exactement le siège du corps étranger et l'extraire.

Kyste dermoïde. — M. POTHERAT présente un utérus fibromateux avec kyste dermoïde; il montre avec quelle extrême facilité ces kystes dermoïdes se détachent du tissu ovarien proprement dit.

FORMULAIRE

CONTRE LES CRAMPES MUSCULAIRES

Faire des frictions avec le liniment suivant :

Laudanum de Sydenham.. }
Chloroforme .... } *āā* parties égales.
Huile de jusquiame...... }

(*Bull. gén. de thérap.*)

ANALYSES

MÉDECINE

Des modifications de la voix parlée chez les pleurétiques. (Ch. et E. Godlewski. *Montpellier méd.*, nº 2, 8 janv. 1905.) — MM. Ch. et E. Godlewski viennent d'apporter à la Société des sciences médicales de Montpellier quelques observations intéressantes relatives aux modifications de la voix parlée chez les pleurétiques.

Chez les six malades qu'ils ont observés, ils ont trouvé les mêmes caractères de la voix.

« Cette voix a une résonnance particulière ; nasonnée, pleurarde, tremblotante ; on dirait que le malade vient de pleurer. On l'entend beaucoup mieux, le malade étant assis sur son lit et quand l'épanchement devient abondant. Enfin, chez deux malades à pleurésie purulente, cette voix, outre les caractères indiqués, est apparue par moments bitonale, présentant des harmoniques, rappelant quelquefois la voix eunuchoïde. »

Il est deux points que MM. Godlewski ont remarqués en particulier :

« 1º C'est que cette voix est plus nette, plus tremblante, dans des cas d'épanchements un peu anciens et dans les gros épanchements ;

2º On ne peut pas attribuer ces modifications à l'affaiblissement général. Ce n'est pas la voix souffreteuse des tuberculeux à la fin, des pneumouiques graves ; ces derniers n'ont pas la voix tremblotante. »

Les auteurs ajoutent les réflexions suivantes :

« Ces modifications ne sont-elles pas liées à une affection pulmonaire concomitante ? Mais si l'on va si loin, l'égophonie peut se rencontrer dans les pneumonies massives, la pectoriloquie aphone dans des affections du poumon avec des cavernes, et pourtant ce sont des signes de pleurésie.

Il sera intéresssnt de donner une explication physio-pathologique de ce phénomène, et nous nous proposons de l'étudier si ces observations sont confirmées. Il faut expliquer d'abord pourquoi il y a des modifications de la voix, et ensuite pourquoi cette voix est tremblotante. L'on peut déjà prévoir combien cette pathogénie sera complexe.

Les vibrations qui se produisent pendant la phonation se transmettent à l'enceinte thoracique, qui serait ainsi une caisse de résonnance accessoire. Or, chez les pleurétiques, il y a modifications de ces vibrations à cause : *a.* du poumon qui, refoulé au-dessus de la nappe liquide, ne peut facilement transmettre les vibrations ; *b.* à cause aussi de l'augmentation de tension intrathoracique.

Peut-être vaut-il mieux invoquer d'autres raisons : 1º diminution de la pression de l'air expiré et émission de sons plus graves à vibrations plus amples ; 2º inégalité de résonnance du thorax par suite de l'immobilisation d'un côté ; 3º enfin, action sur un des laryngés, excitations inégales sur les muscles tenseurs des cordes et défaut d'unisson dans les vibrations des cordes. »

L. Gayard.

Cures d'amaigrissement. (*Therapie der Gegenwart*, sept. 1904, Heft IX, p. 388.) — M. Karl Bornstein vient de traiter devant la Société médicale de Leipzig la question intéressante des cures d'amaigrissement.

Pour M. Bornstein, une personne qui veut maigrir doit restreindre sa nourriture et en particulier les hydrocarbures et les aliments gras qui favorisent l'obésité ; mais, pour lui, c'est à tort, qu'en pareil cas, certains aliments tels que le pain noir, les pommes de terre, les pois très riches en cellulose sont prohibés. Une notable partie de leurs tissus sont expulsés dans les selles. Il suffit de diminuer la quantité de pain et de graisse des repas.

En admettant, par exemple, qu'il soit pris par jour 125 grammes de graisse sous forme de beurre, viande et lard rôti, 600 grammes d'hydrocarbures sous forme de pain, riz, pommes de terre, etc., et 100 grammes d'albumine équivalant à environ 4 000 calories, la soustraction de 80 grammes de graisse et de 250 grammes d'hydrocarbures déterminera une réduction d'environ 1 800 calories ; il en résultera la fonte de 210 grammes de graisse par jour, c'est-à-dire un amaigrissement de 6 kilogs par mois (1).

Nous n'avons nullement besoin pour cela de transformer complètement l'alimentation du sujet mais seulement de restreindre la quantité de certains aliments, ce qui sera accepté beaucoup plus facilement. C'est encore une exagération pour M. Bornstein que de proscrire du régime les soupes et l'eau ; la soupe contient très peu de graisse si on n'en ajoute pas, et plus les tissus sont baignés d'eau, plus les matériaux d'échange sont balayés.

Il va sans dire que végétaux, légumes et fruits doivent jouer un grand rôle dans l'alimentation, les premiers ne seront pas assaisonnés au gras, les seconds seront pris de préférence en compotes.

Le sucre sera remplacé par de la saccharine qui ne possède pas de pouvoir alimentaire sérieux.

Une cure d'amaigrissement utile et durable doit produire, en même temps que la diminution de la graisse, un accroissement des substances albuminoïdes de l'organisme ; l'activité cellulaire, les échanges nutritifs doivent être augmentés ; une alimentation albuminoïde favorise l'activité des échanges ; mais il faut, à ce point de vue, se garder d'identifier les termes de viande et de substances albuminoïdes ; la viande introduit quantité de matériaux nutritifs superflus ou nuisibles ; les albuminoïdes du lait, au contraire, ou des plantes et aussi le bouillon sont utiles au menu ; les fromages maigres et le fromage blanc sont également très indiqués.

Les albuminoïdes, extraits artificiellement du lait ou des végétaux, peuvent également intervenir dans la cure sous forme de cuillers à soupe prises trois fois par jour dans de l'eau froide, légèrement salée entre les repas. On peut y adjoindre la prise de quelques fruits.

On peut ainsi prendre 125 grammes de substances albuminoïdes dont la moitié sous forme de viande.

Le travail musculaire est un précieux adjuvant de la cure. La marche en montée est bien préférable à la marche en plaine qui a peu d'action ; le massage, la gymnastique sont également utiles.

Au bout d'un certain temps de ce régime, l'organisme a perdu une notable quantité de graisse qu'il a remplacée en partie par des matériaux albuminoïdes, et si le poids du corps n'a pas diminué d'une manière aussi rapide et aussi marquée que dans certaines cures à la mode, par trop schématiques, le résultat n'en est que meilleur ; une cure d'amaigrissement sûre et facile doit être longue. Pour une perte réelle de 6 kilogs de graisse, le sujet pourra n'accuser qu'une dimi-

(1) Le lecteur qui voudrait se faire une idée des équivalences alimentaires, évaluées en hydrocarbures, albuminoïdes, calories, etc. trouvera d'amples renseignements à ce sujet dans le livre de M. Armand Gautier intitulé *L'alimentation et ses régimes* (Paris, Masson).

nution de poids d'un peu plus de 3 kilogs, la différence étant un gain en albuminoïdes.

M. Bornstein utilise aussi les bains chauds pris à 45 degrés d'une durée de vingt minutes, et surtout ce qu'il appelle les *heisse Moorbæder* et *Fangoeinpackungen.*

L'état du cœur et des vaisseaux doit ici comme pour le travail musculaire guider le médecin.

En fait de médicament, M. Bornstein donne au fer la préférence à l'iode et le prescrit associé à de petites doses de quinine. Le bon fonctionnement de l'intestin doit être surveillé.

P. VIOLLET.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Sur la tuberculose des animaux à sang froid. (KUSTER. *Munchen. med. Wochens.*, n° 2, 10 janv. 1905, p. 57.) — Un certain nombre d'auteurs ont réussi à infecter, avec des bacilles tuberculeux humains, des animaux à sang froid : orvets, grenouilles etc. De plus Dubard chez une carpe, Friedman chez une tortue, Weber et Tante chez des grenouilles, ont pu isoler des bacilles acido-résistants, identiques dans leurs caractères aux races de bacilles tuberculeux développées chez les animaux à sang froid expérimentalement infectés. Kuster a repris l'étude de cette tuberculose spontanée de la grenouille. Sur 200 grenouilles examinées, il a constaté trois fois cette maladie. Celle-ci se traduit par la présence dans le foie de nombreux nodules contenant une masse crémeuse, blanchâtre, riche en bacilles acido-résistants absolument semblables aux bacilles de Koch. Ces bacilles se développent plus facilement que le bacille tuberculeux sur les milieux de culture, et particulièrement sur les milieux glycérinés.

L'inoculation de ces cultures à des animaux à sang froid, grenouilles, lézards, poissons, détermine chez eux une infection généralisée mortelle.

Cette inoculation aux animaux à sang chaud n'est pas toujours mortelle : six semaines après l'injection dans le péritoine d'un cobaye, on trouve à l'autopsie de l'animal, particulièrement sur l'épiploon et dans la rate, des granulations rappelant la véritable tuberculose et contenant dans leur centre caséeux de nombreux bacilles. Même résultat chez le rat blanc.

A. LEMIERRE.

NEUROLOGIE

Les rapports de la syphilis et de la paralysie générale progressive. (*Annali di neurologia*, fasc. 4, 1904.) — R. STANZIALE rapporte une statistique portant sur 100 cas de paralysie générale progressive et où on retrouva 87 fois la syphilis dans les anamnestiques ; dans 70 cas la syphilis était manifeste, dans les 17 autres il n'y avait que des signes douteux. Sur les 70 cas où la syphilis était évidente elle était 32 fois l'unique facteur étiologique et 38 fois associée à d'autres causes, notamment l'hérédité névropathique et l'alcoolisme.

Des 100 paralytiques généraux 9 sont morts dans le marasme et après des attaques apoplectiformes ; l'examen histologique du système artériel cérébral a révélé des lésions de périartérite et d'endartérite imputables au processus spécifique.

Le traitement mercuriel intensif fut institué dans 8 cas où la syphilis était manifeste et la paralysie générale peu avancée, mais il ne s'ensuivit aucune modification dans le cours de la maladie.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

LIVRES NOUVEAUX

Stéréoscopie et projection visuelle (1),
par le docteur Henri PARINAUD.

Ce livre est plutôt destiné aux physiologistes et aux psychologues qu'aux médecins praticiens. Mais il intéressera cependant énormément ceux que la curiosité pousse à connaître les différentes théories de la vision chez l'homme.

Ce livre vient heureusement compléter deux autres ouvrages du même auteur, *La vision* et *Le stéréoscope*.

D'une grande portée scientifique, ce livre vient, en s'appuyant sur des expériences nombreuses et rigoureuses, nous apporter une théorie nouvelle de la vision.

Laissant de côté les hypothèses des philosophes, l'auteur établit sa théorie uniquement sur l'expérimentation, ce qui lui permet de conclure :

1° La vision stéréoscopique n'est pas obtenue par la fusion des figures qui servent à cet usage, mais par la fuison d'images virtuelles de ces figures ;

2° Le relief stéréoscopique a sa cause dans la localisation différente des images de projection binoculaires, suivant qu'elles sont extériorées par des points rétiniens correspondants ou non correspondants ;

3° Cette localisation différente est une conséquence de la localisation des images binoculaires à la rencontre des axes de projection principaux et secondaires.

Les rayons partis des objets viennent frapper la rétine et impressionner le cerveau. Ce dernier, par un mécanisme que nous ignorons, projette à son tour dans l'espace les images de ces objets et ce que nous voyons, ce sont les images virtuelles des objets qui impressionnent notre rétine (ceci est démontré par des expériences rigoureuses dans le cours de l'ouvrage de M. Parinaud, par la diplopie physiologique, etc.).

Ces images virtuelles, quoique n'ayant pas une réalité, se prêtent à une étude mathématique comme les images réelles, et on peut par un dispositif spécial mesurer leur situation, leur profondeur, leur diamètre, etc.

Outre la vision stéréoscopique l'auteur étudie la pseudoscopie qui est l'étude des images obtenues par la convergence tandis que la vision stéréoscopique est obtenue par la divergence.

LOUIS ROCHE.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

AVIS. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 10 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi coûte 25 centimes.

(1) In-8°, 96 p., 26 fig. Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

PRATIQUE MÉDICALE

Technique du Traitement Médical des affections subaiguës et chroniques de petite gynécologie

Par le Dr Appel de Paris

Encouragé par les résultats que de nombreux gynécologues ont publié, entre autres Merkel, Flatau, Neumann, nous avons employé les pansements au Thigénol dans notre clientèle.

Les cas qui ont particulièrement attiré notre attention sont les métrites aiguës ou chroniques, avec ou sans ulcérations du col, salpingites, ovarites, infections gonococciques des organes génitaux. Dans quelques cas, l'inflammation était limitée à ces organes, mais, le plus souvent, elle avait envahi le péritoine et le tissu cellulaire pelvien (périoophro-salpingite, périmétrite, paramétrite ou cellulite pelvienne).

Tous les médecins qui possèdent quelque expérience de la gynécologie savent que la durée de ces affections est souvent fort longue, au désespoir du médecin et surtout des malades.

Aussi ne faut-il pas s'étonner de voir des chirurgiens, frappés de la lenteur des résultats obtenus par les méthodes conservatrices, considérer le traitement de ces maladies comme leur propriété exclusive et ne pas hésiter à conseiller la castration totale comme procédé thérapeutique de choix. De là, les abus opératoires de ces dernières années. Cependant il résulte de l'observation consciencieuse et persévérante des faits que les inflammations de l'utérus et de ses annexes ont une tendance à la guérison spontanée et que, si parfois l'ablation des organes malades s'impose, la guérison peut être obtenue, dans la grande majorité des cas, par un traitement conservateur judicieusement conduit.

Voici notre façon de procéder, elle est la même pour toutes ces diverses affections, sauf indications particulières :

1° Nous ordonnons à la malade des injections, matin et soir, avec deux litres d'eau bouillie, dans laquelle on mettra, par litre, une cuillerée à soupe d'acide borique. L'injection sera prise dans la position couchée, aussi chaude que possible, en prenant la précaution de placer le bock injecteur très bas, à 0 m. 60 au plus au-dessus du plan horizontal sur lequel se trouve la malade ;

2° Nous faisons nous-même le pansement. Nous remplissons d'abord les indications que suggèrent les lésions, telles que cautérisation du col et de sa cavité, révulsion sur les culs-de-sac latéraux du vagin à la teinture d'iode, principalement dans les cas d'annexite. Nous ajoutons le massage de l'utérus à la manière de Stapfer, dans les cas de déviations prononcées, et nous finissons par le pansement proprement dit au Thigénol ;

3° Pour cela, nous faisons préparer une fois pour toutes la solution suivante :

Glycérine neutre à 30°.........	100 gr.
Thigénol..........................	45 gr.

fsa-solution. Usage externe.

Nous trempons dans cette solution un tampon d'ouate hydrophile, de façon à l'imprégner fortement sur une surface d'un bon tiers environ, et nous portons ce tampon, au moyen d'une longue pince à pansement utérin, jusque sur le col de l'utérus, entre les deux valves du spéculum. Nous nous assurons que l'agent médicamenteux imprègne bien le col et, maintenant le tampon en place avec la pince, nous enlevons doucement le spéculum. Préalablement, le tampon a été enserré à sa partie moyenne par un fil solide et suffisamment long, que l'on laisse pendre hors de la vulve afin qu'on puisse sans difficulté enlever le pansement.

4° La malade doit garder son pansement toute la nuit du même jour où il a été fait et ne le retirer que le lendemain, pour reprendre ses injections.

5° Nous faisons ces pansements tous les trois jours en moyenne, sauf dans la période menstruelle où nous restons volontairement inactifs.

On peut aussi employer le procédé excellent qui a été décrit par Auvard. Une fois que le spéculum est mis en place, qu'il a chargé le col et distendu les culs-de-sac, on verse directement sur le col, au moyen d'un récipient commode, une éprouvette, par exemple, la solution de Thigénol que l'on veut employer et en quantité suffisante pour qu'elle imprègne convenablement non seulemant le col, mais les cul-de-sac vaginaux. Pour mieux obtenir ce résultat, il est bon de placer la malade, le bassin légèrement relevé ; de cette façon tout le fond du vagin est baigné par le liquide médicamenteux. On enfonce ensuite un fort tampon d'ouate hydrophile, imbibé ou non de la même solution, jusque sur le col. Ce tampon remplit un rôle de soutien pour les organes génitaux et empêche en même temps le liquide de couler par la vulve ou de se répandre dans le vagin.

Ce pansement est fait tous les deux jours. Mais, entre ces deux jours, la malade a soin de placer elle-même un ovule au Thigénol. Le médicament agit donc par ce procédé d'une façon permanente. Dans les cas subaigus et puisqu'on fait en réalité un pansement quotidien, on emploiera des doses plus faibles, une solution de 20 pour 100 de Thigénol, pour les pansements, et de 15 pour 100 pour les ovules.

Les proportions de ce travail ne nous permettent pas de résumer, d'une manière même sommaire, les observations que nous avons pu recueillir sur ce point de thérapeutique, observations qui se rapportent à plus de cent cas, mais nous avons constaté que le Thigénol a une action analgésique remarquable ; dès les premiers pansements, les symptômes douloureux disparaissent. De plus, sous l'influence des pansements thigénolés, répétés pendant un certain temps, les lésions inflammatoires du col utérin et de l'utérus lui-même, des annexes, du péritoine et même du tissu cellulaire pelvien, présentent une tendance marquée à la résolution et, dans la plupart des cas, les pertes diminuent et même s'arrêtent complètement. C'est là un véritable succès, quand on songe à la ténacité désespérante de ces affections.

Nous avons donc dans le Thigénol, un succédané de l'ichtyol, qui présente sur lui de nombreux avantages (solubilité dans l'eau, forte teneur en soufre, taches facilement nettoyables, absence d'odeur) et qui, grâce à son action analgésique, antiphlogistique, résolutive et antiseptique, est appelé à rendre de réels services en gynécologie.

N° 9. — MARDI 24 JANVIER 1905. 78e ANNÉE. MARDI 24 JANVIER 1905. — N° 9.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE
De la gastro-entérostomie, note sur un point particulier de sa technique (avec 13 fig.), par MM. A. Ricard et Chevrier.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société médicale des hôpitaux.
LIVRES NOUVEAUX
FORMULAIRE
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Internat.* — Pathologie. — Séance du 22 janvier 1905 : MM. Burcker, 12; Pérol, 11; Collin, Hamel, Jumentié et Fernet, 9; Ehringer et Bruel, 8; Rouvayrol, 6; d'Halluin, 4.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — A la suite du concours qui vient de se terminer, le docteur Ch. Gonnet a été nommé chef de clinique obstétricale; et le docteur Trillat, chef de clinique adjoint.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. Midy, pharmacien à Paris, est nommé chevalier du Mérite agricole.

HOPITAL BOUCICAUT. — *Cours pratique de clinique élémentaire.* — M. Maurice Letulle, agrégé, médecin des hôpitaux, commencera le jeudi 6 février 1905, à dix heures du matin, à l'hôpital Boucicaut, un cours pratique de clinique élémentaire à l'usage des étudiants et des docteurs en médecine, et le continuera, tous les matins de dix heures à onze heures trente, jusqu'au 8 avril 1905.

Objet du cours : Examen méthodique des malades. Technique clinique. Manipulations et procédés de laboratoire applicables au diagnostic des maladies. Pratique de l'anatomie pathologique macroscopique.

Chaque jour les élèves prendront part, individuellement, dans le service, à des exercices pratiques de clinique, sous la direction du professeur, aidé de MM. Schæfer, chef du laboratoire central de Boucicaut, Bergeron, et de M. Halbron, interne de service.

Nota. — Le cours étant payant et le nombre des places limité, on est prié de s'incrire au bureau de l'hôpital Boucicaut, 62, rue de la Convention, jusqu'au 5 février 1905, dernier délai.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Rebatel (de Lyon); Louis Ricard (de Preignac); Maximilien Rietsch, professeur de clinique et de bactériologie à l'école de médecine de Marseille.

MONUMENT A PÉAN. — Un comité vient de se former pour élever un monument à la mémoire de Péan.

Il est définitivement constitué de la façon suivante :

M. Becquerel, Berthelot, Bétolaud, Bonnat, J. Chatin, M. Dieulafoy, A. Gautier, L. Labbé, J. Lefebvre, de l'Institut; Deschanel, Mézières, Sardou, de l'Académie française ; L. Colin, Delorme, Duguet, Fournier, Huchard, Lancereaux, de Lapersonne, Porack, Pozzi, A. Robin, de l'Académie de médecine; Fallières, président du Sénat; J. Dupuy, sénateur; Lozé, ancien ambassadeur; professeur Demons, de la Faculté de Bordeaux; professeurs Poncet et Jaboulay, de la Faculté de Lyon; docteurs Segond et Nélaton, Lepage, professeurs agrégés à la Faculté de Paris; de Selves, préfet de la Seine ; Mesureur, directeur de l'Assistance publique ; général Février, général Baillod; Christian, directeur de l'Imprimerie nationale; Froment-Meurice et Quentin-Bauchart, conseillers municipaux; Beurdeley, maire du VIIIe arrondissement ; Allain-Targé, ancien préfet ; Georges Cain, directeur du musée Carnavalet; docteurs Moulonguet (d'Amiens), Cabanès, Deny, Exchaquet ; MM. Emond, Alphand ; docteurs Brochin, Delaunay, Robin-Massé, de l'hôpital Péan.

Dans la première réunion, le bureau a été ainsi composé :

Président, M. Alfred Mézières ; vice-présidents, professeur Pozzi, docteur Delaunay ; secrétaires, docteurs Robin. Massé et Cabanès : trésorier, docteur Brochin.

Les souscriptions seront reçues chez le docteur Brochin, 86, rue de Grenelle.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude statistique et clinique de 173 cas de cancers utérins, résultats immédiats et éloignés des interventions totales, par Adrien Besson. 1 broch. in-8°. — Lille, imprimerie Morel.

Abcès de fixation dans quelques cas de broncho-pneumonie grave chez de jeunes enfants, par Mlle R. Campana et M. Codet-Boisse. 1 broch. in-8°. — Bordeaux, imprimerie du Midi, Paul Cassignol.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives générales de médecine. — (N° 2, 10 janv. 1905.) G. Milian : Facultés viriles, fécondité et descendance des tabétiques. — L'Huyghe : La dysarthrie linguale intermittente. — (N° 3, 17 janv.) Mazel : A propos des accidents du travail. — Parhon et Goldstein : Sur l'existence d'un antagonisme entre les fonctions de l'ovaire et celles du corps thyroïde.

British medical Journal. — (N° 1, janv. 1905.) William R. Gowers : Les douleurs du tabes. — Félix Semon : Fibrome du larynx et du cou, extirpé par une opération externe, sans ouvrir la cavité du larynx. — A. Gibson : Quelques réflexions sur la pleurésie. — John Catto : Le « schistosoma Cattoi », un nouvel hématode du sang chez l'homme. — Bishop Harman : L' « ambidextérité ».

Bulletin général de thérapeutique. — (15 janv. 1905.) Robin : Rôle des ferments dans les phénomènes biologiques. Les métaux ferments.

Bulletin médical. — (N° 5, 18 janv. 1905.) Raymond : Un cas de stasobasophobie chez un psychasthénique tuberculeux atteint de myopathie. — (N° 6, 21 janv.) L. Bérard : Complications orthopédiques des ostéomyélites.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 1, 7 janv. 1905.) Ferrannini : Sur l'action des injections sous-cutanées d'eau salée dans la néphrite; considérations sur les nouvelles théories concernant le rôle du sel dans les maladies du rein. — (N° 2, 14 janv.) Fleckseder : Quelques observations sur la salive mixte des individus sains et malades.

Deutsche medical Wochenschrift. — (N° 1, 5 janv. 1905.) Kraus : Sur le diagnostic fonctionnel du cœur. — Pfeiffer et Friedberger : Sur les substances antibactériolytiques des sérums normaux. — Riedel : Traitement du panaris. — Sarwey : Remarques bactériologiques sur la désinfection à l'eau chaude et à l'alcool. — Sattler : Sur le traitement du décollement de la rétine. — Riesenfeld : La teneur en radium des eaux minérales et des boues. — Muhller : Sur la mastite chronique scrofuleuse des enfants. — Marx : Etudes sur le « Bioson », préparation nutritive d'albumine, de fer et de lécithine.—(N° 2, 12 janv.) Eichhorst : Indications et règles du traitement digitalique. — Kraus : Sur le diagnostic fonctionnel du cœur (*suite*). — Ebstein : Sur les substances laxatives contenues dans l'exodine. — Sattler : Sur le traitement du décollement de la rétine (*suite*). — Werner : Rôle de la lécithine associée à l'action des rayons du radium et des rayons Röntgen. — Stenger : Les névroses consécutives aux traumatismes craniens. Névrose traumatique du labyrinthe. — Brehmer : Sur la septicémie gonococcique du nouveau-né. — Wolff : Rapports de la rhinite fibreuse et de la diphtérie. — Hirschfeld : Un cas d'intoxication chronique par la phénacétine.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 2, 14 janv. 1905.) Lavraud : Sinusite maxillaire chronique.

Médecine moderne. — (N° 3, 8 janv. 1905.) Ph. Hauser : L'obésité et son traitement.

Montpellier médical. — (N° 2, 8 janv. 1905.) Marquis : Radium et corps radio-actifs. — Estor : Torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire (*fin*).

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 2, 10 janv. 1905.) Kuster : Sur la tuberculose des animaux à sang froid. — Kunwald : Sur le traitement de la tuberculose laryngée par la lumière solaire. — Freysnuth : Sur l'administration des préparations de tuberculine par la bouche. — Ranke : Rapports entre la nutrition et les conditions de température ambiante, d'après des recherches faites sous les tropiques, dans les climats tempérés et sur les montagnes. — Prusmann : L'administration prophylactique des préparations de seigle pendant l'accouchement. — Theilhaber : Pathologie et thérapeutique de la salpingite chronique. — Steinschneider : L'adrénaline dans les hémorragies de l'accouchement. — Hayo-Bruns : Recherches sur la désinfection dans l'ankylostomiase. — Köhler : Tubes Röntgen et dispositif pour le dosage thérapeutique des rayons Röntgen.— Dreyfuss : Un cas de dacryo-adénite chronique. Traitement par le massage vibratoire. Guérison.— Hecht : Pansement rétro-auriculaire. — Philips : Pansement en turban. — (N° 3, 17 janv.) Grunberg et Rolly : Contribution à l'étude des propriétés agglutinatives du sérum des typhiques vis-à-vis des bacilles paratyphiques et des bactéries voisines. — Selter : Sur le diagnostic de la fièvre typhoïde au moyen du « Typhusdiagnosticum » de Ficker. — Flatau et Wilke : Sur le « Typhusdiagnosticum » de Ficker. — Eichler : Sur les applications du « Typhusdiagnosticum » de Ficker dans les contrées tropicales. — Deucke : Sur la « griserine », soi-disant antiseptique interne. — Heil : Accouchements au forceps. — Maas : Un cas de rage humaine. — Rottenstein : Un cas grave de tétanos. — Theilhaber : Pathologie et thérapeutique de la salpingite chronique (*fin*). — Bruns : Recherches sur la question de la désinfection dans l'ankylostomiase. — Stumps : Histoire de l'institut central de vaccine bavarois.

Presse médicale. — (N° 5, 18 janv. 1905.) Cruchet : Tics et sommeil. — (N° 6, 21 janv.) Josué : Pathogénie de certains cas d'œdème aigu du poumon. — Jacques Delage : Indications de l'hystérectomie abdominale pour annexites.

Pédiatrie pratique. — (N° 2, 15 janv. 1905.) A. Broca : Quelques aspects chirurgicaux de l'hystérie infantile.

The Practitioner. — (Vol. LXXIV. N° 1, janv. 1905.) F. Treves : Étiologie et traitement du rein mobile. — Philip : La zomothérapie dans la tuberculose pulmonaire. — W. Burton Fanning : Diététique dans la tuberculose pulmonaire. — A. Latham : Diététique dans la tuberculose pulmonaire. — De Korté : Les parasites du small-pox, de la vaccine, de la varicelle. — D. Armour : La gastro-entérostomie. — Buxton et Thomson : L'anesthésie dans les opérations sur les voies aériennes supérieures. — Carwardine : Quelques points sur le traitement chirurgical de l'obstruction intestinale.

Therapie der Gegenwart. — (1 Heft, janv. 1905.) G. Klemperer : Diagnostic et traitement du cancer de l'estomac.

The Scottish medical and surgical Journal. — (Vol. XVI. N° 1, janv. 1905.) W. Stephenson : La structure de l'utérus. — Miller : La toilette anale. — A. Hausen : Le déclin de la lèpre en Norwège. — B. Campbell Macfié : Utilité et inutilité des sanatoria.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 1, 5 janv. 1905.) Hamburger : Assimilation et hérédité. — Rossiwal et Schick : Agglutination spécifique des streptocoques des angines scarlatineuses et des « accidents primitifs » extra-buccaux de la scarlatine. — Pick : Études de psychiatrie et de neurologie. Contribution à l'étude de la micrographie. — Graff : Traitement des blessures opératoires du canal thoracique. — (N° 2, 12 janv.) Dimmer : Étiologie du catarrhe printanier de la conjonctive. — Korczjuski : Sur l'influence du poison des bacilles tuberculeux sur le développement et la toxicité des autres bactéries, spécialement du bacterium coli commune. — Oefele : Rapports des connaissances actuelles sur la digestion avec l'utilisation pratique de la coprologie. — Pick : Études de psychiatrie et de neurologie. Euphonie survenant par accès dans les tumeurs cérébrales.

DE

LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE

Note sur un point particulier de sa technique.

Par A. RICARD, agrégé, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, et CHEVRIER, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Ce n'est pas un procédé nouveau dans sa technique que nous voulons exposer : la gastro-entérostomie postérieure est bien réglée et les variantes légères, que peut apporter chaque chirurgien à l'exécution de ses divers temps, ne suffisent point à individualiser sa manière de faire.

Mais c'est un procédé basé sur un principe nouveau, plus simple que ceux sur lesquels reposent les diverses gastro-entérostomies postérieures.

Pour éviter que le contenu stomacal ne passe dans le bout duodénal de l'anse jéjunale anastomosée avec l'estomac, créant le circulus viciosus vrai, on a coutume de prendre deux précautions, l'une mécanique, l'autre physiologique.

La fixation assez étendue à l'estomac du bout duodénal de l'anse anastomosée, préconisée en 1889 par Pozzi pour la gastro-entérostomie postérieure, bien avant que Lauenstein la proposât pour l'antérieure (1896), est entrée dans la pratique générale. Elle a une double conséquence mécanique.

Fig. 1.

Comme la bouche pratiquée est parallèle au grand axe du corps de l'estomac, c'est-à-dire légèrement oblique en bas et à droite, elle crée une légère différence de niveau qui fait intervenir les lois de la pesanteur pour diriger le cours du contenu stomacal. Elle empêche la formation d'un éperon qui pourrait agir comme une valvule et gêner la déplétion de l'estomac dans l'intestin.

Pour se prémunir contre la formation non d'un éperon mais d'une coudure brusque au niveau de la portion iléale de l'anse anastomosée, Hedra a proposé d'ajouter à la suspension en amont, un peu de suspension en aval. Cette suspension étendue de l'anse anastomosée, réalisant ses deux conséquences mécaniques — différence de niveau, obstacle à l'éperon ou à la coudure — s'obtient indifféremment suivant les auteurs, soit par des points de suture spéciaux, soit en faisant beaucoup plus étendues que la bouche anastomotique, les sutures séro-séreuses.

Ces précautions mécaniques ne peuvent avoir leur plein effet que si l'on prend la précaution physiologique connue sous le nom de manœuvre de Lücke-Rockwitz — bien plus elles deviennent néfastes si celle-ci n'est pas exécutée.

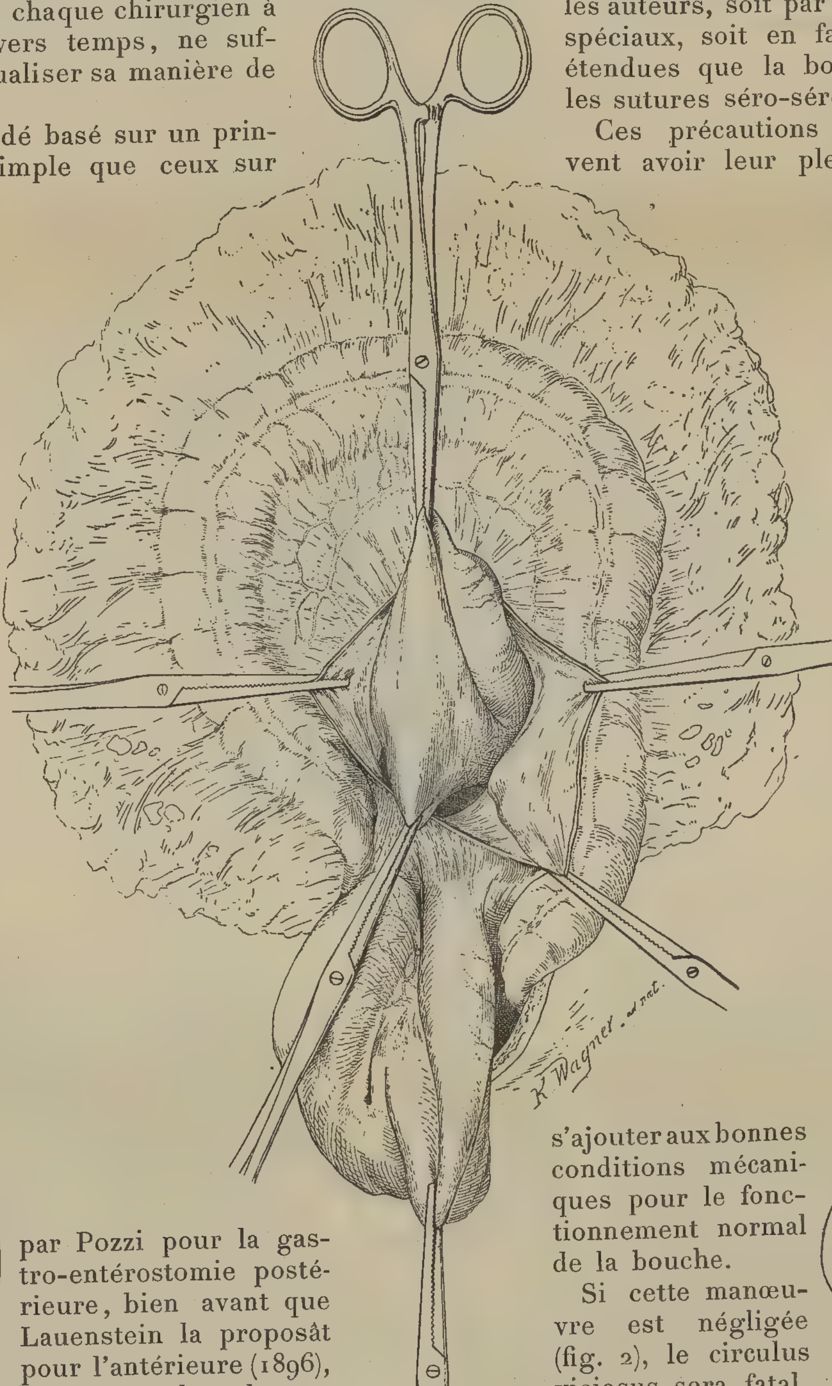


Fig. 3.

La manœuvre de Lücke - Rockwitz (fig. 1) consiste à détordre l'anse jéjunale saisie, de façon que son bout duodénal soit à gauche, son bout iléal à droite. Grâce à cette manœuvre, le péristaltisme intestinal agit dans le même sens que le péristaltisme stomacal et vient s'ajouter aux bonnes conditions mécaniques pour le fonctionnement normal de la bouche.

Si cette manœuvre est négligée (fig. 2), le circulus viciosus sera fatal, si la suspension a été faite avec soin; peut-être sera-t-il évité, si la suspension a été négligée, mais l'opérateur aurait certes bien tort d'en tirer vanité.

Fig. 2.

La manœuvre de Lücke-Rockwitz est sans doute facile à exécuter, mais les erreurs sont possibles; erreurs du chirurgien qui, dans le cours de l'opéra-

tion, préoccupé, peut oublier la manœuvre ; l'ayant faite, et ayant mis son intestin en bonne position entre les compresses, il peut par aberration la prendre et la suturer dans le mauvais sens ; erreurs de l'aide qui, par inattention, peut mal présenter à l'opérateur l'anse que celui-ci a bien placée. Sans doute ces erreurs doivent être et sont exceptionnelles, et nous n'en connaissons d'ailleurs pas d'exemple, mais il est encore de trop qu'elles soient possibles.

Le principe du procédé de gastro-entérostomie que nous préconisons, supprime la possibilité de toute erreur, de quelque nature qu'elle soit : c'est ce qui fait à notre avis son avantage indiscutable. De plus, il porte au maximum les bonnes conditions de fonctionnement de la bouche, il crée une différence de niveau plus considérable que les autres, et avec lui tout éperon ou coudure ne saurait exister.

Après laparotomie nous sortons le côlon et nous l'étalons sur une compresse, de façon à voir la face inférieure du mésocôlon transverse.

Nous effondrons aux ciseaux ce mésocôlon dans un point avasculaire et nous agrandissons l'orifice avec le doigt ; l'effondrement a été exagéré sur la figure : les bords de la boutonnière mésocolique ont été repérés avec des pinces, ce qui est parfaitement inutile en pratique (fig. 3).

Par la boutonnière mésocolique, nous attirons la face postérieure de l'estomac et nous tâchons de faire passer par l'orifice la plus grande partie de l'organe ; on doit finir par voir la face postérieure sur toute sa hauteur. Mais si la grande courbure vient facilement, longée par l'arc des gastro-épiploïques, la petite courbure vient difficilement ; il faut tirer longuement et lentement, s'aidant parfois d'une pince, et on voit à grand'peine, dans certains cas, de petits vaisseaux descendant verticalement sur la face postérieure ; ils indiquent le voisinage de la petite courbure.

L'estomac tient donc par un de ses bords, et ce bord est la petite courbure.

Prenons alors l'intestin grêle et remontons en tirant jusqu'à ce qu'il ne vienne plus : *l'intestin tient par une extrémité* ; cette extrémité est l'angle duodéno-jéjunal.

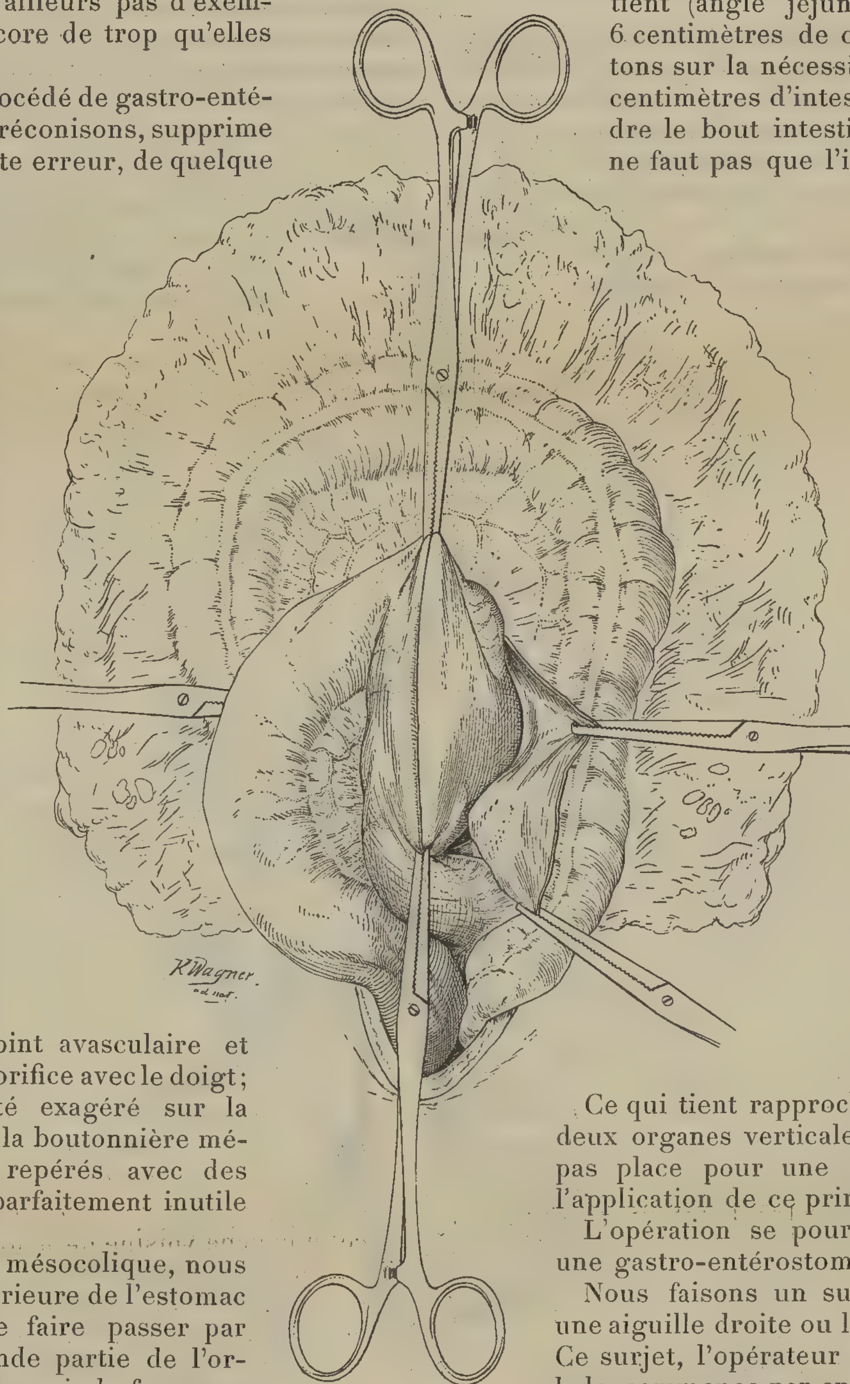


Fig. 4.

Tout le secret du procédé réside dans le principe suivant : *accoler verticalement estomac et intestin, en rapprochant les parties qui tiennent* (fig. 4).

Prenons donc l'intestin au voisinage du point qui tient (angle jéjuno-duodénal), à 5 ou 6 centimètres de cet angle. Nous insistons sur la nécessité de laisser quelques centimètres d'intestin : il faut bien prendre le bout intestinal qui tient, mais il ne faut pas que l'intestin tire sur la suture. Fixons par une pince le bord libre de l'intestin au côté de l'estomac qui tient (petite courbure). Sur la figure 3, le voisinage de la petite courbure est indiqué par un vaisseau.

Faisons monter l'intestin sur l'estomac et fixons-le par une autre pince au voisinage de la grande courbure indiquée par les vaisseaux.

Les deux organes sont ainsi *verticalement accolés* et l'intestin monte sur la face postérieure de l'estomac, *la traversant verticalement dans toute sa hauteur*, de la petite à la grande courbure (fig. 4).

Ce qui tient rapproché de ce qui tient, les deux organes verticalement accolés, il n'y a pas place pour une erreur possible dans l'application de ce principe.

L'opération se poursuit dès lors comme une gastro-entérostomie ordinaire.

Nous faisons un surjet séro-séreux avec une aiguille droite ou légèrement recourbée. Ce surjet, l'opérateur étant à droite du malade, commence par en bas, là où les organes tiennent, et finit en haut. Il fixe l'intestin à l'estomac sur toute la hauteur de sa face postérieure, *commençant au voisinage de la petite courbure, finissant à la grande.* Deux pinces doivent repérer les deux extrémités de ce surjet (fig. 5).

Nous pratiquons alors les deux bouches, nous faisons *la bouche intestinale d'abord* parce que l'intestin est toujours vide.

Cette bouche n'est pratiquée que sur la moitié supérieure de la portion d'intestin accolée à l'estomac (fig. 6).

Nous ouvrons *ensuite la bouche stomacale*, près de la grande courbure (l'estomac n'étant pas toujours vide) : le bistouri ne l'a pas achevée sur la figure.

Si l'estomac contenait du liquide — résidu du lavage fait immédiatement avant l'opération — deux pinces, mises à chaque extrémité de l'incision gastrique, l'éléveraient, lui faisant faire entonnoir, empêchant toute issue du liquide.

Il n'est pas inutile pour la facilité de la suture suivante de mettre une pince pour appliquer l'une contre l'autre, les deux lèvres voisines des boutonnières intestinale et gastrique (fig. 5).

Nous faisons alors un surjet total, prenant toute l'épaisseur des tranches postérieures accolées des boutonnières gastrique et intestinale : le surjet total soutient bien et est parfaitement hémostatique (fig. 6 et 7).

La pince d'adossement dont nous avons parlé, qui rapproche les deux tranches postérieures des boutonnières, n'est pas inutile : elle les relève et elle les fixe, si bien que le surjet peut être beaucoup plus rapidement fait.

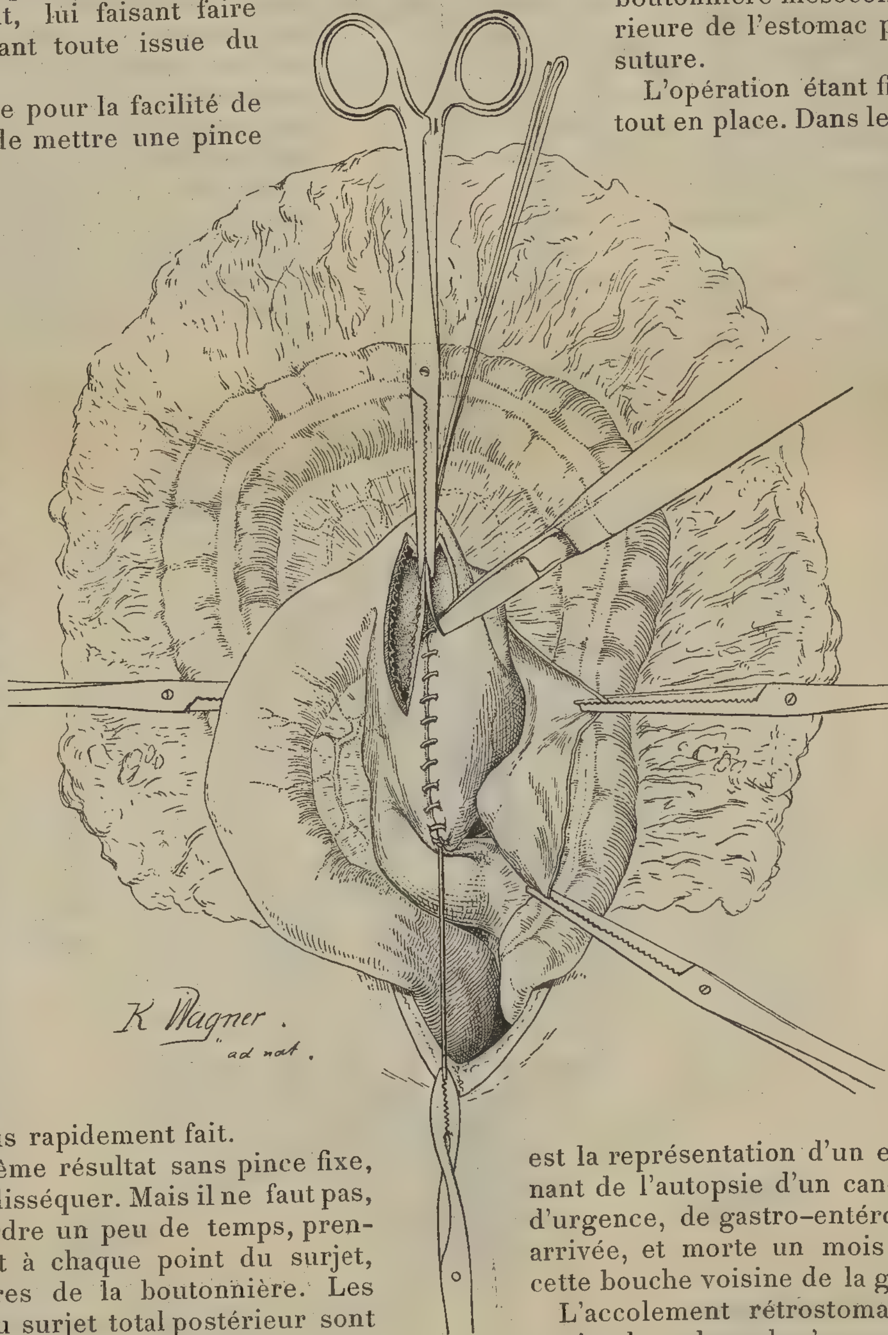


Fig. 5.

On arrive au même résultat sans pince fixe, avec une pince à disséquer. Mais il ne faut pas, sous peine de perdre un peu de temps, prendre séparément et à chaque point du surjet, chacune des lèvres de la boutonnière. Les deux extrémités du surjet total postérieur sont repérées.

Nous pratiquons alors le surjet total antérieur, en solidarisant l'extrémité initiale inférieure de ce surjet avec l'extrémité inférieure du surjet précédent (vers la petite courbure, mais loin d'elle). Nous solidariserons de même tout à l'heure les deux extrémités supérieures du surjet total antérieur (près de la grande courbure).

Reste à faire le surjet séro-séreux antérieur, qui a l'étendue du postérieur ; il traverse comme lui toute la face postérieure de l'estomac, dépassant beaucoup par en bas (vers la petite courbure) le commencement des surjets totaux (fig. 8). Nous coupons, à mesure qu'ils sont enfouis, les fils des surjets totaux.

On a oublié de solidariser, dans la figure, les deux chefs initiaux séro-séreux, en les nouant et en les réunissant dans une même pince.

Nous nouerons de même les fils terminaux de ces surjets, au niveau de la grande courbure.

Pour que l'anastomose soit terminée, il faut fixer la boutonnière mésocolique à la face postérieure de l'estomac par 3 ou 4 points de suture.

L'opération étant finie nous remettons tout en place. Dans le mouvement de bascule, qui est ébauché dans notre figure (fig. 9), ce qui était inférieur devient supérieur, ce qui était supérieur est inférieur, et désormais l'intestin descend, accolé à la face postérieure de l'estomac sur toute la hauteur de cette dernière. De cette large fusion, la moitié inférieure seule correspond à la bouche ; la moitié supérieure (elle était inféau moment de l'exécution), est tout entière de suspension.

La bouche nouvelle est tout près de la grande courbure, et il y aura toute chance pour qu'il n'y ait pas de stase gastrique.

La figure 10 qui est la représentation d'un estomac ouvert provenant de l'autopsie d'un cancer du pylore, opéré d'urgence, de gastro-entérostomie, aussitôt son arrivée, et morte un mois après, montre bien cette bouche voisine de la grande courbure.

L'accolement rétrostomacal vertical de l'intestin dans lequel s'ouvre la bouche est démontré par l'horizontalité des valvules conniventes, perpendiculaires à la direction de l'intestin.

Tel est le procédé typique de la gastro-entérostomie que nous pratiquons. Il n'est pas toujours absolument applicable et nous croyons bon de signaler la variante à laquelle nous avons recours à l'occasion.

Si l'estomac fixé par des adhérences au niveau de la petite courbure ne vient pas, nous ne pouvons trouver dans l'accolement vertical possible la place de la bouche et de la suspension. Ce qui importe d'après nous, c'est la suspension verticale, nous lui donnons toute la hauteur qu'elle peut avoir. Arrivés à la grande

courbure, nous inclinons l'intestin vers l'extrémité pylorique et nous faisons une bouche presque horizontale près de la grande courbure. Nous avons ainsi une surface d'accolement en forme de L majuscule renversé et très ouvert ⅃ : la branche verticale est la branche de suspension, la branche oblique correspond à la bouche.

En résumé après avoir rapproché les deux parties qui tiennent de l'estomac et de l'intestin, nous les accolons verticalement pour les suspendre verticalement l'un à l'autre, et nous faisons la bouche comme nous pouvons, verticale, oblique, horizontale même.

Le procédé de Petersen (que nous n'avons connu que très récemment) pourrait seul être rapproché du nôtre. Il en diffère totalement cependant. Petersen se contente de créer une bouche verticale; il ne fait pas de suspension. Il se propose de maintenir les rapports anatomiques des deux organes, le jéjunum descendant verticalement en longeant l'estomac, *dont il n'est séparé que par le mésocolon.*

Nous venons de montrer que pour nous la direction de la bouche est très secondaire, le seul point auquel nous tenions c'est que, dans toute la partie abordable de la paroi postérieure de l'estomac l'accolement vertical de l'intestin à l'estomac reste une coalescence, qu'il n'y ait *rien, séparant* les deux organes (fig. 11).

Déjà cependant la bouche verticale de Petersen est un progrès et les quelques mécomptes des procédés habituels semblent devoir être évités par elle.

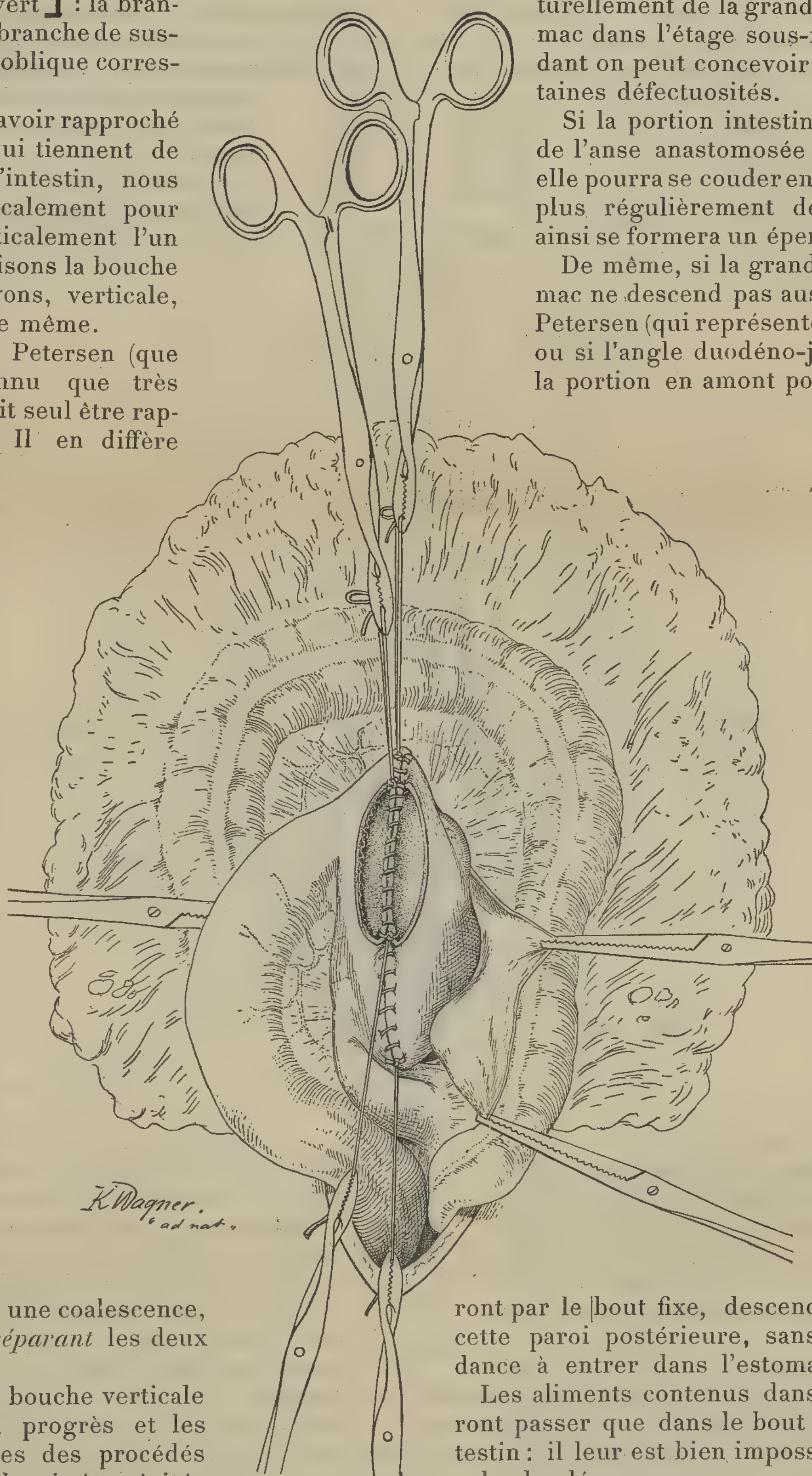


Fig. 6.

Les aliments tombent naturellement dans la bouche duodénale, le circulus viciosus vrai est impossible (fig. 12).

Les sécrétions duodénales suivent la pente postérieure et bien que portées vers l'estomac par un léger éperon, elles n'y pénétreront pas, d'ailleurs on sait que physiologiquement cette pénétration n'a aucune importance.

Il ne peut pas y avoir de courbure brusque du bout efférent de l'anse anastomosée, l'intestin tombant naturellement de la grande courbure de l'estomac dans l'étage sous-mésocolique. Cependant on peut concevoir la possibilité de certaines défectuosités.

Si la portion intestinale qui est en amont de l'anse anastomosée est un peu longue, elle pourra se couder en S, elle ne descendra plus régulièrement derrière l'estomac et ainsi se formera un éperon (fig. 13).

De même, si la grande coubure de l'estomac ne descend pas aussi bas que le figure Petersen (qui représente un estomac dilaté), ou si l'angle duodéno-jéjunal est bas situé, la portion en amont pourra devenir ascendante, et ainsi se formera de nouveau un éperon. Une valvule pourra se développer qui gênera le fonctionnement de la bouche, causera du reflux des liquides duodénaux dans l'estomac, et peut-être de la stase gastrique suivie de circulus viciosus.

Dans l'opération que nous pratiquons l'accolement intestinal se faisant sur toute la hauteur de l'estomac, la paroi postérieure de l'intestin descend verticale et n'a pas la moindre tendance à faire éperon au niveau de la bouche.

Les liquides duodénaux qui arriveront par le bout fixe, descendront naturellement cette paroi postérieure, sans avoir aucune tendance à entrer dans l'estomac.

Les aliments contenus dans l'estomac ne pourront passer que dans le bout ilio-jéjunal de l'intestin : il leur est bien impossible de refluer vers le duodénum.

Donc, dans une opération bien exécutée par le procédé décrit plus haut : le circulus viciosus est impossible, de même que la pénétration des liquides duodénaux dans l'estomac.

La seule objection qu'on pourrait faire à notre procédé, c'est que la portion de l'intestin qui est en amont de l'anastomose aura peut-être à monter pour atteindre

la petite courbure, on pourrait craindre qu'il n'y ait stase des liquides duodénaux.

En admettant qu'elle existe, cette stase ne serait que momentanée, et dès que les liquides duodénaux auraient atteint un certain niveau, ils couleraient dans l'intestin.

Nous croyons d'ailleurs que cette stase n'est pas possible pour plusieurs raisons.

La partie de l'intestin incriminé ne sera qu'exceptionnellement ascendante. L'angle duodéno-jéjunal est au niveau de la 1re ou 2e lombaire, or la petite courbure, d'après les traités classiques d'anatomie, descend jusqu'à la 2e. L'accolement commencera d'ailleurs toujours un peu au-dessous d'elle. Si par anomalie de situation de l'estomac ou de l'intestin, la portion intestinale devenait légèrement ascendante, la stase ne se réaliserait pas encore, à notre avis : l'écoulement du liquide stomacal dans le bout iléal de l'intestin ferait siphon dans le bout duodénal, et une fois le siphon amorcé — et il le sera lors de la première déplétion stomacale — l'écoulement des liquides duodénaux sera régulier.

D'ailleurs nous répétons que c'est dans des cas anormaux seuls que la partie de l'iléon en amont de la bouche sera légèrement ascendante.

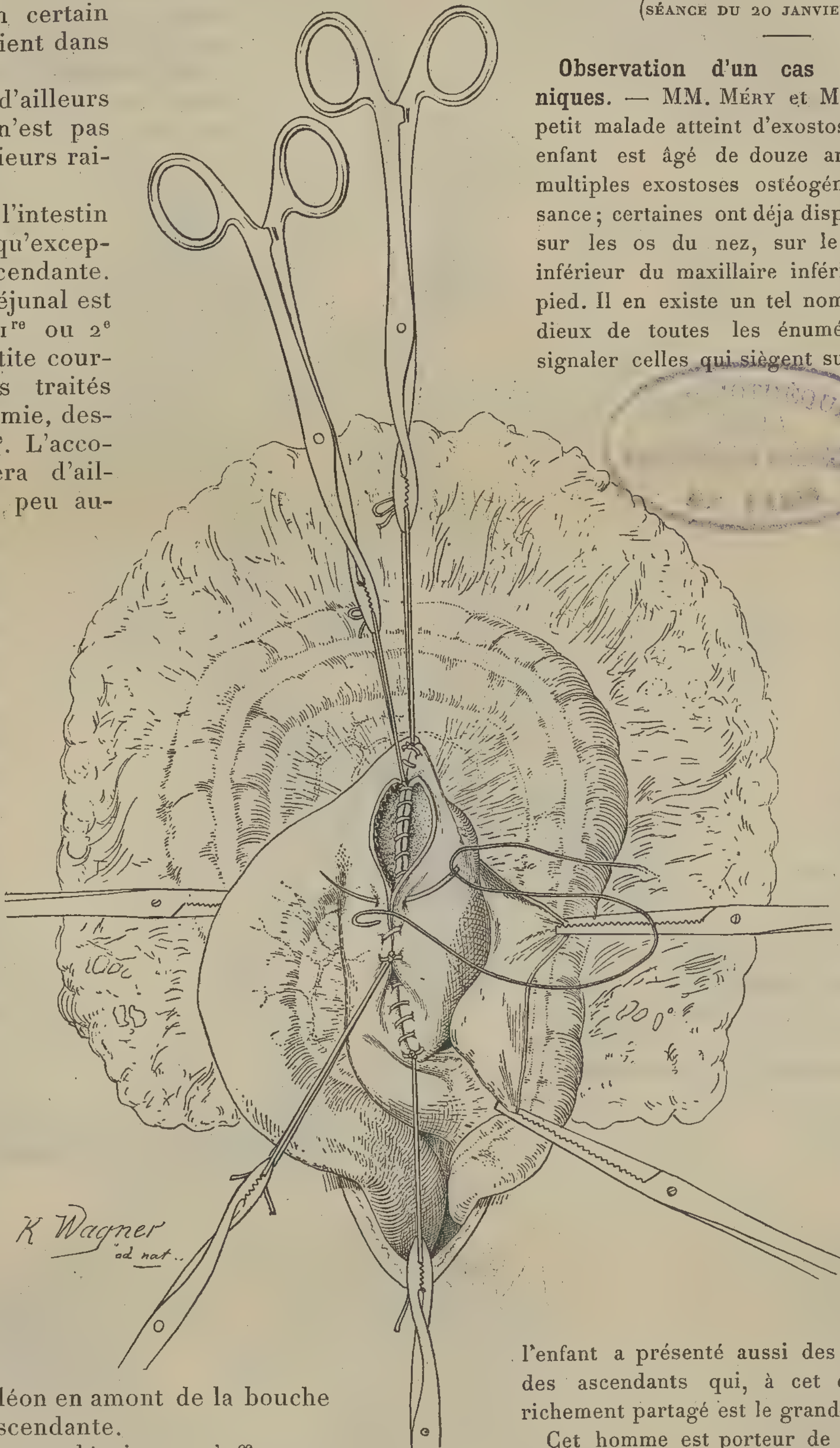


Fig. 7.

Le procédé que nous décrivons n'offre que des avantages, met à l'abri de toutes les surprises, de tous les accidents, et chaque fois d'ailleurs que nous avons pu l'exécuter, nous avons enregistré un succès.

Avis. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 10 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi coûte 25 centimes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 20 janvier 1905)

Observation d'un cas d'exostoses ostéogéniques. — MM. Méry et Métayer présentent un petit malade atteint d'exostoses ostéogéniques. Cet enfant est âgé de douze ans. Il est porteur de multiples exostoses ostéogéniques depuis sa naissance ; certaines ont déja disparu, celles qui siègent sur les os du nez, sur le crâne, sur le bord inférieur du maxillaire inférieur, et sur les os du pied. Il en existe un tel nombre qu'il serait fastidieux de toutes les énumérer. Il faut cependant signaler celles qui siègent sur les deux avant-bras et sur le genou droit, et dont six radiographies ont été prises. Ce que cette observation présente de particulièrement curieux, c'est le rôle de l'hérédité dans la genèse de ces exostoses. Le père de l'enfant a présenté des exostoses sur les côtes, les doigts, les membres inférieurs et supérieurs et au niveau des articulations métatarso-phalangiennes. Presque toutes ont disparu avec les années, sauf en quelques endroits : sur la tête du radius, sur la tête du cubitus, sur les extrémités supérieures du tibia et du péroné au membre inférieur gauche. Ces exostoses n'ont jamais dépassé le volume d'une noix.

Le grand-père de l'enfant a présenté aussi des exostoses, mais celui des ascendants qui, à cet égard, a été le plus richement partagé est le grand-oncle du petit malade.

Cet homme est porteur de nombreuses exostoses dont deux surtout attirent l'attention par leur volume. Elles siègent au niveau de chacune des deux articulations des genoux sur la face interne des condyles fémoro-tibiaux. Elles ont presque la grosseur d'une tête de fœtus et elles ont contribué à faire réformer cet homme du service militaire. Il a été impossible de remonter plus haut dans les ascendants de l'enfant, mais le père affirme que cette affection osseuse est considérée comme héréditaire dans la famille depuis cinq ou six générations.

Un détail encore est à signaler. Le grand-oncle porteur de ces énormes exostoses signalées plus haut est père de nombreux enfants et, parmi ceux-ci, certaines filles qui n'ont pas hérité de l'affection familiale ont donné le jour à des enfants qui présentent de nombreuses exostoses.

LIVRES NOUVEAUX

Les rayons N et les rayons N_1 (1), par le docteur H. Bordier.

Contrairement à ce qui eut lieu pour les rayons X, les rayons N n'ont pas été découverts d'emblée : c'est par l'entraînement méthodique d'expériences entreprises dans un tout autre but, que M. Blondlot (de Nancy) eut l'honneur de trouver les radiations nouvelles.

Ces radiations, une fois étudiées, se montrèrent actives sur l'organe de la vue dont l'acuité augmente sous leur influence : cette remarque permit alors à un physicien biologiste, M. A. Charpentier, de découvrir à son tour que l'organisme émet des radiations (*radiations physiologiques*) ayant de nombreux points communs avec les rayons N.

Si la physique pure doit à l'auteur de la découverte des rayons N un nouveau et important chapitre, la physique biologique, si intéressante pour le médecin, voit, elle aussi, grâce aux beaux travaux de M. Charpentier, s'étendre son champ d'études dans lequel la clinique et la thérapeutique ont déjà trouvé soit des procédés d'exploration, soit des méthodes nouvelles de traitement.

Les découvertes de MM. Blondlot et Charpentier ont passionné et passionnent encore les esprits ; or, jusqu'à présent, ce n'est que dans des comptes rendus ou dans des articles séparés peu détaillés qu'ont dû puiser ceux qu'intéresse cette question.

M. Bordier a rassemblé dans son étude tout ce qui a été publié sur les rayons N ; il l'a ordonné aussi méthodiquement que possible, avec la clarté, la précision et la compétence dont il a déjà fait preuve dans ses autres publications, notamment dans son *Précis d'électrothérapie*. L. GAYARD.

(1) 1 vol. in-16, avec 16 fig. Prix : 1 fr. 50. — J.-B. Baillière et fils.

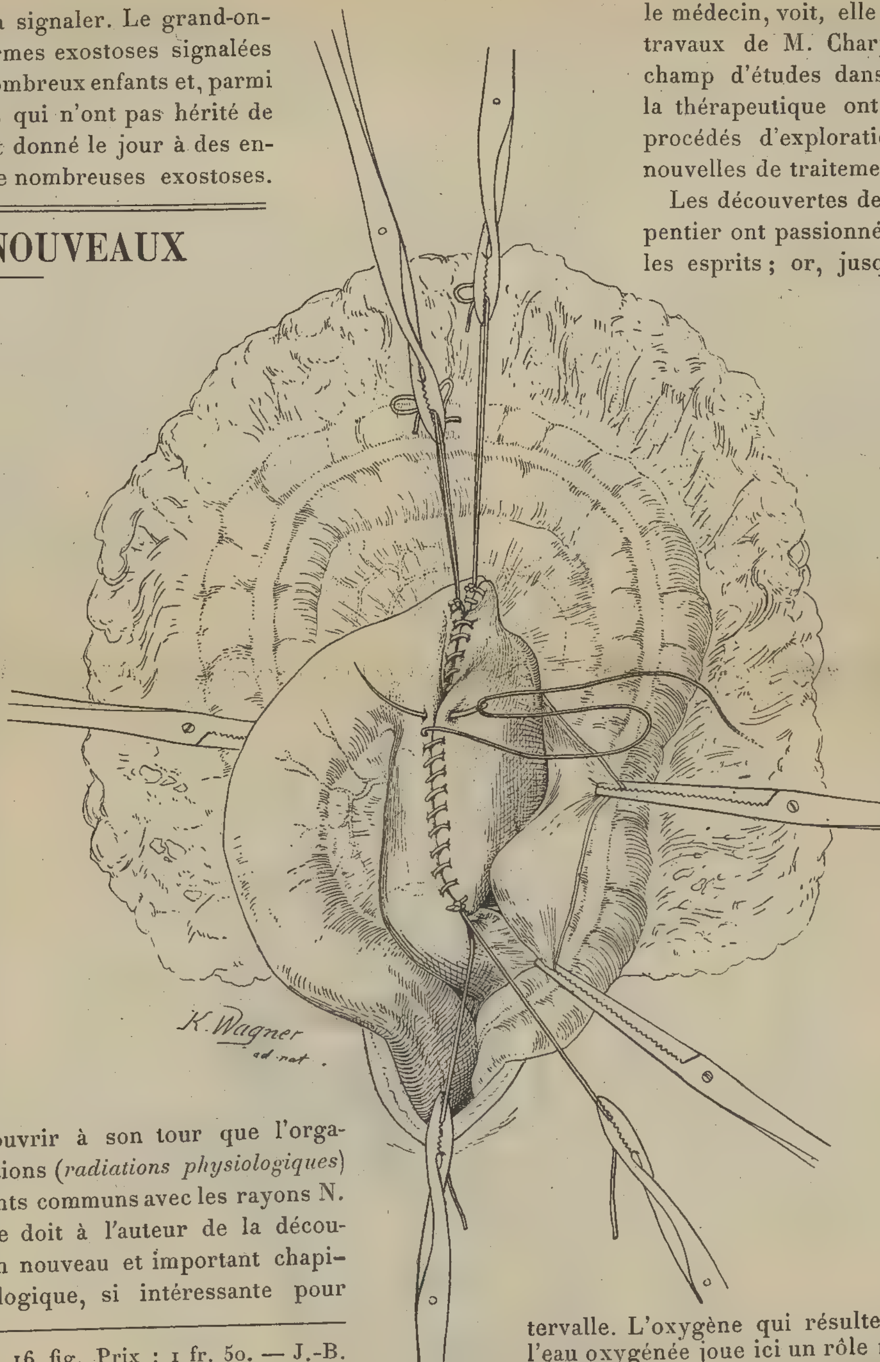


Fig. 8.

FORMULAIRE

L'EAU OXYGÉNÉE EN LAVEMENTS

L'eau oxygénée a été employée en lavements. Dans sa thèse, Malet cite un cas de constipation opiniâtre chez l'adulte ayant cédé à deux lavememts d'eau oxygénée pris à un quart d'heure d'intervalle. L'oxygène qui résulte de la décomposition de l'eau oxygénée joue ici un rôle mécanique.

Le docteur Rocaz (de Bordeaux) emploie aussi en

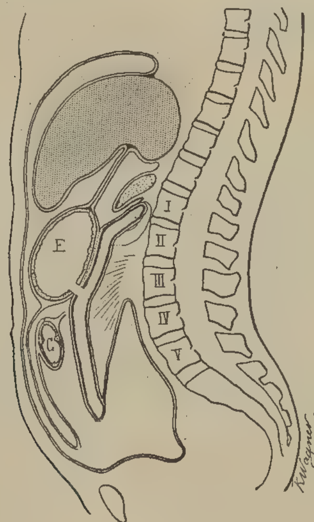


Fig. 11.

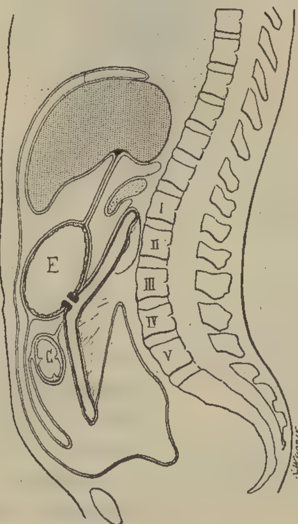


Fig. 12.

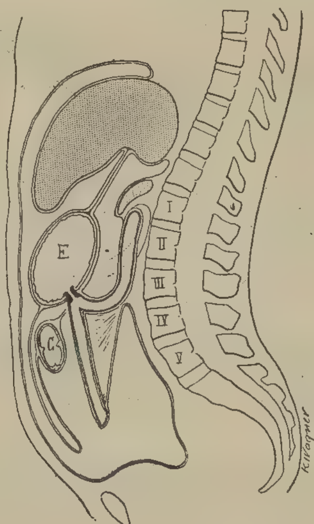


Fig. 13.

lavements d'eau oxygénée contre la dysenterie, à cet effet il prescrit :

Eau oxygénée à 10 volumes.....	1 volume.
Eau stérilisée tiède..............	4 —

Cette solution abaisse le titre à 2 volumes.

H. Roger prescrit aussi dans cette même affection des lavements avec :

Eau oxygénée à 12 volumes...	100 cent. cubes.
Solution de chlorure de sodium.	5 grammes.
Phosphate de soude..........	3 —
Bicarbonate de soude........	$0^{g}50$
Eau........................	900 grammes.

Ici, le titre de l'eau oxygénée se trouve abaissé à 1 vol. 20.

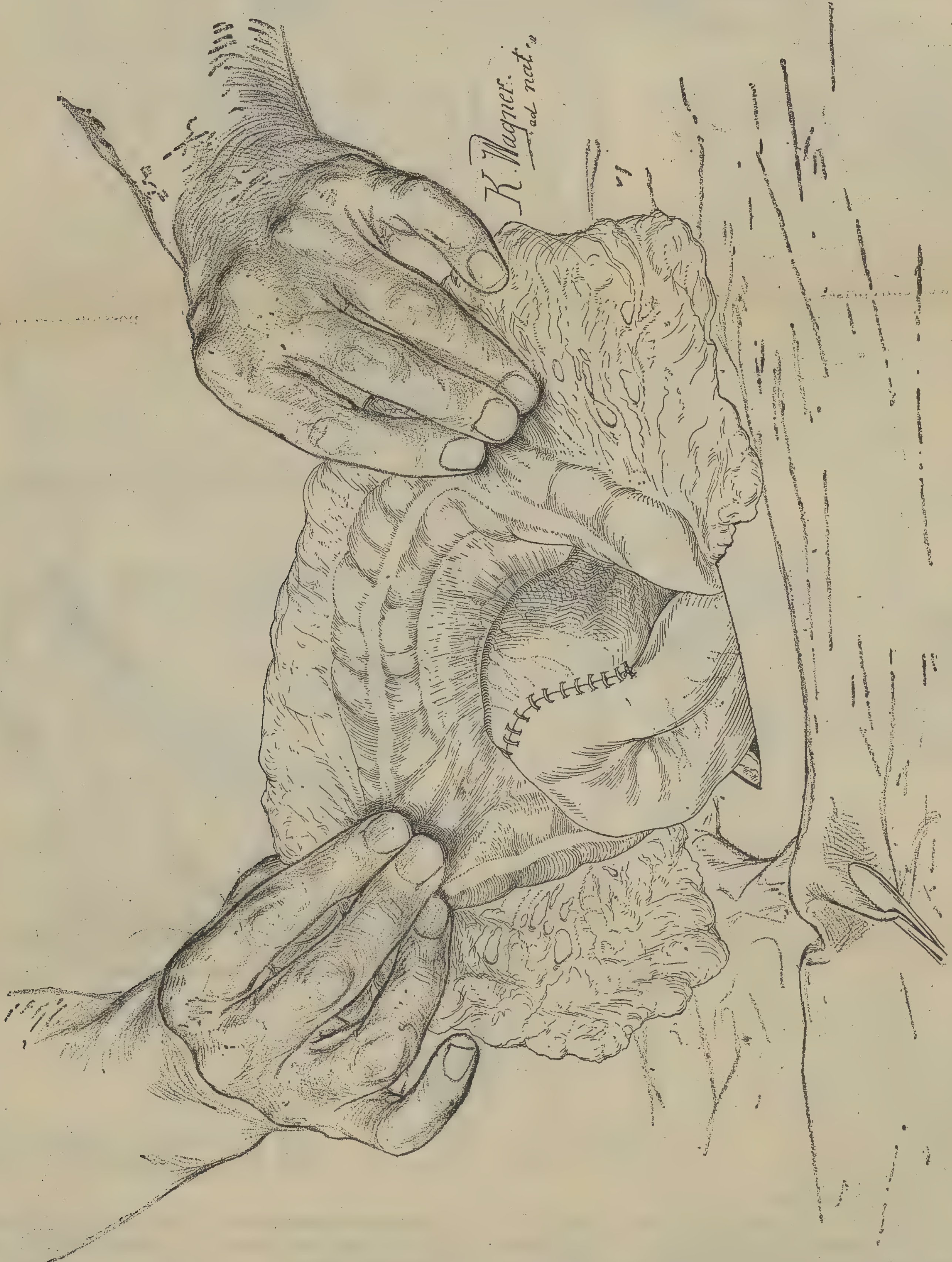


Fig. 9.

Quelle que soit la formule à laquelle on donnera la préférence, il sera toujours bon de faire précéder ce lavement antiseptique d'un lavement évacuateur.

Enfin, le docteur Roger a aussi employé l'eau oxygénée en lavements contre l'entérite et en a obtenu de bons résultats.

Pour ces lavements on emploiera avec avantage la formule suivante :

Eau oxygénée à 12 volumes. . . 100 gr.
Solution de CO^2 Na H à 4
p. 1000 . . . . 900 —
(Coudrain.)

GLYCÉROLÉ CONTRE LE PRURIT VULVAIRE

Oxyde de zinc . . . . 6 grammes.
Bromure de potassium . . 10 —
Extr. de chanvre indien. 2 —
Glycérolé d'amidon . . . . 30 —

F. s. a. — Les applications de ce glycérolé doivent être précédées de lotions d'eau de tilleul extrêmement chaudes. Lorsque le prurit vulvaire s'accompagne d'acné, il faut prescrire, matin et soir, des applications de savon noir mou, pendant une demi-heure, puis des lotions avec une infusion de thé noir concentré et aussi chaude que possible. (*Bull. gén. de thérap.*)

TRAITEMENT DE L'ULCÈRE DE JAMBE

Von Hoffer (de Gratz) a obtenu des résultats favorables en associant le

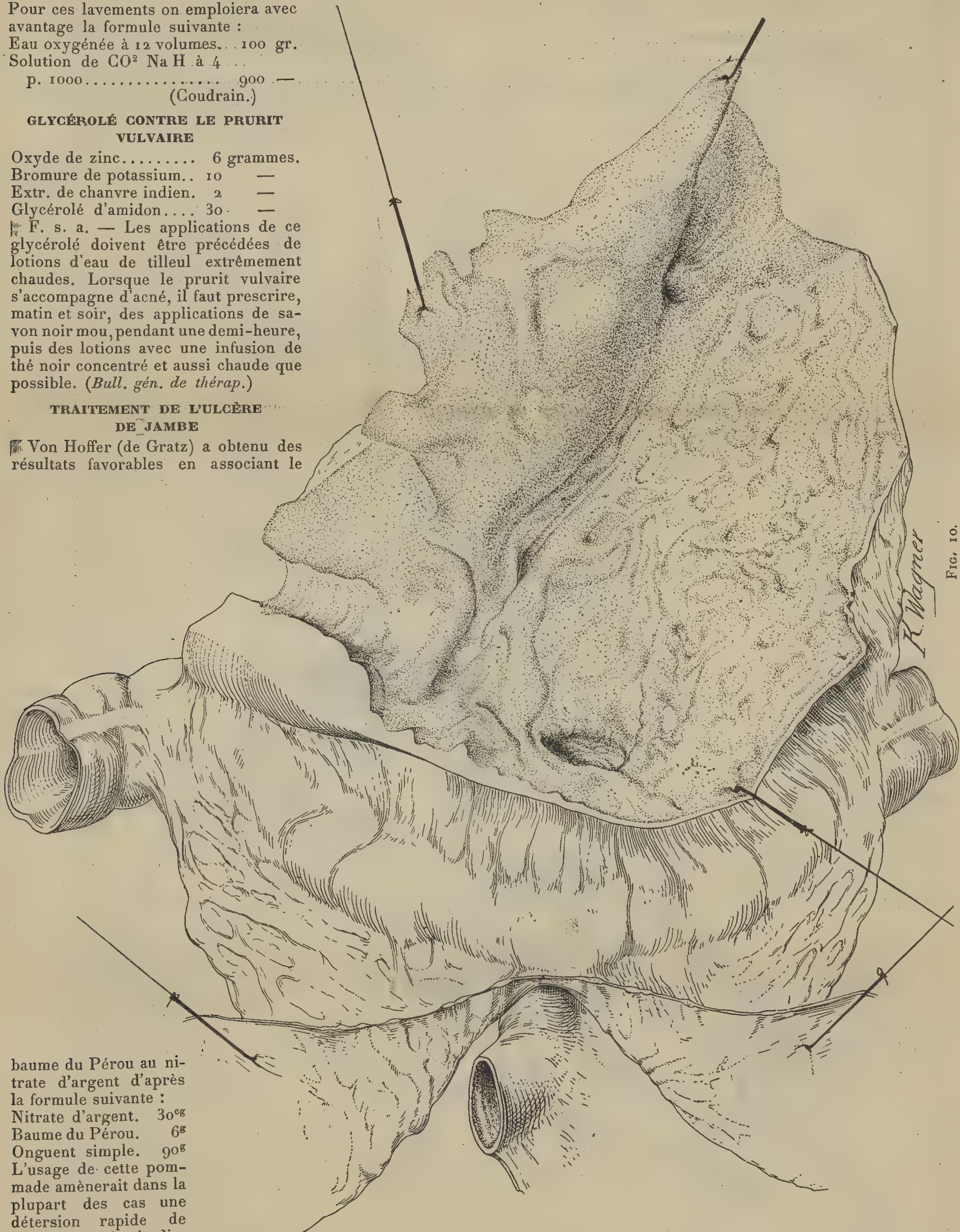


Fig. 10.

baume du Pérou au nitrate d'argent d'après la formule suivante :

Nitrate d'argent. 30cg
Baume du Pérou. 6g
Onguent simple. 90g

L'usage de cette pommade amènerait dans la plupart des cas une détersion rapide de l'ulcère, en ferait disparaître la suppuration et déterminerait une épidermisation rapide des bourgeons charnus. (*Gaz. hebd. sc. méd. Bordeaux.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 10. — JEUDI 26 JANVIER 1905. 78e ANNÉE. JEUDI 26 JANVIER 1905. — N° 10.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE... ... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Empoisonnement à forme stupéfiante par le chardon atractylis gummifera (El Heddad des Arabes), par M. P. MALAFOSSE.
MÉDECINE PRATIQUE
Régime et thérapeutique des hépatiques.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de biologie.
VARIÉTÉS
Découverte archéologique dans le sol parisien Un compte-goutte antique (avec 1 fig.), par E. TOULOUZE.
LIVRES NOUVEAUX
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)
Érythème polymorphe.
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Internat.* — PATHOLOGIE. — Séance du 23 janvier 1905 : MM. Moreau et Sezary, 14 ; R. Vincent, 12 ; Senlecq et Foix, 10 ; Poissonnier, Guggenheim et Deroye, 9 ; Worth, 6 ; J. Lemaire, 3.

La prochaine séance aura lieu jeudi 26, à huit heures du matin, à la Charité.

ANATOMIE. — Séance du 23 janvier 1905 : MM. Bord, Pottet, Levy Valensi, Mascarenhas, Privat, Debertrand, P. Chauveau et Creiner, 11 ; Guérin, 10 ; Cornélius et Flurin, 9 ; Vannier, 8 ; Chaudron, 4.

— *Concours pour la médaille d'or.* — Les jurys du concours de la médaille d'or sont définitivement composés comme suit :

MÉDECINE : MM. Richardière, Carnot, Hallopeau, Claude et Legueu.

CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS : MM. Guinard, Lombard, Rochard, de Massary et Maygrier.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de première classe de la marine Courtier, Vincent, Lefebvre et Lasselves.

MM. les médecins de première classe de réserve Aubœuf et Gros.

M. le médecin de deuxième classe de réserve Fragne.

M. le pharmacien de première classe Dezeuzes.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — M. le médecin-major de deuxième classe Thirion, du 4e d'infanterie coloniale, a été désigné pour servir à Madagascar, par permutation avec M. le médecin-major de deuxième classe Ruelle, maintenu au 4e d'infanterie coloniale à Toulon.

MARINE. — Par décret du 18 janvier 1905, ont été promus dans la réserve de l'armée de mer (corps de santé de la marine) :

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — MM. les médecins principaux de réserve Gayet et Alix.

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe de réserve Rochard et Bourguignon.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe de réserve Onot dit Biot, Quillet, Servel et Roziev.

Au grade de pharmacien en chef de deuxième classe. — M. le pharmacien principal de réserve Castaing.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT. — La prochaine séance aura lieu le jeudi 26 janvier, à quatre heures et demie, dans les locaux de la Société de chirurgie.

RADIOLOGIE MÉDICALE (1905, 8e année). — Le docteur A. Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, commencera le dimanche 5 février, à dix heures du matin, et continuera les dimanches suivants, à la même heure, dans son laboratoire de l'hôpital, une série de six conférences sur la radiothérapie et la radiumthérapie.

CONFÉRENCES POUR LA PRÉPARATION A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON. — Un interne des hôpitaux et un aide-major vont ouvrir une conférence privée pour la préparation à l'École du service de santé militaire de Lyon.

S'adresser à M. Baldenweck, hôpital de la Charité.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort presque subite de M. le docteur Albert Friot, conseiller général et ancien premier adjoint au maire de Nancy, président de l'Académie Stanislas, de la Société de prévoyance et de secours mutuels, de l'Union des mutualistes lorrains, etc.

Dépensant toute son activité dans les plus multiples fonctions des diverses sociétés, surtout celles des œuvres de mutualité, le docteur Friot jouissait à Nancy de la plus grande popularité, et du meilleur aloi. Sa mort est un véritable deuil pour toute la ville de Nancy.

UN
EMPOISONNEMENT A FORME STUPÉFIANTE
PAR LE CHARDON ATRACTYLIS GUMMIFERA
(El Heddad des Arabes)

Par M. P. MALAFOSSE,
Médecin-major de deuxième classe.

Le 27 février 1901, le cadavre de la nommée Benzahra Sultana, décédée subitement au village arabe de Tigditt, était transporté par ordre judiciaire à l'hôpital militaire de Mostaganem. D'après les renseignements donnés par le juge d'instruction, un premier décès se serait déjà produit la veille dans des circonstances analogues et l'on se trouverait en présence d'un empoisonnement par le chamæléon blanc (*atractylis gummifera* de la famille des composées), plante désignée par les Arabes sous le nom de el Heddad.

Le 28 février une troisième victime, Zorah bent Adj-Abdelkader, était envoyée d'urgence à l'hôpital dans un état très grave par le docteur Charon.

L'enquête commencée la veille avait permis de savoir que ces trois jeunes femmes stériles et voulant avoir des enfants étaient allées consulter la servante d'un célèbre marabout de Bouguirat ; celle-ci avait fait absorber à ses clientes, le 26 février, après le coucher du soleil, un couscous qu'elle avait assaisonné avec du bouillon mélangé au suc laiteux du el Heddad dont la racine fraîche avait été écrasée dans un des mortiers dont se servent les Arabes pour piler le café. En même temps, l'interprète judiciaire faisait parvenir à l'hôpital quelques échantillons de cette plante qui avaient été saisis après les aveux de la coupable, dans l'habitation du marabout.

La malade qui avait survécu à ses deux compagnes entre à l'hôpital le 28 février, à neuf heures du matin. Elle présente un état de somnolence ou plutôt de stupeur qui la rend indifférente à tout ce qui se passe autour d'elle ; c'est avec beaucoup de peine que l'interprète obtient quelques vagues réponses. Tout ce que l'on peut savoir, c'est que les vomissements ont commencé pendant la nuit qui a suivi l'absorption du toxique et que la douleur au niveau du creux de l'estomac a été très vive.

La soif est intense, mais les boissons sont presque aussitôt rejetées. Les vomissements ne contiennent aucun débris alimentaire, on remarque seulement quelques filaments jaunâtres de consistance mucilagineuse, tenus en suspension dans le liquide.

En procédant à l'examen méthodique des différents organes, on est tout d'abord frappé par le refroidissement général de la surface cutanée.

Les pupilles sont dilatées et ne réagissent que faiblement à la lumière.

Le pouls est imperceptible au niveau des artères périphériques (*radiale*, *temporale*) ; à la palpation dans le 5e espace intercostal la main ne perçoit pas le choc du cœur contre la paroi thoracique.

A l'auscultation, au lieu d'entendre les deux bruits qui caractérisent chaque révolution cardiaque, on ne distingue qu'un seul bruit sourd et lent, se produisant 28 fois à la minute : pas de souffle.

La respiration est accélérée, 44 à la minute, et superficielle ; la palpation et l'auscultation ne révèlent aucune lésion du côté des poumons.

L'abdomen est ballonné, tympanique, très douloureux dans le creux épigastrique et sensible à la pression dans toute la région ombilicale.

Rien en particulier du côté du foie et de la rate dont la matité est normale.

La sensibilité cutanée est notablement diminuée, les réflexes rotuliens sont exagérés.

En présence de ces symptômes d'intoxication générale, déjà avancée, se manifestant surtout par une tendance à la paralysie cardiaque avec gêne respiratoire, nous faisons immédiatement, à dix heures du matin, une injection de 1 gramme d'éther et de 50 centigrammes de caféine ; en même temps, nous procédons avec un tube de Faucher à un lavage d'estomac ; nous faisons passer ainsi 10 litres d'eau alcaline jusqu'à ce que le liquide soit absolument clair. On ne retire aucun débris alimentaire (le dernier repas date en effet de près de quarante heures), mais dans l'eau on remarque des filaments jaune verdâtre semblables à ceux rejetés par les vomissements.

Cette irrigation a l'avantage de soulager immédiatement la malade et de supprimer l'irritation locale du côté de l'estomac. Les vomissements cessent en effet, et un bol de lait peut être avalé et conservé.

Des frictions sont ensuite faites avec un gant de crin et de l'alcool camphré sur les divers segments des membres ; des bouillottes chaudes sont placées aux pieds et tout le long du corps.

A midi la température périphérique s'est un peu relevée, mais l'état du cœur et de la respiration est sensiblement le même. On pratique une nouvelle injection de 0,50 centigrammes de caféine et d'éther, et on commence aussitôt une injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum artificiel.

A deux heures de l'après-midi la malade est toujours calme et somnolente ; les vomissements n'ont pas reparu depuis le matin, mais l'estomac est encore douloureux à la pression. On note la même absence de pouls radial ; l'auscultation permet de compter 32 contractions cardiaques ; la respiration est de 44 à la minute.

Il n'y a eu ni selle, ni émission d'urine depuis l'admission de la malade à l'hôpital.

La température superficielle est toujours abaissée et dans le rectum le thermomètre ne donne que 33°8. L'état général tend à s'affaiblir de plus en plus ; on fait une nouvelle injection de 0,50 centigrammes de caféine et de 1 gramme d'éther.

A quatre heures il y a perte absolue de connaissance ; le pouls perceptible au niveau de la fémorale et de la carotide est de 36 à la minute, la respiration est tombée à 28.

La malade s'éteint insensiblement dans le coma à cinq heures de l'après-midi.

Autopsie. — Le corps est celui d'une femme bien musclée, âgée d'environ vingt-cinq ans. La surface cutanée ne présente aucune trace de violence extérieure. Pupilles très dilatées.

A l'ouverture du thorax on remarque sur la plèvre quelques suffusions sanguines plus nombreuses au niveau du feuillet viscéral. Les poumons ont une apparence normale, crépitent sous le doigt et laissent à la coupe échapper un liquide spumeux sanguinolent.

Le cœur pèse 380 grammes; le ventricule gauche est vide, quelques caillots post mortem dans le cœur droit, des pétéchies apparaissent sur la surface du péricarde.

Dans l'abdomen l'estomac est tapissé par une substance gluante dont la coloration jaune verdâtre rappelle celle des filaments obtenus par le lavage. Au-dessous de cet enduit la surface de l'organe paraît saine, mais tous les orifices glandulaires sont remplis par cette matière colloïde, qui apparaît sous forme d'un piqueté disséminé sur la muqueuse.

Le foie a un poids de 1 150 grammes et un aspect feuille morte; même apparence sur les différentes coupes que l'on pratique.

La rate est normale et pèse 150 grammes.

Les reins se décortiquent facilement, leur coloration est pâle et dans les tubes urinifères on aperçoit un liquide épais, jaunâtre, ressemblant à de l'huile figée par le froid.

La vessie contient une urine trouble, mais en faible quantité, 100 grammes environ.

L'intestin est rempli de gaz. Dans toute son étendue il présente des suffusions sanguines sous forme d'arborisations limitant des espaces de muqueuse saine et plus nombreuses sur l'intestin grêle que sur le gros intestin. Son contenu comprend des matières fécales enrobées dans une sorte d'écume sanguinolente.

L'épiploon est également parcouru par des transfusions sanguines, principalement au niveau des replis intestinaux. Ces plaques de sang extravasé sont surtout nettement visibles par transparence et ont des dimensions variant de quelques millimètres à 2 ou 3 centimètres.

Le cerveau a un poids de 1 220 grammes avec congestion assez accentuée du côté des méninges, mais à la coupe la substance cérébrale est normale.

Les lésions que nous avons constatées en faisant avec M. le docteur Breton, médecin légiste, l'autopsie de la deuxième femme indigène morte en dehors de l'hôpital, mais dont le cadavre avait été placé en dépôt à l'amphithéâtre, étaient sensiblement les mêmes, comme siège et comme aspect.

L'atractylis gummifera est un chardon à racines bulbeuses, assez répandu en Algérie, ayant une odeur balsamique et une saveur douceâtre, puis âpre.

Les cas d'empoisonnement attribués à cette plante et publiés dans la littérature médicale sont relativement rares; cependant le médecin-major Ligouzat mentionnait, dans les *Archives de médecine et de pharmacie militaires* (premier semestre 1901), cinq décès survenus dans une tribu du cercle de Saïda, et concernant des enfants qui s'étaient amusés à manger la racine du el Heddad.

Dans cette circonstance notre collègue, envoyé par le bureau arabe pour procéder à une expertise médico-légale, avait fait l'autopsie de l'une des victimes.

Le travail le plus complet fait sur les propriétés toxiques de l'atractylis gummifera est dû à Lefranc; nous trouvons en effet le résumé des expériences de cet auteur dans le livre de matière médicale de Cauvet (tome II, pages 946 et 947) : « La racine de l'atractylis el Heddad des Arabes est très vénéneuse... Les réactions de ce poison sur l'économie animale sont celles des narcotico-âcres. En effet, les symptômes de l'empoisonnement sont, d'une part, des vertiges, de l'assoupissement, de la stupeur, le ralentissement de la circulation, la difficulté de respirer, des accidents convulsifs; de l'autre, des extravasations sanguines des muqueuses nasale, stomacale, intestinale, vésicale même... Nous avons trouvé à l'autopsie, chez la plupart des chiens tués par la racine de l'atractylis, la vessie distendue par l'urine (celle-ci toujours très colorée, très chargée d'épithélium, très albumineuse) et dans les intestins des matières fécales moulées, enveloppées d'une bouillie de sang épaissie. »

Jusqu'ici on avait eu l'occasion de faire des autopsies chez l'homme ou des expériences de laboratoire sur l'animal, mais, du moins à notre connaissance, il n'a pas été publié d'observation clinique concernant les effets de cet empoisonnement sur l'organisme humain. C'est à ce titre qu'il nous a paru intéressant de relater en détail le cas de notre malade dont les symptômes semblent se rapprocher surtout de ceux qui se produisent avec les poisons stupéfiants.

MÉDECINE PRATIQUE

RÉGIME ET THÉRAPEUTIQUE DES HÉPATIQUES

Actuellement, la thérapeutique des affections du foie est encore très obscure et il est difficile, sauf dans quelques cas bien déterminés, de faire de la thérapeutique fonctionnelle de cet organe. Aussi nos lecteurs nous sauront-ils gré de résumer à leur intention l'intéressante monographie de M. Clavaud (1).

Pour M. Clavaud, les *préparations opothérapiques* du foie exaltent les fonctions biligéniques, urogéniques et glycogéniques de l'organe et, d'après MM. Spillmann et Demange, font disparaître l'albuminurie et l'urobilinurie. Elles seraient indiquées surtout dans les cirrhoses atrophique ou hypertrophique. MM. Gilbert et Carnot administrent par voie rectale des extraits préparés en faisant macérer 100 à 150 grammes de foie de porc frais, écrasé au moulin, dans 200 à 250 grammes d'eau tiède, pendant deux heures. On peut aussi faire ingérer tous les jours par la bouche 150 grammes de foie râpé et pulpé (Gaillard et Créquy), mais cette préparation est souvent mal supportée par les malades.

Les *modérateurs des fonctions du foie* sont indiqués (Robin) dans le traitement de la cirrhose hypertrophique à la première période. Ce sont les opiacés, utiles surtout quand il faudra modérer simultanément le foie et l'estomac; la belladone et l'atropine, dont l'emploi ne peut être continué longtemps, en raison de leur action sur les autres appareils glandulaires : l'acide arsénieux à la dose de 1 à 2 milligrammes *pro die*, qui

(1) Th. de Paris, 1904; J. Rousset, édit.

exerce surtout son action sur la fonction glycogénique du foie ; les mercuriaux et particulièrement le calomel, administré à la dose de 1 centigramme par jour ; l'antipyrine et le bromure de potassium, qu'il faut réserver aux cas où l'élimination de l'urée se maintenant au-dessus de 0^{g}50 par kilogramme de poids du corps et par jour, indique une hyperhépatie accentuée ; le sulfate de cuivre, à la dose de 0^{g}05 par jour ; le sous-acétate de plomb, à la dose de 0^{g}02 par jour ; l'iodure de potassium, aux doses faibles mais longtemps continuées, de 0^{g}20 à 0^{g}40 par jour.

Les *stimulants hépatiques* sont plus nombreux et un peu mieux connus. L'iodure de potassium est un stimulant indirect, agissant surtout sur le système cardio-vasculaire. Le benzoate de soude se donne à la dose de 0,20 à 0,30 centigrammes : Rutherford, Prévost et Binet en font un cholagogue énergique. Le salicylate de soude donne de bons résultats aux doses de 0^{g}50 à 1^{g}50 par jour : son action est moins énergique, mais plus durable que celle du médicament précédent. Le boldo a surtout été préconisé par Dujardin-Beaumetz et Verne. On le donne en infusion : 1^{g}50 de feuilles dans 950 grammes d'eau, environ trois heures après le repas. L'évonymine est à la fois cholagogue et laxative. On la prescrit en pilules de 0^{g}05 (une à deux par jour) seule ou associée (Robin) à l'extrait de jusquiame. Plus discutée est l'action du phosphate de soude, dont M. Clavaud pense qu'elle ne se fait sentir que si on prescrit le médicament, plusieurs jours de suite, aux doses de 4 à 6 grammes *pro die*. L'aloès est un stimulant de la glande hépatique (Rœhrig, Prévost et Binet). Il faut l'employer à doses faibles. M. Robin le prescrit sous forme de pilules de Bontius. Citons enfin le podophyllin, dont l'action est discutée, et le jaborandi, qu'il faut ne prescrire qu'à doses faibles (0^{g}10 à 0^{g}20 de poudre de feuilles). Quant aux alcalins (Vals-Vichy), ils peuvent agir tantôt comme stimulants, tantôt comme dépresseurs, suivant leurs doses et leur mode d'emploi.

Quel doit être le RÉGIME des hépatiques ? Si l'on se rappelle que les *substances albuminoïdes* sont, de tous les aliments, celles qui manifestent le plus nettement leur action excitante sur les diverses fonctions du foie, on comprendra que Linossier ait pu, avec la majorité des auteurs, conseiller la diminution du régime carné dans tous les cas où le foie est touché. Les albumines végétales, la caséine du lait, l'albumine de l'œuf, moins toxiques, pourront être autorisées.

Il est également prouvé que toutes les *graisses* possèdent une action nuisible sur la cellule hépatique. Mais, ici encore, il faut faire des distinctions. Les huiles végétales, le beurre frais sont relativement bien tolérés ; les graisses de porc, de mouton et de bœuf, le beurre cuit ou fondu, beaucoup plus nocifs, seront rejetés de l'alimentation.

Moins dangereux sont les *hydrocarbonés*. Encore faut-il qu'ils ne soient donnés qu'à petites doses ; à doses élevées, ils se comportent en effet comme des excitants certains de l'activité hépatique.

Le *lait* est l'élément de choix des hépatiques. On peut l'écrémer (Gilbert). Mais, dans la plupart des cas, cette précaution est exagérée car, sous aucune forme, la graisse n'est aussi bien tolérée que dans le lait. Lui enlever une partie de sa matière grasse, c'est lui enlever en même temps une notable partie de ses qualités nutritives.

Des données précédentes, il résulte que le régime des hépatiques ne doit pas se départir de deux principes fondamentaux : 1° il doit être, avant tout, modéré en quantité, sans toutefois conduire les malades à l'inanition ; 2° il doit, en tout cas, ménager les fonctions gastro-intestinales et améliorer, s'il y a lieu, les fonctions hépatiques. Inutile d'ajouter qu'il sera modifié suivant les cas, et qu'il est impossible de donner à son sujet autre chose que des indications générales.

Ces indications, les voici : peu ou pas de viande. Si la maladie n'est encore qu'au début, on pourra en tolérer un peu, à condition qu'elle soit très fraîche, très cuite, sans graisse, sans parties tendineuses ni cornées. Dujardin-Beaumetz n'admettait que les viandes gélatineuses : tête et pieds de veau, pieds de mouton, de cochon, cervelles, riz de veau. Les viandes rouges, très cuites, bouillies ou rôties, mais sans sauce, seront préférées aux viandes blanches (Robin). A proscrire impitoyablement les volailles grasses, le foie gras, la charcuterie en général, excepté le maigre de jambon. Les poissons (merlan, sole, bar, dorade) sont recommandables à condition d'être très frais (Robin) ; on les consommera bouillis. Les œufs frais ne sont contre-indiqués que dans la lithiase biliaire, en raison de la cholestérine qu'ils contiennent.

Le lait est un aliment parfait, à condition qu'il ne soit pas surajouté à la ration quotidienne, mais bien substitué à une quantité équivalente d'aliments. Il conviendrait surtout aux cas d'hyperhépatie (Robin). Les fromages ne seront prescrits qu'à l'état frais et à la condition qu'ils ne soient pas trop gras. Des légumes verts, une partie peut être autorisée : ce sont les petits pois, les haricots verts, les artichauts, les scorsonères, les salades cuites. Une autre : oseille, épinards, est nettement contre-indiquée. Les asperges ne sont pas toujours bien supportées. Quant aux crucifères : choux, navets, raves, radis, ils doivent être évités en raison de leur action irritante et de leur indigestibilité. La carotte jouit d'une réputation usurpée, qu'elle doit uniquement à sa couleur.

Les féculents (pomme de terre exceptée) et les sucres ne seront admis qu'en faible quantité. Le pain et les pâtes alimentaires, pris à doses modérées, ne présentent pas de grands inconvénients ; il n'en est pas de même des pâtes serrées, que l'on devra proscrire.

Les fruits ne seront tolérés que s'ils sont très mûrs ; il est encore préférable de les prescrire cuits, en compote.

La cuisine sera très simple. Le beurre doit toujours être employé frais ; les épices, excitant énergiquement les fonctions hépatiques, seront réduites au minimum. Comme boissons, infusions aromatiques, eaux de Martigny et Vittel (Albert Robin), et même, à la rigueur, vin blanc peu acide. L'alcool sous toutes ses formes, le café, le chocolat sont à rejeter.

Dans l'*ictère catarrhal*, on mettra les malades au lait, on administrera la belladone :

Extrait de belladone.......	un centigramme.
Excipient................	Q. s.

pour une pilule : une matin et soir (Robin).

On prescrira les grands lavages froids de l'intestin, les alcalins, les purgatifs salins, les boissons abondantes ; on traitera enfin l'état gastrique, dont l'ictère est souvent la conséquence.

Dans la *cirrhose atrophique*, l'iodure donne de bons résultats :

Iodure de potassium.....	5 grammes.
Sulfate de strychnine....	trois centigrammes.
Eau distillée............	300 grammes.

Dissolvez ; une cuillerée à soupe avant les principaux repas.

Au salicylate de soude, souvent mal toléré, on substituera le benzoate (Robin) :

Benzoate de soude 0g25
Phosphate 0g50
Poudre de feuilles de jaborandi 0g10

F. s. s. pour un cachet, à prendre trois heures après le repas.

Pour renforcer l'action du cachet, M. Robin fait également prendre une tasse d'infusion de feuilles de boldo :

Feuilles de boldo .... 2 grammes.
Eau .... 130 —

pour une infusion,

On excitera enfin la circulation hépatique et intestinale en prescrivant une pilule de Bontius tous les soirs.

La *cirrhose hypertrophique* sera combattue par l'emploi des modérateurs hépatiques, du régime lacté, et par la mise en œuvre d'une hygiène intestinale sévère. Le calomel, à la dose de 0g03 en six pilules, sera prescrit pendant huit jours. Les huit jours suivants, on remplacera le calomel par l'arsenic, qu'on donnera, soit sous forme d'arséniate de soude :

Arséniate de soude ..... cinq centigrammes.
Eau distillée .... 300 grammes.

Une cuillerée à soupe matin et soir; — ou d'antémal :

Antémal .... 5 grammes.
Eau distillée .... 100 —

x gouttes avant le déjeuner et le dîner.

A la deuxième période, on prescrira au malade le même régime et la même diététique que dans la cirrhose atrophique.

Contre l'ascite, on donnera la théobromine, seule, ou associée au phosphate de soude (Robin) :

Théobromine .... } *ââ* 1g50
Phosphate de soude .... }

en 3 cachets, chacun à une heure d'intervalle, pendant trois jours. Cessez s'il survient de la diarrhée.

Millaud recommande, en cas d'échec, la potion suivante :

Acétate de potasse .... } *ââ* 2 grammes.
Nitrate de potasse .... }
Oxymal scillitique .... 30 —
Infusion de fleurs de genêts ... 120 —

Une cuillerée à bouche toutes les heures; — ou les pilules de Lancereaux :

Poudre de squames de scille .... } *ââ* cinq
— de digitale .... } centigr.
— de résine de scammonée .... }

pour une pilule n° 20, 2 à 4 en vingt-quatre heures; — ou le calomel, à la dose de 0g10 toutes les quatre heures, jusqu'à concurrence de 0g40.

Dans les cas d'hémorragies, M. Robin prescrit :

Chlorure de calcium .... 4 grammes.
Sirop thébaïque .... 30 —
Eau de tilleul .... 120 —

Une cuillerée à soupe toutes les heures, jusqu'à cessation de l'hémorragie.

Enfin, pour calmer les hémorroïdes, on prescrira les lotions d'eau blanche, ou la vieille pommade au goudron introduite avec le doigt dans l'anus, et qui réussit souvent fort bien.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 16 JANVIER 1905)

Les effets physiologiques de l'ovariotomie chez la chèvre. — MM. P. Oceanu et A. Babès ont pratiqué l'ovariotomie chez la chèvre à l'école vétérinaire de Bucharest en juin 1902.

Ils se proposaient de connaître les effets de l'ovariotomie sur la composition des éléments constituants du lait, sur l'engraissement, la prolongation de la sécrétion lactée, sur le mauvais goût et l'odeur hircine du lait de chèvre.

L'opération a été pratiquée, chez la chèvre comme chez la truie, par les flancs et non par le vagin, à cause de l'étroitesse vulvaire et de celle du canal vaginal.

Les avantages de l'ovariotomie chez la chèvre, disent les auteurs, sont les suivants :

1° Par cette opération on fait disparaître l'odeur hircine du lait; l'ovariotomie est un moyen plus simple, moins coûteux et plus rapide dans ses effets que la sélection pour obtenir le même résultat.

2° On active et prolonge la durée de la sécrétion lactée, laquelle chez les chèvres ovariotomisées a été de 13 à 15 mois en moyenne.

3° On favorise l'engraissement et le rendement en viande de qualité supérieure sans mauvais goût et sans odeur hircine.

4° On fait augmenter le rendement du lait.

5° On modifie avantageusement les éléments physiologiques constituants du lait, en augmentant la quantité du beurre, du caséum et de l'acide phosphorique et en diminuant la lactose.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 24 JANVIER 1905)

Elections. — La salle était aujourd'hui bien remplie ; cela s'explique par ce fait qu'il y avait une élection, celle d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et de physologie, en remplacement de Marey. Comme on s'y attendait, c'est M. Poirier qui a été élu par 58 suffrages sur 85 votants. M. Henneguy a obtenu 10 voix, M. Rémy 7, M. Gréhant 6, M. Retterer 2 et MM. Delozenne et Hallion chacun 1 voix.

Moyen de reconnaître la présence de l'oxyde de carbone dans une pièce. — Au début de la séance, M. Netter a fait connaître, au nom de MM. Pécoul et Lévy, un procédé propre à déceler la présence de l'oxyde de carbone dans les appartements (voir *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 7, p. 78). Question toujours d'actualité.

La lèpre. — M. Kermorgant dépose sur le bureau une brochure dont il est l'auteur, et dans laquelle il fait l'historique de la lèpre dans nos possessions coloniales. Il y a là, suivant lui, un danger imminent pour la métropole, l'extension de la lèpre, dans certaines de nos colonies, devenant de plus en plus grande. M. Kermorgant estime qu'il faut prendre dès maintenant des mesures pour la combattre dans ces foyers mêmes, les rapports de plus en plus fréquents entre ces colonies et la métropole rendant imminente son importation chez nous.

Chloroformisation. — Voilà la question du chloroforme qui reparaît à la fois à la Société de chirurgie et à l'Académie. Dans la dernière séance de la Société de chirurgie, M. Ricard l'a soulevée de nouveau en présentant un appareil destiné à

donner le chloroforme suivant la méthode de Paul Bert, c'est-à-dire à faire respirer au malade un mélange titré d'air et de chloroforme. (Voy. *Gaz. des hôp.* 1905, p. 92.)

A ce propos, M. Reynier a pris la parole et a déclaré qu'il se servait aussi d'un appareil construit dans le même but. C'est cet appareil qu'il a présenté aujourd'hui à l'Académie. « Le chloroforme pur et bien donné, a dit Sédillot, ne tue jamais. » C'est là évidemment une exagération. L'événement l'a malheureusement bien prouvé. Mais, ainsi que le fait justement observer M. Reynier, il faut que le chloroforme ne soit pas encore trop dangereux pour ne pas causer plus d'accidents quand on songe à la façon dont il est donné, souvent par de jeunes élèves inexpérimentés, avec le procédé de la compresse. M. Reynier fait le procès de ce procédé, dangereux selon lui, et il s'applique à montrer tous les avantages de la méthode d'anesthésie par les mélanges titrés d'air et de chloroforme, méthode imaginée par Paul Bert et qui, ainsi que nous le rappelions récemment, a depuis longtemps fait ses preuves à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de Péan.

M. Reynier rappelle les expériences de Paul Bert sur les animaux, puis les premiers essais faits sur l'homme à l'aide de l'appareil de Dubois. C'est là pour M. Reynier le seul procédé qui puisse donner la sécurité aux malades et aux opérateurs. Imbu de cette idée, M. Reynier a cherché et a trouvé un appareil qui a été construit, sous son inspiration, par M. Dupont, un de ses élèves, et par MM. Chabaud et Thurneyssen de la maison Alvergniat, appareil donnant des mélanges exactement titrés et supprimant en partie la responsabilité du chloroformisateur. En effet, l'anesthésie se fait pour ainsi dire automatiquement et c'est le malade lui-même qui, par sa respiration, lui sert de moteur.

Cet appareil de dimensions très réduites se compose d'une petite boîte en cuivre sur le dessus de laquelle se trouvent :

1° Un aspirateur automatique en communication avec un masque ;

2° Un diaphragme relié à une aiguille mobile sur un cadran divisé ;

3° Un thermomètre.

A chacune des positions de l'aiguille correspond une ouverture déterminée du diaphragme. L'ouverture de celui-ci modifiant la quantité de vapeur de chloroforme appelée par l'aspirateur, le titre du mélange (air et chloroforme) qui arrive au masque placé sur la figure du malade est intimement lié à la position de l'aiguille sur le cadran divisé.

M. Lucas-Championnière s'est fait inscrire pour prendre la parole, dans la prochaine séance, sur le même sujet. Espérons que les autres chirurgiens donneront leur avis. Voilà donc une petite discussion en perspective.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 21 janvier 1905)

Physiologie des séreuses. — MM. Charrin, Moussu et Le Play démontrent par de nombreuses expériences que, dans les cavités séreuses s'élaborent des principes utiles à la nutrition des organes enveloppés. Ces faits établissent que, loin de se limiter à un rôle purement physique de fixation ou de glissement, les propriétés des séreuses sont relativement complexes ; elles revêtent un caractère antitoxique, microbicide et nutritif.

Note sur la teneur du foie en glycogène suivant le moment de l'ingestion alimentaire. — MM. Gilbert et Jomier ont fait ingérer du sirop de saccharose à des lapins préalablement inanitiés. Ils ont reconnu que le glycogène apparaît dans le foie entre la première et la deuxième heure qui suivent le repas ; que sa quantité diminue déjà huit heures et demie après l'absoption de 4 grammes de sucre par kilog d'animal et que vingt-quatre heures après l'ingestion d'une quantité presque identique il n'existe plus de sucre absorbé.

Fonction adipopexique du foie. — MM. Gilbert et Jomier ont étudié les diverses localisations de la graisse hépatique qui n'ont pu faire l'objet de leurs notes antérieures. Au sujet du siège des granulations graisseuses dans le réseau protoplasmique, ils n'ont pu obtenir de résultats constants.

Chez 42 chiens sur 43, la graisse cellulaire était uniformément répartie dans le lobule ; chez le lapin, elle était au contraire surtout abondante autour de l'espace porte. Ils ont noté la répartition à la périphérie du lobule des cellules étoilées graisseuses, la localisation accessoire de la graisse entre les faisceaux conjonctifs de l'espace porte. Chez un chien sur quatre, ils ont trouvé de la graisse dans l'épithélium des voies biliaires.

Répartition du glycogène hépatique à l'état normal et à l'état d'inanition. — MM. A. Gilbert et J. Jomier, ayant examiné le foie de 43 chiens et de 20 lapins normaux ou inanitiés, ont reconnu que fréquemment, dans la cellule, le glycogène se masse du côté opposé à la face de pénétration de l'alcool fixateur. Dans le lobule hépatique du chien, les auteurs ont constaté le groupement du glycogène autour de l'espace porte, contrairement à la disposition périsus-hépatique bien connue chez le lapin. Chez un même animal, les divers lobules des divers lobes hépatiques ne présentent entre eux aucune différence appréciable pour la teneur en glycogène. Néanmoins, dans les travées sous-jacentes au péritoine, celui-ci se masse plus abondamment qu'ailleurs. Dans la paroi des vaisseaux sanguins et des canaux biliaires, on le rencontre également.

Les grains de glycogène présentent des contours polygonaux répondant à la forme des mailles protoplasmiques qui les contiennent.

Lésions des reins provoquées par le bacille de Koch injecté dans les voies urinaires. — MM. Bernard et Salomon n'ont pu provoquer la tuberculose ascendante du rein par l'inoculation intra-vésicale de bacilles de Koch, même en l'accompagnant de ligature de l'urètre et d'irritation de la vessie. De même l'inoculation de bacilles dans le bassinet ne détermine qu'une tuberculose pyélique laissant le rein complètement indemne.

Quand on joint à l'inoculation intra-pyélique la ligature de l'uretère, les résultats obtenus diffèrent suivant les cas. Certains animaux présentent une pyonéphrose tuberculeuse avec infiltration tuberculeuse de la paroi du bassinet ; le parenchyme rénal présente une sclérose très marquée où sont disséminés des tubercules typiques ; ce tissu de sclérose s'accompagne de distension tubulaire avec aplatissement des cellules. Chez d'autres animaux, il n'y a pas de pyonéphrose ; le bassinet, dilaté par le pus, forme une tumeur à laquelle est appendu le rein augmenté de volume. Au microscope, la paroi du bassinet est infiltrée comme dans les cas précédents. Quant au parenchyme rénal, il présente, dans les parties voisines du bassinet, une zone de sclérose interstitielle contenant des tubercules. Au delà, ou le parenchyme est normal, ou bien, ainsi que nous l'avons constaté dans un cas, il existe en outre,

autour des tubes, quelques nodules lymphocytaires. On ne provoque donc l'infection ascendante du rein qu'en joignant la ligature uretérale à l'inoculation du bacille dans le bassinet. On obtient alors, soit une pyonéphrose tuberculeuse, soit seulement un abcès froid du bassinet d'où le bacille peut essaimer dans le rein. Si l'ascension du bacille de Koch dans les voies urinaires est possible, elle ne s'effectue donc que difficilement et à la faveur de certaines conditions expérimentales particulières.

Réforme de l'orthographe et physiologie. — M. Gellé, par l'analyse de la phonation et des mouvements articulatoires, par des graphiques et des tracés phonographiques, démontre les relations étroites qui existent entre les paroles prononcées et leur image écrite. De l'analyse des actes d'articulation, il résulte qu'on leur doit la vigueur, la vie du langage, de là, l'importance des signes multiples de l'orthographe, la nécessité des consonnes doubles etc., qui expriment mieux certaines qualités des sons vocaux, leur énergie et celle de la pensée; la meilleure orthographe est celle qui donne le mieux, par l'écriture, l'image du langage et de la pensée. Il y a donc lieu d'apporter la plus grande prudence dans les changements qu'on s'efforce de lui imposer aujourd'hui.

L'erythrobacillus pyosepticus. — M. Fortineau a isolé d'une chemise de malade un cocco-bacille mobile, qui n'a ni cils, ni spores, ne prend pas le Gram, pousse bien en aérobiose sur les différents milieux qu'il colore en rouge vermillon; il trouble le bouillon, liquéfie la gélatine et le sérum, forme de l'indol et fait légèrement fermenter les sucres.

Les cultures et les toxines produisent les mêmes effets chez les animaux expérimentés : 1° s'il y a infection rapide, asthénie, dyspnée, convulsions, extension des membres, mort en hypothermie, œdème local qui rougit à l'air, septicémie.

2° S'il y a infection lente, amaigrissement, escare locale, puis ulcère, chute des poils.

Il traverse rapidement le placenta normal. L'acide benzoïque et SO^2 modifient profondément ses cultures qui deviennent incolores, *granuleuses* et *membraneuses*, caractères disparaissant dans les repiquages.

Influence du vêtement sur l'urée et sur les matières sèches des matières fécales chez le cobaye. — Des expériences précédentes avaient prouvé à M. Maurel que le vêtement porté par le cobaye un jour sur deux fait diminuer le poids de l'animal, et augmente les matières fécales en les rendant fétides pendant le jour où l'animal est couvert. On pouvait donc considérer comme probable que ces modifications des matières fécales traduisaient une altération des fonctions digestives et qu'une partie de la perte du poids de l'animal était due à cette altération. C'est cette hypothèse que viennent démontrer les nouvelles expériences publiées par M. Maurel. Pendant les jours où l'animal est vêtu, quoique la quantité d'aliments ingérés reste la même, l'urée est diminuée, et les matières sèches des matières fécales sont augmentées. Le vêtement, dans ces conditions, a donc pour résultat de conduire à une moins bonne utilisation des aliments ingérés.

Transformation rapide des matières albuminoïdes en glycose dans l'organisme. — M. Butte a constaté, dans des expériences faites sur des chiens, que les substances albuminoïdes se transformaient très rapidement en glycose dans l'économie animale. Il a montré qu'après l'absorption d'une grande quantité de ces substances, il se produit, sans doute à cause de la suractivité de la fonction hépatique, en même temps qu'une légère hyperglycémie, une accumulation de sucre dans les tissus. Ceux-ci ne parviennent pas à brûler, comme à l'état normal, la quantité de glycose que leur envoie le foie.

Nature de la môle hydatiforme. — MM. L. Nattan-Larrier et A. Brindeau. Les caractères histologiques de la môle hydatiforme permettent d'établir son identité de nature avec le déciduome malin : ces deux néoplasmes constituent des plasmodiomes végétants développés aux dépens de l'ectoderme ovulaire et tous deux présentent les mêmes caractères infectants. La villosité môlaire ne se distingue par aucun caractère histologique de la villosité que l'on rencontre dans les vaisseaux utérins dans les cas de déciduome. Les cellules cancéreuses, formées aux dépens du plasmode envahissant dans la môle l'axe conjonctif des villosités et la caduque utérine comme les cellules néoplasiques du déciduome envahissant la musculature utérine. De part et d'autre les cellules épithéliomateuses affectent la même morphologie et la même topographie périvasculaire et périglandulaire. La môle est donc une tumeur d'origine ectodermique qui mérite le nom de plasmodiome infectant, à type môlaire. Le déciduome qui lui succède souvent ne résulte pas de sa transformation, mais de son évolution normale progressive.

VARIÉTÉS

Découverte archéologique dans le sol parisien.

UN COMPTE-GOUTTE ANTIQUE

Par M. Eug. TOULOUZE,

Administrateur à la Société historique du VIe arrondissement de Paris.

Nos différentes recherches dans le sol de l'antique Lutèce ont été fructueuses en renseignements sur les instruments usités en médecine opératoire au commencement de notre ère. Jusqu'au jour de nos découvertes on ne pouvait guère se faire une idée précise de la forme de ces instruments qu'en consultant les auteurs de l'antiquité; mais les écrivains contemporains des Hippocrate, des Celse et des Galien n'écrivaient pas avec les détails nécessaires et indispensables pour nous aider à les connaître et à les apprécier. Les originaux découverts par nous sur différents points du vieux Paris devaient seuls nous permettre d'en déterminer la forme et l'emploi d'une façon incontestable.

Le savant professeur Deneffe, de l'Université de Gand, président de l'Académie royale de médecine de Belgique, a étudié nos découvertes avec sa haute compétence bien connue.

Dans son remarquable travail sur *Une trousse de médecin chirurgien du* IIIe *siècle* (1), il affirme l'emploi de ces divers instruments dans la médecine opératoire chez les anciens; avec ces instruments on extirpait les polypes des fosses nasales, on enlevait les amygdales hypertrophiées, on faisait la trachéotomie, Praxagonas faisait la laparotomie dans les cas d'étranglements intestinaux, on opérait les fistules, on ponctionnait l'ascite, dans l'empyème on ouvrait la poitrine, chez l'homme et chez la femme on faisait le cathétérisme de l'urètre, on ponctionnait l'hydrocèle, on pratiquait la suture intestinale, on opérait les hernies étranglées, on ruginait les os

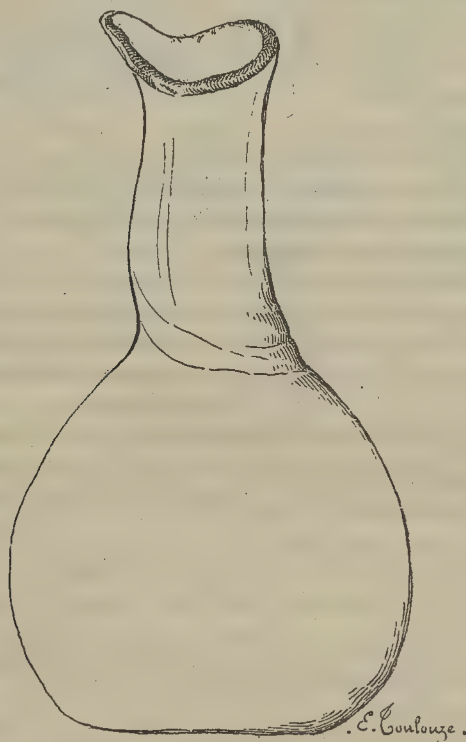
(1) H. Caals, Anvers, 1893, avec de nombreuses figures.

cariés, on cautérisait, on appliquait des ventouses, les oculistes traitaient les maladies des yeux, ils enlevaient les kystes des paupières, ils opéraient le ptérygion par excision, corrigeaient l'ectropion, enlevaient le staphylome de la cornée et de l'iris, ils opéraient la cataracte.

Susrutas donne une description du speculum, il y a trois mille ans; les Hébreux connaissaient cet instrument et leurs médecins n'étaient pas seuls chargés de les employer et de donner des soins aux femmes qui le plus souvent étaient soignées par d'autres femmes qui appliquaient le speculum elles-mêmes.

L'art de la chirurgie et de la médecine marche à pas de géant, vient le traité d'Hippocrate qui remonte à 2460 ans. L'école d'Alexandrie fondée il y a 2225 ans offre des maîtres illustres. Enfin nous arrivons au commencement de notre ère, Philumène qui vivait vers l'an 81, Celse, Criton, Dioscorides (vers 40), Erotianus contemporain de Nero, Musa qui guérit l'empereur Auguste d'une maladie de foie, Xénocrate médecin grec du IIe siècle. Œlianus, Archigène médecin d'Apamée en Syrie vivait à Rome sous Domitien, Galien médecin de Marc-Aurèle, Verus et Commode, etc. Au IIIe siècle les Samonicus père et fils, enfin, arrive le médecin inconnu, propriétaire de notre trousse du IIIe siècle qui exerçait son art à Lutèce, qui y mourut et y fut inhumé avec sa merveilleuse trousse.

Un compte-goutte gallo-romain. — Bien qu'il fût connu au commencement de l'époque gallo-romaine, le compte-goutte ne figurait pas dans la fameuse trousse du IIIe siècle; mais une fouille heureuse vient de combler cette lacune et va nous permettre aujourd'hui de le présenter à nos lecteurs.



Ce petit ustensile dont nous n'avons pas à indiquer l'emploi au lecteur était en verre, il affectait la forme de l'*unguentarium*, sorte de petite *ampulla* ou de *guttus* de l'époque païenne.

Il devait figurer au milieu des instruments composant la trousse des chirurgiens, médecins et oculistes.

Notre petit appareil découvert vers le haut de la rue Saint-Jacques, à Paris, mesure 0^m10 de hauteur totale, sa circonférence à la panse est de 0^m18 et l'ouverture du goulot est de 0^m013 de diamètre, la bague qui enveloppe l'extrémité supérieure de l'orifice a été taillée à froid, au moyen de petits chocs réitérés très adroitement de façon à ménager une sorte de petite rigole ou égouttoir se terminant en pointe. C'est de cette pointe que tombe goutte à goutte le liquide contenu dans l'ampoule; une dépression intérieure du goulot produit un réservoir pouvant contenir de VIII à X gouttes du liquide. Si on incline le compte-goutte du côté gauche, le liquide vient s'écouler doucement et goutte à goutte, suivant l'inclinaison imprimée par la main qui le dirige.

Notre petit monument gallo-romain, que nous croyons *unique*, si utile aux médecins et pharmaciens de l'antiquité, est d'une fort belle conservation, il est en verre vert de 0^m002 d'épaisseur et d'une belle irisation, il fait partie de notre collection d'antiquités parisiennes et de l'Ile-de-France.

LIVRES NOUVEAUX

Notions nouvelles et pratiques d'allaitement, de sevrage et de traitement des maladies du nouveau-né (1), par le docteur Levraud, avec préface de M. Budin.

L'allaitement peut être *maternel, mixte* ou *artificiel*. Dans l'allaitement maternel, on veillera surtout à réglementer les tétées et à s'assurer, par la balance, que l'enfant absorbe suffisamment de lait. On se rappellera les causes principales de variations de la sécrétion lactée : causes qui influent sur la quantité de lait : développement du sein, état de santé de la nourrice; causes qui influent sur sa qualité : boissons, médicaments, émotions, fatigues, menstruation, grossesse; affections diverses : affections générales, aiguës ou chroniques.

Des difficultés de l'allaitement, les unes dépendent de l'enfant : coryza, muguet, bec-de-lièvre, affections aiguës; ou de la mère : affections du sein produites par l'allaitement, malformations du sein. Les unes et les autres ne seront vaincues que le jour où l'enfant se développera régulièrement et proportionnellement à son âge.

Si la mère ne peut pas nourrir elle-même son enfant, le mieux est de le mettre auprès d'une autre femme soit dans la maison des parents, soit chez cette remplaçante. La nourrice et son enfant seront soigneusement examinés; ultérieurement, la balance dira si la nourrice est bonne, et si l'accroissement de l'enfant est suffisant.

Lorsque le lait fourni par la mère ou par la nourrice ne suffit pas, il faut songer à le compléter en instituant l'allaitement mixte, en employant du lait d'animal : lait d'ânesse, de chèvre, de vache. Le lait doit être fourni par des vaches saines et bien nourries; il ne doit être ni écrémé ni mouillé; ses fraudes seront reconnues par divers procédés, et, particulièrement, par l'appareil de Gerber et par la cryoscopie. Il sera administré après stérilisation, à toutes petites doses, car l'allaitement mixte expose plus qu'un autre à la suralimentation. Là encore, la balance rendra de précieux services.

L'allaitement artificiel présente de grands dangers; il ne doit être donc employé que faute de mieux, comme un pis aller, car les statistiques de mortalité infantile montrent que les décès sont beaucoup plus nombreux chez les enfants élevés au biberon que chez ceux élevés au sein.

(1) In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, J.-B. Baillière.

Quelques chapitres sur la *dentition*, le *sevrage*, la *mortalité infantile*, les *maladies du nouveau-né*, terminent ce petit livre très simple, très élémentaire et qui, selon les expressions mêmes du professeur Budin, « est appelé à rendre de grands services à toutes les personnes qui voudront bien l'étudier. »

L. BABONNEIX.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 30 JANVIER AU 4 FÉVRIER 1905)

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 30 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Reclus, Legueu et Pierre Duval; — (2e partie) : MM. Gaucher, Teissier et Legry; — M. Proust, suppléant.

Mardi 31 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Thiéry et Faure.

4e, *Salle Corvisart* : MM. Gilbert, G. Ballet et Richaud; — M. Guiart, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. Guyon, Schwartz et Marion; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Gouget et Carnot; — M. Dupré, suppléant.

Mercredi 1er février, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Gosset et Cunéo.

2e, *Salle Richet* : MM. Gariel, Gley et Branca.

3e (1re partie, oral), *Salle Béclard* : MM. Terrier, Sébileau et Wallich; — (2e partie), *Salle Thouret* : MM. Landouzy, Blanchard et Teissier; — M. Claude, suppléant.

Jeudi 2 février, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Hartmann et Marion.

3e (1re partie, oral), *Salle Charcot* : MM. de Lapersonne, Launois et Brindeau; — M. Morestin, suppléant.

Vendredi 3 février, à une heure. — 2e, *Salle Richet* : MM. Ch. Richet, Retterer et Broca (André).

3e (1re partie, oral), *Salle Corvisart* : MM. Kirmisson, Potocki et Cunéo.

4e, *Salle Pasteur* : MM. Pouchet, Balthazard et Macaigne; — M. Desgrez, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Delens et Gosset; — (2e série) : MM. Tuffier, Mauclaire et Proust; — M. Pierre Duval, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Labbé (Marcel), suppléant.

Samedi 4 février, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Cornil, Thiroloix et Renon; — (2e série) : MM. Raymond, Vaquez et Bezançon; — M. Jeanselme, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Brindeau; — M. Maillard, suppléant.

THÈSES

Mercredi 1er février 1905. — M. ROYET. Méningite cérébro-spinale d'origine otitique. (MM. Hayem, président; Brissaud, Reclus et Achard.) — M. COIGNARD. Les conceptions pathogéniques de la neurasthénie (étude historique et critique). (MM. Brissaud, président; Hayem, Reclus et Achard.) — M. GRENET. Pathogénie du purpura; recherches expérimentales et cliniques. (MM. Brissaud, président; Hayem, Reclus et Achard.) — M. MORIN. De la cure radicale de l'empyème chronique par la thoracectomie combinée à la décortication du poumon. (MM. Reclus, président; Hayem, Brissaud et Achard.)

Jeudi 2 février 1905. — M. BORDEAU. De la hernie complète des organes génitaux profonds de la femme en dehors de la grossesse. (MM. Le Dentu, président; Budin, Méry et Demelin.) — M. ABRANT. Ration alimentaire du nourrisson au sein. (MM. Budin, président; Le Dentu, Méry et Demelin.) — M. PARANT. Étude physiologique et clinique de la valériane. (MM. Pouchet, président; Joffroy, Chantemesse et Langlois.) — M. BOIET. La capacité pulmonaire et les mesures spirométriques chez les tuberculeux. (MM. Joffroy, président; Pouchet, Chantemesse et Langlois.) — M. MICHON. L'hygiène de Paris et les lois de 1902-1903. (MM. Chantemesse, président; Pouchet, Joffroy et Langlois.)

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 4, 22 janv. 1905.) Ch. FAGUET : Un cas de cystocèle crurale.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 4, 22 janv. 1905.) CARLES : A propos des gâteaux toxiques. — CRUCHET : Le réflexe cutané abdominal dans les gastro-entérites de l'enfance.

Journal de pharmacie et de chimie. — (N° 2, 16 janv. 1905.) HARLAY : Le sucre de canne dans quelques racines officinales. — PORCHER et HERVIEUX : Sur les pigments d'origine scatolique et la question du scatoxyle.

Journal des praticiens. — (N° 3, 21 janv. 1905.) REYNIER : Réactions stomacales post-opératoires. — TRIBOULET et GOUGEROT : Quelques faits d'hémorragie intestinale chez des sujets âgés.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 3, 19 janv. 1905.) MARIQUE : Contre les gouttes de lait. — P. DE RIDDER : Fistule lacrymale congénitale vraie.

Montpellier médical. — (N° 3, 15 janv. 1905.) Ardin DELTEIL : Purpura rhumatoïde et appendicite. — GALAVIELLE : Les vaccinations antirabiques à l'Institut Bouisson-Bertrand au 31 déc. 1903. Statistique. — MARQUÈS : Radium et corps radioactifs (*fin*).

Revue des maladies de la nutrition. — (N° 1, janv. 1905.) DE LALAUBIE : Traitement des entérites muco-membraneuses. — J. BATUAUD : Neurasthénie génitale féminine. — Paul TISSIER : Pharyngite chronique à poussées congestives.

Revue générale des sciences. — (N° 1, 15 janv. 1905.) P. VIEILLE : La vie et l'œuvre de Sarrau. — E. LOISEL : Evolution des idées générales sur la sexualité. Première partie : Des anciens à la fin du XVIIIe siècle. — E. LAMBLING : Revue annuelle de chimie physiologique. Première partie : Constituants du corps. Aliments. Diastases.

Revue hebdomadaire de laryngologie. — (N° 1, 7 janv. 1905.) J. MOURE : Sur un cas de mucocèle ethmoïdale. — J. MOURET : Sur une voie de communication directe entre l'antre mastoïdien et la face postérieure du rocher. — (N° 2, 14 janv.) Macleod YEARSLEY : La constance et les variétés de l'épine de Heule. — J. MOURET : Thrombo-phlébite du sinus latéral consécutive à une otite moyenne aiguë datant de six jours chez un enfant de neuf ans; ouverture etc., guérison. — (N° 3, 21 janv.) E. MOURE et BRINDEL : Cinq cents cas d'interventions sur l'apophyse mastoïde.

Revue neurologique. — (N° 1, 15 janv. 1905.) MARINESCO : Sur la réparation des neurofibrilles après la section du nerf hypoglosse. — A. THOMAS : Syndrome cérébelleux et syndrome bulbaire.

Revue scientifique. — (N° 3, 21 janv. 1905.) J. GRASSET : Physiopathologie clinique de la vision.

Semaine médicale. — (N° 3, 18 janv. 1905.) LEJARS : Intervention opératoire dans le rhumatisme chronique déformant.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

ÉRYTHÈME POLYMORPHE

Sous le nom d'*érythème polymorphe* (Hebra), d'*érythème exsudatif multiforme* (Kaposi), on décrit toute une série de manifestations cutanées à marche aiguë, caractérisées par des lésions élémentaires variées, mais toujours développées sur une base érythémateuse initiale.

Ce n'est pas une entité morbide, mais un groupe dermatologique englobant des faits disparates.

SYMPTOMES. — Tableau clinique très variable. On peut distinguer :

1° **Période de début, pré-éruptive.** Inconstante. Fièvre, souvent troubles gastro-intestinaux, courbature, douleurs vagues, arthralgies plus ou moins nettes; très souvent angine vulgaire, bénigne et éphémère; parfois laryngite, trachéite et même bronchite légère;

2° **Période d'état, éruptive.** — a) L'ÉRUPTION peut aussi apparaître d'emblée. Elle peut intéresser n'importe quelle région cutanée, mais occupe, dans la grande majorité des cas, la face dorsale des extrémités, le cou, le visage, le pourtour des yeux et la bordure du cuir chevelu. D'ordinaire symétrique. Formée d'éléments divers (taches, macules, papules, modosités, vésicules, bulles), de dimensions, de nombre et de disposition variables.

On décrit d'ordinaire deux types : 1° type *érythémato-papuleux*; 2° type *vésiculo-bulleux*, selon l'élément éruptif qui prédomine dans l'éruption. On peut y joindre : 3° l'*érythème noueux*, ou dermatite contusiforme.

1° TYPE ÉRYTHÉMATO-PAPULEUX. — Début par petites taches rouges qui grandissent et deviennent des *macules érythémateuses*, rouge vif ou violacées, arrondies ou ovalaires, légèrement en relief, des dimensions d'une lentille à celles d'une pièce de 50 centimes.

Persistent sous cet aspect; ou forment en fusionnant des festons, des rubans, des plaques polycycliques (*érythème figuré*, erythema gyratum); ou encore guérissent en leur centre et se réduisent à un cercle érythémateux entourant une petite aire saine (*érythème circiné*), au centre de laquelle persiste parfois une tache rouge (*érythème en cocarde*, *érythème iris*). Ces macules peuvent devenir bleu violacé (*érythème livide*) ou prendre une teinte sanguine foncée due à des hématies extravasées (*érythème purpurique*).

Accentuant parfois leur relief, elles se transforment en *papules*, plus ou moins étendues et nombreuses, isolées ou confluentes au point de former des bosselures rouges et mamelonnées.

Au niveau des papules se produit souvent une infiltration marquée du derme, formant de véritables nodosités (*érythème papulo-tuberculeux*).

A l'éruption s'associent souvent un *œdème*, dont l'intensité est sans rapport avec elle, et quelquefois des *adénopathies* indolentes.

2° TYPE VÉSICULO-BULLEUX. — Trois variétés (E. Besnier):

α. *Erythème bulleux commun.* — Aux lésions érythémato-papuleuses, greffés sur elles ou sur la peau saine, se surajoutent des éléments vésiculo-bulleux de toutes dimensions, depuis les petites vésicules jusqu'à la large bulle à contenu limpide, opalin ou hématique, qui crèvent et laissent à nu des surfaces rouges et suintantes bientôt recouvertes de minces croûtelles brunâtres.

β. *Erythème bulleux larvé.* — L'élément érythémateux de l'éruption est atténué ou manque; l'éruption bulleuse, souvent figurée, simule le pemphigus, la dysidrose, l'herpès.

γ. *Erythème bulleux figuré, herpès iris, hydroa vésiculeux* de Bazin. — Les éléments érythémateux et vésiculo-bulleux coexistent et se disposent concentriquement en cocarde : au centre, vésicule ou simple soulèvement qui se dessèche et laisse une petite croûte; autour, zone érythémateuse; à la périphérie, couronne de vésicules ou soulèvement épidermique annulaire; si la dermatose continue à évoluer, d'autres cercles alternativement érythémateux et vésiculeux peuvent se former excentriquement. Il existe en outre des éléments érythémateux intacts et des bulles aberrants.

Les *localisations muqueuses* de l'hydroa (muqueuses bucco-pharyngée, vulvaire, ano-génitale) sont fréquentes et très particulières; les éléments passent par les phases successives d'érythème, de phlyctène, d'exulcération et de réparation. L'éruption se cantonne parfois sur la muqueuse buccale et labiale, où elle persiste assez longtemps grâce à des récidives et simule les plaques muqueuses (*stomatite de l'hydroa*).

3° ERYTHÈME NOUEUX ou *dermatite contusiforme.* — Les lésions nodulaires de l'érythème polymorphe (érythème papulo tuberculeux), constituées par des phénomènes d'exsudation et de diapédèse, peuvent atteindre leur maximum d'intensité, prédominer ou exister seules; elles forment alors l'*érythème noueux*.

L'éruption siège d'ordinaire aux pieds et à la partie inférieure des jambes, plus rarement aux cuisses, aux fesses, aux avant-bras, exceptionnellement à la face; le tronc est toujours indemne.

En quelques heures, les nodosités se forment, arrondies ou ovalaires, de la grosseur d'une noisette à celles d'un œuf de pigeon. A leur niveau, la peau est saillante, rose ou rouge. Elles sont résistantes, un peu dépressibles, douloureuses à la palpation : une zone œdémateuse les entoure.

Au bout de dix à douze jours, ces nodosités s'affaissent, deviennent molles. La peau, à leur niveau, prend toutes les formes des ecchymoses. Toute trace disparaît après une légère desquamation. Elles ne se ramollissent jamais.

(*A suivre.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de chimie physiologique, par A. CHASSEVANT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. In-8° de 424 p. avec fig. dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, F. Alcan.

Comment se soignaient nos pères, remèdes d'autrefois, par le docteur CABANÈS. 1 vol. in-18 de XII-490 p. — Prix : 5 francs. — Paris, Maloine.

La lutte contre le cancer de l'utérus (État actuel de la question), par le docteur J. GRIMOND. 1 vol. in-8°. — Paris, Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 11. — SAMEDI 28 JANVIER 1905. 78e ANNÉE. SAMEDI 28 JANVIER 1905. — N° 11.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Cancers et radiothérapie, par G. Legros.
MÉDECINE PRATIQUE
Traitement des dyspepsies infantiles par l'eau oxygénée.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de chirurgie.
ANALYSES
Médecine : Recherches sur l'absorption des graisses chez les enfants à l'état normal et pathologique; — *Chirurgie :* Les plaies opératoires du canal thoracique dans la région cervicale; — Traitement des blessures opératoires du canal thoracique; — Contribution à l'étude de l'œdème dur traumatique.
LIVRES NOUVEAUX
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Internat.* — PATHOLOGIE. — Séance du 26 janvier 1905 : MM. Lew et Boudon, 13; Laurence et Dubois, 11; Lasnier (Maurice), 10; Petiteau, Lemarchof et Brissaud, 9; Di Chiarra et Mesnager, 7.

ANATOMIE. — Séance du 25 janvier 1905 : MM. Garban, 14; Raymond, 12; Héchemann, Stévenin, Niel et Burnier, 11; Levy Franckel, 10; Ramus, 8; Mlle Landry, 6; MM. Foucart, 4; Bengarel, 3; Fromoy, 2.

HOPITAUX DE PROVINCE. — GRENOBLE. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Blanchard, Bonnouvrier et Guillaud.

GUERRE. — MM. les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent sont nommés ou désignés pour les postes ci-après :

M. le médecin principal de première classe Villiès, nommé médecin-chef de l'hôpital militaire de Bourges.

M. le médecin principal de deuxième classe Quivogne, nommé médecin-chef de l'hôpital militaire de Belfort.

M. le médecin-major de première classe Delom-Sorbé, désigné pour le 18e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Cardot, désigné pour le 85e d'infanterie; — Roussel, pour le 14e chasseurs à cheval; — Gailley, nommé répétiteur à l'École du service de santé militaire à Lyon (médecine opératoire et accouchements).

MM. les médecins aides-majors de première classe Suttel, affecté aux salles militaires de l'hospice mixte de Clermont-Ferrand; — Picqué, nommé surveillant à l'École d'application du service de santé militaire.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Egmann, désigné pour le 86e d'infanterie; — Arnould, pour le 148e d'infanterie.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Des récompenses honorifiques sont accordées aux personnes dont les noms suivent qui ont rendu des services aux sociétés de secours mutuels :

Médaille d'or. — M. le docteur Claude Chauveau (de Paris).

Médaille d'argent. — M. le docteur Monel (de Paris).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Marchand (de Soissons), Méplain (de Moulins), Bessette (d'Angoulême), Ladevèze (de Saint-Florent), Ferrandi (d'Ajaccio), Boutequoy (de Châtillon-sur-Seine), Guibert (de Saint-Brieuc), Bona (d'Evaux), Lafon (de Bourdeilles), Pujos (d'Auch), Ponroy (de Châteauroux), Reverchon (de Nogent-en-Bassigny), Thonion (d'Annecy), Braine, Combe, Crank, Deschamps, Gabriel (de Paris), Lefebvre (de Vanves), Lemoine, Moret, Nogaret, Papillon, Peisson, Saqui, Spira, Viard, Weill et Willette (de Paris), Tonnet (de Niort), Chapuis (de Toulon), Fillon (de la Roche-sur-Yon), Duran (de Villeneuve-sur-Yonne) et Chavance (d'Appoigny).

Mention honorable. — M. le docteur Garrigues (de Paris).

IIe CONGRÈS FRANÇAIS D'HYGIÈNE SCOLAIRE. — On nous prie d'annoncer, que prochainement se tiendra, à Paris, le IIe Congrès français d'hygiène scolaire.

Il est inutile d'insister sur l'importance que présente à la fois pour les parents, les médecins et les professeurs, l'amélioration de l'hygiène physique, intellectuelle et morale dans les écoles.

A l'étranger, en Allemagne, en Angleterre, en Suisse, des associations puissantes se sont consacrées à l'étude de ces questions. Le dernier Congrès international de Nuremberg, en 1903, a réuni un très grand nombre d'adhérents.

Dans trois ans, un nouveau Congrès international aura lieu à Londres.

Le second Congrès français d'hygiène scolaire, organisé par la Ligue des médecins et des familles, s'ouvrira le dimanche

de la Pentecôte 11 juin 1905, à deux heures dans le grand amphithéâtre de l'École de médecine.

Il y sera lu et discuté les rapports suivants :

1° Inspection médicale des écoles primaires;

2° Education des familles en hygiène scolaire;

3° Vacances et congés;

4° La tuberculose et le personnel enseignant;

5° La surcharge des programmes et les concours d'entrée dans les grandes écoles.

MM. Debove, Grancher, Landouzy et Pinard, professeurs à la Faculté de médecine, ont accepté la présidence d'honneur du Congrès.

Le prix de la cotisation est de 5 francs. Pour tous renseignements, s'adresser au docteur J.-Ch. Roux, 46, rue de Grenelle.

MUTUELLE-VIE ET MUTUELLE-ACCIDENTS. — L'assemblée générale du syndicat des médecins de la Seine ayant voté la création d'une *Mutuelle médicale-vie* et d'une *Mutuelle médicale-accidents*, pour tous les médecins syndiqués de France, ces deux œuvres de prévoyance médicale et syndicale commenceront à fonctionner dès que le nombre de 300 adhérents sera atteint.

Des listes d'adhésion sont, dès maintenant, ouvertes au syndicat, où on est prié d'écrire en indiquant, soit la combinaison d'assurance-vie que l'on désire adopter, soit l'inscription à l'assurance-accident. On trouvera au siège social des renseignements au sujet de ces deux mutuelles.

L'inscription actuelle n'est que provisoire, sans engagement ferme de la part des inscripteurs qui restent toujours libres de se retirer jusqu'au moment de la signature de la police.

STATISTIQUE. — Le service de statistique a compté, pendant la deuxième semaine de 1905, 1 201 décès, au lieu de 1 207 pendant la semaine précédente (moyenne 990).

La fièvre typhoïde a causé 3 décès (moyenne 7).

La variole n'a causé aucun décès (moyenne 4).

La rougeole a causé 6 décès (moyenne 10), la scarlatine a causé 3 décès (moyenne 2); la coqueluche, 2 décès (moyenne 2); la diphtérie a causé 5 décès (moyenne 5).

La diarrhée infantile a causé 21 décès de 0 à 1 an, au lieu de 24 pendant la semaine précédente (moyenne 25).

En outre, 40 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 308 décès, au lieu de 281 pendant la semaine précédente (moyenne 198). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 27 décès (moyenne 17); bronchite chronique, 41 (moyenne 25); pneumonie, 81 (moyenne 44); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 159 (moyenne 112), dont 79 sont dus à la congestion pulmonaire et 63 à la broncho-pneumonie.

En outre, 42 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 221 décès; la méningite tuberculeuse, 19; la méningite simple, 25; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 12 décès.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — Service de jour, sans transbordement, entre Paris et Berne, par Dijon-Pontarlier. La compagnie P.-L.-M. vient de créer un service de jour, sans transbordement, entre Paris et Berne, par Dijon-Pontarlier. Ce service est assuré par une voiture à couloir et à water-closet, comportant un compartiment de 3 places de fauteuils-lits et 3 compartiments de 1re classe.

Départ de Paris, par le rapide de 9 h. 20 du matin; arrivée à Berne à 10 h. 10 du soir; départ de Berne, à 9 h. 20 du matin pour arriver à Paris à 10 h. 14 du soir.

Ces trains reçoivent un vagon-restaurant entre Paris et Dijon.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

PHARMACIEN CONDAMNÉ POUR EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE EN DONNANT DES SOINS RÉITÉRÉS A UN OUVRIER VICTIME D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL.

Le *Répertoire de pharmacie* rapporte un jugement qui mérite d'être signalé. En donnant les premiers soins en cas d'accident, le pharmacien obéit à un devoir d'humanité qui s'impose à lui comme à toute autre personne, mais, malgré les objurgations de l'ouvrier ou de son patron, il doit s'abstenir de faire de nouveaux pansements après le pansement d'urgence qu'il est moralement obligé de faire.

Voici en effet le jugement rendu par le tribunal d'Évreux, le 7 septembre 1904 :

« Attendu que B..., pharmacien, est prévenu d'avoir exercé illégalement la médecine, en prenant part habituellement et par une direction suivie au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, sans être muni d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé;

Attendu qu'il est constant et établi, par un état des médicaments fournis à L... par B... d'avril 1903 jusqu'au jour où B... a cessé de donner des soins à L... et l'a renvoyé à un médecin, que B... s'est livré, durant cette longue période, à un véritable traitement, comprenant l'examen du malade et la prescription des médicaments qui pouvaient être appliqués à son genre de maladie;

Qu'il y a bien là un traitement suivi dans des conditions illégales, et que B... tombe sous l'application des articles 16 et 18 de la loi du 30 novembre 1892;

Attendu que le Tribunal admet en faveur du prévenu des circonstances atténuantes;

Par ces motifs, déclare B... coupable du délit qui lui est reproché et le condamne à 200 francs d'amende. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les centres nerveux, physiopathologie clinique, par le docteur GRASSET, professeur de clinique médicale à l'Université de Montpellier. 1 vol. in-8° de 730 p. — Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Manuel de psychiatrie, par le docteur J. ROGUES DE FURSAC, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. 2e édit. revue et augmentée. 1 vol. in-12 de la « Collection médicale ». — Prix : 4 francs. — Paris, Félix Alcan.

Les médications préventives : sérothérapie et bactériothérapie, par le docteur L. NATTAN-LARRIER, chef de clinique de la Faculté de médecine de l'Hôtel-Dieu. Préface par le docteur NETTER, professeur agrégé à la Faculté de médecine. 1 vol. in-16 de 96 p., cart. (Actualités médicales.) — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

L'Univers, la Terre et l'Home d'après les lois de la nature, par Jean-S. BARÉS. In-16. Prix : 1 fr. 50. — Paris, aus bureaux du *Réformiste*, 18, rue du Mail.

REVUE GÉNÉRALE

CANCERS ET RADIOTHÉRAPIE

Par G. LEGROS,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

La radiothérapie du cancer, utilisation thérapeutique des propriétés cytotoxiques et analgésiques des rayons de Röntgen, est née en 1896 des recherches de L. Freund et de E. Schiff (de Vienne). Elle est entrée depuis quelque temps dans le domaine de la thérapeutique scientifique et raisonnée grâce aux recherches de Kienböck, de Oudin, de Benoist, de Holzknecht, de Schiff et Freund, de Béclère, de Sabouraud et Noiré, qui ont permis une réglementation précise de la technique utilisée en France, dans les travaux de Béclère, Bissérié et Belot, de Tuffier, de Haret et Desfosses et de Brocq.

Le nombre des expérimentateurs, la variabilité encore persistante parfois de leurs procédés et surtout les différences anatomo-pathologiques des faits rapportés sous un titre identique, enfin les cas sans doute fréquents de « cancers » traités et guéris où le diagnostic n'est basé que sur des considérations cliniques insuffisantes, rendent une étude comparée des résultats acquis par la radiothérapie dans le cancer, forcément difficultueuse et incomplète ; quelques considérations nettes se dégagent pourtant de cet ensemble, nous nous efforcerons de les résumer impartialement.

I

On peut rappeler au début de cette simple étude, l'utilité des mesures exactes en radiologie, qui, méconnue dans les premiers essais, a déterminé des accidents fréquents entre les mains d'opérateurs peu prévenus ou insuffisamment armés. L'évaluation de cette mesure exacte comporte :

1° La connaissance de la *quantité* de rayons tombant d'une *distance* donnée en un point pendant un *temps* donné. Cette quantité est fonction de l'énergie électrique génératrice ;

2° La connaissance de la *qualité* des rayons employés : ils peuvent être plus ou moins pénétrants, et un pouvoir pénétrant faible donne lieu à des absorptions superficielles considérables. Cette *qualité* est fonction du degré de raréfaction des ampoules ;

3° La notion des *temps* respectifs consacrés à l'absorption des rayons et des *intervalles* de repos ménagés entre ces temps.

Ces différentes mesures et par suite ce qu'on appelle le dosage en radiothérapie peuvent être actuellement exactement appréciés, grâce aux méthodes de Holzknecht, de Benoist et de Sabouraud et Noiré, mais la qualité des rayons de Röntgen ne peut être pratiquement modifiée que dans des limites restreintes, car, *l'action de la radiothérapie doit s'exercer en respectant l'intégrité des téguments, pour des quantités de rayons maxima employées dans le minimum de temps* (Béclère), et d'autre part *la qualité des radiations plus ou moins pénétrantes devient d'une importance relativement minime pour des profondeurs de quelques centimètres au-dessous des téguments*, ceux-ci étant incapables de supporter alors la dose de rayons nécessaire et suffisante pour l'action thérapeutique recherchée (Bissérié et Mizerette).

Nous verrons bientôt dans quelle importante mesure ces principes très simples limitent ou paralysent actuellement l'action de la radiothérapie.

II

Le type de cancer qui a fourni à la radiothérapie ses succès les plus remarquables et les plus nombreux est incontestablement l'*épithélioma de la peau du type baso-cellulaire* (Darier), dit encore épithélioma plat, épithélioma superficiel, épithélioma pavimenteux tubulé, ulcus rodens. C'est l'épithélioma dont les éléments ne subissent pas l'évolution épidermique et la kératinisation, dont les cellules néoplasiques affectent l'apparence des cellules basales de l'épiderme, qui s'observe surtout chez les vieillards, sur la face à ses deux tiers supérieurs, au niveau de l'aile du nez, de l'angle interne de l'œil, de la région temporo-maxillaire. Il débute par une crevasse ou un « bouton » qui ne guérit pas, présente la marche lente d'une ulcération qui se propage par une extrémité en se cicatrisant par l'autre et s'étend parfois, après de longues années, sous la forme d'un ulcère sans retentissement ganglionnaire appréciable, mais qui peut amener à la fin de larges et profondes destructions et de graves hémorragies. Ces hémorragies, la cachexie, l'infection des plaies sanieuses à bords sphacélés entraînent la mort du sujet. Opérés près de leur début ces épithéliomas sont susceptibles de récidives, même après ablation large.

L'action thérapeutique des rayons de Röntgen sur cette forme est des plus nettes. Dans les cas limités on voit, en quelques séances, fondre progressivement la tumeur épithéliale sans mortification, sans escarre, sans réaction inflammatoire apparente. Cette action n'est pas celle d'un caustique brutal, ce n'est pas celle de certaines inflammations substitutives comme l'érysipèle ou celle des toxines de Coley : « une comparaison vient immédiatement à l'esprit, cette tumeur épithéliale régresse sous l'action des rayons de Röntgen, comme une tumeur ou une gomme syphilitique régresse sous l'action du mercure ou de l'iodure » (Béclère).

Les nodosités, les saillies des surfaces ulcérées plus larges s'aplatissent, les douleurs disparaissent, l'étendue des plaies se rétrécit, elles se couvrent d'une croûte qui tombe après quelques jours et laisse apparaître en dessous d'elle une surface lisse d'un rouge vif, qui pâlit elle-même au bout d'un certain temps, jusqu'à se confondre avec la peau saine. La cicatrisation est la règle, les résultats esthétiques parfaits pour de petites tumeurs limitées, aussi satisfaisants que possible pour les délabrements les plus considérables. Ceux-ci peuvent demander jusqu'à cinquante séances de traitement, espacées avec les précautions nécessaires pour ne pas substituer à l'ulcération épithéliomateuse une lésion due à une exposition trop prolongée, ulcération alors lisse,

torpide, sans tendance à la cicatrisation, pouvant s'accompagner de douleurs et de radiodermite à sa périphérie. Cette lésion commande, bien entendu, un arrêt immédiat du traitement, on la voit alors, si l'accumulation thérapeutique n'a pas été trop considérable, évoluer spontanément vers la guérison.

Tels sont les résultats fournis par la radiothérapie dans les épithéliomas cutanés de ce type; on peut faire cette objection, que cette variété de tumeur épithéliale est justement des plus curables, que l'excision, le grattage, la cautérisation (1), les caustiques et notamment les caustiques arsenicaux constituent contre elle des moyens qui, seuls ou combinés, ont fourni des résultats également probants.

Ces objections sont réelles, en en tenant compte, il reste encore au bilan de la radiothérapie : une action curative et analgésique remarquable et indiscutée pour les cas où l'étendue, l'ancienneté, la profondeur des ulcérations rendent une intervention chirurgicale impossible, et pour ceux où cette intervention praticable est contre-indiquée par l'âge ou un état pathologique général, elle possède encore un avantage sur l'ablation dans les cas qui atteignent les orifices de la face; enfin une action qu'on pourrait qualifier de spécifique puisqu'elle choisit dans les surfaces qui lui sont offertes.

Il faut d'ailleurs se refuser à admettre une formule rigide, tenir compte de facteurs multiples et admettre (tendance actuelle) à côté de cas uniquement judiciables des rayons X, la combinaison possible de l'intervention chirurgicale primitive et du traitement par l'irradiation consécutive. M. Béclère préconise d'ailleurs, pour les tumeurs un peu volumineuses ou végétantes, le nettoyage ou l'extirpation partielle à la curette, au bistouri ou à l'anse galvanique en recourant ensuite à la radiothérapie.

III

L'épithélioma de la peau du type spino-cellulaire (Darier), dit encore épithélioma pavimenteux lobulé corné, est celui dont les éléments subissent l'évolution épidermique et la kératinisation, et peuvent comprendre des cellules de couche génératrice ou basale, mais surtout des éléments malpighiens à filaments d'union, des cellules cornées, des globes épidermiques; cet épithélioma est considéré par M. Darier comme n'ayant pas encore fourni un cas de guérison bien constaté. Il semble cependant qu'il soit possible de faire une démarcation et d'envisager d'abord une variété à forme *papillaire*, superficiellement végétante, affectant la face, le cuir chevelu, le cou, le dos, la face dorsale des extrémités, cette variété ayant fourni des observations de succès, et une variété à forme plongeante, envahissante en profondeur (*carcinome spino-cellulaire*), siégeant à la muqueuse buccale, aux lèvres, à la langue, débutant par une fissure, prenant ensuite un accroissement rapide et s'accompagnant d'engorgement ganglionnaire précoce. Contre cette forme il n'existe évidemment pas de démonstration probante d'un succès. La démarcation histologique est d'ailleurs, ici, insuffisante, et il existe dans ce type des tumeurs histologiquement identiques et très distinctes par leur sensibilité aux rayons de Röntgen comme par leur allure clinique.

Pour limiter nos exemples il nous paraît que dans la première variété rentre le cas de MM. Danlos et Gastou : épithélioma volumineux du dos de la main à tendances papillomateuses, guéri en neuf séances; et que dans la seconde rentrent tous les cas d'épithéliomas des muqueuses, même facilement accessibles (Tuffier), lèvre, langue, plancher de la bouche, où l'on n'a pu observer qu'une action des rayons X problématique ou nulle, parfois tout au plus une légère amélioration symptomatique, une tendance à la libération d'une tumeur primitivement inopérable (1). Ces symptômes passagers d'amélioration, on les constate d'ailleurs bien souvent, dit M. Tuffier, sous l'influence d'injections d'un sérum quelconque, puis à mesure que les tentatives sont répétées, la réaction favorable s'atténue, disparaît et la marche envahissante ou la généralisation reprennent leur évolution. Il faut cependant faire une réserve favorable à la radiothérapie, celle de l'insuffisance probable des doses jusqu'ici employées, alors qu'on peut, pour ces épithéliomas (langue), dépasser les quantités indiquées pour les épithéliomas cutanés par exemple.

IV

Les épithéliomas du sein sont susceptibles d'être avantageusement traités par la radiothérapie :

1° En tant que tumeurs inopérables pour motifs d'ordre local ou général;

2° En tant que tumeurs susceptibles d'être amenées à l'état opérable par libération des parties profondes, par action résolutive sur un œdème concomitant;

3° En faisant de la radiothérapie un complément immédiat de l'intervention chirurgicale, un traitement préventif de la récidive.

Les rayons de Röntgen déterminent en effet presque à coup sûr la disparition des manifestations superficielles des récidives du cancer du sein. Ils agissent *macroscopiquement* d'une manière remarquable sur les ulcérations à bords indurés, à adhérences profondes, à bourgeons saignants, ou sur les noyaux du derme que l'on observe au début des récidives. Ces nodules se résorbent, les ulcérations se nettoient et se cicatrisent, le bourrelet qui circonscrit la lésion est un peu plus tenace mais disparaît également, enfin les douleurs sont influencées très nettement dès les premières séances du traitement. Sur des masses néoplasiques volumineuses, on agira (Sabouraud) en irradiant par sa face opposée le sein successivement attiré en haut, en bas, à droite, à gauche; on fait ainsi pénétrer par des régions cutanées distinctes, une somme totale de rayons considérable et dont l'action converge toujours en plein centre de la tumeur.

(1) On consultera avec intérêt sur cette question : traitement des épithéliomas cutanés par le thermocautère, le travail de G. Milian : *Revue des hôpit.*; oct. 1904.

(1) Quelques cas cependant, signalés par Béclère (Cong. de Berlin), par MM. Bissérié et Hallopeau (Acad. de méd., juin 1904), sont plus nettement favorables. Il faut, pour les juger définitivement, la confirmation du temps.

Dans les formes squirrheuses à évolution lente, c'est à titre d'adjuvant de la tendance scléreuse, comme auxiliaire du processus de défense, que la radiothérapie est indiquée ; elle pourra arrêter temporairement l'affection dans sa marche. En somme « il n'est pas une malade qui ne soit susceptible de retirer de la radiothérapie une amélioration locale plus ou moins nette » (Béclère) ; on ne peut malheureusement pas, à l'heure actuelle, affirmer de même les améliorations générales et l'irradiation des ampoules dures ou molles n'empêche pas toujours les évolutions profondes, pleurales, médiastinales, viscérales.

Il semble, à ne considérer que les faits ci-dessus résumés, que l'action des rayons X soit limitée et rendue malheureusement aussi restreinte par des raisons purement physiques, et nous arrivons à cette déduction : « Les tumeurs profondes sont rebelles uniquement parce qu'on n'y peut faire pénétrer une quantité suffisante de rayons » (Sabouraud et Bissérié). Il semble qu'il faille faire sur cette formule, d'importantes réserves, de même que sur celle qui la complète : « si ces mêmes tumeurs étaient situées superficiellement, elles guériraient facilement. »

Il faut reconnaître bien plutôt que des cancers de type histologique et surtout de type clinique distinct réagissent aux rayons de Röntgen d'une manière différente, que malheureusement il subsiste là pour nous une inconnue à laquelle, faute de pouvoir mieux faire, nous donnons le nom de malignité et qui résiste à la radiothérapie comme elle résiste au bistouri et aux médications générales. Comment, si ces questions de superficialité étaient toujours essentielles dans les résultats du traitement, s'expliquer les insuccès sur les épithéliomas de la langue ou du plancher de la bouche ? Comment, bien mieux, comprendre ces résultats : récidive de cancer du sein constitué par des noyaux dermiques, « non pas sous-cutanés, mais vraiment sous-épidermiques, par conséquent très superficiels. » On fait le traitement, les lésions se multiplient et s'étendent pour aboutir à la généralisation pleuro-pulmonaire (Pierre Delbet). Et surtout que dire du fait suivant :

Une cicatrice d'amputation du sein présente des noyaux superficiels et disséminés de récidive, le traitement radiothérapique confié à des soins compétents aboutit à la disparition des nodules, la surface cicatricielle semble désormais saine, la guérison définitive. On enlève cependant chirurgicalement la cicatrice et les tissus sous-jacents, et l'on trouve, à la partie profonde, des traînées cancéreuses et des cellules d'épithélioma aux points mêmes où les nodules cancéreux semblaient avoir complètement disparu.

« Cette malade présente actuellement tous les signes d'une adénopathie cancéreuse intra-thoracique » (Tuffier).

Tels sont les faits ; à vrai dire, il faut bien plutôt, dans ces cas, considérer les récidives profondes comme s'effectuant pour leur compte dans la profondeur, que comme consécutives aux vertiges épithéliaux qui subsistent dans la cicatrice. On trouve des boyaux semblables dans des cas d'épithéliomas cutanés en apparence complètement guéris par la résorcine (Balzer) et M. Darier considère ces cordons épithéliaux étroitement enfermés dans un tissu de sclérose comme susceptibles d'inactivité malgré leur persistance.

L'indication se pose donc ici encore d'une action extrêmement précoce de la radiothérapie ; il est probable que son emploi dès les premiers jours qui suivent l'intervention chirurgicale sur des tissus non encore réunis, réaliserait plus facilement la destruction ou l'emprisonnement des cellules cancéreuses encore éparses et modifierait de la manière la plus heureuse les statistiques actuelles du cancer du sein. Il faut pour cette vérification une épreuve de quelques années.

V

Les sarcomes ont été considérés par des auteurs particulièrement autorisés, Kienböck, Holzknecht, Morton, comme très nettement justiciables de la radiothérapie. Holzknecht même attribue à cette variété de tumeurs une sensibilité aux rayons de Röntgen plus grande que celle des épithéliomas. Les résultats obtenus sont cependant contradictoires, du fait sans doute de l'imprécision du terme sarcome employé par les auteurs, et par suite, des cas peut-être très distincts à tort comparés entre eux.

Un autre motif de la réserve qu'on doit encore apporter dans l'appréciation de faits même extrêmement favorables du genre de ceux que nous signalerons plus loin, ce sont les cas anciennement bien connus des chirurgiens où des sarcomes cliniquement et microscopiquement typiques, considérés comme d'un type histologique très défavorable, simplement opérés et même parfois réséqués économiquement, ont donné lieu aux résultats ultérieurs les plus satisfaisants, et il faut bien le dire, les plus inattendus, des périodes de cinq, six, sept années et plus s'étant écoulées depuis l'intervention sans récidives.

Ces réserves faites, il est impossible de ne pas tenir le plus grand compte de l'opinion basée sur une pratique importante d'auteurs comme Morton, Holzknecht, Kienböck, Béclère, Sabouraud, Bissérié et Belot, Jaime R. Costa. On ne peut pas notamment ne pas enregistrer et souligner le résultat obtenu récemment encore par M. Béclère contrôlé chirurgicalement par M. Walther et histologiquement par MM. Piéry et Tripier (de Lyon). Nous insisterons sur cette observation relatée et discutée à la Société de chirurgie, en raison de ses détails particulièrement typiques et complets. Il s'agit d'un jeune homme de vingt-trois ans, présentant une tumeur sous-cutanée d'origine osseuse, diagnostiquée cliniquement ostéo-sarcome de l'os malaire, opérée cinq mois après son début et reconnue histologiquement comme un « sarcome malin très vasculaire à petites cellules rondes ». Au bout de huit mois première récidive, deuxième intervention qui comporte l'énucléation de l'œil. Huit mois après, seconde récidive, la tumeur progresse lentement pendant quelques mois, puis est le siège d'une poussée aiguë, on retarde l'intervention en raison des grands délabrements qu'elle

paraît devoir nécessiter, et l'état général du malade ne s'aggrave pas. Enfin trois mois plus tard, on commence le traitement par les rayons de Röntgen avec injection quotidienne de bichlorhydrate de quinine une demi-heure avant l'exposition aux rayons. En onze séances on obtint la régression et la guérison, depuis lors persistantes.

Il faut évidemment signaler dans ce cas l'évolution relativement lente de la tumeur qui a laissé à la radiothérapie le temps de s'employer utilement, et l'adjuvant très probable qu'ont apporté aux rayons les injections de quinine faites suivant la méthode de Morton, mais, d'autre part, on peut aussi noter le caractère récidivant et l'allure indiscutablement maligne de la tumeur contre laquelle l'intervention chirurgicale s'était montrée à deux reprises impuissante.

Il existe quelques observations analogues, cystosarcome du maxillaire inférieur : Reboul; sarcomes cutanés diffus : Belot et Bissérié; elles sont encore peu nombreuses mais on peut annoncer, dès maintenant, leur prochaine multiplication, et tout en considérant l'action curative déjà acquise comme absolument remarquable, escompter pour l'avenir des résultats plus satisfaisants encore.

Nous serons actuellement plus réservés sur les résultats du traitement des cancers viscéraux, du cancer de l'estomac, du larynx, des cancers pelviens, malgré les observations de Béclère et Viollet, de W. Schreppegrell (larynx), de Doumer et Lemoine (estomac), de Imbert (de Montpellier). Ces observations appellent des confirmations, des faits précis et multipliés.

VI

Peut-on tirer quelques déductions des faits précédents sur la nature de l'action des rayons X et formuler quelques espérances sur l'avenir de la radiothérapie? Nous avons vu que l'action thérapeutique des rayons de Röntgen pouvait et devait le plus souvent être indépendante de la réaction inflammatoire qu'on observe quelquefois sur les tissus sains superficiels; il ne s'agit donc pas d'une action caustique brutale ni d'une inflammation substitutive, mais d'une influence dystrophique spéciale exercée par les rayons sur les cellules cancéreuses; il existe dans l'ordre normal et dans l'ordre pathologique des éléments cellulaires particulièrement sensibles à l'action des rayons X, parmi les tissus sains ce sont les éléments cellulaires de la peau; parmi les tissus pathologiques ce sont les éléments néoplasiques; ceux-ci réagissent de la manière suivante : les cellules présentent un gonflement de leur noyau, avec perte de leurs réactions de coloration, puis les contours cellulaires deviennent irréguliers, ils se fusionnent, on observe une dégénérescence granuleuse aboutissant à la destruction du protoplasma, qui forme une masse diffuse, colorée irrégulièrement et par masses, pénétrée par des leucocytes, puis résorbée graduellement. Le processus aboutit à la disparition complète des éléments néoplasiques ou à leur cloisonnement par du tissu conjonctif dense. On a décrit des altérations des vaisseaux (endopériartérite), du tissu conjonctif voisin, des éléments musculaires; il faut sans doute voir, au moins dans les deux premières espèces de lésions, les symptômes de la réaction banale secondaire à l'action spéciale des rayons de Röntgen.

Les effets thérapeutiques des rayons X dans les cancers sont, pour Bruns, simplement dus à la vitalité faible et limitée des cellules du carcinome, « cellules à caractères fragiles et caducs » (Virchow); la radiothérapie favoriserait leur tendance spontanée à la dégénérescence. De même Ribbert interprète dans ce sens la grande fréquence de la vacuolisation, de la dégénérescence graisseuse, de la conformation irrégulière des noyaux, qu'on rencontre dans les tumeurs. La contradiction apparente entre ces stigmates de vitalité faible et la pullulation sans limite et victorieuse dont font preuve les tumeurs malignes, s'expliquerait par l'absence de fonctions et par suite de dépenses des cellules néoplasiques : ainsi l'apport nutritif qu'elles reçoivent d'une circulation, d'ailleurs défectueuse, suffit à assurer largement une prolifération qui est à soi-même sa raison suffisante; mais survienne une cause locale physiquement défavorable, un agent thérapeutique physique ou chimique qui aggrave encore ces conditions de vitalité faible, les cellules du cancer sont mises définitivement en état de moindre résistance et succombent, alors que restent intacts les éléments normaux plus résistants. Enfin, pour Schwartz (recherches faites au laboratoire de Holzknecht), c'est à la plus ou moins grande richesse des cellules normales ou pathologiques en lécithine qu'il faut attribuer la différence de sensibilité qu'elles présentent aux rayons de Röntgen.

Ces très ingénieuses théories qui, d'ailleurs, ne s'excluent pas les unes les autres, n'ont pas seulement un intérêt spéculatif, elles peuvent fournir les éléments d'intéressants perfectionnements à la méthode thérapeutique, comme l'a déjà fait le procédé de Morton.

Le procédé employé par Morton (de New-York) consiste en l'injection préalable dans les tissus de bichlorhydrate de quinine une demi-heure avant l'irradiation. Ce procédé, basé sur la toxicité de certaines substances fluorescentes pour les organismes inférieurs et les épithéliums, introduit, dans l'intimité des tissus néoplasiques, une solution capable d'émettre elle-même de la lumière sous l'influence des rayons X et renforce ainsi l'action de ces derniers, de l'action des rayons violets et ultra-violets de la quinine irradiée. Enfin, la méthode actuellement préconisée — qui tend à s'attaquer immédiatement après l'extirpation chirurgicale aux cellules cancéreuses isolées et superficielles, peut-être abandonnées dans la cicatrice ou dans la profondeur et à irradier préventivement le champ opératoire et même les régions ganglionnaires voisines — est également une déduction pratique des données précédentes.

Il faudra quelque temps pour juger des résultats fournis par de nouvelles statistiques relatives à cette combinaison thérapeutique de la chirurgie et de la radiothérapie immédiatement consécutive; on peut dire, dès à présent, qu'on ne saurait refuser aux

malades de les faire bénéficier de ces procédés nouveaux, en raison des résultats si souvent décevants jusqu'à présent fournis par la chirurgie du cancer (1).

VII

La radiothérapie nous a en somme apporté, contre une affection « qui, dans l'état actuel de la science, doit être considérée comme incurable », une arme nouvelle. Elle donne dans une variété de cancers (la plupart des épithéliomas cutanés) des résultats souvent très supérieurs et toujours égaux à tout ce qui avait pu jusqu'à présent être obtenu. Elle agit d'une manière inespérée et souvent remarquable sur les sarcomes récidivés ou inopérables. Elle est un moyen d'arrêt et un palliatif remarquable dans les évolutions récidivantes du cancer du sein. On peut espérer beaucoup de son emploi systématiquement préventif comme complément des extirpations chirurgicales.

Enfin son action est nulle ou peu démontrée dans les cancers viscéraux et dans les propagations ganglionnaires, mais des procédés spéciaux permettront peut-être d'atteindre ces cas : on peut actuellement faire quelque crédit à la radiothérapie sur l'exposé de son bilan actuel.

BIBLIOGRAPHIE

Béclère. *Presse méd.*, 3 fév. 1904; — Soc. de dermatol., 11 avril 1904; — Soc. méd. des hôpit., 10 juin 1904 et 30 nov. 1904; — Congrès de dermatol. (Berlin), sept. 1904. — Béclère et Viollet. Soc. d'otol., de laryngol. et de rhinol., session de 1904. — Belot. *La radiothérapie, son application aux affections cutanées*, 1904 (2).— Bissérié et Mizerette. Soc. de dermatol., 2 déc. 1904. — J.-R. Costa. *Archives d'électr. méd.*, 10 déc. 1904. — Danlos et Gastou. Soc. méd. des hôp., 16 déc. 1904. — Desfosses et Haret. Soc. méd. des hôpit., janv. 1904. — Doumer et Lemoine. Acad. de méd., juin 1904. — Guilleminot. *Électricité médicale,* 1905. — Kienbœck. Cong. de l'Assoc. franç. pour l'avanc. des sciences, août 1904. — Morton. *New-York med. Record*, 8 août 1893. — Noiré. *Presse méd.*, 12 oct. 1904. — Reboul. Cong. de l'Assoc. franç. pour l'avanc. des sciences. — Sabouraud et Noiré. *Presse méd.*, 28 déc. 1904. — Stelwagon. XVIIe Cong. de l'Assoc. dermatol. améric. — Tuffier. *Presse méd.*, 3 fév. 1904; — Soc. de chir., 30 nov. 1904. — Tuffier et Haret. *Arch. d'électricité méd.*, 25 nov. 1904.

(1) Nous nous sommes occupés au cours de cet exposé de la radiothérapie à l'exclusion de la radiumthérapie. Il faut cependant rappeler que les propriétés thérapeutiques des rayons X appartiennent également au radium. M. Béclère a précisé (Soc. méd. des hôpit., 9-16 déc. 1904) les indications de la radiumthérapie. La réaction absolument comparable qu'elle produit, très accentuée à la surface des tissus, peu à la profondeur, est en somme celle d'une ampoule de Röntgen très petite et très molle, c'est-à-dire à rayons très peu pénétrants : les lésions peu étendues en profondeur et en surface de certains points limités de la face, du pavillon de l'oreille, de l'angle interne de l'œil, des cavités buccale, pharyngienne, laryngée, sembleraient donc lui appartenir. Il faut ajouter à ces indications l'avantage d'un maniement facile et d'une simplification évidente des appareils accessoires utiles. Par contre il nous semble qu'il faut considérer le caractère « superficialité de l'action » comme plutôt défavorable, les rayons pénétrants étant d'un emploi toujours plus judicieux dans la radiothérapie du cancer.

(2) Vient de paraître du même auteur un important *Traité de radiothérapie* (Steinheil).

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DES DYSPEPSIES INFANTILES PAR L'EAU OXYGÉNÉE

MM. Gallois, Flourens et Walter (1) ont eu l'occasion d'employer assez fréquemment chez l'adulte de l'eau oxygénée mêlée soit au lait, soit à l'eau de boisson, dans des cas où l'on aurait pu prescrire de l'acide chlorhydrique. Dans ces cas l'eau oxygénée est beaucoup mieux supportée, elle excite l'appétit et facilite la digestion. Devant ces bons résultats, devant ceux qu'ont obtenus à différentes reprises d'autres médecins, les auteurs ont été amenés à expérimenter à l'hôpital Hérold l'eau oxygénée dans le traitement des maladies infantiles.

L'eau oxygénée dont ils se sont servis est celle des hôpitaux qui est à 12 volumes.

Elle a été employée de deux façons différentes. « Dans une de nos salles, écrivent les auteurs, la surveillante préparait un litre d'eau bouillie et y ajoutait une cuillerée à soupe d'eau oxygénée. Elle se servait de cette eau pour couper le lait des enfants atteints de dyspepsie gastro-intestinale. Dans une autre salle, la surveillante employait un procédé peut-être plus commode, elle versait x gouttes d'eau oxygénée dans un biberon de 100 grammes de lait. En ville, pour les enfants au sein, nous avons fait verser I, II ou III gouttes d'eau oxygénée dans une cuillerée à café de lait qu'on faisait prendre à l'enfant avant sa tétée. Chez des enfants sevrés, nous avons également fait prendre x gouttes d'eau oxygénée dans un verre à bordeaux de Pougues avant chaque prise de lait de 100 grammes environ.

En général, sous ces diverses formes l'eau oxygénée a été facilement acceptée par les enfants...

C'est surtout contre les vomissements que l'eau oxygénée nous a paru agir d'une façon favorable. Nous avons constaté chez les enfants un fait analogue à ce qui se passe pour les vomissements de la grossesse ou de la tuberculose. Ce n'est pas le vomissement en tant que symptôme qui est supprimé d'une façon immédiate. Il faut un intervalle de quelques heures pour obtenir le résultat. Ainsi, à l'hôpital Hérold, nous faisions la visite des nourrissons vers onze heures. L'eau oxygénée prescrite à ce moment ne commençait à être donnée que l'après-midi, et c'était presque toujours, non le lendemain, mais le surlendemain, que les vomissements cessaient de se produire. Il semble donc que le médicament agisse non sur le vomissement, mais sur la dyspepsie qui le provoque. Cette action de l'eau oxygénée dans les troubles gastriques de l'enfance a un certain intérêt, car le nombre des médicaments utilisables chez les nourrissons pour arrêter les vomissements n'est pas très considérable. Le meilleur peut-être est l'acide lactique, mais comme il ne peut être donné qu'une demi-heure après les prises de lait, il intervient souvent un peu tardivement.

D'ailleurs l'enfant s'est souvent endormi à la suite de sa tétée, et il est ennuyeux d'avoir à le réveiller pour lui donner sa potion. L'eau oxygénée, pouvant être prise avant le lait ou en même temps que lui, est ainsi d'une application plus facile. En outre, elle permet de continuer l'alimentation lactée de l'enfant et de réserver la diète hydrique pour les cas plus sérieux.

Contre la diarrhée, l'efficacité de l'eau oxygénée a été moins

(1) Communication à la Société de thérapeutique, 11 janv. 1905.

nette. Mais les nourrissons qu'on amène à l'hôpital pour des troubles gastro-intestinaux sont généralement dans un état tellement misérable qu'il faudrait pouvoir, non les guérir, mais les ressusciter.

Par contre, en ville, nous avons obtenu souvent de bons résultats en cas de diarrhée. Encore récemment nous avons eu à soigner un enfant de seize mois atteint de dyspepsie du lait. Il ne prenait que du lait, au biberon, mais en absorbait un litre et demi par jour. Depuis huit jours il avait chaque jour de quatre à huit selles blanches, lientériques, et avait notablement maigri. L'un de nous a prescrit de lui donner toutes les trois heures un biberon ainsi constitué :

Lait, 8 cuillerées à soupe.......	100	grammes.
Eau bouillie, 4 cuillerées à soupe.	50	—
Sucre, 1 cuillerée à café........	5	—
Eau oxygénée.................	XX	gouttes.

Le traitement a été commencé un soir à sept heures. L'enfant a encore eu deux selles dans la nuit, une troisième le matin, celle-là bien formée. A partir de ce moment, il n'a plus eu qu'une selle par jour et l'on a pu commencer immédiatement l'application des régimes du sevrage.

Peut-être la simple réduction du volume de liquide ingéré et la diminution de la quantité de lait prise auraient pu suffire à guérir cette diarrhée, mais ce résultat aurait certainement été moins rapidement acquis. D'ailleurs l'entourage de l'enfant aurait sans doute moins scrupuleusement suivi la prescription médicale si l'on s'était borné à réduire l'alimentation sans y joindre une substance médicamenteuse telle que l'eau oxygénée, avec cet avantage de n'être aucunement dangereuse.

En somme, le lait chargé d'eau oxygénée à raison de 1 ou 2 grammes d'eau oxygénée à 12 vol. p. 100 ou 200 grammes de lait semble avoir acquis des propriétés très comparables au képhir. Il calme les vomissements et la diarrhée, et a l'avantage d'être plus facilement accepté par les enfants. L'eau oxygénée agit sur l'estomac comme eupeptique; en outre, comme elle est un antiseptique puissant, elle agit sans doute comme telle dans l'estomac et l'intestin. Cela est intéressant, car d'une façon générale les antiseptiques gastro-intestinaux exercent une action inhibitrice non seulement sur les fermentations microbiennes, mais aussi sur les ferments solubles normaux de l'organisme. L'eau oxygénée réunirait ainsi ces deux propriétés jusqu'ici antagonistes d'être à la fois antiseptique et eupeptique. Elle se trouve ainsi particulièrement indiquée dans les dyspepsies hypopeptiques avec fermentations anormales. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 25 JANVIER 1905)

Chloroformisation. — Voilà une nouvelle discussion sur le chloroforme. M. QUÉNU, depuis le mois d'octobre, ne se sert plus dans son service que de l'appareil de Roth. Il possède aujourd'hui une centaine d'observations d'anesthésies pratiquées avec cet appareil et M. Quénu déclare qu'avec cet appareil l'administration du mélange titré d'oxygène et de chloroforme est des plus faciles. La période préanesthésique ou préopératoire ne dépasse pas dix minutes. Les malades s'endorment facilement sans secousses; M. Quénu fait toujours pratiquer une injection de morphine une heure avant l'opération. Il a pu noter qu'avec l'appareil Roth on dépense généralement 18 grammes de chloroforme pour une heure. Les suites immédiates de l'anesthésie par ce procédé sont très bonnes. Les vomissements sont beaucoup plus rares. En somme, M. Quénu se trouve très satisfait de l'appareil de Roth.

M. REYNIER présente à la Société l'appareil qu'il a présenté hier à l'Académie (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1905, p. 114). Il le décrit en détail, le compare aux autres appareils, en particulier à celui de M. Ricard auquel il adresse plusieurs critiques. M. Reynier se sert de cet appareil depuis le mois de juillet dernier; il n'a pas constaté un seul accident, ni même une seule alerte; les malades s'endorment sans secousses, sans période d'excitation, sans cette répulsion pour le chloroforme que beaucoup d'entre eux montrent quand ils sont endormis avec la compresse. Sur 125 anesthésies par cet appareil, il n'a constaté que trois fois des vomissements, très légers d'ailleurs, au cours de l'anesthésie; les vomissements sont aussi infiniment plus rares après l'anesthésie par ce moyen qu'après l'anesthésie par la compresse. Enfin les malades endormis à l'aide de cet appareil ne présentent pas de shock chloroformique; ils sont moins abattus, après l'opération, que ceux qui ont été endormis par le procédé de la compresse.

En résumé, M. Reynier se montre aussi satisfait de son appareil que M. Ricard du sien et M. Quénu de celui de Roth. Que conclure de ces faits? sinon que la méthode de Bert, c'est-à-dire l'anesthésie par un mélange titré d'air et de chloroforme, est la méthode de choix, c'est-à-dire celle qui comporte ou semble jusqu'ici comporter le moins de danger et assurer la meilleure anesthésie.

Les membres correspondants étrangers et nationaux se trouvaient en assez grand nombre dans cette séance; nous avons reconnu MM. Reverdin (Auguste) [de Genève], Delagenière (du Mans), Montprofit (d'Angers), Bousquet (de Clermont), Hue (de Rouen).

Arrêt de développement des organes génitaux, lymphosarcome de la région inguinale. — M. REVERDIN communique l'observation d'un homme de trente et un ans, en paraissant à peine dix-huit, qui lui fut adressé en novembre dernier. C'était un grand garçon, d'apparence plutôt robuste, mais d'une intelligence médiocre, l'air triste, paraissant traîner une existence misérable. En l'examinant, M. Reverdin constata tout d'abord chez lui un arrêt de développement des organes génitaux; le pénis était représenté par une petite saillie avec un méat recouvert; le scrotum était vide; l'orifice inguinal gauche était libre, du côté de l'aine droite existait une volumineuse tumeur qui obstruait complètement le canal. Les fonctions urinaires se faisaient d'une façon normale. Quant aux fonctions génitales elles étaient nulles. La tumeur de l'aine droite augmentait de volume et rejetait le petit pénis du côté gauche. Le malade demandait à en être débarrassé. Le 30 novembre, M. Reverdin pratiqua l'opération; il fit une longue incision qui lui permit de disséquer la tumeur et de l'enlever en totalité. La tumeur est transparente, on y aperçoit à la partie inférieure une petite masse dure qui est le testicule; le cordon a été coupé et lié; l'épiploon a été réséqué, l'intestin a été réduit et le ventre a été refermé. La réunion s'est faite par première intention. L'examen de la tumeur, faite par différents histologues, a montré qu'il s'agissait, pour les uns, d'un lymphome dur, pour les autres, d'un lymphosarcome. En somme, cette tumeur rentre dans la catégorie des tumeurs épithéliales.

M. Reverdin rappelle les faits similaires qui ont été publiés.

Hernie traumatique. — M. Savariaud lit une observation de hernie intercostale épiploïque d'origine traumatique.

Corps étrangers de la vessie. — M. Bazy fait un rapport sur cinq observations de corps étrangers de la vessie relatées par M. Chevalier. Dans un premier cas, il s'agit d'une canule de lavement qu'une malade s'est introduite par le canal de l'urètre, croyant, dit-elle, se l'introduire dans le vagin. L'urètre se trouvant dilaté, M. Chevalier put y introduire facilement le doigt et extraire directement de la vessie le corps étranger.

Dans un second cas, il s'agissait d'une bougie conductrice de Maisonneuve introduite dans la vessie d'un homme. Dans ce cas encore, M. Chevalier put extraire le corps étranger par les voies naturelles à l'aide du lithotriteur.

Dans un troisième cas, il s'agissait d'une bougie conductrice perdue dans la vessie, également extraite par M. Chevalier par les voies naturelles. Dans le quatrième cas, c'était une sonde en caoutchouc, même extraction par les voies naturelles; enfin dans le cinquième cas, il s'agissait d'une bougie conductrice de Maisonneuve que M. Chevalier put encore extraire par l'urètre à l'aide du lithotriteur.

Il résulte de ces faits que la plupart des corps étrangers mous de la vessie peuvent être extraits par les voies naturelles.

Si l'extraction est impossible par les voies naturelles, M. Chevalier propose alors de recourir à la voie hypogastrique; c'est aussi l'avis de M. Bazy.

Il a lui-même observé le cas suivant : un homme de trente-cinq ans lui est adressé par un confrère parce qu'il avait dans la vessie une sonde en gomme n° 19. L'ablation par les voies naturelles semblait difficile par ce fait que la sonde pouvait s'être brisée en plusieurs morceaux dans la vessie. En effet, M. Bazy introduisit une sorte de lithotriteur à l'aide duquel il put extraire un fragment de sonde de 6 centimètres. Comme l'urètre avait un peu saigné, il laissa une sonde à demeure. Il se proposait de recourir ultérieurement à la cystoscopie, lorsque le malade, en urinant, rendit lui-même l'autre fragment de sonde.

M. Bazy fait suivre l'exposé de ces faits d'une discussion sur les divers moyens d'extraction des corps étrangers de la vessie chez l'homme et chez la femme.

Il est bien entendu que c'est toujours à l'extraction par les voies naturelles qu'il faut donner la préférence quand elle est possible; si elle est impossible, il faut alors recourir à la taille sus-pubienne chez l'homme et à la taille vésico-vaginale chez la femme, ainsi que l'a très bien spécifié M. Chevalier.

Gaze aseptique. — M. Segond présente une gaze aseptique particulière dont les bords sont constitués de telle façon qu'ils ne peuvent pas s'effilocher. Avec cette gaze il n'y a pas de risques de laisser des corps étrangers dans les plaies.

Consolidation vicieuse d'une fracture du tibia. — M. Picqué présente le moule d'un tibia atteint d'une déviation considérable consécutive à une fracture vicieusement consolidée.

Anurie, atrophie rénale. — M. Monod présente un rein atrophié sans uretère, provenant d'un homme qui était atteint d'anurie calculeuse. On fit la néphrotomie et le malade succomba. A l'autopsie, on trouva l'autre rein atrophié, sans uretère. Il y avait un petit calcul sur la portion pelvienne de l'uretère du rein opéré.

ANALYSES

MÉDECINE

Recherches sur l'absorption des graisses chez les enfants à l'état normal et pathologique. (M. Chahuet. Th. de Paris, 1904.) — Dans ce travail considérable, inspiré par le professeur Hutinel, M. Chahuet démontre que, chez les enfants normaux, l'absorption de la graisse se fait généralement d'une façon satisfaisante. Même chez les prématurés pesant moins de 2000 grammes, il est rare d'observer une absorption inférieure à la moyenne normale, et, quand elle existe, on trouve souvent l'explication du fait dans l'ingestion d'une trop grande quantité de graisse.

Chez les enfants ayant, au contraire, présenté des accidents d'infection intestinale aiguë, le pouvoir d'absorption des graisses est souvent diminué, mais cette diminution est inconstante; elle varie, de plus, avec le degré de l'infection, la nature et la durée du traitement employé (diète hydrique).

Chez les enfants plus âgés, portant des lésions rachidiennes du squelette, l'absorption des graisses est relativement satisfaisante.

Il y a donc un intérêt théorique et pratique à doser les graisses des nourrissons et à comparer les chiffres obtenus avec la quantité de graisses ingérée. Mais il ne faut pas oublier que la graisse n'est qu'une partie de l'aliment, et qu'à côté d'elle il y a les matières albuminoïdes, le lactose, les sels. Par conséquent, il ne faudrait pas vouloir fixer les rations alimentaires en se fondant uniquement sur le pouvoir digestif vis-à-vis des graisses. Il importe seulement de se rappeler les résultats acquis pour se guider correctement dans la direction de l'alimentation des enfants sains et malades.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Les plaies opératoires du canal thoracique dans la région cervicale. (P. Lecène, *Revue de chir.*, 10 déc. 1904, 742-757.) — M. Lecène, à propos d'une observation personnelle, a fait une étude très complète des plaies opératoires du canal thoracique. Il conclut :

Que ces plaies, quoique rares au cou, ne sont pas exceptionnelles; il en a recueilli 21 observations.

Si le chirurgien s'en aperçoit au moment de l'opération, il y a un liquide clair, lactescent, qui sort par saccades rythmées du canal béant.

Si la plaie passe inaperçue, on voit s'écouler par le drain ou la plaie opératoire, que l'on a été souvent forcé de rouvrir, de la lymphe ou mieux du chyle; en même temps on note de la soif vive, amaigrissement, asthénie générale, des signes de déshydratation de l'organisme pouvant occasionner des symptômes « cholériformes ».

Le pronostic n'est pas grave.

Le traitement consistera, si on se rend compte de la blessure du canal thoracique au cours de l'intervention, à pratiquer la ligature au bout périphérique du canal; celle du bout central est inutile, la valvule ostiale étant suffisante.

Si la blessure n'est reconnue que dans les jours qui suivent, on fait un tamponnement serré de la plaie qui suffit pour obtenir une guérison rapide. ÉTIENNE LE SOURD.

Traitement des blessures opératoires du canal thoracique. (Von Graff. *Wien. klin. Woch.*, 5 janv. 1905, n° 1, p. 10.) — Von Graff rapporte une intervention de von Eiselberg sur des ganglions tuberculeux du cou, au cours de laquelle

le canal thoracique fut blessé. La chylorrhée fut immédiatement arrêtée par la ligature du canal, et l'opéré guérit rapidement.

A propos de cette observation von Graff fait remarquer que, dans les blessures opératoires du canal thoracique, le tamponnement est en général insuffisant. La chylorrhée continue les jours suivants et influe gravement sur l'état général. Au contraire, dans tous les cas où la ligature ou la suture du canal thoracique lésé ont été pratiquées, la guérison est survenue sans complication, et la blessure de ce vaisseau a été un accident de peu d'importance. A. LEMIERRE.

Contribution à l'étude de l'œdème dur traumatique. (*Procès-verb. Acad. roy. de méd. de Belgique*, 31 déc. 1904.) — M. Camille MOREAU, après avoir résumé les connaissances actuelles sur l'affection que Sécrétan a décrite le premier sous le nom d'œdème dur traumatique, expose un cas d'œdème grave de la jambe observé il y a peu de temps, et présentant de grandes analogies avec celui d'un patient dont M. Brouardel a récemment entretenu la Société de médecine légale de France. M. Moreau émet l'idée que l'affection dite œdème dur traumatique pourrait bien n'être pas une entité spéciale et restreinte comme on l'a admis jusqu'ici. En comparant cette maladie avec celle que M. Paul Reclus a désignée sous le nom de phlegmon ligneux, M. Moreau croit trouver, entre ces deux tableaux morbides, des points de ressemblance tels qu'il est porté à admettre qu'ils constituent seulement deux variétés d'un même genre pathologique; il émet en outre l'avis que d'autres manifestations encore, par exemple celles qui caractérisent certains œdèmes des membres, pourraient être rapportées au même processus et il conclut ainsi qu'il suit :

1° Sous l'action de germes microbiens atténués il peut, plus ou moins rapidement, se produire dans les tissus conjonctifs une infiltration chronique spéciale, qui diffère de l'œdème simple comme aussi d'un exsudat inflammatoire proprement dit ;

2° Cette infiltration a grande tendance à se transformer en tissu fibreux dur et se résorbe généralement d'elle-même après un temps très long ;

3° Elle peut être nettement limitée comme il en est pour l'œdème dur traumatique de la main et du pied, comme aussi pour le phlegmon ligneux ; mais il peut arriver qu'elle ne soit pas limitée et qu'elle ait un caractère envahissant, ainsi que fut le cas pour le patient de M. Brouardel et pour le mien :

4° Ce qui constitue la caractéristique de ce genre de processus, c'est sa durée longue et indéterminée, ainsi que sa résistance à tous les moyens thérapeutiques qui ont raison des œdèmes ordinaires et de toutes les manifestations inflammatoires. L. GAYARD.

LIVRES NOUVEAUX

Traité des maladies épidémiques. Étiologie et pathogénie des maladies infectieuses [T. II, 2e fasc. (1)], par le docteur KELSCH.

Dans ce second fascicule du tome II de son *Traité des maladies épidémiques*, dont il continue la publication, M. Kelsch présente au lecteur des pages du plus haut intérêt sur la diphtérie et la stomatite ulcéro-membraneuse.

Après avoir rappelé les belles doctrines savamment professées par Bretonneau, Trousseau, il consacre des développements considérables à la partie moderne, essentiellement bactériologique, de la diphtérie. La question étiologique, causes secondes, causes déterminantes, est magistralement traitée; les descriptions des caractères épidémiques comportent un luxe de détails et de faits bien capables d'édifier l'observateur sur ceux qu'il sera appelé journellement à constater. Qu'il soit permis aussi de signaler aussi un chapitre où la question du bacille diphtérique vrai et du pseudo-diphtérique est admirablement mise au point, concluant d'après les admirables travaux de Roux et Yersin, et des chercheurs qui se rallièrent à cette école, à l'identité des deux germes. Cette unité, on le sait, n'est pas admise par les auteurs allemands, qui, en des travaux tout récents, combattent avec acharnement les données établies par l'école française. Dans le livre de M. Kelsch, on trouvera sur ce sujet une argumentation des plus serrées, qui amène la conviction la plus inébranlable de l'erreur dans laquelle sont tombés nos voisins d'Outre-Rhin. Pour terminer, le chapitre de la prophylaxie et de la sérothérapie préventive ne le cède en rien aux précédents par l'exposé rigoureux des faits et la persuasion qu'ils sont de nature à entraîner sur les bienfaits du sérum de cheval immunisé.

La question de la stomatite ulcéro-membraneuse, déjà un peu ancienne, se trouve rajeunie dans ce livre à la faveur des découvertes récentes et bien connues du professeur Vincent sur la symbiose fuso-spirillaire; elle y est conçue avec autant de clarté et d'intérêt que toutes les belles descriptions auxquelles l'auteur de ce traité a habitué ses lecteurs. Le succès de son nouveau livre ne sera certes pas inférieur à celui que lui ont valu les précédents. CH. DOPTER.

(1) Gr. in-8° jésus de 725 p. avec 122 fig. dans le texte et 22 pl. hors texte. Prix : 15 francs. — Paris, O. Doin.

Le ventre, par les docteurs M. BOURCART et F. CAUTRU (1). T. I. *Le rein*, par M. BOURCART, privat-docent à l'Université de Genève.

Le titre complet de l'ouvrage, c'est-à-dire : *Le ventre, étude anatomique et clinique de la cavité abdominale au point de vue du massage*, explique suffisamment le but poursuivi par les auteurs. Dans ce premier volume, M. Bourcart, après avoir étudié la configuration extérieure de l'abdomen, aborde l'étude du rein mobile; il passe en revue d'une façon complète les différentes causes de cette affection, puis expose les méthodes de traitement et de réduction par le massage général. C'est au traitement manuel également que ressortit le trouble de circulation et de sécrétion du rein par l'examen duquel l'auteur termine son ouvrage.

De nombreuses planches et des dessins originaux accompagnent le texte. A. GAULLIEUR L'HARDY.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

A CÉDER MAISON DE SANTÉ D'ALIÉNÉS. — S'adresser à MM. BREITEL et GORET, docteurs en droit, 1, rue Dante, Paris (Ve).

(1) In-8°. Prix : 10 francs. — Paris, F. Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

VALS

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre....	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude.....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux.....	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie..	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang..	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.......	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcalin, arsenic, lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates en font des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives. Emplois spéciaux*: **SAINT-JEAN**, maladies des organes digestifs; — **PRÉCIEUSE**, maladies de l'appareil biliaire; — **DÉSIRÉE**, maladies de l'appareil urinaire; — **RIGOLETTE**, chlorose, anémie; **MAGDELEINE**, maladies de l'appareil sexuel.

DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide / *Arséniate* » / *Phosphate* » / *Sulfate* »	*Sesqui-oxyde de fer*	
— *de chaux*		0.11
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

DOSE ORDINAIRE : 1 bouteille par jour.

ANTISEPTIQUE DÉSINFECTANT

LYSOL

ÉCHANTILLON GRATUIT

à MM. les Médecins qui en font la demande à la

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DU LYSOL

61, Boulevard Haussmann, Paris.

TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées pr jour. Bd Haussmann, 41, Paris et phies

---

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

Antiseptique — Antidiphtérique

NI CAUSTIQUE, NI VÉNÉNEUX

Très efficace contre l'**angine couenneuse**, les **écoulements strumeux** chez les enfants, ainsi que dans la **leucorrhée**, les **métrites du col**, le **cancer utérin**, etc.; il est fréquemment ordonné en injections à la suite des accouchements.

DANS LES PHARMACIES — SE MÉFIER DES IMITATIONS

Bien spécifier : **COALTAR SAPONINÉ LE BEUF**

CHLORHYDRATE D'ÉTHYLNARCÉINE

Médicament spécifique de la **TOUX** n'entravant pas l'expectoration.

Ne provoque ni malaise, ni anorexie, ni constipation, ne diminue pas la sécrétion urinaire.

NARCYL GREMY

GRANULES dosés à 0.02 par granule. 4 à 6 par jour, 7 à 8 dans les cas rebelles.

TOUX de la COQUELUCHE, des LARYNGITES, BRONCHITES, etc. et en particulier de la TUBERCULOSE.

SIROP dosé à 0.03 par cuillerée à bouche. 3 à 4 cuillerées à bouche par jour, 5 à 6 dans les cas rebelles.

G. GREMY, 20, rue des Martyrs, Paris.

VALÉROBROMINE LEGRAND

Bromovalérianate de soude :

O gr. 50 par cuillerée à café (2 à 6 par jour).	O gr. 25 par Capsule (4 à 12 par jour).

LIQUIDE • CAPSULES

SÉDATION IMMÉDIATE DE LA TOUX

Sirop du Dr Bousquet

Titré à 0,01 de **Dionine-Merck** et II gouttes **Bromoforme** par cuillerée à bouche

Le **Sirop du Dr Bousquet** calme d'une façon remarquable les quintes de toux; il procure un sommeil paisible aux tuberculeux. Il est un calmant des plus énergiques dans toutes les affections pulmonaires aiguës : **Bronchite, Pneumonie, Grippe**, etc.

Le **Sirop du Dr Bousquet** facilite la respiration chez les asthmatiques et les emphysémateux; il fait disparaître l'angoisse qui caractérise ces maladies. Il diminue l'intensité des douleurs névralgiques.

Le **Sirop du Dr Bousquet**, d'un goût agréable, n'occasionne jamais les troubles digestifs et les phénomènes d'accoutumance consécutifs à l'emploi de la morphine et des préparations opiacées.

Le **Sirop du Dr Bousquet** n'a pas non plus d'action cumulative.

DOSE QUOTIDIENNE { *Adultes* : 4 à 8 cuillerées à potage. *Enfants* : 1 à 4 cuillerées à potage, suivant l'âge.

LABORATOIRE du Dr F. BOUSQUET, 63, Rue La Boétie, PARIS (8e)

Société des **BREVETS LUMIÈRE**. — Littérature et Echantillons, Vente en gros

Mus Sestier, Pharmacien, 9, Cours de la Liberté. — LYON

Les **Persulfates** étant très altérables, employer, pour **exciter les fonctions de la nutrition**, la

PERSODINE LUMIÈRE

Préparation stable de Persulfates alcalins purs. Prescrire **comprimés** ou **solution**.

Emploi : Une seule dose par jour, dans un peu d'eau, une heure avant le repas.

CRYOGÉNINE LUMIÈRE

NOUVEL ANTITHERMIQUE ÉNERGIQUE

DOSES : 0 gr. 20 à 1 gr. 50 en comprimés.

HERMOPHÉNYL LUMIÈRE

Sel organo-métallique contenant 40 % de Mercure.

Possède toutes les propriétés des sels hydrargyriques et n'est pas irritant.

Son bas prix en permet largement l'emploi.

Sel, Comprimés, Ampoules, Savon, Lentilles Chanteaud, Pansements aseptisés à 120° après le paquetage.

DOSES { VOIE SOUS-CUTANÉE de 2 à 10 centigr. tous les 2 ou 3 jours. VOIE STOMACALE de 2 à 12 centigr. par jour.

MORRHUOMALTOL

Dose : *Adultes, 2 mesures; Enfants, 1 mesure avant chacun des deux principaux repas, dans un peu d'eau.* — Prix : 4 fr. 50. Echantillon gratuit aux Médecins. Phie, 38, r. du Bac, Paris.

GLYCÉROPHOSPHATÉ de H. ECALLE

Reconstituant Général des **SYSTÈMES OSSEUX, NERVEUX et SANGUIN.** — Renfermant tous les principes actifs de l'Huile de Foie de Morue : *Chlorures, Bromures, Iodures*, etc. du Malt, *Diastase*, etc. et 0 gr. 25 de Glycéro-phosphate de chaux chimiquement pur par dose.

N° 12. — MARDI 31 JANVIER 1905. 78e ANNÉE. MARDI 31 JANVIER 1905. — N° 12.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE
Pouls lent permanent, par le professeur Debové.
MÉDECINE PRATIQUE
Botryomycose de la cornée, traitement par les injections de bleu de méthylène. Guérison.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences. — Société médicale des hôpitaux. — Société de l'internat des hôpitaux de Paris. — Société de biologie.
LIVRES NOUVEAUX
FORMULAIRE
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. Reclus, devenu, par suite de la mort de M. Tillaux, professeur de clinique chirurgicale à la Charité, a fait, dans sa première leçon, l'éloge de son prédécesseur. L'amphithéâtre de la Charité était comble; autour de M. Reclus se trouvaient MM. Debove, Labbé, Peyrot, Perier, Brissaud, Segond, Bazy, Routier, Labadie-Lagrave, Jalaguier, Quénu, Delbet, etc., etc. Comme on pouvait s'y attendre, quand on a eu la bonne fortune d'entendre les éloges qu'a prononcés M. Reclus, quand il remplissait les fonctions de secrétaire général à la Société de chirurgie, celui qu'il a fait du regretté professeur Tillaux ne le cède en rien aux précédents comme justesse d'appréciation, comme délicatesse de sentiments, comme élégance de forme.

M. Reclus a fait revivre devant nous cette bonne et franche figure de Tillaux, cette vie forte, toute de travail, de dévouement, d'amour de la science, ce cœur essentiellement généreux, ce modèle accompli du chirurgien et du professeur. Toutes ces qualités incontestables, cette aptitude exceptionnelle à l'enseignement, la Faculté les a reconnues bien tard et M. Reclus, dans sa passion de justice et de vérité, n'a pas manqué de le rappeler. Il a eu une très heureuse pensée en disant, à la fin de son discours, que ce n'était pas faire perdre le temps aux élèves que de leur apprendre ce que fut Tillaux, ce maître incontesté, aussi soucieux de l'intérêt de ses élèves que de celui de ses malades, et doué de toutes les qualités, de cœur, d'esprit, de caractère et de science, qui mettent un homme au-dessus des autres, qui font que son souvenir persiste comme un modèle à suivre dans notre profession.

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Internat.* — **Pathologie.** — Séance du 27 janvier 1905 : MM. Blairon, 15; Lion, 14; Giroux et Perrin, 13; Boudet, 11; Froget, 10; Vigneron d'Heucqueville, 9; Chazarain, 8; Rolet et Boulouneix, 4.

CONFÉRENCES SUR LE MAROC. — L'Alliance française fait faire en ce moment une série de conférences sur le Maroc. Ces conférences sont publiques et ont lieu les vendredis et mardis à cinq heures, 49, rue des Saints-Pères, dans la salle de l'ancienne Académie de médecine.

Mardi 31 janvier. — M. Gaudefroy Demombynes, secrétaire de l'École des langues orientales, fera une conférence sur « La société indigène et les institutions ».

STATISTIQUE. — Le service de statistique a compté, pendant la troisième semaine de 1905, 1 208 décès, au lieu de 1 201 pendant la semaine précédente (moyenne 990).

La fièvre typhoïde a causé 8 décès (moyenne 7).

La variole a causé 3 décès (moyenne 4).

La rougeole a causé 6 décès (moyenne 10); la scarlatine n'a causé aucun décès; la coqueluche, 2 décès (moyenne 5); la diphtérie a causé 3 décès (moyenne 9).

La diarrhée infantile a causé 27 décès de 0 à 1 an, au lieu de 21 pendant la semaine précédente (moyenne 25).

En outre, 36 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 303 décès, au lieu de 308 pendant la semaine précédente (moyenne 198). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 29 décès (moyenne 17); bronchite chronique, 38 (moyenne 25); pneumonie, 76 (moyenne 44); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 160 (moyenne 112), dont 76 sont dus à la congestion pulmonaire et 59 à la broncho-pneumonie. En outre, 39 décès sont attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 210 décès; la méningite tuberculeuse, 22; la méningite simple, 15; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 22 décès.

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES (Hôtel-Dieu 1905). — M. Gilbert Ballet reprendra ses leçons sur les maladies nerveuses le dimanche 5 février, à dix heures, amphithéâtre Trousseau, et les continuera les dimanches suivants.

Consultation externe et policlinique pour les maladies nerveuses et mentales, le samedi, à neuf heures et demie (salon de la salle Sainte-Anne).

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 1, janv. 1905.) P. SÉBILEAU : Réflexions sur la cure chirurgicale de la sinusite frontale. — H. KNAPP : Technique de l'ouverture et des soins consécutifs de l'abcès cérébral otogène. — St. von STEIN : Sur le diagnostic et le traitement des suppurations du labyrinthe.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 158, 25 janv. 1905.) BÉCLÈRE : Sur la radiothérapie appliquée aux néoplasmes du sein. — HOLZKNECHT : La Röntgentherapie (*suite*). — GAIFFE : De l'emploi d'un milliampèremètre sur le circuit d'un tube de rayons X lorsque la source est une machine statique ou une bobine.

Archives générales de médecine. — (N° 4, 24 janv. 1905.) BENSAUDE et RIVET : Les formes chroniques du purpura hémorragique. Poussées indéfinies et réveils à longs intervalles. Rapports de certains cas avec la tuberculose.

Archives of Pediatrics. — (N° 1, janv. 1905.) Emmet HOLT : Des troubles de la digestion chez les nourrissons. — NORTHRUP : La neurasthénie chez le nourrisson. — DE WITT H. SHERMAN : Étude sur un cas de maladie de Hodgkin. — W. BERG : Notions cliniques et thérapeutiques sur la « chorea minor ». — Reynolds WILSON : Hémorragies d'origine syphilitique chez le nouveau-né.

British medical Journal. — (N° 2298, 14 janv. 1905.) James BARR : L'artério-sclérose. — Arthur EDMONDS : L'action des sels de potassium, d'ammonium et des sels biliaires sur la pression sanguine. — RAMSON : Le traitement de la phtisie dans les sanatoriums est-il efficace ? — CATTLE : Traitement de l'hémoptysie. — William THOMSON : Les méthodes opératoires, anciennes et récentes, dans l'arthrite tuberculeuse du genou. — (N° 2299, 21 janv.) Charles BALL : Remarques cliniques sur le traitement du prurit invétéré de l'anus. — Rushton PARKER : Remarques sur le traitement de l'appendicite, avec ou sans opération. — CLOGG : Ulcère perforant du duodénum. — ARMOUR : L'opération de la gastro-duodénostomie.

Bulletin médical. — (N° 7, 25 janv. 1905.) BERGER : Sur le traitement des fractures articulaires. — (N° 8, 28 janv.) Léon BERNARD : Les affections tuberculeuses des reins.

Deutsche medical Wochenschrift. — (N° 3, 19 janv. 1905.) LEUBE : La question de l'albuminurie physiologique. — KRAUS : Sur le diagnostic fonctionnel du cœur. — A. SCHMIDT : Le traitement de la constipation habituelle. — SANDLER : Tricocéphaliase à terminaison mortelle. — CASPER : Diagnostic et traitement de la tuberculose rénale. — BÜRKNER : Traitement des affections nerveuses de l'oreille. — RUBINSTEIN : Un cas de vicariance remarquable. — IMCHANITZKY et RIES : Pince à ligature résorbable. — RUHEMAN : Sur la maladie de Filatow-Dukes. — FELDMANN : Traitement efficace d'un cas d'érysipèle par l'argent colloïdal. — RUBENS : Médication salicylée intraveineuse. — ZUCKER : Nouveaux bains artificiels d'acide carbonique.

Écho médical du Nord. — (N° 4, 22 janv. 1905.) BEDART : Diagnostic radioscopique des anévrismes de l'aorte. — CHARDON et RAVIART : Épilepsie et maladies intercurrentes. — INGELRANS : Absence de spasticité dans l'hémiplégie cérébrale. Origine corticale de l'hémiplégie essentielle.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (N° 2, 25 janv. 1905.) VIALARD : Étude historique et pathogénique de l'anasarque dans les entérocolites graves de l'enfance.

Journal des praticiens. — (N° 4, 28 janv. 1905.) A. BROCA : Abcès appendiculaire pelvien ouvert spontanément dans le rectum. — LEREDDE : Traitement des épithéliomas de la face.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 3, 21 janv. 1905.) DANEL : Volumineux épithélioma massif de l'ovaire chez un sujet jeune présentant une atrophie extrême des organes génitaux externes.

Languedoc médico-chirurgical. — (N° 1, 25 janv. 1905.) R. POUX : Du babeurre dans le traitement des gastro-entérites.

Lyon médical. — (N° 4, 22 janv. 1905.) BOUVERET : Cholécystocèle et hépatoptose. — GOULLIOUD : De la pylorectomie (*à suivre*.)

Marseille médical. — (N° 2, 15 janv. 1905.) LOISON et SIMONIN : Deux cas de cancer du rectum. — VINCENTELLI : Péricardite latente.

Médecine moderne. — (N° 4, 25 janv. 1905.) Ph. HAUSER : L'obésité et son traitement (*fin*).

Medical Record. — (N° 1, 7 janv. 1905.) Maxon KING : La guérison de la tuberculose. — Max EINHORN : L'art de manger rationnellement. — Bradford BRIGGS : Une épidémie récente de fièvre typhoïde. — ROSENBERG : Trois cas de développement excessif du fœtus. — CARSTENS : Les sujets splénectomisés. — MARSHALL : Étude expérimentale sur les mouvements produits par l'électricité sur l'estomac et les intestins. — (N° 2, 14 janv.) Richard LIGHTBURN : Les maladies de la région de l'isthme de Panama. — Denslow LEWIS : Valeur de la publicité au point de vue de la tuberculose. — Byron ROBINSON : La mort subite, principalement par embolisme, à la suite des interventions chirurgicales. — HUNTER : Le traitement des troubles digestifs. — HARVEY : Les infections de la vésicule biliaire.

Nord médical. — (N° 247, 15 janv. 1905.) LEMOINE : Les hémoptysies chez les tuberculeux.

Normandie médicale. — (N° 2, 15 janv. 1905.) DUFOUR : Péritonite pneumococcique chez l'adulte.

Presse médicale. — (N° 7, 25 janv. 1905.) Raymond GRÉGOIRE : Procédé de néphrectomie pour cancer. — G. GUILLAIN et COURTELLEMONT : L'action du muscle court supinateur dans la paralysie du nerf radial. Pathogénie d'une paralysie radiale incomplète chez un chef d'orchestre. — (N° 8, 28 janv.) P. RECLUS : Éloge de Tillaux.

Revue médicale de l'Est. — (N° 2, 15 janv. 1905.) STERNE : La tuberculose dans les écoles maternelles à Nancy. — PERRIN : Considérations sur certains effets de l'opothérapie hépatique chez les cirrhotiques (*suite*).

Semaine gynécologique. — (N° 3, 17 janv. 1905.) R. CONDAMIN : Deux nouveaux instruments : 1° ciseaux à l'emporte-pièce, hémostatiques ; 2° angiotribe réducteur de pédicule. — (N° 4, 24 janv.) PICHEVIN : Cancer utérin au début de son évolution.

Semaine médicale. — (N° 4, 25 janv. 1905.) CHEINISSE : La maladie de Mikulicz.

Tribune médicale. — (N° 3, 21 janv. 1905.) WIART : La lithiase intra-hépatique et ses conséquences chirurgicales.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 1, 15 janv. 1905.) Ch. SIMON : Exfoliation spontanée du cornet moyen.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 3, 19 janv. 1905.) HINTERSTOÏSSER : Traitement chirurgical de l'ulcère calleux pénétrant de l'estomac. — OPPENHEIM : Le traitement combiné du lupus érythémateux par la quinine et l'iode, d'après Holländer ; renseignements sur cette méthode. — SPITZ : Technique générale de la suture nerveuse. — FRAENKEL : Sur la question de la constitution des cancéreux.

CLINIQUE MÉDICALE
(Hôpital Beaujon.)

POULS LENT PERMANENT

Par le professeur DEBOVE (1).

J'ai l'intention de vous entretenir d'un cas de pouls lent permanent.

Notre observation est, hélas ! trop complète puisque notre malade a succombé, et comme vous avez pu le constater, les détails de l'autopsie sont venus confirmer nos prévisions.

Il s'agissait bien d'un pouls lent puisque le nombre des pulsations était de 24 par minute, le chiffre normal étant d'environ 72. Je dis environ, parce que, à cet égard, il y a de nombreuses variations individuelles ; mais il est certain que lorsque le pouls présente un chiffre inférieur à quarante il peut être dit *lent*.

Cette lenteur peut être accidentelle, elle peut se produire à l'occasion d'une vive douleur ou d'une vive émotion, ou d'une intoxication par des toxines comme celles de la diphtérie, par des poisons végétaux tels que la digitale, ou minéraux tels que le plomb. En pareille circonstance le pouls lent ne dure qu'un temps limité.

Qu'il soit permanent chez notre malade, le fait est incontestable, car vous avez pu la suivre pendant près de quatre mois et constater que le ralentissement ne cesse jamais.

Je ne crois cependant pas, qu'on puisse considérer le pouls lent permanent comme une maladie, c'est plutôt un syndrome, car l'année dernière, je vous ai entretenus d'un fait de pouls lent permanent d'origine hystérique.

Ce syndrome, nous avons pu l'étudier dans des conditions particulièrement avantageuses, à cause du grand ralentissement du pouls d'une part, et parce que d'autre part une autopsie est venue nous permettre de vérifier nos déductions cliniques.

Notre malade était âgée de plus de quatre-vingts ans. Elle rentrait dans la règle qui veut que la maladie se produise dans l'âge mûr, elle était même plus que mûre.

Elle était particulièrement difficile à interroger parce qu'elle était terriblement sourde ; heureusement elle avait une fille très intelligente qui a pu nous donner les détails les plus circonstanciés sur le début et sur la marche des accidents.

Peut-être n'aurais-je pas signalé cette surdité si, à ce propos, une petite question diagnostique ne s'était pas posée. Notre malade avait des vertiges nombreux et violents ; ne s'agissait-il pas d'un vertige labyrinthique ?

Une seule raison suffit à éliminer ce diagnostic.

Le vertige de Ménière, quelle que soit son intensité, laisse la conscience tout à fait intacte ; or, notre malade perdait connaissance, et cela suffit, en dehors de toutes les autres raisons que je pourrais vous donner, pour éliminer le diagnostic de trouble nerveux d'origine auriculaire.

Les accidents de notre malade débutèrent il y a neuf mois, ou plus exactement, c'est l'époque du début apparent de l'affection.

On vit apparaître de l'œdème malléolaire en même temps que des crises de dyspnée, puis il y eut plusieurs petits ictus apoplectiques.

Si l'on n'avait que ces renseignements on porterait rétrospectivement le diagnostic de maladie du cœur, l'œdème et les crises de dyspnée s'expliquant facilement ainsi ; de même les petits ictus qui pourraient être attribués à de petites embolies cérébrales ; mais bientôt survinrent des crises convulsives accompagnées d'émissions involontaires d'urine et d'un délire véritable que ce diagnostic ne suffirait pas à expliquer.

Quoi qu'il en soit, la prolongation de ces accidents inquiétant la famille, on amena cette malade à l'hôpital Beaujon, dans notre service, le 1er septembre dernier.

D'emblée nous sommes frappé par le ralentissement du pouls, le nombre des pulsations n'étant que de 23 par minute. De suite nous pensons qu'il existe un lien entre ce ralentissement et les phénomènes nerveux antérieurs, vertiges et délire, et sans hésiter, nous portons le diagnostic de bradycardie permanente.

Ce n'était pas tout de faire ce diagnostic d'un syndrome. Il fallait examiner la malade plus complètement, et c'est ce que je vais faire avec vous en suivant pour ainsi dire un ordre anatomique. Aussi dois-je passer en revue l'état du cœur, des artères, des capillaires, des veines, des viscères et des centres nerveux.

Cet ordre, un peu didactique, nous permettra de fixer successivement votre attention sur tous les points qui nous paraissent importants à signaler.

Le cœur était hypertrophié, la matité cardiaque était notablement augmentée, et la pointe abaissée était perçue dans le sixième espace intercostal gauche. L'auscultation permettait de reconnaître d'abord le ralentissement des contractions cardiaques, puis l'existence d'un souffle, enfin pendant le grand silence la présence d'un petit bruit anormal dont la nature doit être discutée. Nous verrons tout à l'heure sur quelles raisons nous nous appuyons pour l'attribuer à une systole ventriculaire incomplète.

Le souffle était un souffle doux, systolique, dont le maximum s'entendait à la partie inférieure droite du sternum. Ce souffle présentait donc tous les caractères du souffle tricuspidien. Par conséquent notre malade était, sans contestation possible, atteinte d'une insuffisance tricuspidienne.

C'est à cette lésion valvulaire que doivent être attribués les accidents suivants : œdème malléolaire qui apparut au début de la maladie, mais qui disparut dans la suite sous l'influence du repos, les crises de dyspnée qui firent si cruellement souffrir la malade et inquiétèrent sa famille, la tuméfaction du foie, signe incontestable de la présence d'un foie cardiaque, et l'albuminurie, peu abondante d'ailleurs,

(1) Leçon clinique rédigée par M. FERRAND, chef de clinique adjoint.

indiquant un rein cardiaque. Vous savez avec quelle répugnance profonde je prononce des expressions aussi étranges que celles de foie cardiaque, rein cardiaque, mais ces termes barbares sont si commodes pour l'exposition et si bien consacrés par l'usage, qu'on les emploie involontairement, et qu'il est devenu inutile de protester contre leur usage en médecine.

L'insuffisance tricuspidienne était en outre caractérisée par un pouls veineux jugulaire. C'est un signe capital sur lequel nous reviendrons ultérieurement en l'étudiant attentivement à l'aide de tracés pris au moyen d'appareils enregistreurs.

L'examen du pouls montrait chez notre malade un simple ralentissement des battements du cœur. Dans l'intervalle des pulsations, on ne percevait absolument rien. Chez certains malades, on observe une petite pulsation intermédiaire entre les grandes, si bien qu'il y a chez eux un pouls bigéminé, autrement dit une arythmie régulière. Ici la palpation du pouls ne nous a pas permis de constater l'alternance régulière des systoles fortes et des systoles faibles, que nous croyons avoir constatée par l'auscultation du cœur.

L'exploration digitale de l'artère radiale donnait une impression analogue à celle qu'on a dans l'insuffisance aortique. En effet, si l'on examine les choses attentivement, on se trouve ici dans des conditions hydrostatiques très comparables. Ce qui caractérise au plus haut point le pouls de Corrigan c'est la grande différence dans la tension artérielle au moment de la diastole et au moment de la systole artérielle. La tension est excessivement basse dans la prédiastole artérielle parce que le sang a quitté les artères pour s'écouler tout à la fois à la périphérie par les vaisseaux capillaires et au centre dans le cœur à travers la valvule aortique insuffisante.

Dans le pouls lent permanent, les systoles ventriculaires sont si éloignées les unes des autres, que le sang artériel s'est, en grande partie, écoulé par les capillaires périphériques au moment de chaque nouvelle systole.

Ces conditions, qui rappellent celles de l'insuffisance aortique, se sont caractérisées chez notre malade par un phénomène que j'ai pu vous faire constater à distance : je veux parler du pouls capillaire. Il suffisait en effet de frotter le front de la malade avec le doigt, on provoquait aussitôt l'apparition d'une plaque qui rougissait à chaque diastole artérielle et pâlissait successivement à chaque systole. C'est là un phénomène que pour ma part je constate pour la première fois dans le pouls lent permanent, mais que depuis longtemps la théorie m'indiquait devoir exister. Aussi ne suis-je pas surpris de le rencontrer.

J'arrive maintenant aux troubles de la circulation veineuse. On voyait une stase permanente se produire dans les jugulaires, et ces vaisseaux étaient animés de battements. Mais l'observation de ces phénomènes est hérissée de difficultés nombreuses; il est très facile de prendre pour des battements veineux des battements simplement transmis et d'origine carotidienne; on confond facilement le vrai pouls veineux dû à un reflux du sang du ventricule à travers l'oreillette droite et la veine cave supérieure, avec un faux pouls veineux dû au reflux du sang de l'oreillette. Ce sont des difficultés dont on ne peut sortir qu'à l'aide d'appareils enregistreurs, mais ceux-ci, dans le cas particulier, exigent dans leur maniement une habitude technique que je n'ai pas, et c'est seulement grâce au concours éclairé du Dr Hallion, si compétent en pareille matière, que j'ai pu constater qu'il s'agissait d'un vrai pouls veineux.

Il y avait tout à la fois une régurgitation systolique et une autre régurgitation présystolique, autrement dit chaque oscillation due à un reflux du sang du ventricule, était précédée d'une petite oscillation due au reflux du sang de l'oreillette droite dans les veines du cou. Jusque-là il n'y avait rien de bien particulièrement intéressant, c'est ce qu'on a constaté dans la plupart des cas d'insuffisance tricuspidienne. Mais où la chose s'est compliquée, c'est quand nous avons constaté que pour 23 pulsations de l'artère radiale, nous avions 46 battements de pouls veineux. Nous sommes amenés à en conclure que les petits bruits que nous avons constatés dans le grand silence, appartenaient à des contractions cardiaques insuffisantes pour soulever les valvules aortiques, mais grâce à l'insuffisance tricuspidienne donnant lieu à un pouls veineux.

Il y a longtemps qu'on a remarqué chez les malades du genre de celle que nous vous avons montrée de petits bruits surajoutés dans la durée du grand silence. Notre observation prouve, en outre, qu'ils sont dus à des contractions du cœur faciles à vérifier dans certains cas, tantôt par un faux pouls veineux sans insuffisance tricuspidienne, tantôt par un vrai pouls veineux, avec l'insuffisance de cette même valvule.

Quant au mécanisme de l'insuffisance, il est facile à expliquer. Les contractions ventriculaires étant rares, tout au moins celles qui ont l'énergie suffisante pour soulever les sigmoïdes aortiques, chaque systole lance une quantité de sang plus considérable ; et pour cela, pendant la présystole, il s'accumule dans le ventricule une quantité de sang qui contribue à le dilater. Ensuite l'insuffisance tricuspidienne se produit suivant un mécanisme classique et bien connu.

Je dois encore vous signaler, chez notre malade, l'existence de vertiges, de convulsions épileptiformes, de syncopes. Ce sont des accidents fréquemment observés en pareille circonstance.

On peut les attribuer à un trouble d'irrigation du système nerveux ou bien à une origine toxique.

Pour mon compte personnel, j'ai une grande tendance à admettre cette dernière hypothèse. En effet, la sécrétion urinaire dépend en grande partie de l'état de la pression artérielle. Or, quand les systoles sont rares, la pression artérielle moyenne baisse et la dépuration urinaire devient par le fait même insuffisante.

Je reconnais qu'il s'agit là d'une théorie que je ne puis étayer d'aucun fait précis.

Mais avec tous ceux qui ont examiné notre malade dans ses crises convulsives, nous avons eu l'impression qu'il s'agissait d'accidents urémiques. De plus

ces accidents s'atténuent, comme je l'ai déjà montré il y a un certain nombre d'années, sous l'influence du régime lacté, autrement dit sous les influences qui favorisent la dépuration urinaire.

Messieurs, notre malade est morte et nous avons pu vérifier un certain nombre des faits que nous avons décrits cliniquement.

D'abord, le cœur était hypertrophié, il pesait 470 grammes au lieu de 250, poids normal; l'hypertrophie et la dilatation portaient surtout sur le ventricule droit. L'orifice tricuspidien dépassait 13 centimètres (au lieu de 107 millimètres, chiffre normal chez la femme). Le foie était congestionné, il pesait 1 430 grammes. Les reins congestionnés eux aussi pesaient 180 et 165 grammes.

Nous n'avons constaté aucune altération bulbaire, si ce n'est un léger athérome du tronc basilaire, bien léger, pour une femme de quatre-vingts ans.

En résumé, notre observation n'éclairera guère la pathogénie de l'affection que je viens de vous décrire, mais peut-être contribuera-t-elle à mieux faire comprendre l'enchaînement de certains symptômes resté inexpliqué jusqu'ici.

MÉDECINE PRATIQUE

BOTRYOMYCOSE DE LA CORNÉE

Traitement par les injections de bleu de méthylène. Guérison.

La connaissance des observations de botryomycomes des doigts et de la main publiées par MM. Poncet et L. Dor, nous a donné une conception nouvelle de certaines tumeurs fibreuses, vasculaires et pédiculées.

Dans son intéressante thèse inaugurale (Lyon 1904), M. Jean Bargeton, médecin stagiaire au Val-de-Grâce, relate un cas qu'il a eu l'occasion d'observer et dans lequel il était survenu, à la suite d'un traumatisme, un bourgeon vasculaire, pédiculé et étalé au-devant de la cornée. M. L. Dor, écartant l'idée d'une tumeur sarcomateuse à laquelle on aurait pu penser en raison de la rapidité de l'évolution, écartant l'idée d'un pannus de la cornée, vu l'absence de toute lésion concomitante du côté de la conjonctive, fit le diagnostic de botryomycome. L'examen histologique d'un fragment excisé vérifia le diagnostic.

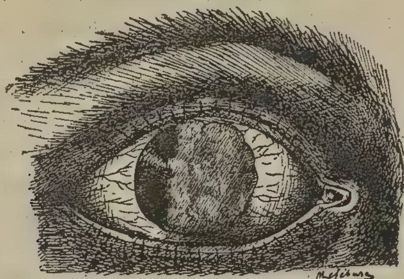


Fig. 1. — *Aspect macroscopique du botryomycome.*

(Au moment où le malade s'est présenté à la clinique de M. le docteur L. Dor.)

Un des points intéressants de l'observation rapportée par M. Bargeton réside dans le traitement qui fut appliqué.

C'est en général par l'ablation de la néoproduction, ou même quelquefois par l'énucléation complète de l'œil que l'on traite les tumeurs de la cornée; et l'on a raison, puisque, par définition, les tumeurs sont des productions pathologiques, qui ont une tendance toujours de plus en plus marquée à l'accroissement, et jamais à la rétrocession, et évoluent par conséquent toujours vers la non-guérison. Les ennuis de l'énucléation sont faciles à comprendre, et l'ablation d'une néoproduction de la cornée présente, elle aussi, un grave inconvénient : c'est qu'elle laisse après elle sur la cornée une cicatrice, qui rend la vision à peu près impossible.



Fig. 2. — *Rapports exacts du botryomycome avec la cornée.*

(Ce dessin du botryomycome, tel qu'il était quelques jours après l'entrée du malade, et avant la première injection interstitielle de bleu de méthylène, montre que la néoproduction a évolué très rapidement, qu'elle a envahi une plus grande partie de la cornée, et que, de par la présence des deux cornes externes, l'une supérieure, l'autre inférieure, elle avait tendance à envahir la cornée tout entière.)

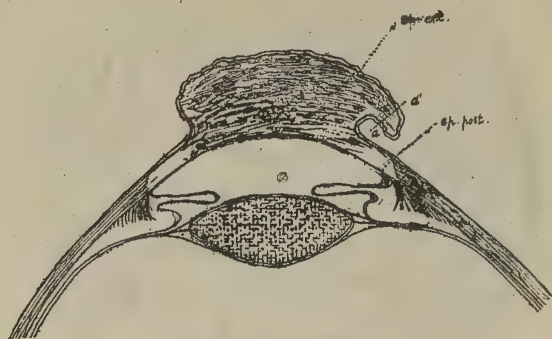


Fig. 3. — *Coupe horizontale antéro-postérieure* (schématique du segment antérieur de l'œil).

(Destinée à montrer que le botryomycome, recouvert partout par l'épithélium antérieur, est nettement pédiculé.)

aa' : Portion excisée, pour en faire un examen microscopique (v. fig. 4).

C'est pourquoi, étant sûr qu'il avait affaire à un botryomycome, c'est-à-dire à une néoplasie d'origine inflammatoire, M. Dor a songé à essayer de faire rétrocéder cette néoproduction, occasionnée par un microbe analogue aux microbes ordinaires des inflammations, avec les moyens que l'on emploie habituellement pour faire rétrocéder les inflammations. Il a songé qu'il n'était pas nécessaire d'enlever ce botryomycome, à cause de la cicatrice gênante pour la vision, qu'aurait laissée son ablation, et il a pensé qu'il rétrocéderait sous l'action seule d'un antiseptique; c'est ce qu'il a essayé, se réservant le droit plus tard, si ce traitement ne réussissait pas, de pratiquer l'ablation du botryomycome. Mais en tout cas, ce traitement par un antiseptique était rationnel; le résultat, du reste, fut complètement satisfaisant.

Il ne restait plus qu'à faire le choix parmi les antiseptiques : le *sublimé* fut tout d'abord rejeté, parce que, même faible, le sublimé injecté dans la cornée coagule les albumines de la cornée, forme avec le tissu de cette membrane des albuminates de mercure très blancs, qui auraient rendu la cornée très opaque. Restaient l'acide picrique, l'éosine, le bleu de méthylène, etc.; pour se guider dans ce choix, M. Dor tira une notion précieuse de la constitution histologique de ce botryomycome, dont le tissu était essentiellement formé de lympho-

cytes particulièrement sensibles à la coloration par le bleu de méthylène, réactif alcalin, présentant en somme une action spécifique pour ce botryomycome, production acide, dont le noyau et le protoplasma des cellules constituantes se coloraient si complètement par le bleu de méthylène, réactif alcalin.



Fig. 4. — *Aspect microscopique du botryomycome.*

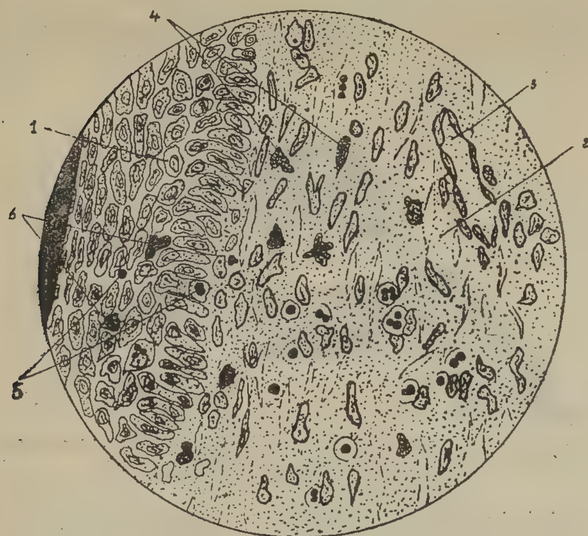


Fig. 5 (Empruntée au mémoire de Reishaus, *Beitrage für Augenh.*, Heft XXXI, 1899).

Cette figure d'une coupe de fibrome ancien de la cornée nous montre de grosses boules (5) qui ont intrigué l'auteur, et qui, pour M. Bargeton, ne sont autres que des grains botryomycosiques naissant dans les cellules et venant former au centre de la coupe de petits amas mûriformes.

1. Epithélium. — 2. Substance fondamentale de la cornée. — 3. Vaisseau sanguin. — 4. Mastzellen. — 5. Levures (?) ou protozoaires (?). — 6. Cellules migratrices (Wanderzellen).

Et c'est pourquoi, rejetant l'*acide picrique*, qui donne de très bons résultats dans les brûlures de la cornée, mais justement parce que les tissus brûlés sont très alcalins, rejetant aussi l'*éosine*, qui est acide, M. Dor fut amené à se servir du *bleu de méthylène* qui, même à faible dose, à 1/500, a contre le staphylocoque une action aussi énergique que le sublimé, action qu'il était bien en droit d'avoir aussi contre le botryocoque, qui présente avec le staphylocoque tant de caractères communs, que certains auteurs n'admettent pas la spécificité du botryocoque et l'identifient au staphylocoque.

M. Dor employa donc une solution de bleu de méthylène à 1 p. 500, en injections interstitielles ; le manuel opératoire fut très simple : écarter les paupières avec un blépharostat, fixer la conjonctive avec une petite pince à mors, comme quand on opère une cataracte, afin que le globe oculaire soit immobile ; et enfoncer l'aiguille d'une seringue de Pravaz parallèlement à la surface de la cornée, mais à l'intérieur même du botryomycome, entre les deux épithéliums, et en plusieurs endroits chaque fois, pour que le botryomycome tout entier soit imprégné en tous ses points par le bleu de méthylène.

Le malade resta à peu près un mois à la clinique de M. le docteur Dor ; pendant ce temps on lui fit *six* injections de bleu de méthylène ; les trois premières lui furent faites à trois jours d'intervalle, puis une par semaine pendant les trois autres semaines. Le malade était entré le 23 mai ; on lui fit une première injection le 25 mai ; après la deuxième, qui fut faite le 27 mai, on vit le botryomycome s'affaisser notablement, diminuer de volume, changer de coloration, et, de très rouge qu'il était, devenir légèrement rosé. Après la troisième injection qui fut faite le 2 juin, l'amélioration alla toujours en s'accentuant ; en plus des symptômes fonctionnels (blépharospasme, larmoiement, etc.) qui diminuaient et disparaissaient même, la néoproduction avait diminué de moitié.

Enfin, trois injections lui furent encore faites en juin ; quand le malade sortit le 30 juin, le botryomycome avait complètement disparu, la cornée avait repris sa courbure normale, le malade était complètement guéri. Bien entendu sa cornée n'était pas claire comme une cornée normale, elle était opaque, le botryomycome ayant à sa suite laissé un leucome (car on sait que, lorsque la trame cornéenne est détruite, comme c'était le cas ici, où le tissu propre de la cornée était complètement remplacé par un tissu nouveau, elle est toujours remplacée, si la réparation a lieu, par un tissu cicatriciel, appelé leucome) ; mais non pas une opacité, un leucome, comme celui qui existe par exemple après une injection de nitrate d'argent dans la cornée ; mais bien une cornée avec stries blanchâtres, vestiges des anciens vaisseaux ; du reste, après le traitement, cette opacité est allée en diminuant, la cornée a repris un peu de sa transparence, si bien qu'à un bon éclairage on distinguait l'iris et même la pupille. Et, en somme, le résultat cherché était pleinement satisfaisant, puisqu'on avait obtenu la rétrocession complète de ce botryomycome, sans opération, par les seules injections interstitielles de bleu de méthylène ; si on avait fait une ablation du botryomycome, attendu qu'il était recouvert par un épithélium normal, on aurait enlevé cet épithélium, il serait resté sur la cornée une cicatrice rétractile, les procès ciliaires auraient été atteints ; il y aurait eu de la cyclite, l'œil tout entier se serait rétracté et aurait été perdu pour la vision. Mis de côté les dangers que l'on court toujours, quoique minimes avec les précautions aseptiques et antiseptiques que l'on prend de nos jours, quand on fait une opération sur l'œil et, dans ce cas, une énucléation ou une ablation de tumeur au bistouri et auxquels n'aime pas à s'exposer un malade, on a ainsi l'avantage d'avoir une disparition complète du botryomycome sans cicatrice consécutive rétractile de la cornée, et sans rétraction du globe oculaire, ce qui a permis de faire une *iridectomie* ; M. Dor la fit en septembre dernier dans la partie externe, qui restait à peu près saine, de la cornée, et ce malade a actuellement cet œil, primitivement occupé par le botryomycome, avec une pupille artificielle, et avec acuité visuelle de 1/10, c'est-à-dire une vue utilisable puisqu'on admet comme ayant une vision suffisante et que l'on prend au service militaire toute personne ayant un œil normal, à acuité normale, et l'autre ayant au moins 1/10 ; ce 1/10 lui est suffisant pour se conduire et être au besoin averti d'un tramway, d'une voiture., etc., qui viendrait sur lui du côté de cet œil à faible acuité.

Ce cas présente aussi quelque intérêt au point de vue médico-légal, car c'est à la suite d'un accident du travail qu'était

apparu le botryomycome. Si l'on avait énucléé l'œil du malade, le chef d'entreprise ou la Compagnie d'assurances auraient été condamnés à payer une rente basée sur une diminution de 33 p. 100 de la capacité de travail de l'ouvrier ; si on n'avait pas énucléé l'œil, mais qu'il eût cependant été inutile à la vision (comme ç'aurait été le cas si on avait abrasé le botryomycome), l'indemnité aurait été basée sur une diminution de 30 p. 100 de la capacité de travail. En traitant ce botryomycome par les injections interstitielles de bleu de méthylène, on a permis au malade de conserver un œil avec acuité visuelle de 1/10, et M. le docteur Dor a évalué seulement à 15 p. 100 la réduction de capacité de travail, se basant sur les barèmes admis à la suite du Congrès international d'ophtalmologie de Lucerne (1904).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 23 JANVIER 1905)

Sur un nouveau minéral radifère. — M. DANNE a trouvé récemment que certains terrains plombifères situés aux environs d'Issy-l'Évêque, en Saône-et-Loire, renferment du radium. Les matières radio-actives de ces terrains sont une pyromorphite, des argiles plombifères et des pegmatites ; mais c'est le plus souvent avec la pyromorphite que se trouve le radium.

Aucun de ces métaux ne contient d'uranium. C'est là un fait très remarquable, car jusqu'à présent on n'avait observé la présence du radium que dans les minéraux uranifères.

Notons que certains échantillons de pyromorphite d'Issy-l'Évêque ont une activité atteignant plusieurs fois celle de l'uranium ; mais en général l'activité est considérablement plus faible.

Leur teneur en radium est variable, suffisante néanmoins pour que l'on ait pu établir un traitement en vue de l'extraction des sels de radium.

Sur la biologie des cestodes. — MM. L. JAMMES et H. MANDOUL étudient les variations d'intensité du pouvoir bactéricide des sucs helminthiques. Ils admettent que l'étendue de ce pouvoir n'est pas la même chez les différents tænias et qu'elle varie suivant les microbes.

Il existe une analogie étroite entre les fonctions du cestode et celles de l'intestin grêle qui ont pour se protéger contre chacun des agents nocifs les mêmes moyens de défense.

Cette convergence des fonctions du tænia et de celles de la paroi digestive de l'hôte paraît être le résultat d'une adaptation de plus en plus étroite du premier à la vie intra-intestinale.

Le parasite fait sienne la cavité digestive de l'hôte et y fonctionne parallèlement à la paroi intestinale. Il y exerce ses fonctions d'absorption tout en déployant ses moyens de défense, notamment le pouvoir bactéricide.

Il est possible que l'hôte tire un avantage d'un tel appoint.

Action du magnésium et de la magnésie sur les microbes. — M. DIÉNERT, dans une précédente communication (16 mars 1903), avait signalé que le zinc et l'oxyde de zinc sont capables de tuer les bacilles qu'on rencontre dans les eaux si le contact entre le métal ou son oxyde et les microbes, est intime et suffisamment prolongé.

Il a continué ses recherches sur un métal très voisin du zinc par ses propriétés chimiques, le magnésium. Ses études ont surtout porté sur deux espèces de microbes, le bacille d'Eberth et le bacterium coli commune.

De ses expériences on peut conclure que le magnésium, comme le zinc, jouit de propriétés antiseptiques dans de certaines conditions.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 27 JANVIER 1905)

Purpura et leucémie lymphoïde chronique. — M. Marcel LABBÉ présente un malade dont le cas met en évidence les rapports qui unissent les purpuras hémorragiques avec la leucémie lymphoïde chronique. C'est un homme de cinquante-quatre ans qui depuis avril 1903 a eu des épistaxis répétées, une hémorragie par l'oreille, des hémorragies gingivales et des ecchymoses qui se reproduisent sans cesse sur le tronc et les membres. En août 1904, il était déjà très anémié et amaigri et présentait au niveau de la région cervicale des ganglions lymphatiques hypertrophiés ; plus tard les ganglions de l'aisselle et ceux de l'aine ont subi également une augmentation de volume. La rate n'est pas hypertrophiée.

Malgré les traitements par le chlorure de calcium, l'ergotine, l'adrénaline, les ecchymoses cutanées n'ont cessé de se reproduire ; le nombre des globules rouges a diminué progressivement et atteint aujourd'hui 2663000 avec 5,2 p. 100 d'oxyhémoglobine ; le nombre des globules blancs a été sans cesse en augmentant et atteint aujourd'hui 62000 ; la proportion des mononucléaires est considérablement augmentée et oscille entre 75 et 85 p. 100 ; ceux-ci sont des lymphocytes présentant les caractères habituels de ceux qu'on voit dans la leucémie lymphatique, il y a en outre un certain degré de réaction myéloïde caractérisé par le passage de quelques myélocytes et hématies mêlées dans le sang. La coagulation sur lame se fait en dix ou treize minutes ; le caillot se rétracte bien.

Par la clinique, ce malade représente un type classique de maladie de Werlhof. Par l'hématologie et en outre par l'hypertrophie des ganglions lymphatiques, il mérite au contraire de rentrer dans le cadre de la leucémie lymphoïde. M. Labbé pense donc qu'on peut considérer ce cas comme un cas de leucémie lymphoïde à forme hémorragique qui établit précisément les rapports qui unissent les purpuras hémorragiques et les leucémies.

Gymnastique et rééducation respiratoire dans le traitement des convalescences. — M. Georges ROSENTAL a remarqué que les convalescents sont, en grand nombre atteints d'insuffisance respiratoire sous les trois modes, insuffisance nasale, thoracique et diaphragmatique : ils sont donc justiciables de la rééducation respiratoire. Cette méthode sera appliquée après la défervescence (fièvre typhoïde) ou dès l'entrée à l'hôpital (pneumonie, pleurésie). Elle produit un triple effet ; augmentation fonctionnelle et anatomique de la cage thoracique, qui supprime la crainte de la tuberculose pulmonaire secondaire, une diurèse notable et surtout une augmentation en poids régulièrement progressive, qui hâte la guérison complète. A l'appui de ces idées sont rapportées trois observations de convalescence, dont la marche est schématisée sur des graphiques. L'auteur insiste à nouveau sur la nécessité de ne pas séparer la physiothérapie des autres méthodes de thérapeutique et sur l'impossibilité de faire la

cure de rééducation respiratoire (cure physiologique) s'il y a un obstacle anatomique à la respiration nasale.

Pleurésie séro-fibrineuse chez un tuberculeux; augmentation en poids de 7 kilos dans la salle commune de l'hôpital. — M. Georges Rosenthal a traité par la rééducation respiratoire un tuberculeux atteint de pleurésie séro-fibrineuse. Il a constaté la triple action ordinaire (développement de la poitrine, diurèse, augmentation de poids). Le malade, en cinquante jours, a gagné 7k100 grammes dans la salle commune, où d'ordinaire les bacillaires ne font qu'aggraver leur état.

Chloruration avec poussée albuminurique consécutive sans hydratation. — M. Sicard rappelle que l'on connaît bien, depuis les travaux de Widal et de ses élèves, les poussées d'œdème chez les néphritiques, à la suite de la chloruration. On sait aussi qu'assez souvent l'épreuve chlorurée provoque une recrudescence d'albuminurie chez de tels malades. Il est enfin admis en règle très générale que la décharge albuminurique, dans ces conditions, marche de pair avec l'hydratation.

Il peut ne pas toujours en être ainsi, et l'auteur vient d'observer un jeune malade atteint déjà depuis six ans d'une néphrite scarlatineuse bien compensée, chez lequel la chloruration momentanée, tentée à deux reprises différentes, a provoqué chaque fois une augmentation du taux de l'albumine de 2 grammes à 10 grammes environ sans modification du poids du corps. La possibilité de cette action dissociante du chlorure de sodium, au moins pendant un certain temps de l'évolution brightique, a paru à M. Sicard intéressante à signaler.

Atrophie infantile et rachitisme. — M. Variot présente plusieurs enfants atteints de l'affection qu'il a désignée sous le nom d'atrophie infantile distincte du rachitisme, mais pouvant coexister avec lui. Les altérations osseuses chez ces malades sont analogues à celles que Charrin a décrites chez les animaux rendus atrophiques par des poisons intestinaux. Les radiographies des os de ces malades sont caratéristiques; les os des phalanges et des métacarpiens sont transparents comme s'il s'agissait d'un enfant nouveau-né. Chez une enfant de dix-huit mois, l'ossification est semblable à celle d'une malade d'un an.

M. Comby, à propos de ces malades présentés par M. Variot, dit qu'il ne voit pas qu'il soit nécessaire de donner un nom nouveau à une maladie très ancienne et que les malades de M. Variot sont en réalité des rachitiques; que le rachitisme vient se présenter sous des formes multiples; que parmi les rachitiques, il en est d'incomplètes, les unes ne présentant que le cranio-tabes, les autres ne présentant que le chapelet costal, etc.; que l'atrophie infantile de M. Variot n'est en réalité que l'athrepsie de Parrot et que le terme d'atrophique employé par M. Variot pour représenter cet état morbide ne sert qu'à créer une confusion regrettable.

M. Variot répond à ces objections que les malades amenés par lui sont des hypertrophiques et pas du tout des rachitiques; que ces hypertrophiques ne présentent aucune des lésions des rachitiques, et que les radiographies permettent d'affirmer qu'il ne saurait s'agir du rachitisme. M. Variot pense que l'hypotrophisme peut se combiner au rachitisme, mais que fort bien il peut en être indépendant.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX

(Séance du 26 janvier 1905)

Sur 18 communications inscrites à l'ordre du jour, nous en avons entendu 3, celle de M. Le Bec sur un **nouveau procédé de laryngectomie totale en deux temps pour cancer du larynx**, celle de M. Dartigues sur un **nouveau nœud double pour la ligature des pédicules vasculaires en chirurgie gynécologique**, et celle de M. Marchais sur le **traitement des varices par la marche**. Cette dernière communication a provoqué une petite discussion à laquelle ont pris part MM. Vaquez, Delbet et Berthod.

Les idées actuelles sur la psychothérapie. — Tel est le titre de la conférence de M. Sollier, conférence qui est surtout un examen critique de diverses méthodes de psychothérapie très à la mode en ce moment, peut-être parce qu'elles s'exercent surtout à l'étranger. En effet, nous n'apprendrons rien à personne en disant avec M. Sollier :

C'est de Suisse aujourd'hui que nous vient la lumière.

Qu'il s'agisse de tuberculose, de neurasthénie ou d'entérite, il est bien entendu que c'est en Suisse qu'il faut aller se faire traiter. Il y a là une question de mode et, partant, d'exagération contre laquelle s'élèvent avec raison les médecins, les neurologistes et les chirurgiens français. Mais revenons à la conférence de M. Sollier.

La place nous manque pour le suivre dans les développements très intéressants dans lesquels il est entré pour montrer l'introduction de la psychologie un peu partout. Au point de vue de l'isolement, M. Sollier fait remarquer qu'alors que les aliénistes semblent l'abandonner pour le traitement des aliénés, les neurologistes l'adoptent de plus en plus pour le traitement des névropathes. Certains psychothérapeutes estiment qu'il n'y a plus qu'un traitement de la névropathie, et que ce traitement consiste à agir d'abord sur l'esprit du malade et par là sur le corps. Ce traitement dit moral n'est pas toujours efficace, pense M. Sollier, qui nous rappelle ici quelques exemples célèbres, celui, entre autres, de cet homme qui se croyait un serpent dans le ventre. On lui donne un remède quelconque, on met un serpent dans le vase où il rend ses matières et on le lui montre. L'idée du serpent disparaît momentanément de l'esprit de ce malade, mais elle ne tarde pas à s'y loger de nouveau, ce malheureux étant convaincu que le serpent, qu'il a vu, a fait des petits dans son ventre.

Arrivant à la question de l'isolement appliqué au traitement de l'hystérie, M. Sollier rappelle le cas qu'en faisait déjà Charcot. Sans doute il rend les plus grands services, sans qu'il soit nécessaire de le pousser à outrance, d'en faire un vrai régime cellulaire.

M. Sollier combat non moins énergiquement l'abus qu'on a fait et qu'on fait encore de l'hypnose et de la suggestion. Il admet même que la suggestion hypnotique peut avoir des dangers. Quant à la suggestion à l'état de veille et surtout à la suggestion indirecte, c'est là une nouvelle phase de la psychothérapie qui a un grand succès en certains lieux. Mais il faut alors un médecin doublé d'un psychologue, d'un psychiatre exercé. M. Sollier estime que cette méthode doit être aussi abandonnée et que le médecin neurologue doit s'en tenir à la persuasion.

Il y a, paraît-il, deux méthodes de persuasion, la méthode suisse ou celle de M. Dubois (de Berne) et la méthode française ou celle de M. Déjerine. Voyons ce que fait M. Dubois.

Il soumet ses malades à une cure de repos et d'engraissement. Il laisse les malades au lit et leur fait prendre 4 à 5 litres de lait par jour, car on sait qu'il faut qu'un névropathe engraisse. M. Dubois répudie tous les autres moyens de traitement. Il s'en tient à la conversion psychique qu'il pense obtenir en changeant la mentalité de ses malades par des entretiens psychothérapiques. Va-t-on par cette méthode traiter tous les névropathes de la même façon, sans tenir compte de leur caractère, de leur milieu, de leurs habitudes, de leurs croyances? Emploiera-t-on les mêmes arguments à l'égard d'un athée ou d'un croyant? d'un matérialiste ou d'un spiritualiste? d'un érudit ou d'un ignorant? Ce serait vraiment trop exclusif... comme le régime lacté.

En terminant, M. Sollier nous dit quelques mots à la rééducation, rééducation physiologique et rééducation psychologique, à laquelle il accorde une réelle valeur.

Que conclure de tous ces faits? La psychothérapie, qui a ses indications, ne saurait constituer une méthode unique de traitement des névropathes. Il n'y a pas qu'une méthode de psychothérapie, il faut être éclectique. L'isolement, la cure de repos, la cure d'engraissement, la rééducation sont autant de moyens très précieux de thérapeutique nerveuse. La suggestion hypnotique, la suggestion directe sont justement abandonnées. La suggestion indirecte peut donner de bons résultats et rendre des services. Les influences purement psychiques sont insuffisantes, il faut y ajouter, selon les indications, l'hydrothérapie, la physicothérapie, l'électrothérapie, etc.

Rétrécissements œsophagiens. — M. J.-A. Fort nous prie de faire une rectification au sujet de sa communication dans la dernière séance. Sa communication n'a pas porté sur les rétrécissements urétraux et œsophagiens ainsi que l'annonçait le programme, mais simplement sur les rétrécissements œsophagiens.

Trois malades qu'il a présentés avaient des rétrécissements cicatriciels auxquels il a appliqué son traitement par l'électrolyse linéaire. Un quatrième malade a subi le même traitement pour un rétrécissement organique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 28 janvier 1905)

Modifications subies dans l'estomac et le duodénum par les solutions salines. Le réflexe Δ = régulateur du pylore. — MM. P. Carnot et Chassevant ont étudié sur un chien muni d'une fistule duodénale l'évacuation pylorique et les modifications osmotiques consécutives à l'ingestion de solutions salines de concentrations différentes.

Ils ont constaté que les solutions isotoniques déterminaient l'ouverture périodique du pylore et s'évacuaient très rapidement par éjaculations successives, dans le duodénum.

Les solutions hypotoniques s'évacuent moins rapidement et le pylore reste beaucoup plus longtemps fermé : elles subissent d'autre part dans l'estomac et surtout dans le duodénum, du fait de l'addition de bile et de suc pancréatique, des modifications de concentration qui les rapprochent en partie de l'isotonie.

Les solutions hypertoniques s'évacuent d'autant moins rapidement qu'elles sont plus concentrées : elles subissent également des modifications de concentration dues pour une part à la dilution d'eau, pour une autre à la fixation du sel et qui abaissent progressivement leur Δ et leur teneur en chlore, jusqu'aux environs de l'isotonie.

Le fonctionnement du pylore est variable dans ces différents cas, et régi vraisemblablement par un réflexe dont l'origine est dans la paroi duodénale, et qui est sous la dépendance des impressions différentes communiquées à la muqueuse duodénale par la concentration moléculaire des solutions.

Élimination des composés xanthouriques. — MM. H. Labbé et E. Marchoisne ont établi que l'élimination des composés xanthouriques chez les sujets sains était presque exclusivement sous la dépendance de la composition qualitative ou quantitative du régime alimentaire. Des sujets sains soumis à des régimes identiques éliminent des composés xanthouriques en quantités rigoureusement comparables. Les régimes végétaux donnent lieu à des éliminations xanthouriques en relation avec leur teneur en éléments nucléo-albuminoïdes. En l'absence de ces précautions, le régime végétal fournit des quantités de composés xanthouriques comparables à celles des régimes mixtes.

Action comparée des rayons X sur le sang dans la leucémie myélogène et lymphatique. — MM. Aubertin et Beaujard ont traité comparativement, par des doses égales de rayons X appliqués sur la rate, un leucémique myéloïde et un lymphatique avec splénomégalie.

Chez le myéloïde, ils observent après les séances de fortes oscillations du nombre des leucocytes. Aux augmentations du nombre total correspondent des augmentations manifestes des polynucléaires. La décroissance définitive du nombre des leucocytes ne commence que vers le dix-huitième jour, il est passé de 308 000 à 462 600 et tout à la fin à 244 000. Dans ce cas l'amélioration leucocytaire est d'abord qualitative, la diminution de nombre n'a succédé qu'à une période d'augmentation.

Chez le lymphatique, la diminution du nombre des leucocytes s'établit d'emblée, les oscillations sont faibles, la courbe uniformément descendante; il n'y a pas de modification du pourcentage.

La discordance entre les deux cas serait plus apparente que réelle. L'action des rayons est en effet une émigration à prédominance polynucléaire, une destruction à prédominance mononucléaire (myélo-lympho). L'augmentation et l'amélioration du pourcentage le prouve dans la leucémie amyélogène. Pour la leucémie lymphatique, la proportion des lymphocytes en histolyse et les variations qu'elle subit, montre la similitude du processus.

Élection. — M. Victor Henri est nommé, par 28 voix sur 40 votants, membre titulaire de la Société de biologie.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE LA TRICHOPHYTIE DE LA BARBE

Bichlorure de mercure.......	0g20
Formol......................	0g75
Acétone.....................	10 grammes.
Alcool camphré..............	100 —

Usage externe.

On touchera les parties malades, matin et soir, avec cette préparation.

Pour la nuit, on appliquera la vaseline iodée à 1/100.

Vaseline....................	20 grammes.
Iode métallique.............	0g20

L'emploi de l'acétone a pour avantage de rendre la préparation plus pénétrante. (Brocq.)

LIVRES NOUVEAUX

Précis de radiologie médicale (1), par L. Kocher.

Le précis de radiologie médicale de L. Kocher répond bien à son titre, il permettra aux médecins, aux étudiants, aux curieux des sciences médicales, de se mettre en peu de temps au courant de la technique des rayons X. Ce livre est avant tout un livre pratique. Citons dans la première partie, appareils et technique, les chapitres suivants : *Conseils pratiques pour assurer le bon fonctionnement de la machine statique. — Les ampoules. — Accessoires radioscopiques et radiographiques. — Accessoires de radiothérapie.*

Les deuxième, troisième et quatrième parties du volume sont consacrées à la radioscopie clinique, à la radiographie, à la radiothérapie et aux accidents des rayons X; on y retrouve la même préoccupation du détail pratique et précis et de la mise au point nette et simple qui feront le succès de l'ouvrage. G. LEGROS.

Des accidents qui compliquent les maladies du cœur au cours de la grossesse (2), par L. Pouliot.

On peut diviser les accidents gravido-cardiaques en deux classes, suivant qu'il s'agit d'insuffisance cardiaque simple ou d'œdème aigu du poumon.

L'*insuffisance cardiaque* est due à la rupture de l'équilibre circulatoire dans les cardiopathies décompensées ou exactement compensées, sous l'influence de la pléthore, de la grossesse, des efforts du travail, de l'hypertension de la délivrance.

L'*œdème aigu du poumon* se produit dans le rétrécissement mitral très serré, et, beaucoup moins fréquemment, dans les autres lésions orificielles, surtout quand celles-ci se compliquent de lésions rénales ou de déformations thoraciques.

Le pronostic général de la grossesse chez les cardiopathiques est infiniment moins grave qu'on ne l'avait dit et la formule de Peter peut être considérée comme ne répondant pas absolument à la réalité. Par contre, le pronostic des accidents gravido-cardiaques est très sombre. L'asystolie, un peu plus fréquente que l'œdème pulmonaire, est moins redoutable que celui-ci, dont la léthalité est de 85 p. 100.

Le traitement de ces complications est à la fois médical et obstétrical. Ces deux formes bénéficient de l'accouchement rapide. Tandis que l'asystolie est une indication fréquente de l'accouchement prématuré provoqué, l'œdème pulmonaire en constitue une contre-indication absolue. L. BABONNEIX.

Formulaire pharmaceutique des maladies infantiles (3), par le docteur Henri Gillet.

L'auteur a réuni sous ce titre, en les remaniant et en les complétant, des articles thérapeutiques et des formulaires parus dans la *Gazette des maladies infantiles*; il y a ajouté des notions de posologie et de pharmacologie applicables à l'enfance. Ce petit ouvrage qui remplit parfaitement le but que s'est fixé l'auteur, c'est-à-dire essentiellement pratique, est complété par un exposé des indications hydro-minérales chez les enfants. A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) In-16 de 208 p. avec 54 fig. Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) In-8° de 135 p. Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

(3) In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, A. Maloine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 6 AU 11 FÉVRIER 1905)

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 6 février, à une heure. — 2e (1re série) : MM. Gautier, Gley et Branca; — (2e série) : MM. Ch. Richet, Retterer et Broca (André); — (2e partie, oral) : MM. Hayem, Gaucher et Teissier; — M. Balthazard, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Kirmisson, Mauclaire et Proust; — (2e partie) : MM. Roger, Legry et Claude; — M. Pierre Duval, suppléant.

Mardi 7 février, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Thiéry et Faure.

2e, *Salle Corvisart* : MM. Cornil, Langlois et Maillard.

3e (1re partie, oral) : MM. Poirier, Morestin et Brindeau; — M. Méry, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Le Dentu, de Lapersonne et Marion; — (2e série) : MM. Berger, Hartmann et Auvray; — (2e partie) : MM. Joffroy, Vaquez et Bezançon; — M. Renon, suppléant.

Mercredi 8 février, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Reclus, Sébileau et Pierre Duval.

2e, *Salle Pasteur* (1re série) : MM. Gariel, Retterer et Gley; — *Salle Béclard* (2e série) : MM. Ch. Richet, Desgrez et Branca.

3e (1re partie, oral), *Salle Broussais* : MM. Terrier, Lepage et Cunéo; — M. Macaigne, suppléant.

Jeudi 9 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Schwartz et Marion.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Guiart et Maillard.

2e, *Salle Charcot* : MM. Pouchet, Launois et Langlois.

3e (1re partie, oral) : MM. Guyon, Thiéry et Demelin.

4e : MM. Raymond, Chantemesse et Vaquez; — M. Richaud, suppléant.

Vendredi 10 février, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Tuffier, Legueu et Cunéo.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Desgrez et Legry.

2e, *Salle Thouret* (1re série) : MM. Gautier, Ch. Richet et Retterer; — (2e série) : MM. Gariel, Gley et Branca.

3e (1re partie, oral), *Salle Richet* : MM. Reclus, Wallich et Gosset.

4e, *Salle Corvisart* : MM. Pouchet, Dejerine et Macaigne; — M. Labbé (Marcel), suppléant.

Samedi 11 février, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : M. Budin, Demelin et Brindeau; — M. Broca (André), suppléant.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 13. — JEUDI 2 FÉVRIER 1905. 78e ANNÉE. JEUDI 2 FÉVRIER 1905. — N° 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Sur les anciens pygmées (avec 7 fig.), par MM. Antonin Poncet et René Leriche.
Comment on doit aujourd'hui traiter les phlébites, par M. Marchais.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine.
ANALYSES
Médecine : Deux cas de goitre suppuré; — La tuberculose au Japon; — Le diagnostic radioscopique des anévrismes de l'aorte; — *Chirurgie :* Sur la torsion du cordon spermatique; — Traitement du moignon dans l'appendicectomie; — *Pathologie générale :* Contribution à l'étude des voies suivies par les agents infectieux de l'organisme; — *Thérapeutique :* Traitement de l'ophtalmie phlycténulaire par la levure de bière.
LIVRES NOUVEAUX
NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)
Érythème polymorphe (fin).
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Internat.* — **PATHOLOGIE.** — Séance du 30 janvier 1905 : MM. Vincent (Clovis), 13; Moyrand, de Gault et Chené (Henri), 11; Chandesris et Monsaingeon, 10; Schaeffer (H.), 9; Braun, 8; Lacheny, 5 et Pélissier, 5.

ANATOMIE. — Séance du 30 janvier 1905 : MM. Monnet et Kalm, 13; Grandchampt et Cléret (François), 12; Saiget et Porée, 11; Blanc et Cottard (Henri), 10; Pinard, 9; Huré et Mlle Birnberg, 7.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Le ministre de la Marine a accordé la médaille de sauvetage en bronze à M. le docteur Aumont (de Paris), pour avoir sauvé à Dieppe, le 22 août 1904, par mauvais temps, une femme roulée par les vagues au milieu des piliers de l'estacade, et qui, sans son intervention, se serait noyée.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS-INSPECTEURS DES ÉCOLES DE LA VILLE DE PARIS. (Séance du 19 janvier 1905.) — La Société vote sa participation au Congrès d'hygiène scolaire qui doit avoir lieu au mois de juin de cette année et nomme une commission chargée d'élaborer un rapport sur l'inspection médicale des écoles qui sera communiqué à ce congrès.

Elle nomme ensuite des délégués d'arrondissement chargés de représenter leurs collègues et la Société auprès de l'administration.

Enfin, après avoir nommé M. le professeur Grancher président d'honneur de la Société, elle vote une somme de 50 francs en faveur de l'Œuvre de la préservation de l'enfance contre la tuberculose.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Dublassy (de Lyon); Garcin (de Grand-Croix); Itié (de Béziers).

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA PITIÉ. — Le lundi 6 février, à onze heures, le docteur Stepinski commencera à l'amphithéâtre Gosselin, sous la présidence de M. le professeur Terrier, un cours gratuit élémentaire sur les maladies du larynx, du nez et des oreilles, avec présentation des malades, et le continuera les lundis suivants à la même heure.

Les élèves inscrits seront individuellement exercés à l'examen spécial des malades.

UNE IDÉE ORIGINALE. — Nous recevons la lettre suivante :

« Paris, le 23 janvier 1905.

Monsieur le docteur,

Je sollicite de votre bienveillance quelques instants d'attention.

Pharmacien, trente-cinq ans, avarié depuis deux ans et demi, hors du mariage loyal, par suite, je désire néanmoins me marier.

Je cherche une avariée comme moi.

Il peut s'en trouver parmi les veuves, les divorcées, chez les jeunes filles de famille aussi; et un tel mariage, qui ne comporterait pas d'enfants, serait la solution la plus simple.

Mais, à défaut, j'épouserais toute autre femme ayant une tare physique quelconque, non visible, la mettant également hors du mariage.

Je la souhaite musicienne, trente ans environ et quelque fortune.

Si vous connaissez, monsieur le docteur, une personne que cette lettre puisse intéresser, je vous serais infiniment obligé de lui en faire part.

Le but est honorable : je me permets de solliciter votre concours.

Toute reconnaissance acquise,

Agréez, etc.

XX. »

NOTE

SUR LES ANCIENS PYGMÉES

Par MM. Antonin PONCET,
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon,
et René LERICHE,
Interne des hôpitaux de Lyon (1).

On sait quelles traces nombreuses a laissées dans l'art antique la légende des Pygmées. Des peintures de vases, des bas-reliefs égyptiens, des fresques d'Herculanum et de Pompéi, des statuettes ont, comme la littérature, célébré leurs exploits. Mais en même temps, tout cela nous révélait l'étrange ressemblance de ces nains avec les achondroplases d'aujourd'hui et P. Richer a pu, avec justesse, rapporter, à cette dystrophie, la petite taille de nombre d'entre eux. Les belles planches de son récent ouvrage sont la justification de ces vues. Nous-mêmes (2) avons, l'an dernier, tenté ce rapprochement sous une autre forme et montré comment certains types de faux achondoplases n'étaient peut-être bien que le rappel imprévu de ce pygméisme ancestral dont l'existence, soutenue par Nüesch et Kollmann, prend, de jour en jour, une assise plus solide.

Dans un récent ouvrage, ces auteurs viennent de réunir, à propos de trouvailles nouvelles, tout ce que l'on savait sur le pygméisme néolithique et il semble bien que, désormais, l'on doive définitivement admettre la provenance des races actuelles de races plus petites, ayant la taille des anciens Pygmées. On connaît la genèse de leurs recherches, les découvertes de squelettes nains dans les stations néolithiques du Schweizersbild et plus récemment au Dachsenbüel. Cette dernière station est une caverne, sise près de Herblingen, dans le canton de Schaffouse. Explorée en 1874 par von Mandach, elle a été fouillée de nouveau, sous la direction de Nüesch. Von Mandach avait trouvé, dans un tombeau fermé par des dalles, deux squelettes couchés sur le ventre, la tête tournée vers l'Est, c'est-à-dire vers l'entrée de la caverne. Divers objets signaient l'époque. Les ossements nouveaux trouvés par Nüesch et étudiés par Kollmann, sont les restes de six individus : trois adultes de haute stature, un pygmée, et deux enfants. Cela fait, en tout, quatre individus de grande taille (dont l'un atteint d'arthrite déformante) et deux nains, un homme de $1^{m}46$, une femme de $1^{m}30$. L'ensemble de leurs caractères anatomiques montre qu'il s'agit, non point d'un arrêt pathologique de la croissance, mais bien d'une race spéciale. C'est probablement cette même race dont on a retrouvé les restes à Chamblandes, à Moosedorf, à Ergolzwyler, à Gesconda. Ce sont des squelettes du même type que Vacher de Lapouge a décrits en 1883, que Manouvier a trouvés à la cave aux Fées, que Verneau a recueillis dans la grotte de Merceaux et dont Thilénius a relevé des restes au musée de Breslau.

Bref, l'existence des pygmées est un fait acquis. Comme on ne peut admettre que de la souche originelle soient descendus des types différents, on arrive forcément à cette conclusion que les races actuelles proviennent de races plus petites, apparues les premières.

Par suite d'une coïncidence qui mérite d'être relevée, c'est dans les régions que les dictons populaires peuplent de lutins et de sylphes qu'ont été découverts ces squelettes. L'étude des nombreuses légendes suisses, due à Singer, qui termine l'ouvrage de Nüesch, en est une preuve. C'est de même, tout près de la forêt de Brocéliande, « la forêt de Merlin et de Viviane, des Fées et des Korils, » que de Lapouge (1) a récemment trouvé des restes de nains, dans l'ossuaire de Louyat.

Nous ne voulons pas insister plus sur ce fait, mais il y a là matière à des rapprochements significatifs.

Quoi qu'il en soit d'ailleurs de ces recherches, il est certain que les rapports des pygmées et de la médecine sont plus étroits que jamais.

Aussi nous a-t-il paru curieux de donner quelques reproductions de pygmées que nous croyons peu connues. Nous les devons à l'obligeance de M. Joseph Déchelette, qui a eu l'amabilité de nous communiquer quelques clichés de son récent et remarquable ouvrage sur : *Les vases céramiques ornés de la Gaule romaine* (2). Les dessins que nous pouvons, grâce à lui, faire connaître, sont dus, pour la plupart, aux potiers de Lezoux dont les ateliers à la fin du Ier et du IIe siècle de notre ère, inondèrent l'Europe entière de leurs productions céramiques. Il est curieux de retrouver chez les artisans du centre de la Gaule, à cette époque, les traces de la légende qui a tant occupé les classiques gréco-latins. Suivant toute vraisemblance, les modèles leur en furent apportés d'Italie, et ne sont que la copie des vases plus artistiques fabriqués à Arezzo.

Le fait n'en demeure pas moins extrêmement curieux.



Fig. 1.

Des sept figures que nous reproduisons, le n° 1 (pygmée armé d'un bouclier attaqué par une

(1) Dans la *Gazette des hôpitaux* des 20 et 27 février, du 20 septembre 1904, nous nous sommes déja occupés du nanisme. Nous publions aujourd'hui quelques considérations sur le même sujet qui nous sont inspirées par des fouilles récentes, ayant mis au jour des squelettes de nains de la préhistoire et par la publication récente de l'important ouvrage de M. J. Déchelette sur *Les vases céramiques ornés de la Gaule romaine*.

(2) A. Poncet et R. Leriche. Acad. de méd., 20 oct. 1903, et *Revue de chir.*, 10 déc. 1903.

(1) *Bull. de la Soc. scientif. et méd. de l'Ouest*, 1900.

(2) *Les vases céramiques ornés de la Gaule romaine*, par J. Déchelette, chez Picard, Paris 1904.

grue) est un moule de la collection Plicque. Le n° 2 et le n° 3 qui en sont des variantes, proviennent des musées de Roanne et de Poitiers. Le n° 4 (pygmée armé d'une lance) est d'un vase du musée de Vienne.


Fig. 2.


Fig. 3.


Fig. 4.

Le n° 5, de relief assez fruste, provient de la collection Plicque. Le n° 6 (pygmée tourné à gauche, se présentant face à un personnage qui le menace de sa massue) vient du musée de Toulouse. Le n° 7 (pygmée les bras levés, vu de face) provient d'un vase de la collection Bertrand.


Fig. 5.


Fig. 6.


Fig. 7.

Malgré l'incertitude du dessin, et le peu de précision des détails dans ces figures, il nous a paru intéressant de les signaler. Elles sont une preuve de plus de l'extraordinaire diffusion de la légende pygméenne dont le fondement anthropologique n'est pas la moins curieuse trouvaille des recherches contemporaines.

COMMENT ON DOIT AUJOURD'HUI TRAITER LES PHLÉBITES

Par M. MARCHAIS
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le traitement des phlébites est le sujet de fréquentes discussions dans nos sociétés médicales. En dépit des articles de Vaquez, Dagron, Championnière, Hirtz, des nôtres, on arrive difficilement à s'entendre. Cela tient à plusieurs causes : on mêle les différentes variétés de phlébites et on ne définit point avec précision les termes qu'on emploie. Nous voudrions essayer de mettre la question au point.

I

Prenons comme type le cas le plus fréquent : la phlébite puerpérale.

Le diagnostic fait, il n'y aurait pas lieu de s'inquiéter si une complication grave n'était à redouter : l'embolie. Le point phlébitique n'est pas, comme la membrane diphtérique ou la pustule charbonneuse, un point où s'élaborent et d'où partent des toxines qui vont infecter l'économie entière. La phlegmatia est une infection atténuée ; la tendance spontanée à la guérison est la règle. Si les symptômes généraux sont graves, ce n'est point du fait de cette phlegmatia qui n'est alors qu'un incident dans une infection déjà généralisée et le résultat de cette infection, non la cause. Cela est une exception. En règle générale, il n'existe que des signes locaux et souvent peu accusés. N'empêche que, même alors, surtout alors pour des raisons que nous exposerons plus loin, l'embolie est à craindre : ceci est une première indication.

Avec le temps, tous les symptômes s'amendent, tous les symptômes *veineux*. Car il est un fait d'observation constante qu'on pourrait formuler en loi : quand un point quelconque d'un membre est le siège d'un traumatisme ou d'une infection, il se développe toujours, avec une rapidité et une intensité variables, des lésions secondaires des organes de mouvement capables, après guérison de la lésion primitive, de modifier plus ou moins gravement les conditions de la mécanique de ce membre. La phlébite terminée en tant que phlébite, il subsiste toujours des troubles de la marche. Suivant l'intensité ou la durée de l'infection, la malade pourra éprouver une simple gêne, ce qui est rare, ou de la difficulté. Trop souvent, la marche sera impossible. Combien de femmes restent infirmes pendant des semaines et des mois ! L'importance de ces lésions secondaires nous donne une deuxième indication.

On ne saurait trop insister là-dessus : la phlegmatia est une infection atténuée et n'a point de gravité en soi ; elle tend naturellement et rapidement à la guérison. La gravité est faite des deux ordres de complications que nous venons de signaler. On peut donc dire que la thérapeutique idéale serait simplement celle qui nous permettrait d'éviter et l'embolie et les infirmités secondaires.

II

Empêcher l'embolie, cela n'est point en notre pouvoir. Tout ce que nous pouvons, c'est éviter ce qui pourrait en favoriser la production.

Il est des cas où, pour des raisons que nous ne pouvons préciser autrement (état du sang, virulence de l'infection), le caillot est très friable ; l'embolie ou les embolies se produisent malgré l'immobilité imposée à la malade. D'autres fois, à notre grand étonnement, des malades atteintes de phlébite récente se sont levées et n'ont point eu d'accident : le caillot était déjà adhérent, de façon suffisante. Mais ce sont des cas exceptionnels ; il nous faut tabler sur les faits habituels.

Or, si nous étudions l'évolution anatomique du caillot phlébitique, nous distinguons trois phases :

1° *Formation du caillot primitif.* — C'est la période préoblitérante décrite par Vaquez. La friabilité est excessive, c'est le moment des embolies parcellaires.

2° *Formation du caillot secondaire* qui reste flottant dans la lumière du vaisseau jusqu'à ce que les réactions de la paroi veineuse (proliférations cellulaires et vasculaires) l'aient fixé solidement.

3° *Adhérence solide du caillot à la paroi.*— D'après les expériences de Cornil et Marie, ceci se produirait vers le sixième jour.

La deuxième période est la période dangereuse. Jusqu'au moment où le travail pariétal sera assez avancé, le caillot, qui n'aurait pas mieux demandé que de s'organiser en paix, n'est pas assez fort pour résister à une secousse brutale. Cette secousse n'est pas produite par un mouvement quelconque, mais toujours par le même: l'extension de la cuisse sur le bassin. Que la malade, assise au bord de son lit, veuille se mettre debout ou bien que, assise sur son lit, elle veuille revenir à la position couchée, la disposition de l'arcade crurale fait que ce mouvement déterminera un élargissement de la veine femorale, d'où appel de sang, aspiration dans tout le réseau veineux de la jambe.

Aussi, en présence d'une phlébite diagnostiquée, faut-il ordonner l'immobilité et, par-dessus tout, interdire tout mouvement de flexion de la cuisse sur le bassin ou du bassin sur la cuisse.

Et c'est là tout ce que nous pouvons contre l'embolie : éviter le mouvement qui pourrait en favoriser la production.

III

Examinons maintenant une phlébitique déjà ancienne à laquelle on permet de se lever et de marcher, mais qui ne peut jouir de cette permission : elle souffre, elle a la jambe presque paralysée. Nous constatons de l'œdème de tout le membre, œdème violacé et dur à la partie inférieure de la jambe. Les muscles sont infiltrés; les raideurs sont surtout marquées dans le voisinage des articulations et déterminent de la faune ankylose. Il existe quelquefois, mais très rarement (même dans les cas graves que nous prenons comme exemples), des lésions vraiment articulaires. Considérant que la phlébite est terminée, si nous faisons abord du massage et de la mobilisation, plus tard de la marche, nous guérissons nos malades en un, deux, trois mois.

Mais ce traitement est long; il est quelquefois pénible, moralement, pour des malades découragées et sans confiance dans le résultat. On s'est demandé s'il ne serait pas possible, au lieu de traiter des lésions anciennes, de faire du massage et de la mobilisation de façon à entraver leur développement, et sans pour cela s'exposer à des accidents. De là l'idée du massage précoce — idée qui a fait bondir tous nos confrères qui n'ont pas le temps de réfléchir. Il faudrait être fou pour masser et mobiliser une jambe au début d'une phlébite quand le caillot n'est pas solidement adhérent. Est-ce une raison, par contre, pour persister dans les anciennes habitudes et immobiliser inutilement pendant des semaines et des mois? — Nous admettons aujourd'hui, d'une manière générale, que l'immobilisation, si elle n'est pas nécessaire, est nuisible. Cela se vérifie dans toutes les phlébites. Qu'il y ait des lésions organiques dues à la périphlébite, cela n'est pas douteux ; que ces lésions se développent et déterminent le maximum de troubles fonctionnels grâce à l'immobilisation prolongée, ce n'est pas moins établi. Le massage ayant une action heureuse sur les lésions secondaires, il faut l'employer *dès qu'on peut le faire sans danger*. Si l'on comprend et définit ainsi le massage précoce, il nous semble qu'il ne doit plus y avoir lieu à discussion.

IV

Ainsi, nous arrivons à cette double conclusion : pour éviter dans la mesure du possible les complications qui représentent la seule gravité de la phlegmatia, il faut, d'une part, immobiliser tant que l'embolie est à craindre, d'autre part, masser et mobiliser dès que cette crainte n'est plus fondée.

Peut-on déterminer avec précision le moment où l'on doit passer de l'un à l'autre mode de traitement ? — C'est la seule difficulté, et grâce à nos connaissances anatomiques, à nos procédés d'investigation clinique, elle est soluble dans des conditions qui nous permettent de faire une thérapeutique active en toute tranquillité d'esprit. Jusqu'ici tout le monde est d'accord avec nous; mais, quand il s'agit de déterminer le moment où l'on doit passer de l'immobilisation au massage, cet accord cesse. On nous dit : « Comme nous ne pouvons pas savoir exactement quand il n'y a plus de crainte d'embolie, nous immobilisons toujours très longtemps. Nous sommes convaincus que souvent nous immobilisons beaucoup trop longtemps, mais c'est tellement dangereux de mobiliser trop tôt... »

Là est l'erreur et cette erreur est en grande partie causée et entretenue par une imperfection du langage médical. Nous avons la fâcheuse habitude d'employer des expressions consacrées par l'usage, même quand elles ne sont pas adéquates aux faits : d'où, pour ceux qui n'ont point étudié spécialement la question, une représentation confuse ou inexacte de ces faits. Qu'une malade ait de la fièvre et souffre une ou six semaines, qu'une embolie se produise le troisième ou le cinquantième jour, nous disons couramment : il s'agit d'*une* phlébite ; cette phlébite s'est traduite par tels et tels symptômes et accidents. Le résultat est que nous concevons la phlébite comme une lésion qui, anatomiquement, peut être toujours la même, mais qui, cliniquement, évolue d'une façon très capricieuse et peut donner des accidents graves tôt ou tard sans qu'il nous soit facile de les prévoir, donc de les éviter.

Or, si nous étudions la question, nous nous apercevons que cette conception est tout à fait fausse. Les expériences de laboratoire, les observations anatomo-pathologiques nous ont montré comment évolue le caillot phlébitique ; nous savons que, dans la phlegmatia, il se fait des ensemencements successifs de streptocoques en des points différents du réseau veineux et, comme chaque ensemencement est une phlébite, nous devrons dire : « Cette malade a eu une phlébite (cela est très rare), ou trois, cinq, dix phlébites. »

Et ainsi notre langage exprimera ce qui est la vérité anatomique et clinique : la phlébite n'est pas une lésion d'une variabilité inquiétante ; loin de là, la phlébite, c'est-à-dire le caillot, évolue toujours à peu près de la même manière et dans le même temps. Les variations dans la date d'apparition des accidents sont

dues à ce qu'il se fait tantôt 1, tantôt *n* phlébites.

Cette notion des phlébites successives est de la plus haute importance. Elle nous explique comment, la phlébite évoluant toujours identiquement, les accidents peuvent se produire à des époques si différentes.

Chaque phlébite — c'est-à-dire chaque caillot — évolue suivant les phases que nous avons décrites plus haut : le caillot jeune, seul, est dangereux, puisque le caillot vieux adhère solidement à la paroi. Trois ou quatre, ou dix phlébites peuvent avoir évolué sans accident et être définitivement inoffensives quand une nouvelle phlébite se déclare et donne une embolie.

L'embolie du trentième jour est due, non pas à la première ou à la deuxième phlébite, mais à une cinquième ou sixième qui a débuté le vingt-septième ou le vingt-huitième jour.

Nous insistons sur ce point parce que c'est la clef de notre thérapeutique. Il n'y aura à craindre aucune embolie — donc on pourra, on devra masser — dès qu'il n'y aura plus de phlébite jeune. C'est cela le massage précoce; il est précoce parce qu'on le pratique dès qu'on le peut, au lieu d'attendre trois ou six mois, sans savoir pourquoi. Tantôt on commencera le vingtième jour, tantôt le soixantième; à cette date, s'il y a eu de nombreuses phlébites, ce sera encore du massage précoce.

V

Nous sommes en présence d'une phlegmatia. Nous basant sur les expériences de Cornil et Marie et nos observations, nous considérons une phébite de quinze jours comme tout à fait inoffensive. Comment saurons-nous :

1° Que notre phlébite a sûrement quinze jours ;

2° Que deux ou trois jours avant le moment fixé pour commencer le massage, il ne s'est pas déclaré une nouvelle phlébite qui, elle, serait jeune, c'est-à-dire dangereuse?

Au moyen du thermomètre.

Les phénomènes qui accompagnent et traduisent l'apparition d'une poussée phlébitique sont, à l'exception de la température, extrêmement variables. On ne peut tabler, pour affirmer ou nier une phlébite nouvelle, ni sur l'œdème, ni sur la douleur. Qu'une augmentation subite de l'œdème, que l'apparition de douleurs en un point nouveau ou l'augmentation d'acuité de douleurs déjà existantes fassent présumer une nouvelle infection, ce sera à juste titre. Mais il est fréquent de voir une quatrième ou cinquième phlébite ne point s'accompagner de douleurs; d'autres fois, l'œdème ne subit aucune modification appréciable. L'absence de douleurs, la non-augmentation de l'œdème ne constituent point des arguments suffisants pour nier une infection récente; et, tout en étant convaincus que les phlébites déjà soignées sont assez anciennes, nous n'oserions pas commencer le massage. Heureusement, le thermomètre nous donne des indications dans lesquelles nous pouvons avoir une confiance absolue. *Tout début de phlébite se traduit par un mouvement thermique*. Le jour du nouvel ensemencement streptococcique, la température est anormale. Cela peut ne se point percevoir dans les cas graves, quand la température vespérale se maintient très élevée; nous admettrons, à tort ou à raison, qu'il peut se faire un nouvel ensemencement chaque jour. Ordinairement, la température des phlébitiques n'est pas élevée, sauf le jour du début de la ou des phlébites où on voit un crochet 38°5, 39 degrés. Ce peut être 37°6, comme nous l'avons observé une fois, chez une malade dont la température oscillait entre 36°9 et 37°2.

Evidemment, pour avoir eu une ou des phlébites, une malade n'est pas à l'abri des amygdalites, bronchites, des mille infections banales qui peuvent déterminer un accident thermique; nous croyons que, souvent, on prendra à tort pour une nouvelle poussée phlébitique une tout autre chose. Mais on ne saurait être trop scrupuleux en pareille matière; mieux vaut avoir tort souvent qu'être imprudent une seule fois. Si nous n'avons pas eu une seule embolie, sur 57 phlébites que nous avons traitées par le massage et la mobilisation, cela tient à ce que nous avons appliqué dans toute sa rigueur les règles que nous formulons ainsi :

Il ne faut pas toucher à une phlébite tant qu'il y a de la fièvre.

Il ne faut pas toucher à une phlébite avant qu'il ne se soit écoulé quinze jours depuis la dernière élévation thermique.

Après quinze jours d'athermie, on peut en toute sécurité, c'est-à-dire on doit commencer le massage et la mobilisation.

VI

Cette sécurité sera absolue si le massage est fait par quelqu'un sachant ce qu'il fait, par un médecin. Pour quelques-uns de nos confrères, cela est au-dessous de notre dignité; du moment où une affection est justiciable du massage, nous devons disparaître et céder la place à un diplômé de Stockholm ou d'ailleurs. Et si ce personnage masse violemment une fémorale thrombosée et détermine un accident, ce sera un argument contre le traitement des phlébites par le massage!

Le rôle du médecin est de traiter son malade par tous les moyens capables de le guérir le plus vite possible. Si une opération est indiquée, il doit être capable de la pratiquer, que cette opération soit une incision, une saignée, une ponction ou du massage. Et il le doit parce que seul il a des connaissances anatomiques suffisantes pour bien opérer, et seul il pourra observer les modifications de l'état général et de l'état local susceptibles de déterminer des changements dans le traitement appliqué, d'en indiquer la suspension momentanée.

Le traitement des phlébites par le massage n'est point le massage des points phlébitiques. Qu'y ferions-nous ? La veine est thrombosée; après un temps variable, ce sera un cordon fibreux; nous n'avons rien à faire de ce côté. Nous voulons agir sur les organes de locomotion : n'agissons que sur eux. Et d'abord très doucement.

Le massage n'est point un ensemble de manœuvres brutales — au moins le massage thérapeutique. Le massage hygiénique, le massage contre l'obé-

sité que nous pouvons et devons laisser de côté, doivent être assez violents. Mais, contre une fracture, une entorse, une phlébite, ce sont les manœuvres de douceur qui sont de mise. Au moins dans les quinze premiers jours. En voici la raison : nous évitons soigneusement les gros troncs veineux, mais il peut s'être produit une phlébite d'une veine secondaire. Le caillot est assez adhérent pour résister à un massage doux, à des mouvements. Cependant, une manipulation violente de la veine pourrait rompre un caillot et le laisser dans la circulation. Ici, encore, trop de prudence, une prudence exagérée ne saurait nous être reprochée.

VII

Nous avons pris comme type la phlébite puerpérale. Le traitement que nous préconisons, aux conditions indiquées, représente pour nous le traitement idéal, parce qu'il est à la fois efficace et inoffensif. Il faut l'appliquer dans les mêmes conditions aux phlébites des autres infections : fièvre typhoïde, grippe, érysipèle, tuberculose, etc.

Dans les phlébites suppurées — qui ne sont souvent que des périphlébites, nous devons suivre les mêmes principes ; c'est un excès de précaution : il vaut mieux être tout à fait à l'abri des accidents.

Les phlébites subaiguës, récidivantes, que l'on observe chez les goutteux, les rhumatisants, les variqueux, sont beaucoup plus ennuyeuses. Difficiles à reconnaître dès leur début, sujettes à des récidives imprévues et pendant un temps indéfini, elles sont causes d'accidents, d'autant plus impressionnants que l'état de santé antérieur n'était pas inquiétant. Nous ne pensons pas que le massage soit cause des embolies : c'est la marche. Mais il faut être très prudent pour qu'on n'en rende pas responsable une méthode qui ne jouit déjà pas de la sympathie universelle.

VIII

Nous n'avons plus qu'à donner les indications relatives à l'application du traitement.

1° *Immobilisation.* — Pendant la période de fièvre et les quinze jours qui suivent la chute de la température, immobilisation absolue. Pas de mouvements ; surtout pas de flexion de la cuisse sur le bassin.

La gouttière n'est pas indispensable ; elle n'est même pas utile : le membre atteint n'a pas besoin d'être immobilisé, il reste immobile de lui-même. Bien plus, pour poser et enlever l'appareil, on est obligé à des mouvements qui peuvent être néfastes. Donc pas de gouttière.

Si les deux jambes sont atteintes, il faut recourir à la gouttière de Bonnet qui permet de donner aux malades tous les soins nécessaires sans les trop secouer.

Quant aux liniments, pommades, leur action est avant tout psychique.

Pendant toute cette période, on prend la température *interne* très soigneusement. Souvent on aura l'ennui, après cinq ou six jours d'athermie et alors qu'on se croyait bien parti, de constater une ascension thermique. Tant pis ; on recommence à compter quinze jours. Si l'athermie a été aussi constante, on passe à la deuxième période du traitement.

2° *Massage et mobilisation.* — C'est la mobilisation qui commence.

Les quatre premiers jours, on ne fera que des mouvements passifs des orteils, du pied, de la tibio-tarsienne ; et de l'effleurage très léger du pied, de la jambe, de la région externe de la cuisse sans détacher le membre du plan du lit, en ayant bien soin de ne pas appuyer sur les veines : saphène interne, fémorale.

Le cinquième jour, le malade fait lui-même ces mouvements et exerce ses muscles de la jambe. A la fin de la première semaine, on fait exécuter des mouvements du genou et on masse les masses musculaires. Il est inutile de faire du pétrissage, qu'on se contente d'un effleurage soutenu et qu'on respecte la région des grosses veines : interstice des jumeaux, creux poplité, canal de Hunter et triangle de Scarpa.

Vers le huitième ou dixième jour, mouvements de la hanche. Le malade pourra s'asseoir dans son lit, on le mettra debout et vers le quinzième jour, il pourra faire quelques pas. Nous recommandons aux malades de s'appuyer au bras d'un aide plutôt que d'avoir recours à des cannes ou des béquilles qui favorisent des attitudes vicieuses. Il ne faut pas non plus s'effrayer de l'œdème qui se produit aux premiers jours de marche ; cet œdème, toujours considérable, disparaîtra progressivement. Il est inutile et nuisible de comprimer la jambe dans un bas élastique ou des bandes ; il vaut mieux laisser aux muscles toute leur liberté d'action : avec un jeu musculaire normal, la circulation se rétablira plus vite et, en voulant l'accélérer par des moyens artificiels, on retarderait le retour complet à la fonction.

Le jour où toutes les phlébites seraient traitées selon les principes exposés dans cet article, la description des infirmités graves consécutives à la phlegmatia sera peut-être conservée dans nos traités classiques, mais sera faite de souvenirs seulement et non plus d'observations actuelles.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 31 JANVIER 1905)

Après un rapport de M. Chauvel sur un travail de M. Casteix relatif à la **surdimutité**, la parole est donnée à M. Lucas-Championnière pour la discussion sur la chloroformisation.

Chloroformisation. — M. Lucas-Championnière discute la valeur des appareils dont on a beaucoup parlé dans ces derniers temps.

Les appareils modernes faits pour le dosage du chloroforme sont fondés sur la théorie de la zone maniable.

La vérité est que cette zone maniable n'existe pas. Dès le début de la chloroformisation, le sujet est envahi dans toute son économie. Les anesthésies partielles immédiates ou totales en sont la preuve.

C'est à tort qu'on a classé ces phénomènes d'après ceux

observés sur les animaux. La réaction de l'homme est tout à fait différente. Les anesthésies sans perte de conscience, les anesthésies des femmes en couches le prouvent.

Non seulement l'envahissement chloroformique est immédiat, mais il est variable avec les différentes sortes de chloroforme.

Il y a des chloroformes qui avec la même pureté chimique ou du moins avec les mêmes réactions chimiques ont des réactions physiologiques sensiblement différentes. Elles nécessitent dans la pratique une progression différente dans l'administration.

Il ne peut donc y avoir de machines déterminant à l'avance le mélange à employer.

Tout appareil doit permettre l'action propre de l'anesthésiste. Il est facile de s'assurer que les appareils valent surtout par celui qui les emploie.

Ils ont l'avantage de mesurer approximativement le chloroforme, d'en moins gaspiller et répandre autour du sujet.

Mais tous ces appareils n'apportent pas dans l'administration du chloroforme de condition nouvelle.

Au contraire l'appareil de Roth, employé depuis peu dans les hôpitaux de Paris, fait respirer un mélange d'air, d'oxygène et de vapeurs de chloroforme.

Ce mélange paraît avoir des propriétés spéciales différentes de celles du mélange de chloroforme et d'air. La chloroformisation est régulière.

La coloration du sujet indique constamment une hématose parfaite.

Avec l'appareil, l'anesthésie, commencée avec dose normale, peut être continuée avec un dosage infime.

A tout instant de l'opération, la chute des gouttes peut être entendue et vue, le manomètre indique la quantité d'oxygène absorbée. Le bruit d'une soupape renseigne sur le fonctionnement de la respiration.

Le fonctionnement de l'appareil est facile.

Enfin le réveil est particulièrement simple et l'administration de l'oxygène pur le complète rapidement. Les suites paraissent très modifiées.

Comme on le voit d'après ces conclusions, M. Lucas-Championnière ne partage pas l'enthousiasme de ses collègues pour les nouveaux appareils; toutefois c'est à celui de Roth qu'il donnerait la préférence.

Contrairement à M. Lucas-Championnière, M. Reynier pense qu'on ne saurait faire table rase des expériences de Paul Bert, de Dastres, etc., sur l'action du chloroforme chez les animaux. C'est la lutte éternelle entre la clinique et l'expérimentation physiologique. Il y a, selon M. Reynier, une zone maniable chez l'homme, pour les mélanges d'air et de chloroforme, inférieure à 15 p. 100. Il est incontestable que le facteur humain reste dangereux et que le plus ou moins d'expérience du chloroformisateur joue un grand rôle dans la chloroformisation. Tous les chloroformes, il est vrai, ne donnent pas la même quantité de vapeur et ne sont pas à la même température. Mais M. Reynier a expliqué comment, dans ses expériences, il s'est mis à l'abri de ces causes d'erreurs.

Enfin M. Reynier préfère le mélange d'air et de chloroforme au mélange d'oxygène et de chloroforme, l'oxygène à ses yeux pouvant ne pas être sans danger.

A cela M. Lucas-Championnière répond qu'il est démontré depuis longtemps que l'oxygène n'est nullement dangereux, même chez les malades prédisposés aux congestions pulmonaires.

ANALYSES

MÉDECINE

Deux cas de goitre suppuré. (*Brit. med. Journ.*, 21 janv. 1905, p. 126.) — La suppuration d'un goitre simple est une complication exceptionnelle. Thomas Evans, dans le district où il exerce depuis de nombreuses années et où le goitre est assez fréquent, a eu l'occasion d'observer deux cas de suppuration de ce genre. Au cours des quelques recherches bibliographiques entreprises par lui, il n'a pu trouver aucun fait se rapportant à cette complication; pourtant, dans le *British medical Journal* du 15 octobre 1904, le docteur Arthur Wilkins signale un cas de goitre suppuré chez un vieillard de soixante-quatorze ans.

La première des deux observations de Thomas Evans est celle d'une femme de cinquante-quatre ans, mariée, sans enfants, habituellement bien portante mais atteinte d'un goitre simple. Elle fut prise, en janvier 1902, d'une attaque de vomissements avec douleurs lombaires. Au bout de quelques jours elle fut prise de frissons avec fièvre vespérale. Cet état fébrile se prolongeait depuis un mois environ, lorsqu'on s'aperçut que le goitre paraissait augmenter de volume tandis qu'à sa partie inférieure et gauche on pouvait noter un point douloureux avec rougeur des téguments. Cette rougeur s'accentua, en même temps que la tumeur présentait un point nettement ramolli : une incision permit d'évacuer une grande quantité de pus. La plaie mit plusieurs mois à s'oblitérer complètement, mais la tumeur thyroïdienne disparut complètement du côté où siégeait l'abcès. La malade avait recouvré son état de santé normal.

Dans un deuxième cas, il s'agissait d'un maître d'école, âgé de quarante-deux ans, porteur d'un goitre depuis de longues années. Il fut atteint, au mois de juillet 1903, d'une poussée fébrile, qui fut d'abord mise sur le compte de la grippe. Au bout de quinze jours environ, le goitre commença à présenter, au niveau du lobe gauche, un gonflement accompagné de rougeur de la peau et de sensibilité à la pression. Bientôt survint de la fluctuation : on dut inciser et drainer un abcès qui mit environ six mois à se cicatriser entièrement.

Dans ces deux observations, la suppuration du goitre fut unilatérale et les malades finirent par guérir complètement.

A. HOUSQUAINS.

La tuberculose au Japon. (*Amer. med.*, 7 janv. 1905.) — S. Kitasato, dans une étude sur la tuberculose humaine et la tuberculose bovine au Japon, tire cette conclusion que la tuberculose humaine est aussi répandue dans ce pays que dans les États civilisés d'Europe ou d'Amérique. La tuberculose intestinale primitive est assez fréquente aussi bien chez les adultes que chez les enfants, bien que, chez ces derniers, l'alimentation par le lait de vache ne joue aucun rôle. Il existe au Japon des contrées très étendues dans lesquelles, malgré l'existence endémique de la tuberculose humaine, le bétail est indemne de cette maladie.

Les habitants de ces régions ne consomment habituellement ni la chair ni le lait des bovidés : ce qui prouve que dans les conditions ordinaires la tuberculose humaine n'est pas transmissible aux bovidés, car il est certain que les chances de contagion ne doivent pas manquer. Les animaux indigènes paraissent très peu sensibles à la tuberculose. Il faut une inoculation massive, dans une veine, ou dans le péritoine, pour les rendre tuberculeux à un certain degré. Ils paraissent

réfractaires aux inoculations sous-cutanées. Au contraire, les animaux importés ou de race croisée sont très susceptibles d'être tuberculisés. A. HOUSQUAINS.

Le diagnostic radioscopique des anévrismes de l'aorte. (*Echo méd. du Nord.*, n° 4, 22 janvier 1905, p. 37.) — M. G. BÉDART vient d'apporter à la Société centrale de médecine du Nord (9 déc. 1904) quelques remarques sur le diagnostic radioscopique des anévrismes de l'aorte.

Il pense qu'il est encore difficile de toujours diagnostiquer par la seule radioscopie les anévrismes de l'aorte; car les lésions athéromateuses peuvent amener une élongation et un déplacement de la crosse aortique donnant des ombres suspectes sur l'écran.

De plus ces ombres pseudo-anévrismales peuvent coïncider avec d'autres symptômes communément observés dans l'anévrisme vrai de l'aorte; ce qui complique beaucoup le diagnostic, et impose beaucoup de réserves dans certains cas.

Quelquefois, au contraire, l'examen radioscopique impose immédiatement le diagnostic d'anévrisme, qu'il permet de déceler à un stade de son développement où il ne donne pas encore de signes cliniques. Souvent aussi, dans le cas d'anévrisme diagnostiqué, les rayons X produisent des résultats beaucoup plus précis sur le siège et la dimension de la lésion que les procédés d'exploration ordinaires, ils donnent toute facilité pour suivre les progrès ou les rémissions dans l'évolution plus ou moins rapide de la maladie et aident au pronostic.

Enfin les rayons X permettront aussi de diagnostiquer une simple élongation de l'aorte, chez un malade présentant les signes classiques de l'anévrisme de la crosse.

L. GAYARD.

CHIRURGIE

Sur la torsion du cordon spermatique. (Lacy FIRTH. *The Bristol med. chir. Journ.*, déc. 1904, p. 320.) — Dans cet article très complet sur la question, Firth donne d'abord une observation de torsion du cordon spermatique prise par lui pour une tuberculose du testicule. C'est à l'opération seulement qu'il reconnut être en face d'un testicule tordu sur lui-même d'un tour complet; la castration fut nécessaire. L'auteur reprend ensuite l'historique de la question puis son étiologie. Il montre que pour que l'accident se produise la persistance d'un mésotestis anormal est nécessaire. De plus l'ectopie inguinale de l'organe favorise sa torsion. Enfin il montre bien que les positions en inversion horizontale, inversion verticale et antéversion testiculaire sont les stades primitifs de la torsion testiculaire.

Celle-ci peut se produire sous l'influence d'un coup, d'un effort; mais elle peut survenir spontanément, même pendant le sommeil.

Firth indique ensuite les lésions observées et signale les deux formes cliniques : forme aiguë d'emblée, forme d'abord chronique, de la torsion testiculaire.

Le diagnostic de cette affection fréquente, mais encore mal connue et presque toujours méconnue, est difficile. On peut songer à une hernie irréductible, étranglée, plus encore à l'étranglement ou l'orchite d'un testicule en ectopie inguinale. Il met en doute la fréquence de ces deux dernières et pense que presque tous les cas concernent des torsions testiculaires méconnues.

Enfin il signale l'existence démontrée de l'infarctus testiculaire sans torsion et la presque impossibilité du diagnostic.

Le pronostic de l'affection est grave quant à l'organe puisque, si quelques cas guérissent par détorsion spontanée ou provoquée, la plupart des cas entraînent soit la castration, soit la fonte du testicule par suppuration, soit son atrophie.

Suivant les cas, on mettra en pratique une des méthodes de traitement suivantes :

1° Détorsion par taxis;

2° Détorsion à travers une incision;

3° Détorsion avec fixation du testicule dans le scrotum, après la transplantation de l'organe ectopié;

4° La castration immédiate ou secondaire. M. LANCE.

Traitement du moignon dans l'appendicectomie. (SEELIG. *Annals of surgery,* nov. 1904.) — L'auteur est d'avis que, dans les cas aigus aussi bien que dans les cas opérés à froid, la technique la plus rationnelle consiste en une ligature simple de l'appendice suivie d'une cautérisation. La méthode qui consiste, après résection et ligature de l'appendice, à invaginer le moignon au moyen de sutures de Lembert passées dans le péritoine cæcal, doit être regardée comme infidèle et dangereuse. En effet le pédicule se trouve inclus dans la paroi cæcale et non dans la cavité intestinale : si la cautérisation n'a pas été parfaite, le tissu infecté se trouve placé en cavité close; si même la désinfection a été parfaite, l'exsudat qui se produit inévitablement est circonscrit dans des conditions telles que la formation d'un abcès est toujours à craindre.

Lorsque le moignon n'est pas ligaturé mais simplement retourné dans la cavité cæcale, le patient est exposé à deux dangers des plus sérieux : la péritonite, par libre communication entre le champ opératoire et le cæcum, et l'hémorragie secondaire. Le fait anatomique du passage fréquent de l'artère appendiculaire dans la paroi de l'appendice doit être pris en sérieuse considération. M. Seelig s'efforce d'établir, par des preuves cliniques et expérimentales, que les objections faites à sa méthode (ligature simple suivie de cautérisation) ne peuvent se soutenir en présence des résultats obtenus.

Il s'élève notamment contre cette assertion que la perforation peut se produire après la ligature simple du moignon, car, pendant une période de deux ans et demi, il n'a pas observé une seule fois cet accident, malgré le grand nombre de malades opérés.

A. HOUSQUAINS.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Contribution à l'étude des voies suivies par les agents infectieux de l'organisme. (XIVe Congr. de méd. int., Rome 24-27 octobre 1904.) — G. BOERI (de Naples) a pratiqué un grand nombre d'expériences dont il tire les conclusions suivantes :

Si l'on vient à introduire des bactéries dans le tissu conjonctif sous-cutané, et vraisemblablement dans d'autres tissus, elles arrivent au torrent circulatoire par l'intermédiaire exclusif des lymphatiques. Si en effet on empêche la lymphe de se déverser dans le sang en créant une fistule du canal thoracique, et qu'on recueille heure par heure la lymphe qui en découle jusqu'à la mort de l'animal, on retrouve des bacilles injectés en quantités extraordinaires; le sang au contraire reste constamment stérile. De petites quantités de bactéries seulement demeurent à l'intérieur des lymphatiques et ne parviennent pas au canal thoracique. Par contre, les bactéries injectées dans le torrent sanguin se retrouvent naturellement en grandes quantités dans le sang alors qu'il n'en existe jamais dans la lymphe retirée du canal thoracique.

Il s'ensuit que, au moins en ce qui concerne les bactéries, les deux circulations lymphatique et sanguine représentant deux systèmes absolument fermés et distincts; pour mieux dire il n'y a communication que du premier avec le second, et cette communication n'a lieu que par l'abouchement des gros troncs collecteurs lymphatiques dans les sous-clavières, les deux réseaux capillaires respectifs restant sans communication aucune.

On peut en conclure que si les lymphatiques exercent une action de retard ou d'arrêt sur la progression des bactéries vers le torrent sanguin, cette action ne s'exerce que sur de petites quantités de bactéries. On peut en conclure d'autre part que les lymphatiques représentent vis-à-vis des bactéries la voie peut-être unique, et largement ouverte par où d'un point quelconque de l'organisme elles parviennent au sang. Ce n'est que dans la période préorganique que les bactéries peuvent vaincre les barrières qui séparent les deux réseaux lymphatique et sanguin.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'ophtalmie phlycténulaire par la levure de bière. (E. GINESTOUS. *Gaz. hebd. des sc. méd., de Bordeaux,* 15 janv. 1905.) — M. Ginestous a traité, depuis le mois d'octobre 1904, 25 malades atteints d'ophtalmie phlycténulaire par la levure de bière sèche. Sans négliger le traitement local habituel, atropinisation, pommades à l'oxyde jaune, etc., l'auteur a institué le traitement interne par la levure de bière. Chaque fois une amélioration très notable s'est aussitôt produite et même, dans certains cas, l'affection qui paraissait rebelle au traitement local seul n'a rétrocédé et guéri qu'au moment où la levure de bière a été ajoutée à la médication.

Chez l'adulte, M. Ginestous prescrit la levure de bière sèche à la dose quotidienne de 4 grammes, pris en deux cachets au commencement de chacun des principaux repas. Chez l'enfant il fait délayer la levure dans une faible quantité de lait, et il abaisse la dose quotidienne à 2 grammes.

Même si l'on admet que la levure de bière n'est qu'un adjuvant de la thérapeutique locale, il était logique de l'essayer, la levure de bière agissant surtout sur les affections staphylococciques, dont l'ophtalmie phlycténulaire est précisément un exemple (Michel).

L. GAYARD.

LIVRES NOUVEAUX

Leçons cliniques de chirurgie infantile (1), par A. BROCA, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Ce livre est destiné à compléter une première série de leçons qu'à déjà publiées M. Broca; elles ont été pour la plupart faites à la clinique Baudelocque.

Chaque clinique est une étude complète et absolument à jour d'un sujet intéressant la pathologie infantile. Nous voyons successivement traiter : les pseudo paralysies syphilitiques des nouveau-nés; la syphilis héréditaire tardive des os, la syphilis articulaire du genou; la syphilis du voile du palais; les signes de début du mal de Pott, le diagnostic de cette affection avec la coxalgie, les hydarthroses tuberculeuses du genou, les arthropathies des hémophiles, les ostéomyélites prolongées, les ostéomyélites typhiques, la tuberculose testiculaire de l'enfant, les kystes du cordon, les hernies inguinales avec ectopie testiculaire extra-inguinale, les abcès péripharyngiens, les ganglions symétriques des extrémités, les mastoïdites des nourrissons, les appendicites chroniques avec symptomatologie grave. Dans un chapitre particulièrement intéressant, l'auteur montre les déplorables résultats que l'on obtient par la résection de la hanche et surtout du genou chez les enfants.

On voit, par cette énumération, la grande variété des questions traitées par M. Broca, nous devons ajouter qu'il a eu l'heureuse idée de faire précéder chaque clinique d'un résumé rapide des points qu'il va développer; ce qui en facilite beaucoup la lecture.

Signalons enfin les nombreuses figures personnelles et les radiographies qui illustrent le texte, fort luxueusement édité par la maisson Masson.

ÉTIENNE LE SOURD.

(1) In-8°. Prix : 10 francs. — Paris, Masson et Cie.

La neurasthénie étudiée aux points de vue médical, philosophique et social (1), par H. NUWENDAM, préparateur assistant de physique médicale.

On ne saurait contester que cet opuscule soit excessivement moral et propre à encourager les vertus familiales. L'auteur y expose successivement l'étiologie de la neurasthénie, ses manifestations et enfin le traitement physique et moral.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 6 AU 11 FÉVRIER 1905)

THÈSES

Mercredi 8 février 1905. — M. LAPEYRE. Des bulles osseuses de la tête du cornet moyen et des infections de ces bulles. (MM. Lannelongue, président; Landouzy, Achard et Mauclaire.) — M. MOURNIAC. Du traitement des paralysies diphtériques tardives par les injections de sérum antidiphtérique. (MM. Landouzy, président; Lannelongue, Achard et Mauclaire.) — M. HUMERY. Un dernier mot sur la thériaque. (MM. Landouzy, président; Lannelongue, Achard et Mauclaire.) — M. BEAUQUEY. De la vaccination chez les nouveau-nés. (MM. Pinard, président; Brissaud, Teissier et Potocki.) — M. BONNIOT DE RUISSELET. Dangers de la révulsion par la médication cantharidienne. (MM. Brissaud, président; Pinard, Teissier et Potocki.)

Jeudi 9 février 1905. — M. GANDON. Essai sur la pathogénie du pouls lent permament [maladie de Stoks Adams]. (MM. Debove, président; Joffroy, Dupré et Jeanselme.) — M. DUCŒUR-JOLY. Alcoolisme chronique avec démence et paralysie générale. (MM. Joffroy, président; Debove, Dupré et Jeanselme.) — M. NANCEL-PENARD. Les épithéliomes de la face et la radiothérapie. (MM. Joffroy, président; Debove, Dupré et Jeanselme.) — M. DELACROIX. Contribution à l'étude clinique de la leucémie aiguë lymphatique. (MM. Dieulafoy, président; Le Dentu, Berger et Thiroloix.) — M. GAILLARD. Des cylindres urinaires; valeur séméiologique et pronostique. (MM. Dieulafoy, président; Le Dentu, Berger et Thiroloix.) — M. DESCHAMPS. Du catgut : catgut antiseptique, catgut aseptique. (MM. Le Dentu, président; Dieulafoy, Berger et Thiroloix.) — M. PORRE. De la gastrostomie et en particulier du procédé par torsion. (MM. Berger, président; Dieulafoy, Le Dentu et Thiroloix.)

(1) In-18 de 48 p. Prix : 1 fr. 25. — Paris, F. R. de Rudeval.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

ÉRYTHÈME POLYMORPHE

[*Fin* (1).]

Symptômes subjectifs. — *Troubles hyperalgésiques* de localisation variable : α. *au niveau de l'éruption* : prurit, brûlure, picotements plus ou moins intenses ; douleur à la pression des nodosités. Ces troubles sont surtout intenses dans l'érythème noueux et l'hydroa de Bazin ; β. *aux articulations* : 1° *Arthralgies*, siégeant d'ordinaire aux grandes jointures, nettement symétriques, sans rapport avec l'éruption, surtout quand l'éruption se constitue ; 2° *Localisations fluxionnaires* dans les tissus et les bourses séreuses péri-articulaires ; γ. Douleurs vagues dans la continuité des membres (*mélalgies*) ; δ. *Névralgies* sous-orbitaires, intercostales, etc., exceptionnelles.

Les arthralgies, surtout accentuées dans l'érythème noueux, sont, d'une façon générale, très fréquentes dans l'érythème polymorphe ; aussi certains auteurs ont-ils considéré celui-ci comme une manifestation du rhumatisme. En réalité, celui-ci peut simplement le produire, comme tout autre état infectieux, soit directement, soit par l'intermédiaire d'une infection secondaire ou d'une intoxication médicamenteuse.

Symptômes généraux et viscéraux. — *Fièvre* cesse à cette période ou continue avec des types différents. *Etat général* d'ordinaire bon ; parfois très atteint, typhoïde.

L'infection qui cause l'érythème polymorphe ou des infections surajoutées peuvent déterminer des *localisations viscérales* diverses : *pleuro-pulmonaires* : pneumonie ou broncho-pneumonie chez tuberculeux ou emphysémateux, pleurésie ; *cardio-vasculaires* : arythmie, tachycardie, souffles valvulaires, phlébite ; *hépatiques* et *spléniques* ; *rénales* : oligurie, polyurie, albuminurie, hématurie ; *gastro-intestinales* : colite, entérite.

ÉVOLUTION. — Les diverses éruptions de l'érythème polymorphe se font d'ordinaire par poussées successives, qui, dans leur ensemble, durent de deux à six semaines, et même davantage. Elles peuvent récidiver à des dates périodiques ou non.

On remarque d'ordinaire une courte desquamation au niveau des éléments éteints.

DIAGNOSTIC. — En général facile ; se pose parfois avec : les *rashs varioliques* (mais l'apparition de l'éruption variolique vient lever les doutes); certaines *nodosités d'origine syphilitique ou lépreuse* (évolution et marche des lésions, autres symptômes objectifs, commémoratifs); l'*herpès*, la *dysidrose*, le *pemphigus vrai* ; la *dermatite polymorphe douloureuse*, que d'ailleurs de nombreux faits de passage unissent à l'érythème polymorphe ; la plupart des cas d'hydroa de Bazin doivent, d'après Brocq, y rentrer ; les *érythèmes papuleux fessiers post-érosifs* de Jacquet. L'hydroa bucco-labial simule les *plaques muqueuses*.

L'érythème noueux doit parfois être distingué d'avec : les *gommes syphilitiques ou tuberculeuses* (évolution lente et indolore vers le ramollissement); les *nodosités rhumatismales* (pas érythémateuses); les *nodosités phlébitiques* (état variqueux, évolution lente); les *nodosités des paludéens* (passagères, intermittentes, aux mains et au visage ; chez les paludéens); les *nodosités iodiques* (plus profondes, sans réaction fébrile, commémoratifs, disparition rapide dès qu'on cesse la médication iodurée) ; l'*érythème induré des jeunes filles* (chez les jeunes scrofuleuses, longue évolution indolore).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Rien de particulier. On trouve aux points atteints les lésions ordinaires de l'inflammation avec dilatation des vaisseaux, exsudation de sérosité et de leucocytes, modifications consécutives de l'épiderme expliquant la desquamation.

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE. — Conditions étiologiques variables et multiples. On distingue :

1° ERYTHÈME POLYMORPHE DE CAUSE EXTRINSÈQUE : α. par l'ingestion de *substances alimentaires ou médicamenteuses*, antipyrine, nitrate d'argent, arsenic, sérums, etc. ; β. par l'action d'*agents physiques* : froid.

2° ERYTHÈME POLYMORPHE DE CAUSE INTRINSÈQUE : α. *Erythèmes symptomatiques* d'une infection évidente : rhumatisme, diphtérie, choléra, fièvre typhoïde, pneumonie, blennorragie, puerpéralité, endocardites infectieuses, tuberculose, syphilis (période secondaire), lèpre. Ces infections agissent par elles-mêmes, par infection surajoutée ou par intoxication médicamenteuse ; — β. *Erythèmes dits infectieux primitifs*, où l'éruption domine et la nature de l'infection demeure inconnue.

Toutes ces causes sont favorisées par la *prédisposition individuelle*, l'*âge peu avancé*, le *sexe féminin*.

On admet généralement que l'agent générateur des érythèmes polymorphes agit par l'intermédiaire des nerfs vaso-dilatateurs ; on a même considéré ces affections comme des *angionévroses*. On peut aussi invoquer, avec Leredde, une action directe des toxines sur les parois vasculaires et les cellules des tissus.

PRONOSTIC. — L'érythème polymorphe est par lui-même bénin ; les sensations prurigineuses et douloureuses sont parfois fort pénibles.

Mais le pronostic dépend surtout des symptômes infectieux et des manifestations viscérales qui accompagnent l'infection.

TRAITEMENT. — Toujours purement symptomatique.

Traitement général. — Régime alimentaire sévère. Désinfection gastro-intestinale. Médicaments vaso-moteurs (Brocq), et surtout quinine, qui est en même temps antithermique. Relever l'état général (huile de foie de morue, arsenic, ferrugineux, etc.). Iodure de potassium dans l'érythème noueux seulement.

Traitement local. — Repos horizontal ; médication antipruritique, etc.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 10, p. 119.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 14. — SAMEDI 4 FÉVRIER 1905. 78e ANNÉE. SAMEDI 4 FÉVRIER 1905. — N° 14.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
De l'entérocolite des pays chauds, par M. A. Thiroux.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de chirurgie : Eloge de *Photinos Panas* (*1832-1903*), par M. Paul Segond.
FORMULAIRE
LIVRES NOUVEAUX
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Internat.* — **Anatomie.** — Séance du 1er février 1905 : MM. Hautefort, 12; Giraudeau, Chastagnol et Glénard, 11; Maymou, 10; Lamy, 9; Bouche et Lamarre, 8; Waty, 7; Loyer, Ancibure et Keller, 5; Brisset des Nos, 1.

Séance du 3 février 1905 : MM. Eliot, 14; Farvy, 12; Chenier, Deroïde et Becus, 11; Lyon-Caen, 10; Brulé, Dubosc et Clunet, 9; Graux et Vernes, 7; Plivard, 1.

ASILES DE LA SEINE. — Le concours d'internat en pharmacie s'est terminé par la nomination de MM. Guillevic, Mauferon et Allamagny.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. Bordas, chef du service des laboratoires au ministère des finances, professeur suppléant au Collège de France, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

GUERRE. — Ont été nommés médecins principaux de réserve MM. Amouretti et Julien-Laferrière, médecins principaux de la marine en retraite.

MARINE. — M. le médecin-major de première classe Devaux, du 7e d'infanterie coloniale, a été désigné pour servir en Indo-Chine.

— M. le médecin de première classe Lallemant est désigné pour embarquer sur le *Vautour* (station de Constantinople).

— Ont été nommés au grade de médecin de troisième classe MM. les élèves du service de santé de la marine, reçus docteurs en médecine, Bellot, Dufranc, Giraud et Corolleur.

— M. le médecin de deuxième classe Le Feunteun, du port de Brest, est designé pour aller servir à la prévôté de l'île de Sein (emploi vacant).

Ve CONGRÈS PÉRIODIQUE INTERNATIONAL D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE (*Saint-Pétersbourg, 11-18 septembre 1905*). — Nous recevons la communication suivante :

« La Société internationale d'obstétrique et de gynécologie a fixé le lieu de réunion du Ve Congrès à Saint-Pétersbourg. Le comité d'organisation de ce congrès, institué sous la présidence de M. le professeur Dmittri de Ott et ayant pour membres tous les professeurs et représentants des écoles supérieures d'obstétrique et de gynécologie de la Russie, a décidé que ledit congrès se tiendra du 11 au 18 septembre 1905.

En faisant part de cette décision, le comité d'organisation a l'honneur de s'adresser à toutes les personnes qui s'intéressent au progrès de l'obstétrique et de la gynécologie en les priant de vouloir bien participer aux travaux du congrès. Le comité veut espérer que le Ve Congrès d'obstétrique et de gynécologie, tenu dans la capitale de la Russie, sera aussi nombreux que les congrès précédents, et il s'est imposé l'agréable tâche de faire son possible pour favoriser aux hôtes étrangers leur voyage en Russie, et de rendre plein d'intérêt et d'agréments leur séjour dans ce pays. Nos hôtes auront lieu de se féliciter de la sympathie la plus vive et d'un accueil cordial qui leur sont garantis d'avance vu l'auguste patronage du congrès par Sa Majesté l'empereur.

Eu égard au caractère internationnal du congrès et afin de faciliter aux adhérents au congrès leur éminent concours aux travaux de ce dernier, le comité a décidé de remplacer, pour les rapports et les débats du congrès, le choix d'une seule langue officielle par l'admission de toutes les langues européennes.

Les questions qui seront posées à l'ordre du jour du congrès, sont les suivantes :

1° La voie vaginale dans l'accouchement et dans la gynécologie;

2° De l'accouchement forcé;

3° Le traitement chirurgical des fibromyomes utérins;

4° L'appréciation comparée de différentes méthodes du traitement opératoire des rétro-déviations de l'utérus. »

Le secrétaire général est M. le docteur P. Sadovsky (Saint-Pétersbourg, persp. Newsky, 90) et le trésorier du Comité M. le professeur A. Zamchine (Saint-Pétersbourg, Wassili-Ostrow, vis-à-vis de l'Université, 3). La souscription est de 5 roubles par personne.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Voyages circulaires à itinéraires facultatifs sur le réseau P.-L.-M. — La Compagnie délivre toute l'année, dans toutes les gares, des carnets individuels ou de famille pour effectuer en 1re, 2e et 3e classes, des voyages circulaires à itinéraires tracés par les voyageurs eux-mêmes, avec parcours totaux d'au moins 300 kilomètres. Les prix de ces carnets comportent des réductions très importantes qui peuvent atteindre, pour les carnets de famille, 50 p. 100 du tarif général.

La validité de ces carnets est de : 30 jours jusqu'à 1 500 kilomètres; 45 jours de 1 501 à 3 000 kilomètres; 60 jours pour plus de 3 000 kilomètres. Elle peut être prolongée deux fois de moitié moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix du carnet. — Arrêts facultatifs à toutes les gares situées sur l'itinéraire.

Pour se procurer un carnet individuel ou de famille, il suffit de tracer sur une carte, qui est délivrée gratuitement dans toutes les gares P.-L.-M., les bureaux de ville et les agences de voyages, le voyage à effectuer, et d'envoyer cette carte 5 jours avant le départ à la gare où le voyage doit être commencé, en joignant à cet envoi une consignation de 10 francs. Le délai de demande est réduit à 2 jours (dimanches et fêtes non compris) pour certaines grandes gares.

REVUE GÉNÉRALE

DE

L'ENTÉRO-COLITE DES PAYS CHAUDS

Par A. THIROUX,

Médecin-major de première classe des troupes coloniales.

I

Les auteurs anglais, allemands et hollandais ont décrit dans les régions intertropicales sous le nom de sprue ou spruw, une affection qui correspond à notre diarrhée chronique des pays chauds ou à notre diarrhée de Cochinchine.

Ils insistent beaucoup sur un symptôme qui a été peu étudié et considéré comme tout à fait secondaire par les médecins français, nous voulons parler de ces petits ulcères spéciaux (ulcère molaire de Crombie) que l'on rencontre dans la bouche des malades atteints de diarrhée chronique. On désigne même souvent chez nos voisins la diarrhée chronique sous le nom d'aphtes tropicaux : *aphtæ tropicæ*. Nous ne discuterons pas ici l'opportunité de cette terminologie à laquelle on peut cependant reprocher de prendre un peu trop la partie pour le tout. Nous devons reconnaître que les auteurs étrangers ont eu le plus grand mérite à mettre en lumière la valeur diagnostique des aphtes tropicaux, néanmoins nous nous refusons à leur attribuer une valeur supérieure à celle d'un symptôme.

Les ulcères de Crombie se retrouvent d'ailleurs dans des affections intestinales qui loin d'être caractérisées par de la diarrhée sont au contraire accompagnées de constipation et nous pensons qu'il est tout à fait artificiel de considérer qu'il y a une forme de diarrhée chronique caractérisée par de la constipation. Remplacer le terme de diarrhée chronique par celui de sprue, cela peut permettre d'éviter une antithèse qui semble contraire au bon sens, mais cela ne résout pas la question.

Nous nous occuperons ici de cette affection très commune dans les pays chauds, caractérisée par de la constipation et des aphtes buccaux, que Manson a rapprochée de la diarrhée chronique et qu'il a appelée sprue avec constipation. Cette maladie, à notre avis, se confond presque avec l'entéro-colite pseudo-membraneuse de nos pays, mais elle présente sous forme d'aphtes buccaux un symptôme particulier qui n'a jamais été observé dans les régions tempérées, aussi pour la séparer bien nettement de la diarrhée chronique et de la dysenterie, et sans que dans notre esprit, cette appellation rappelle en rien celle sous laquelle Bertrand et Fontan ont tenté de réunir ces deux dernières affections, proposerons-nous de l'appeler entéro-colite des pays chauds, par analogie avec l'entéro-colite des régions tempérées, dont elle est la proche parente.

Nous désirons attirer l'attention sur cette maladie que nous avons souvent observée chez les Européens aux Antilles et en Afrique, aussi bien sur la côte occidentale que sur la côte orientale, maladie dont Gaide (1) a également signalé la fréquence à Jadoz (Chine), et qui, à notre avis, a été insuffisamment décrite jusqu'à présent.

C'est une affection de très longue durée, à manifestations cliniques peu apparentes. Elle fait suite, en général à une maladie infectieuse et le paludisme peut être dans bien des cas incriminé comme cause déterminante.

Chez les enfants, les maladies éruptives sont souvent la cause d'entéro-colites, et chez eux le régime hydrique absolu est le meilleur moyen d'éviter cette suite grave des affections éruptives.

Le premier symptôme qui se manifeste est généralement une congestion du canal intestinal en entier ainsi que des glandes annexes et du foie en particulier avec très souvent fièvre continue. Le plus fréquemment, cet état est, dans les pays chauds, rapporté au paludisme. Se trouve-t-on dans ce cas en présence de l'élément malarien, et l'entéro-colite sous les tropiques est-elle une conséquence de la malaria? Nous croyons, pour notre part, que la chose est possible, car en dehors des phénomènes réactionnels bien connu que provoque le paludisme sur le foie et l'intestin, il n'est pas impossible que l'hématozoaire ait une action directe soit par lui-même, soit par ses toxines, sur les épithéliums intestinaux.

Quoi qu'il en soit, l'entéro-colite semble bien toujours succéder à une maladie infectieuse.

Après la période fébrile, le malade semble se remettre c'est alors qu'apparaissent les premiers, symptômes intestinaux. Le malade est atteint d'une constipation opiniâtre, souvent interrompue par des débâcles diarrhéiques plus ou moins abondantes. Au cours de ces débâcles il y a fréquemment rejet de matières pseudo-membraneuses, tout comme dans l'entéro-colite des régions tempérées que l'on appelle quelquefois pour cette raison entérite croupale.

L'émission de ces matières ne se produit pas d'une manière continue, et quoiqu'on l'observe toujours, au cours de l'entéro-colite des pays chauds, elle affecte plutôt un caractère intermittent.

Les matières pseudo-membraneuses peuvent consister en un petit flocon muqueux, quelquefois légèrement sanguinolent, elles peuvent aussi entourer les matières fécales et surtout les scyballes dures d'une sorte de gaine glaireuse. Il arrive enfin qu'elles sont rejetées en grande quantité à la fois. Il semblerait alors que l'intestin s'est dépouillé tout d'un coup de tout son épithélium. Ces grandes évacuations de mucosités striées de sang effraient beaucoup les malades, elles succèdent le plus souvent à l'administration inopportune de purgatifs, et particulièrement des purgatifs drastiques.

Le plus fréquemment les selles ne sont pas homogènes, et la constipation étant le régime ordinaire du malade, la première partie des matières fécales est dure, et la dernière portion pâteuse ou plus ou moins liquide, ressemblant à une crème que l'on aurait versée sur la première partie plus solide des fèces. Dans ces selles on retrouve souvent des aliments non digérés, ce sont de petits filaments que l'on pourrait prendre pour de tout petits helminthes et qui sont constitués par des fibres musculaires incomplètement digérées, ce sont des morceaux de légumes entiers et parfaitement reconnaissables.

On peut aussi remarquer que les selles sont amincies, les matières moulées n'ayant plus que le volume du doigt, soit par suite d'un état spasmodique, soit par suite d'une sclérose et d'une véritable décalibration de l'intestin.

(1) Gaide. Contribution à l'étude de l'entéro-colite muco-membraneuse aux colonies, *Ann. d'hyg. et de méd. coloniales*, 1904, p. 206.

La décalibration intestinale par sclérose est-elle une conséquence de l'entéro colite des pays chauds? La question est difficile à résoudre, parce que l'on a rarement l'occasion de faire l'autopsie d'un malade atteint d'entéro-colite, ou plutôt parce que chez les malades atteints de cette affection qui meurent d'une maladie quelconque, mais non de leur entéro-colite, l'attention du médecin peut n'être pas attirée d'une façon particulière sur l'intestin.

Néanmoins, nous nous souvenons avoir observé dans certaines autopsies, et en particulier à la Martinique, des gros intestins durs, sclérosés, rétractés sur eux-mêmes en corde, et dont la lumière permettait à peine le passage d'un crayon. Nous pensons que ces intestins appartenaient à des malades atteints d'entéro-colite et morts d'affections intercurrentes quelconques.

D'autres fois, principalement lorsque le malade use d'une façon quotidienne de l'entéroclysme, les débâcles cessent de se produire, les selles deviennent uniformément dures, composées de scyballes, et la constipation est telle que le malade ne va plus à la garde-robe qu'au moyen de lavages intestinaux.

Dès le début de la maladie et avec la constipation l'on voit apparaître des hémorroïdes. Ces hémorroïdes à notre sens, et contrairement à l'opinion émise par quelques-uns des auteurs qui ont traité la question de l'entéro-colite sont une conséquence et non une cause de l'affection; elles sont dues à la compression des troncs veineux abdominaux par l'intestin distendu, par les matières fécales ou les gaz produits par les fermentations intestinales.

En même temps que les irrégularités des selles, se montrent des désordres digestifs, le malade se plaint de digestions difficiles, de somnolence après les repas, de ballonnement, la plupart du temps il présente un point douloureux sous-costal, qu'il faut bien se garder, lorsqu'il siège à droite, de prendre pour un point hépatique, cette confusion est d'autant plus facile qu'il y a souvent irradiation à l'épaule droite et qu'on observe même quelquefois la douleur en bretelle décrite par Bertrand et Fontan dans la congestion et dans l'abcès du foie.

La douleur sous-costale est due à la rétention des gaz dans l'anse que forment le côlon ascendant et le côlon transverse. On peut se rendre compte par la palpation chez les malades, chez lesquels elle existe, que le cæcum se vide mal, qu'il est dilaté par des gaz et renferme souvent des scyballes.

Le point douloureux sous-costal disparaît subitement, quelquefois à la suite d'un changement de position, d'autres fois, il disparaît à droite pour réapparaître à gauche. La douleur est parfois tellement vive qu'elle oblige le malade à garder certaines positions ou certaines attitudes tant que les gaz n'ont pas trouvé une issue.

Les phénomènes gastriques se manifestent en même temps par des renvois gazeux et l'on observe du pyrosis après les repas.

Le foie participe au processus morbide, sans manifestations extérieures bien sensibles. Congestionné et plutôt hypertrophié au début — ce qui a fait dire à certains auteurs, qui n'ont observé l'affection qu'à la période aiguë, et à Gaide en particulier, que l'entéro-colite était presque toujours accompagnée de congestion hépatique — il semble au cours de la maladie se rétracter et subir la dégénérescence atrophique. *Les malades atteints d'entéro-colite des pays chauds ne sont jamais porteurs de gros foie*, à moins qu'ils ne soient en même temps paludéens et tout à fait au début de l'entéro-colite. La sécrétion hépatique est chez eux ralentie, quelquefois même, momentanément, presque complètement abolie et la couleur des selles peut varier chez le même malade avec l'intensité du flux biliaire depuis la teinte blanc sale jusqu'à la coloration noire ou vert foncé.

L'insuffisance constante du flux biliaire dans l'entéro-colite est en grande partie la cause des fermentations intestinales, cependant les auteurs ne sont pas d'accord au sujet de l'étiologie de l'affection, certains pensent que ce sont les troubles hépatiques qui jouent le rôle principal, d'autres pensent que les troubles intestinaux prédominent. Il y a tout lieu de croire que, quelle que soit l'origine de l'affection, les lésions sont liées les unes aux autres et forment un cercle fermé, duquel le médecin ne peut que très difficilement faire sortir son malade. Le foie ne déverse plus dans l'intestin la bile nécessaire pour empêcher les toxines dues aux fermentations anormales de se former et ces toxines viennent elles-mêmes intoxiquer le foie et aggraver son insuffisance sécrétoire.

Chez les malades, atteints d'entéro-colite, malgré la constipation, la langue est toujours propre et luisante, les sujets atteints ne présentent jamais une langue saburrale, il semble que la réaction symptomatique de l'embarras gastrique soit chez eux complètement abolie, mais par contre, on trouve, et cela spécialement dans les pays chauds, ces aphtes buccaux qui existent également dans la diarrhée chronique et dont nous avons déjà parlé au début de cette étude.

Les aphtes tropicaux ou ulcères molaires de Crombie siègent sur la muqueuse linguale ou buccale; on les observe le plus souvent dans le voisinage du frein de la langue ou, comme leur nom l'indique, sur la muqueuse buccale au voisinage des molaires. Ils ressemblent parfois, à s'y méprendre, à des plaques muqueuses. On ne saurait trop mettre en garde les médecins qui exercent aux colonies contre une semblable confusion, les ulcères de Crombie ou aphtes tropicaux pouvant être traités comme des accidents syphilitiques au grand détriment du malade, dont le canal intestinal, déjà en mauvais état, est encore détérioré par la médication spécifique. Cette confusion est d'autant plus facile que les malades qui viennent trouver le médecin vaquent à leurs occupations et ne se plaignent que de phénomènes peu bruyants : constipation et gastralgie, que le médecin est trop souvent porté à considérer à tort comme négligeables et imputables à la neurasthénie.

Dans les pays chauds, on devra donc être très prudent quand il s'agira de faire un diagnostic de syphilis basé seulement sur des accidents buccaux. En dehors d'une certitude acquise par les commémoratifs, ou par la présence d'autres accidents concomitants, on devra réserver son diagnostic et rechercher les signes de l'entéro-colite s'il y a lieu.

En dehors des lésions et des troubles fonctionnels du canal intestinal, il existe, dans l'affection qui nous occupe, d'autres symptômes très utiles à connaître pour le médecin.

Le teint devient plus ou moins terreux, l'amaigrissement peut s'observer, mais il n'est pas constant. Les malades se plaignent en général de lassitude, de difficulté dans le travail, la perte de la mémoire est très marquée, sans pourtant que l'intellectualité des sujets baisse sensiblement.

A ces troubles se joignent des troubles psychiques, les malades deviennent irritables, agressifs, misanthropes, et c'est le plus souvent à l'entéro-colite, fréquemment insoupçonnée d'ailleurs, que l'on doit attribuer les psychoses que l'on a désignées sous le nom de colonite ou de soudanite.

L'asthénie nerveuse domine souvent à ce point la scène, qu'en présence d'une simple constipation, jointe à des phénomènes neurasthéniques assez importants, le médecin attribue l'état intestinal à l'état nerveux. Peut-on dire d'une façon absolue que ce soit le contraire qui soit exact?

La vérité est qu'il se passe là ce qui se passe pour le foie, la cellule nerveuse est intoxiquée par les produits d'une digestion anormale, et le résultat de cette intoxication se traduit par un trouble des fonctions viscérales du système nerveux, trouble qui aggrave la situation et augmente les sécrétions toxiques.

Aussi, chaque fois que l'on a affaire dans les pays chauds, à un malade présentant des troubles d'asthénie nerveuse, devra-t-on toujours s'informer avec soin de l'état de son intestin, et ne pas se contenter, ce que l'on a trop de propension à faire, de lui prescrire quelques doses de bromure.

II

Diagnostic différentiel. — L'entéro-colite des pays chauds sera difficilement confondue avec une autre affection, les alternances de diarrhée et de constipation, ou la constipation absolue, le rejet des membranes diphtéroïdes, les aphtes buccaux et les symptômes nerveux et psychiques suffiront dans la majorité des cas pour faire le diagnostic. Il importe néanmoins de ne pas prendre pour des douleurs d'origine hépatique, les douleurs sous costales lorsqu'elles siègent à droite. L'examen du foie permettra dans l'entéro-colite de se rendre compte que la glande hépatique n'est pas hypertrophiée et que la douleur est purement intestinale, le caractère erratique de cette douleur sera un argument de plus en faveur de son origine intestinale.

On aura soin de ne pas confondre les aphtes buccaux avec des accidents syphilitiques, et enfin de ne pas se laisser entraîner à traiter les malades atteints d'entéro-colite des pays chauds comme des neurasthéniques; il faut, en effet, surtout éviter de méconnaître l'affection, dont les accidents, n'obligeant pas le malade à s'arrêter, passent pour cette raison si souvent inaperçus.

III

Pronostic. — Le pronostic de l'entéro-colite des pays chauds n'est pas immédiatement grave; la maladie est longue, elle dure plusieurs années, mais si le malade n'est pas rapatrié, et soumis à un régime sévère, son état général devient de plus en plus mauvais et aboutit à une cachexie assez semblable à celle que présentent les malades atteints de dysenterie chronique.

Comme dans la plupart des cachexies, le malade succombe le plus fréquemment à une affection intercurrente, qu'il contracte d'autant plus facilement qu'il est plus vulnérable, et à laquelle son état général ne lui permet pas de résister.

IV

Traitement. — L'entéro-colite des pays chauds a été peu étudiée jusqu'à présent, c'est dire que le traitement rationnel en est peu connu.

On a préconisé les grands lavages intestinaux journaliers et il est incontestable que si ce moyen thérapeutique ne guérit pas le malade, il lui permet au moins d'éviter en partie l'intoxication due à la rétention des matières fécales. C'est un moyen palliatif.

Les purgatifs ne peuvent être prohibés d'une façon absolue, néanmoins ils fatiguent l'intestin et on ne devra en faire usage qu'avec la plus grande prudence, on devra surtout s'abstenir d'user des purgatifs drastiques, qui, ainsi que nous l'avons vu, peuvent amener une brusque desquamation de tout l'épithélium intestinal et augmenter l'inflammation des voies digestives.

On devra rechercher à combattre la constipation au moyen du régime plutôt qu'au moyen des purgatifs et à ce point de vue, les salades cuites, les fruits cuits et enfin tout particulièrement le miel pourront rendre quelques services.

Le régime nous semble en effet ce qu'il y a de plus important dans le traitement de l'entéro-colite, il devra être institué le plus tôt possible et être l'objet de tous les soins du médecin et du malade.

On a l'habitude d'ordonner du lait à toutes les personnes atteintes d'affections intestinales. A notre sens, il y a là quelquefois une faute et en particulier dans l'entéro-colite, car les malades qui en sont atteints digérant difficilement les corps gras, digèrent souvent mal le lait. Nous sommes heureux à ce dernier point de vue que notre observation personnelle coïncide avec celle de Lyon et de Glénard qui ont observé l'entéro-colite dans les régions tempérées. « Le régime lacté, dit G. Lyon (1), échoue dans la plupart des cas de colite. Il augmente la constipation, détermine une flatulence des plus pénibles etc., à tel point que nous considérons l'intolérance pour le lait comme caractéristique pour ainsi dire de la colite. » D'ailleurs M. Glénard avait fait la même constatation.

Le régime végétarien exclusif n'est pas non plus à notre sens à recommander, il est trop peu nutritif et fournit trop de déchets. Le problème consiste à alimenter suffisamment son malade en fatiguant le moins possible son intestin. Le régime mixte est celui qui donne le meilleur résultat avec quelques restrictions.

Les crustacés, les coquillages, les poissons, le gibier et les viandes fermentées seront absolument interdits. Toutes les viandes de boucherie pourront être permises, néanmoins les viandes blanches ne sont nutritives que sous un volume assez considérable et nous croyons préférable de conseiller, lorsque le malade veut bien s'y prêter, l'emploi de la viande de bœuf, quoiqu'on lui ait reproché d'augmenter la constipation.

Les graisses devront être bannies, et les aliments apprêtés avec du beurre en quantité juste suffisante, les viandes devront être dégraissées et rôties de façon à rester saignantes. Les sauces et particulièrement les roux seront prohibés.

Les fruits, les légumes pourront être autorisés à l'exception des choux. Les haricots, les lentilles et les pois seront décortiqués ou apprêtés en purée.

Les pâtisseries, sauf celles qui sont préparées avec du beurre, seront interdites de même que les fromages, aliments trop gras, et difficilement digestibles.

Les alcools, le vin et les bières fortes seront éga-

(1) G. Lyon. *L'entéro-colite muco-membraneuse,* Paris 1900.

lement défendus, le café pourra être autorisé fortement additionné de chicorée. Les malades feront bien de s'abstenir de fumer.

Il est malheureusement presque toujours impossible aux Européens vivant sous les tropiques d'y suivre exactement un régime, car la plupart du temps ils manquent de beurre et sont obligés pour apprêter leurs aliments de se servir de graisse. Or la graisse est ce qu'il y a de plus dangereux pour celui qui est atteint d'entéro-colite, elle enrobe les aliments et les transforme en corps étrangers par suite de l'inaptitude du malade à digérer les corps gras.

L'hydrothérapie froide (douche en jet horizontal) mais seulement lorsqu'elle est bien supportée et que le malade est encore vigoureux, sinon la douche tiède ou écossaise, le passage à l'éponge chez les enfants rendront les plus grands services, et nous estimons que tous les hôpitaux, sous les tropiques, devraient être munis d'appareils d'hydrothérapie. Nous devons reconnaître d'ailleurs que beaucoup de nos hôpitaux coloniaux en particulier, les hôpitaux de nos vieilles colonies, sont très suffisamment installés à ce point de vue.

La douche ascendante ne nous a jamais paru remplir les conditions d'un traitement recommandable, c'est un moyen brutal par lequel on prétend mécaniquement recalibrer un gros intestin, mais qui provoque plutôt de nouvelles lésions. On peut obtenir par ce moyen une distension passagère, mais qui est suivie d'une réaction aboutissant à une augmentation de l'état spasmodique ou de la sclérose de la tunique musculaire intestinale.

Le renvoi des malades en Europe s'impose tôt ou tard, mais il vaut mieux ne pas laisser l'affection s'aggraver, et les lésions, en particulier l'atrophie du foie, faire trop de progrès. Par le changement de climat, joint à un régime sévère, on arrive le plus souvent à la guérison, mais la maladie est toujours longue.

Le froid et le début de l'hiver occasionnent souvent des rechutes et il est bon d'en être prévenu, néanmoins la saison froide influe d'une façon plutôt favorable sur la marche de l'affection, et lorsque revient l'été l'amélioration est plus sensible.

Un séjour dans une station thermale d'eaux alcalines ou légèrement purgatives, Vichy, Châtel-Guyon ou Plombières, peut être également avantageux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 1er FÉVRIER 1905)

La Société de chirurgie a tenu mercredi sa séance annuelle :

Après le discours d'usage de M. le président, M. Tuffier, secrétaire annuel, a fait un exposé très méthodique des travaux de la Société durant l'année qui vient de s'écouler.

Le prix Marcellin Duval est décerné à M. Chevrier, prosecteur des hôpitaux.

Le prix Labori n'est pas décerné; une récompense de 300 francs est accordée à M. Henri Villard (de Montpellier).

Le prix Ricord est décerné à M. Battu.

M. Segond, secrétaire général, prononça ensuite le bel éloge de M. Panas, que nous sommes heureux de publier ci-après.

PHOTINOS PANAS

(1832-1903)

Par PAUL SEGOND,

Secrétaire général de la Société de chirurgie.

Messieurs,

Les dons supérieurs qui ont élevé notre ancien collègue Panas au rang des plus hautes personnalités scientifiques de son temps ne sont plus à célébrer. La féconde influence de son enseignement, son rôle comme chef d'Ecole et la portée de son œuvre écrite sont partout reconnues. Vous savez aussi comment l'imposante cérémonie du 26 juin dernier, a consacré les droits qu'il s'est acquis à la gratitude de notre pays. Et, certes, jamais reconnaissance ne fut plus méritée. Panas, en effet, n'est pas seulement le maître dont la renommée fut si grande. Il est, pour nous, quelque chose de plus. C'est lui qui a fondé l'École ophtalmologique française. Ceux pour qui la science ne devrait pas avoir de patrie, ne s'arrêtent guère, j'imagine, à semblable considération. Mais, à nos yeux, les fleurs oratoires que cette conception fait d'habitude éclore, sont vraiment trop pauvres en couleurs, et, partant, nous sentons d'une manière très différente. Aussi nous sera-t-il précieux et doux, toujours, de retenir le fait que je rappelle et d'en retrouver les preuves. Relisons donc ensemble le passage dans lequel le professeur Jaccoud les a si clairement résumées.

« En 1873, la Faculté, ouvrant timidement ses portes aux spécialités, décide un cours d'ophtalmologie. Or, depuis 1863, Panas était agrégé de chirurgie et chirurgien des hôpitaux. Chargé, au bureau central, de la consultation pour les maladies des yeux, il avait, dès 1869, continué cet office à Saint-Louis d'abord, puis à l'hôpital Lariboisière. Le cours projeté ne pouvait donc avoir un meilleur titulaire; il lui fut confié. Tel en fut le succès que cinq ans plus tard, en 1878, » la nécessité s'imposa de « transformer le cours complémentaire en une chaire magistrale; et, par décret du 2 février 1879, elle fut logiquement attribuée à l'agrégé qui avait posé les premières et solides assises de cette école que consacrait la sanction officielle. C'est ainsi, aucun doute n'est possible, que le chargé de cours fut le véritable promoteur de la chaire qu'il devait illustrer ».

Ce préambule contient, en substance, la notice historique de Photinos Panas. Le professeur y trouve, assurément, un gage certain de pérennité, mais, par contre, ne faut-il pas craindre que le temps laisse uniquement survivre l'énoncé pur et simple de la grande spécialisation à laquelle le chirurgien s'est consacré? Si bien qu'un jour pourrait venir ou nos arrière neveux, trouvant plus simple d'admirer, en passant, le beau monument de Boucher, que de feuilleter les bulletins de l'Académie ou de la Société de chirurgie, perdent la souvenance du maître chirurgien et, disons le mot, ne voient plus, en Panas, qu'un illustre spécialiste de la fin du XIXe siècle!

Ne vous récriez pas! Nous vivons fort et vite. Et puis, de même que l'achat d'un portrait d'ancêtre bien choisi suffit parfois à calmer ceux que tenaille le besoin d'une noble ascendance, de même la vision d'un Panas purement oculiste pourrait ne point déplaire à quelque spécialiste de l'avenir. L'erreur dont j'envisage l'éventualité est donc invraisemblable ou négligeable soit, mais elle est possible et c'est déjà trop. Ne fût-ce qu'en mémoire du soin jaloux que Panas mit toujours à se prévaloir de ses connaissances en chirurgie générale, ne fût-ce même qu'en souvenir de la terreur que lui eût causée l'hypothèse d'une activité médicale assez étriquée pour naître, grandir et s'éteindre en cavité close, sans jamais franchir les limites sacro-saintes des voiles palpébraux et des parois orbitaires, nous lui devons, en vérité, de dire encore à quel point ses revendications étaient légitimes.

Que la chose soit donc bien entendue. Panas était avant tout un chirurgien. Sans doute, il reconnaissait la valeur de la division du travail, mais il était l'adversaire déclaré de ces spécialisations hâtives dont la vogue n'a d'autre raison d'être que le besoin croissant des réalisations précoces, et d'autre résultat, que la prolifération de soi-disant réformateurs qui, mécontents de tout et très oublieux des raisins trop verts de

notre grand fabuliste, épuisent leur verve en flétrissant, tour à tour, les méfaits de la routine, l'action stérilisante des concours, les inconvénients d'une hiérarchie quelconque ou l'archaïsme ridicule de telle ou telle coutume universitaire.

Jugez-en plutôt par le simple rappel des principales publications que Panas a laissées sur des sujets tout à fait étrangers à l'ophtalmologie.

Nous y trouvons d'abord son mémoire académique sur la paralysie réputée rhumatismale du nerf radial, dont il démontre l'origine traumatique, et les recherches similaires qui devoilent, avec le rôle des exostoses traumatiques de l'humérus dans la genèse de la griffe cubitale, la possibilité de guérir cette impotence par l'ablation de la saillie osseuse. Premiers travaux qui mettent en évidence tout le parti que Panas savait tirer de son aptitude particulière à subordonner les indications thérapeutiques aux plus minutieuses révélations du diagnostic. Ce qu'il a écrit sur la pathogénie de l'hydrocèle dite essentielle et sur le traitement des fractures de cuisse parle dans le même sens.

Beaucoup d'autres publications viennent ensuite, toutes marquées au coin de sa droiture clinique et de sa grande érudition. Sa thèse d'agrégation de 1863 sur les cicatrices vicieuses et les moyens d'y remédier, les articles qu'il a rédigés dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* sur les articulations en général, sur l'épaule et le genou, sont à cet égard particulièrement dignes de mention. Et sachez bien qu'il ne puisait pas seulement ses documents dans sa mémoire ou ses livres. Plus d'une fois, je l'ai vu, moi-même, passer de longues heures à notre ancienne Ecole pratique, pour y reprendre son scalpel de prosecteur, et soumettre à direct et nouveau contrôle les détails anatomiques de ses descriptions.

La part importante qu'il a prise aux progrès de la chirurgie abdominale, de la gynécologie opératoire et notamment de l'ovariotomie, qu'il fut l'un des premiers à pratiquer lui-même avec succès dans nos hôpitaux, mérite non moins l'attention. L'histoire des kystes séreux de l'ovaire, les modalités et la possibilité des récidives en cas de tumeurs ovariennes kystiques, les conditions de la transsudation intrapéritonéale des liquides intestinaux dans l'étranglement herniaire, lui doivent nombre de contributions très personnelles. Les maladies vénériennes elles-mêmes l'ont occupé, et ce n'est point banal, en vérité, de trouver dans l'œuvre écrite d'un homme comme Panas, d'abord chirurgien, puis opthalmologiste, les plus instructifs aperçus sur l'emploi du santal dans le traitement de la blennorragie, sur l'efficacité et les indications des frictions mercurielles chez les syphilitiques et sur les avantages des injections intra-musculaires de bi-iodure dans le traitement de la vérole. Il convient aussi de rappeler que pendant plusieurs années, surtout de 1859 à 1863, Panas a fait à l'Ecole pratique des cours très suivis et très préparés sur l'anatomie chirurgicale, la médecine opératoire, la physiologie du système nerveux, les organes des sens et la pathologie externe.

Dossier chirurgical mieux documenté serait, n'est-il pas vrai, difficile à fournir, et pour qui voudra le consulter, la preuve sera faite qu'à l'heure où les circonstances ont spécialisé Panas, il aurait pu tout aussi bien opter pour la chirurgie abdominale, la gynécologie, l'orthopédie ou même la syphiligraphie. Bref, il était le type accompli de ces belles intelligences trop amoureuses des grands équilibres pour que les idées étroites, l'oubli des suggestives ambiances et l'absence de toute envolée ne leur apparaissent pas toujours comme autant d'aberrations, d'anomalies ou d'hypertrophies localisées incompatibles avec leur harmonieuse conception du beau. Dès le début de ses études, Panas en a donné la preuve et toute sa carrière ultérieure en témoigne.

Pour lui, la solidité, la précision, l'étendue des études premières étaient la base de toute éducation chirurgicale sérieuse, et le droit de spécialisation ne pouvait être conféré qu'à ceux dont le passé offrait les garanties d'une instruction générale complète. Il croyait par cela même à l'utilité de nos concours et, sûrement, il n'était pas de ceux qui, sans autre forme de procès, déclarent, par exemple, que pour laparotomiser ou lier l'utérine avec autant d'élégance que de spontanéité, il est vraiment superflu de perdre les meilleures années de sa jeunesse à faire des Chopart ou des Lisfranc. « Il ne faut jamais s'arrêter, disait-il, il faut absorber toutes les connaissances possibles. Le candidat peut être comparé à une éponge qui s'imbibe et se remplit; plus tard, il éliminera aisément tout ce qu'il jugera inutile. »

Ce n'était point seulement le raisonnement qui lui dictait ce conseil salutaire. Panas avait en effet une sorte de besoin d'apprendre naturel autant qu'impérieux. Cette curiosité scientifique est la marque première de son esprit. C'est elle qui en a fait l'un des chirurgiens les plus instruits de notre époque. On peut même dire aussi, comme l'a judicieusement observé son élève, Ch. Nélaton, que ce fut précisément cet amour particulier des choses bien apprises et bien sues qui conduisit Panas à se spécialiser. « Il vit la somme des travaux accomplis dans toutes les parties de notre art augmenter de telle façon, qu'il devenait impossible à un homme, quel que fût son labeur, de les posséder réellement, et il comprit la nécessité de limiter son champ de travail, sous peine d'avoir une instruction superficielle, ce à quoi il n'aurait jamais consenti. »

Ne reconnaissez-vous point les déterminations motivées et mûries qui nous ont donné les Tarnier et les Guyon? La genèse de leur destinée n'est-elle point la même? Panas est donc bien des nôtres; il a vécu notre existence et partagé nos travaux, il a conquis de haute lutte les prérogatives dont nous sommes si fiers, il est, en un mot, sorti de nos rangs, et la Société de chirurgie de Paris, qu'il fut il y a tantôt trente ans si fier de présider, après lui avoir donné les belles années de son activité chirurgicale première, conserve bien tout entier le droit précieux d'offrir à sa mémoire l'hommage qu'elle réserve à ses plus grands, à ses plus chers disparus.

Panas n'était pas Français. Originaire des îles Ioniennes, il est né à Céphalonie, le 30 janvier 1832, jour de l'Epiphanie grecque, dans un petit village voisin d'Argostoli et nommé Libatho. Avant-dernier d'une lignée de treize enfants dont trois seulement devaient survivre, deux sœurs et lui-même, le nouveau venu, bien qu'il fût coiffé, dit-on, de très luxuriante manière, avait devancé l'appel, et, comme beaucoup de ses pareils, son aspect chétif inspira d'abord les plus vives inquiétudes. Aussi, jugea-t-on prudent de le baptiser le jour même et, pour le placer sous la protection de la divine étoile que suivirent les mages, on lui donna le nom pour nous un peu rude, mais très lumineux, de Φωτῖνος. L'inspiration fut heureuse. Les événements ultérieurs semblent tout au moins le prouver, car, très vite, le petit Photinos donna les signes de la plus rassurante vitalité, pour se développer ensuite et devenir grand garçon, sans accroc ni particulier incident.

Son père Nicolas Panas exerçait la médecine à Argostoli et ne s'y était guère enrichi. Il adorait le jeune homme et fondait sur ce fils, le seul qui lui restât, les plus grands espoirs. Il le voulait médecin et rien ne fut négligé pour atteindre ce but. Eut-il, à ce moment, la prescience que l'influence astrale sous laquelle grandissait le jeune Photinos le suivrait au point de lui valoir un jour le surnom d'Épiphane, toujours en souvenir de la date de sa naissance? Je n'oserais l'affirmer! Mais le fait est que, de très bonne heure, il surveilla les études de son fils avec toutes les exigences d'une formelle préméditation et, qui plus est, d'une sévérité particulière.

Par atavisme, sans doute, M. Nicolas Panas avait, sur l'éducation, des idées très lacédémoniennes dont Photinos eut à souffrir, paraît-il, plus d'une fois. D'autant qu'au précoce et dur labeur imposé par son père, il préférait de beaucoup les satisfactions plus agrestes que lui réservaient ses fréquentes échappées vers les rochers et les sous-bois de la « grande montagne » qui parcourt Céphalonie dans toute sa longueur.

Quelles joies particulières trouvait-il en ces longues randonnées? A l'exemple de Céphale, l'infidèle amant de Procris, celui-là même qui jadis règna sur Samos, ne cherchait-il qu'un prétexte de rendez-vous avec l'aurore? L'île toute voisine où si longtemps le fils de Laerte fut attendu, lui inspirait-elle plutôt des réflexions particulières sur les rares vertus de Pénélope ou sur la vaillance des magnanimes Céphalleniens qu'emportèrent les douze nèphes rouges d'Odysseus? L'histoire ne le spécifie point et nous préférons croire que le jeune rêveur subissait l'attrait de moins légendaires souvenances. Lorsque du haut de l'antique Ænos ses jeunes pensées franchissant les brumeux lointains, s'envolaient vers les rives prochaines, ne voyait-il pas se dresser devant lui Navarin, Lépante et Missolonghi fumante encore? Et qui sait? C'est

ainsi peut-être qu'il sentit naître les premiers germes de sa tendresse pour le pays qu'il devait adopter.

S'il est vrai, comme le dit un de nos meilleurs écrivains, que l'âme étrangère, « celle qui n'est pas de chez nous, » respire toujours, où qu'elle aille s'implanter, l'arome de son sol et le parfum de ses printemps, le bonheur que le jeune Céphallenien devait trouver dans sa naturalisation future s'expliquerait assez mal. Il est donc naturel de penser qu'en lui mettant au cœur le souvenir, alors tout récent, des époques glorieuses où notre drapeau ne flottait au loin que pour la défense des grandes et nobles causes, les premiers horizons qu'il contempla firent plus encore pour nous le conquérir que nos communes attaches avec l'art et la science de la Grèce antique.

Mais, rassurez-vous. Cessant de rêver moi-même, je reprends mon récit.

Les exigences et le caractère du père étant connus, vous devinez bien que le fils devait souvent payer fort cher les fréquentes manifestations de son amour du plein air. Après les escapades, il fallait, hélas! rentrer, et les inévitables corrections du retour n'étaient que trop proportionnelles à la sortie. L'une d'elles, en particulier, fut terrible et, dit-on, tellement rude qu'un ami de la famille ne craignit pas de s'interposer pour adoucir le sort du coupable. Rien n'y fit : « Je n'ai plus qu'un fils, riposta le père courroucé, je l'aime mieux mort que propre à rien. »

A un bouclier près, c'est un peu ce que les mères spartiates disaient à leurs fils avant le combat. Ils ne devaient revenir que dessous ou dessus. Et nous savons à quels prodiges cette maternelle exhortation pouvait conduire. Or, s'il était permis d'abuser du procédé comparatif en invoquant l'appoint d'analogies si lointaines, on pourrait dire que, ce jour-là, le jeune homme subit une impression similaire. Toujours est-il qu'à dater de cette correction mémorable, Photinos Panas, alors âgé de quinze ans, se mit résolument au travail, avec la volonté ferme de réaliser le vœu de son père et de devenir médecin.

C'est à l'Académie de Corfou qu'il commença ses études médicales proprement dites. Il y fut très remarqué et subit, au bout d'un an, les examens d'usage avec les notes les plus flatteuses. Peu après, son père tomba gravement malade et malgré les soins les plus attentifs, le mal fut, hélas! inexorable. Trois mois plus tard la mort avait fait son œuvre.

Qu'allaient donc maintenant devenir les études du jeune Panas et les beaux rêves d'avenir de son père? Ces rêves qui, jusqu'à la fin, le hantèrent d'autant plus que les brillants débuts de l'étudiant venaient précisément d'en commencer la réalisation. Si bien que la volonté dernière du mourant s'était précisée et traduite par cet ordre formel : partir pour Paris. A coup sûr, Photinos Panas avait, dès cette époque, fait siennes toutes les ambitions paternelles. Lui aussi n'avait plus qu'un rêve : gagner Paris. Mais comment y réussir? L'indispensable lui manquait. Les modestes économies de son père suffisaient tout juste pour assurer l'existence de sa mère et de ses deux sœurs. Mais lui ne possédait rien, absolument rien! Il résolut néanmoins d'arriver à ses fins et c'est ici que l'énergique ténacité dont toute sa vie porte la si remarquable empreinte va pour la première fois s'affirmer et triompher.

La première chose à trouver n'était point la plus simple. Il fallait un peu d'argent. Si peu que ce fût, mais au moins le nécessaire pour s'embarquer. On verrait ensuite. Quelques notables du pays, confiants dans ses destinées, lui prêtent leur concours. Lui-même ne recule devant aucun labeur. La terrible épidémie de choléra qui, durant six mois, vint alors ravager Céphalonie, donne à son activité comme à ses dévouements l'occasion de se manifester dans toute leur grandeur et lui vaut aussi quelques reconnaissances. Bref, à force de fatigues et de courage, le but est atteint. Laissant à sa mère et à ses sœurs le mince avoir de son père, il se réserve le peu qu'il avait gagné lui-même et l'heure d'un départ possible sonne enfin.

Afin de réduire au minimum ses frais de voyage, il s'embarque à bord d'un petit voilier et vogue vers Marseille pour se confier ensuite aux cahots des diligences fameuses qui faisaient alors le service de Paris. Cette deuxième partie du voyage fut moins que douce. Rencogné par un voisin énorme, assourdi par la majestueuse sonorité de ses ronflements, il connut toutes les affres de la succussion, de la compression et de l'insomnie. La voiture cependant roulait toujours, et les étapes succédant aux étapes, notre voyageur, moulu mais content, arrive enfin dans la petite pension de la rue Mazarine qui devait abriter ses premières années de travail aride et — ne le cachons pas — de véritable misère. Le mot n'a rien d'excessif. Dans la redevance mensuelle exigée par le maître du lieu, le dimanche n'était point compris, et ce jour-là Panas ne dînait pas.

Réduit à ses maigres ressources, quatre-vingts francs par mois, m'a-t-on dit, en tout, le jeune homme dut s'imposer bien d'autres privations. Mais qu'importe? Son ambition était nette comme une résolution. Sans perdre de temps, il se munit de ses baccalauréats, prend ses inscriptions de Faculté, passe avec aisance les premiers examens nécessaires, puis s'enhardissant encore, il regarde plus haut et se décide à affronter les concours. Il y avait d'autant plus de mérite qu'à ce moment, ses réussites successives ne lui valaient pas, de la part de ses proches, les encouragements qu'il eût souhaités. « C'est fort bien, lui répondait-on de Céphalonie, mais il faut se presser et revenir. » Par bonheur, Panas était trop tenace pour s'émouvoir de ce manque d'enthousiasme, et poursuivant son but, il devient successivement externe, puis interne des hôpitaux en décembre 1854, dans la même promotion que Peter, Fournier et Marey.

Cette nomination d'interne marque une phase décisive dans la carrière de Panas. Et voici comment — je laisse ici la parole à son élève, Ch. Nélaton, mieux placé que personne pour bien connaître le fait que je désire souligner : « Panas était en seconde année d'internat lorsque, par hasard, il eut l'idée de concourir au prix de l'Ecole pratique. Parmi les membres du jury de ce concours se trouvait Nélaton. Ce dernier fut séduit par l'étendue déjà grande et la précision des connaissances de Panas, et, au sortir de la dernière séance du concours, dans la cour de l'Ecole, il aborda le lauréat, le questionna sur ses projets d'avenir et l'engagea à faire de la chirurgie. Pour plus de sûreté, il lui proposa une place d'interne dans son service, dès l'année suivante. Panas accepta. Il était voué à la chirurgie. » Et chacun sait à quelle grande et belle école son bon sens naturel et son goût pour la clinique se trouvaient ainsi confiés.

Fort de l'appui d'un tel homme, soutenu par l'affection de ses deux autres maîtres, Grisolle et Laugier, Panas hésite moins que jamais sur le but à poursuivre, et malgré les propositions avantageuses et pressantes d'un oncle éloigné très désireux de le voir s'installer en Angleterre, il opte définitivement pour Paris et poursuit sa marche ascendante. Lauréat, médaille d'or de la Faculté en 1856, aide d'anatomie en 1859, prosecteur deux ans après, il est nommé chirurgien et professeur agrégé au concours de 1863, en même temps que son inséparable ami Guyon.

La difficile gageure était tenue, et pour la première fois depuis l'embarquement sur le petit voilier et le fameux voyage en diligence, Panas songe à retourner en Grèce et s'y décide. Vous parlerai-je des sentiments intimes qu'il dut éprouver en retrouvant, avec les êtres qu'il aimait tant, les plus lointains souvenirs de son enfance? Faut-il aussi vous dire qu'il fut très fier de montrer l'homme qu'il était devenu à ceux qui jadis l'avaient encouragé ou simplement connu? Non. Ce serait, j'imagine, très superflu. Quant à la partie officielle du voyage, rien n'y manqua, vous le pensez bien. Fêtes, ovations, banquets, toasts, auxquels s'ajoutèrent, à titre de manifestations non moins flatteuses mais plus objectives, des consultations nombreuses et beaucoup d'opérations. Ce fut un vrai triomphe. Le roi Othon tenta même de rendre Panas à sa vraie patrie en le nommant, par décret du 24 septembre 1863, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine d'Athènes. Mais Paris ne se laisse point ainsi déserter, et si flatteuse que fût la faveur royale, elle ne pouvait modifier les projets de notre ancien collègue. Dès son retour parmi nous, il adresse sa démission à la Faculté d'Athènes et se remet à l'œuvre.

Pendant les années qui suivent, nous le voyons successivement chirurgien de Bicêtre, de Lourcine, de l'hôpital du Midi, de Saint-Antoine et de Saint-Louis. C'est là que le trouve l'année terrible et jusqu'aux derniers jours de cette funèbre époque, il se consacre aux malheureux qui s'amoncelaient, hélas! aussi nombreux dans son service que dans les salles de l'hôpital militaire Saint-Martin, dont il avait simultanément

la direction. Ajoutons — et c'est un trait qui donnerait à lui seul une juste idée de ses tendances de nature — qu'en dépit de son surmenage de jour et de nuit, il trouve cependant le temps d'apprendre l'allemand. C'était là, disait-il, du patriotisme élémentaire, et pour motiver cette opinion, il répétait volontiers que, si dès longtemps nous avions fait comme lui, plus d'un revers nous eût été peut-être évité.

Peu après, Panas quitte Saint-Louis pour Lariboisière où, durant quelques années encore, il prend une part active aux progrès naissants de notre grande chirurgie actuelle. La preuve en est clairement donnée par les travaux que je vous ai déjà cités et par les succès qu'il sut alors obtenir dans la pratique de la chirurgie articulaire et des grandes opérations abdominales. Rappelons enfin que durant son passage à Lariboisière, en 1877, l'année même de sa présidence à notre Société de chirurgie, Panas a l'honneur de prendre à l'Académie la place que la mort de Dolbeau venait de laisser vacante, et nous touchons au couronnement de cette belle carrière : par décision du 2 février 1879 — il y aura demain vingt-six ans tout juste — Panas est nommé professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Paris.

Là s'arrête l'existence du chirurgien et commence l'œuvre du professeur de l'Hôtel-Dieu. Des voix beaucoup plus autorisées que la mienne ont déjà vanté la compétence supérieure et l'activité extraordinaire que Panas sut mettre au service du grand enseignement qu'il allait créer pour lui donner en son ensemble, comme en ses moindres détails, toute la puissance éducatrice possible et lui conférer en définitive la haute suprématie devant laquelle bientôt chacun s'inclina. La phalange remarquable des disciples que Panas a formés est là, du reste, pour affirmer de très vivante manière l'utilité féconde de cette belle création.

La somme considérable des travaux constituant l'héritage scientifique du maître est, elle aussi, je ne l'oublie pas, le témoignage durable et définitif de son rôle et de son influence. Mais vraiment, cette œuvre écrite est trop importante et trop spéciale pour que je puisse un instant songer à vous en détailler les richesses. Songez-y donc ! S'il me fallait seulement reprendre avec vous les principaux travaux qui sont dus à Panas depuis sa thèse inaugurale de 1863 sur l'anatomie des fosses nasales et l'organe de Jacobson : les leçons pour jamais classiques publiées de 1873 à 1878, sur le strabisme, les kératites, les affections des voies lacrymales et les maladies inflammatoires de l'œil ; les mémoires documentés rédigés pour les *Archives d'ophtalmologie*, dont il était le fondateur en même temps que Landolt, Gayet et Badal ; ses communications académiques si écoutées sur les kystes orbitaires et la nutrition de l'œil ; ses travaux sur le rôle de l'auto-infection dans les maladies oculaires ; les œuvres importantes auxquelles ont collaboré ses élèves Remy, Rochon-Duvigneaud et Castan (de Béziers) ; enfin, son traité complet des maladies des yeux et les leçons de clinique ophtalmologique, que la mort ne lui a pas permis de publier lui-même, je donnerais à ce discours des proportions par trop inaccoutumées.

Je me restreindrai donc en réclamant, cependant, le droit de faire observer à quel point ces écrits documentés, bien pensés, longuement mûris et clairement rédigés portent la marque du soin que mit toujours leur auteur à rattacher les faits particuliers de la chirurgie aux lois de la pathologie générale. Panas, au surplus, n'a pas manqué de dire lui-même sur quelles règles il se guidait : « Les conditions que doit remplir un ouvrage didactique sont avant tout la concision et la clarté, la recherche sans parti pris de la vérité scientifique et la maturité du jugement fondée sur une vaste expérience qui seule permet à l'auteur de discerner le vrai du faux et de juger chaque chose à sa valeur. De là découle l'unité de l'œuvre à laquelle les meilleurs collaborateurs ne sauraient suppléer. »

S'il m'a fallu, trop rapidement à mon gré, remémorer l'œuvre ophtalmologique de ce maître, je voudrais, en revanche, ne pas terminer, sans m'arrêter sur les souvenirs plus intimes que nous a laissés Panas à cette radieuse époque de sa vie où, presque tous ici, nous avons pu l'approcher, le suivre, l'écouter et l'aimer.

Comme professeur, Panas ne recherchait pas l'éloquence oratoire, mais sa parole était claire et, comme l'a justement observé son grand ami le professeur Jaccoud, « il avait au plus haut degré cette éloquence de la conviction scientifique qui trouve dans sa force propre le pouvoir de persuasion. » Il possédait en outre une précision de mémoire tout à fait personnelle qui mettait à sa disposition constante les richesses d'une érudition d'autant plus fournie qu'elle n'avait pas seulement l'attrayante actualité que procure une parfaite connaissance de la littérature étrangère. Panas lisait aussi bien l'anglais et l'allemand que le grec ou l'italien et, partant, il savait mieux que personne se tenir au courant des progrès les plus récents de notre art, en tous pays.

Mais en plus, il était doué d'un sens historique trop développé pour ignorer qu'en toutes choses, nous sommes faits de l'étoffe de nos pères et que leur manquer de respect, c'est littéralement en manquer à nous-mêmes, et par cela même nos plus vieux écrits lui étaient familiers. Le moindre fait clinique éveillait donc en lui des souvenirs précis autant que variés dont ses auditeurs bénéficiaient aussitôt. C'est ainsi qu'en maintes circonstances, arrivant à l'hôpital avec les éléments d'une clinique préparée d'avance, ce qui était la règle, il n'hésitait jamais à changer de sujet si quelque nouveau venu de la consultation lui en fournissait la valable occasion. Et, tous ses élèves se plaisent à le dire encore, la leçon n'était ni moins documentée, ni moins instructive.

Ajoutons enfin que Panas, non content de donner chaque matin si riche pâture à son goût pour l'enseignement officiel, n'en demeurait pas moins, le reste du temps, comme possédé par le besoin d'apprendre aux autres ce qu'il savait si bien lui-même. Dans ses plus courtes rencontres avec l'un de nous, à la sortie de l'hôpital, à la Faculté, à l'Ecole pratique ou même dans le monde, le plus léger prétexte, la moindre question suffisait pour actionner son penchant favori. « Non, non, mais vous ne savez pas, moi je sais, je vous expliquerai tout à l'heure pourquoi... » nous disait-il aussitôt, avec ce léger accent qui, sans nuire à sa diction, lui donnait une sorte de cachet si original, et nous ne le quittions jamais sans avoir appris quelque chose de précis, d'utile et de fin.

L'opérateur avait des qualités non moins distinctives. Rompu, par ses anciennes fonctions de prosecteur, à tous les exercices manuels qui nous sont aussi nécessaires que les gammes aux plus illustres virtuoses, servant scrupuleux des lois de la chirurgie propre, Panas opérait avec beaucoup de dextérité et surtout avec un admirable sang-froid. Il put ainsi se montrer chirurgien de premier ordre et, plus tard, quand il dut se restreindre aux manœuvres délicates et méticuleuses de la chirurgie oculaire, son habileté particulière et la sûreté de sa main lui donnèrent une supériorité reconnue partout et par tous. Cela n'est pas une phrase, c'est une vérité. Si besoin était, le fait de certain grand ophtalmologiste étranger qui vint confier ses cristallins à Panas après avoir pris la tutélaire et comparative précaution d'aller voir opérer, chez eux, les plus célèbres oculistes de l'époque, fournirait, à sa manière, une preuve d'autant plus lumineuse (pardonnez-moi cet adjectif de circonstance) que l'opéré, rendu aux joies d'une vision sans nuage, reprit son activité, sans que personne pût se douter de ce qui s'était passé, car, vous le savez, dans l'opération de la cataracte, Panas ne faisait pas l'iridectomie. Beaucoup d'entre nous, d'ailleurs, n'ont pas plus oublié le coup de maître par lequel il sectionnait la cornée d'un seul mouvement du couteau de Græfe que ses merveilleux résultats dans les autoplasties difficiles de la face.

Mais ce n'est pas tout, et ce qu'il faut ajouter, pour bien caractériser la façon d'opérer de ce maître éducateur, c'est, comme l'a justement observé M. Guyon, que Panas « opérait comme il parlait. Ses mains semblaient agir de manière à se faire bien comprendre. Aucun des détails indispensables à une exécution parfaite n'était omis, chacun venait à son moment ». Si bien qu'on « s'instruisait en le regardant ».

J'arrive à l'homme lui-même, à sa physionomie particulière et restée si vivante en notre esprit qu'il nous semble le voir encore. De taille moyenne, plutôt petite, tranquille et mesuré dans sa démarche, sobre de gestes, Panas se distinguait avant tout par la correction de son maintien et par cette nuance particulière d'élégance démarcative qui n'échappe guère à l'œil du Parisien autochtone. Les moindres détails de sa toilette attestaient une sollicitude journalière ; sa redingote était de la meilleure coupe et l'impeccable blancheur de ses manchettes, même à l'hôpital, est restée légendaire. L'impassibilité du regard, un visage aux traits accentués, mais calme et froid

dans l'encadrement d'une chevelure restée longtemps noire et de deux favoris grisonnants, les modelures intelligentes du front, des joues et des lèvres de teinte un peu bistrée rasées de près toujours, comme pour mieux laisser voir le dessin arrêté de la bouche, venaient compléter, de telle façon, l'ensemble de la personne, qu'au premier abord, Panas donnait surtout la sensation d'un homme froid, très observateur de son prochain et peu disposé aux confidences. En un mot, il ressemblait bien plus à un magistrat qu'à un chirurgien. Et c'est ainsi qu'une étude physiognomonique trop superficielle peut conduire aux plus grandes erreurs de diagnostic.

Oui, certes, Panas était un impassible et un observateur. C'est même à ces deux privilèges de nature qu'il a dû sa maîtrise opératoire et sa notoriété clinique. Et puisque l'histoire vit souvent par l'anecdote, nous pouvons rappeler que l'impassibilité du chirurgien se retrouvait aussi bien dans les sérieuses déterminations de la vie, qu'en présence des menus riens dont les agités se font un monde. Les petites histoires qui le prouvent ont défrayé longtemps la chronique des salles de garde. Telle est celle de Panas en quête d'une voiture et gagnant les quais, à sa sortie de l'Hôtel-Dieu par un jour de bourrasque épouvantable. Son chapeau s'envole. Il n'a plus en main qu'un parapluie retourné pour éviter les offenses d'une pluie torrentielle, et cependant, sans paraître se soucier le moins du monde de tout cela, il conserve son calme digne autant qu'imperturbable pour donner un pourboire aux sauveteurs improvisés qui avaient surgi de dessous le petit pont de Notre-Dame et qui, n'ayant pu repêcher le beau chapeau tombé dans la Seine, faisaient mine de refuser tout salaire : « Non, non, leur dit-il, vous ne l'avez pas retrouvé, mais ça ne fait rien, vous avez essayé, cela mérite une récompense. »

Et cette autre : Panas à sa consultation, accueillant avec son phlegme habituel un malade, déjà venu, et lui disant : « Ah ! oui, c'est vous qui vous nommez Corbillard ! — Mais, non, Monsieur, lui répond l'homme interloqué, je me nomme Cercueil ! » Hilarité bruyante et générale, vous le pensez bien. Mais, chez Panas, cependant très égayé, je vous assure, pas d'autre manifestation que la forme un peu plus accentuée peut-être de son habituel et muet sourire.

Or, il faut bien savoir que ce calme à toute épreuve, immuable et constant, n'était qu'un voile d'ailleurs facile à soulever, sous lequel Panas dissimulait volontairement les deux vraies dominantes de son caractère : une volonté voisine de l'obstination et une sentimentalité, une sensibilité de cœur extrême. Son opiniâtre ténacité pouvait, il est vrai, se deviner à la carrure de son visage comme à la droite fermeté de son regard. Mais, sa sensibilité se révélait, à coup sûr, avec beaucoup moins d'ostentation.

Son rire n'était qu'un sourire discret, souvent malicieux et doucement ironique, mais toujours silencieux, et quelle que fût l'intensité de ses impressions, le reste de ses traits demeurait impassible. Et cependant, je le répète, c'était un grand, un vrai sensible. C'était même un passionné dans toute l'acception du mot, et l'ardeur au travail qui marque sa vie militante, se retrouve intense et fervente dans tous les sentiments les plus intimes de son cœur : dans la reconnaissance inaltérable qu'il garda toujours pour ses anciens maîtres, dans la solidité de ses affections, et dans la sollicitude constante qu'il mettait, avec tant de joie, au service de ses élèves préférés. Ces qualités de cœur sont grandement attestées par les tendresses et les amitiés fidèles que Panas a laissées et chacun sait aussi, que les noms de ceux de ses pairs qui l'aimaient le plus sont la plus haute et la plus belle garantie de sa supériorité morale.

Quant à ses élèves, il en est peu qui n'aient conservé le souvenir de son dévouement. D'aucuns prétendent même qu'à certains jours, ce dévouement était si bien le reflet de son cœur, qu'il n'avait pas toujours un étroit souci de l'impartialité. Ici encore, les petites histoires abondent et, cette fois, ce sont les concurents surtout qui se les redisent, en regrettant beaucoup, j'imagine, les notes qu'assurait, assez généralement, dit-on, la protection du maître et qu'il ne manquait pas, au reste, de motiver par des arguments demeurés classiques : « Non, non, vous ne comprenez pas. Je connais la question mieux que personne. C'est mon élève, je lui vote 30. » Méritait-il ainsi quelque blâme ? Ceux qui n'avaient pas la bonne note l'affirmaient peut-être. Mais, à cette heure, ou aurait, en vérité, mauvaise grâce à le penser. Nous nous souvenons seulement que Panas aimait bien et très fort.

Si la froideur apparente de Panas recélait un cœur pareillement accessible aux manifestations affectives, il eût été bien contre nature que son entendement ne fût pas ouvert à des sentiments plus abstraits. Et rien n'est plus vrai. Le beau, sous toutes ses formes, le séduisait. Il adorait les arts, la peinture et surtout la musique. Ses passions d'enfant pour les charmes de la nature ne perdirent jamais leurs droits et, comme au temps de la « Grande Montagne », la contemplation d'un bel arbre ou d'une jolie fleur lui causait une satisfaction infinie. Les orchidées et les roses le captivaient particulièrement. Aussi, quelles ne furent pas ses joies lorsqu'il put embellir et parer avec tous les raffinements d'une sollicitude, pourrait-on dire, amoureuse, sa propriété de Roissy, si ravissante et si gracieusement hospitalière !

Ceux que les liens étroits et tendres du foyer unissaient à l'illustre disparu, pardonneront à ces quelques souvenirs certains écarts de trop familière analyse que le style apologétique habituellement réprouve. Cette enceinte, en effet, n'a point de coupole et notre vraie bulle d'or, c'est le statutaire nivellement qui nous fait tous ici collègues. Voilà pourquoi, dans l'évocation de nos grands morts, les moindres particularités de leur être intime nous tiennent souvent plus au cœur que l'unique énumération de leurs vertus. C'est notre manière à nous de les honorer et, pour être moins académique, elle n'est que plus affectueuse. Elle ne saurait donc déplaire à ceux dont les larmes furent et demeurent si brûlantes.

J'en ai fini du reste avec les souvenances que Panas, heureux de tous les bonheurs, nous a laissées. Nous arrivons aux phases dernières et si cruelles de sa vie. Je ne sais rien de plus poignant.

C'est vers 1897, que débutèrent les premières atteintes du mal qui devait peu à peu l'amoindrir, éteindre une à une toutes les formes de son activité pour le frapper ensuite inexorablement. Revenant un jour de Roissy et voulant monter dans un wagon qui déjà s'ébranlait, il fit une chute sans gravité, mais cependant contemporaine, ou peu s'en faut, du jour où Panas constata lui-même l'atrophie de son éminence thénar gauche. Il connaissait trop les travaux de l'un des savants qu'il admirait le plus pour hésiter, hélas ! devant le diagnostic à porter ou garder l'ombre d'un doute sur le supplice qui l'attendait. Et, sans fléchir une seconde devant l'inéluctable arrêt de cette cruelle révélation, cette homme qui aimait passionnément la vie, ce bien précieux auquel, disait-il volontiers, « il fallait s'accrocher, » dans la crainte d'un au-delà trop nébuleux, n'eut plus qu'un but : taire à tous la sinistre vérité.

Seule, à cette époque, Mme Panas eut la douleur de recevoir sa confidence et le courage de se faire la complice sublime de ses volontés. « Je suis atteint de la maladie de Duchenne, lui déclara-t-il quinze jours environ après sa chute en chemin de fer, j'en ai donc pour sept à huit ans et ma fin sera terrible. Ne dites rien à personne, pas même à nos parents les plus proches, et, tant que ce sera possible, vivons comme si de rien n'était. » A dater de ce jour, je me sens incapable de donner une juste idée des cruautés de ce supplice à deux, car il fut sans pareil. Nous pouvons seulement en suivre les douloureuses péripéties.

Panas va d'abord à Heidelberg consulter Erb et savoir de lui s'il pouvait ne pas immédiatement donner sa démission. Puis, rassuré tout au moins sur ce point, il rassemble toutes les énergies de sa volonté pour suivre le vaillant programme qu'il s'était tracé. Calculant lui-même le temps qui lui restait à vivre, prévoyant avec la plus impressionnante lucidité les étapes successives de son mal et leur date d'apparition certaine, il dispose sa vie en conséquence, cherche et trouve le moyen de consacrer au travail toute la somme d'activité scientifique dont il pouvait encore disposer et réussit à continuer son enseignement jusqu'aux plus extrêmes limites du possible. C'est ainsi, comme l'a dit avec tant d'émotion son ami le plus cher, qu'il parvint à se survivre en continuant à vouloir.

Vice-président de l'Académie pour 1898, il occupe en 1899, le fauteuil de la présidence. Cette même année on le voit occupant sa place au congrès d'Utrecht, et recueillant là, comme au congrès d'Edimbourg en 1894, tous les témoi-

gnages de considération qu'en tous pays sa haute valeur scientifique lui avait assurée. L'année suivante, il organise et préside la section ophtalmologique du Congrès international de Paris. C'est l'une des dernières manifestations officielles de son activité, et bientôt il lui fallut aussi renoncer à son enseignement.

Sa dernière leçon porta sur les blessures de l'orbite par armes à feu et fut, paraît-il, admirable de clarté. L'amphithéâtre était orné de fleurs, et les élèves, en grand nombre, l'avaient envahi. Panas conserva sa coutumière sérénité, et cachant à tous l'émotion poignante qui, sûrement, vint l'étreindre, il resta, jusqu'au bout, calme et maître de lui superbement. « Il ne faut pas s'émotionner, dit-il familièrement à Terrien au moment de parler, il n'y a que les acéphales qui pleurent dans ces circonstances. »

Les événements vont maintenant se dérouler navrants et rapides. Sans doute, Panas ne capitule pas d'un coup et se défendant jusque dans ses derniers retranchements, il ne cède le terrain que pied à pied. Son intelligence reste vivace et son besoin de travail ne se dément pas. Du fond de sa retraite forcée, il suit les débats scientifiques, fait lire en son nom d'importantes communications et travaille, avec ses amis Scrini et Bouquet, à la publication de ses *Etudes de clinique ophtalmologique*. Vous savez aussi qu'il s'est intéressé jusqu'au bout à son service de l'Hôtel-Dieu et comment il sut trouver l'affectueuse énergie d'appuyer devant ses collègues la candidature de son disciple préféré, se donnant ainsi la satisfaction grande de confier son héritage scientifique à celui de ses élèves qu'il avait jugé le plus digne de lui succéder.

Mais le mal n'en continuait pas moins ses ravages. Panas dut enfin se résoudre à se confiner définitivement en son château de Roissy et bientôt cet homme, dont l'existence avait été comme la synthèse de toutes les manifestations humaines de l'activité, ne fut plus qu'un infirme livré sans défense à l'humiliante et lamentable faillite de toutes ses fonctions. Ecoutez plutôt les détails que notre collègue Delbet, l'un de ses élèves les plus aimés, m'a confiés sur cette fin douloureuse.

Alors même qu'on était obligé de le faire manger, Panas toujours calme et avenant demandait encore qu'on le mît à table dans son fauteuil. Il aimait à recevoir ses amis et se plaisait aux longues histoires. Sa parole devenait souvent incompréhensible et, quand il s'en apercevait, il recommençait. Mais, hélas! il ne réussissait pas toujours à mieux exprimer sa pensée et c'est alors seulement qu'il manifestait un peu d'impatience. Malgré les efforts énormes qu'il lui fallait pour élever la main au niveau des lèvres, il avait conservé l'habitude de fumer des cigarettes orientales avec un bout d'ambre qu'on lui plaçait entre l'index et le médius. Deux jours avant sa mort, il tenta inutilement d'y réussir : « Je ne peux plus fumer, dit-il. Ça m'est égal de ne pas fumer, mais il m'est pénible de ne pouvoir faire aujourd'hui ce que je faisais hier. »

Le lendemain, au déjeuner, la déglutition elle-même devint impossible. Panas se fit rouler hors de la salle à manger et s'adressant à une vieille femme de chambre très dévouée : « N'en dites rien, lui murmura-t-il, c'est mon dernier repas. » Le soir, il contempla longtemps le coucher du soleil qui fut magnifique et parut y prendre plaisir. Dans la nuit, il eut une crise de dyspnée terrible, puis, un peu remis de cette alerte, il fit signe qu'il ne pouvait plus parler et se rendormit doucement. Le lendemain, 6 janvier 1903, il s'éteignit sans avoir repris connaissance.

Panas avait soixante et onze ans.

Telle fut cette émouvante agonie. Sans doute, en dépit des épreuves dernières qui lui étaient réservées, Panas reste encore parmi ces élus du sort dont les mérites semblent déjouer tous les maléfices et qui peuvent ainsi prétendre à la satisfaction suprême de voir leur existence se dérouler au gré de leur désir ou de leur ambition sans que la mort les vienne faucher avant l'heure. Mais les dernières pages de sa vie n'en donnent peut-être que mieux le pur exemple de ces manifestations sublimes dont les âmes supérieures détiennent les secrets et qui devraient à jamais déconcerter le déterminisme biologique mais follement prétentieux de quelques penseurs de notre époque. Quant à nous, pareil courage n'éveille en notre esprit que des sentiments d'admiration profonde et devant une si mâle énergie nous ne savons que saluer très bas.

Puisse l'hommage dont je me suis efforcé de me faire aujourd'hui l'interprète porter un peu d'apaisement au cœur de la femme admirable qui, après avoir partagé les joies et les triomphes de notre grand mort, a su lui prodiguer aux heures mauvaises les inépuisables trésors de sa tendresse. La réalisation de ce vœu serait, à mes yeux, la preuve ardemment souhaitée qu'en ce jour la mémoire de celui que nous pleurons a été honorée comme il fallait qu'elle le fût, et nous y trouverions tous une première et très douce consolation.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE LA FISSURE ANALE DES ENFANTS

M. Marfan conseille, avant de recourir à la dilatation de l'anus, l'application de l'une des deux pommades suivantes que l'on porte sur le foyer de la lésion avec le petit doigt si la fissure est superficielle (vers le sphincter externe) avec une mèche rectale si elle est située plus haut.

Vaseline	30 grammes.
Extrait de belladone	0g50
— de ratanhia	2 grammes.

Autre formule :

Vaseline	30 grammes.
Tanin	1g50
Calomel	0g30

(*Bull. gén. de thérap.*)

LIVRES NOUVEAUX

Géographie médicale des cinq parties du monde (1), par E. Laurent.

L'auteur a voulu combler une lacune. Il existait bien jusqu'alors des ouvrages sur la climatologie, la marche, l'aire de nos grandes maladies, mais rien n'a été tenté sur la géographie médicale.

Chaque région, chaque pays, chaque ville a sa pathologie spéciale. Cette dernière est envisagée avec les caractères qui lui donnent un aspect particulier suivant le climat, sa latitude, les conditions de vie des habitants. On trouvera donc dans ce livre de multiples renseignements d'utilité incontestable pour le voyageur, l'explorateur qui de loin, avant d'entreprendre son déplacement, sera à même de savoir les dangers contre lesquels il sera appelé à lutter, et qu'il pourra ainsi tenter de prévenir. Aussi les services que peut rendre l'ouvrage de M. Laurent sont-ils indéniables. CH. DOPTER.

Les neurasthénies (2), par le docteur A. Godlewski, avec préface du docteur H. Huchard.

Rédigé par un auteur qui, pendant de longues années, a pu suivre ses malades, l'ouvrage de M. Godlewski se divise en deux parties : l'une clinique, l'autre thérapeutique. La première, très documentée, s'efforce de démontrer qu'il n'y a pas une neurasthénie, mais des neurasthénies; la seconde expose méthodiquement la prophylaxie et la thérapeutique de la maladie : hygiène, psychothérapie, climatothérapie, massage, gymnastique suédoise, hydrothérapie, électrothérapie.

Ce livre essentiellement pratique sera lu avec plaisir par tous les praticiens auxquels il enseignera les moyens de guérir une affection trop longtemps considérée comme incurable.

L. BABONNEIX.

(1) In-18 cart. de 830 p. Prix : 7 fr. 50. — Paris, A. Maloine.
(2) In-16. Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 15. — MARDI 7 FÉVRIER 1905. 78e ANNÉE. MARDI 7 FÉVRIER 1905. — N° 15.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois . 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE
Le mycosis fongoïde, période prémonitoire et période d'état, par M. le professeur Gaucher.

MÉDECINE PRATIQUE
Les caractères différentiels de l'hypotrophie infantile et du rachitisme.

SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences. — Société médicale des hôpitaux. — Société de neurologie. — Société de biologie.

FORMULAIRE

LIVRES NOUVEAUX

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Internat.* — PATHOLOGIE. — Séance du 3 février 1905 : MM. Brulé (Marcel), 13 ; Génibert, 12 ; Hérisson, 11 ; Doury et Jullick, 9 ; Marsan (F.), 8 ; Bonvoisin et Hovelacque, 7 ; Petel, 6 ; Quentin, 3 ;

Séance du 5 février 1905 : MM. Aynaud, 14 ; Troisier, 12 ; Guyot, Planson, Duvoir, Charrier et Richon, 6 ; Jacob (Pierre), 5 ; Pelletier et Handelsmann, 3.

Séance du 5 février 1905 : MM. Bory, 13 ; Macé de Lépinay, Fage et Vézard, 11 ; Benon, 9 ; Saissi, 8 ; Léon et Mallein, 7 ; Dreyfus, 6, et Lemerle, 5.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — Trois cent cinquante étudiants en médecine, de la Faculté de Montpellier, ont voté l'ordre du jour suivant :

« Les étudiants en médecine français, de la Faculté de Montpellier, justement émus des dangers qui résultent des facilités accordées aux étudiants étrangers après naturalisation pour transformer leur diplôme d'université en diplôme d'Etat, étant donné que ces dangers sont loin d'être purement théoriques, mais qu'il est permis dès maintenant, d'après des faits très nombreux, d'en sentir, dans certaines régions, les conséquences désastreuses pour la profession médicale, rendue de plus en plus difficile :

Protestent contre de pareils abus, qui, dès l'application de la nouvelle loi sur le service militaire, vont devenir encore plus évidents et créer une supériorité marquée des étrangers sur les Français pour les divers concours de la Faculté ou des hôpitaux ;

Emettent le vœu : qu'il soit exigé de tout étranger désireux d'obtenir le diplôme d'Etat, les mêmes diplômes français d'études secondaires que l'on exige des étudiants français. »

ÉCOLES DE MÉDECINE. — POITIERS. — A la suite du concours qui vient de se terminer pour une place de suppléant des chairs d'anatomie et de physiologie de cette école, M. Barnby a été présenté à la nomination du ministre de l'Instruction publique.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Ogilvie (de Londres), médecin de l'Hôpital français, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— La mention honorable des épidémies a été décernée à MM. les docteurs Dancourt (de Cambrai) et Vermesch (de Lille).

BANQUET. — Un comité composé de MM. les docteurs Bender, Lartigues, Desfossés et Zimmern organise un banquet à l'occasion de la nomination du docteur Jayle dans la Légion d'honneur.

Ce banquet aura lieu, le 22 février, au palais d'Orsay, sous la présidence de M. le professeur Pozzi.

Les souscriptions sont reçues par M. le docteur Bender, 17, rue Alphonse-de-Neuville, secrétaire du comité. La cotisation est de 20 francs.

UN TRAIT DE TILLAUX. — Le professeur Reclus rappelait dans sa première leçon le trait suivant sur le professeur Tillaux dont la bonhomie normande servait parfois de pavillon à la plus incisive des ironies. Un jour entre dans son cabinet un jeune couple mystérieux : la femme relève lentement sa voilette, et après avoir assuré son courage par un regard à son mari : « Monsieur le docteur, dit-elle, mon mari et moi nous nous adorons à ce point que nous voulons vivre uniquement l'un pour l'autre ; il ne faut pas que l'arrivée d'un enfant nous ravisse si peu que ce soit de notre affection mutuelle ; aussi, pour conjurer ce malheur, ajouta-t-elle en baissant la voix, mon mari m'a suggéré l'idée de me confier à vos mains habiles et prudentes. » M. Tillaux, un instant suffoqué, reprend son sang-froid et, se tournant vers le mari qui hochait la tête d'un air approbateur : « Vous avez eu là, Monsieur, une très heureuse idée ; mais comme l'opération est plus facile, moins dangereuse et non moins efficace chez l'homme, c'est sur vous, si vous voulez bien, que nous la pratiquerons. » L'histoire prétend que le monsieur s'en tint là.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 1, janv. 1905.) Brocq, Lenglet et Ayrignac : Recherches sur l'alopécie atrophiante, variété pseudo-pelade. — Jacquet et Rondeau : Le vernix caseosa, l'hérédo-séborrhée et l'acné fœtale.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Fév. 1905.) Brouardel : L'empoisonnement des ouvriers peintres. — Maurice et Antonin Péhu : Des logements insalubres à Lyon de 1891 à 1904. — P. Reille : Assainissement et salubrité de l'habitation. — Strasmann et Schulz : De la pénétration de l'oxyde de carbone dans le sang du cadavre.

Archives de médecine des enfants. — (N° 2, fév. 1905.) D'Astros : Infections cutanées chez le nourrisson. — Rocaz : Diphtérie primitive de l'amygdale pharyngienne.

Archives générales de médecine. — (N° 5, 31 janv. 1905.) L. Bard : L'orientation auditive angulaire. Ses éléments périphériques et sa perception centrale. — Bensaude et Rivet : Les formes chroniques du purpura hémorragique. Poussées indéfinies et réveils à longs intervalles. Rapports de certains cas avec la tuberculose (*addendum*).

Archives internationales de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 1, janv.-fév. 1905.) E. Baumgarten : Hémorragies périodiques des voies aériennes supérieures. — Escat : A quoi expose un curetage trop chirurgical du nasopharynx. Rétrécissement consécutif à l'ablation de végétations adénoïdes. — H. de Stella : Toxines et antitoxines dans la diphtérie. — F. Laval : Des tumeurs malignes du naso-pharynx. — S. M. Bourack : Traitement opératoire de la tuberculose laryngée. — C. Golesceano : Contribution à l'étude de l'atmothérapie (*suite*). — Poli : Distribution du tissu adénoïde dans la muqueuse nasale. — C. Chauveau : Sur quelques points d'anatomie comparée de l'oreille moyenne et de l'oreille externe (*suite*). — A. Zünd-Burguet : Etude physiologique et pratique sur les troubles externes ou mécaniques de la parole (*fin*). — Tommasi : Mécanisme des traumatismes de l'oreille. — Toubert : Évidement fronto-ethmoïdal. — C. Chauveau : Le traité des angines de Lasègue (*suite*).

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLII, n° 2, 12 janv. 1905.) H. S. Hall : L'usage systématique du travail comme remède à la neurasthénie et aux états analogues. — A. H. Gould : Technique perfectionnée pour l'entéro-anastomose termino-terminale (avec 5 fig.). — F. T. Murphy : Observations sur le drainage expérimental du péritoine chez le chat. — L. V. Briggs : Considérations sur le rôle étiologique des auto-intoxications et auto-infections dans des ordres mentaux variés. — (N° 3, 19 janv.) J. C. Munro : Traitement des tumeurs malignes chez l'homme au point de vue chirurgical. — R. H. Fitz : Brève considération sur plusieurs des résultats du traitement chirurgical du cancer de l'estomac. — A. H. Gould : Nouvelle méthode de pratiquer la gastro-entérostomie. — H. Stern : Points qui conviennent à la conduite de la glycosurie diabétique ou non. — H. P. Towle : L'éruption brune de la queue des phalènes.

British medical Journal. — (N° 2300, 28 janv. 1905.) Mayo Collier : Leçon clinique sur la dysphagie. — Milligan : Sinusite frontale suppurée. — Siegmund Moritz : Causes, symptômes et complications des cavités nasales accessoires. — Adolph Bronner. Maladies du nez dans leur relation avec les états pathologiques des autres organes. — Whitehead : Maladies du nez comme cause de céphalalgie. — Henry Smurthwaite : Otite moyenne suppurée chronique.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 3, 23 janv. 1905.) E. Rochard : Traitement de l'invagination. — (N° 4, 30 janv.) Cabanès : La thérapeutique d'autrefois ; la castration agent curatif.

Bulletin médical. — (N° 9, 1er fév. 1905.) Josué : Les faux cardiaques. — Trousseau : Phlegmon de l'orbite chez l'enfant. — (N° 10, 4 fév.) Léon Bernard : Les affections tuberculeuses des reins (*suite*).

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 3, 21 janv. 1905.) Schmid : Sur l'évaluation quantitative de l'acide hippurique et sur le sort de l'acide quinique dans l'organisme. — (N° 4, 28 janv.) L. Boye : La métaphénilène diamine comme antidiarrhéique.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 4, 26 janv.) Tillmanns : Traitement par la stase veineuse. — Casper : Diagnostic et traitement de la tuberculose rénale. — Edinger : Les maladies consomptives du système nerveux. — Barth : Symptomatologie de la diplégie faciale. — Libbertz et Rüppel : Immunisation des bovidés contre la tuberculose. — Fischer : Chorionépithéliome et kystes des corps jaunes. — Brat : Action des albuminoïdes, des peptones et des peptides sur la coagulation du sang. — Floret : Action de la citarine dans la diathèse urique.

Écho médical du Nord. — (N° 5, 29 janv. 1905.) Breton : Aortite et néphrite chronique post-grippale. — Bossan : Paralysie douloureuse des jeunes enfants. — R. Le Fort, Bachmann et G. Cieren : Polyomyélite antérieure grave chez une enfant.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 5, 29 janv. 1905.) Cabannes et Bonnet : Des lésions du trijumeau (en particulier le trijumeau oculaire) consécutives aux fractures du crâne.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 5, 29 janv. 1905.) Lalesque : L'hémoptysie en cure marine.

Journal de pharmacie et de chimie. — (N° 3, 1er fév. 1905.) L. Hugounenq : Les empoisonnements par les gâteaux à la crème. — E. Collin : Falsification des substances alimentaires par les coques d'amandes pulvérisées. — Arthur et Albert Petit : Sur le dosage de l'opium. — F. Telle : Sur l'absorption du brome par les corps gras. Nouvelle méthode de détermination de l'indice de brome (*à suivre*).

Journal de physiothérapie. — (N° 2, 15 janv. 1905.) E.-Albert Weil : Les traitements de l'hypertrichose. — A. Béclère : Note sur l'emploi thérapeutique des sels de radium.

Journal des praticiens. — (N° 5, 4 fév. 1905.) Rénon : Traitement précoce de la tuberculose pulmonaire (*suite*). — Pascault : Associations et incompatibilités alimentaires.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 4, 28 janv. 1905.) G. Delépine : Dystocie par excès de volume physiologique du fœtus.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 4, 26 janv. 1905.) V. Pechère : Ulcère de l'estomac et anémie ; anasarque. Résultats du traitement ferrugineux. — E. Lust : Pour les gouttes de lait. — (N° 5, 2 fév.) : G. Bouché : Sur un cas d'érysipèle compliqué. — E. Delneuville : La médication par le gaz carbonique à Spa dans les affections de la gorge, du nez, des oreilles et des yeux.

Lyon médical. — (N° 5, 29 janv. 1905.) Goullioud : De la pylorectomie (*fin*).

(*Voir la suite, p. 178.*)

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

(Hôpital Saint-Louis.)

LE MYCOSIS FONGOÏDE

PÉRIODE PRÉMONITOIRE & PÉRIODE D'ÉTAT

Par M. le professeur GAUCHER

L'apparition du mycosis fongoïde, appelé aussi, quelquefois, par erreur, lymphadénie cutanée, est une dermatose maligne hypertrophique, précédée d'éruptions de caractères assez différents que l'on a l'habitude de décrire sous le nom d'éruptions prémonitoires et dont l'étude est très intéressante.

Ce sont tantôt des éruptions eczématiformes d'un rouge très vif et provoquant un prurit des plus violents. L'intensité de ces deux symptômes caractérisent ces eczémas du début du mycosis fongoïde, qui d'ailleurs font, comme tous les eczémas ordinaires, une desquamation fine et furfuracée.

On a décrit également des éruptions psoriasiformes. J'ai eu l'occasion d'en voir moi-même un cas tout à fait typique que je vais vous signaler en quelques mots. Il y a quelques années, me fut envoyé de province un malade, que son médecin soignait pour un psoriasis rebelle; il portait des plaques larges tout à fait semblables, par leur aspect et par leur localisation (genou, coude), à celles du psoriasis. Mon diagnostic, je l'avoue, ne fit que confirmer celui du médecin traitant. Un an après, le malade revint et je fus surpris de trouver des plaques beaucoup plus saillantes : je pensai alors à du mycosis; effectivement, six mois après, le malade me revenait avec des tumeurs mycosiques très nettes. Je vous ai cité ce cas pour que vous ne soyez pas surpris de le constater à l'occasion; mais ce mode de début est exceptionnel.

Plus fréquente est l'éruption lichénoïde que l'on peut confondre avec du lichen simple chronique. Mais je tiens à vous rappeler que je ne parle ici que des éruptions prémonitoires car, ainsi que nous le verrons tout à l'heure, il existe une phase de l'affection qui présente justement cet aspect lichénoïde qu'il est inutile que je vous décrive plus longuement.

On peut observer aussi de l'urticaire en petites plaques saillantes, prurigineuses et fugaces, ou bien de l'érythème simple, rouge vif, rosé ou même d'un rouge violacé, en plaques petites ou disséminées, mais parfois aussi en plaques beaucoup plus larges, constituant vraiment ce que l'on a appelé l'érythrodermie prémycosique : cette éruption débute par de larges taches scarlatiniformes reposant sur une légère infiltration du derme et cette induration doit déjà faire penser au mycosis. Ajoutez à cela la desquamation fine, furfuracée, plus ou moins abondante, la fièvre fréquente accompagnée d'une diaphorèse parfois abondante et aussi l'engorgement ganglionaire multiple et vous aurez assez d'éléments pour poser un diagnostic ferme.

Toutes ces éruptions ont une durée longue, elles paraissent, elles disparaissent, mais elles sont tenaces, elles persistent; elles peuvent précéder de plusieurs années l'apparition du mycosis. Voyons donc maintenant quelle est leur marche?

Qu'elles soient eczématiformes ou psoriasiformes, qu'elles présentent l'aspect du lichen, de l'urticaire ou de l'érythème, elles sont toutes mobiles; elles semblent paraître et disparaître sans raison, mais elles sont néanmoins très tenaces et c'est là un caractère des plus importants. De même, elles sont prurigineuses, elles occasionnent un prurit tout particulièrement intense et beaucoup plus violent que dans les cas des affections qu'elles simulent, dans l'érythème en particulier. Et puis ce prurit est constant mais avec des paroxysmes : la constatation de ces crises de prurit est un autre signe de grande valeur. Enfin ces démangeaisons douloureuses ont des conséquences, dont la plus inéluctable est le grattage, et c'est ainsi que l'on observe fréquemment des excoriations, des ulcérations, des suintements, des productions croûteuses et même de l'infection pyogène de la peau.

Tel est le début. Au bout d'un certain temps, ces éruptions deviennent plus fixes et se caractérisent par des lésions plus profondes. On observe un épaississement, une induration rugueuse de la peau. C'est la phase lichénoïde de l'affection qui, comme nous l'avons vu tout à l'heure, peut exister d'emblée, phase bien vue par Bazin, et décrite par lui sous le nom de deuxième période du mycosis fongoïde. Cet état lichénoïde est d'ailleurs très important et il peut présenter des caractères différents.

Ou bien ce sont de petites papules acuminées, rouges et confluentes, présentant absolument l'aspect du lichen simplex chronique; ou bien encore ce sont des papules aplaties, larges, isolées, légèrement brillantes, qui font penser au lichen plan; ou bien enfin ce sont des plaques encore plus larges, plus aplaties, étalées, volumineuses, presque tuberculeuses, et c'est le lichen tubéreux. On comprend facilement, n'est-ce pas, combien ce polymorphisme peut rendre le diagnostic difficile et hésitant.

Plus tard, les lésions deviennent plus profondes, plus infiltrées, elles gagnent de plus en plus de la superficie vers la profondeur, elles tendent à constituer une véritable néoplasie étalée. Ce n'est plus l'épiderme seulement, c'est le derme qui est atteint et l'on se trouve en face d'un véritable érythème noueux, qui se développe soit aux endroits où avaient apparu les plaques éruptives, soit aux endroits où la peau semblait être restée saine jusque là. Ces lésions d'érythème noueux sont roses, rouges ou brunâtres; elles sont quelquefois tellement prononcées qu'elles entraînent la déformation et le rétrécissement de l'ouverture palpébrale, des narines et de la bouche, donnant alors à la figure des malades un aspect repoussant qui rappelle celui de la lèpre : d'ailleurs Bazin, déjà, avait proposé, pour cette raison, d'appeler le mycosis fongoïde, lèpre indigène. Je me hâte de vous dire que, dans l'état actuel de nos connaissances, il n'y a aucun rapport entre ces deux affections. Ces lésions peuvent exister également aux doigts et vous pouvez voir, au musée de l'hôpital Saint-Louis, un moulage qui représente une localisation de cet érythème noueux mycosique aux

doigts ; elles peuvent aussi siéger au prépuce et je vous engage à aller voir en même temps un moulage dû à M. Hallopeau qui simule tout à fait l'induration chancreuse avec mycosis du prépuce. Ce sont, comme vous le voyez, des troubles fonctionnels très importants à connaître.

D'ailleurs la peau est intacte le plus souvent et elle ne présente que de la rougeur. Parfois cependant on observe quelques lésions épidermiques aiguës : ce sont des plaques bulleuses, végétantes, qui simulent tout à fait le pemphigus végétant.

Ces lésions dermiques peuvent s'affaisser et même disparaître sans laisser de traces, et vous pouvez encore ici constater cette mobilité dont je vous parlais tout à l'heure. Le plus souvent, elles s'affaissent partiellement au centre, mais elles persistent à la périphérie, formant ainsi un anneau saillant circiné. Tandis que les unes s'affaissent et disparaissent en totalité ou en partie, d'autres lésions apparaissent, car l'affection, retenez-le bien, a une marche ininterrompue et poursuit son évolution que rien ne peut arrêter.

Telles sont les éruptions prémycosiques, lésions de début, qui peuvent durer très longtemps, dix, quinze et même vingt ans, avant qu'apparaisse la lésion typique, la tumeur mycosique, et vous comprenez quel intérêt il y a à faire le diagnostic avant l'apparition de cette tumeur.

Donc, dans la grande majorité des cas, les éruptions précèdent et annoncent la tumeur, mais, dans quelques cas exceptionnels, les éruptions succèdent à la tumeur ou apparaissent en même temps qu'elle ; enfin, l'on a pu observer la tumeur d'emblée, sans éruption prémonitoire ; la marche de l'affection est alors beaucoup plus rapide.

Ces tumeurs se développent d'une façon bien différente : leur volume est celui d'une petite noisette, d'une noix, d'un œuf, d'un poing, suivant les cas. Leur forme est, le plus souvent, arrondie plus ou moins régulièrement ; on dirait une moitié de sphère appliquée sur la peau par sa base ; parfois leur forme est celle d'un fer à cheval et M. Fournier en a donné un bel exemple au musée. Mais ces tumeurs peuvent être irrégulières, bosselées, deformées, quand elles résultent de la confluence de plusieurs petites tumeurs primitives. Dans tous les cas, la base en est large et entourée d'un sillon, d'une sorte de rainure tout à fait caractéristique, et la surface en est lobulée comme celle de toutes les tumeurs. La coloration est rosée ou rouge tomate, de telle sorte que, quand ces tumeurs ne sont pas déformées, elles rappellent absolument la tomate par la forme et la couleur. Parfois cependant elles sont violettes et même noires et elles répondent alors à un mycosis hémorragique. Vous pouvez voir ici un moulage de Quinquaud qui représente une tête et un thorax de cette sorte de mycosis ; bien que ces cas soient rares, soient même exceptionnels, il faut les connaître, car ils ne ressemblent à rien autre.

La tumeur fait corps avec le derme, mais elle est mobile sur les parties profondes, elle est exclusivement cutanée ; elle est indolore, sa consistance est ferme, mais non dure, elle est élastique et légèrement rénitente ; on dirait une balle de caoutchouc durci, du moins au début ; mais ensuite elle se ramollit et elle présente une consistance mollasse. Le siège en est variable, comme le nombre, mais on observe ces tumeurs surtout sur le tronc et sur la racine des membres ; elles peuvent être disséminées ou conglomérées ; elles peuvent coïncider avec d'autres manifestations mycosiques, l'infiltration noueuse, le lichen, l'érythème. Elles peuvent être localisées et persister pendant très longtemps sur une partie du corps, comme sur le moulage que je vous montre où le mycosis a été localisé au niveau d'un seul deltoïde. Elles peuvent aussi se généraliser à toute la surface du corps et c'est alors que l'on peut observer l'infiltration mycosique des muqueuses de la bouche, de la luette, du voile et du pharynx.

Voilà donc ces tumeurs constituées : que vont-elles devenir ? Dans tous les cas, elles vont rester stationnaires pendant un certain temps, puis ou bien elles vont rétrocéder et se résorber, ou bien elles vont s'ulcérer. Il faut bien que vous sachiez qu'un grand nombre de ces tumeurs disparaissent du jour au lendemain sans laisser de traces. Ceci est très important au point de vue du traitement. Supposez en effet que quatre, cinq, huit jours après l'administration d'un traitement, une de ces tumeurs disparaisse ; on croira que c'est grâce au médicament et c'est ainsi qu'on a publié tant d'heureux résultats obtenus par tel ou tel produit. Cette disparition subite, sachez-le bien, est un fait particulier au mycosis qui est une tumeur de la classe des sarcomes, mais d'espèce spéciale. Or cette disparition peut être complète, ne laisser aucune trace ; dans d'autres cas, elle peut laisser une macule déprimée et rougeâtre, mais la guérison n'est pas obtenue pour cela, car bientôt apparaît une nouvelle tumeur et la maladie suit son évolution fatale. Donc cette disparition de la tumeur n'est pas un indice de guérison, elle est simplement un caractère de la maladie.

Le plus souvent, la tumeur s'ulcère : elle corrode les téguments de la superficie à la profondeur, elle creuse peu à peu, saignant assez facilement, laissant couler un liquide fade, mais non fétide, et formant des croûtes brunâtres ; parfois elle mortifie les tissus sous-jacents, elle produit une gangrène moléculaire, une escare qui la force elle-même à s'éliminer et, dans ces cas, la marche est rapidement fatale ; dans d'autres cas, il se produit une ouverture en masse qui succède au ramollissement total de la tumeur, ou bien il se forme de nombreux pertuis qui tendent à se réunir et à se confondre par le sphacèle des tissus interposés ; de l'ulcération alors coule un liquide fétide, purulent et putride. Cette ulcération, une fois constituée, peut se limiter et guérir ; mais alors bientôt apparaît une ulcération nouvelle.

Telles sont les principales étapes de l'évolution du mycosis fongoïde : éruptions prémonitoires, lichénification, érythème noueux, tumeurs, ulcérations. Dans la prochaine leçon nous continuerons cette étude, mais, vous le voyez, ce qui caractérise ces lésions, c'est leur mobilité ; elles apparaissent et elles disparaissent, d'une façon rapide et parfois sans laisser de

traces, mais elles réapparaissent bientôt et, comme je vous l'ai déjà dit, rien ne peut empêcher la marche progressive et fatale de cette maladie.

MÉDECINE PRATIQUE

LES CARACTÈRES DIFFÉRENTIELS DE L'HYPOTROPHIE INFANTILE ET DU RACHITISME

M. G. Variot, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, a présenté vendredi, à la Société médicale des hôpitaux, de nouvelles radiographies d'enfants rachitiques qui démontrent jusqu'à l'évidence, que le processus de dystrophie osseuse, qui atteint le squelette au cours du rachitisme, est bien distinct du ralentissement de la nutrition et du retard prolongé dans le développement de l'ensemble de l'organisme qui caractérisent l'hypotrophie infantile, c'est-à-dire l'atrophie infantile prolongée (1).

Il a montré d'abord la main d'un garçon rachitique âgé de trois ans, de taille et de poids normaux, suivant les tables de Quételet, sans hypotrophie par conséquent. A deux ans ce garçon ne marchait pas encore, il n'avait cependant pas de grandes déformations des diaphyses, mais ses épiphyses étaient volumineuses, le chapelet costal très marqué. Un séjour de quatre mois à Berck a suffi à le faire marcher seul.

Dans l'ensemble, dit M. Variot, il a la main plus forte que la main normale d'une petite fille du même âge (trois ans). Les os sont un peu plus volumineux que chez cette dernière, leur contour un peu moins net, leurs extrémités un peu renflées en rapport avec le processus de dystrophie rachitique.

Mais les points d'ossification complémentaire dans les épiphyses des métacarpiens, des premières et surtout des *deuxièmes* phalanges des doigts et du pouce, sont *aussi distincts* que chez la petite fille dont l'ossification était normale. De même pour les points d'ossification du carpe et de l'extrémité inférieure du radius. Il n'y a donc pas chez cet enfant nettement rachitique, mais non hypotrophique, de retard notable dans l'apparition des points d'ossification complémentaires des métacarpiens, des premières et des deuxièmes phalanges.

Si l'on rapproche les radiographies de la fillette normale de trois ans, du garçon rachitique cité plus haut et celle de Paulette G..., âgée aussi de trois ans, qui est un type d'hypotrophie avec très légères lésions rachitiques des os sans déformations apparentes, on reconnaît tout de suite que la main de l'hypotrophique est extrêmement réduite dans toutes les dimensions; elle égale à peine la grandeur de la main d'une fillette de deux ans dans sa totalité. Quant aux points d'ossification des deuxièmes phalanges qui sont parfaitement évidents aussi bien chez la fillette normale que chez le garçon rachitique de trois ans, ils sont absents chez l'hypotrophique. Rapprochant la radiographie de cette dernière de celle de l'enfant normale de deux ans, M. Variot montre que ces deux radiographies se superposent à peu près quant à l'épaisseur des cartilages épiphysaires et quant au nombre des points d'ossification complémentaires.

Aussi bien chez l'hypotrophique que chez l'enfant de deux ans, les points d'ossification manquent aux deuxièmes phalanges.

Il est donc établi que l'apparition des points d'ossification chez l'hypotrophique est retardée d'au moins une année, tandis que ces points sont bien nets chez le garçon rachitique de trois ans, c'est-à-dire ayant le même âge.

Mais ce qui est vrai pour les rachitiques avec tuméfaction marquée des épiphyses, sans déformation importante des diaphyses, est vrai aussi pour les grands rachitiques avec scoliose, asymétrie thoracique et torsion du radius.

Chez une grande rachitique de quatre ans et demi, le développement total de la main n'est guère inférieur à ce qu'il est chez une enfant normale de cet âge. Les points d'ossification complémentaires aux premières, deuxièmes et même troisièmes phalanges sont très distincts; là encore leur apparition ne paraît pas avoir été retardée malgré l'extrême intensité de la dystrophie osseuse, qui a complètement tordu les diaphyses de l'avant-bras.

Le ralentissement considérable dans la croissance et le développement des enfants hypotrophiques ne se retrouve donc pas chez les rachitiques : cela est vrai aussi pour le squelette, puisqu'il y a des retards de six mois, un an même dans l'apparition des points d'ossification chez les *hypotrophiques*, tandis que les rachitiques ont leurs points d'ossification complémentaires à l'époque normale.

La dystrophie osseuse rachitique est donc bien distincte de ce grand processus d'*hypotrophie*, de retard de croissance qui porte sur les autres tissus et organes aussi bien que sur le squelette et qui ne ménage que le système nerveux et peut-être le cœur. Ces observations comparatives rigoureuses faites par la radiographie n'ont pas encore été contrôlées par l'examen direct des os à l'autopsie, mais pour qui connaît la précision admirable des indications fournies par la radiographie sur le squelette, les faits que vient d'exposer M. Variot ont un caractère à peu près définitif. Les indications fournies sur l'hypotrophie par l'examen clinique sont *confirmées* par les investigations anatomiques.

Le rachitisme et l'hypotrophie sont bien deux processus distincts qu'il faudra s'attacher de plus en plus à différencier dans l'avenir. Ils sont fréquemment combinés, cela est vrai, mais ils peuvent être très indépendants et il est parfaitement certain que le rachitisme peut exister à un haut degré sans hypotrophie.

Les recherches expérimentales tendent à nous faire supposer que les poisons qui se forment dans l'intestin au cours des gastro-entérites et de l'atrophie du premier âge sont probablement multiples. Les uns agiraient spécialement sur le système osseux pour troubler l'ostéogenèse, aussi bien pour le périoste que dans les épiphyses : M. Spillmann (de Nancy) a produit des faits fort intéressants pour appuyer ces idées pathogéniques.

Dans la même famille où des fautes identiques contre l'hygiène sont commises, on voit parfois tous les enfants, cinq, six et plus, présenter les mêmes lésions rachitiques des os, les mêmes déformations des diaphyses; comme si tous avaient reçu le même poison, à la même dose et pendant le même temps.

Plus récemment MM. Charrin et Le Play ont isolé, dans l'intestin des enfants, des substances toxiques qui, injectées sous la peau des animaux, réalisent expérimentalement le processus de l'atrophie et de l'hypotrophie.

Il est très vraisemblable que ces diverses substances toxi-

(1) Dans le compte rendu de la communication de M. G. Variot sur l'*atrophie infantile*, au cours de la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux (nº 12, p. 140), il s'est glissé une erreur typographique que nos lecteurs auront certainement rectifiée d'eux-mêmes : au lieu d'enfants *hyper*trophiques, lire enfants *hypotrophiques*.

ques agissant ensemble peuvent déterminer un complexus d'atrophie et de rachitisme qui se rencontre si communément.

Mon opinion sur la pathogénie de l'hypotrophie, ajoute M. Variot, n'est pas encore tout à fait arrêtée. Mais je suis disposé à faire jouer un grand rôle à l'inanition prolongée, quels qu'en soient d'ailleurs le mode et le mécanisme dans la production du processus de l'hypotrophie; dans presque toutes nos enquêtes cliniques nous apprenons que les enfants ont été ou mal ou insuffisamment alimentés. Le résultat est le même dans les deux cas.

L'alimentation insuffisante ou défectueuse et l'inanition qui en est la conséquence ne produisent pas seulement des effets hypotrophiques chez l'enfant. Les zootechniciens connaissent bien le ralentissement de la croissance et l'abaissement de la taille des races d'animaux qu'on change de climat, qu'on transporte dans des pâturages maigres, dans un mauvais milieu nutritif. A l'île d'Ouessant il y a une race de moutons très petits qui sont les descendants dégénérés des moutons de la côte bretonne voisine, qui ont été importés depuis bien des années.

Le climat est rude dans cette île sauvage et surtout l'herbe y est rare, brûlée par les vapeurs de la mer; les moutons ont dû se contenter d'une alimentation très inférieure à celle du continent, ils ont dû s'adapter à un milieu nouveau, d'où l'exiguïté de leur taille et de leur poids (1). Ces variations dans les races sont indiscutables et ont été analysées depuis Lamarck, Darwin etc.

Il est bien probable que l'atrophie initiale des nourrissons et l'hypotrophie du deuxième âge, vu leur fréquence dans les faubourgs et la population pauvre, jouent un rôle dans la dégénérescence de la race et notamment dans l'abaissement de la taille des Parisiens habitant les arrondissements excentriques. Manouvrier a établi en effet, en faisant la moyenne de la taille des conscrits dans les divers quartiers de Paris, que la taille des hommes dans le XXe arrondissement (où nous avons établi notre Goutte de lait) n'est que de 1^m62 au lieu de 1^m65 dans les arrondissements riches du centre.

En somme la séparation de l'*hypotrophie* du rachitisme nous apparaît comme une notion nouvelle, résultant de nos longues et patientes observations dans les Gouttes de lait où nous suivons les enfants, non pas pendant des semaines, comme on le faisait jadis dans les crèches et dans les salles d'hôpital, mais pendant des mois et des années.

L'atrophie infantile prolongée, l'hypotrophie autrement dit, ne pouvait pas frapper les anciens observateurs qui n'avaient pas la même méthode de recherche et de contrôle de la croissance des enfants que nous. On se contentait de noter surtout les lésions du squelette, qui étaient bien visibles dans le rachitisme, mais on n'analysait pas, comme nous tentons de le faire aujourd'hui, le retard du développement de tout l'organisme. »

---

(1) Quoique petits, ils sont d'ailleurs bien modelés, et n'ont nulle déformation rachitique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 30 JANVIER 1905)

Traitement mixte des trypanosomiases par l'acide arsénieux et le trypanroth. (Note de M. A. LAVERAN.) — La guérison spontanée des infections produites par *trypanosoma gambiense*, qui paraît bien être l'agent de la maladie du sommeil, étant tout à fait exceptionnelle, les observations résumées dans la note de M. Laveran paraissent démontrer que ces infections sont curables au moins chez certaines espèces animales. La médication la plus efficace consiste actuellement dans l'emploi de traitements successifs par l'acide arsénieux et le trypanroth. Les doses de ces médicaments efficaces dans le traitement des trypanosomiases étant voisines des doses toxiques et la toxicité étant variable suivant les espèces animales, on conçoit que, pour chaque espèce, les doses à prescrire doivent être rigoureusement déterminées, ce qui est particulièrement difficile dans l'espèce humaine.

Existence du rachitisme intra-utérin. — MM. CHARRIN et LE PLAY. L'existence du rachitisme intra-utérin est de plus en plus contestée; on rattache à l'achondroplasie les modifications qu'on pourrait lui attribuer.

Or à l'aide des photographies, des radiographies, des examens macroscopiques et microscopiques, des analyses chimiques, des données cliniques que comporte l'observation d'un nouveau-né, dont MM. Charrin et Le Play ont présenté le squelette, il leur est possible d'établir la réalité de ce rachitisme fœtal.

Leurs observations les amènent à penser que les dissemblances qui existent dans ce domaine du rachitisme et de l'achondroplasie constituent des types distincts d'un unique processus plutôt que des entités pathologiques séparées : l'achondroplasie n'est peut-être que du rachitisme intra-utérin.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 3 FÉVRIER 1905)

Claudication intermittente et thrombose de l'aorte abdominale chez un tabétique. — MM. Louis RÉNON, LAEDERICH et MAZOUX présentent l'aorte abdominale complètement thrombosée d'un homme de cinquante-huit ans atteint depuis cinq ans de claudication intermittente. Ce malade succomba à la suite d'une gangrène des orteils du pied gauche, accompagnée d'une asphyxie générale des extrémités, avec des douleurs atroces aux membres inférieurs.

A l'autopsie, on trouva l'aorte, athéromateuse au niveau de la crosse et de sa portion thoracique, complètement oblitérée dans sa portion abdominale par un caillot très adhérent. Ce caillot, terminé en haut par un thrombus plus récent, s'arrêtait au niveau de l'orifice de l'artère mésentérique inférieure, complètement libre; en bas, la thrombose s'étendait aux artères iliaques, aux fémorales et aux artères du membre inférieur (fémorale, poplitée, tibiale antérieure, pédieuse). L'examen histologique a fait constater une inflammation totale de l'aorte, une « panaortite » et confirma l'existence de la thrombose.

Ce cas rare doit être rapproché des faits similaires et surtout de ceux de MM. Barth, Barié et du Castel, Dupuy, Hu-

chard et Milliet, Vigouroux et Charpentier, où la claudication intermittente fut notée ainsi que la gangrène des extrémités.

Ce malade fumait avec excès, mais il n'était ni alcoolique ni syphilitique. Son tabagisme peut-il être incriminé dans la genèse des accidents? La chose est possible, si l'on songe que le tabac est, comme l'adrénaline, un poison vaso-constricteur, facteur puissant d'hypertension artérielle. Sans doute, les accidents tabagiques vasculaires sont rares, en comparaison du nombre colossal de fumeurs. Mais, chez les neuro-arthritiques gros mangeurs et gros buveurs, chez ceux qui vivent renfermés, sans prendre d'exercices physiques, en proie aux travaux et aux soucis des professions libérales, il n'est pas impossible que le tabac joue un rôle dans la genèse de leur sclérose artérielle fréquente. D'ailleurs cette sclérose est beaucoup plus rare chez les femmes qui fument peu, et à qui ne sont cependant ménagées ni les troubles pathologiques ni les préoccupations morales.

Aussi la possibilité de l'action nocive du tabac sur le système cardio-vasculaire est-elle une question qui se pose nettement. Admise par les auteurs anglais et américains, elle a été soutenue récemment par M. Erb qui, dans un cas de claudication intermittente, a noté 30 fois cette action.

M. Josué fait remarquer, à propos de la communication de M. Rénon, que les injections de nicotine n'ont jamais été suivies d'altérations vasculaires, contrairement à ce qui se produit quand on injecte de l'adrénaline.

Confusion mentale primitive avec réaction méningée. Lymphocytes dans le liquide céphalo-rachidien. — MM. Dufour et Brelet. Une jeune femme de vingt ans entre à l'hôpital avec tous les signes de la confusion mentale fébrile. Elle est alternativement dans la stupeur ou dans un état d'excitation subaiguë avec hallucinations de la vue et de l'ouïe. Il est presque impossible de fixer son attention; si on lui demande à tirer la langue, elle refuse en déclarant que ce n'est pas convenable. Il lui est impossible de donner des renseignements sur son passé, dont elle n'a gardé que peu de souvenirs. Elle se rappelle vaguement qu'elle a eu une fille; des voix qu'elle entend surtout à gauche lui disent qu'elle est une mauvaise mère etc. Cette malade n'a aucun signe de méningite, sauf une céphalée assez violente. La ponction lombaire nous a montré dans le liquide céphalo-rachidien, la présence d'une lymphocytose très abondante. Nous attirons l'attention sur ce fait non signalé jusqu'ici au cours de cette psychose et qui implique la part certaine que peuvent prendre le cortex et les méninges dans la confusion mentale. La malade a parfaitement guéri.

M. Mosny rappelle à ce propos qu'il a observé l'an dernier dans son service, à l'hôpital Saint-Antoine, une malade jeune, obèse, entachée de façon certaine d'alcoolisme, atteinte de confusion mentale, dans le liquide céphalo-rachidien de laquelle il a trouvé une grande quantité de lymphocytes. Mais en raison d'une manifestation tuberculeuse ancienne et guérie, siégeant au niveau du genou, M. Mosny s'était demandé si la tuberculose ne pouvait pas être incriminée comme une des causes de la réaction méningée. Le diagnostic de confusion mentale avait été affirmé par M. Dupré.

Balano-posthite pustulo-ulcéreuse avec bacilles fusiformes et longs spirilles, déterminée par l'inoculation d'une stomatite ulcéro-membraneuse. — M. Queyrat présente un malade qui est venu le consulter à l'hôpital Cochin le 18 janvier dernier pour des ulcérations de la bouche qu'il croyait de nature syphilitique. Ces ulcérations existaient depuis deux mois à la partie postérieure de la joue gauche. Le diagnostic de stomatite ulcéro-membraneuse s'imposait, et fut pleinement confirmé par l'examen bactériologique. Le malade consentit très volontiers à ce qu'on pratiquât sur lui une expérience consistant à transporter un peu de la fausse membrane de la joue dans le sillon balano-préputial. Le 19 janvier on râcla avec une spatule la face muqueuse du prépuce sans produire d'exulcération, et en ce point une parcelle de la fausse membrane buccale fut déposée.

Aux points d'inoculation apparurent deux jours après de petites exulcérations qui bientôt s'étendirent dans tout le sillon balano-préputial, sur la face muqueuse du prépuce et sur le frein. A l'examen de l'exsudat de ces ulcérations, on trouve sur tous les points une surabondance de bacilles fusiformes et de longs spirilles et le frottis de l'exsudat balano-préputial apparaît nettement identique à celui de la stomatite qui a servi à l'inoculation. Cette expérience, très intéressante, démontre, ainsi que le fait fort justement remarquer M. Vincent, que la muqueuse génitale peut être infectée expérimentalement de la même manière que la muqueuse buccale saine chez un individu atteint d'angine. Cette contagiosité de l'angine ou de la stomatite fuso-spirillaire a été observée et démontrée par Panoff, Dopter et Vincent.

Les caractères différentiels de l'hypotrophie infantile et du rachitisme. — M. Variot. (Voir plus haut p. 173.)

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(Séance du 2 février 1905)

Myasthénie ou affection cérébelleuse. — M. Klippel présente un malade dont l'affection, ressemblant par certains points à une affection cérébelleuse, ressemble encore plus à la myasthénie d'Erb : l'aspect général du malade, qui se fatigue rapidement, la coexistence de neurasthénie nette, l'amélioration obtenue, rendent plus vraisemblable le diagnostic de myasthénie d'Erb, malgré l'absence de la réaction myasthénique.

M. Brissaud, qui a vu le malade, il y a deux mois, dit que le malade présentait alors une démarche nettement titubante. Il a actuellement, très marqué, le signe de Romberg.

Sclérose en plaques ou encéphalopathie infantile. — M. Armand-Delille. Forme légère avec prédominance des signes spinaux (nystagmus, tremblement intentionnel, maladresse des mains, spasmodicité des membres inférieurs). Début difficile à préciser. L'enfant a, actuellement, cinq ans et demi.

M. Raymond, rappelant un cas personnel, dit qu'en pareil cas, le diagnostic d'avec la diplégie cérébrale infantile est bien difficile.

M. Marie dit n'avoir jamais vu un seul cas authentique de sclérose en plaques infantile; il s'agirait toujours d'affections cérébrales infantiles; c'est ce diagnostic qui doit être porté dans le cas actuel.

Mouvements associés. — MM. Sicard et Brissaud. La malade ne peut exécuter aucun mouvement de l'un des membres supérieurs ou inférieurs, qui ne soit aussitôt répété de l'autre côté, aussi bien pour les mouvements inconscients, réflexes, que pour les mouvements volontaires. Cette syncinésie ne dépend pas d'une hémiplégie; il existe une légère exagération des réflexes tendineux et quelques signes légers

permettant de penser à une encéphalopathie infantile demeurée latente. La syncinésie a toujours existé.

Atrophie des muscles innervés par la branche motrice du trijumeau chez un tabétique. — MM. Léri et Marie. Le péristaphylin externe participe à la paralysie et semble donc innervé par le trijumeau; le malade, tabétique, présente une cataracte et la chute spontanée des dents; la coexistence de paralysies des deuxième, troisième, quatrième et sixième paires montre l'existence d'une méningite de la base.

Névrite ascendante post-traumatique. — MM. Guillain et Raymond. A la suite d'une plaie de la main, qui détermina un phlegmon, apparurent des douleurs névralgiques dans tout le domaine du plexus brachial. Réaction de dégénérescence dans les muscles de l'éminence thénar, peut être ébauche du syndrome sympathique.

M. Sicard, rappelant les expériences faites par lui et Cestan, montre que le processus de la névrite ascendante est dû vraisemblablement à des toxines, non à des microbes.

M. Déjerine, rappelant plusieurs cas personnels analogues, insiste sur la sévérité du pronostic.

Réactions électriques particulières dans un cas d'hémiplégie cérébrale infantile. — M. Levandowski (communication faite par M. Marie). Discussion des résultats et de la technique par M. Huet.

Hémiplégie cérébrale infantile avec hypertrophie musculaire et mouvements athétosiformes. — MM. Faure-Beaulieu et Levandowski. Cette hypertrophie est très marquée au membre supérieur, légère aux muscles de la jambe, avec atrophie de ceux de la cuisse et du triceps brachial. Spasmodicité intermittente, développement exagéré des veines du membre supérieur pris.

Etat paréto-spasmodique dans la maladie de Parkinson. — MM. Lévi et Tagnet. La parésie occupe les muscles de la nuque, du membre supérieur gauche et de la cuisse droite. Exagération nette des réflexes. Mais la parésie est-elle myopathique ou myélopathique?

Syndrome tabétiforme chez un syphilitique héréditaire. — MM. Thaon et Guillain. Association fort intéressante de signes classiques du tabes : ataxie, Romberg, etc., à des signes encéphaliques : dysarthrie, dysphagie, obnubilation psychique et amnésie légères, chez un jeune homme de quatorze ans, atteint de syphilis héréditaire. Le traitement mercuriel a fait disparaître l'ataxie, le signe de Romberg, la dysarthrie. Persistance du signe de Westphal, de l'atrophie papillaire, du signe d'Argyll.

Myopathie ou myélopathie. — M. Rossi. Le malade présente au premier abord l'aspect d'un myopathique, ainsi que le fait d'ailleurs remarquer M. Déjerine. Mais l'étude attentive de la topographie de l'atrophie qui respecte les grands dentelés, les biceps, atteint d'une façon intense les triceps, atteint, à un degré très inégal, les divers faisceaux de certains muscles, trapèze, grand pectoral, l'asymétrie de l'atrophie musculaire, sont en faveur d'une myélopathie, plus que d'une myopathie, comme le montre M. Huet ; il y a en outre diminution de longueur des os d'un pied.

M. Brissaud demande si on ne peut considérer le malade comme un myopathique ayant eu une myélopathie.

Un cas de maladie de Recklinghausen. — MM. Chiray et Cornélius montrent un malade atteint de neurofibromatose classique avec arrêt de développement intellectuel, glycosurie, déviation rachidienne datant de la première enfance. Hérédité très lourde.

Pachyméningite syphilitique du lobe frontal. — MM. Rose et Ballet montrent l'hémisphère droit d'une malade de vingt-deux ans présentant une méningite chronique intense de la partie antéro-externe du lobe frontal.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 4 février 1905)

Note sur le régime circulatoire de la glande hépatique. — M. Giraudet a institué une série de recherches (coupes sériées, injections vasculaires) dans le but de préciser le domaine respectif de l'artère hépatique et de la veine porte. Il conclut de ses recherches que :

1° L'artère hépatique, qu'il vaudrait mieux nommer l'*artère biliaire*, fournit exclusivement à la portion biliaire de la glande hépatique (voies biliaires extra et intra-hépatiques, de l'ampoule de Vater aux passages de Hering). Elle ne donne rien au lobule.

2° La veine porte assure exclusivement la nutrition de la portion proprement hépatique de la glande, du lobule. On ne trouve rien aux voies biliaires.

L'auteur souligne le parallélisme absolu de l'artère « biliaire » et de l'artère bronchique d'une part, de la veine porte et de l'artère pulmonaire d'autre part. Un double régime circulatoire, dans les deux cas, correspond à la double différenciation qui, dans ces deux cas, a fait de l'invagination autodermique ici, des canaux bronchiques, puis du parenchyme pulmonaire, là, des canaux biliaires, puis du parenchyme hépatique.

Action des rayons X sur le sang et les organes hématopoiétiques. — MM. Aubertin et Beaujard observent que l'action des rayons X sur les organes hématopoiétiques est immédiate et beaucoup plus marquée que leur action sur les autres tissus. L'irradiation totale des animaux produit une leucocytose presque immédiate (polynucléose) en même temps qu'une histolyse leucocytaire manifeste. L'irradiation partielle portant par exemple sur un seul fémur produit aussi une leucocytose passagère. Si l'on répète quotidiennement les séances, toujours localisées à un seul segment de membre, on provoque des poussées leucocytaires de plus en plus fortes : d'abord polynucléose, puis myélocytose marquée. Bientôt les globules rouges diminuent de nombre et présentent eux aussi des altérations manifestes. En même temps on observe des poussées très intenses de globules rouges nucléés qui viennent se surajouter à la myélocytose. Au bout d'un certain temps le nombre des leucocytes diminue, on a de la leucopénie avec myélémie. La moelle irradiée, comparée avec celle du côté sain, est jaune, graisseuse et dégénérée, elle ne contient plus de cellules granuleuses ; le reste du tissu myélodïe est en suractivité et la rate en transformation myéloïde.

Chez l'animal sain comme chez l'homme leucémique, les rayons provoquent donc à la fois une émigration et une destruction leucocytaire et l'on observe, chez l'un comme chez l'autre, des poussées leucocytaires au début, et, à la fin, de la leucopénie en rapport avec la dégénérescence du tissu irradié.

Méthodes cliniques de dosage de l'acidité gastrique. — M. P. Carnot propose une technique nouvelle, comparative à celle des tubes de Mètt, pour la mesure de l'acidité gastrique. Elle consiste à utiliser des tubes capillaires remplis de gélose

dans laquelle on a incorporé une petite proportion de phosphate bicalcique. Dans les solutions acides, le phosphate se dissout progressivement, la longueur dissoute était proportionnelle à celle de l'acidité.

Pour analyser l'acidité gastrique, il suffit de mettre un fragment de ces tubes dans le liquide d'essai, de l'y laisser trois heures et de mesurer la longueur dissoute : une simple comparaison avec les chiffres fournis par des solutions étalon d'acide chlorhydrique suffit pour donner le chiffre de l'acidité du suc.

LIVRES NOUVEAUX

Guide pratique du médecin dans les accidents du travail, leurs suites médicales et judiciaires (1), par Forgue et Jeanbrau; avec une préface de M. Cruppi, avocat à la Cour d'appel, député de la Haute-Garonne.

MM. Forgue et Jeanbrau ont pris un blessé au moment de son accident et l'ont suivi jusqu'à guérison de sa blessure et règlement de son indemnité, en étudiant chemin faisant toutes les éventualités, toutes les difficultés qui peuvent surgir dans l'application de la loi de 1898. Ils se sont efforcés d'exposer clairement et simplement, mais avec des arguments précis les différents rôles du médecin praticien agissant pour le compte du blessé, du patron, de l'assurance, de la justice. Laissant de côté toutes les discussions pathogéniques encore indécises, les auteurs ont voulu offrir au public médical un guide vraiment pratique, et ils ont réuni dans leur livre un grand nombre de renseignements qui seront fort utiles au médecin expert, souvent embarrassé pour évaluer dans un rapport le dommage causé au blessé par une mutilation ou une blessure.

Le premier chapitre est intitulé : *Le rôle du médecin lorsque l'accident vient d'arriver.* Il contient des conseils fort utiles sur l'examen du blessé, les soins et les opérations d'urgence, la rédaction du certificat d'origine, la mort rapide ou subite au cours du travail, les cas de force majeure.

Les *suites médico-chirurgicales* des accidents font l'objet du chapitre II. Les affections médicales sont étudiées au point de vue du rôle étiologique, révélateur ou aggravateur que l'accident peut avoir eu sur leur développement et leur évolution. Ce chapitre des *névroses traumatiques* est particulièrement soigné et rendra de grands services aux experts. De même le chapitre de la simulation.

Dans le troisième chapitre sont étudiées les *suites judiciaires* des accidents. MM. Forgue et Jeanbrau passent en revue la procédure à ses divers degrés, les certificats médicaux officieux, la consultation médico-légale, l'expertise médico-légale. Des exemples de rapports faits par les auteurs eux-mêmes ajoutent à l'intérêt du texte.

L'*évolution des incapacités* fait l'objet du chapitre IV. Ce chapitre est particulièrement original : il contient la plupart des jugements et arrêts de la jurisprudence française sur les accidents et la plupart des éventualités sont étudiées avec des documents juridiques à l'appui. De sorte que les magistrats et les avocats, comme le dit M. Jean Cruppi, dans son élégante préface, pourront y puiser des notions utiles.

Le dernier chapitre est consacré aux *honoraires médicaux :* honoraires des certificats, honoraires pour soins et opérations, hospitalisation des accidentés, honoraires d'expertise, tout est passé en revue, et les praticiens qui éprouvent si souvent des difficultés à se faire solder de légitimes honoraires y trouveront des indications précises pour se les faire accorder.

Ces quelques lignes ne peuvent donner une idée du nombre de conseils et de renseignements utiles que contient ce guide que les auteurs ont voulu avant tout faire *pratique.* De format très portatif, très élégamment imprimé par la librairie Masson, la disposition typographique contribue encore à en rendre la lecture facile. Des tables alphabétique et analytique permettent de trouver rapidement l'indication cherchée. Le praticien qui n'a ni le loisir ni les moyens de feuilleter les recueils spéciaux sera reconnaissant à MM. Forgue et Jeanbrau de leur avoir présenté, sous une forme aussi claire et aussi précise, ce qu'ils sont obligés de connaître pour établir des certificats, rédiger des rapports d'expertise et évaluer les incapacités indemnisées par la loi de 1898.

FR. LE SOURD.

(1) In-8° de 400 p. Prix : 4 fr. 50. — Paris, Masson et Cie.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DES HÉMOPTYSIES CHEZ LES TUBERCULEUX A LA PÉRIODE CAVITAIRE

Le professeur Lemoine (de Lille) formule ainsi ce traitement (1) :

« Le traitement sera différent suivant que l'on aura affaire à des cas accompagnés de fièvre ou sans fièvre.

Les hémoptysies fébriles seront justiciables des mêmes soins généraux que les hémoptysies prémonitoires. Le malade sera placé dans un endroit frais et aéré, dans la position demi-assise, la tête reposant sur des oreillers de crin. Il évitera tout effort, tout mouvement brusque, résistera autant que possible au besoin de tousser et gardera le silence le plus absolu : il ne prendra que des boissons glacées.

Révulsion à l'aide de ventouses sèches et de sinapismes : si le malade est trop faible, révulsion en avant jusqu'au diaphragme soit à l'aide de ventouses, soit à l'aide de compresses froides. Bains de pieds à une température élevée deux fois par jour.

D'emblée, il faudra pratiquer une injection sous-cutanée d'ergotinine de Tanret à la dose d'un demi à un milligramme ou des injections d'adrénaline à la dose d'un demi-milligramme par jour.

Ergotine et adrénaline n'agissent que sur les vaisseaux pourvus de fibres musculaires lisses, ce qui ne peut être obtenu sur les capillaires du poumon, presque totalement dépourvus de fibres lisses; il sera préférable d'employer dans ce cas les vomitifs, tels que l'ipéca et le tartre stibié, pris à doses nauséeuses. Les vomitifs popularisés par Trousseau sont doués d'une action hémostatique remarquable.

On formulera de la façon suivante :

Poudre d'ipéca..............		3 grammes.
Sirop d'ipéca..........	} *āā*	30 —
Sirop diacode..........	}	

par cuillerée à café ou à dessert toutes les trois heures jusqu'à obtention de l'état nauséeux; cesser immédiatement si les vomissements ont tendance à apparaître. — Continuer cette médication pendant un ou deux jours.

Si l'on redoute une aggravation et que la fièvre monte davantage, on remplacera l'ipéca par le tartre stibié.

Tartre stibié..............	0g03 centigr.
Julep gommeux............	100 grammes.

par cuillerée à café toutes les trois heures, pendant trois jours. »

(1) *Nord médical*, 15 janvier 1905.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 13 AU 18 FÉVRIER 1905)

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 13 février, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Tuffier, Cunéo et Proust.

2e (1re série) : MM. Gautier, Retterer et Gley ; — (2e série) : MM. Ch. Richet, Broca (André) et Branca ; — M. Macaigne, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Kirmisson, Legueu et Pierre Duval ; — (2e partie, 1re série) : MM. Hayem, Teissier et Claude ; — (2e série) : MM. Roger, Legry et Balthazard ; — M. Labbé (Marcel), suppléant.

Mardi 14 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Le Dentu, Schwartz et Thiéry.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Chantemesse, Guiart et Maillard.

3e (1re partie, oral, 1re série) : MM. de Lapersonne, Launois et Demelin ; — (2e série) : MM. Poirier, Morestin et Brindeau ; — M. Dupré, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Hartmann et Faure ; — (2e série) : MM. Pozzi, Marion et Auvray ; — (2e partie) : MM. Gilbert, Méry et Renon ; — M. Carnot, suppléant.

Mercredi 15 février, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Reclus, Mauclaire et Gosset.

2e (1re série) : MM. Gautier, Ch. Richet et Retterer ; — (2e série) : MM. Gariel, Gley et Branca.

3e (1re partie, oral, 1re série) : MM. Terrier, Sébileau et Lepage ; — (2e série) : MM. Tuffier, Potocki et Cunéo.

Jeudi 16 février, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. de Lapersonne, Thiéry et Marion.

3e (1re partie, oral) : MM. Pozzi, Launois et Brindeau ; — M. Méry, suppléant.

Vendredi 17 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Sébileau et Pierre Duval.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux prutiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Pouchet, Blanchard et Legry.

2e (1re série) : MM. Gariel, Gley et Branca ; — (2e série) : MM. Ch. Richet, Retterer et Desgrez.

3e (2e partie, oral) : MM. Tuffier, Wallich et Cunéo ; — M. Teissier, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Delens et Gosset ; — (2e série) : MM. Reclus, Mauclaire et Proust ; — M. Legueu, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Potocki ; — M. Claude, suppléant.

Samedi 18 février, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Faure et Morestin.

4e : MM. Gilbert, G. Ballet et Langlois ; — M. Richaud, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Vaquez et Jeanselme ; — (2e série) : MM. Troisier, Gouget et Bezançon ; — M. Thiroloix. suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Brindeau ; — M. Maillard, suppléant.

SUITE DES SOMMAIRES

Medical Record. — (No 3, 21 janv. 1905.) Homer WAKEFIELD : Contribution à l'étiologie de la malaria. — H. DOTY : L'emploi du sulfate de cuivre, seul ou associé avec le citron, pour la destruction des larves de moustiques, comme désodorisant et comme désinfectant. — Allen GILBERT : L'état sub-conscient. — OLGIVY : De quelques affections douloureuses du pied ; diagnostic et traitement. — J. GOLDING : Appendice enflammé prolabé dans un sac herniaire inguinal et simulant l'étranglement.

Montpellier médical. — (No 4, 22 janv. 1905.) F. MOREAU : Diagnostic des splénomégalies primitives dites idiopathiques. — P. ARDIN-DELTEIL : Purpura rhumatoïde et appendicite (*suite*).

Münchener medizinische Wochenschrift. — (No 4, 24 janv. 1905.) MEYER et EISENREICH : Le traitement de la leucémie par les rayons Röntgen. — WINKLER : Technique du traitement de la leucémie par les rayons Röntgen. — WENDEL : Traitement de la leucémie par les rayons Röntgen. — SCHIEFFER : Nouvelles recherches sur le traitement de la leucémie par les rayons Röntgen. — ERDMANN : Un appareil simple pour explorer le sens des couleurs au moyen de verres bleus et de lumière artificielle. — JULIUSBERG : Le sulfate de zinc ou les sels d'argent dans le traitement de la blennorragie. — GALEWSKI ; Onyxis et dermatites causées par le formol. — MENDEL : Injections salicylées intraveineuses et leur signification diagnostique. — MEYER : Un cas de sciatique compliqué d'herpès. — HEIL : Accouchement au forceps. — Hayo BRUNS : Recherches sur la question de la désinfection dans l'ankylostomiase.

Presse médicale. — (No 9, 1er fév. 1905.) M. LŒPER et F.-X. GOURAUD : Polyurie et éliminations urinaires dans la méningite cérébro-spinale. — J. DE NITTIS : Les maladies infectieuses et l'hérédité. — (No 10, 4 fév.) BUDIN : L'enseignement obstétrical à la clinique Tarnier. — L. AZOULAY : Les neurofibrilles d'après la méthode et les travaux de Ramon y Cajal.

Revue scientifique. — (No 4, 28 janv. 1905.) Enquête sur les industries chimiques françaises. — (No 5, 4 fév.) GIARD : Les tendances de la morphologie et ses rapports avec les autres sciences. — MALMÉJAC : Les matières organiques des eaux.

Semaine médicale. — (No 5, 1er fév. 1905.) MARINESCO : Des amnésies. — LEJARS : Le phlegmon ligneux.

Tribune médicale. — (No 4, 28 janv. 1905.) H. NOIRÉ : Sur le traitement du cancer du sein par les rayons X.

Wiener klinische Wochenschrift. — (No 4, 26 janv. 1905.) DIERMOSER : Hyperémèse et éclampsie. — HAIM : Contribution à l'étude de l'appendicite pneumococcique. — JONAS : Action d'un dérivé de l'atropine, l'eumydrine, sur les sueurs nocturnes des phtisiques. — SORGO : Traitement de la tuberculose laryngée par la lumière solaire ; projet de traitement par la lumière artificielle. — NEUDÖRFER : Injection intraveineuse d'oxygène. — EXNER et ZDAREK : Activité biologique de la choline.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Sur les nouveaux appareils à chloroforme (avec 2 fig.), par M. A. Ricard.
MÉDECINE PRATIQUE
Traitement médical de la pelade.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine.
ANALYSES
Médecine : Le traitement de la leucémie par les rayons de Röntgen; — La descendance des tabétiques; — Les éruptions causées par l'antipyrine; — Ponction d'une ascite par le malade lui-même; — *Obstétrique :* Les psychoses puerpérales et les processus d'auto-intoxication; — *Hygiène :* L'eau oxygénée à l'état naissant. L'activité bactéricide particulière du peroxyde d'hydrogène à l'état naissant.
LIVRES NOUVEAUX
NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)
Signes du cancer du poumon.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Les étudiants en médecine et en pharmacie et le service de deux ans.
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Internat.* — PATHOLOGIE. — Séance du 8 février 1905 : MM. Monier-Vinard, 14 : Joltrain, 13; Trèves, 12; Hubert et Mlle Bonteil, 10; MM. Railliet, 8; Galup, 7; Durand (G.), 6; Raulot-Lapointe, 3; Dumas, 2.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — A la suite d'une délibération du Conseil général, les distinctions honorifiques suivantes sont attribuées aux médecins du service des Enfants assistés et moralement abandonnés de la Seine dont les noms suivent, savoir :

Médaille d'argent. — MM. Leblanc (de Courçais); Billard (de Corbigny); Besson (de Montluçon).

Médaille de bronze. — MM. Dewailly (de Nouvion); Ficheux (de Groisilles); Duprey (à Château-Chinon); Girard (de Cussy-les-Forges).

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret en date du 31 janvier 1905, les médecins aides-majors de deuxième classe dont les noms suivent ont été promus au grade de médecin aide-major de première classe et ont été, par décision ministérielle du même jour, maintenus à leurs postes actuels :

MM. les docteurs Reverchon, hôpital du Val-de-Grâce; — Trenel, 12e d'artillerie; — Sicre, hôpital du Val-de-Grâce; — Poutrin, 11e d'artillerie; — Pinchon, 7e dragons; — Guiot, hôpitaux de la division d'Oran; — Dupont, 15e d'artillerie; — Doche, 144e d'infanterie; — Duc, 7e bataillon de chasseurs à pied; — Plisson, 14e hussards; — Henry, 39e d'infanterie; — Botte, 107e d'infanterie; — Bodin, 34e d'artillerie; — Gras, 32e d'artillerie; — Coze, 16e chasseurs à cheval; — Chevrant, 4e génie; — Ribaut, 154e d'infanterie; — Polliot, 26e d'artillerie; — Lhomme, 5e dragons; — Lère, 14e bataillon de chasseurs à pied; — Pacalin, 30e bataillon de chasseurs à pied; — Gay-Bonnet, 63e d'infanterie; — Beyne, 8e cuirassiers; — Bergé, hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Gilet, 31e d'infanterie; — Gaud, 158e d'infanterie; — Coissard, 121e d'infanterie; — Miorcec, 6e génie; — Pheulpin, 14e chasseurs à cheval; — Pirsche, 25e dragons; — Bathias, 25e d'infanterie; — Aubert, 1er bataillon d'infanterie légère d'Afrique; — Yvernault, 90e d'infanterie; — Geniaux, 118e d'infanterie; — Lemoine, 8e chasseurs à cheval; — Gèzes, 131e d'infanterie; — Severac, 29e dragons; — Sibille, 17e chasseurs à cheval; — Peloquin, 3e cuirassiers; — Lafoscade, hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Dreyfuss, 15e chasseurs à cheval; — Armbruster, 1er bataillon de chasseurs à pied; — Vermullen, 4e cuirassiers; — Driancourt, 6e dragons; — Salzes, 9e d'artillerie; — Duval, 1er étranger; — Capon, 1er d'infanterie; — Dircks-Dilly, 31e dragons; — Barège, 47e d'infanterie; — Darthenay, 19e d'infanterie; — Verdeau, 64e d'infanterie; — Heuls, 91e d'infanterie; — Laurent, 11e hussards; — Gallouin, 127e d'infanterie; — Barbet, 139e d'infanterie; — Ducourthial, 6e hussards; — Guillon, 39e d'artillerie; — Penot, hôpitaux militaires de la division d'Oran; — Marchetti, 15e bataillon de chasseurs à pied; — Bouclier, 5e bataillon de chasseurs à pied; — Gaisset, 40e d'infanterie; — Millet, 4e d'infanterie; — Martin, 24e bataillon de chasseurs à pied; — Sciaux, 6e chasseurs à cheval; — Lecercle, 24e dragons; — Troude, 145e d'infanterie; — Dumoulin, 22e bataillon de chasseurs à pied; — Assailly, 77e d'infanterie; — Vigneau, 130e d'infanterie; — Hemery, 147e d'infanterie; — Pouponneau, 25e d'infanterie; — Sebin, 151e d'infanterie; — Guth, 2e tirailleurs algériens; — Autour, hôpitaux militaires de la division de Constantine; — Delpy, 26e dragons; — Etienne, 17e bataillon de chasseurs à pied; — Chambelland, 13e dragons; — Gobinot, 85e d'infanterie; — Ragot, 23e d'infanterie; — Garnier, 70e d'infanterie; — Dorland,

18e bataillon de chasseurs à pied ; — Périé, 108e d'infanterie ; — Varatges, 152e d'infanterie ; — Campana, 162e d'infanterie ; — Saulneret, 163e d'infanterie ; — Caubet, hôpitaux militaires de la division de Constantine ; — Marvy, 150e d'infanterie ; — Barthélemy, 25e bataillon de chasseurs à pied ; — Durand, 84e d'infanterie ; — Dubois, 99e d'infanterie.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Hallopeau reprendra ses leçons sur les maladies cutanées et syphilitiques le jeudi 9 février, à trois heures, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Paul Dalché commencera ses leçons de *gynécologie médicale*, le jeudi 23 février à neuf heures trois quarts (amphithéâtre des cours), et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

— M. Paul Claisse commencera ses conférences cliniques sur les *maladies des voies respiratoires*, le jeudi 23 février à dix heures et demie (amphithéâtre des cours), et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

CONFÉRENCES SUR LE MAROC. — L'Alliance française fait faire en ce moment une série de conférences sur le Maroc. Ces conférences sont publiques et ont lieu les vendredis et mardis à cinq heures, 49, rue des Saints-Pères, dans la salle de l'ancienne Académie de médecine.

Conférence du vendredi 10 février. — M. le professeur Blanchard : « Hygiène et médecine. »

Conférence du mardi 14 février. — M. Augustin Bernard, professeur à la Sorbonne : « La pénétration au Maroc. »

SOCIÉTÉ VÉGÉTARIENNE DE FRANCE. — Une conférence publique aura lieu le 11 février 1905, à huit heures et demie du soir, 5, rue du Colisée, au premier étage (Métropolitain Marbeuf).

Programme : « Alimentation, tempéraments et maladies, » par le docteur Pascault.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE ET EN PHARMACIE ET LE SERVICE DE DEUX ANS

Le Sénat, dans sa séance du 6 février, a abordé la discussion de l'article 25.

Cet article est ainsi conçu :

« 1° Les docteurs ou les étudiants en médecine munis de douze inscriptions, qui ont subi avec succès, à la fin de leur première année de service, l'examen de médecin auxiliaire, sont nommés à cet emploi et accomplissent leur deuxième année de service comme médecins auxiliaires.

2° Les jeunes gens pourvus du diplôme de vétérinaire civil ou admis en quatrième année, qui ont subi avec succès, à la fin de leur première année de service, l'examen de vétérinaire auxiliaire, sont nommés à cet emploi et accomplissent leur deuxième année de service comme vétérinaires auxiliaires ;

3° Les jeunes gens visés aux deux alinéas précédents, qui auront pris l'engagement d'accomplir trois périodes supplémentaires d'instruction pendant leur séjour dans la réserve et qui auront subi avec succès à la fin du troisième semestre les épreuves d'un concours pour le grade d'aide-major ou d'aide-vétérinaire de réserve, sont nommés à ce grade, dans la limite des besoins, et accomplissent en cette qualité leur quatrième semestre de service dans l'armée active. »

Sur cet article 25 il y a eu deux amendements présentés par M. Treille et MM. Limouzain-Laplanche et César-Duval. L'amendement de M. Treille est ainsi conçu :

« Rédiger ainsi cet article :

Les sursis d'incorporation spécifiés à l'article 21 s'appliquent de droit à tout étudiant en médecine qui, au moment des opérations du conseil de revision, en fait la demande et justifie qu'il est régulièrement inscrit dans une faculté ou école de médecine. Justification de cette inscription devra, sous peine de déchéance, être renouvelée chaque année.

Les docteurs ou les étudiants en médecine munis de douze inscriptions, qui ont subi avec succès, à la fin de leur première année de service, l'examen de médecin auxiliaire, sont nommés à cet emploi et accomplissent leur deuxième année de service comme médecins auxiliaires. *Ils servent en cette qualité dans la réserve de l'active active ou de l'armée territoriale.*

Les jeunes gens pourvus du diplôme de vétérinaire civil ou admis en quatrième année, qui ont subi avec succès, à la fin de leur première année de service, l'examen de vétérinaire auxiliaire, sont nommés à cet emploi et accomplissent leur deuxième année de service comme vétérinaires auxiliaires.

Les jeunes gens visés aux deux alinéas précédents, qui auront pris l'engagement d'accomplir trois périodes supplémentaires d'instruction pendant leur séjour dans la réserve et qui auront subi avec succès à la fin du troisième semestre les épreuves d'un concours pour le grade d'aide-major ou d'aide vétérinaire de réserve, sont nommés à ce grade, dans la limite des besoins, et accomplissent en cette qualité leur quatrième semestre de service dans l'armée active.

Les internes des hôpitaux nommés au concours seront, sur leur demande, autorisés à accomplir leur deuxième année de service à l'expiration de leur temps d'internat, à la condition toutefois d'avoir satisfait aux examens de médecin auxiliaire, de prendre l'engagement de subir les épreuves du concours pour le grade d'aide-major de réserve et, en outre, d'accomplir en cette qualité trois périodes supplémentaires d'instruction pendant leur séjour dans la réserve.

Les candidats à l'emploi de médecin stagiaire au Val-de-Grâce ne seront admis à concourir dans les conditions définies par la loi du 14 décembre 1888 (art. 4) que s'ils ont acquis préalablement pendant leur service militaire le grade d'aide-major de réserve.

Les docteurs en médecine qui, pour l'achèvement de leurs études avant l'accomplissement de leur service militaire, auront bénéficié des sursis d'incorporation, ne pourront obtenir d'emploi médical dans les administrations publiques que s'ils ont acquis le grade de médecin aide-major de réserve dans les conditions énoncées au paragraphe 4. »

L'amendement de MM. Limouzain-Laplanche et César-Duval consiste à ajouter à l'article le paragraphe suivant :

« Les élèves en pharmacie qui auront subi avec succès l'examen de validation de stage avant leur incorporation seront, à la fin de leur première année de service, incorporés comme infirmiers dans les corps de troupes ou infirmiers de visite. »

Après un excellent discours de M. Treille, le rapporteur déclare qu'il est impossible de faire une situation spéciale aux étudiants en médecine et il conclut au rejet de l'amendement de M. Treille en ce qui concerne les deux premiers alinéas, étant entendu que le troisième relatif aux internes est réservé et renvoyé à la commission de l'armée.

M. le ministre de la Guerre promet de son côté que les étudiants en médecine bénéficieront dans la plus large part possible des sursis prévus dans l'article 21.

M. Treille retire les deux premiers paragraphes de son amendement.

MM. Limouzain-Laplanche et César-Duval retirent de leur côté leur amendement.

Le Sénat adopte les deux premiers paragraphes de la rédaction de la Commission, il statuera sur l'ensemble en même temps que sur la proposition de M. Treille.

SUR LES

NOUVEAUX APPAREILS A CHLOROFORME

Par A. RICARD,

Agrégé, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

De la discussion qui vient de s'engager sur la chloroformisation et les appareils à chloroforme, il semble bien que la classique compresse soit sur le point d'être abandonnée.

La comparaison n'est donc plus à établir entre la chloroformisation à la compresse et la chloroformisation avec les appareils, mais suivant la judicieuse remarque de notre collègue Quénu, elle ne doit plus porter que sur les mérites réciproques des différents appareils, préconisés pour l'anesthésie.

Ces appareils sont au nombre de quatre : l'appareil allemand de Roth-Draeger; l'appareil anglais de Vernon-Harcourt; l'appareil français de Reynier, Dupont, Chabaud et Thurneyssen; et enfin l'appareil que j'ai présenté moi-même à la Société de chirurgie.

L'appareil de Roth-Draeger avec ou sans détenteur de Guglielminetti est chaudement défendu par ceux de nos confrères qui l'emploient.

Malgré sa complexité apparente, l'administration du chloroforme est facile, l'anesthésie est régulière, les incidents anesthésiques ou post-anesthésiques sont des plus rares, la période d'excitation qu'on décrivait comme inévitable est souvent supprimée, la dépense en chloroforme est minime.

Tous ces avantages ne sauraient être contestés, ils résultent de l'accord unanime de nos collègues qui emploient l'appareil de Roth.

A quoi sont dus ces avantages? Est-ce à la présence de l'oxygène, comme le pense M. Lucas-Championnière? Je répondrai très fermement que les mérites de cet appareil ne sont nullement dus à l'oxygène. Et pour appuyer cette assertion, je n'ai qu'à examiner ce qui se passe avec les autres appareils, qui n'utilisent pour leur mélange gazeux que l'air extérieur de la salle d'opération.

Relisez ce que nous dit Monprofit, de l'appareil de Vernon-Harcourt, et ceux qui l'ont utilisé certifieront la vérité de ce qu'il avance; relisez la communication de M. Reynier (1) et la mienne (2), et vous verrez que les appareils à air et chloroforme donnent la même économie de chloroforme, la même narcose régulière, l'absence d'excitation, etc., etc. On est frappé, en lisant les comptes rendus des anesthésies par les différents appareils, de la similitude des résultats obtenus.

Or ces appareils, dissemblables par la nature du mélange gazeux qu'ils emploient, sont semblables par le mode d'administration régulier, sans intermittence et lentement progressif du mélange gazeux. Je suis persuadé que si un aide maniait irrégulièrement le Roth-Draeger, il aurait, malgré l'oxygène, les mêmes accidents que nous enregistrions auparavant, avec la compresse.

(1) Voy. *Gaz des hôpit.*, 1905, n° 10, p. 115.
(2) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 8, p. 92.

Le Roth-Draeger et les autres appareils ont un point commun ou plutôt un mode d'administration commun, ils permettent de donner, avec une progression régulière, un mélange titré de chloroforme. C'est la régularité dans l'administration du chloroforme, jointe aux dosages judicieux, qui constitue la caractéristique de tous ces appareils. Dans ces conditions, je conclurai en disant que, à mérites égaux, l'appareil de Roth-Draeger a contre lui son prix relativement élevé et sa complexité. Son volume et son poids le rendent difficilement transportable et limitent son emploi aux hôpitaux et aux maisons de santé. C'est un appareil de clinique, ce ne saurait être un appareil courant.

Nous avons déjà décrit et figuré ici l'appareil de Vernon-Harcourt (1). Cet appareil permet de donner aux malades un mélange de chloroforme et d'air allant de 0 à 2 p. 100; il a quelques inconvénients de construction que j'ai déjà signalés ici, et qui m'ont fait chercher mieux. Le principal de ses défauts est la lenteur fréquente de l'anesthésie. Quelques alcooliques même n'ont pu être anesthésiés. Certains de nos collègues qui ont cet appareil commencent le chloroforme à la compresse, ce qui enlève à l'appareil un de ses principaux mérites, car ce sont les accidents du début qui sont à redouter avec la compresse. L'appareil est assez fatigant à manier et à tenir en équilibre, si l'anesthésiste doit rester une heure ou deux près des opérés. Le mode d'attache du flacon de chloroforme est également défectueux. Bref, malgré des avantages incontestables, l'appareil de Vernon-Harcourt, dont le prix est déjà appréciable, ne me paraît pas être supérieur aux deux autres qui me restent à étudier.

M. Reynier a présenté à l'Académie un appareil très réduit, très maniable, qu'il a imaginé en collaboration avec M. Dupont et fait construire par MM. Chabaud et Thurneyssen.

Cet appareil se compose simplement de :

1° Un récipient métallique destiné à contenir le choroforme. Ce récipient est surmonté d'un appareil respirateur, constitué par un tube droit, amenant les vapeurs chloroformiques et venant s'ouvrir dans un tube horizontal par où passe le courant d'air de la respiration (trompe d'Alvergniat). Cet appareil est relié au moyen d'un tube de caoutchouc à un masque sans soupape dans lequel respire le malade, et qui, grâce à un pneumatique, s'adapte exactement sur toute figure, et permet au malade de ne respirer que l'air qui lui arrive par l'appareil respirateur;

2° D'un dispositif de réglage R mobile autour de son centre, et entraînant avec lui une aiguille mobile sur un cadran divisé. En faisant varier de place cette aiguille, vous ouvrez plus ou moins un orifice par lequel l'air pénètre dans la bouteille de chloroforme, et se charge de vapeurs chloroformiques. Suivant que cet orifice est plus ou moins grand, le pourcentage du mélange respiré par le malade varie de 0 à 12 p. 100;

3° D'un thermomètre portant trois traits, indiquant pen-

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1904, n° 141, p. 1386.

dant toute la durée de l'anesthésie la température du chloroforme, qui doit rester entre 15 et 16 degrés.

L'emploi de cet appareil ne nécessite aucun apprentissage ni doigté spécial, tant il est simple.

Il suffit d'introduire 100 grammes de chloroforme dans la boîte métallique, après avoir dévissé le couvercle;

4° De revisser le couvercle et de réunir la tubulure T, de l'aspirateur au masque;

5° De placer l'aiguille, pour débuter, sur la division 1 et de l'amener graduellement sur la division 11 ou 12, qui donne un mélange de 11 ou 12 p. 100, nécessaire pour obtenir en huit à dix minutes l'anesthésie et sans danger.

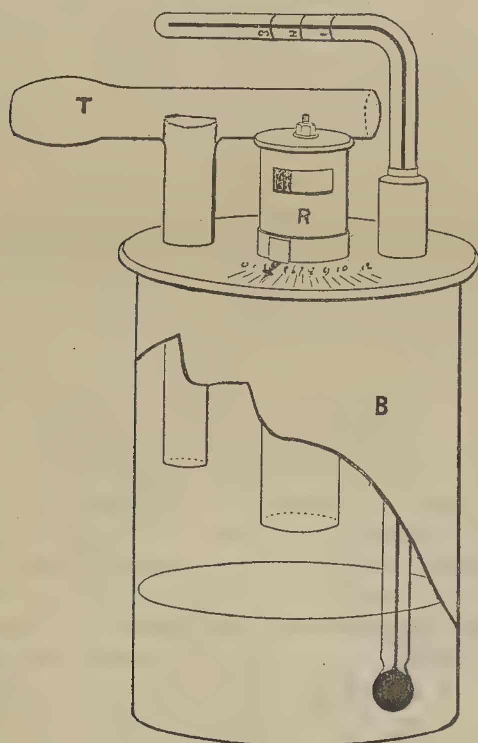


Fig. 1.

Dès que le malade est endormi, il faut remettre sur la division 5 ou 6, qui permet de maintenir l'anesthésie avec un mélange de 5 à 6 p. 100.

Au moment des ligatures, l'aiguille sera placée sur la division 3.

Durant l'opération une seule chose est à surveiller : le thermomètre. La colonne mercurielle doit rester aux environs du trait médian. L'évaporation du chloroforme amenant un abaissement de température, celle-ci sera de suite rétablie par le chloroformisateur en plaçant sa main sur la boîte pendant moins d'une minute. La colonne mercurielle restant au voisinage du trait fixe, le mélange conservera le titre que d'après le déplacement de l'aiguille vous désirez (1).

Cet appareil et le mien ont des analogies d'apparence, mais en réalité sont très différents dans leur mode de fonctionnement.

Je ferai à l'appareil de M. Reynier des reproches tout théoriques, par exemple d'expirer des vapeurs de chloroforme, comme il en inspire, d'avoir surchargé son appareil d'un thermomètre inutile et surtout d'avoir cherché à supprimer les soupapes sous prétexte que Paul Bert avait dit autrefois que la « soupape c'était l'ennemi ».

J'arrête là cette critique, *toute théorique d'ailleurs*, pour indiquer les raisons qui m'ont guidé dans la construction de l'appareil dont je ferai tout à l'heure la description.

La question de température du chloroforme me laisse indifférent. M. Reynier trouve que c'est de ma part une erreur bien regrettable et que pour 2 degrés centigrades le titre des vapeurs varie de 1 p. 100 en poids, ce qui en volume fait varier de 0,25 p. 100, puisque les 8 p. 100 de M. Reynier correspondent au 2 p. 100 de mon appareil, dont les chiffres ont été calculés en vapeur et non en poids.

Si l'abaissement de température diminue la richesse du mélange chloroformique, ce qui est incontestable, il suffit de diminuer la quantité d'air qui entre pour constituer le mélange et la proportion est rétablie quelle que soit la température. A température basse je suis obligé d'obturer plus d'orifice, à température haute, je laisse ouvertes plus de prises d'air.

Or je le disais lors de ma première présentation à la Société de chirurgie, ce qui fait varier le pourcentage des vapeurs, c'est surtout le rythme et l'amplitude respiratoires. A côté de ces malades qui ont une respiration lente et sans amplitude, il en est d'autres dont l'excitation se traduit par une respiration saccadée, rapide et profonde. Comparez, je vous prie, les modifications qui se produisent dans la quantité de vapeurs chloformiques inspirées dans ce dernier cas et celles qui sont susceptibles de se produire sous l'influence d'un changement de température. Celles-ci sont absolument négligeables à côté de celles-là. Ce qu'il faut c'est que l'anesthésiste constate comment marche l'anesthésie. Si l'anesthésie est ralentie, que ce soit respiration faible ou température insuffisante, il a un moyen et un moyen excellent à sa disposition, il ferme plus ou moins ses prises d'air et il augmente ainsi la richesse de son mélange et la quantité de chloroforme inspirée.

Je dirai d'ailleurs qu'en pratique, avec l'appareil que j'ai fait construire, je n'ai jamais eu à m'occuper de la température, l'anesthésiste n'a qu'à voir si l'anesthésie est suffisante ou insuffisante et à se comporter en conséquence.

Reste la question des soupapes. Je regrette pour l'appareil de M. Reynier qu'il n'ait pas de soupapes, il serait plus complet. Nos soupapes sont légères et fidèles. L'obstacle qu'elles opposent à la respiration est négligeable, et cela malgré la théorie, malgré l'autorité de M. Richet que M. Reynier invoque à l'appui de sa thèse. Je réponds toujours par des faits et par l'expérience que j'ai de mon appareil, et je ne crois pas comme M. Reynier que cet obstacle imperceptible à l'état de veille soit infranchissable pour l'individu anesthésié.

M. Reynier fait une objection théorique, je lui réponds en pratique que son objection n'existe pas, mais par contre, si je n'admets pas les inconvénients de la soupape, j'y reconnais d'immenses avantages, et des avantages tels que, si la soupape n'existait pas, il faudrait l'inventer.

(1) *Bull. de l'Acad de méd.*, séance du 24 janv. 1905.

Car cette soupape, c'est pour l'anesthésiste la sécurité de tous les instants, c'est pour le chirurgien la tranquillité constante. L'anesthésiste voit la soupape se soulever et le chirurgien à distance *entend* le rythme respiratoire.

D'ailleurs presque tous les chirurgiens qui ont vu fonctionner l'appareil que la maison Collin a fait construire sur mes indications ont été immédiatement désireux d'en faire usage.

Voici, du reste, la description exacte de cet appareil :

Le *masque* qu'on applique sur la figure du malade est en caoutchouc épais mais souple ; il peut aisément se modeler sur tous les profils, de façon à être bien hermétique, ce qui est indispensable pour le bon fonctionnement de l'appareil.

Il est muni à son extrémité supérieure d'une pièce métallique terminée d'un côté par une soupape : soupape d'expiration ; de l'autre par un orifice : orifice d'aspiration.

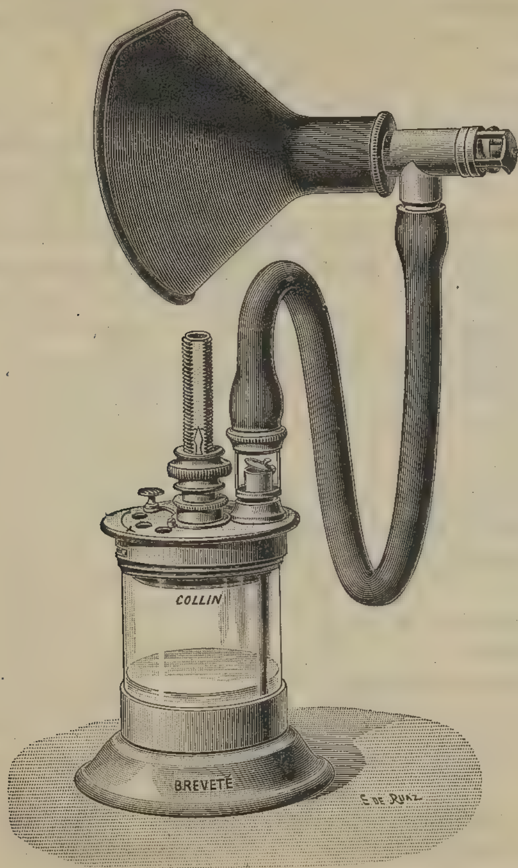


Fig. 2.

Les soupapes sont l'âme de cet appareil, il importe de les avoir sensibles et fidèles. La soupape que M. Collin a si ingénieusement construite est formée d'une demi-sphère creuse en aluminium. Son poids est insignifiant, elle se coulisse dans un tube vertical relié à l'appareil et qui le guide dans son mouvement d'abaissement et d'élévation.

Cette soupape permet la sortie de l'air expiré, elle s'oppose à l'entrée de l'air extérieur dans l'appareil ; par conséquent, elle s'abaisse dès que l'inspiration commence.

L'orifice d'inspiration est relié au récipient à chloroforme par un tube en caoutchouc assez épais pour que ses inflexions le courbent sans l'aplatir.

Ce tube est relié à l'appareil par un cylindre en verre armé dans lequel se trouve la *soupape d'inspiration*, soupape en aluminium, bien modelée sur le tube qui pénètre dans le récipient à chloroforme.

Cette soupape se soulève à l'aspiration et permet l'arrivée des vapeurs chloroformiques dans les voies respiratoires des malades. Dès que le mouvement d'expiration commence, cette soupape s'abaisse et interrompt toute communication entre le chloroforme et le malade.

En résumé, l'air expiré sort directement du masque, l'inspiration arrive directement à l'appareil à chloroforme.

L'originalité de l'appareil est tout entière dans la façon dont se fait le mélange de chloroforme et d'air.

La pièce principale est constituée par un cylindre de verre dans le fond duquel on verse le chloroforme. Sur ce vase est fixé un couvercle métallique où aboutit le tube d'inspiration.

Supposons ce couvercle percé d'un trou central. Au moment de l'inspiration, l'air extérieur entre dans le récipient, se mélange en proportions variables de vapeurs chloroformiques et est aspiré par le malade. Si l'on pouvait faire varier le diamètre de cet orifice d'entrée de l'air, on ferait évidemment varier les proportions du mélange de chloroforme et d'air. Aussi, à côté de l'orifice central, nous avons groupé sur la périphérie du couvercle quatre orifices du même diamètre, pourvus d'un obturateur mobile.

Si les quatre trous sont obturés et que l'orifice central seul persiste, il y a dans le mélange inspiré les proportions maxima de vapeurs chloroformiques. Cette proportion variera suivant qu'un, deux, trois ou quatre trous seront obturés.

Avec cette gamme de quatre orifices, on peut faire varier la proportion des vapeurs chloroformiques du simple au quadruple. Mais ce n'est pas suffisant dans certains cas, et l'appareil ainsi construit aurait deux inconvénients. Le premier, c'est que, même tous orifices ouverts, le malade respire toujours une proportion donnée de chloroforme, et ne peut pas respirer d'air pur. Le deuxième inconvénient, plus important, est que, dans certains cas, il est besoin d'augmenter la proportion des vapeurs de chloroforme d'une façon momentanée ou persistante. Pour arriver à ce but, nous avons fait passer par l'orifice central d'aspiration une tige filetée creuse, se terminant par un disque de dimensions légèrement inférieures au diamètre du récipient à chloroforme.

Ce disque, percé d'un orifice central, peut s'abaisser jusqu'au contact du chloroforme. Il est arrêté dans son ascension par un cylindre métallique appendu au couvercle. De la sorte, lorsque le disque est remonté à son maximum, il s'appuie sur la base inférieure de ce cylindre et ménage ainsi une chambre dans laquelle aboutissent le tube d'inspiration relié au masque et les quatre orifices situés sur le couvercle.

Ainsi quand ce disque est remonté au maximum, les quatre orifices ouverts, le malade ne respire que de l'air pur. Dès qu'on abaisse ce disque les vapeurs de chloroforme pénètrent dans la chambre supérieure, sorte de *mélangeur* où l'on peut faire varier à volonté les vapeurs de chloroforme de 0 à 2 p. 100.

Ceci dit, voici la technique du fonctionnement de l'appareil : le masque étant hermétiquement appliqué, les soupapes étant vérifiées, le disque remonté au maximum, les quatre orifices ouverts, on fait respirer le malade qui à ce moment ne respire que de l'air pur ; puis à l'aide de la vis centrale on fait progressivement, en dévissant d'un tour, descendre le disque d'un millimètre. A ce moment les quatre trous étant ouverts le malade respire 1/2 p. 100 de vapeur de chloroforme ; l'obturateur étant poussé d'un 1/2 trou, d'un trou, on passe successivement de 1/2 à 3/5 et 1 1,5 p. 100, puis les quatre trous

bouchés à 2 p. 100. Normalement, c'est la dose forte; dès que le malade dort, et cela ne tarde pas, il faut revenir en arrière, et suivant l'intensité de l'anesthésie ouvrir un, deux ou trois orifices.

S'il est besoin d'une dose plus forte, chez certains alcooliques réfractaires, il suffit de descendre le disque central progressivement, mais toujours revenir en arrière dès que l'anesthésie est obtenue. Chez les enfants notamment, il faut rapidement revenir aux doses minima d'entretien.

L'appareil bien manœuvré dépense peu. Il nous est arrivé de faire des opérations rapides avec 6 centimètres cubes de chloroforme. Nous avons pu faire, de suite, trois hystérectomies abdominales totales avec 40 centimètres cubes en deux heures.

La dépense de chloroforme est donc très réduite.

L'anesthésie est rapide, aussi rapide que l'on veut, mais elle se fait sans secousses, sans excitation. Si l'on ne pousse pas trop vite la richesse du mélange chloroformique, il arrive souvent que le réflexe cornéen disparaît sans qu'aucun mouvement du malade décèle le passage à l'état d'anesthésie.

Il est facile de maintenir le malade à une anesthésie légère, la *slight anesthesy* des Anglais, avec conservation des réflexes, suffisante pour presque toutes les opérations.

La régularité de l'anesthésie est remarquable. Le malade ne pousse pas, ne tousse pas, ne vomit pas. C'est pour le chirurgien une grande tranquillité.

Le réveil est rapide et, en général, mais non absolument toujours, exempt de vomissements.

Le maniement de l'appareil est simple. Il suffit de surveiller les soupapes et surtout la soupape d'inspiration pour savoir comment va le malade.

Quand il a constaté le soulèvement régulier de la soupape, l'anesthésiste n'a plus qu'à ouvrir ou fermer les trous de l'appareil suivant l'indication.

Je me suis servi de cet appareil dans plus de deux cents anesthésies, et les résultats se suivent avec la même régularité et la même perfection.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT MÉDICAL DE LA PELADE

Chez les nerveux, on prescrira le séjour à la campagne, l'exercice corporel, la suspension du travail cérébral, le calme intellectuel et moral. Besnier et Doyon considèrent l'hydrothérapie, les douches froides sur la colonne vertébrale, les douches sulfureuses chaudes, comme d'excellents moyens qui permettront de triompher de certaines pelades décalvantes, qui résistent aux médications locales. La douche sulfureuse dans certaines stations thermales (Luchon, Uriage), la douche sulfureuse préparée artificiellement avec le monosulfure ou le polysulfure de sodium ont été préconisées par Ferras.

En même temps que la douche générale, dit la *Clinique infantile* (1) à laquelle nous empruntons ces détails, on soumet la plaque peladique à un traitement local appelé douche en aiguille, ou douche pulvérisée. L'eau sulfureuse est projetée en un jet très mince, sous une forte pression et à la température de 39 à 45 degrés pendant quinze à trente minutes sur la région malade. La douche en aiguille produit une rougeur vive de la plaque, une hyperhémie stimulant la paresse folliculaire; le traitement général aidant, la repousse est bien plus rapide.

(1) *Clinique infantile,* 1er nov. 1904.

Les affections générales, dont l'influence sur l'apparition ou l'aggravation des aires est indéniable, devront être traitées concurremment. Jacquet prescrit aux peladiques l'acide phosphorique et les phosphates :

Acide phosphorique officinal... 30 grammes.

Prendre trois gouttes avant chacun des principaux repas dans un demi-verre d'eau.

Ou bien :

Glycérophosphate de chaux............	0g15
Phosphate de soude pur...............	0g30

Pour 1 cachet. Deux cachets à chaque repas (pour un adulte).

Ou bien :

Phosphate de soude pur...........	} āā 0g50
Phosphate tribasique de chaux.....	}

Pour 1 paquet. Trois paquets par jour, le matin, à midi et le soir, surtout chez les enfants peladiques à croissance rapide.

Les injections de sérum de Hayem, de Chéron, dans les cas où il y a dépression nerveuse et dénutrition, ont donné à Jacquet de remarquables résultats.

L'arsenic et les cacodylates sont recommandables par leur action sur la trichopoïèse. Brocq, chez les sujets déprimés, prescrit alternativement les arsenicaux et les glycéro-phosphates.

Du 1er au 15 de chaque mois, prendre au commencement de chacun des deux principaux repas une cuillerée à café de la potion suivante :

Arrhénal...................	0g50
Eau de laurier cerise.........	25 grammes.
Eau distillée................	175 —

Une cuillerée à café de la solution contient un centigramme d'arrhénal.

Pendant la seconde quinzaine du mois, remplacer ce médicament par les cachets suivants :

Glycérophosphate de chaux...........	0g25
— de magnésie.........	0g10
Phosphate de soude..................	0g25
Maltine.............................	0g03
Quassine amorphe..	0g01

Pour 1 cachet. Deux cachets par jour (adulte).

Gaucher use, chez les nerveux, des préparations de valériane :

Extrait fluide américain de valériane.	40 grammes.
Glycérine neutre..................	15 —
Alcool de menthe................	6 —
Sirop simple. Q. s. pour faire.....	100 —

Une, deux, trois cuillerées à café par jour. Chez les déprimés, il associe l'arsenic aux toniques généraux :

Sirop iodo-tannique..........	300 grammes.
Biphosphate de chaux........	15 —
Liqueur de Pearson..........	10 —

Deux cuillerées à bouche par jour pour un adulte.

En même temps que ces moyens médicamenteux, on pourra prescrire avantageusement le massage général, les frictions excitantes au gant de crin, sèches ou alcooliques. Aux malades curieux de médications plus originales, on recommandera les bains statiques, les bains hydro-électriques, l'usage du grand solénoïde, les courants de haute fréquence.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 7 FÉVRIER 1905)

Fièvre jaune. — M. CHANTEMESSE a communiqué la première partie d'un important travail sur la fièvre jaune. Il explique comment cette maladie n'a jamais pu s'acclimater en Europe et ne s'y acclimatera probablement jamais. Nous attendrons la seconde partie de cette très intéressante communication pour en donner le résumé.

Distomatose hépatique. — M. KERMORGANT entretient l'Académie d'une affection parasitaire très commune au Tonkin, la distomatose hépatique, causée par un parasite, la douve hépatique.

D'après M. le docteur Gaide, médecin-major des troupes coloniales, cette maladie est très répandue dans cette partie de notre empire indo-chinois. Il a pu, en très peu de temps, rassembler 31 observations et tout récemment, sur 50 Annamites examinés, tous avaient des œufs de douves dans leurs selles.

La distomatose n'est caractérisée, le plus souvent, par aucun symptôme pathognomonique, aussi passe-t-elle très fréquemment inaperçue et n'est-elle révélée la plupart du temps qu'à l'autopsie, chez des sujets entrés dans les hôpitaux pour les affections les plus diverses.

Le seul moyen de diagnostic est l'examen microscopique des selles qui permet d'y déceler la présence des œufs de douves. Dans un pays comme le Tonkin où le polyparasitisme intestinal est chose courante, il ne faudrait jamais négliger cet examen qui mettrait sur la voie d'une foule d'affections dont la pathogénie échappe souvent.

Le traitement doit être dirigé contre les principaux symptômes, mais c'est surtout sur la prophylaxie qu'il faut compter, Les embryons des douves vivant dans l'eau à l'état de cercaires et pénétrant ensuite dans le corps d'un mollusque, il ne faut boire que de l'eau filtrée ou bouillie.

Pathogénie de certains états gastriques. — M. LANCEREAUX fait un rapport sur un travail de M. Jonnesco (de Bucarest), que nous n'avons pas pu entendre.

ANALYSES

MÉDECINE

Le traitement de la leucémie par les rayons de Rontgen. (E. MEYER et O. EISENREICH. *Münch. Med. Wochens.*, 24 janvier 1905, n° 4, p. 153); — **Technique du traitement de la leucémie par les rayons Rontgen.** (WINKLER. *Id.*, p. 155); — **Le traitement de la leucémie par les rayons Rontgen.** (WENDEL. *Id.*, p. 156); — **Contribution à l'étude du traitement de la leucémie par les rayons Rontgen.** (SCHIEFFER. *Id.*, p. 159.) — Une nouvelle série d'articles est consacrée dans le *Münchener Medizinische Wochenschrift* au traitement de la leucémie par les rayons Röntgen, question actuellement à l'ordre du jour en Allemagne. Neuf observations nouvelles sont rapportées; elles concordent pleinement avec les faits que nous avons antérieurement analysés dans ce journal (voir *Gaz. des hôpit.*, 15 déc. 1904, n° 143, p. 1410).

Dans tous les cas l'action des rayons Röntgen sur la rate et les os longs a produit les résultats suivants : augmentation du nombre des globules rouges et de la quantité d'hémoglobine; diminution du nombre des globules blancs, avec parfois disparition absolue des formes anormales (myélocytes); diminution du volume de la rate; amélioration de l'état général; augmentation du poids du corps.

Malheureusement il n'est pas prouvé que la guérison définitive soit possible, surtout dans les cas avancés. C'est ainsi qu'un malade de Schieffer, étonnamment amélioré par les rayons Röntgen, est mort quatorze jours après la cessation du traitement. Néanmoins les résultats généraux sont des plus encourageants et la radiothérapie apparaît de plus en plus comme la méthode de choix pour le traitement de la leucémie.

A. LEMIERRE.

La descendance des tabétiques. (M. BASSUET. Th. de Paris, 1904. J. Rousset, édit.) — La plupart des tabétiques conservent leurs facultés viriles intactes. Un certain nombre les ont diminuées : érections laborieuses, fatigue après le coït, très peu sont impuissants. La diminution de fécondité qu'on observe chez eux, la grande mortalité qui sévit sur leurs enfants paraissent dues plutôt à la syphilis qu'au tabès, le même phénomène pouvant être constaté dans les ménages de vénériens. De même les tares nerveuses que présentent si souvent les enfants des tabétiques s'expliquent surtout par la prédisposition nerveuse et il ne semble pas que l'apparition du tabès augmente sensiblement cette prédisposition.

L. BABONNEIX

Les éruptions causées par l'antipyrine. (F. PONCELTON. Th. de Paris, 1904. A. Michelon, édit.) — La plupart des éruptions consécutives à l'antipyrine peuvent s'expliquer par la formation de toxines sous l'influence du médicament ou la mise en action de toxines préexistantes. Toutefois, lorsque l'action du médicament est très rapide, ou que l'antipyrine, appliquée à doses extrêmement faibles sur les lieux mêmes d'une éruption antérieure, réveille une nouvelle éruption sur place, cette explication ne saurait plus convenir. Il faut alors admettre, ici, une action directe du médicament sur les terminaisons périphériques des nerfs vaso-moteurs et trophiques, là, un réflexe gastro-cutané. Dans tous les cas, il existe une idiosyncrasie évidente de certains territoires cutanés.

L. BABONNEIX.

Ponction d'une ascite par le malade lui-même. [GUILLERMIN (du Grand-Lemps). *Dauphiné médical*, n° 12, déc. 1904, p. 290.] — M. Guillermin rapporte une curieuse observation comme on ne peut en observer qu'à la campagne.

Il eut l'occasion d'examiner, avec le docteur Fabre (de Virieu), un jeune homme de vingt-huit ans, cordonnier, alcoolique et *avarié*, porteur d'une ascite tellement abondante que l'abdomen « n'avait plus la forme d'un batracien, mais ressemblait à un tonnelet arrondi ».

Les auteurs portent le diagnostic de cirrhose atrophique d'origine alcoolique avec ascite énorme et phénomènes cardiaques consécutifs.

Une ponction exploratrice prouve la réalité de l'ascite, et une paracentèse est décidée.

Deux jours après, en arrivant, munis de l'attirail nécessaire, nos confrères trouvent le malade tranquillement assis et causant gaîment avec sa famille; le ventre avait repris ses dimensions normales.

De lui-même le malade expliqua simplement qu'étant bien persuadé de la présence de l'eau, puisqu'il l'avait vue, il

n'avait pas eu peur et s'était opéré lui-même. Au moyen d'une grosse alène il avait tranquillement fait sa ponction après notre départ, et avait bien choisi son endroit puisqu'il s'était percé le ventre au nombril, qui pour lui était le lieu d'élection.

Il remerciait beaucoup des conseils qu'on lui avait donnés, disait aller bien et n'avait pas souffert pour s'opérer. Quant à la famille, elle faisait comprendre à nos confrères que leur rôle était terminé.

Cet homme reprit son travail de cordonnier au bout de quelques jours, racontant son histoire aux voisins émerveillés. *Il mourut subitement six mois après.*

Notons, en terminant le résumé de cette observation peu ordinaire, que le malade n'eut aucun symptôme d'infection après cette opération de « longue haleine ». L. GAYARD.

OBSTÉTRIQUE

Les psychoses puerpérales et les processus d'auto-intoxication. (M. Roger DUPOUY. Th. de Paris, 1904.) — Depuis une vingtaine d'années se dessine, surtout à l'étranger, un mouvement scientifique des plus actifs, attribuant aux troubles mentaux de la puerpéralité une origine infectieuse et toxique.

Cette théorie, défendue en Angleterre par Campbell Clark et en France par Gilbert Ballet, est reprise par M. Dupouy, qui apporte à l'appui de son opinion de nombreuses observations personnelles.

La folie puerpérale ne survient que chez des femmes prédisposées, ayant une résistance cérébrale amoindrie, mais il faut un facteur, une cause occasionnelle pour la faire éclore.

Qu'il s'agisse de psychoses survenant pendant la grossesse, pendant l'accouchement ou pendant la lactation, elles paraissent toutes relever de trois facteurs : l'épuisement, l'infection, l'auto-intoxication, d'où trois variétés de psychoses, les deux premières n'étant d'ailleurs elles-mêmes au point de vue de leur pathogénie que des psychoses par auto-intoxication.

Adoptant cette division nouvelle, M. Dupouy étudie successivement au point de vue étiologique et pathogénique les trois variétés de psychoses puerpérales.

Les psychoses par épuisement peuvent survenir par anémie, c'est-à-dire par privation du sang et insuffisance de l'élément hématique; par dénutrition à la faveur soit d'un défaut d'alimentation, soit d'un excès de fatigue physique; par asthénie psycho-nerveuse relevant d'une insuffisance de la puissance cérébrale en face d'une succession de chocs moraux trop intenses ou douloureux.

Les psychoses par infection relèvent ici de l'infection puerpérale agissant par intoxication du système nerveux.

Les psychoses par auto-intoxication proprement dite font l'objet d'une étude approfondie. M. Dupouy fait à ce propos la physiologie de la femme pendant la puerpéralité en insistant sur le rôle que joue la suppression des règles comme facteur d'auto-intoxication, la menstruation étant considérée essentiellement comme une fonction d'élimination de produits toxiques. Il reprend ensuite toute la théorie de l'auto-intoxication, de l'hépato-toxémie gravidique de M. Pinard, en montrant le rôle joué par les différents organes et plus particulièrement par le foie : les divers troubles présentés par la femme enceinte relèvent pour ainsi dire toujours d'une auto-intoxication d'origine hépatique à laquelle viennent s'ajouter pour une part plus ou moins grande d'autres causes d'auto-intoxication. A l'état normal, les émonctoires même modifiés par la gravidité suffisent à leur tâche, et peut-être l'accroissement de certaines sécrétions internes, telles que l'hypertrophie du corps thyroïde et la formation du corps jaune de la grossesse a-t-il pour mission de favoriser la combustion et l'élimination des déchets, de s'opposer à l'auto-intoxication menaçante; mais pour peu que ces moyens de protection fléchissent sous l'influence de causes banales quelconques, multiples le plus souvent et agissant simultanément, l'équilibre est rompu, les combustions deviennent moins complètes, les déchets s'accumulent et l'auto-intoxication gravidique se déclare. Celle-ci met en cause le *locus minoris resistentiæ*, affectant en conséquence des manifestations très variables, parmi lesquelles la folie.

Peut-on décrire des types cliniques en rapport avec chaque type étiologique et différencier de par la couleur du délire la nature et la source de l'élément toxique? En règle générale non, bien que l'origine de l'auto-intoxication imprime souvent sa marque au tableau de la psychose. Ce délire en lui-même ne doit être considéré que comme un syndrome, révélant un trouble dans les fonctions cérébrales, et ne peut avoir plus de valeur séméiologique que tout autre syndrome décelant l'altération d'un organe quelconque.

La symptomatologie des psychoses puerpérales est donc éminemment variable, car elle est soumise à l'influence de plusieurs facteurs : l'intensité plus ou moins grande du processus d'auto-intoxication, son évolution aiguë ou chronique, les qualités physiques et morales du terrain, enfin l'origine du poison; suivant la prédominance de tel ou tel facteur, le tableau clinique réalisé sera différent.

Les psychoses puerpérales étant les manifestations psychiques d'une auto-intoxication, leur traitement rationnel est, en définitive, celui de cette auto-intoxication causale.

Et M. Dupouy conclut :

« De même que les rétrécis et les anormaux de la poitrine, les surmenés de toute espèce ne sont que des candidats à la tuberculose, qu'ils ont besoin pour voir se développer cette affection de l'action directe du bacille de Koch sur leur poumon, de même les rétrécis et les anormaux de la pensée ne sont pas voués fatalement à délirer; ils exigent, pour devenir des aliénés, une lésion de leurs cellules cérébrales par des éléments toxiques. La génération spontanée de la folie n'existe pas. La folie puerpérale est donc loin de nous apparaître comme une entité morbide; elle doit tout entière rentrer dans le sein des psychoses toxi-infectieuses, et sa seule particularité est d'être liée intimement aux processus de la puerpéralité. » MARCEL DELESTRE.

HYGIÈNE

L'eau oxygénée à l'état naissant. L'activité bactéricide particulière du peroxyde d'hydrogène à l'état naissant. (Edmond BONJEAN. *Bull. de la Soc. de thérap.*, 4 fév. 1905.) — En déterminant les quantités de solutions commerciales d'eau oxygénée nécessaires pour tuer en quelques heures tous les germes dans l'eau de Seine par exemple, l'auteur a établi qu'il fallait employer 10 centimètres cubes de solution titrant exactement 29,2 p. 100 en poids de H^2O^2, c'est-à-dire que dans ces conditions 292 milligrammes de peroxyde d'hydrogène par litre d'eau tuent tous les germes de l'eau en six heures de contact. (Voir *Gaz. des hôp.*, n° 3, p. 32.)

En produisant le peroxyde d'hydrogène à l'*état naissant* au moyen de peroxyde de calcium, on trouve que dans cette même eau les germes sont tous tués avec 60 milligrammes de H^2O^2 par litre en quatre heures, c'est-à-dire dans un temps moins long et avec des doses cinq fois plus faibles.

Le peroxyde de calcium dont s'est servi l'auteur, et qui a été

préparé par MM. Freyssinge et Roche, a la composition suivante :

Peroxyde de calcium en CaO^2	53,15
Carbonate de chaux avec traces de magnésie	35,09
Eau	11,94

Pour dégager le rôle aussi exact que possible de l'état naissant, l'auteur a recherché l'action bactéricide que pouvait exercer la chaux du peroxyde de calcium. La dose maxima qui pourrait théoriquement entrer en jeu d'après ses déterminations serait de $0^{g}1$ de chaux (en réalité il y a transformation immédiate en carbonate de chaux). Or, les expériences établissent qu'à cette dose l'action bactéricide est négligeable : il faut arriver à des doses 5 et 10 fois plus élevées et avec des temps de contact de plusieurs heures à l'état de chaux pour obtenir une action bactéricide marquée.

C'est ainsi que 1 gramme de chaux pure exempte d'acide carbonique par litre tue les germes de l'eau en quatre heures, avec $0^{g}5$ de chaux l'eau n'est pas stérile après douze heures.

L'activité bactéricide de l'eau oxygénée à l'état naissant se manifeste également bien vis-à-vis des cultures pures des germes typhique, pyocyanique, coli. L. GAYARD.

LIVRES NOUVEAUX

Électricité médicale (1), par le docteur H. GUILLEMINOT.

L'important ouvrage de H. Guilleminot, travail sorti du laboratoire du professeur Bouchard, comprend en trois livres :

1° Une étude physique de l'énergie électrique ;

2° Une étude physiologique des différentes formes de l'électricité et des agents ayant l'électricité pour générateur ;

3° L'électrothérapeutique proprement dite.

On trouvera dans la première et la seconde partie un exposé méthodique et clair des notions classiques et une mise au point particulièrement compétente des questions relatives aux rayons de Röntgen, à leur production, à leurs caractères, à la technique de leur emploi médical et chirurgical. La lumière, la chaleur, les radiations nouvellement connues sont l'objet d'un chapitre spécial, enfin, l'exposé très complet fait par l'auteur des méthodes les plus récentes n'exclut pas un choix judicieusement critique et motive même d'intéressantes appréciations sur « les tendances à employer comme procédés curatifs des moyens qui, sous le couvert d'appareils luxueux, n'ont rien apporté de nouveau à la médecine ».

Le troisième livre, consacré à la partie médicale proprement dite, est à juste titre, à lui seul, aussi important que les deux autres ; par une heureuse innovation, ce livre réunit, pour chaque maladie ou chaque cas particulier, la technique électro ou radiognostique à la partie thérapeutique. Ainsi chacun des chapitres peut être pris à part et synthétise l'ensemble des connaissances nécessaires et suffisantes pour reconnaître et traiter l'affection envisagée.

L'importance de l'ouvrage, l'autorité de l'auteur recommandent d'elles-mêmes la lecture de l'ouvrage de H. Guilleminot à tous les praticiens ; la concision et la netteté des exposés, la précision des indications thérapeutiques, enfin, au point de vue matériel, une division claire en chapitres distincts et une irréprochable exécution typographique rendent cette lecture des plus attrayantes. G. LEGROS.

(1) 1 fort vol. de XII-655 p. et 8 pl. hors texte. Prix : 10 francs. — Paris, G. Steinheil.

Précis du paludisme (1), par J. CRESPIN, professeur suppléant à l'École de médecine d'Alger.

Malgré l'existence des traités magistraux de Laveran, de Kelsch et Kiener sur le paludisme, il y avait intérêt à présenter au public médical un livre nouveau sur le même sujet : depuis en effet la date de la publication des ouvrages précédents, un long chemin a été parcouru en matière de malaria, au point de vue des connaissances qui ont été acquises en peu de temps ; le rôle du moustique dans la propagation du paludisme, les métamorphoses de l'hématozoaire dans le corps de l'insecte, les notions prophylactiques qui découlent directement de ces données nouvelles, autant de questions qui demandaient à être mises au point, et qui devaient prendre place dans un livre complet sur la malaria. M. Crespin s'est chargé de ce soin : tous ces sujets d'actualité sont envisagés complètement dans son précis qui se recommande à l'étudiant qui désire être fixé rapidement sur les données essentielles qu'il ne doit pas ignorer, et aussi au chercheur qui trouvera dans ces nouvelles pages des aperçus originaux écrits « dans le but de soulever le plus de problèmes possible ».

CH. DOPTER.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 13 AU 18 FÉVRIER 1905)

THÈSES

Jeudi 16 février 1905. — M. GAULTIER. Essai de coprologie clinique ; exploration fonctionnelle de l'intestin par l'examen des fèces. (MM. Dieulafoy, président ; Joffroy, Hutinel et Gouget.) — M. MONOD. Les formes frustes de la démence précoce. (MM. Joffroy, président ; Dieulafoy, Hutinel et Gouget.) — M. LEMAIRE. L'urobiline ; sa valeur séméiologique. (MM. Hutinel, président ; Dieulafoy, Joffroy et Gouget.) — M. RICOU. Essai sur les indications actuelles de l'hystérectomie vaginale. (MM. Le Dentu, président ; Budin, Auvray et Demelin.) — M. SIGNORET. De la déchloruration dans la phlegmatia alba dolens d'origine puerpérale. (MM. Budin, président ; Le Dentu, Auvray et Demelin.) — M. ARNAL. Luxations trapézo-métacarpiennes. (MM. Berger, président ; Poirier, Hartmann et Morestin.) — M. LEBRUN. Pathogénie et traitement des éventrations post-opératoires. (MM. Berger, président ; Poirier, Hartmann et Morestin.) — M. NIVET. Contribution à l'étude de l'énucléation des fibromes utérins. (MM. Berger, président ; Poirier, Hartmann et Morestin.)

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

(1) In-18 avec 20 fig. et 1 pl. en coul. Prix : 5 francs. — Paris, A. Maloine.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

SIGNES DU CANCER DU POUMON

Sous le nom de *cancer du poumon*, on désigne toutes les tumeurs malignes de cet organe. Toutefois, l'épithélioma étant, de beaucoup, la plus fréquente et la plus importante de ces tumeurs, c'est à lui que l'on doit consacrer la majeure partie de la question.

I. Epithélioma du poumon

SYMPTOMES. — Dans quelques cas exceptionnels, le cancer du poumon peut rester *latent* (Andral, Walshe, Verneuil et Potain). Le plus souvent, il donne lieu à des symptômes locaux de condensation pulmonaire et à des symptômes généraux de cachexie cancéreuse.

A. **Symptômes locaux.** — § I. Fonctionnels. — *Toux,* « n'offre rien de spécial dans le cancer exactement limité au poumon » [G. Sée (1)]. Lorsque les ganglions médiastinaux sont envahis, elle devient pénible, quinteuse, s'accompagne d'inspiration bruyante, de congestion de la face, de vomissements alimentaires, c'est-à-dire qu'elle prend le *caractère coqueluchoïde*;

2° Presque constante, la *dyspnée* peut présenter des types variables : α. dyspnée permanente, exagérée par l'effort; β. dyspnée à exacerbations nocturnes, pseudo-asthmatiques; γ. dyspnée excessive, avec cornage (compression d'une bronche ou d'un pneumogastrique). Pour l'expliquer, on peut invoquer la gêne circulatoire, la sténose trachéo-bronchique, les compressions nerveuses. Elle peut acquérir une intensité extrême : « Ces malades, assis sur le bord de leur lit, arcboutés sur leurs mains, la face et le cou tuméfiés, les yeux saillants, les lèvres violettes, faisant effort de tous leurs muscles pour introduire un peu d'air dans leur poitrine, offrent le tableau effrayant de l'angoisse respiratoire lo plus terrible » (G. Sée).

3° Aussi constantes que la dyspnée, mais plus précoces, les *douleurs* siègent du côté malade, et peuvent être α. ou sourdes, vagues, mais persistantes et rebelles à toute thérapeutique, ou β. aiguës, lancinantes, simulant une névralgie intercostale, et parfois accompagnées de zona (Ollivier). Elles peuvent, dès le début (Béhier), irradier dans l'épaule et dans le bras correspondant. Pour Walshe, elles manqueraient dans le cancer secondaire, opinion discutée.

Souvent banale, l'*expectoration* peut prendre un aspect particulier [expectoration de *gelée de groseille* (W. Hughes, Stokes)].

Le crachat gelée de groseille se reconnaît aux caractères suivants (G. Sée) :

Il est d'une consistance gélatineuse, formant dans le crachoir une masse demi-molle, tremblotante, il n'est ni visqueux, ni adhérent comme le crachat pneumonique;

Il est d'une couleur rosée et non rouillée ou briquetée;

Il est homogène, presque transparent, comme une gelée bien faite.

En dehors de l'expectoration gelée de groseille, qu'on pourrait rencontrer dans d'autres affections que le cancer du poumon (tuberculose, dilatation des bronches, etc.) on peut encore observer α. des hémoptysies vraies (Liouville); β. une expectoration vraiment cancéreuse, que les crachats contiennent des particules macroscopiques de la tumeur (Aviolat), ou des cellules cancéreuses (Walshe).

§ II. Symptômes de compression. — Aux signes précédents s'ajoutent souvent des symptômes résultant de la compression :

1° *De la veine cave supérieure et de ses branches* se traduisant par α. une dilatation du réseau veineux superficiel et β. de l'œdème de la partie supérieure du corps ;

2° *De la trachée et des récurrents* : raucité de la voix, cornage, dyspnée paroxystique, puis continue, faisant croire parfois à un corps étranger des voies aériennes (Valcourt);

3° *Des artères sous-clavières* : Inégalité des pouls radiaux (Walshe, Moizard);

4° *Du cœur,* lorsque le cancer envahit la languette cardiaque : les signes physiques alors notés (éloignement de la pointe, étouffement des bruits, exagération de la matité) font penser à une péricardite (Laboulbène).

5° *De l'œsophage* : dysphagie, régurgitation, etc. (Jaccoud).

6° Exceptionnellement *d'un sympathique, de l'artère pulmonaire*, etc.

§ III. Signes physiques. — L'*inspection* peut α. ne donner aucun renseignement; β. indiquer des signes variables : 1. rétraction localisée avec immobilité d'un des côtés du thorax (Walshe); 2. dilatation du lacis veineux superficiel; 3. œdème unilatéral des parois thoraciques; 4. apparition de la tumeur à la peau (Heyfelder) ou de petites tumeurs multiples de la peau (Millard), et surtout 5. une *adénopathie susclaviculaire* (Béhier) qui doit, pour présenter une réelle valeur diagnostique, posséder les caractères suivants :

Les ganglions doivent être volumineux;

Ils doivent offrir une dureté spéciale, sans rénitence ni élasticité;

Ils doivent être indolents.

Ainsi spécifié, ce signe, chez un individu atteint d'une « affection pulmonaire chronique, est presque pathognomonique » (G. Sée). La *palpation* ne donne que des résultats contradictoires. La *percussion*, utile surtout dans les formes massives, révèle une matité correspondante au néoplasme et n'occupant parfois qu'une paroi du thorax, l'autre donnant un son normal ou tympanique. A l'*auscultation*, la respiration peut être normale ou affaiblie. L'adjonction, au processus néoplasique, de lésions secondaires (atélectasie, congestion, etc.) modifie ces symptômes et donne, suivant les cas, un souffle tubaire avec ou sans râles sous-crépitants, des râles ronflants et sibilants, etc. Pour G. Sée, les signes cavitaires vrais feraient toujours défaut. En somme « il n'y a pas de signes physiques particuliers au cancer du poumon » (Stokes).

B. **Symptômes généraux.** — « Les encéphaloïdes peuvent exister pendant longtemps sans produire un amaigrissement notable » (Laënnec). Cependant au bout d'un temps plus ou moins long apparaissent des signes de cachexie : hydropisies, teinte jaune paille, phlegmatia, etc. La *durée* maxima est de vingt-sept mois (Walshe). La mort peut être le fait de l'asphyxie, d'une apoplexie pulmonaire (Vergely), d'une hémoptysie, de la cachexie. On a signalé quelques cas de mort subite (Jaccoud).

FORMES CLINIQUES. — 1. Le **cancer aigu** ou **foudroyant** est habituellement méconnu, qu'on le confonde α. avec une pleurésie aiguë; β. avec une bronchite généralisée, et surtout γ. avec une phtisie aiguë (Bucquoy, Duguet, Jaccoud, Hérard et Cornil).

2. Les **formes chroniques** peuvent être :

a. *Latentes* (cancers secondaires).

b. *Bronchiques* ou *broncho-pulmonaires.* — La maladie évolue sous la forme d'une bronchite chronique avec sclérose pulmonaire. L'adénopathie, les crachats gelée de groseille, la cachexie n'apparaissent que tardivement.

c. *Pleurétiques.* — La pleurésie peut être sèche ou sérofibrineuse, mais, le plus souvent, elle est *hémorragique* (Trousseau, Moutard-Martin, Dieulafoy). Précoce et abondante, se reproduisant rapidement après ponction, la pleurésie hémorragique domine souvent le tableau clinique. L'examen microscopique du liquide y révèle des hématies plus ou moins altérées, et, parfois, des cellules cancéreuses.

d. *Compressives.* — Les phénomènes de stase veineuse et de dyspnée occupent le premier plan. La mort survient rapidement dans l'asphyxie ou dans le coma.

II. Tumeurs malignes du poumon autres que l'épithélioma

Citer les *sarcomes*, secondaires, et alors reconnus grâce à l'existence de la tumeur primitive, ou primitifs, habituellement confondus avec l'épithélioma; les *mélanomes*, qui peuvent, du poumon, gagner le rachis et donner lieu à une variété de mal de Pott (Cornil et Ranvier); les *lymphadénomes*, toujours secondaires.

(1) *OEuvres complètes*, t. II, p. 469.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

UNE DAME

qui, pendant plusieurs années, a été occupée dans un grand hôpital comme *chef du service deslinges, cherche* place semblable ou comme directrice dans un institut analogue.

Références de premier ordre et tous les autres renseignements désirés seront donnés bien volontiers.

Prière d'adresser offres en indiquant le montant des appointements sous *F 8. M. 4012, à Rudolf Mosse, Mulhouse* (Alsace).

N° 17. — SAMEDI 11 FÉVRIER 1905. 78e ANNÉE. SAMEDI 11 FÉVRIER 1905. — N° 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Adénites cervicales chroniques, causes, signes, diagnostic et traitement, par MM. Fernand Lévy et Pierre Clément.
MÉDECINE PRATIQUE
Sérum artificiel stérilisé obtenu à froid par simple réaction chimique.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de chirurgie.
NOTES DE THÉRAPEUTIQUE
LIVRES NOUVEAUX
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Internat.* — ANATOMIE. — Séance du 8 février 1905 : MM. Bodolec et Harvier, 13; Barbier, 12; Basset et Cesbron, 11; Brun, Delapchier, Ferté et Rabourdin, 10; Maurios, 7; Aitoff, 6; Lenormand, 5; Vivien, 4.

Séance du 10 février 1905 : MM. Milhit, 14; Fabre et Strochlin, 13; Roy, 12; Descomps et Vouters, 11; Bénard (René), 10; Silbert et Jouvin, 9; Houdard et Chauvois, 6, et Blain, 5,

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Dans sa séance d'hier le Conseil de la Faculté a présenté pour la chaire de médecine opératoire : en première ligne, M. Paul Segond; en deuxième ligne, M. Quénu.

— La Faculté a décerné les prix suivants pour l'anné 1904 :

PRIX LACAZE (10 000 francs). — M. André Jousset.

PRIX CORVISART (une médaille de vermeil et 400 francs). — M. Charles Ehringer.

PRIX BARBIER (2 000 francs). — M. Rémy (de Dijon). Mentions très honorables : MM. Luys et Glower.

PRIX JEUNESSE [*hygiène*] (1 500 francs). — M. Jacques Dupuy.

PRIX SAINTOUR (3 000 francs). — MM. Sicard et Ravaut.

THÈSES RÉCOMPENSÉES. — *Médailles d'argent.* — MM. Albahary, P. Alglave, L. Alquier, C. Bender, A. Brissemoret, L. Chevrier, A. Cottu, A. Crouzon, J. Druais, A. Herrenschmidt, P. Lecène, L. Legroux, G. Léo, P. Lœw, J. Permilleux, Salomon, H. Vermesch, R. Voisin.

Médailles de bronze. — MM. Abadie, Babonneix, Ball, Belot, Blatin, Courcoux, G. Delamare, R. Dieuzeide, Gardner, Halgand, Jacquot, Juquelier, Lebreton, E. Lefas, Leri, Livon, Pailler, Pelletier, Pépin, Saintignon, Simon, Tridon, Truelle, Vrain.

Mentions honorables. — MM. Acher-Dubois, P. Barbier, A. Beauvy, Bergeron, Burnet, Busquet, Ceard, Chifoliau, Delobel, Eymeoud, Franca, Gadaud, J. Galezowski, Herisset, G. Labadie-Lagrave, Lafoy, Paul Laurens, A. Lemierre, Monier, Morchoisne, Nau, Onfray, Renon, Trastour.

GUERRE. — Le ministre de la Guerre ouvre un concours pour l'amélioration des casernements. (Pour tous les détails se reporter au *Journal officiel* du 10 février 1905.)

— M. le médecin-inspecteur Robert, directeur du service de santé du 19e corps d'armée, est promu au grade de médecin-inspecteur général et maintenu dans ses fonctions.

— M. le médecin-major de première classe Stouff est nommé aux salles militaires de l'hospice mixte de Nantes; — M. le médecin-major de deuxième classe Puig est désigné pour le 118e d'infanterie.

MARINE. — M. le médecin de première classe Giraud est désigné pour remplir les fonctions de médecin résidant à l'hôpital de Saint-Mandrier.

— Par décret du 6 février 1905, ont été promus ou nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Lacarrière.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Cannac, Regnault et Roux.

Au grade de médecin de troisième classe. — MM. les élèves du service de santé de la marine reçus docteurs en médecine Dupin, Savidan, Lossouarn, Kagi et Subra de Salafa.

— Par décret en date du 6 février 1905, M. Loro, médecin de deuxième classe de la marine démissionnaire, a été nommé au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer, et affecté au port de Toulon.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE L'ÉTAT CIVIL. — Le bureau pour l'année 1905 est ainsi conposé :

MM. les docteurs Gasne, président honoraire; Séailles, président; Fédérowicz, vice-président; Jaubert, secrétaire général; Marevéry, trésorier; Miot, secrétaire adjoint.

LA GUERRE ET LES MÉDECINS RUSSES. — Par suite du grand nombre de médecins partis pour la guerre, plusieurs petites villes de province, manquant de médecin, ont adressé des requêtes au ministère compétent, demandant d'autoriser les médecins étrangers à venir s'installer en Russie.

Les assemblées provinciales de Saratof, Poltava et Kazan sollicitent également l'admission dans les petites villes et campagnes, des médecins étrangers.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Béraud, sénateur de Vaucluse; Baudon (de Mouy), Beugnies-Corbeau (de Givet), Guérard (de Neufchâtel) et Parisot (de Noxemy, Vosges), décédé à Nancy.

LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (M. CORNIL, professeur; M. BRAULT, chef des travaux). — *Cours d'anatomie pathologique des maladies vénériennes et de la peau,* par M. le docteur MILIAN, ancien chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis (du 6 mars au 6 mai 1905). — Le cours comprendra des leçons et des manipulations.

Il y aura 30 leçons qui seront faites l'après-midi : les lundis, mercredis et vendredis, à deux heures et demie, à l'École pratique de la Faculté de médecine, au Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique (au deuxième étage, porte à droite).

Les manipulations seront faites aux jours intermédiaires par les élèves à qui seront fournis les réactifs nécessaires.

Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs.

Le droit à verser est de 130 francs.

Seront admis les docteurs et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3) les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Programme des leçons. — LA BIOPSIE. — *Techniques histologiques spéciales* : coloration de la kératine, de l'éléidine, des fibres élastiques, etc.

HISTOLOGIE DE LA PEAU NORMALE : Derme et épiderme. Annexes de la peau : poils, ongles, glandes sudoripares, glandes sébacées; vaisseaux et nerfs de la peau. La peau suivant les régions : cuir chevelu, aisselle, oreilles, dos, paume des mains, plante des pieds, etc. Développement de la peau. La peau aux différents âges du fœtus.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE GÉNÉRALE : Congestion, œdème, hémorragie; inflammation dermique : diapédèze, altération des cellules fixes, infiltrats cellulaires. Inflammation épidermique : vésiculation, bulles, phlyctènes, pustulation, hyperacanthose, hyperkératose, parakératose, dyskératose, pigmentations, folliculites, hydrosadénites, dégénérescences, scléroses.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE SPÉCIALE : Eczéma, séborrhéides, psoriasis, lichen plan, lichen circonscrit, zona, kératodermies, pelade, calvitie, lupus tuberculeux, tuberculoses cutanées, lupus érythémateux, tuberculides, chancre mou, lèpre, actinomycose, morve, ulcères de jambes, leucoplasie et épithélioma de la langue, épithélioma et tumeurs de la peau, chancre syphilitique, plaques syphilitiques des muqueuses et de la peau, gommes syphilitiques; syphilis du poumon, du foie, du testicule; artérite syphilitique; lésions nerveuses syphilitiques; tabès; syphilis du cordon et du placenta.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — *Cours de chimie appliquée aux corps organiques.* — M. Arnaud, professeur, commencera ce cours le mardi 28 février 1905, dans l'amphithéâtre de chimie du Muséum d'histoire naturelle, rue de Buffon, n° 63, à quatre heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même henre.

Le professeur fera l'étude des acides organiques de la série grasse, des glycérides et de leurs dérivés, ainsi que des méthodes employées pour isoler, séparer et déterminer ces corps.

CONFÉRENCE D'INTERNAT. — M. Broc, interne à l'Hôtel-Dieu, et M. Mathieu, interne à la Pitié, reprendront incessamment leur conférence privée d'Internat.

ŒUVRE DE LA TUBERCULOSE HUMAINE (86, rue des Petits-Ponts, à Pantin). — L'inauguration du dispensaire antituberculeux de Pantin aura lieu sous la présidence effective de M. Berteaux, ministre de la guerre, le dimanche 12 février 1905. à trois heures, à la grande salle des Fêtes, 104, rue de Paris, à Pantin.

STATISTIQUE. — Le service de statistique a compté, pendant la quatrième semaine, 1 176 décès, au lieu de 1 208 pendant la semaine précédente (moyenne 990). Malgré cette légère amélioration, les maladies de l'appareil respiratoire conservent une grande fréquence. La mortalité des vieillards continue à dépasser la moyenne, 459 décès de plus de soixante ans; la moyenne des semaines d'hiver est de 350.

Les malanies épidémiques continuent à avoir une fréquence moyenne.

La fièvre typhoïde a causé 6 décès (moyenne 7).

La variole a causé 4 décès (moyenne 4).

La rougeole a causé 1 décès (moyenne 10); la scarlatine n'a causé aucun décès; la coqueluche, 6 décès (moyenne 5); la diphtérie a causé 7 décès (moyenne 9).

La diarrhée infantile a causé 36 décès de 0 à 1 an, au lieu de 27 pendant la semaine précédente (moyenne 25).

En outre, 28 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 294 décès, au lieu de 303 pendant la semaine précédente (moyenne 198). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 16 décès (moyenne 17); bronchite chronique, 38 (moyenne 25); pneumonie, 65 (moyenne 44); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 175 (moyenne 112), dont 73 sont dus à la congestion pulmonaire et 77 à la broncho-pneumonie. En outre, 36 décès sont attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 226 décès; la méningite tuberculeuse, 14; la méningite simple, 18; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 15 décès.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Carnaval de Nice, Tir aux pigeons de Monaco.* — Billets d'aller et retour de 1re et de 2e classes, à prix réduits, de Paris pour Cannes, Nice et Menton, délivrés du 16 février au 5 mars 1905.

Les billets sont valables vingt jours et la validité peut être prolongée une ou deux fois de dix jours moyennant 10 p. 100 du prix du billet. Ils donnent droit à deux arrêts en cours de route, tant à l'aller qu'au retour.

De Paris à Nice : 1re classe, 182 fr. 60; 2e classe, 131 fr. 50.

Les porteurs des billets de 1re classe peuvent effectuer le voyage, sans supplément de prix, dans le train « Côte d'Azur Rapide » qui parcourt de jour, en treize heures, le trajet de Paris à la Côte d'Azur.

La hernie accident devant la jurisprudence française, par les professeurs E. FORGUE et E. JEANBRAU. 1 broch. in-8°. — Paris, Institut international de bibliographie scientifique.

REVUE GÉNÉRALE

ADÉNITES CERVICALES CHRONIQUES

CAUSES, SIGNES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Par MM. Fernand LÉVY et Pierre CLÉMENT
Internes des hôpitaux de Paris.

Définition. — Sous ce nom, nous désignerons toute augmentation de volume appréciable et persistante des ganglions du cou, en rapport avec une lésion d'ordre inflammatoire ou d'origine néoplasique.

Ne préjugeant en rien de leur origine, nombre de vieux auteurs les avaient appelés : *engorgements cervicaux, engorgements glanduleux ou ganglionnaires du cou, indurations ganglionnaires, tumeurs lymphatiques*; mais beaucoup d'entre eux avaient cherché à préciser les causes de ces tuméfactions. De tout temps, en effet, on avait remarqué la fréquence des engorgements ganglionnaires chez les enfants d'un certain tempérament.

Hippocrate et Galien les attribuaient à des humeurs froides et pituiteuses; ce que les auteurs qui vinrent ensuite ne firent guère que commenter.

Au XVIIIe siècle, Chopart et Desault les appelaient *tumeurs strumeuses*, continuant ainsi fidèlement la vieille tradition pathogénique.

Velpeau et Larrey, au commencement du siècle dernier, essaient de réagir contre cette théorie et prétendent toujours trouver une origine locale comme point de départ de l'affection ganglionnaire.

En somme, la nature de ces adénites cervicales avait fait naître deux opinions opposées : la première voulait voir dans ces adénopathies une manifestation diathésique; l'autre leur assignait comme point de départ constant une lésion locale.

I

Anatomie des ganglions du cou. — Les ganglions lymphatiques du cou sont l'aboutissant des vaisseaux blancs des téguments de la face, du cuir chevelu et du cou, ainsi que des muqueuses des organes des sens et des voies digestives et respiratoires supérieures. Quelle est leur origine dans ces différents territoires?

La *peau du crâne* présente un réseau à mailles très serrées, surtout vers la ligne médiane, et dont l'écoulement se fait dans trois directions différentes par des lymphatiques frontaux passant devant l'oreille et se rendant aux ganglions parotidiens, pariétaux aboutissant aux ganglions parotidiens et mastoïdiens, occipitaux se jetant dans les ganglions occipitaux.

A la *face*, les lymphatiques cutanés des paupières et des conjonctives se collectent dans des troncs internes peu importants, allant se déverser dans les ganglions sous-maxillaires, dans des troncs externes plus nombreux, s'écoulant vers les ganglions parotidiens.

Le réseau du *nez* à mailles larges à la racine, serrées au niveau des ailes et communiquant avec le système des fosses nasales, se résume en des canaux, dont quelques-uns aboutissent aux ganglions parotidiens, la plupart aux ganglions sons-maxillaires. Ceux-ci, ainsi que les ganglions sous-mentaux, reçoivent encore les lymphatiques cutanéo-muqueux des lèvres.

Les vaisseaux du pavillon de l'*oreille* et du conduit auditif externe se condensent en trois groupes : un antérieur amenant aux ganglions parotidiens et surtout prétragéens, la lymphe de la conque et de la paroi antérieure du conduit auditif; un groupe postérieur conduisant aux ganglions mastoïdiens et de là aux ganglions sous-sterno-mastoïdiens la lymphe de l'hélix, de l'anthélix et de la paroi postérieure du conduit auditif externe. Quant au troisième groupe inférieur, il draine vers les ganglions jugulaires externes et sous-sterno-mastoïdiens les éléments lymphatiques du lobule et de la paroi inférieure du conduit auditif externe.

Lymphatiques muqueux. — Les lymphatiques des *voies lacrymales* se joignent à ceux de la conjonctive; ceux de la *pituitaire* fournissent deux réseaux allant l'un au ganglion préaxoïdien, l'autre aux ganglions adjacents à la grande corne hyoïdienne.

Le réseau de la muqueuse du plancher des fosses nasales rejoint en arrière les lymphatiques du voile, tandis que ceux du vestibule confluent aux ganglions sous-maxillaires.

Le système lymphatique du tympan va aux ganglions mastoïdiens prétragéens, intraparotidiens, celui de la caisse s'unit aux lymphatiques de la trompe d'Eustache, tributaires eux-mêmes de ceux du pharynx.

Mais ce sont surtout les voies afférentes de la cavité bucco-pharyngée qui sont intéressantes à étudier.

Au niveau des *gencives* on trouve un lacis à mailles serrées dont les collecteurs naissent à la face interne, passent entre les dents, se jettent dans un gros canal longeant d'avant en arrière la face externe des arcades dentaires. Ce vaisseau arrive à l'extrémité de l'arcade, perfore la muqueuse de la joue et aboutit au plus postérieur des ganglions sous-maxillaires. On n'a pu mettre en évidence au niveau des *dents*, la présence de vaisseaux lymphatiques dans la pulpe, les injections n'ayant pas réussi; il semble néanmoins certain que les espaces interfasciculaires de la pulpe soient en relation directe avec les ganglions sous-maxillaires, et peut-être les parotidiens.

La muqueuse des *joues* et du *plancher de la bouche* se déverse dans les ganglions sous-maxillaires, celle de la *voûte palatine* présente un réseau intra-dermique dont les branches efférentes obliquent en arrière et en dedans vers la ligne médiane. Arrivées à l'extrémité des arcades dentaires, elles se portent en dehors, en avant des piliers antérieurs du voile, perforent le constricteur supérieur du pharynx et de là plongent dans les ganglions sous-sterno-mastoïdiens.

Les lymphatiques de la *langue* naissent :

1° D'un réseau profond, musculaire s'unissant après un court trajet au suivant :

2° D'un réseau muqueux ou superficiel tirant son origine d'un système intra-papillaire, puis sous-papillaire, dont les canaux à pointe fine en avant, à calibre plus fort en arrière, se résument en une trame très serrée vers la pointe de la langue mais plus volumineuse à la base, au niveau des papilles caliciformes.

Au V lingual, ils convergent vers des lymphatiques postérieurs, les uns médians allant à l'épiglotte en traversant la membrane thyroïdienne, les autres latéraux, se branchant vers les amygdales et perforant le constricteur supérieur. Tous se terminent dans deux ou trois ganglions situés devant la jugulaire interne au voisinage du larynx.

Les collecteurs marginaux convergent des bords de la langue vers la glande sublinguale qu'ils encadrent et de là dans les ganglions de la chaîne jugulaire interne.

Signalons enfin quelques lymphatiques aboutissant aux ganglions sous-mentaux.

Les très riches formations du *voile du palais* se continuent avec celles des réseaux voisins.

A la face supérieure, elles s'unissent aux lymphatiques des fosses nasales.

A la face inférieure, elles se fusionnent avec le réseau de la voûte palatine.

Les vaisseaux blancs des *piliers* antérieurs, s'unissent à ceux de la face inférieure du voile, les postérieurs à ceux de la face supérieure.

Les formations nées des follicules *amygdaliens* se dirigent vers les lymphatiques de la face dorsale de la langue, s'unissent à certains d'entre eux pour se jeter de là dans les ganglions angulo-maxillaires.

L'appareil lymphatique du *pharynx* a pour origine un lacis sous-épithélial, surtout riche à la face antérieure et pour terminaison des troncs collecteurs supérieurs qui résumant la circulation du naso-pharynx, perforent la paroi postérieure et se terminent dans les ganglions rétro-pharyngés; les moyens ou collecteurs bucco-pharyngés aboutissent aux ganglions de la jugulaire interne; les inférieurs ou laryngo-pharyngés convergent vers les lymphatiques du pédicule supérieur du pharynx et de là vers les ganglions de la chaîne jugulaire interne.

Les origines dans la *partie cervicale de l'œsophage* se font par deux réseaux muqueux et musculaire dont les branches efférentes aboutissent aux ganglions sous-sterno-mastoïdiens et récurrentiels.

Les lymphatiques du *larynx* nés de la couche superficielle du chorion muqueux, surtout abondants dans la zone sus-glottique, très rares vers le bord libre des cordes vocales, particulièrement des inférieures, se divisent en deux groupes : l'un supérieur allant aux ganglions de la bifurcation de la carotide; l'autre inférieur, satellite de l'artère laryngée inférieure et se déversant dans les ganglions prélaryngés de Poirier.

Le réseau sous-muqueux, peu développé, de la *partie cervicale de la trachée* se termine dans les ganglions récurrentiels.

Les vaisseaux lymphatiques du *corps thyroïde* tirent leur origine d'un réseau périvésiculaire communiquant probablement mais non de façon certaine avec les vésicules et se résumant en des troncs ascendants, les uns médians se rendant aux ganglions prélaryngés, les autres latéraux aux ganglions jugulaires de la grande corne de l'os hyoïde et en troncs descendants arrivant aux ganglions prétrachéaux.

Les ganglions cervicaux, qui constituent — nous l'avons vu — les *relais* des systèmes et réseaux lymphatiques précédemment décrits, peuvent être ainsi schématisés : ils forment un *collier* placé à l'union de la tête et du cou d'où partent différentes chaînes superficielles et profondes communiquant entre elles, mais ne se continuant pas, d'après les auteurs récents, avec les ganglions du médiastin.

Ce collier se compose de six chaînons ou groupes :

1° Un *groupe sous-occipital* formé de deux ou trois ganglions situés sur le grand complexus en dehors du bord externe du trapèze;

2° Un *groupe mastoïdien* de deux ganglions placés l'un derrière l'autre, au niveau des insertions du sterno-mastoïdien;

3° Un *groupe parotidien* disposé en trois plans dont le superficiel sus-parotidien nié par Sappey manque le plus souvent. Le plan moyen est formé par des ganglions intraparotidiens : le plus accessible est le préauriculaire, les profonds s'étagent le long de la carotide externe. Enfin le dernier, ou plan des ganglions sous-parotidiens, est situé dans l'espace sous-glandulaire postérieur et serait le point de départ des abcès latéro-pharyngiens.

4° Le *groupe sous-maxillaire* dont les éléments, au nombre de trois à six, s'étagent le long du bord inférieur du maxillaire et reçoivent les lymphatiques des ganglions faciaux;

5° Le *groupe sous-mental* comprend les ganglions compris dans le triangle limité par les ventres antérieurs du digastrique et l'oshyoïde;

6° Les *ganglions rétro-pharyngiens* sont au nombre de deux et situés de chaque côté du corps de l'axis.

De ce cercle ganglionnaire intercervico-céphalique partent des chaînes descendantes verticales. La plus importante est la *chaîne carotidienne* formée de quinze à trente ganglions très variables comme situation et comme volume; ils constituent le plus souvent deux groupes :

1° *Ganglions sous-sterno-mastoïdiens* allant de la pointe de la mastoïde à l'origine du tronc veineux brachio-céphalique se subdivisant en un *groupe externe* situé en arrière et en dehors de la jugulaire interne et un *groupe interne*.

2° Des *ganglions sus-claviculaires* formant la partie terminale de cette chaîne logés pour la plupart en avant de l'aponévrose cervicale moyenne et se terminant, ceux de gauche dans la crosse du canal thoracique, ceux de droite dans le confluent de la veine jugulaire interne et de la sous-clavière.

Il existe en outre quatre chaînes accessoires :

1° La *chaîne jugulaire externe*, dont les quatre à cinq ganglions s'échelonnent sur le trajet de la veine jugulaire externe ;

2° La *chaîne cervicale antérieure superficielle*, dont les deux ou trois éléments accompagnent la veine de même nom;

3° La *chaîne cervicale antérieure profonde* ou pré-laryngo-trachéale ;

4° La *chaîne récurrentielle* de Gouguenheim et Leval-Piquechef, satellite du nerf laryngé inférieur.

Cette longue description anatomique tant des origines que des chaînes lymphatiques elles-mêmes était nécessaire à la compréhension de la pathogénie et utile à l'étude clinique des adénopathies cervicales.

II

Étiologie. — Une grande division s'impose dès l'abord, commune d'ailleurs à toutes les variétés possibles de tuméfactions ganglionnaires, en adénites d'ordre inflammatoire banal et adénites spécifiques.

Adénites inflammatoires. — Les adénopathies cervicales chroniques sont de beaucoup les plus fréquents, soit qu'on les observe isolément, soit qu'elles fassent partie d'un syndrome ganglionnaire généralisé.

Le sexe est sans importance. Il n'en est pas de même de l'âge, car elles se rencontrent surtout chez les enfants parce qu'à cette époque de la vie les réactions ganglionnaires sont plus vives, le système lymphatique étant plus développé.

Et c'est justement l'hyperplasie, la dilatation et la vulvérabilité anormales de ce tissu lymphatique qui constituent le tempérament dit « scrofuleux » qui n'est point, comme certains le croyaient autrefois, une forme de tuberculose atténuée, mais un ensemble de conditions anatomiques et physiologiques favorisant la multiplication de certaines bactéries, du bacille de Koch en particulier.

Mais le terrain scrofuleux ne suffit pas seul à expliquer la genèse de ces adénopathies. En cherchant bien on retrouve toujours des lésions éteintes ou encore en pleine évolution dans le territoire lymphatique dépendant des ganglions cervicaux.

Cuir chevelu. — L'*impétigo* du cuir chevelu, le plus souvent d'origine phtiriasique, s'observant de préférence chez des enfants mal nourris et mal soignés, s'accompagne d'adénite chronique; celle-ci débute par la région occipitale. Les ganglions sous-occipitaux, rétro-auriculaires et mastoïdiens sont toujours pris et secondairement les chaînes cervicales latérales.

L'impétigo pédiculaire se propage par grattage à la face, qui peut être envahie tout entière, et même il peut atteindre d'autres régions du corps.

L'*eczéma des nourrissons* en rapport avec une alimentation défectueuse (auto-intoxication d'origine digestive), siège presque toujours à la tête. Il peut occuper isolément, successivement ou simultanément le cuir chevelu, les joues et les sillons rétro-auriculaires. Il s'infecte souvent secondairement (eczéma impétigineux) et s'accompagne alors d'adénite cervicale de durée variable.

Face. — Les mêmes lésions d'*eczéma* se retrouvent aux joues et aux oreilles de certaines fillettes.

Le début se fait au niveau du lobule qu'on a perforé pour placer des boucles d'oreille. Les régions voisines sont bientôt envahies et les muqueuses elles-mêmes peuvent se contagionner.

L'*impétigo* est souvent le point de départ d'adénites chroniques. Même la poussée une fois guérie, les adénopathies persistent longtemps; dans quelques cas, l'impétigo a été une porte d'entrée pour la tuberculose.

Sont encore causes d'adénites, toutes les affections des cils et des paupières (*blépharites*), les vieilles *dacryocystites* (tumeurs lacrymales) et les innombrables *conjonctivites chroniques*; la conjonctivite phlycténulaire ou impétigineuse accompagnant l'impétigo de la face et provoquant l'engorgement des ganglions précuniculaires; la conjonctivite granuleuse, infectant les ganglions quand le processus granuleux n'est pas éteint; la conjonctivite de Parinaud, dite d'origine animale, où s'observe un empâtement constamment unilatéral de la région parotidienne, pouvant se résorber ou provoquer des abcès évoluant très lentement.

Donnent aussi de l'engorgement, les *excoriations*, l'eczéma secondaire ou primitif du pavillon de la conque et du conduit auditif externe. Les vieilles *otites moyennes chroniques*, les *rhinites* chroniques et les *sinusites* maxillaires et frontales à évolution lente ont aussi leur répercussion sur le système ganglionnaire.

Bouche et pharynx. — Toutes les fissures des lèvres, accidentelles ou entretenues par une irritation quelconque, sont aussi fonction d'adénite.

Mais c'est surtout la cavité bucco-pharyngée, qui par ses fréquentes éraillures, et ses infections relativement communes, est la grande porte d'entrée de l'infection du système lymphatique.

Toutes les *stomatites* peuvent déterminer des adénopathies qui persistent même après guérison de ces lésions inflammatoires.

Les *dents* constituent elles-mêmes par leurs mutations physiologiques et leurs maladies fréquentes une cause très importante d'adénopathie chronique. Celle-ci peut s'observer chez les enfants, lors de la chute des dents temporaires, qui, on le sait, se résorbent soit par leur racine, soit par leur couronne. La disparition de l'émail entraîne l'infection de la pulpe et l'adénopathie consécutive. Il en sera de même, au moment de l'évolution des dents permanentes, au niveau des lésions de stomatite que provoque l'apparition de ces phanères. L'éruption de la dent de sagesse amène une adénite dont la porte d'entrée est un foyer de stomatite qui se développe dans le capuchon muqueux de cette troisième molaire.

La carie dentaire provoque souvent l'engorgement des ganglions; si la pulpe est vivante, l'infection suit la voie veineuse ou périostique; si la pulpe est morte, la pénétration microbienne se fait directement.

Il y a adénite encore dans toutes les arthrites alvéolo-dentaires de cause locale : périodontite mécanique ou traumatique à la suite d'un choc violent sur le menton, d'un rapprochement brusque des mâchoires, d'une extraction infructueuse; périodontite chimique due à l'emploi intempestif de l'acide arsénieux; périodontite septique (tartre, pyorrhée alvéolaire). La périostite ressortit parfois à une cause générale (diabète, goutte, albuminurie).

Les ulcérations de la *langue* d'origine dentaire, les ulcérations mécaniques du frein dans la coqueluche, la maladie de Riga amènent encore l'adénite.

Citons aussi pour mémoire les lésions banales dues aux déterminations bucco-pharyngées de maladies générales (rougeole, diphtérie, variole, grippe, fièvre typhoïde).

L'infection peut aussi se faire par le *naso-pharynx* grâce à ces angines à répétition, causes d'amygdalites chroniques hypertrophiques, à ces végétations adénoïdes fréquemment recouvertes dans leur interstice et à leur surface de muco-pus où l'analyse bactériologique décèle l'existence de germes nombreux (staphylocoques, streptocoques, etc.), et qui sont aussi le point de départ fréquent de poussées aiguës d'adénoïdites.

Toutes ces adénites chroniques inflammatoires banales peuvent se transformer secondairement en adénite tuberculeuse. Celles-ci peuvent également être primitives.

Adénites spécifiques. — a. *Adénite tuberculeuse.* — Dans un grand nombre d'adénopathies cervicales chroniques (52 p. 100 environ), l'hérédité tuberculeuse est en effet incontestable; à elle viennent se joindre l'action prédisposante des maladies débilitantes, de l'hérédité alcoolique, syphilitique, de toutes les mauvaises conditions hygiéniques que provoquent l'encombrement, la misère et le surmenage (*jeunes soldats*).

On observe cette tuberculose lymphatique à toutes les périodes de la vie; mais avec deux maxima: l'enfance et l'adolescence.

Nous pourrions répéter pour l'adénite tuberculeuse que si elle peut comme les adénites banales se rencontrer chez des individus obèses, en parfaite santé, elle se retrouve surtout chez des scrofuleux. Ceux-ci, en raison des réactions particulièrement vives de leur système ganglionnaire, seront, au premier chef, des candidats à l'infection tuberculeuse et ils feront surtout leur tuberculose dans les ganglions cervicaux (écrouelles) qui drainent un territoire particulièrement exposé à l'infection.

Comment et par où pénètre l'agent pathogène?

Cette étude n'est pas intéressante pour les microbes banals autres que le bacille de Koch. Pour ce dernier, tantôt le point de départ est net et évident, soit lymphatique ascendant ou descendant, soit sanguin; tantôt le point de départ est inconnu (tuberculose ganglionnaire primitive).

L'invasion par voie lymphatique descendante est de beaucoup la plus ordinaire.

Il est des cas où l'adénite tuberculeuse succède à une lésion originelle tuberculeuse. Cette lésion porte sur les téguments et sur les muqueuses. On a même pu observer des traînées de lymphangite tuberculeuse reliant le point inoculé aux ganglions et indiquant le chemin suivi par le bacille de Koch (Lejars).

Très rarement, l'adénite succède à une plaie par inoculation accidentelle. Tel le cas de Deneke, de cet enfant se blessant au visage avec le crachoir de sa mère phtisique.

Parfois le lupus de la face s'accompagne d'adénite cervicale; mais ces formes atténuées de tuberculose retentissent très peu sur le système ganglionnaire.

Signalons aussi les gourmes tuberculeuses ulcérées.

La porte d'entrée par les muqueuses est plus connue.

Du côté des yeux il y a la tuberculose conjonctivale engorgeant de proche en proche les ganglions préauriculaire, parotidiens, sous-maxillaires; la tuberculose du sac lacrymal avec son adénite surtout sous-maxillaire; mais il faut savoir que l'adénopathie n'existe pas lorsque ces tuberculoses conjonctivo-lacrymales ne sont que des localisations par voie sanguine d'autres foyers bacillaires disséminés dans l'organisme.

Les tuberculoses du nez et des oreilles sont peu fréquentes et n'ont rien de spécifique.

A la langue, les ulcérations tuberculeuses s'accompagnent rarement d'adénopathies; aux lèvres, aux gencives, à la voûte palatine, elles sont très rares.

Starck le premier a étudié chez les enfants les relations entre la carie dentaire et la tuberculose ganglionnaire cervicale.

Il a examiné attentivement plus de 100 enfants de la policlinique de Heidelberg porteurs d'une adénite. Voici les résultats: dans 20 p. 100 des cas il n'existait pas de carie; dans 80 p. 100 les dents étaient malades, mais sur ce dernier chiffre 39 p. 100 des enfants présentaient d'autres foyers tuberculeux expliquant l'invasion ganglionnaire; les autres n'avaient que de la carie simple.

D'ailleurs non seulement Starck a pu trouver des bacilles dans la cavité de plusieurs dents, mais il a encore pu démontrer dans l'interstice des racines d'une molaire la présence d'un follicule tuberculeux. Zaudy et Raymond Petit sont du même avis. Cooke (de Chicago) aurait retrouvé le bacille de Koch en pleine pulpe.

La forme chronique de la tuberculose de l'arrière-bouche et du pharynx associée ou non à une phtisie laryngée se caractérise par des ulcérations uniques ou multiples à développement lent, envahissant selon les cas les piliers, le pharynx, les amygdales; l'adénopathie sous-maxillaire y est assez rare et, fait à noter, ces grandes ulcérations tuberculeuses de la cavité bucco-pharyngienne s'accompagnent beaucoup moins fréquemment d'adénopathie cervicale que des lésions insignifiantes ou nulles comme la tuberculose larvée par exemple.

Enfin la phtisie laryngée peut amener de l'adénite des chaînes récurrentielles.

Nombreux aussi sont les cas où l'adénite tuberculeuse succède à une lésion originelle non spécifique. Très rarement, l'envahissement ganglionnaire peut être tuberculeux d'emblée; plus souvent aussi succéder au premier stade d'adénite chronique simple.

« L'inflammation banale fait le lit de la tuberculose » (Verneuil). Elle a préparé le terrain sur lequel se sont développés les bacilles de Koch.

L'infection se fait par voie lymphatique ascendante.

La propagation du bacille de Koch se produit alors en sens inverse du cours de la lymphe, qui, en raison de son peu de rapidité, peut être facilement remonté par l'agent bactérien. En ce cas, la lésion initiale est

une localisation pulmonaire qui s'accompagne toujours d'une adénopathie des ganglions hilaires souvent énorme et hors de proportion avec les dimensions minimes de la lésion (adénopathie similaire); de là, le microbe gagne les ganglions médiastinaux, trachéo-bronchiques, sus-claviculaires, axillaires, puis cervicaux. C'est un fait bien avéré par les autopsies de Sanchez Toledo.

Exceptionnellement, l'infection des ganglions cervicaux se fait par voie sanguine, ou bien il s'agit d'une BACILLÉMIE envahissant le système lymphatique, mais son évolution aiguë ne rentre pas dans notre cadre. Ou bien nous sommes en présence d'un nourrisson qui a pu s'infecter *in utero*; le passage du bacille de Koch de la mère au fœtus à travers le placenta même non malade est prouvé par de nombreux cas (Charrin, Aviragnet), mais il est alors excessivement rare que les ganglions cervicaux soient atteints.

Arrivons à la *tuberculose ganglionnaire primitive*, c'est-à-dire à l'adénopathie tuberculeuse consécutive à une infection lymphatique dont le point de départ n'est pas révélé par l'examen clinique actuel.

Velpeau ne l'admettait pas, non plus que les autres variétés d'adénopathie primitive. Il prétendait qu'il y avait toujours une porte d'entrée, *une lésion des téguments cutanés ou muqueux* et dans l'envahissement d'un ganglion lymphatique, il distinguait, abstraction faite de l'état général, trois éléments :

1° La lésion primitive;
2° La voie lymphatique;
3° L'adénopathie elle-même.

Ces trois stades peuvent ne pas coïncider et même être séparés les uns des autres par un laps de temps assez long.

Et cependant, la tuberculose ganglionnaire primitive existe; si vraie que l'opinion de Velpeau paraisse, des faits cliniques et expérimentaux vont nous montrer qu'elle est un peu trop absolue.

Il n'est pas rare de voir des sujets atteints d'adénopathie tuberculeuse sans présenter d'autres manifestations bacillaires; chez ces malades, on a retrouvé le bacille de Koch dans les cryptes des amygdales palatines normales ou hypertrophiées, dans les interstices des végétations adénoïdes de l'amygdale pharyngée (Lermoyez, Dieulafoy). Le bacille est séparé du tissu adénoïde par l'épithélium qui revêt les cryptes. On peut admettre qu'il passe dans le tissu adénoïde à la faveur d'une effraction minime de l'épithélium; mais aussi comme l'expérimentation nous l'a montré, sans lésion cellulaire. Le tissu des amygdales peut ainsi constituer la *première étape* de l'infection; mais très souvent, après un séjour plus ou moins long, à la faveur d'une infection secondaire, le bacille pénètre dans la circulation lymphatique et va coloniser dans les ganglions sous-maxillaires et cervicaux supérieurs (*deuxième étape*).

L'expérimentation pure va aussi nous montrer la réalité des tuberculoses ganglionnaires primitives. Il est de règle, lorsqu'on inocule à un cobaye des produits tuberculeux, de voir apparaître au bout d'un certain temps, au siège de la piqûre, un chancre d'inoculation; mais ce chancre peut être évité.

Ainsi Wyssokowicz, ayant frotté la muqueuse pharyngienne d'un cobaye avec du coton imbibé de crachats tuberculeux, en prenant bien soin de ne pas léser cette muqueuse, vit apparaître consécutivement une chaîne ganglionnaire cervicale et l'animal mourut le quarante-cinquième jour de tuberculose généralisée. Aucune modification locale de la muqueuse ne fut constatée pendant la vie, l'examen histologique post mortem montra d'ailleurs qu'elle était absolument saine.

Les expériences de Cornet abondent dans le même sens. Déposant des produits tuberculeux sur la conjonctive et la muqueuse nasale de certains animaux, il vit survenir de l'adénopathie cervicale sans lésion manifeste des parties contagionnées; de même les expériences de Dobrowklonski qui montra le passage possible du bacille de Koch au travers d'un épithélium sain.

Bonnet a pu provoquer chez le cobaye des adénopathies tuberculeuses primitives en lui injectant *aseptiquement* sous la peau des cultures pures de bacille de Koch; dans ces conditions le chancre d'inoculation faisait défaut et apparaissait au contraire au cas où il y avait une plaie opératoire.

b. *Adénites syphilitiques*. — Le *chancre* syphilitique est toujours accompagné d'une adénopathie qui « suit le chancre comme l'ombre suit le corps » et qui varie avec le siège de l'accident primitif.

Le chancre du *cuir chevelu* est rare; il s'accompagne d'adénopathie sous-occipitale; de même le chancre de la *face*, plus souvent localisé au menton et dû quelquefois à une infection par le rasoir. Le chancre de la *conjonctive*, rare, est le plus souvent consécutif à la projection intra-oculaire de matières syphilitiques virulentes. Les chancres du *nez* sont peu observés. Les chancres *labio-bucco-pharyngés* comptent parmi les plus fréquents des chancres extra-génitaux et s'observent surtout chez les jeunes gens. Ils ressortissent à une contagion génito buccale, bucco-buccale ou médiate.

La *syphilis secondaire* s'accompagne très volontiers d'adénopathie cervicale; celle-ci peut être due à des lésions locales secondaires (syphilides cutanées, fissures et plaques muqueuses) et persiste après la disparition de ces lésions. Pour certains auteurs l'adénopathie existerait dans tous les cas, indépendamment des lésions locales, et dépendrait de la généralisation de l'infection syphilitique au système lymphatique.

Enfin les *adénopathies syphilitiques tertiaires* sont exceptionnelles.

c. *Adénites cancéreuses*. — L'adénite cancéreuse est habituelle dans les cancers, variant seulement avec le siège du néoplasme. C'est tantôt une inflammation banale, tantôt un cancer secondaire des ganglions.

d. Nous ne dirons rien de l'étiologie du *lymphadénome* c'est un vocable sous lequel on a englobé une foule d'états disparates, de causes par conséquent variables et multiples.

(*A suivre.*)

MÉDECINE PRATIQUE

SÉRUM ARTIFICIEL STÉRILISÉ OBTENU A FROID PAR SIMPLE RÉACTION CHIMIQUE

L'*Union pharmaceutique* (nº 1, janv. 1905) donne, d'après le *Bulletin de la Société de pharmacie de Bordeaux*, la formule suivante :

Perchlorure de fer liquide du Codex $d = 1,26$	25 grammes.
(Soit : 20 centimètres cubes).	
Bicarbonate de soude sec....................	15 —
Eau distillée, q. s. pour....................	1000 c. cubes.

Manuel opératoire. — Dans un ballon jaugé de 1 litre, à large col, introduire le perchlorure de fer liquide exactement mesuré; rincer l'éprouvette à l'eau distillée et remplir le ballon aux trois quarts environ.

Prélever 10 grammes de bicarbonate de soude et les ajouter par affusions successives en facilitant le dégagement gazeux par agitation du contenu du ballon.

Les 5 grammes de bicarbonate de soude qui restent seront dissous dans 150 à 200 centimètres cubes d'eau distillée.

Lorsque la réaction tumultueuse du ballon aura cessé, ajouter peu à peu cette solution jusqu'à cessation de toute effervescence après agitation.

Avec un perchlorure de fer officinal, cette solution sera largement suffisante pour saturer complètement la liqueur et normalement ne sera pas toute employée.

Jeter le liquide trouble et ocreux sur filtre stérilisé ou, à défaut, sur un tampon d'ouate stérilisé après avoir préalablement flambé l'entonnoir avec de l'alcool; recevoir directement dans le séro-transfuseur.

Quelques minutes à peine suffisent pour obtenir un sérum incolore, limpide, suffisamment stérilisé, pouvant être immédiatement injecté.

Une touche au tournesol pendant la filtration indiquera une réaction neutre ou très légèrement alcaline; si la préparation a été bien conduite, l'effervescence par les acides sera à peine sensible.

La principale critique que l'on puisse faire à ce procédé serait la présence d'un excès de chlorure ferrique pouvant exister éventuellement dans un sérum de préparation défectueuse et dans l'obtention d'un liquide présentant une réaction acide. Mais une coloration jaunâtre du produit final suffirait à indiquer le plus léger excès de perchlorure de fer, et une simple touche au tournesol indiquerait la réaction du liquide.

Il est évident qu'on ne saurait remplacer par ce sérum les solutions titrées de chlorure de sodium livrées en ampoules stérilisées et qui rendent les plus grands services aux médecins, qui peuvent se les procurer avec facilité; toutefois l'exécution de cette préparation permet aux praticiens d'obtenir rapidement, dans un cas d'urgence, un sérum artificiel offrant des garanties suffisantes au point de vue de son titrage et de sa stérilisation.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1905)

Chloroformisation (1). — Nous revenons à la discussion sur la chloroformisation par les mélanges titrés d'air ou d'oxygène et de chloroforme. M. Kirmisson qui le premier, croyons-nous, s'est servi en France de l'appareil de Roth, appareil qui, comme on sait, donne un mélange titré d'oxygène et de chloroforme, en est arrivé aujourd'hui au chiffre respectable de 463 anesthésies avec cet appareil. Les résultats obtenus ont été, jusqu'ici, très satisfaisants, tout au moins chez l'enfant. Chloroformisation passive, tranquille, sans période d'excitation, pouls calme, pas d'alertes, vomissements exceptionnels au cours de l'opération, très rares après, tels sont, en somme, les avantages constatés par M. Kirmisson. Tout se passe avec tranquillité et simplicité. Jamais il n'a fallu tirer la langue du malade, ni pratiquer la respiration artificielle, jamais de pâleur inquiétante de la face, jamais la moindre alerte. Le temps nécessaire pour arriver à la chloroformisation complète d'un enfant varie entre 5 et 7 minutes; il faut très peu de chloroforme, environ 15 à 16 grammes pour une heure. M. Kirmisson cite plusieurs exemples confirmatifs de ces données générales.

Quelle que soit la simplification qu'apportent ces appareils dans l'anesthésie, il faudra toujours un anesthésiste compétent, physiologiste, bien au courant de la technique de l'anesthésie. On sait qu'elle comprend trois périodes : une première période dans laquelle on donne très peu de chloroforme, une seconde dans laquelle on en donne davantage pour obtenir le sommeil et une troisième dans laquelle il suffit de quelques gouttes pour maintenir le sommeil. Dans cette dernière période, la dose de chloroforme administré doit être très minime. Avec l'appareil de Roth, M. Kirmisson fait donner d'abord un litre d'oxygène, puis, pour la seconde période 2 à 3 litres, et un 1/2 litre seulement pour la période d'entretien.

L'emploi de ces appareils nous mettra-t-il à tout jamais à l'abri des accidents mortels? Ce serait bien osé de le dire, d'autant qu'un accident mortel s'est déjà produit à Berlin. Il s'agissait d'un homme de trente-cinq ans qu'on opérait pour une fracture mal consolidée. Cet homme ne présentait rien d'anormal, aucune tare pathologique. On lui donnait environ, avec l'appareil de Roth, x gouttes de chloroforme par minute, lorsqu'il présenta de la cyanose et le cœur et le poumon cessèrent de fonctionner. Pendant deux heures on mit tout en œuvre pour le ranimer, rien n'y fit. On ne trouva rien à l'autopsie. Le malade avait succombé à une syncope primitive.

En terminant, M. Kirmisson se demande si l'oxygène peut être considéré comme un antidote du chloroforme et s'il est préférable de recourir au mélange d'oxygène et de chloroforme plutôt qu'à celui de chloroforme et d'air? Les expériences parallèles qui se font en ce moment permettront peut-être d'élucider la question; quoi qu'il en soit, M. Kirmisson estime que la compresse doit être définitivement abandonnée.

Cela paraît être aussi l'avis de M. Ricard qui constate qu'au point où on est arrivé de cette discussion la compresse

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1905, nº 8, p. 92; nº 10, p. 115, et nº 16, p. 183.

paraît être en notable infériorité. Il est incontestable, en effet, qu'il y a une grande différence entre une anesthésie chloroformique avec la compresse et une anesthésie obtenue par l'un quelconque des appareils en discussion. C'est là une sensation commune à tous ceux qui s'en servent, c'est là un fait dès maintenant établi. Comparons maintenant ces appareils entre eux. Constatons d'abord ce fait important qu'ils donnent tous la même régularité, la même simplicité, la même sécurité de l'anesthésie; avec eux, pas de période d'excitation, ou du moins on la produit ou on la supprime à volonté, pas ou presque pas de vomissements au cours de l'anesthésie. Du simple fait de cette constatation, il résulte que ce n'est pas l'oxygène qui donne à l'appareil de Roth sa supériorité. Le mélange d'air et de chloroforme donne les mêmes résultats que le mélange de chloroforme et d'oxygène. Ce dernier n'a donc pas le rôle principal dans l'appareil de Roth. Les appareils à air valent les appareils à oxygène. Examinons les appareils à air. Celui de Vernon-Harcourt, appareil anglais, est infidèle, plus lent dans son action, et semble à M. Ricard présenter quelques inconvénients. Quant à l'appareil de M. Reynier, c'est précisément l'absence de soupape que lui reproche M. Ricard. Il se fait un va et vient d'aspiration et d'expiration du mélange qui complique plutôt l'anesthésie. En outre l'adjonction du thermomètre rend l'appareil plus fragile et plus incommode. Pour M. Ricard, la question de la température du chloroforme est secondaire. Il est bien certain que la tension des vapeurs chloroformiques varie avec la température; mais on en est quitte pour donner plus ou moins de chloroforme et c'est, somme toute, toujours le malade qui reste le vrai critérium au point de vue des doses à donner. Mais le reproche principal que fait M. Ricard à l'appareil de M. Reynier est justement l'absence de soupape à laquelle tient tant, au contraire, M. Reynier. D'accord avec M. Kirmisson, M. Ricard estime que l'emploi de ces appareils ne dispense pas d'avoir un anesthésiste attentif et intelligent. Mais on peut dire qu'avec l'appareil de M. Ricard on voit et on entend le malade respirer. Plus M. Ricard s'en sert, plus il s'en trouve satisfait. Il n'a eu jusqu'ici aucune espèce d'alerte, est-ce à dire qu'on sera définitivement à l'abri des accidents mortels? Nul n'oserait l'affirmer. Il y aura toujours, dans une anesthésie chloroformique, d'un côté un toxique et de l'autre un intoxiqué. Tout ce que nous pouvons dire, c'est qu'avec ces appareils on diminue considérablement les chances de mort par le chloroforme.

La discussion se poursuivra. En attendant, nous ne pouvons nous empêcher de faire observer que voilà déjà un cas de mort, sur plusieurs milliers d'anesthésies, il est vrai. Il ne faudrait donc pas s'endormir dans une sécurité trompeuse et tout en reconnaissant les réels avantages des appareils de Roth, de Ricard et de Reynier, nous ne saurions trop engager les anesthésistes qui s'en serviront à ne pas se départir un seul instant de l'attention la plus scrupuleuse, qui reste toujours une nécessité absolue en matière d'anesthésie chloroformique.

Appareil pour fractures obliques de jambe. — M. Nélaton fait un rapport sur une présentation de M. Ombredanne. Il s'agit d'un appareil pour fracture de jambe, c'est une modification très heureuse de l'appareil de Hennequin, auquel M. Ombredanne a ajouté une bottine lacée, munie d'un fort talon, portant un crochet pour l'extension. Il y a des gouttières latérales pour empêcher les mouvements de latéralité. L'appareil est facile à placer, bien supporté et assure une très bonne direction à l'extension. M. Nélaton en a obtenu d'excellents résultats.

Ablation des vésicules séminales tuberculeuses. — M. Legueu fait une communication sur ce sujet. Il y a aujourd'hui une quarantaine d'observations relatives à cette opération. M. Legueu l'a pratiquée 6 fois. Il y a deux voies, la voie inguinale et la voie périnéale. Par la première on rencontre de grandes diffiultés en raison même de la profondeur où il faut arriver. La voie périnéale est plus simple, plus favorable. M. Legueu a adopté à peu de choses près la technique de Roux (de Lausanne): incision au-devant du rectum, décollement du rectum, qu'on maintient avec une grande valve vaginale; on arrive ainsi de chaque côté sur les vésicules séminales, on draine et on referme.

L'opération faite dans ces conditions est simple, assez facile; toutefois il est assez difficile d'éviter une fistule urétrale. Les résultats sont bons. La plupart des malades tirent un bénéfice sérieux de l'opération. Sur les 6 cas de M. Legueu, un seul est mort de tuberculose généralisée consécutive. Il est bien entendu que l'opération ne doit être appliquée qu'aux cas où les lésions sont bien limitées aux vésicules séminales.

Arrivons aux présentations de malades :

Volumineuse tumeur de la langue datant de vingt-cinq ans, simulant un cancer, mais de nature papillomateuse, et coexistant avec de la sclérose linguale et de la leucoplasie. — MM. Sébileau et L.-M. Pautrier. Il s'agit d'un malade présentant sur la face dorsale de la langue une tumeur volumineuse de trois centimètres de long sur deux de large, dure, végétante, simulant complètement au point de vue clinique le cancer de la langue. Mais, d'autre part, cette tumeur a mis vingt-cinq ans à se développer et l'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un papillome simple, sans évolution épithéliomateuse à l'heure actuelle. Les auteurs rapprochent ce cas des observations qui ont déjà été publiées de cancers de la langue opérés à plusieurs reprises pendant quinze ou vingt ans et se demandent s'il ne s'agissait pas de cas semblables au leur.

D'autre part il est curieux de voir que, pendant un si long temps, la tumeur de leur malade a pu rester bénigne, alors qu'elle coexiste avec de la sclérose de la langue et de la leucoplasie, qui sont le terrain de choix pour le développement de l'épithélioma.

Genou à ressort. — M. Moty présente un militaire atteint de genou à ressort survenu spontanément à l'âge de quinze ans. Pendant son fonctionnement l'article présente deux ressauts: l'un au moment où l'extension active ou passive est sur le point de se compléter; ce ressaut s'accompagne d'un bruit perceptible à distance et d'un mouvement brusque de la jambe dont l'axe se déjette en dehors, de manière à reprendre sa position normale; l'autre au moment où la flexion passive arrive à sa limite en s'accompagnant de la brusque saillie d'un corps dur, le ménisque externe selon toute apparence, un peu en avant du ligament latéral externe. Il semble donc que le ménisque interne se subluxe en arrière et en dedans, tandis que le ménisque externe se subluxe en avant et en dehors; dans l'extension complète le tout se remet en place.

Peu de gêne dans les fonctions du membre; le malade refuse toute intervention et le peu de douleur ressenti par lui semble justifier son refus.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

LE TANNATE D'OREXINE DANS L'ANOREXIE

Après les nombreuses observations recueillies dans les hôpitaux et les cliniques, observations qui ont été publiées tant en France qu'en Allemagne, il est intéressant de signaler maintenant celles que recueillent les praticiens dans la clientèle de la ville ou de la campagne.

Elles constituent, en effet, un enseignement thérapeutique de la plus haute valeur.

Le docteur Symon de Villeneuve (de Quintin), appelé à donner ses soins à 4 tuberculeux chroniques, 3 hommes et 1 femme, tous indigents, tous jeunes et anorexiques, a obtenu les meilleurs résultats du nouvel agent thérapeutique.

Chez la plus gravement atteinte, une femme de vingt-quatre ans, ayant de l'anorexie et des vomissements, une dose de 1 gramme de tannate d'orexine en 4 fois, a amené un résultat aussi prompt que complet. Les vomissements ont disparu et l'etat général est très amélioré.

Dans un autre cas grave, une dose de 0gr50 en 2 cachets a suffi pour amener le retour de l'appétit et une amélioration générale rapide, alors que les moyens classiques avaient échoué.

De nombreux praticiens confirment de leur côté ce que nous savions déjà sur l'action efficace du tannate d'orexine dans les anorexies.

LIVRES NOUVEAUX

Travaux de chirurgie anatomo-clinique (1), par Henri Hartmann, chirurgien de Lariboisière, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

M. Hartmann nous donne aujourd'hui une deuxième série de travaux faits dans son service et dans son laboratoire, destinés à compléter ceux qu'il a publiés l'an dernier.

L'auteur commence par nous donner la statistique du service Civiale pendant l'année 1902 et nous montre l'importance qu'ont prise les consultations externes.

MM. Hartmann et Lecène étudient ensuite les tumeurs des capsules surrénales et nous donnent une très bonne mise au point de cette question encore mal connue.

Le chapitre suivant est consacré à la publication du mémoire si complet et si documenté sur les tumeurs solides du rein qui a valu à M. Lecène le prix Civiale en 1903.

M. Hartmann s'occupe plus loin de la conduite à tenir en présence d'une déchirure de la veine au cours d'une néphrectomie, et conclut qu'au cas de déchirure au dessous du pédicule rénal, il faut lier la veine au-dessus et au-dessous de la déchirure, qu'au contraire si la déchirure siège au niveau ou au-dessus du pédicule rénal, il faut recourir aux procédés qui n'oblitèrent pas complètement et brusquement le tronc veineux.

L'anatomie des glandes bulbo-urétrales est étudiée dans un chapitre intéressant écrit par M. Lebreton.

M. Esmonet nous expose ses expériences sur la tuberculose expérimentale du testicule et la technique à employer pour produire des orchites.

L'ouvrage se termine par une description très complète de l'histologie de l'épididymite blennorragique par M. le professeur agrégé Cunéo.

M. Steinheil a particulièrement soigné l'édition de ce livre qui contient de très belles et nombreuses figures.

ÉTIENNE LE SOURD.

(1) In-8°. Prix : 15 francs. — Paris, Steinheil.

Les applications sociales de la solidarité; leçons professées à l'École des hautes études sociales (1), par MM. Budin, Ch. Gide, H. Monod, Paulet, A. Robin, Siegfried et P. Brouardel.

Voilà un livre à lire en entier, y compris l'éloquente préface de M. Léon Bourgeois; beaucoup de médecins gagneront à lire les questions purement médicales de cet ouvrage comme la mortalité infantile (Budin), la lutte contre la tuberculose (A. Robin), la propreté et l'hygiène (P. Brouardel), tous liront avec fruit les leçons sur la coopération (Ch. Gide), la législation sanitaire en France (H. Monod), la législation sur les accidents du travail (G. Paulet), les habitations à bon marché (J. Siegfried). Plus que tout autre le médecin doit faire sienne la fameuse maxime « Homo sum... » etc. et après la lecture de ce livre bien des choses humaines cesseront de lui être étrangères.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Le rôle du sel en pathologie (2), par Achard.

Le rôle du sel en pathologie est une question toute d'actualité, en pleine révolution et qui a suscité depuis deux ans un grand nombre de travaux. L'auteur passe en revue dans cette monographie les principales recherches faites sur ce sujet. Il cherche d'abord le sel dans l'organisme normal, montre sa quantité dans les différents tissus, dans les excrétions, comment se font l'équilibre chloré et les échanges chlorurés dans l'organisme et termine sur son rôle physiologique principal qui est de régler la pression osmotique. A l'état pathologique, par sa rétention dans l'organisme, il devient le point de départ de phénomènes morbides très importants; l'auteur étudie les moyens de mettre en évidence cette rétention, les conditions dans lesquelles elle se produit, le siège et le mécanisme encore discuté suivant lequel elle se fait, les troubles qu'elle produit (hydratation, hydropisies etc...) et dont l'ensemble forme le syndrome que M. Widal a décrit sous le nom de chlorurémie.

Comme on le voit, le rôle du chlorure de sodium, que l'on soupçonnait à peine il y a quelques mois, prend tout à coup une importance capitale et devient le point de départ de déductions thérapeutiques d'une certaine importance.

L. GAYARD.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

ASILE D'ALIÉNÉS D'ALENÇON. — Une place d'interne est vacante actuellement à l'Asile public d'aliénés d'Alençon. Minimum de scolarité : douze inscriptions de doctorat. Avantages : 800 francs, logement, nourriture, chauffage, éclairage, blanchissage (laboratoire et bibliothèque).

Adresser les demandes à M. Charuel, directeur médecin en chef.

(1) In-8°. Prix : 6 francs. — Paris, F. Alcan.
(2) Broch. gr. in-8° (n° 40 de l'*Œuvre médico-chirurgical*). Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Sur l'angine ulcéreuse (question de priorité), par le docteur H. PLAUT (de Hambourg).
A propos de l'angine à bacilles fusiformes, par le professeur H. VINCENT.
Hémorragie cérébrale avec inondation ventriculaire et sous-arachnoïdienne, évolution anormale de l'hématolyse, par MM. G. FROIN et LAEDERICH.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société médicale des hôpitaux. — Société de biologie.
ANALYSES
Médecine : De l'alimentation par le lait cru chez l'enfant à l'état de santé et à l'état de maladie.
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS DES HOPITAUX. — MÉDECINE. — Le jury est actuellement composé de la façon suivante :

MM. Dieulafoy, Galliard, Landouzy, Béclère, Landrieux, Le Gendre, Thibierge, Brouardel, A. Robin et Lesage.

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Internat.* — PATHOLOGIE. — Séance du 10 février 1905 : MM. Reubsaët, 12; Guyader, 11; Combier et Chenot, 10; Garipuy, 9; Gomand et Cléret (Maurice), 8; Marre, 7; Séjournet, 5, Fenestre, 3.

Première séance du 12 février 1905 : MM. Dupont, 13; Fayolle, 11; Feuillié, Rœderer, Broca et Lemoine, 10; Faugeron, 8, de Brunel de Serbonnes, 7; Lemercier, 4; Ehrempréis, 3.

Deuxième séance du 12 février 1905 : MM. Abrami, 14; Cimel, 13; Cotard (Lucien), 12; Sourdat, Lévy Valensi, Cornélius et Bord, 11; Cottet et Delmas, 8; Trocmé, 6.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LILLE. — Le docteur Oui, agrégé, chargé d'un cours complémentaire d'accouchements et de l'enseignement théorique des élèves sages-femmes, est nommé professeur adjoint.

ASILES. — Le docteur Tissot est nommé médecin adjoint à l'asile d'aliénés de Bailleul.

LA LOI MILITAIRE AU SÉNAT. — *Le maintien de la réforme temporaire.* — Le Sénat a voté le 9 février l'article 38 ainsi conçu : « La durée du service actif ne pourra être interrompue par des congés, sauf le cas de maladie ou de convalescence ou en exécution de l'article 90 de la présente loi. »

Il a adopté ensuite, grâce à l'énergique intervention de M. Treille, et malgré l'opposition du ministre de la guerre et du rapporteur, un amendement ainsi conçu : *ou de réforme temporaire prononcée après un certain temps passé au corps et par suite de maladies contractées au service.*

Le service dans les réserves. — Dans la séance du 10 février, le Sénat a discuté *le service dans les réserves* (article 40). Il a rejeté un amendement de M. de Carné ainsi conçu :

« Les étudiants en médecine et en pharmacie et les élèves ecclésiastiques sont versés dans le service de santé. »

Le ministre a cependant manifesté l'*intention, sans aucun engagement de sa part*, d'ordonner, dans la mesure du possible, des affectations dans ce sens.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Des récompenses honorifiques ont été décernées à MM. les docteurs dont les noms suivent pour les soins ou les médicaments qu'ils donnent gratuitement, soit aux militaires de la gendarmerie et à leurs familles, soit aux chevaux de l'arme :

Lettre d'éloges officiels (délivrée après dix années au moins de soins gratuits). — MM. les docteurs Parsavant (d'Epinay), Féolde (de Fontenay-sous-Bois), Landry (de Maule), Langle (de Vincennes), Tariel (d'Issy-les-Moulineaux), Mennessier (d'Alfortville), Mignon (des Mureaux), Couvreur (de Seclin), Pascalin (de Saint-Pol-sur-Mer), Gallo (de Festubert), Verdière (de Bertincourt), Mariage (de Bully-Grenay), Thelliez (d'Hénin-Liétard), Dubiquet (d'Auby), Delguey (de Guiscard), Lévêque (de Montdidier), Daire (de Saint-Sauflieu), Menu (d'Hirson), Branthomme (de Noailles), Bottiau (de Neufchâtel), Pillouard (de Mainneville), Ladevic (de Gisors), Duclos (d'Yvetot), Béal (d'Argueil), Jouis (d'Andouillé), Chevallier (d'Ernée), Médail (de Bessé-sur-Braye), Petit (de Pont-sur-Yonne), Guillé (de Villeneuve-la-Guyard), Bruneau (de Braye-sur-Seine), Lefèvre (de Fumay), Julg (de Beaucourt), Yon (de Gray), Serrulaz (de Seyssel), Lallier (de Tannay), Perceau (de Nérondes), Malfuson (de Sancerre), Blanchard (de Saint-Amand), Loubaud (du Blanc), Thuau (de Beaugé), Chailloux (de Champigné), Le Cuziat (de Bégard), Viaud (d'Agon), Couette (de Juvigny), Danet (de Josselin), Nanard (de Bourganeuf), Dubenais (de Larochechalais), Gouzot (de Palayrat), Chaminade (de Saint-Pierre-de-Chignac), Comte (de Charlieu), Dauphant (de Celles), Jassoud (de Bourg-de-Péage). (*A suivre.*)

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLII, nº 4, 26 janv. 1905.) Pierre Janet : Des crises psycholeptiques. — James G. Mumford : Sur la gastro-entérostomie (note préliminaire), avec 2 fig. — Wm. G. Macdonald : La prophylaxie de la syphilis. — Louis F. High : L'étiologie de la tuberculose pulmonaire considérée dans ses relations avec sa thérapeutique. — Heinrich Stern : Quelques points se rapportant au traitement de la glycosurie diabétique et non diabétique.

British medical Journal. — (Nº 2301, 4 fév. 1905.) Poynton : Quelques points du diagnostic différentiel entre la scarlatine, la rubéole et la rougeole. — Rolleston : Les rash prodromiques de la rougeole. — Auld : Un cas de pneumonie fibreuse. — J. Caie : Le calcul de la date de la délivrance dans la grossesse. — Somerville : Ulcères de jambe traités avec succès par les courants à haute fréquence. — Bellamy : Le réflexe cornéen et sa valeur comme guide de l'anesthésie. — Harburn : Quelques points du traitement de la névralgie cervico-brachiale et de la sciatique. — Wellesley Kendle : Un cas de puberté précoce chez une fillette atteinte de crétinisme.

Centralblatt fur innere Medizin. — (Nº 5, 4 fév. 1905.) Bertram : Théorie de l'asthme bronchique. — Van Loghem : Le tophus goutteux expérimental.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (Nº 5, 2 fév. 1905.) Hochhaus : Le traitement des hémorragies pulmonaires. — Hirschfeld : Le pronostic du diabète. — Mellin : La thiosinamine dans les rétractions cicatricielles. — Carl Israel : Ligature de l'artère hypogastrique droite, pour un anévrisme de l'artère fessière. — Hermann Flesch : Pronostic du tétanos des nouveau-nés et des enfants ; considérations sur la sérothérapie. — Kromayer : Une nouvelle méthode sûre d'épilation. — Libbertz et Rüppel : Sur l'immunisation des bovidés contre la tuberculose, recherches sérothérapiques (*fin*). — Friedmann : Immunisation contre la tuberculose avec le bacille tuberculeux de la tortue. — Kirchner : Inflammation pleurale et rhumatisme musculaire.

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (Nº 7, 15 janv. 1905.) Augusto Plessi : Le pouvoir réducteur des urines dans les pleurésies, les péritonites et la tuberculose pulmonaire. — Aleardo Cerioli : La cure iodique de la fièvre typhoïde. — Baldo Zoniboni : Médecine légale. Hématurie rénale supposée traumatique. — (Nº 10, 22 janv.) Ettore Tedeschi : L'importance clinique des « hémorragies occultes » du canal digestif. — G. Fazio : La paralysie isolée et unilatérale de l'oculo-moteur commun, d'origine syphilitique. — Matteo Capuano : Contribution au traitement des ankyloses angulaires du genou au moyen de l'ostéotomie par le procédé Gordon Enck.

Journal médical de Bruxelles. — (Nº 6, 9 fév. 1905.) Paul Denis : Étude critique des différents modes de séparation des urines.

Medical Record. — (Nº 4, 28 janv. 1905.) J. White : Caractères pathologiques, diagnostic et épidémiologie de la peste bubonique. — Brown : Indications et abus du curetage de l'utérus. — Spratling : La gloutonnerie comme cause de convulsions symptomatiques épileptiformes. — Hedges : Amélioration notable de l'état mental à la suite d'une opération pour fracture du crâne avec enfoncement des fragments.

Montpellier médical. — (Nº 5, 29 janv. 1905.) F. Abadie : Un cas d'hystérectomie subtotale par le procédé de J.-L. Faure. — Truc : Organisation et fonctionnement de la clinique ophtalmologique de Montpellier. — Ardin-Delteil : Purpura rhumatoïde et appendicite (*fin*).

Revista de ciencias medicas de Barcelona. — (Nº 1, janv. 1905.) José Góngora : La fièvre dans la colique hépatique. — J. M. Bartrina : Traitement opératoire de la hernie crurale. — Bonfilio Garriga : Cancer de l'estomac et artériosclérose. — E. B. R. Protection des yeux contre l'action des rayons X.

Revue générale des sciences. — (Nº 2, 30 janv. 1905.) G. Loisel : Evolution des idées générales sur la sexualité. Deuxième partie. XIXe et XXe siècles. — E. Lambling : Revue annuelle de chimie physiologique. Deuxième partie : Digestion, sang, urine.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (Nº 4, 28 janv. 1905.) Delie : Tabac et audition. — P. Jacques : Otorrhée compliquée fistulisée dans le sillon rétro-maxillaire. — (Nº 5, 4 fév.) Saint-John Roosa : Nouvelle méthode du docteur Achsharumow pour la dilatation de la trompe d'Eustache.

Revue neurologique. — (Nº 2, 30 janv. 1905.) J. Grasset et Gaussel : Paralysie des deux hémioculomoteurs (abolition des mouvements de latéralité à droite et à gauche). — P. Bonnier : L'urhydrie céphalo-rachidienne et labyrinthique.

Riforma medica. — (Nº 1, 7 janv. 1905.) Giuseppe Romano Saeli : Les altérations fines des organes à la suite des injections de sérum de sang étranger. — Giuseppe Zamboni : Les effets de la résection des nerfs du pancréas. — Girolamo Lionti : L'origine et la distribution du tissu élastique dans le foie cirrhotique. — Raffaele Pirone : La physiopathologie du grand épiploon. — (Nº 2, 14 janv.) Vincenzo Patella : Les endothéliums dans le sang normal, leurs rapports avec les leucocytes mononucléaires, avec les formes de passage et avec les lymphocytes du sang. — G. Fasoli : La façon dont se comportent les cartilages au niveau des plaies. — A. Paladino-Blandini : Mode d'action et contrôle de l'activité de certains sérums antimicrobiens. — Giuseppe Romano Saeli : Les altérations fines des organes à la suite des injections de sérum de sang étranger (*fin*). — (Nº 3, 21 janv.) Ugo Bonenati : La pathogénie de la dissociation de la sensibilité d'origine centrale. — Claudio Fermi : La diastase saccharifiante du bacille tuberculeux comme nouveau caractère de parenté avec le streptothrix. — Aldo Carnazzi : La trépanation primitive dans les fractures compliquées de la voûte cranienne. — A. Paladino-Blandini : Mode d'action et contrôle de l'activité de certains sérums antimicrobiens (*fin*).

Semaine gynécologique. — (Nº 5, 31 janv. 1905.) R. Pichevin : Esthiomène de la vulve. — (Nº 6, 7 fév.) Mauclaire : Traitement des prolapsus ovariens douloureux.

Therapie der Gegenwart. — (2 Heft, fév. 1905.) C. Binz : Emploi thérapeutique de la nitroglycérine. — P. Rosenberg : Valeur du formol (formaldéhide) en thérapeutique interne.

Tribune médicale. — (Nº 5, 4 fév. 1905.) Debove : Maladie d'Addison.

Wiener klinische Wochenschrift. — (Nº 5, 2 fév. 1905.) Hödlmoser : De la valeur du pyramidon pour le traitement de la fièvre typhoïde. — Gesang : Sur la mobilisation des corps étrangers de l'œil et sur leur expulsion spontanée. — Hoffmann et Schulz : Mode d'action de la lécithine soumise à l'action des rayons Röntgen sur l'organisme animal. — Schein : Traitement du condylome acuminé par la congélation.

SUR L'ANGINE ULCÉREUSE

(*Question de priorité.*)

Par le docteur H. PLAUT (de Hambourg).

A propos de la communication de M. H. Vincent dans la séance de la Société médicale des hôpitaux à Paris du 25 novembre 1904 (1), dans laquelle il défend ses droits de priorité concernant l'*angine ulcéreuse*, j'ai à répondre ce qui suit :

Tout en admettant entièrement le grand service que M. Vincent a rendu dans l'étude des bacilles fusiformes et en accordant volontiers, que mon petit mémoire de l'année 1894 (2) est trop peu important pour être comparé avec ses études précises, je ne peux pourtant pas reconnaître que cet auteur ait droit à la priorité dans la découverte de l'angine fuso-spirillaire.

M. Vincent dit que ses recherches primitives sont antérieures de dix mois à mon travail. Mais au lieu de le démontrer par une publication qui serait à peu près de dix mois antérieure à la mienne, il présente une thèse de M. Freyche (3), qui a paru cinq ans après mon mémoire.

J'admets naturellement aussi qu'il soit possible que M. Vincent ait fait ses premières observations dix mois avant l'apparition de mon mémoire, mais il faudra qu'il me concède le droit de priorité parce que mes premières observations, comme je l'ai particulièrement démontré dans mon travail, sont antérieures de plus d'une année à l'apparition de mon mémoire (décembre 1892), elles sont donc plus anciennes *à fortiori* d'une année et deux mois que les siennes, publiées plusieurs années après!!

Ensuite, il est important de constater que M. Vincent suppose que je n'ai peut-être pas vu une véritable angine à bacilles fusiformes, parce que les affections décrites par moi auraient pris une marche remarquablement rapide et favorable. Il est cependant tout à fait incontestable que j'ai vu alors de vraies angines fuso-spirillaires et non pas des angines d'autre origine, on peut le voir très clairement dans mon travail et surtout par mes expériences de culture. Ce sont des angines fuso-spirillaires qui passent très rapidement et qui ont une issue favorable, ainsi que le prouvent les remarques de M. Bareggi (4). Ce dernier auteur a vu cette légère forme de l'angine fuso-spirillaire à Milan, en 1895, et il l'a décrite avec exactitude dans un mémoire.

Le dernier point sur lequel j'attirerai l'attention est le suivant : M. Vincent affirme que les spirochètes et les bacilles fusiformes ne peuvent avoir la moindre analogie. M. Vincent est en désaccord avec de nombreux auteurs, qui ont traité ce même sujet. On pourra résoudre définitivement cette question très certainement quand les cultures des bacilles fusiformes auront réussi plus souvent et que leur étude biologique sera plus approfondie. Mais après la dernière communication de M. Ellermann à Copenhague (1), il est devenu vraisemblable que la forme courte du bacille fusiforme est analogue avec une forme spirillaire. Les observations de Perthes, dans les cultures de Noma, de même que les études de nombreux auteurs (2) démontrent la même chose. Après les observations contradictoires de ces travaux, on doit se garder d'affirmer qu'il y ait analogie entre les spirochètes et les bacilles fusiformes.

Il me faut, pour finir, expliquer la raison de mon long silence, alors que les auteurs français ne faisaient pas mention de mon nom dans leurs publications sur l'angine ulcéreuse. J'étais persuadé que mon mémoire n'était pas connu de mes confrères français, ce qui me le prouvait c'est que mon nom manque dans toutes les tables des auteurs. Ma découverte, toute fortuite d'ailleurs, ne me paraissait pas valoir la peine d'être mentionnée encore à nouveau. Mais aujourd'hui je vois avec surprise que l'on connaît en France mon travail, et malgré mes observations, on soutient que je ne dois pas participer à la découverte primitive, parce que j'aurais observé, peut-être, une tout autre forme de l'angine !

Cette appréciation, ntièrement erronée, m'a incité enfin à répondre et à défendre mon droit à la priorité.

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1904, nº 136, p. 1336.

(2) PLAUT. Studien zur bacteriellen Diagnostic der Diphterie und der Anginen, *Deuts. med. Wochens.*, 1894, p. 920.

(3) FREYCHE. *Étude clinique et bactériologique sur l'angine diphtéroïde et ulcéreuse à bacilles fusiformes et spirilles de M. H. Vincent*, Th. de Toulouse, 1899, Trinchant.

(4) BAREGGI. Sull' angina di Plaut, cimi clinici e batteriologichi, *Atti dell' Associazione med. Lomb.*, 1895, 15.16.

(1) ELLERMANN. Ueber die Cultur der fusiformen Bacillen, *Centralbl. f. Bakter.*, Bd XXXVII, Heft 5, vom 30 dezember 1904.

(2) Voir *Centralbl. f. Bakter.*, Referate XXXV Bd, nº 1 et 2, p. 4.

A PROPOS DE

L'ANGINE A BACILLES FUSIFORMES

Par le docteur H. VINCENT,

Professeur au Val-de-Grâce.

J'ai cru devoir signaler dans ma note à la Société médicale des hôpitaux (25 nov. 1904) la date du début de mes recherches, parce que certains auteurs français ont avancé, sans même en fournir la preuve, qu'ils avaient observé, quoique non signalé, cette affection avant moi.

Neuf ans après mes premiers travaux sur le microbe de la pourriture d'hôpital et de l'angine à bacilles fusiformes, M. Plaut s'aperçoit qu'il a entrevu cette dernière affection. Voici ma réponse.

Dans son unique travail, bien superficiel d'ailleurs, et bien peu précis, sur 80 cas de diphtérie, M. Plaut a signalé incidemment avoir vu des angines dans lesquelles il a rencontré (outre des cocci et des streptocoques) des « bacilles de Miller » et des spirochètes (3).

Qu'est-ce que le bacille de Miller? Est-il identique au microbe de l'angine que j'ai décrit? Est-ce, en un mot, le bacille fusiforme étudié par moi?

Toute la question est là : le reste n'est que hors-

(3) M. Plaut fait remarquer qu'il s'agit des bacilles vus par Miller en 1883 : il s'agit, sans doute, du travail de Miller cité ici et publié en 1884, car le mémoire de ce savant paru en 1883 (*Berichte d. Botanischen Gesellschaft*, 1883, S. 224), concerne le *Leptothrix gigantea* des dents.

d'œuvre. Consultons, par conséquent, les mémoires de Miller sur les bactéries de la bouche et, tout spécialement, celui intitulé : « Zur Kenntniss der Bacterien der Mundhöhle » (*Deuts. med. Wochens.*, 1884), et l'important volume où il récapitule toutes se recherches : *Die Mikroorganismen der Mundhöhle* (Leipzig, 1892). Qu'y voit-on ?

Dans le premier travail, Miller décrit un bâtonnet court, trapu, incurvé, et en reproduit deux figures (3 et 4). Il a vu ce microbe dans ses propres selles diarrhéiques et dans la salive; il n'a pu le cultiver. Est-ce là le « bacille de Miller » ? Si oui les caractères qu'en donne Miller, les deux figures qu'il en reproduit, sont tellement différents de ceux du bacille fusiforme que l'identification en serait, au moins, audacieuse. Ce bâtonnet très court, exigu, courbe, tantôt en virgule, tantôt spiralé, est, en effet, un vibrion morphologiquement identique au komma-bacille par son aspect, ses dimensions, son groupement. Du reste, on sait que la présence de vibrions dans les selles diarrhéiques est un fait commun.

Or la morphologie du bacille fusiforme que j'ai décrit, sa longueur, son renflement central, la particularité si caractéristique qu'il présente très souvent d'être vacuolaire, etc., l'éloignent à tel point du bacille ci-dessus que la confusion est absolument impossible.

Mais, peut-être, ne sont-ce pas là les vrais « bacilles de Miller » auxquels M. Plaut a eu affaire? J'ai donc consulté toutes les publications de ce dernier et j'ai, effectivement, trouvé deux bacilles appelés par Miller *lui-même*, l'un : Miller's Kommabacillus (*D. Mikroorg. d. Mundhöhle*, 1892, p. 66), l'autre : ε-Bacillus von Miller (*Id.*, p. 67).

Je ne pouvais donc trouver de meilleure référence que celle de Miller lui-même, qui a découvert ces microbes et leur a associé son nom.

Or ces deux bacilles sont des vibrions, en forme de virgule, de crochet (fig. 18, 19, 20), ou de spirochète dans l'état adulte. Ils se cultivent facilement, liquéfient la gélatine, etc.

Ai-je besoin de rappeler que le bacille fusiforme de la pourriture d'hôpital et de l'angine n'offre pas davantage aucun de ces caractères et qu'il n'est même pas cultivable sur gélatine?

En réalité, les bacilles dits « bacilles de Miller », que ce dernier auteur a décrits dans ses remarquables recherches sur les microbes de la bouche, sont des vibrions analogues par leurs *dimensions*, leur *forme*, leur *aspect*, au bacille virgule. De là les noms de Kommabacillus, Krummen Bacillus (bacille courbe), Krummen Stabchens (bâtonnet courbe), sous lesquels il les désigne uniformément. Les bacilles qu'il décrit lui-même sous le nom de « bacilles de Miller » ont tous l'aspect ci-dessus. Assurément personne ne songera à les identifier avec le bacille fusiforme. Il suffira, du reste, de les comparer à la reproduction du bacille fusiforme donnée par Macé dans la très exacte figure de son *Traité de bactériologie* (édit. 1901, p. 884). Le bacille, à un grossissement de 1000 p. 1, est, du reste, au moins trois fois plus volumineux que les « bacilles de Miller » vus cependant à un grossissement plus fort de 1100 p. 1.

En résumé, M. Plaut a signalé incidemment et brièvement, dans son travail sur le diagnostic de la diphtérie et des angines, certaines angines « à bacilles de Miller » et à spirochètes, dus à des vibrions communs dans la bouche. J'en ai observé moi-même plusieurs cas.

Il en résulte que M. Plaut n'a certainement pas eu affaire à l'angine déterminée par le bacille fusiforme.

L'angine à bacilles de Miller et l'angine à bacilles fusiformes de Vincent sont deux affections d'une étiologie tout à fait différente.

Ma réclamation de priorité reste donc entière.

HÉMORRAGIE CÉRÉBRALE

AVEC INONDATION VENTRICULAIRE ET SOUS-ARACHNOIDIENNE

ÉVOLUTION ANORMALE DE L'HÉMATOLYSE

Par MM. G. FROIN,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
et LAEDERICH,
Interne des hôpitaux de Paris.

Nous venons d'observer dans le service de notre maître M. Chauffard, un cas d'hémorragie cérébrale avec inondation ventriculaire et sous-arachnoïdienne, intéressant par l'évolution anormale de l'hématolyse dans le liquide céphalo-rachidien.

Un homme de soixante-huit ans, journalier, entre le 9 décembre 1904, à l'hôpital Cochin, pour une hémiplégie gauche. Il est de constitution robuste, mais c'est un alcoolique et un artério-scléreux; il n'a pas eu la syphilis. Le 6 décembre au soir, il est tombé, brusquement, sans connaissance; lorsqu'il revint à lui sans avoir eu de convulsions, il présentait une hémiplégie gauche complète.

Le 29 décembre on l'amène à l'hôpital. On lui trouve une hémiplégie gauche portant sur la face et sur les membres, avec légère déviation conjuguée de la tête et des yeux; c'est une paralysie flasque, avec affaiblissement des réflexes tendineux et incontinence d'urine; elle s'accompagne d'hémianesthésie absolue. Le malade est assez conscient, mais parle difficilement; il se plaint d'une céphalée localisée à la région fronto-pariétale droite. Les pupilles sont égales, réagissent paresseusement à la lumière.

Le malade porte en outre une large ecchymose sur le côté gauche du thorax, qu'il s'est contusionné au moment de son ictus. Notons de suite que cette ecchymose a présenté, dans les jours suivants, les différentes teintes jaune, vert, bleuâtre, des épanchements sanguins sous-cutanés.

Pendant sept jours, du 9 au 15 décembre, l'état du malade ne s'est pas modifié ; la température se maintient constamment un peu au-dessus de 38 degrés ; le pouls bat à 100 ; la tension artérielle est de 20 centimètres. Il ne s'est pas produit d'escare.

Le 16 décembre, l'état s'aggrave assez brusquement, le malade tombe dans le subcoma, puis dans le coma complet; la température s'élève le lendemain à 39°6, les poumons s'encombrent de râles, et le malade succombe le soir, au douzième jour de son hémorragie.

L'AUTOPSIE, pratiquée trente-six heures après la mort, ne montre rien d'intéressant du côté des viscères.

La moelle n'offre pas de lésions macroscopiques appréciables, si ce n'est peut-être une teinte un peu jaune de la piemère. Les méninges rachidiennes, examinées avec soin jusqu'au sommet du cône dural, et en écartant les nerfs de la queue de cheval, ne contiennent pas le plus petit caillot.

Le cerveau ne montre pas non plus de caillot à sa surface; l'arachnoïde présente, au niveau de la convexité, des plaques d'épaississement fibreux d'aspect nacré.

Les artères de la base sont très athéromateuses; le tronc basilaire est oblitéré sur une longueur de 2 centimètres par un caillot noir tout récent, non organisé; sur les coupes, il présente un épaississement considérable de l'endartère.

L'hémisphère droit, sur une coupe de Flechsig, montre un foyer hémorragique du volume d'une grosse noix, situé dans le bras postérieur de la capsule interne, ayant détruit la moitié postérieure et externe de la couche optique et la moitié postérieure du noyau lenticulaire. Ce foyer s'étend en dehors jusqu'à l'avant-mur, mais respecte entièrement l'écorce de l'insula. En arrière, il s'étend jusqu'au carrefour du ventricule latéral, dans lequel il s'ouvre largement; le caillot se prolonge dans la corne occipitale et dans la corne sphénoïdale de ce ventricule. Les deux ventricules latéraux et le ventricule moyen étaient d'ailleurs, au moment où on a pratiqué la coupe, remplis d'un liquide très hémorragique, ayant l'aspect de sang pur.

En pratiquant la série des coupes de Pitres, on constate que le foyer hémorragique s'étend en hauteur depuis la partie supérieure de la couche optique, où il affleure la portion frontale du ventricule latéral, jusqu'à la région sous-thalamique. Il envoie en dedans et en bas un petit prolongement qui passe au-dessus de l'extrémité antérieure du noyau rouge de la calotte, et s'ouvre dans la partie inférieure du troisième ventricule, au-dessous de la commissure postérieure. Le caillot se prolonge encore dans ce ventricule.

En résumé, le foyer hémorragique n'atteint nulle part la corticalité, dont il reste partout séparé par une lame assez épaisse de tissu cérébral intact. Mais il s'ouvre, en deux points, dans les ventricules : par un étroit orifice dans le ventricule moyen; par un orifice beaucoup plus large, dans le ventricule latéral.

On a pratiqué, chez ce malade, trois PONCTIONS LOMBAIRES : le 10 décembre au cinquième jour, le 13 décembre au huitième jour et le 17 décembre au douzième jour de la maladie.

1° *Le cinquième jour*, ponction lombaire dans le quatrième espace.

Position assise.

Ecoulement en jet continu.

Quantité : 15 centimètres cubes dans les trois tubes.

Coloration jaune orangé, uniforme dans les trois tubes.

Centrifugation : culot hématique peu volumineux et liquide jaune foncé. Pas de coagulum fibrineux.

Numération : globules rouges = 16000 dont 3633 sphériques et opaques. Les globules qui ont conservé l'aspect discoïde sont très pâles. Il y a peu de débris globulaires.

Eléments blancs = 42. Hémato-macrophages = 2.

Cytologie : les globules rouges sont volumineux et peu teintés ou petits et très colorés. Globules épineux.

Le pourcentage des éléments blancs est le suivant :

Lymphocytes	3,12
Polynucléaires neutrophiles	34,37
Grands éléments uninucléés	57,24
Mononucléaires moyens et petits	5,26

Spectroscopie : légère extinction de la partie droite du spectre.

Pigments biliaires : la réaction de Gmelin est très légère.

Urée = 0,61 par litre.

2° *Le huitième jour*, ponction lombaire dans le cinquième espace.

Position assise.

Ecoulement en gouttes rapides.

Quantité : 15 centimètres cubes.

Coloration jaune rosé, uniforme dans trois tubes. Pas de coagulum fibrineux.

Centrifugation : culot hématique moins volumineux qu'à la ponction précédente, et liquide jaune avec reflet rosâtre.

Numération : globules rouges = 5320 dont 3060 sphériques et opaques. La plupart des globules qui ont leur forme normale sont très pâles. Il y a quelques ombres de globules, peu de fragments globulaires. Eléments blancs = 98.

Hémato-macrophages = 8. Quelques-uns sont énormes et renferment un nombre considérable de globules rouges retenus dans le corps cellulaire par une mince bordure protoplasmique.

Cytologie : nombreux globules rouges épineux.

Globules géants peu teintés par l'éosine.

Globules nains fortement colorés. On voit des amas de globules rouges, des paquets de globules tassés autour de petits noyaux et rangés souvent en demi ou en quart de circonférence autour de ces noyaux : il s'agit très probablement des hématophages volumineux dont le contenu s'est effondré et disloqué sur la lame.

Le pourcentage des éléments blancs est le suivant :

Lymphocytes	2,14
Polynucléaires neutrophiles	64,45
Grands éléments uninucléés vacuolaires.	29,88
Mononucléaires moyens	3,51

Spectroscopie : léger effacement de la partie droite du spectre. Les deux raies de l'oxyhémoglobine existent très peu marquées.

Pigments biliaires : très légère réaction de Gmelin.

3° *Le douzième jour*, ponction lombaire dans le quatrième espace.

Position couchée.

Ecoulement en gouttes rapides.

Quantité : 18 centimètres cubes dans trois tubes.

Coloration rouge foncé dans le premier tube et rouge jaunâtre dans les deuxième et troisième tubes. Le malade n'a fait aucun mouvement et l'aiguille n'a subi aucun déplacement pendant tout l'écoulement du liquide.

Centrifugation : le premier et le troisième tubes sont portés dans le centrifugeur et on examine le résultat de la centrifugation à diverses reprises.

Le premier tube, rouge foncé, montre un culot rouge, surmonté d'un culot blanchâtre. Le dépôt blanchâtre augmente de plus en plus, avec la durée de la centrifugation, et devient, à la fin, beaucoup plus volumineux que le culot hématique sous-jacent. Au-dessus de cette masse bicolore, le liquide présente également une double coloration. Surmontant immédiatement le culot cellulaire, on voit une zone assez restreinte du liquide dont la coloration est beaucoup plus rouge que la partie supérieure, bien qu'elle soit vue sous une épaisseur moindre. Cette zone très colorée, diminue lentement de hauteur à mesure que se prolonge la centrifugation.

Le troisième tube, rouge jaunâtre, présente également un

culot bicolore, mais la partie blanchâtre est moins volumineuse que dans le tube précédent. Le liquide proprement dit, ne montre pas de variation de teinte.

Numération (dans le deuxième tube) : globules rouges =959, presque tous sphériques et opaques. On ne tient pas compte dans la numération d'une quantité considérable d'ombres globulaires. Eléments blancs = 20 : quelques-uns sont très volumineux et renferment d'innombrables petites granulations très réfringentes.

Cystologie : On examine séparément sur des lames les portions rouge et blanche du culot de centrifugation.

La masse blanchâtre, qui montre à l'état frais une quantité considérable de débris et d'ombres globulaires, se colore à peine par l'éosine.

Le dépôt rouge est constitué par des globules bien colorés par l'éosine et d'autres plus larges, moins fortement teintés, souvent à bords diffus.

Le pourcentage des éléments blancs est le suivant :

Lymphocytes	20,31
Polynucléaires neutrophiles	11,97
Grands éléments uninucléés	61,45
Mononucléaires moyens	6,25

Beaucoup de grands éléments uninucléés, très vacuolaires, renferment des corpuscules jaunes ou verts, ou bien des cristaux jaunâtres.

Spectroscopie : Dans le premier tube, raies d'oxyhémoglobine extrêmement larges et foncées avec extinction de la partie droite du spectre.

Dans le troisième tube, raies de l'oxyhémoglobine moins prononcées ; effacement moins marqué de la partie droite du spectre.

Réaction de Gmelin : Au contact de l'acide nitrique, il se fait un anneau noirâtre très épais qui empêche de voir toute autre coloration.

Cryoscopie : $\Delta = -0,64$.

Urée : 2g30 par litre.

Le liquide céphalo-rachidien porté dans l'étuve à 37 degrés, pendant douze heures, s'est conservé stérile. Les colorations sur lame, du culot cellulaire, n'ont pas montré de microbes.

En résumé, il s'agit d'une hémorragie cérébrale ayant débordé dans le liquide céphalo-rachidien et ayant entraîné un état comateux passager avec hémiplégie flasque, hyperthermie terminale. Malgré l'inondation ventriculaire et sous-arachnoïdienne, il n'existait pas de contractures.

L'autopsie a montré un foyer surtout parenchymateux, ouvert seulement dans les ventricules par des orifices étroits : néanmoins une quantité notable de globules rouges est parvenue jusque dans le sac spinal, sans déchirure ni broiement apparents des surfaces nerveuses superficielles. Remarquons aussi la thrombose du tronc basilaire : dans quelques autopsies d'hémorragies sous-arachnoïdiennes nous avons constaté des thromboses oblitérant les artères de la base et nous n'avons pu en déterminer la cause.

Le liquide céphalo-rachidien examiné pendant la vie est particulièrement intéressant : d'abord par son aspect laqué tout à fait exceptionnel, ensuite par les colorations très différentes qu'il a présentées au cours d'une même ponction, et qui tiennent, non à un nombre variable de globules rouges contenus dans le liquide des différents tubes, mais a une répartition inégale, dans la cavité spinale, de l'hémoglobine échappée des stromas globulaires.

La belle couleur rouge de l'hémoglobine dissoute se voit très rarement au cours de la résorption des épanchements sanguins sous-arachnoïdiens. Voilà plus de 50 cas d'hémorragies que nous avons ponctionnés pendant la vie, à plusieurs reprises, et c'est l'unique fois où nous avons trouvé un aspect fortement laqué, comparable à l'hématolyse réalisée *in vitro*, au moyen de l'eau par exemple. C'est que l'organisme développe et actionne, dans l'hématome, une fonction hématolysante dont le *modus faciendi* n'est pas comparable à la brusquerie de certaines substances qui désorganisent violemment le globule rouge.

Envisagée comme phénomène vital et préparée par l'organisme humain, l'hématolyse ne se résume pas en un vulgaire acte mécanique séparant brutalement l'hémoglobine du stroma globulaire. Dans les tissus vivants, les hématies sont attaquées successivement, par groupes, dont la dislocation est relativement lente. L'hémoglobine s'échappe graduellement hors de son enveloppe albuminoïde, et subit, à mesure qu'elle la quitte, des mutations pigmentaires. Or, on voit manquer assez souvent le parallélisme et la concordance entre l'acte qui sépare l'hémoglobine du stroma et celui qui transforme cette substance. Le liquide de l'hématome prend alors une teinte rosâtre ou brunâtre qui répond à « une avance marquée de la mise en liberté de l'hémoglobine du stroma globulaire sur son évolution pigmentaire » (1). L'observation de notre malade montre, à ce point de vue, deux phases différentes : dans la première, on constate, le cinquième et le huitième jour, la transformation de l'hémoglobine en xantochrome et en pigments biliaires; dans la deuxième, le douzième jour de la maladie, l'hémoglobine diffusée en quantité considérable est restée en grande partie absolument intacte.

Nous n'avons pas constaté cependant la présence d'une cause étrangère susceptible d'accélérer la dissolution de l'hémoglobine, en adultérant très activement les stromas albuminoïdes. Il ne se trouvait pas en particulier des germes microbiens qui peuvent perturber le balancement normal des actes hématolytiques. De même nous ne pouvons incriminer la quantité d'urée décelée à la dernière ponction (2g30 par litre); l'hématolyse peut évoluer normalement dans des liquides céphalo-rachidiens sanglants et aussi riches en urée. Enfin, les réactions cellulaires sont comparables aux cas ordinaires et n'expliquent pas la coloration hémoglobinique si intense constatée dans le liquide de notre malade. Il faudrait incriminer le nombre restreint des mononucléaires qui réalisent surtout l'hémoglobinolyse (Froin), ou prendre en considération la persistance anormale du nombre des hématies dans le sac spinal. En effet, tandis que la numération montrait 16000 hématies le cinquième jour, il en existait au douzième jour 959, plus une quantité considérable

(1) G. Froin. *Les hémorragies sous-arachnoïdiennes et le mécanisme de l'hématolyse en général*, Th. de Paris, 1904, p. 137.

d'achromatocytes. Dans les hématomes sous-arachnoïdiens aussi peu concentrés que celui-ci, la résorption des corps globulaires est ordinairement plus rapide. Et comme l'hémato-macrophagie ne semble pas avoir failli à sa tâche, nous croyons que l'hématome spinal s'est renouvelé constamment avec des globules rouges détachés et descendus de l'hématome cérébral. De fait, l'autopsie n'a montré ni imbibition hémorragique des méninges spinales, ni présence de caillots fibrineux dans la région sacro-lombaire.

Le globule rouge qui se déplace ainsi dans des zones si éloignées du sac arachnoïdo-pie-mérien peut passer dans des segments qui l'impressionnent d'une façon différente et dévient la destruction hématique ou la déforment. Le liquide céphalo-rachidien peut présenter, dans son ensemble, des points d'activité hématolytique variables. La ponction lombaire nous le démontre en décelant une différence de coloration considérable entre le premier tube d'une part, le deuxième et le troisième d'autre part; ceux-ci renfermaient une quantité d'hémoglobine dissoute infiniment moindre que celui-là. De plus, si l'hémoglobine n'est pas teintée uniformément par la matière colorante, cela démontre que, sur la hauteur de la moelle et de la queue de cheval, le liquide céphalo-réchidien ne subit pas un ébranlement suffisant pour qu'il se fasse un mélange incessant de la masse liquide. Si des constatations physiologiques ont montré que les oscillations de ce liquide entre le crâne et le rachis sont indiscutables, il y a peut-être lieu d'opposer cette agitation dans les parties supérieures du sac dure-mérien à l'immobilité du liquide dans la région sacro-lombaire. Chez un autre apoplectique, deux ponctions, faites à trois jours d'intervalle, nous ont également montré le premier tube beaucoup plns jaune que les deux suivants. Ainsi, les mouvements du liquide dans le crâne facilitent la mobilisation des globules rouges pour leur descente dans la cavité spinale, où ils peuvent venir stagner et colorer inégalement, par leur hémoglobine, transformée ou non, le liquide céphalo-rachidien.

Dans l'observation rapportée, la grande quantité d'hémoglobine dissoute correspond à une abondance rare d'achromatocytes et d'ombres globulaires, décelables par l'examen à l'état frais et surtout par la centrifugation. Cette dernière, en même temps, a permis de voir que les stromas incolores sont notablement moins lourds que les globules normaux et se séparent plus lentement de la masse liquide. Ils se superposent sous forme de masse blanche au dépôt hématique rouge.

Ce qui est plus inattendu c'est de voir encore cette différence de composition se trahir non seulement sur l'ensemble des éléments hémoglobinifères, mais encore sur la masse liquide proprement dite. Sous l'influence de la centrifugation, des particules hémoglobiniques plus denses se sont tassées vers le culot organisé, figurant un anneau plus coloré que le liquide sous-jacent.

L'hématie qui se désagrège in vivo, peut donc montrer des altérations très variées, et se présenter sous des aspects divers, dévoilés par la mise en œuvre d'une simple action de pesanteur. On peut voir :

1° Des corps globulaires, colorés et lourds, projetés tout de suite au fond des tubes par la force centrifuge;

2° Des corps globulaires décolorés, plus longs à se centrifuger. Pendant longtemps, il se fait une lente augmentation de cette masse de simples stromas;

3° Des particules hémoglobiniques demeurent au-dessus des stromas incolores et s'y condensent;

4° De l'hémoglobine à l'état de dissolution parfaite, teinte indéfiniment d'un jaune uniforme, la plus grande partie du liquide.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1905)

Traitement de quelques dermatoses par le radium. — — M. DANLOS, ayant employé le radium dans une série de manifestations cutanées, apporte à la Société le résultat de ses expériences. Nous donnons ici la conclusion de son long et intéressant travail :

« Jusqu'à présent, dit M. Danlos, le radium n'a vraiment réussi que dans trois affections : le lupus tuberculeux, l'épithélioma perlé, le nævus vasculaire. De plus, il n'est vraiment d'une utilité incontestable que dans les formes limitées de ces maladies. Pour les formes étendues des lésions qu'il guérit le mieux, il est, en réalité, inférieur aux rayons X, lesquels sont plus faciles à produire en grande quantité sur de larges surfaces. Il ne conserve provisoirement de supériorité que pour certaines cavités (larynx, fosses nasales), difficilement accessibles à ces rayons. On peut donc dire d'un mot que si l'avenir est peut-être au radium, le présent est à coup sûr aux rayons X.

Les nouvelles méthodes de ce traitement, dit M. Jacquet, la radiothérapie, la photothérapie, sont d'excellentes méthodes et donnent souvent des résultats merveilleux, mais il ne faut pas pour cela faire trop fi des anciennes méthodes, qui, elles aussi, ont à leur actif de beaux résultats. La scarification doit être rappelée à ce point de vue et M. Jacquet signale une observation de lupus où cette méthode a donné des résultats extrêmement durables.

Nouveau cas de neurofibromatose avec autopsie. — MM. Raoul LEROY et LAIGNEL-LAVASTINE présentent les nerfs périphériques, brachial cutané interne, médian, cubital, radial, sciatique, poplité externe, d'une femme de vingt-quatre ans atteinte de neurofibromatose généralisée. Cette neuromatose était caractérisée par une pigmentation brune en aires sous forme de placards et de macules et par de petites tumeurs cutanées du volume d'un pois et d'une coloration rosée.

Les nerfs, disséqués jusqu'à leurs filets terminaux, sont chargés de tumeurs ovoïdes qui forment des renflements de distance en distance. Quand on examine en détail chacun des nerfs, on remarque que les tumeurs sont d'autant plus apparentes qu'on regarde des filets nerveux de calibre plus petit. Ces tumeurs claires, blanchâtres, paraissant faire corps avec le tronc nerveux dont elles partagent la gaine fibreuse, sont distantes les unes des autres de 2 à 5 centimètres selon les

régions et mesurent chacune de 4 à 8 millimètres de long sur 2 à 4 millimètres de diamètre transversal. Il n'a pas été constaté d'autres tumeurs sur les centres nerveux et les viscères.

Les effets immédiats de la décapsulation du rein dans les néphrites. — MM. Henri Claude et Pierre Duval ont pratiqué, chez deux malades atteints de néphrites chroniques scléreuses compliquées d'accidents urémiques, la décapsulation d'un des reins et étudié les effets de cette opération au point de vue clinique comme au point de vue de la fonction rénale. Le premier malade, âgé de cinquante-quatre ans, artério-scléreux, avait 1 gramme d'albumine dans les urines; on relevait chez lui des symptômes d'insuffisance rénale, céphalée, dyspnée, torpeur cérébrale, un bruit de galop, une pression artérielle de 30 centimètres cubes, enfin une amblyopie liée à une rétinite albuminurique. L'étude fonctionnelle du rein indiquait une perméabilité diminuée, mais encore satisfaisante. Après la décapsulation du rein droit, on nota une élévation considérable des éliminations, appréciées par la cryoscopie et par l'analyse chimique; l'urée notamment s'éleva jusqu'à 48 grammes par jour, puis peu à peu les éliminations revinrent à un taux normal par rapport au régime alimentaire. L'état général s'améliora considérablement, l'albumine tomba à des traces indosables, les phénomènes urémiques disparurent, la pression artérielle descendit à 22 centimètres cubes, enfin l'amblyopie parut diminuer, l'examen oculaire révéla la disparition d'hémorragies rétiniennes constatées avant l'opération. Le second malade, âgé de trente et un ans, présentait des accidents urémiques extrêmement graves (anurie, dyspnée, vomissements) survenus au cours d'une néphrite saturnine, de date ancienne. On nota, pendant les jours qui précédèrent l'opération, des signes d'affaiblissement cardiaque, indice d'une péricardite qui ne se révéla d'une façon certaine que le lendemain de l'opération. Malgré cette complication, le malade supporta bien l'intervention, les éliminations augmentèrent peu à peu, les accidents urémiques s'atténuèrent, mais le quatrième jour survinrent subitement les signes d'une congestion œdémateuse du poumon, qui détermina la mort en quelques heures. Des observations que les auteurs ont faites dans ces deux cas il résulte que la décapsulation d'un seul rein suffit à déterminer une augmentation notable des éliminations dans certaines formes de néphrites et qu'elle provoque un abaissement de la pression artérielle. L'activité fonctionnelle du rein est donc accrue avec un moindre travail du cœur.

La décapsulation paraît particulièrement indiquée chez les sujets atteints de néphrites chroniques scléreuses, et dont les reins jusque-là perméables sont frappés d'insuffisance sous l'influence de poussées congestives et œdémateuses. La décortication, en libérant les parties restées saines de ces organes et facilitant la circulation, peut assurer à nouveau le fonctionnement du rein.

Cette communication de MM. Claude et Duval donne lieu à une intéressante discussion à laquelle prennent part MM. Léon Bernard, Dufour, Ménétrier.

M. Bernard pense qu'il faut insister sur le caractère essentiellement passager des améliorations constatées à la suite de ces opérations; il croit que le bénéfice transitoire de l'opération tient à la régénération très rapide de la capsule: cette régénération très rapide est facile à observer expérimentalement; et cliniquement elle est vraisemblable, ainsi qu'en témoigne peut-être l'observation de M. Claude dans laquelle l'amélioration et l'élévation du taux des excreta urinaires n'a pas duré plus de quinze jours. Il faut donc être très réservé sur les résultats de cette méthode opératoire, et n'y songer que dans des cas très limités : dans les néphrites hématuriques par exemple.

M. Dufour rappelle le cas d'un malade atteint de néphrite hématurique opéré par M. Le Dentu et qui succomba huit jours après l'intervention; l'opération n'avait d'ailleurs porté que sur une partie du rein.

M. Claude répond aux objections précédentes en disant qu'il n'est pas légitime d'assimiler les résultats expérimentaux aux faits cliniques et il rappelle à ce sujet que les capsules de néoformation observées chez l'homme sont plus denses, conjonctives plutôt que fibreuses, et richement vascularisées: il se fonde pour établir l'utilité de l'intervention chirurgicale dans certains cas sur les nombreuses statistiques publiées par Edebolz qui ne semblent laisser aucun doute sur la possibilité de guérison définitive.

M. Ménétrier fait remarquer que le premier malade de M. Claude a succombé au bout de quatre mois à une hémorragie cérébrale et qu'il est bien difficile de ne pas voir dans cet accident un effet de sa néphrite ou plutôt de son hypertension devenue exagérée.

Réflexe œsophago-salivaire envisagé comme symptôme du cancer de l'estomac. — M. Antony (du Val-de-Grâce) fait à ce propos une communication dont voici le résumé :

Il s'agit de trois malades atteints de cancer de l'œsophage qui ont pu être suivis jusqu'à la mort et qui ont présenté, dans les dernières semaines de leur existence, comme symptôme très accusé, une salivation abondante incessante, dont les malades se plaignaient vivement en raison du crachotement continuel qu'elle provoquait : ce symptôme paraît avoir passé inaperçu chez les cancéreux. Il vient à l'appui de cette hypothèse proposée par M. Roger qui a vu que l'irritation de la muqueuse de l'œsophage déterminait par action réflexe une abondante salivation, et il s'est demandé si les lésions inflammatoires de ce conduit n'occasionneraient pas le même effet. La communication de M. Antony a pour but d'attirer l'attention des cliniciens sur ce point de séméiologie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1905)

Sur la nature de la matière colorante du sérum et des épanchements séreux humains. — MM. Gilbert, Hersbher et Posternack rappellent que, récemment, M. Zoja (de Parme) a repris l'étude de la matière colorante du sérum et des épanchements séreux humains (ascite, pleurésie, etc.) et, se fondant sur deux réactions qu'il consédère comme caractéristiques, l'une de la bilirubine, l'autre de la lutéine, a cru pouvoir affirmer que cette matière n'est pas la bilirubine mais bien la lutéine.

Les conclusions de M. Zoja seraient pleinement acceptables si leurs prémisses étaient exactes, c'est-à-dire si la réaction qu'il considère comme propre à la lutéine lui appartenait réellement. Mais, à la vérité, les deux réactions de M. Zoja indiquent également la présence de la bilirubine : l'une se produit quand on traite des *solutions concentrées*, l'autre (celle que M. Zoja attribue à la lutéine) apparaît dans des *solutions faibles*. Il s'ensuit donc que les recherches de M. Zoja, loin d'infirmer les conclusions de MM. Gilbert, Herscher et Posternak, les vérifient pleinement.

Influence de la splénectomie sur l'inoculation intra-péritonéale de bacilles tuberculeux en cultures homogènes. — M. Fernand Arloing. Dans les cas ordinaires, les bacilles tuberculeux de S. Arloing, poussant dans le bouillon en cultures homogènes, inoculés dans le péritoine du lapin, permettent une survie de deux à trois mois, avec conservation passable de l'état général. A l'autopsie on trouve des tubercules épiploïques petits et rares, sans autres lésions organiques. Si on pratique la splénectomie, on voit qu'elle favorise chez le lapin et le cobaye l'envahissement bacillaire après inoculation intra-péritonéale. La preuve en est que chez les animaux splénectomisés les lésions épiploïques sont plus accentuées que chez les témoins, parfois l'inoculation va jusqu'à produire des tubercules pulmonaires.

Cependant la splénectomie, dans l'infection par le péritoine, exerce une action favorisante moins marquée que dans l'infection intraveineuse par les mêmes bacilles ainsi que l'auteur l'a précédemment démontré.

Quelques critiques de la méthode de Bezold pour la sélection des sourds-muets éducables par l'oreille. — Par cette méthode, dit M. Gellé, on se sert de tons simples exclusivement, pour savoir si les sons perçus (diapason) par le sourd-muet rentrent dans la série établie par Helmholtz des tons de la voix (de la_3 à la_4).

Or, on tend naturellement à admettre que les *vocables* ne sont ni uniques ni fixes; d'aucuns les déclarent multiples; d'autres innombrables. C'est là une base de valeur discutable pour la méthode.

De plus, les sons vocaux sont des timbres, c'est-à-dire des sensations dues à des excitations auditives diverses, inégales, multiples, bien différentes des sons simples. Ceux-ci, d'ailleurs, sont à peine sonores, tandis que l'audition des timbres (hautbois, accordéon, flageolet) est très supérieure. Il est d'autre part reconnu actuellement que les centres de la musique et du langage sont distincts; par une excitation tonale on ne peut juger de la sensibilité pour le langage articulé.

Procédé simple de dosage du sucre et des substances réductrices dans l'urine. — M. Linossier introduit dans un petit ballon 20 centimètres cubes de liqueur de Fehling, 20 centimètres cubes d'une solution du ferrocyanure de potassium à 1,1 p. 100 et 40 centimètres cubes d'eau. On porte le mélange à l'ébullition, et, sans interrompre celle-ci, on y laisse couler peu à peu, au moyen d'une burette graduée, une solution de glycose renfermant par litre 5 grammes de glycose pur, et 10 centimètres cubes d'acide chlorhydrique fumant. Le liquide bleu se décolore peu à peu sans se troubler. L'apparition brusque d'une teinte vert foncé marque la fin de la réaction. Cette première opération sert à fixer la quantité de solution sucrée nécessaire pour réduire les 20 centimètres cubes de liqueur de Fehling; elle est faite une fois pour toutes.

Pour doser le sucre dans une urine sucrée, on ajoute au mélange de liqueur de Fehling, de ferrocyanure et d'eau préparé et porté à l'ébullition comme ci-dessus, un volume d'urine suffisant pour le décolorer complètement (de 1 à 5 centimètres cubes selon la richesse présumée en sucre) et on termine *immédiatement* la réduction avec la solution titrée de glycose versée au moyen de la burette graduée jusqu'à apparition de la coloration verte.

N étant le nombre de centimètres cubes de liqueur titrée nécessaires pour réduire les 20 centimètres cubes de liqueur de Fehling, et N' le nombre nécessaire pour opérer la même réduction après addition de n centimètres cubes d'urine, la quantité de sucre par litre d'urine sera fournie par la formule

$$Q = \frac{5\,(N - N')}{n}.$$

La présence de l'albumine ne gêne pas l'opération.

Diagnostic expérimental de la variole. — Pour M. Salmon, le cornée du lapin, sensible à la variole, ne réagit pas à l'infection varicellique. L'inoculation à la cornée, en cas de diagnostic difficile, permet donc d'obtenir rapidement une solution. L'apparition d'une vésicule visible à la vingt-quatrième heure, facile à reconnaître à l'éclairage oblique, permet de conclure à l'infection variolique. Si la cornée ne réagit pas, c'est qu'il s'agit de varicelle.

Inoculation de la varicelle aux singes. — M. Louis Martin, partant de la ressemblance qui existe entre la variole et la varicelle, a essayé d'inoculer la varicelle aux singes et n'a obtenu aucun résultat. Il n'y a pas eu de lésions locales au point d'inoculation, pas de symptômes généraux.

Le singe a été choisi parce que, chez cet animal, les lésions de la variole sont constantes et typiques.

Les expériences ne sont point assez nombreuses pour permettre de conclure qu'il en est toujours ainsi, quelle que soit l'espèce des singes.

Elles seront continuées, car si le fait se confirme, ce sera d'abord une preuve de plus en faveur de la différence des deux maladies; en outre, dans les cas difficiles à diagnostiquer cliniquement, nous aurons un moyen qui, avec celui que M. Salmon vient de nous indiquer, permettra d'obtenir expérimentalement un diagnostic plus précis.

ANALYSES

MÉDECINE

De l'alimentation par le lait cru chez l'enfant à l'état de santé et à l'état de maladie. (E. Desjeux. Th. de Paris, 1904.) — « Il y a quelques années, on crut avoir trouvé avec les procédés de stérilisation du lait, un mode d'allaitement artificiel donnant toute sécurité dans les cas où il était impossible à la femme de nourrir elle-même son enfant. Le lait stérilisé a rendu et rendra encore des services bien précieux. Nous croyons seulement que parfois ses indications peuvent être discutées et que dans bon nombre de cas il doit être remplacé par le lait vivant. »

Tel est le début de l'intéressante thèse du docteur Desjeux, qui est, comme on le voit, tout à fait d'actualité.

Le lait n'est pas un liquide inerte, mais vivant et complexe, contenant des éléments très fragiles, sécrétant des substances capables d'en favoriser la digestion, ce sont les ferments solubles. C'est ainsi que le lait d'ânesse, le mieux toléré par l'enfant après celui de la femme, contient le même ferment que lui et les ferments sont facilement altérés par la chaleur.

Les laits de femme et d'ânesse se différencient assez nettement des laits de vache et de chèvre. Comme ces derniers, ils contiennent la trypsine, la pepsine, la lipase, l'oxydase et le ferment glycolytique; mais ils renferment en plus l'amylase et le ferment dédoublant le salol qui paraissent avoir un rôle prépondérant.

D'autre part on sait que chez le nouveau-né et le nourrisson où l'organisme est en voie de formation active et rapide les

ferments de la digestion, de la nutrition et ceux qui jouent un rôle microbicide et antitoxique sont généralement très peu actifs. Or le lait vivant renferme les ferments stimulateurs et régulateurs de la nutrition que les tissus du nourrisson sont incapables à eux seuls d'élaborer suffisamment. On voit donc le mal causé par le surchauffage du lait qui détruit les ferments. L'organisme doit alors assurer à lui seul tout le travail de la digestion : certains enfants très vigoureux peuvent le fournir; chez d'autres le développement sera insuffisant; et chez d'autres enfins, débiles ou nés avant terme, l'élaboration des ferments est si faible, qu'elle ne pourra remplacer ceux qu'un lait vivant lui aurait fournis; ils deviennent atrophiques, plus souvent athrepsiques et ulcéreux.

Quels sont les différents laits employés? Le lait d'ânesse que les nouveau-nés s'assimilent le mieux grâce à sa faible teneur en caséine. Il est malheureusement d'un prix assez élevé. De plus en raison de sa faible teneur en matières grasses, il devient vite trop peu nourrissant et doit donc être réservé aux enfants qui n'ont pas dépassé le premier mois et aux nourrissons malades. On n'oubliera pas aussi que ce lait s'altère rapidement et doit être consommé sur place, après la traite.

Le lait de chèvre, dont la composition varie beaucoup suivant la race à laquelle on s'adresse, est plus facile à se procurer. Par la sélection des races et une nourriture appropriée on peut obtenir un lait de chèvre assez voisin du lait de femme. La résistance toute spéciale de la chèvre au bacille de Koch n'est pas un des moindres avantages de cette alimentation.

Le lait de vache, en raison de la facilité très grande avec laquelle on peut se le procurer et grâce à son prix de revient peu élevé, est incontestablement le plus employé aujourd'hui. Le succès de son lait dans l'allaitement artificiel tient à trois conditions principales : 1° la tuberculinisation fréquente; 2° l'alimentation rationnelle pouvant se résumer en ces deux qualificatifs : sèche et riche; 3° une asepsie rigoureuse.

Comment conserver le lait ainsi obtenu? Les précautions d'asepsie prises pour la traite sont assurément très efficaces. On sait qu'elles peuvent assurer au lait une conservation de dix-huit à vingt-quatre heures de plus que les laits recueillis à la façon ordinaire. Cependant même recueilli dans ces conditions la fermentation lactique peut avoir lieu assez rapidement. On s'est donc efforcé d'empêcher l'altération du lait sans en modifier sa composition.

L'aldéhyde formique à 40 p. 100, dans la proportion de 1 p. 4000 a donné de bons résultats, permettant une conservation de huit jours.

L'addition au lait de 1 à 2 p. 100 d'eau oxygénée à 12 volumes permet une conservation de huit à dix heures.

Le procédé le meilleur consiste dans la réfrigération pure et simple : filtration puis conservation du lait dans la place aussitôt après la traite.

Le mode d'allaitement par le lait cru est le même que par le lait cuit. Les intervalles entre chaque prise seront aussi les mêmes, mais avec cette remarque très importante que les doses seront inférieures d'un tiers environ à celles du lait bouilli ou stérilisé.

M. Desjeux joint à sa thèse un certain nombre d'observations personnelles et empruntées à divers auteurs montrant les bons effets obtenus par l'alimentation au lait cru chez les enfants sains; puis des observations d'enfants atteints d'entérite, soignés et guéris par l'administration de lait cru substitué au lait stérilisé ou bouilli.

MARCEL DELESTRE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 20 AU 25 FÉVRIER 1905)

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 20 février, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Reclus, Legueu et Cunéo.

3e (1re partie, oral), *Salle Béclard* : MM. Kirmisson, Sébileau et Potocki; — M. Desgrez, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Tuffier, Gosset et Pierre Duval; — (2e partie, 1re série) : MM. Brissaud, Roger et Legry; — (2e série) : MM. Déjerine, Teissier et Labbé (Marcel); — M. Balthazard, suppléant.

Mardi 21 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Berger, Thiéry et Morestin.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Guiart et Richaud.

3e (1re partie, oral), *Salle Pasteur* (1re série) : MM. Le Dentu, Launois et Demelin; — *Salle Corvisart* (2e série) : MM. Poirier, Hartmann et Brindeau; — M. Auvray, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. de Lapersonne, Schwartz et Marion; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Gouget et Carnot; — M. Faure, suppléant.

Mercredi 22 février, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Sébileau et Pierre Duval.

2e, *Salle Richet* : MM. Gautier, Gley et Branca.

3e (1re partie, oral), *Salle Pasteur* (1re série) : MM. Terrier, Retterer et Wallich; — *Salle Charcot* (2e série) : MM. Reclus, Potocki et Cunéo; — (2e partie) *Salle Dubois* : MM. Blanchard, Gaucher et Teissier; — M. Claude, suppléant.

Jeudi 23 février, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Faure et Auvray.

3e (1re partie, oral) : MM. Budin, Schwartz et Launois.

4e, *Salle Béclard* : MM. Gilbert, Dupré et Guiart; — M. Langlois, suppléant.

Vendredi 24 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Tuffier, Cunéo et Proust.

2e, *Salle Richet* : MM. Gariel, Ch. Richet et Retterer.

4e, *Salle Charcot* : MM. Pouchet, Gaucher et Desgrez; — M. Broca (André), suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Delens et Legueu; — (2e série) : MM. Reclus, Broca (Aug.) et Gosset; — M. Mauclaire, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Macaigne, suppléant.

Samedi 25 février, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Thiéry et Marion.

3e (2e partie, oral), *Salle Béclard* : MM. Gilbert, Bezançon et Guiart; — M. Maillard, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Thiroloix et Méry; — (2e série) : MM. Troisier, Vaquez et Renon; — M. Jeanselme, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Brindeau; — M. Carnot, suppléant.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Phlegmatia alba dolens à début ganglionnaire (avec 1 tracé), par MM. COURTOIS-SUFFIT et BEAUFUMÉ.
MÉDECINE PRATIQUE
Sur quelques incompatibilités.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences. — Académie de médecine.
ANALYSES
Médecine : De l'endocardite tuberculeuse simple; — Complications cardiaques dans la diphtérie; — *Chirurgie :* Un cas de suture du cœur avec guérison; — *Obstétrique :* Un cas de « mined abortion »; — *Anatomie pathologique :* Hernie appendiculaire; — *Physiologie pathologique :* Les modifications de fréquence du pouls consécutives aux changements de position du corps.
LIVRES NOUVEAUX
FORMULAIRE
NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)
Signes physiques du rétrécissement mitral pur.
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de médecine.* — Admissibilité. Liste des candidats inscrits :

MM. 1. Nattan-Larrier, de Grandmaison, Lortat-Jacob, Crouzon, Rist, Lacapère, Laignel-Lavastine, Milian, Sée, Babonneix,

11. Comte, Garnier, Gastou, Lenglet, Pissavy, Kahn, Roux, Decloux, Merklen, Rosenthal,

21. Bensaude, Gandy, Weil, Voisin, Lévi, L. Le Sourd, Nobécourt, Ramond, Terrien, Jousset,

31. Ribierre, Tissier, Londe, Michel, Bigart, Lereboullet, Hallé, Leven, Castaigne, Clerc,

41. Hauser, Gallois, Lœper, Ferrand, Pagniez, Guillain, Delamare, Camus, Ravaut, Armand-Delille,

51. Paris, Courcoux, Léri, Coyon, Deguy, Balthazard, Géraudel, Laubry, Sainton, Schaefer,

61. Thiercelin, Herscher, Lejonne, Hulot, Cavasse, Guillemot, Simon, Ghika, Poulain, Tollemer,

71. Boix.

— *Concours de l'Internat.* — PATHOLOGIE. — Séance du 13 février 1905 : MM. Flurin, 14; Néel, 13; Burnier, 12; Lévy-Franckel, 11; Guérin, 10; Mascarouhas, 9; Grenier et Privat, 8; Chauveau (Paul), 5; Debertrand, 3.

ANATOMIE. — Séance du 13 février 1905 : MM. Faix et Bourdier, 12; Mock, Parturier, Gy et Carraven, 11; Sloog, 10; Bour, Deverre et Olivier, 9; Blocq, 5; Lecaplain, 4; Halma-Grand, 1.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le docteur Paul Segond est nommé professeur d'opérations et appareils.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — M. le docteur Rauzier, agrégé des Facultés de médecine, chargé d'un cours clinique des maladies des vieillards à la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé professeur adjoint à ladite Faculté.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Des récompenses honorifiques ont été décernées à MM. les docteurs dont les noms suivent pour les soins ou les médicaments qu'ils donnent gratuitement, soit aux militaires de la gendarmerie et à leurs familles :

Lettre d'éloges officiels (délivrée après dix années au moins de soins gratuits). — MM. les docteurs Joullié (de Bessèges), Pommier (de Saintes-Maries), Delarbre (de Vernoux), Taulane (de Luc), Cannac (de Quins), Mauzac (de Florensac), Vieu (d'Olargues), Villebrun (de Servian), Arribat (de Salvetat), Sourbès (de Mézin), Pendarie (de Montcuq), Ferrier (de Saint-Médard-en-Jalles), Vialolle (de Carbon-Blanc), Beaumont (de Geaune), Guttierez (de Biarritz), Durand (de Maubourguet), Capuron (de Rivoli), Schieffer (de Tlemcen), Bertin de (Guyotville), Bossion (de Saint-Arnaud), Lasne (d'Aix-en-Othe), Leclerc (de Paynes), Gaudinau (de Romilly-sur-Seine), Pertat (de Joinville), Vouillemin (de Bourmont), Remy (de Dombasle-sur-Meurthe), Pignolet de Fresne (de Saint-André).

Médailles de bronze (conférées après quinze années au moins de soins gratuits). — MM. les docteurs Monphons (de Neuilly-sur-Seine), Sallefranque (de Saint-Maur-les-Fossés), Stieffel (de Joinville-le-Pont), Amirail (de Courbevoie), Ambrosini (de Poissy), Debrigode (de Saint-Leu), Heem (de Cassel), Dumont (de Marquion), Delplanque (de Montreuil-sur-Mer), Gayet (de Doullens), Couty (de Vic-sur-Aisne), Montel (d'Elbeuf), Caron (du Havre), Ménard (de Longueville), Brée (de Trévières), Agut (de la Barre-en-Ouche), Mézange (de Lassay), Breteau (de Bouloire), Simon (de Jouy-le-Châtel), Coillot (de Cendray), Nicolin (de Pesmes), Durand (de Fraize), Borne (de Saint-Hippolyte), Mathieu (d'Hauteville), Ducroux (de Gueugnon), Maguin (de Château-la-Vallière). *(A suivre.)*

— M. le docteur Boulaygue (d'Alger) est nommé chevalier du Mérite agricole.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX (M. le professeur F. RAYMOND). — *Cours complémentaire et pratique* (2ᵉ *série*) *de neuropathologie*, sous la direction du docteur Henri Claude, agrégé, avec le concours et la collaboration de MM. Guillain, chef de clinique de la Faculté; Dupuy-Dutemps, chef du service ophtalmologique; Infroit, chef du laboratoire de radiothérapie; Alquier, chef des travaux d'anatomie pathologique; Huet, chef du service d'électrothérapie; Gellé, chef du service otologique.

Le deuxième cours commencera le 20 février 1905 et comprendra 35 leçons. Il aura lieu tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, à cinq heures de l'après-midi à la Salpêtrière, salle d'examen de la Clinique. Les leçons auront un caractère essentiellement pratique; la symptomatologie et le diagnostic seront particulièrement développés et exposés avec présentation de malades. Les pièces anatomiques et les préparations histologiques du laboratoire seront mises à la disposition des auditeurs pour les études anatomo-pathologiques.

Programme du cours. — 1. Séméiologie générale du système nerveux. Manière d'examiner un malade. — 2. Hémiplégie. Hémorragie et ramollissement cérébral. — 3. Tumeurs cérébrales. — 4. Aphasies. — 5. Encéphalopathies infantiles (maladie de Little, hémiplégie infantile). — 6. Méningites, hémorragies méningées, ponction lombaire. — 7. Syndrome cérébelleux. Maladie de Friedreich. — 8. Syndromes bulbo-protubérantiels. Paralysies bulbaires. — 9. Myélites aiguës. — 10. Paralysie infantile. — 11. Sclérose en plaques. — 12. Sclérose latérale amyotrophique. — 13. Syringomyélie. — 14-15. Tabes. Scléroses combinées. — 16. Compressions de la moelle. Syndromes de Brown-Sequard et de la queue de cheval. — 17. Tuberculose des centres nerveux. — 18 et 19. Syphilis des centres nerveux. — 20. Paralysie générale. — 21. Atrophie musculaire progressive. Atrophies musculaires en général. — 22. Myopathies. — 23. Polynévrites. — 24. Paralysies des plexus. Névralgies (faciale, sciatique, etc.). — 25. Epilepsies. — 26. Hystérie. — 27. Neurasthénie. — 28. Psychoses. — 29. Maladie de Parkinson. Chorée. Tics. Tremblements. — 30. Examen électrique. — 31 et 32. Electrothérapie. — 33. Examen des oreilles. — 34. Examen des yeux. — 35. Radiographie. Radiothérapie.

Les dates exactes de chaque leçon seront fixées ultérieurement. Des certificats d'assiduité pourront être délivrés à la fin du cours aux personnes qui en réclameront. Trois séries de leçons du même genre sont faites tous les ans : la première en novembre et décembre; la seconde en février et mars; la troisième en mai et juin.

Le droit à verser est fixé à 50 francs.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser le matin, à la Clinique, au docteur Guillain ou au docteur Alquier.

Seront admis les docteurs et étudiants français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet nº 3), les mardis, jeudis, samedis, de midi à trois heures.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Rambaud (de Brignais), Chambard (des Messageries maritimes), et de M. Joseph Blanc, étudiant à Lyon.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives générales de médecine. — (Nº 6, 7 fév. 1905.) ROVERE : Sur la présence de précipitines dans le sang des sujets atteints d'accidents consécutifs à des injections de sérum antidiphtérique. — (Nº 7, 13 fév.) SABARTHEZ : Traitement de la fièvre typhoïde par le pyramidon.

Bulletin médical. — (Nº 11, 8 fév. 1905.) E. TERRIEN : Diagnostic et traitement de l'intolérance gastrique primitive des jeunes enfants. — (Nº 12, 11 fév.) Léon BERNARD : Les affections tuberculeuses du rein (*fin*).

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (Nº 6, 5 fév. 1905.) SCHLESINGER : Indications des interventions chirurgicales dans l'abcès du cerveau, dans l'anasarque. — (Nº 7, 12 fév.) CASSAET et LEFÈVRE : De la possibilité de la ponction postérieure dans les épanchements du péricarde.

Journal de médecine de Bordeaux. — (Nº 6, 5 fév. 1905.) W. DUBREUILH : Pathogénie du prurit. — TISSIÉ : Éducation physique rationnelle en Belgique. — (Nº 7, 12 fév.) MONGOUR : Sur un cas de cirrhose de Laennec.

Journal des sciences médicales de Lille. — (Nº 5, 4 fév. 1905.) DESPLATS : Sur les injections gazeuses contre la douleur.

Lyon médical. — (Nº 6, 5 fév. 1905.) MONISSET et VALLAS : Péritonite enkystée de l'arrière-cavité des épiploons avec compression du cholédoque. — LANNOIS et FEUILLADE : Mutisme datant de seize mois chez un dégénéré migrateur, guérison par suggestion. — (Nº 7, 12 fév.) Jules COURMONT : La lutte sociale contre la tuberculose. — RAFIN : Séparation endovésicale et cathétérisme uretéral.

Marseille médical. — (Nº 3, 1ᵉʳ fév. 1905.) L. IMBERT : Le devoir chirurgical. — PIERI : Plaie du foie par arme à feu. — ROCHE : Traitement des granulations de la conjonctive par les solutions fortes de sublimé.

Médecine moderne. — (Nº 5, 1ᵉʳ fév. 1905.) Madeleine PELLETIER : La parole intérieure chez les psychasthéniques et les persécutés. — (Nº 6, 8 fév.) ROSIERS : Les symphysalgies de l'entérocolite.

Nord médical. — (Nº 248, 1ᵉʳ fév. 1905.) VANVERTS : Torsion des kystes du parovaire. — HUYGHE : La dysarthrie linguale intermittente.

Pédiatrie pratique. — (Nº 3, 1ᵉʳ fév. 1905.) LAMBRET : Arthropathies hémophiliques. — DEVALMONT : Sur quelques incompatibilités.

Presse médicale. — (Nº 11, 8 fév. 1905.) JAYLE et BERRUYER : Les nouveaux appareils à chloroformisation. — AUBERTIN et BABONNEIX : Paraplégies diphtériques frustes. — (Nº 12, 11 fév.) A. MANDOUL : Épidémiologie de la méningite cérébro-spinale. — Marcel LABBÉ et Henri LABBÉ : Les matériaux de l'urine.

Revue médicale de l'Est. — (Nº 3, 1ᵉʳ fév. 1905.) Alexandre PARIS : Le passage à l'acte dans l'obsession impulsive au suicide et, en général, dans toute obsession impulsive. — P. PARISOT : Des faux témoignages des vieillards. — M. PERRIN : Considérations sur certains effets de l'opothérapie hépatique chez les cirrhotiques (*suite*).

Semaine médicale. — (Nº 6, 8 fév. 1905.) CHARRIN : Les interventions chirurgicales en face des nouvelles données de la physiologie et de la pathologie générale. — BABES : La néphrite hypogénétique.

PHLEGMATIA ALBA DOLENS

A DÉBUT GANGLIONNAIRE

Par MM. le docteur COURTOIS-SUFFIT,
Médecin de l'hôpital Dubois,
et BEAUFUMÉ,
Interne des hôpitaux.

Les phlébites suppurées se compliquent souvent d'adénites simples ou d'adéno-phlegmons et la fréquence de ces complications est facile à comprendre. La phlegmatia alba dolens, au contraire, ne comprend pas dans sa symptomatologie classique les engorgements ganglionnaires. Pourtant, dans certains cas, et dans le cours même d'une phlegmatia ordinaire, localisée aux membres inférieurs, quelques auteurs, Girardot, de Brun, Renaut, Sabrazès et Mongour, ont relaté la possibilité d'une infection du système lymphatique se traduisant principalement par l'existence de tuméfactions ganglionnaires, soit au niveau du creux poplité, soit surtout au niveau de la région inguinale. Mais cette infection lymphatique est d'habitude légère, n'arrive jamais jusqu'à la suppuration et se traduit cliniquement par des adénites dont le volume de chacune ne dépasse pas celui d'une noisette. D'autre part, perdues dans le complexus symptomatique général, elles n'attirent que peu ou pas l'attention et sont, en somme, un signe très rare et de fort peu d'importance de la période d'état de l'affection.

Tout autre est le fait que nous allons rapporter ci-dessous. La malade dont il s'agit était soignée pour une fièvre typhoïde normale, d'intensité moyenne, et la convalescence allait commencer quand survint une phlegmatia alba dolens localisée au membre inférieur droit. Cette phlegmatia, dont le tableau général fut classique, débuta d'une façon tout à fait anormale par une adénite volumineuse sus-inguinale, iliaque, qui fut pendant trois jours, un léger mouvement fébrile mis à part, le seul symptôme clinique de l'infection; cette adénite fut facilement diagnostiquée, mais sa véritable signification ne fut reconnue qu'après l'apparition des signes de la phlébite. Voici d'ailleurs l'observation :

La nommée P... (Marthe), âgée de vingt-huit ans, sans profession, entre le 5 décembre 1904 à l'hôpital Dubois, dans le service des contagieux, avec le diagnostic de fièvre typhoïde.

Son père est mort de pneumonie à l'âge de cinquante-quatre ans; sa mère, qui a cinquante-deux ans, est en bonne santé.

Fille unique, elle eut la rougeole dans l'enfance. A vingt et un ans, elle fut opérée à l'hôpital Cochin par M. Potherat d'une salpingo-ovarite droite suppurée. Les suites de cette opération furent des plus simples et la guérison fut parfaite.

Depuis cette époque, Marthe P... a toujours joui d'une excellente santé, jusqu'au moment où se sont manifestés les premiers symptômes de l'affection qui l'oblige à entrer à l'hôpital. Du 14 au 20 novembre 1904 elle ressentit quelques malaises mal définis, avec céphalalgie frontale intermittente, surtout le soir, et inappétence. Ces troubles s'accentuant et étant accompagnés d'un mouvement fébrile assez prononcé, la malade s'alita le 20 novembre. Elle eut pendant une semaine environ les signes classiques de la dothiénentérie : céphalalgie, épistaxis, insomnie, vertiges, fièvre; puis apparurent des selles diarrhéiques jaunes en même temps que les phénomènes précédents disparaissaient, sauf la fièvre.

A son entrée à l'hôpital Dubois, la malade présente le tableau complet de la dothiénentérie classique, avec taches rosées lenticulaires, grosse rate, diarrhée, pouls dicrote, fièvre. Le séro-diagnostic pratiqué le lendemain est positif à 1/40.

Sous l'influence du traitement, bains froids, lavements froids, boissons abondantes, soins hygiéniques, etc., la dothiénentérie s'améliora rapidement et la fièvre descendit progressivement, sans aucune particularité intéressante à signaler.

Bref, tout annonçait une rapide guérison quand, le 22 décembre, la température commença à remonter de quelques dixièmes de degré; et cette élévation, qu'on espérait passagère le lendemain matin, s'accentua le soir du 23 et les jours suivants, comme le montre le tracé ci-contre. Une rechute semblait probable.

Le 24, à la visite du matin, la malade se plaint d'une douleur spontanée très localisée au niveau de l'aine droite : la palpation révèle à ce niveau la présence d'une petite masse arrondie, mobile, du volume d'une noisette, douloureuse.

Le 25, la douleur s'est accentuée notablement; une palpation assez profonde met en évidence une masse arrondie, du volume d'une noix, très douloureuse, mobile profondément et au-dessous des plans superficiels; son siège est exactement et immédiatement au-dessus du pli inguinal droit et en dedans des vaisseaux fémoraux. Un examen rapide fait éliminer vite une collection suppurée d'origine appendiculaire, ainsi que la possibilité de matières fécales durcies du cæcum. Le toucher vaginal négatif et les commémoratifs d'ablation ancienne des annexes du côté droit font rejeter la présence d'une collection suppurée d'origine salpingo-ovarienne. Cette tuméfaction est donc évidemment et sûrement constituée par une adénite développée aux dépens d'un des ganglions iliaques externes. Une recherche des plus minutieuses ne permet pas de découvrir le point d'où est partie l'infection.

Le 26, la situation reste identique; l'adénite persiste avec les mêmes caractères que la veille.

Le 27, au moment de la visite, rien de nouveau; vers midi, la malade accuse une douleur sourde, non plus localisée, mais plus étendue, au pli inguinal droit et descendant vers la partie supéro-interne de la cuisse jusqu'à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen. L'attention est aussitôt attirée vers la possibilité d'une phlébite profonde, fémorale.

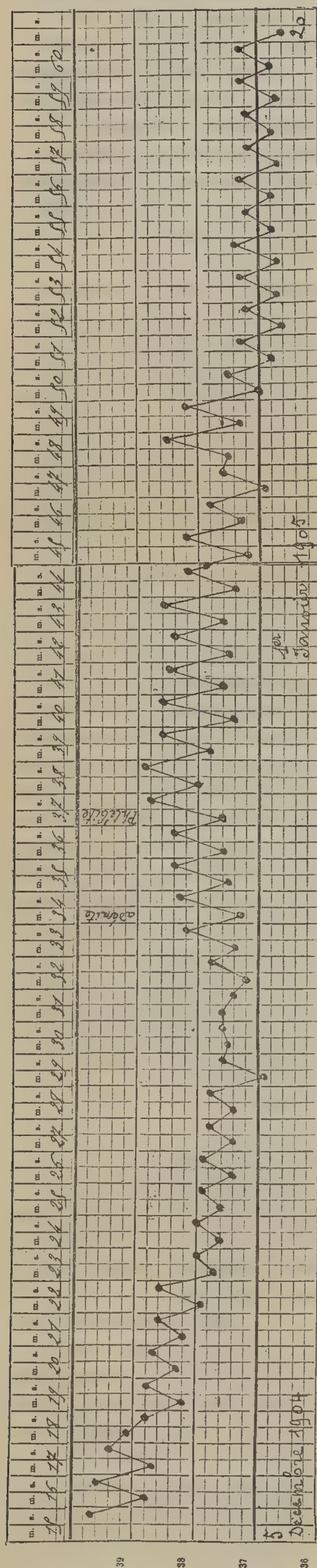
Le 28, douleur toujours vive au niveau de l'adénite sus-inguinale; de plus, douleur aiguë le long des vaisseaux fémoraux dans les deux tiers supérieurs de la cuisse droite et au niveau du mollet droit; engourdissement du membre. Le soir, à la contre-visite, tuméfaction légère de la cuisse. Immobilisation dans une gouttière ouatée.

Le 29, douleurs moins vives; œdème blanc, dur, ne permettant pas la formation du godet, peau plus chaude que du côté gauche, impotence : bref, phlegmatia alba dolens classique.

Les jours suivants, les douleurs diminuent progressivement pour disparaître bientôt; l'œdème persiste.

Le 5 janvier, l'adénite sus-inguinale est à peine douloureuse et un peu moins volumineuse.

Le 14 janvier, l'adénite a totalement disparu; l'œdème du membre inférieur droit est stationnaire.



Le 27 janvier, la jambe droite est peu tuméfiée, la cuisse reste volumineuse, en forme de gigot; pas de cordon veineux appréciable; pas d'hydarthrose du genou; température de tout le membre un peu plus basse que celle du membre gauche; engourdissement et impotence fonctionnelle. État général excellent; bon appétit.

Le 4 février, enlèvement de la gouttière; immobilisation et compression ouatée simple.

Le 9 février, on commence les massages quotidiens.

Le 14 février, la malade quitte l'hôpital Dubois sur sa demande dans un excellent état, en promettant d'observer scrupuleusement les conseils qu'on lui donne pour l'achèvement de sa guérison.

En somme, tout l'intérêt de l'observation que nous venons de rapporter réside dans le début anormal d'une phlegmatia alba dolens typhoïde, régulière par ailleurs. L'adénite fut, dans le cas présent, l'indice évident d'une infection profonde veineuse, infection qui retentit d'abord et fortement sur le système lymphatico-ganglionnaire, avant que l'oblitération veineuse ne fût établie. Pourquoi? Nous l'ignorons. Le fait clinique n'en reste pas moins : aussi, à l'avenir, dans le cours ou le décours des maladies infectieuses, en présence d'une adénite à porte d'entrée introuvable, faudra-t-il penser à la possibilité d'une forme anormale de phlegmatia alba dolens à début ganglionnaire.

MÉDECINE PRATIQUE

SUR QUELQUES INCOMPATIBILITÉS

M. Devalmont vient de signaler, dans la *Revue médicale de Normandie* (1905, n° 1), un certain nombre d'incompatibilités intéressantes.

Mis en présence d'un *sel d'alcaloïde* (chlorhydrate de strychnine), par exemple, l'*arséniate de soude* se comporte comme s'il était dissocié en arséniate monosodique et en soude libre. Cette soude s'empare alors de l'acide du sel alcaloïde, et la base est précipitée. En pratique, il ne faudra donc jamais associer l'arséniate de soude avec des sels d'alcaloïde.

Le *chlorhydrate de cocaïne* ne doit jamais être ajouté à l'*eau chloroformée saturée*, parce que, dans un semblable mélange, le chloroforme se trouve précipité au fond du flacon en gouttelettes extrêmement fines. Pour éviter cet inconvénient, il suffit soit d'employer de l'eau chloroformée non saturée, soit d'ajouter au mélange 1 p. 100 d'acide citrique ou 50 p. 100 d'alcool.

Le mélange de *chlorate de potasse* et d'*alun* dégage du chlore libre.

L'addition d'*iodure de potassium* à l'*onguent mercuriel* donne lieu à la formation d'iodures mercureux et mercurique qui exercent souvent sur la peau une action irritante.

En présence de la glycérine, le *borate de soude* agit sur le *bicarbonate de soude* et il se produit un dégagement d'acide carbonique. Le biborate de soude est décomposé par la glycérine, l'érythrite, la mannite, la dextrose, la levulose, la galactose. Le même corps, mis en présence du *chloral*, le dédouble en chloroforme et formiate. L'addition de glycérine empêche ce dédoublement et permet l'usage d'une préparation fréquemment prescrite.

En solution, l'addition de *borate de soude* au *chlorhydrate de cocaïne* donne lieu à un précipité grumeleux rendant impossible, même après une forte agitation, l'égale répartition de la matière active dans le liquide. Pour obtenir une solution limpide, il suffit d'ajouter peu à peu, et en agitant, une certaine quantité de glycérine.

En raison de ses propriétés oxydantes, la *gomme arabique* peut altérer profondément les substances auxquelles on l'associe (Bourquelot). Cette oxydation est décelée soit par une coloration (résine de gaïac, naphtol, pyramidon), soit par un précipité : ésérine, adrénaline, morphine, vanilline (Lerat). Ce fait est intéressant, la vanilline étant souvent employée pour aromatiser des produits sucrés renfermant de la gomme. La gomme est donc incompatible avec le sirop de goudron, l'eau créosotée (gaïacol), l'extrait de fève de Calabar (ésérine), toutes les préparations opiacées liquides [laudanum, élixir parégorique, gouttes noires anglaises (morphine)], le suc de capsules surrénales (adrénaline), la teinture et les préparations liquides d'aloès, la teinture de gaïac.

Les propriétés oxydantes de la gomme sont dues à un ferment dont l'action disparaît à 80 degrés. On pourrait donc employer en solutions gommeuses toutes les substances précédentes, à condition que la solution ait été maintenue quelque temps à 100 degrés.

MM. Astruc et Robert ont signalé récemment une incompatibilité importante à propos du *sirop de Gibert*. Certains auteurs prescrivent :

Bi-iodure de mercure..........	1g20
Iodure de potassium	120 grammes.
Eau distillée..................	600 —
Sirop de quinquina............	1800 —

Or le biiodure de mercure ioduré est employé comme réactif général des alcaloïdes (réaction de Velon) et donne, avec le sirop de quinquina officinal (préparé avec le quinquina calisaya), une préparation blanc jaunâtre sale, dont la couleur est due à la précipitation des alcaloïdes du quinquina à l'état d'iodo-mercurates.

D'après MM. Astruc et Roberts, on pourrait éviter cette précipitation des alcaloïdes en ajoutant au sirop de quinquina 15 grammes d'alcool à 90 degrés ou 40 grammes de glycérine pour 100 grammes de sirop. Mais le sirop ainsi obtenu précipite lorsqu'on l'étend d'eau.

L'association, dans une même potion, de teintures d'*hydrastis canadensis* et d'*hamamelis virginica*, produit un trouble que l'on peut faire disparaître en ajoutant soit une quantité de glycérine à 30 degrés égale au poids des deux teintures, soit une goutte d'acide chlorhydrique par 15 grammes de teinture, soit l'acide citrique (Bendel), préconisé depuis longtemps par Fr. Gay pour empêcher la précipitation du mélange de teinture de kola et de teinture de coca.

Afin d'opérer rapidement, il faut ajouter au mélange des teintures quelques gouttes de la solution concentrée suivante :

Acide citrique..........................	} *āā*
Alcool à 90 degrés......................	

L'acide citrique aide encore à solubiliser les divers mélanges suivants :

a. Teinture d'hydrastis canadensis, — d'hamamelis virginica, — de viburnum prunifolium ;

b. Teinture de rhubarbe, — de colombo ;

c. Teinture de gentiane, — de noix vomique, — de colombo, — de quinquina ;

d. Teinture de kola, — de coca :

e. Teinture de badiane, — de gentiane ;

f. Teinture de rhubarbe, — de quinquina ;

g. Teinture de noix vomique, — de Baumé ;

h. Teinture de badiane, — d'ipéca, — de noix vomique, — de Boldo ;

i. Teinture de grindelia robusta, — de drosera, — d'ipéca.

Toutes ces teintures donnent en effet par leur mélange des précipités abondants contenant des principes actifs.

L'*antipyrine* forme un précipité toxique, de couleur verte, avec les *substances qui contiennent de l'acide azotique* (nitrate d'amyle, nitrite d'éthyle); elle précipite par le *phénol* et le *tannin*; avec le *salicylate de soude*, elle donne une masse pâteuse, semi-liquide : il ne faut donc pas prescrire ce mélange en cachets, mais en potions ; avec le *chloral*, elle donne un liquide huileux; même résultat avec le *salol*, le *naphtol* β et la *résorcine*.

L'antipyrine n'est pas la seule substance qui présente de nombreuses incompatibilités. Donnent en effet des produits liquides ou des masses pâteuses :

L'*acétanilide* associée avec : chloral, menthol, thymol, résorcine. — *Naphtol* β avec : antipyrine, camphre, menthol, phénol, uréthane. — *Camphre* avec : naphtol β, chloral, exalgine, menthol, phénol, pyrogallol, résorcine, salol, thymol, uréthane. — *Bromure de camphre* avec : chloral, phénol, salol, thymol. — *Chloral* avec : acétanilide, camphre, bromure de camphre, exalgine, menthol, méthacétine, phénacétine, phénol, salol, thymol, uréthane. — *Exalgine* avec : chloral, naphtol β, menthol, phénol, pyrogallol, résorcine, acide salicylique, salol, thymol. — *Menthol* avec : naphtol β, chloral, phénol, pyrogallol, résorcine, salol, thymol, uréthane. — *Salicylate de soude* avec : antipyrine, phénol. — *Phénacétine* avec : naphtol β, chloral, phénol. — *Phénol* avec : antipyrine, naphtol β, camphre, bromure de camphre, chloral, exalgine, menthol, methacétine, salicylate de soude, pyrogallol, résorcine, salol, thymol, uréthane. — *Pyrogallol* avec : antipyrine, camphre, exalgine, menthol, phénol. — *Résorcine* avec : acétanilide, bromure de camphre, exalgine, naphtol β, menthol, méthacétine, phénol, uréthane. — *Acide salicylique* avec : exalgine, menthol, uréthane. — *Salol* avec : antipyrine, camphre, bromure de camphre, chloral, exalgine, phénacétine, pyrogallol, thymol. — *Thymol* avec : acétanilide, antipyrine, camphre, chloral, exalgine, menthol, phénol, salol, uréthane. — *Uréthane* avec : antipyrine, naphtol β, camphre, chloral, exalgine, phénol, pyrogallol, résorcine, acide salicylique, salol, thymol.

Telles sont les principales incompatibilités publiées en ces derniers temps, et qu'il nous a paru intéressant de signaler.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 6 FÉVRIER 1905)

Myélites par toxines tuberculeuses. — M. E. CLÉMENT. L'observation clinique la plus rigoureuse a demontré que, chez les tuberculeux, il y avait des névrites périphériques indépendantes de toute lésion de la moelle et des racines, et produites par les toxines tuberculeuses.

H. Clément a recueilli un certain nombre de faits cliniques qui tendent à démontrer qu'il y a également des *myélites toxiques tuberculeuses*, indépendantes de toute production néoplasique dans la moelle et ses enveloppes.

Dans la plupart des cas observés, les troubles nerveux sont ceux du *tabes incipiens*.

Les manifestations nerveuses masquent tout d'abord les symptômes pulmonaires. Le malade attire l'attention du médecin surtout sur les manifestations nerveuses (douleurs fulgurantes) et parle à peine des troubles respiratoires. Le malade constate les *douleurs fulgurantes*, la perte des *réflexes papillaires*, le *signe de Romberg* et celui d'*Argyll-Robertson*, et il porte le diagnostic d'ataxie locomotrice au début, alors qu'en réalité il s'agit d'une tuberculose initiale avec symptômes tabétiques.

L'auteur dénomme ainsi ces faits : *Forme larvée, initiale de la tuberculose pulmonaire à type tabétique*.

Dans les cas observés par lui, la marche du tabes s'est arrêtée à la première période comme si les toxines tuberculeuses étaient impuissantes à produire l'évolution complète de la sclérose des cordons postérieurs. De même, la tuberculose paraît évoluer lentement.

Les données actuelles de la pathologie générale attribuent à des infections diverses le rôle principal dans le développement des myélites. D'autre part, l'existence des névrites périphériques par toxines tuberculeuses est admise par tout le monde. L'auteur se croit donc autorisé à dire que les myélites survenues au début d'une tuberculose pulmonaire sont également d'origine toxique.

Les proportions des gaz du sang artériel pendant le cours de l'anesthésie chloroformique restent invariables tant que la ventilation pulmonaire reste à peu près normale. — M. J. Tissot tire d'une série d'expériences les conclusions suivantes :

1° Les proportions des gaz du sang artériel restent sensiblent invariables et normales pendant l'état d'anesthésie par le chloroforme tant qu'il ne se produit pas de modifications très importantes de la ventilation pulmonaire;

2° Une diminution importante de la ventilation pulmonaire au cours de la chloroformisation provoque une diminution de la proportion d'oxygène dans le sang artériel;

3° Les conclusions de plusieurs auteurs relatives à une diminution importante de la proportion d'oxygène du sang artériel résultent le plus souvent de l'inexactitude du point de comparaison initial;

4° Les doses faibles de chloroforme déterminent chez l'animal une augmentation considérable et persistante de la ventilation pulmonaire et provoquent indirectement, de ce fait, la fixation d'une proportion d'oxygène très élevée et au-dessus de la normale dans le sang artériel.

Sur le mécanisme de l'accommodation. — MM. H. Bertin-Sans et J. Gagnière. Il y a actuellement deux théories pour expliquer le mécanisme de l'accommodation : la théorie d'Helmholtz qui attribue ces changements de courbure au relâchement de la zonule de Zinn et à l'élasticité de la cristalloïde, élasticité qui tendrait à donner au cristallin une forme sphérique; la théorie de Tscherning qui explique au contraire les déformations du cristallin accommodé par une traction exercée par la zonule de Zinn sur la cristalloïde antérieure.

D'après la première de ces théories, la déformation du cristallin serait en quelque sorte active; elle serait passive dans la seconde.

Des expériences sur le lapin ont montré à MM. Bertin-Sans et Gagnière que la forme normale du cristallin est, chez cet animal, celle qui correspond au repos de l'accommodation; la déformation de la lentille oculaire pendant l'effort de l'accommodation doit par suite être passive comme l'admet la théorie de Tscherning et non active comme le voudrait celle d'Helmholtz.

On peut conclure par analogie qu'il doit en être de même chez l'homme.

Nouveau procédé de recherche de l'ammoniaque : application pour caractériser la pureté des eaux. — MM. Trillat et Turchet. La présence de l'ammoniaque étant considérée comme un indice de pollution, sa caractérisation a toujours fixé l'attention des hygiénistes.

En dehors de la méthode classique de Schlœsing, on utilise couramment comme procédé rapide la méthode de Nessler, qui consiste à former l'iodure de tétramercure-ammonium qui communique à l'eau une coloration jaune ou forme un précipité de la même couleur.

MM. Trillat et Turchet ont basé leur procédé sur l'expérience suivante :

Quand on ajoute à un liquide contenant de l'ammoniaque de l'iodure de potassium en solution en même temps qu'un hypochlorite alcalin (eau de javel par exemple), il se forme instantanément une coloration noire intense qui se résout en un précipité dont les propriétés ont pu être identifiées avec celles de l'iodure d'azote décrit par Gay-Lussac.

Ce procédé, qui permet d'évaluer des quantités d'ammoniaque minimes, peut s'appliquer non seulement à l'eau, mais encore à la salive humaine, à l'urine, au suc gastrique, au jus de viande même en solutions aqueuses très étendues.

Observations sur les bandes d'absorption du sang et de l'oxyhémoglobine. — MM. Piettre et Vila. Ces observations montrent qu'il existe, au point de vue spectral, une différence très importante entre le sang laqué et le sang qui a conservé son intégrité globulaire grâce à des solutions isotoniques.

En dehors de toute altération, on peut constater que les solutions d'oxyhémoglobine donnent une bande dans le rouge, dont la présence se manifeste quand la lumière traverse une longue colonne de substance active et que par conséquent elle rencontre un plus grand nombre de molécules.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 14 FÉVRIER 1905)

L'Institut vaccinogène à l'Académie. — Il y a quelques mois, M. Kelsch faisait un rapport très complet, très documenté, sur la question des Instituts vaccinaux, en France et à l'étranger. Ce rapport avait été demandé, à l'Académie, par le ministre. Comme tous les rapports, il se terminait par des conclusions. Contrairement à tous les usages académiques, ces conclusions n'ont pas été lues en séance publique, et, avant d'être soumises à l'Académie, elles ont été, paraît-il, adressées directement à l'autorité supérieure. M. Vallin, très justement, à notre avis, s'est ému de cette manière de faire et déjà, dans la dernière séance, il avait exprimé son étonnement que les conclusions du rapport de M. Kelsch ne fussent pas communiquées à l'Académie. Aujourd'hui, à propos du procès-verbal, il est revenu à la charge et a, de nouveau, demandé des explications au Bureau qui, par l'organe de M. le secrétaire perpétuel, a répondu que, comme il y avait des questions administratives et budgétaires soulevées par ces conclusions, elles ne pouvaient venir en discussion à l'Académie qu'après les modifications ou les retranchements que croirait devoir y apporter M. le ministre. Ces explications n'ont nullement satisfait M. Vallin et nous avons été fort surpris qu'il n'ait pas été soutenu par ses collègues dans sa protestation des plus légitimes. En effet comment expliquer pareille mesure? M. le ministre demande l'avis de l'Académie sur une question. L'Académie charge l'un de ses membres les plus distingués et les plus autorisés de faire un rapport. Ce rapport est fait et c'est M. le ministre qui en connaît seul d'abord les conclusions et qui les modifie à son gré avant d'avoir l'avis de l'Académie qu'il a demandé. En quoi cela l'eût-il gêné que l'Académie discutât préalablement ces conclusions? Cela ne pouvait, nous semble-t-il, que l'éclairer. C'est vraiment à n'y rien comprendre et les expressions de « mesure extraordinaire », de « conspiration du silence » employées par M. Vallin n'ont rien d'exagéré.

Nous faisions récemment à l'Académie le reproche de se désintéresser des questions scientifiques. En arriverait-elle donc à se désintéresser aussi de ses droits les plus certains et de ses prérogatives les mieux établies, c'est-à-dire de la libre discussion des questions qui lui sont soumises?

Fièvre jaune. — M. Chantemesse communique la deuxième partie de son travail sur la fièvre jaune et les moustiques; nous y reviendrons quand M. Chantemesse aura fait connaître la troisième partie de son travail.

Traumatisme et tuberculose. Influence du traumatisme et des mouvements sur l'évolution des ostéo-arthrites tuberculeuses. — M. Lannelongue, en son nom et au nom de M. Achard, fait une communication dont voici le résumé :

« Nous avons déjà publié un premier travail sur ce sujet au congrès de la tuberculose de Berlin 1899. Nous avons démontré expérimentalement *la loi de pathologie générale* d'après laquelle le traumatisme localisé sur le point où il se produit une infection généralisée ou localisée autre part n'était pas constant et que la tuberculose en particulier échappait à cette loi. En nous servant de produits tuberculeux humains *stérilisés* et de *cultures pures* de tuberculose qui n'avaient pas été employées par Max Schüller à l'état de pureté, nous n'avons jamais obtenu chez le cobaye de préférence, même chez le lapin, d'ostéo-arthrites tuberculeuses au niveau de grandes et de petites contusions articulaires, de fractures, de luxations, de décollements épiphysaires; et cependant tous les animaux, près de cent, sont morts tuberculeux. Et au contraire nous avons obtenu des arthrites suppurées, des arthrites et des ostéites tuberculeuses en nous servant comme M. Schüller de produits tuberculeux humains impurs, sang, crachats, fragments de poumon recueillis à l'autopsie.

Dans la clinique de l'homme la condition essentielle, pour que le bacille se localise dans un foyer traumatique, est l'infection sanguine, et elle fait défaut presque toujours. Le sang des tuberculeux n'est presque jamais virulent. Nous n'avons jamais vu, après avoir observé un grand nombre d'accidents traumatiques chez les tuberculeux phtisiques ou osseux, un foyer de tuberculose apparaître dans le foyer traumatique. Le trauma décèle seulement une tuberculose latente ou non reconnue. Cette conclusion est conforme à celle que les recherches plus récentes de Friedrich, Honsell, Petrow ont formulée et on voit son importance dans l'interprétation à donner à la loi sur les accidents à propos de la tuberculose.

Il ressort en second lieu de nombreuses expériences faites chez le lapin, que les animaux dont on a rendu les jointures tuberculeuses présentent une évolution beaucoup plus rapide et des accidents spéciaux, si l'on fait exécuter deux fois par jour seulement et dix minutes chaque fois des mouvements doux à l'articulation rendue tuberculeuse. Il apparaît au bout d'un mois, comme chez l'homme une *contracture* qui ne tarde pas à être permanente et qui fléchit de plus en plus le genou tuberculeux. Les témoins n'offrent rien de semblable.

De plus, l'examen anatomique des articulations chez les animaux soumis aux mouvements et sacrifiés le cent vingt-quatrième jour de l'expérience, a révélé des lésions très nettes du cartilage d'encroûtement, une dénudation des surfaces osseuses articulaires, tibiale et fémorale, des ulcérations des os et de l'ostéite tuberculeuse. Ces faits sont identiques à ceux de l'homme dont les jointures sont tuberculeuses.

Les traumatismes violents exécutés chez des animaux dans les mêmes conditions, mais non soumis aux mouvements communiqués, n'ont rien produit de pareil.

Ces résultats, non seulement imposent l'immobilisation des articulations tuberculeuses chez l'homme, mais ils en proclament les bienfaits en même temps qu'ils font voir le danger qu'il y a à laisser ces articulations libres de leurs mouvements et surtout à leur faire subir des mouvements en vue d'augmenter l'étendue du champ articulaire. »

Fièvre typhoïde. — M. Josias communique une observation de péritonite par propagation au début d'une fièvre typhoïde, qui a fait diagnostiquer, par erreur, une appendicite.

Le lait des vaches tuberculeuses. — Dans le lait qu'on livre au commerce, il y a, paraît-il, d'une façon à peu près constante, une proportion notable qui est fournie par des vaches tuberculeuses. Jusqu'à ce jour, on admettait qu'il n'y avait aucun danger à consommer de ce lait tant que la mamelle des laitières n'était pas malade. Il paraît qu'il n'en est pas ainsi. Le professeur Moussu (d'Alfort) rapporte qu'il a pu donner la tuberculose à des animaux d'expériences, en se servant de lait commercial fourni par des vaches tuberculeuses qui n'avaient pas la mamelle malade. Il expose les procédés qui lui ont permis d'arriver à cette démonstration, et précise les circonstances dans lesquelles un usage prolongé de ce lait pourrait avoir des inconvénients. Sous le rapport de l'hygiène publique il y aurait intérêt à faire disparaître ce danger, et le moyen serait simple parce qu'il s'agirait d'un moyen légal. Ce serait d'obliger les industriels qui font le commerce du lait, à n'utiliser pour leur exploitation que des vaches absolument saines et indemnes de tuberculose.

ANALYSES

MÉDECINE

De l'endocardite tuberculeuse simple. (L. Braillon. Th. de Paris, 1904, G. Steinheil, édit.) — De par sa structure anatomique, l'endocarde est une séreuse, mais une séreuse avasculaire. Les lésions bacillaires d'origine embolique n'y rencontrent donc pas les conditions nécessaires à leur développement, et les bacillémies qui se traduisent par le tableau anatomo-clinique de la granulie ne retentissent pas sur la séreuse intra-cardiaque (Empis).

Par contre, comme sur les autres séreuses, on pourra observer au niveau de l'endocarde des infections tuberculeuses en surface qui seront l'expression de septicémies atténuées dans leur virulence, soit primitivement, soit par suite des réactions défensives de l'organisme. On peut donc admettre un véritable antagonisme entre la granulie d'Empis, qui ne se complique pas de tuberculose endocardique, et l'endocardite tuberculeuse qui ne se complique pas, secondairement, de granulie.

Secondaire ou primitive, l'endocardite tuberculeuse évolue en deux phases : une première, virulente et septicémique, caractérisée par des phénomènes fébriles et par la présence de bacilles dans le sang et dans la pseudo-membrane fibrineuse de l'endocarde, une seconde, cicatricielle et cardiaque, liée à l'évolution des lésions locales de l'endocarde vers la guérison et la transformation scléreuse. Ainsi s'explique l'apparition, consécutivement à une endocardite, des signes des rétrécissements valvulaires, et, particulièrement, de rétrécissement mitral (Potain et Teissier).

L'endocardite tuberculeuse peut ou évoluer isolément, ou coexister avec diverses localisations de l'infection. Ces diverses localisations, surtout lorsqu'elles frappent les séreuses, sont remarquables par leur bénignité et leur relative curabilité.

Il est donc possible aujourd'hui, en mettant l'infection locale à la base des diverses lésions de l'endocarde réalisées par le processus tuberculeux, de comprendre toutes les modalités réactionnelles et évolutives de la séreuse vis-à-vis de l'infection par le bacille de Koch. On ne sera toutefois fixé sur le rôle de ce dernier que le jour où l'on pratiquera systématiquement l'examen bactériologique du sang, qui seul

permet de se rendre compte, pendant la période virulente de l'évolution de l'endocardite, de l'existence de la septicémie tuberculeuse et de la nature de la localisation cardiaque.

L. BABONNEIX.

Complications cardiaques dans la diphtérie. (*Boston med. and surg. Journ.*, 12 nov. 1904, p. 433.) — MM. White et Smith, dans une étude qui a porté sur 946 cas de diphtérie, ont envisagé d'une façon spéciale les complications cardiaques; 70 p. 100 de leurs malades étaient âgés de moins de dix ans; dans un dixième des cas la terminaison fut fatale. La moitié des décès reconnaissent pour cause la broncho-pneumonie, un quart seulement sont dus aux complications cardiaques. Le nombre des pulsations paraît avoir peu de valeur au point de vue du pronostic, excepté lorsqu'il dépasse 140. Dans les deux tiers des cas on constatait des souffles cardiaques et plusieurs observateurs compétents purent en contrôler la réalité. Ces souffles étaient systoliques et siégeaient habituellement à la pointe; ils apparaissaient d'une façon précoce et persistaient jusqu'à la convalescence. On n'a pu noter que très rarement un élargissement de la matité cardiaque bien caractérisé. Les quelques cas dans lesquels les complications cardiaques présentèrent une certaine importance sont classés par les auteurs en trois groupes principaux. Les plus fréquents sont ceux où il existait un bruit de galop, des vomissements, de la douleur épigastrique, et de la paralysie du voile du palais; la plupart de ces malades moururent au bout de deux ou trois semaines. Dans un deuxième groupe on notait de la tachycardie avec ou sans irrégularités; le rythme redevint normal d'une façon graduelle. Enfin, chez quelques sujets, on observa une diminution remarquable dans le nombre des pulsations, survenant vers la fin de la seconde semaine, s'accompagnant d'un affaiblissement des bruits cardiaques, avec prostration et terminaison fatale.

MM. White et Smith concluent de la façon suivante : Les souffles cardiaques et l'arythmie sont fréquents au cours de l'infection diphtérique; les complications cardiaques s'observent communément mais sont d'ordinaire peu graves. Le rythme cardiaque est sujet à des variations très fréquentes, d'où la nécessité de pratiquer des examens répétés. Les signes qui comportent un pronostic grave sont le bruit de galop, les vomissements, la douleur épigastrique. Le cœur doit être principalement surveillé pendant les deuxième et troisième semaines. Si l'on a soin de tenir les malades au lit, la syncope cardiaque est exceptionnelle et la véritable cause de la mort est la broncho-pneumonie. Dans les cas graves le sujet doit rester alité tant que l'état général n'est pas satisfaisant. La digitale n'a pas donné les résultats qu'on pensait pouvoir en attendre. Au contraire les auteurs ont eu souvent à se louer de l'emploi de la strychnine.

A. HOUSQUAINS.

CHIRURGIE

Un cas de suture du cœur avec guérison. (Stewart. *Amer. Journ. med. sc.*, Philadelphie, septembre 1904.) — Il s'agit d'un nègre de vingt ans qui avait reçu un coup de canif dans le troisième espace intercostal gauche à 2cm5 du bord sternal. La plaie était entourée d'emphysème sous-cutané et donnait du sang continuellement. Pouls très irrégulier, respiration très rapide. Sous anesthésie à l'éther, Stewart trace un large lambeau musculo-cutané à base externe et comme la plaie siégeait entre la troisième et la quatrième côte, il sectionne celle-ci, on trouve une plaie de la plèvre qui est remplie de sang et de caillots, le poumon rétracté. Le sang sort par une plaie péricardique de 8 millimètres de longueur. Le péricarde ouvert, on trouve une plaie longitudinale du ventricule gauche, longue de 16 millimètres, plus longue que les plaies de la peau, de la plèvre, du péricarde. Elle est suturée à la soie. On assèche le péricarde. Lavage de la plèvre. Drainage à la gaze des deux côtés. Le malade se rétablit rapidement.

A propos de ce cas, l'auteur réunit 60 cas de plaie du cœur opérés, avec 38 p. 100 de guérison. Ces cas comportent seulement 5 plaies par coup de feu. Dans 56 cas la plèvre avait été ouverte. Quant à la plaie extérieure, 39 fois elle siégeait à gauche entre la deuxième et la septième côte, entre le sternum et la ligne axillaire; 2 fois seulement elle siégeait à droite, 1 fois à l'épigastre, 1 fois au-dessous du bord costal gauche, 2 fois dans l'aisselle gauche; 30 fois la plaie cardiaque intéressait le ventricule gauche et 15 des malades guérirent; 22 fois c'était le ventricule droit avec 7 guérisons; enfin chaque oreillette fut frappée 1 fois et ces 2 cas furent mortels.

Les malades furent opérés en un temps variant de moins d'une heure à plus de vingt-quatre heures après l'accident et il faut noter que sur 3 cas opérés après vingt-quatre heures 2 guérirent.

Stewart discute les divers modes d'accès du cœur; il pense que dans la majorité des cas un lambeau à base sternale tracé du côté où siège la plaie cutanée suffit à découvrir la plaie cardiaque.

Pendant la suture il faut fixer le cœur soit avec les doigts, des pinces ou des fils. La soie, le catgut, le celluloïd ont été employés pour obturer la plaie cardiaque.

L'échec pour obtenir une plaie aseptique n'implique pas toujours un résultat fatal; certains cas infectés ont guéri.

L'article se termine par un tableau de tous ces cas publiés.

M. LANCE.

OBSTÉTRIQUE

Un cas de « mined abortion ». (Soc. anat.-clin. de Toulouse, 5 déc. 1904. *Languedoc méd.-chir.*, 25 janv. 1905.) — MM. Audebert et Lasaïgues rapportent l'observation d'un cas d'avortement différé ou « mined abortion » observé chez une quintipare de trente ans, sans antécédents personnels importants. La mort du fœtus était survenue dans le courant du quatrième mois et l'expulsion de l'œuf n'eut lieu que deux mois environ plus tard.

L. GAYARD.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Hernie appendiculaire. (Soc. anat.-clin. de Toulouse, 5 déc. 1904. *Languedoc méd.-chir.*, 25 janv. 1905.) — MM. Dambrin et Berny présentent un appendice cæcal trouvé dans le sac herniaire d'une hernie crurale droite, en l'absence de tout autre organe, intestin ou épiploon. Ces hernies appendiculaires pures sont très rares. D'autre part, l'appendice actuel n'était pas congestionné, mais il mesurait près de 12 centimètres et présentait intérieurement deux calculs probablement fécaloïdes qui, tôt ou tard, auraient pu déterminer des complications inflammatoires.

L. GAYARD.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Les modifications de fréquence du pouls consécutives aux changements de position du corps. (*XIXe Cong. de méd. int.*, Rome 24-27 oct. 1904.) — F. Scotti (de Naples) a étudié à ce point de vue 25 malades atteints d'affections diverses, 12 malades porteurs de lésions aortiques et 19 malades présentant des lésions mitrales. Il a rencontré la *formule physiolo-*

gique, c'est-à-dire un nombre de pulsations plus grand dans la position verticale que dans l'horizontale, chez tous les sujets atteints d'affections variées mais ayant un appareil cardio-vasculaire intact.

Chez six des douze aortiques, soit dans 50 p. 100 des cas, la formule physiologique était conservée, chez les six autres il y avait une grande variabilité dans la fréquence en ce sens que le même individu présentait la formule physiologique alors qu'à d'autres moments elle était renversée. D'une façon générale il fut impossible d'établir un rapport entre la façon de se comporter du pouls et les formes particulières d'altérations vasculaires, pas plus qu'avec leur gravité ou qu'avec la présence ou l'absence de phénomènes de compensation insuffisante.

Quant aux mitraux il faut distinguer ceux chez lesquels existent des troubles de compensation actuels ou dissipés depuis un temps plus ou moins long, et ceux chez qui, malgré la présence de lésions considérables parfois des valvules ou de l'orifice, la compensation n'a jamais été troublée. Chez les premiers la formule physiologique s'est toujours montrée renversée, chez les seconds au contraire elle demeure toujours normale.

D'après l'auteur, la formule physiologique est due à ce que dans la position horizontale le centre bulbaire du vague est plus fortement excité par un afflux de sang ou de liquide céphalo-rachidien; or chez les malades ayant présenté ou présentant des troubles de compensation, il existe des altérations anatomiques du myocarde ou simplement des troubles fonctionnels internes qui retentissent surtout sur les fibres modératrices du nerf vague, tandis que les fibres accélératries sont anatomiquement et fonctionnellement plus résistantes. De là découleraient les modifications de la formule physiologique de fréquence.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

LIVRES NOUVEAUX

Traité d'hygiène et de pathologie du nourrisson et des enfants du premier âge [t. II (1)], publié sous la direction du docteur H. de Rothschild.

Le deuxième volume du *Traité d'hygiène et de pathologie du nourrisson* commence par une étude des *maladies du nez, du larynx et des oreilles,* dans laquelle M. Bonnier expose les affections congénitales ou acquises de ces cavités et particulièrement les rétinites chroniques, l'ozène, la syphilis nasale héréditaire, les laryngites et le tubage du larynx. Dans le chapitre suivant, consacré aux *maladies des yeux,* le docteur Alphonse Péchin passe en revue toute une série d'affections fréquentes chez le nouveau-né : conjonctivite gonococcique, pneumococcique, diphtérique, paralysies oculaires, etc., et surtout les affections oculaires congénitales : angiome palpébral, ostéome conjonctival, kystes dermoïdes, ptosis, kératite, persistance de l'artère hyaloïdienne, cataracte zonulaire, coloboma, encéphalocèle, etc. A cet article fait suite une excellente monographie de M. Paul Gastou sur l'*hygiène et la pathologie cutanée du nourrisson.* MM. Roque, Audion, Brunier, Perret et Erhardt se sont partagé les *maladies de l'appareil respiratoire.* Signalons, parmi les principaux articles, les abcès rétro-pharyngiens, les broncho-pneumonies, la tuberculose pulmonaire. Les *maladies du cœur* sont divisées par M. Perret en maladies congénitales et maladies acquises : celles-ci sont brièvement décrites, celles-là sont l'objet d'une consciencieuse étude. MM. Kahn et Deschamps traitent enfin des *maladies du foie, de la rate et du péritoine.* Des indices biographiques exacts, placés à la fin de chaque chapitre, permettent au lecteur de recourir aux sources originales. Des planches artistiques et de nombreuses figures illustrent un texte soigné, mais parfois un peu dense.

L. BABONNEIX.

(1) Gr. in-8° jésus de 725 p. avec 122 fig. dans le texte et 22 pl. hors texte. Prix : 15 francs. — Paris, O. Doin.

FORMULAIRE

ADDITION DE CITRATE DE SOUDE AU LAIT POUR NOURRISSONS (POYNTON)

Le lait de vache se coagule dans l'estomac des nourrissons d'autant plus fortement qu'il renferme plus de sels de chaux; le citrate de soude retarde cette coagulation et provoque la formation de flocons plus légers et plus digestibles. Il est donc très indiqué dans les dyspepsies des enfants. La quantité est de 1 gramme de citrate de soude pour 1 litre et demi de lait.

Ce moyen est très employé en Angleterre et très peu en France. (*Apotheker Zeitung*, 1904, p. 808, et *Répert. de pharm.*, 10 fév. 1905, n° 2.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 20 AU 25 FÉVRIER 1905)

THÈSES

Mercredi 22 février 1905. — M. Ferreira. Le dédoublement du second bruit du cœur. (MM. Hayem, président; Lannelongue, Landouzy et Mauclaire.) — M. Violet. Traumatismes craniens dans leurs rapports avec l'aliénation mentale. (MM. Lannelongue, président; Hayem, Landouzy et Mauclaire.) — M. Delamarre. Contribution à l'étude des sarcomes des fosses nasales. (MM. Landouzy, président; Hayem, Lannelongue et Mauclaire.) — M. Cheve. Le tampon en obstétrique, étude historique. (MM. Pinard, président; Brissaud, Déjerine et Lepage.) — M. Hedouin. Des néphrites bilatérales consécutives au traumatisme d'un seul rein. (MM. Brissaud, président; Pinard, Déjerine et Lepage.) — M. Guérin. Contribution à l'étude clinique des vomissements avec acétonémie chez les enfants. Recherches sur les origines de ce syndrome. (MM. Déjerine, président; Pinard, Brissaud et Lepage.)

Jeudi 23 février 1905. — M. Mignot. Le péril vénérien et la prophylaxie des maladies vénériennes. (MM. Debove, président; Raymond, Pozzi et Jeanselme.) — M. Blumenfeld. Contribution à l'étude de l'orchite au cours de la fièvre typhoïde. (MM. Raymond, président; Debove, Pozzi et Jeanselme.) — M. Cousin. Tuberculose et mutualité. (MM. Pozzi, président; Debove, Raymond et Jeanselme.) — M. Landrin. De l'iboga et de l'ibogaïne. (MM. Pouchet, président; Hutinel, Vaquez et Richaud.) — M. Parmentier. Analyse spectrale des urines normales et pathologiques; sensito-calorimétrie. (MM. Pouchet, président; Hutinel, Vaquez et Richaud.) — M. Gaillard. Stérilisation sous pression en milieu anhydre. (MM. Hutinel, président; Pouchet, Vaquez et Richaud.)

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

SIGNES PHYSIQUES

DU

RÉTRÉCISSEMENT MITRAL PUR

L'**INSPECTION** ne révèle que peu de détails.

La **PERCUSSION** indique : α. l'*augmentation de volume du cœur droit* (augmentation de la matité transversale du cœur); β. pratiquée en arrière du thorax, au niveau des sixième, septième et huitième vertèbres dorsales, entre le bord spinal de l'omoplate et du rachis (Piorry, Germe, Potain), elle révèle de plus une zone de matité pouvant atteindre jusqu'à 12 centimètres de hauteur sur 7 centimètres de largeur (Machade). Cette zone de matité postérieure, qui correspond à la *dilatation de l'oreillette gauche* possède une haute valeur diagnostique ; elle peut cependant manquer dans quelques cas.

La **PALPATION** permet de percevoir : α. un *frémissement présystolique* pathognomonique. Ce frémissement peut être diastolique, c'est-à-dire commencer après le claquement des sigmoïdes, pour se continuer pendant toute la diastole et se renforcer à la présystole, mais, le plus souvent, il est présystolique, commençant à la fin de la diastole, et précédant immédiatement le choc systolique de la pointe. Composé de vibrations rudes et espacées, ce frottement, signe de palpation, est dû, comme le roulement, signe d'auscultation, au passage du sang à travers l'orifice mitral rétréci.

La constatation du frémissement présystolique est très importante parce que : 1. dans l'insuffisance aortique, le frémissement est rare et habituellement localisé à la base ; 2. en cas de lésion mitrale, il est parfois difficile de dire si le souffle est systolique ou présystolique. Si, avec ce souffle, coexiste un frottement présystolique, c'est qu'il s'agit de rétrécissement. Dans ces cas, « le diagnostic, douteux pour l'oreille, ne laisse plus à la main aucune incertitude » (Petit, *Traité Charcot-Bouchard*).

β. La *vibration mitrale* (Bard et Cassan) correspond au claquement de fermeture de la mitrale. Exactement systolique, par conséquent, elle persiste jusqu'aux dernières périodes de la maladie, alors que les souffles ont déjà disparu.

A l'**AUSCULTATION**, on perçoit un *rythme* spécial, que Duroziez a désigné par l'onomatopée *ffoû-ta-ta-roû*, où
foû désigne le souffle présystolique,
ta-ta, le dédoublement du second bruit,
roû, le roulement diastolique.

α. Le *roulement diastolique* (roû) commence peu après le claquement des sigmoïdes, se renforce pendant toute la diastole cardiaque (grand silence) et se termine en souffle présystolique. Son timbre, sourd et grave, l'a fait comparer à un roulement ou à un ronflement (Duroziez) : il est en effet produit par des vibrations rares et de grande amplitude. Il s'explique par le passage du sang à travers l'orifice mitral rétréci.

β. Le roulement diastolique se termine par un renforcement bref, à timbre grave, correspondant à la présystole (contraction de l'oreillette) et précédant immédiatement le premier bruit du cœur : c'est le *souffle présystolique*, exactement synchrone au frémissement, et reconnaissant la même pathogénie. Roulement et souffle se perçoivent à la pointe, ou un peu au-dessus et en dedans ; ils se propagent soit vers l'aisselle, soit vers l'épigastre.

Suivant la vitesse des révolutions cardiaques, roulement diastolique et souffle présystolique subissent d'importantes variations. Le cœur s'accélère-t-il, la diastole devient très courte, le roulement diastolique s'atténue, le souffle présystolique devient prédominant. Tend-il à se ralentir, la diastole s'allonge, le roulement diastolique repasse au premier plan, le souffle présystolique au second. Aussi a-t-on l'habitude de faire marcher les malades lorsque leur souffle présystolique n'est pas très apparent (v. Petit, *loc. cit.*). Enfin, lorsque la sténose est très serrée, le sang ne passe de l'oreillette dans le ventricule qu'au moment de la contraction auriculaire : il n'y a plus de roulement diastolique ; seul persiste le souffle présystolique.

A la place du roulement, on a quelquefois perçu un *souffle* attribué tantôt à une insuffisance aortique concomitante, tantôt à une insuffisance pulmonaire fonctionnelle et tantôt considéré comme un souffle extracardiaque.

γ. Au souffle présystolique fait suite le *premier bruit*, dont le timbre présente un éclat extraordinaire (Duroziez). Dû à la sclérose parcheminée des parois de l'orifice mitral, cet éclat du premier bruit peut permettre, à lui seul, de faire faire le diagnostic de rétrécissement mitral pur, alors qu'il n'existe ni roulement diastolique, ni souffle présystolique. Il se traduit, à la palpation, par une vibration spéciale (vibration mitrale) ; à l'auscultation, par un claquement caractéristique.

δ. Le *dédoublement du deuxième bruit* (ta-ta) peut s'observer à l'état physiologique ou pathologique. Physiologique, il est inconstant, et ne se produit qu'à la fin de l'inspiration ou au commencement de l'expiration (Potain). Pathologique, il caractérise le rétrécissement mitral : il est alors constant et se perçoit surtout à la base, au niveau du deuxième espace intercostal gauche, quelquefois à la pointe (G. Sée). Associé au premier bruit, il donne aux battements cardiaques un rythme particulier, comparé au bruit de rappel (Boillaud), au chant de la caille, au bruit du marteau qui retombe sur l'enclume, au dactyle (Peter). Tantôt, il coexiste avec les autres signes du rétrécissement mitral, tantôt il existe seul. Il s'explique par le claquement successif des signoïdes aortiques et pulmonaires et évolue en trois phases (Potain).

Dans une première (*précession aortique*), le claquement aortique précède le claquement pulmonaire, les sigmoïdes aortiques étant pour ainsi dire aspirées à l'intérieur du ventricule gauche, qui se dilate plus vite qu'il ne peut se remplir.

Dans une seconde, la tension commençant à s'élever dans l'artère pulmonaire, les sigmoïdes pulmonaires retombent plus vite que normalement et arrivent à se refermer aussitôt que les sigmoïdes aortiques : il y a alors *compensation*.

A la troisième, l'hypertension du sang dans l'artère pulmonaire est telle que les sigmoïdes pulmonaires se ferment beaucoup plus tôt que les aortiques : il y a *précession pulmonaire*.

ε. Le *claquement d'ouverture de la mitrale* (Duroziez, Sanson, Jaccoud, Potain, Huchard, etc.) consiste en un bruit de claquement perceptible à la pointe du cœur, bref, à timbre clair, suivant immédiatement le dédoublement du deuxième bruit : il indique l'induration et l'adhérence des valves de la mitrale (Potain) et n'existe qu'à la période moyenne de la maladie.

Le **POULS** est petit, moyennement serré, longtemps régulier. Quelques auteurs avaient cru constater un retard parfois notable du pouls radial sur le choc de la pointe. Ce retard n'est qu'apparent. Le pouls ne présente donc, dans le rétrécissement mitral pur, aucun signe pathognomonique.

A une période avancée, on peut constater du *faux pouls veineux*. Présystolique, précédant nettement le pouls artériel, ce faux pouls veineux indique la dilatation de l'oreillette gauche.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 20. — SAMEDI 18 FÉVRIER 1905. 78e ANNÉE. SAMEDI 18 FÉVRIER 1905. — N° 20.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Adénites cervicales chroniques, causes, signes, diagnostic et traitement (fin), par MM. Fernand Lévy et Pierre Clément.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de chirurgie.
NOTES DE THÉRAPEUTIQUE
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de médecine.* — Le jury est actuellement composé de la façon suivante :

MM. Dieulafoy, Galliard, Landouzy, Béclère, Thiroloix, Le Gendre, Brouardel, A. Robin, Lesage, qui ont accepté, et Darier, qui n'a pas encore fait connaître son acceptation.

— *Concours de l'Internat.* — Pathologie. — Séance du 15 février 1905 : M. Landry et Mlle Stévenin, 11 ; MM. Pinard et Cléret (François), 10 ; Raymond, 9 ; Héchemann et Garbon, 8 ; Blanc, 6 ; Henry (Robert), 5 ; Ramus, 3.

Séance du 16 février 1905 : MM. Porée, 11 ; Grandchamps, 10 ; Kahn, Rousselier, Mlle Birnberg, 8 ; MM. Saiget et Maymon, 7 ; Cottard (H.), 5 ; Loumaigne, 4 ; Monnet, 1.

Anatomie. — Séance du 15 février 1905 : MM. Lemeland, 15 ; Moulu, Giret, Tournay et Rendu, 12 ; du Castel, 11 ; Camacho et Chaumel, 10 ; Lamouroux, 8 ; Chamard-Bois, 7 ; Coqueret et Lagane, 6.

Séance du 17 février 1905 : MM. Moreau, 15 ; Burcker, 13 ; Langlais, 12 ; Bailly, 11 ; Hamel et Martin, 20 ; Fernet, Pérol et Collin, 9 ; Bruel et Weil, 8 ; Erhringer, 7 ; Bezançon, 5.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Limoges. — Un concours s'ouvrira le 6 novembre 1905 devant la Faculté de médecine de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école de médecine de Limoges.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

GUERRE. — MM. les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent sont désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Carrey, pour les hôpitaux de la division d'occupation de Tunisie ; — Schmerber, pour le 8e d'artillerie ; — Oberlé, pour le 6e bataillon d'artillerie à pied ; — Brun, pour les hôpitaux de la division de Tunisie ; — Thiébaut, pour le 153e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Grenier de Cardenal, pour le 133e d'infanterie ; — Blot, pour le 146e d'infanterie ; — Mercier, pour le 2e spahis ; — Gaubert, pour les hôpitaux de la division d'Oran ; — Pichon, pour le 22e dragons ; — Deleuze, pour le 27e chasseurs à pied.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Enjalbert, pour le 5e génie ; — Loygue, pour le 14e d'artillerie ; — Cellerier, pour le 111e d'infanterie ; — Dayman, pour le 134e d'infanterie.

MM. les pharmaciens-majors de deuxième classe Ehrmann, pour l'hôpital de Belfort ; — Charpin, pour les hôpitaux de la division d'Oran.

— Par décret du 9 février 1905, les quatre-vingt-seize élèves de l'école du service de santé militaire reçus docteurs en médecine, dont les noms suivent, ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe, pour prendre rang du 1er février 1905 et provisoirement dans l'ordre alphabétique ci-après. Ces aides-majors sont pourvus de l'emploi de médecin aide-major de deuxième classe élève à l'École d'application du service de santé militaire :

MM. Balme, Bargeton, Beaumont, Biros, Bloch, Boye, Cathala, Causeret, Cazeneuve, Cazottes, Charrier, Charton, Chatain, Chauliac, Chon, Clerc, Cordier, Coulon, Croidieu, Delahousse, Dellys, Dizac, Donius, Dorange, Drouhet, Ducos, Dufils, Duteil, Eybert, Fonsagrives, Fulcrand, Gary, Geay, Gottenkieny, Groc, Grondone, Guillois, Guionie, Hornus (G.-G.-A.), Hornus (P.-P.), Hugel, Jammes, Kœnig, Labougle, Laloy, Lannes-Dehore, Larroque, Lefèvre, Lemonon, Le Petit, Louis, Mahaut, Maillard, Malmonté, Mandoul, Martin (E.-M.-V.), Martin (E.-M.-P.-B.-J.), Moynet, Nicard, Ortal, Orticoni, Paitre, Perdrizet, Péridier, Pernin, Pérot, Perrier, Peutot, Pilliot, Pouchet, Querleux, Rayot, Regnault, Remy, Renaud (H.-P.-J.), Reynaud, Rigal, Rolin, Roubaud, Royer, Rudler, Sailly, Salètes, Sanson, Saupiquet, de Sauvéjunte, Simonin, Talpain, Thivol, Trèves, Troche, Turcan, Villard, Vuillemot, Yvert, Zemb.

MARINE. — M. le médecin de première classe Autric est

nommé pour cinq ans, après concours, à l'emploi de professeur de séméiologie chirurgicale à l'école annexe de médecine navale de Toulon.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Des récompenses honorifiques ont été décernées à MM. les docteurs dont les noms suivent pour les soins ou les médicaments qu'ils donnent gratuitement, soit aux militaires de la gendarmerie et à leurs familles :

Médailles de bronze (conférées après quinze années au moins de soins gratuits). — MM. les docteurs Tabaraud (de Fontevrault), Paterne (de Rueil-sons-Passavent), Delebecque (de Josselin), Thomas (de Nexon), Giraud (de Châtelus-Malvaleix), Bosselut (de Nontron), Barbat (de Charlieu), Lacroix (de Pont-du-Château), Gaudens (de Anse), Paillard (de Saint-Jean-de-Bournay), Villemus (de Trets), Morani (de Muro), Lognos (de Roujan), Latieule (de Cransac), Aussenac (de Montredon-Labessonnié), Mulé (de Rieumes), Gaillat (de Gaud), Gassiolée (de Montréjeau), Labat (de Laptume), Levrier (d'Aire), Samanos (de Saubusse), Chevalier (de Macau), Piot (de Sainte-Barbe-du-Tiélat), Pierre (de Bouira), Benoit (d'Arba).

Médailles d'argent (conférées après vingt années au moins de soins gratuits). — MM. les docteurs Nau (de Champigny), Davy (de Trappes), Castaneda y Campos (de Pontoise), Serpaggi (de Pierrefitte), Broncquart (de Lumbres), Ledru (de Vis-en-Artois), Boulinguez (d'Hénin-Liétard), Ducrocq (de Wicquinghem), Lartisien (de Denain), Havez (de Bouchain), Heutte (de Beaumetz-les-Loges), Leclère (de Condé-en-Brie), Huber (d'Amiens), Gosselin (de Montivilliers), Mouton (du Sap), Leviste (de Dreux), Restif (de Moret), Chopy (de Nemours), Lecompte (de Fresnes-en-Woëvre), Edouard (de Châtillon-sur-Chalaronne), Penet (de Meximieux), Placé (de Mehun-sur-Yèvre), Rascol (de Rétiers), Quéré (de Gallac), Faucon (de Montebourg), Hébert (d'Audierne), Duverger (d'Aixe), Record (de Vélines), Perret (de Romans), Thoviste (de Amplepuis), Guy (de Bonneville), Tourvieilhe (de Largentière), Espagne (d'Aumessas), Bouval (de Saint-Péray), Girard (de Cannes), Laux (de Murviel), Aubouin (de Saint-Genis), Callen (de Sore), Mekkach (de l'Hillil), Duzan (de Saint-Leu), Escudié (d'Aïn-el-Hadjar), Schmitt (de Baccarat), Zimmermann (de Blâmont).

Médailles de vermeil (conférées après vingt-cinq années au moins de soins gratuits). — Dupont (de Mantes), Cloquet (de Boulogne-sur-Seine), Ader (de Bréval), de Lagorce (de Puteaux), Larger (de Maisons-Laffite), Lemaître (de Neufchâtel), Hurpy (de Dieppe), Mathon (de Forges-les-Eaux), Michellet (d'Eu), Barbot (de Falaise), Houdoux (de Château-du-Loir), Anneau (d'Entrammes), Paillard (de Varzy), Gauthier (de Charolles), Bloch (d'Auxonne), Lambert (de Combrée), Lionet (de Doué-la-Fontaine), Mornard (d'Ecueillé), Châteaufort (d'Eguzon), Hubert (de Buzançais), Ménard (de Saint-Vaast), Bailleul (de Pontorson), Le Rolland (de la Roche-Derrien), Le Coarer (de Belle-Isle-en-Terre), Dutil (de Grand-Bourg), Tarrade (de Châteauneuf), Moulinier (d'Excideuil), Giraud (d'Olliergue), Gervais (de Saugues), Prat (de Sénezergues), Domas (d'Auzon), Dumas (de Condrieu), Plantin (de Suze-la-Rousse), Chaboud (d'Aix-les-Bains), Terras (de Saint-Remy), Boyt (de Lamastre), Laugier (de Pignans), Peretti (de Sartène), Follacci (de Bastélica), Rivière (de Rodez), Dantagnan (de Saint-André-de-Cubzac), Letessier (de Lormont), Fabre (d'Aïn-Tédelès), Nadaud (d'Isserville), Bascoul (de Renault).

RONTGEN-CONGRÈS DE BERLIN DU 30 AVRIL AU 3 MAI 1905. — Un Congrès de toutes les applications des rayons découverts par Röntgen, accompagné d'une exposition, aura lieu à Berlin du 30 avril au 3 mai 1905. Il se tiendra sous le haut patronage du professeur docteur Röntgen.

Le Congrès se réunira à l'établissement nommé « Ressource », Oranienburgestrasse, 18, près de Monbijouplatz.

Le Comité d'organisation est composé du professeur Eberlein (de Berlin), président; du docteur Immelmann (de Berlin), secrétaire; du docteur Albers-Schönberg (de Hambourg), et du docteur Rieder (de Munich).

S'adresser, pour l'inscription et tous renseignements, à M. le docteur Immelmann, secrétaire, Lützowstrasse, 72, Berlin.

STATISTIQUE. — Le service de statistique a compté, pendant la cinquième semaine, 1 096 décès, au lieu de 1 176 pendant la semaine précédente (moyenne 1002). Malgré cette légère amélioration, les maladies de l'appareil respiratoire conservent une grande fréquence. La mortalité des vieillards continue à dépasser la moyenne, 375 décès de plus de soixante ans; la moyenne des semaines d'hiver est de 350.

Les maladies épidémiques sont rares.

La fièvre typhoïde a causé 5 décès (moyenne 10).

La variole n'a causé aucun décès.

La rougeole a causé 2 décès (moyenne 13); la scarlatine a causé 1 décès (moyenne 3); la coqueluche, 6 décès (moyenne 6); la diphtérie, 7 décès (moyenne 10).

La diarrhée infantile a causé 20 décès de 0 à 1 an, au lieu de 36 pendant la semaine précédente (moyenne 22).

En outre, 44 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 261 décès, au lieu de 294 pendant la semaine précédente (moyenne 235). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 18 décès (moyenne 17); bronchite chronique, 39 (moyenne 26); pneumonie, 57 (moyenne 68); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 147 (moyenne 124), dont 61 sont dus à la congestion pulmonaire et 68 à la broncho-pneumonie. En outre, 22 décès sont attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 211 décès; la méningite tuberculeuse, 31; la méningite simple, 15; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 13 décès.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Massage des membres, par le docteur DAGRON, ancien interne des hôpitaux, ancien aide d'anatomie à la Faculté. 1 vol. in-8° raisin de 484 p., avec 101 fig. dans le texte. — Prix : 12 francs. — Paris, G. Steinheil.

Formulaire et consultations médicales, par G. LEMOINE et Er. GÉRARD, professeurs à la Faculté de médecine de Lille. 1 vol. in-18 de 780 p. — Prix : cart., peau souple, 6 francs. — Paris, Vigot frères.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

M. LE DOCTEUR VAQUINES prie instamment ses confrères de vouloir bien lui signaler les cas d'imprégnation ou de télégonie qu'ils auraient pu observer, surtout dans l'espèce humaine. On peut compter sur sa discrétion la plus absolue. Adresser les communications à M. le docteur Vaquines, rue Racine, 15, Paris.

REVUE GÉNÉRALE

ADÉNITES CERVICALES CHRONIQUES

CAUSES, SIGNES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT (1)

Par MM. Fernand LÉVY et Pierre CLÉMENT
Internes des hôpitaux de Paris.

III

Symptomatologie. — I. Adénite chronique simple. — Les anciens auteurs la décrivaient sous le nom d'adénite sub-inflammatoire. Elle succède à une adénite aiguë ou bien elle est primitive; dans ce dernier cas elle a un début insidieux et s'accuse seulement par un peu de gêne des mouvements du cou dont la circonférence augmente par place et sous la peau duquel s'échelonnent souvent des saillies irrégulières.

De volume relativement modéré ces tumeurs ganglionnaires sont peu douloureuses à la pression, de consistance dure, en général assez mobiles. Elles subissent des variations de volume en rapport avec des modifications au niveau de la région originelle; par exemple, du côté d'une dent, si le froid ou un traumatisme mettent en évidence une périostite latente. Les ganglions présentent alors des alternatives d'accroissement et de diminution pouvant en fin de compte aboutir à la suppuration.

Si dans l'évolution inflammatoire du ganglion existent quelques douleurs subaiguës, elles sont probablement dues à de la périadénite.

On a voulu aussi assigner à ces adénites chroniques simples la caractéristique d'être fréquemment monoganglionnaires. La disparition par régression peut survenir au bout d'un temps plus ou moins long comme peut se produire aussi la transformation en *adénite tuberculeuse*.

Il est difficile de préciser le moment de cette évolution. Cliniquement, on se méfiera lorsque la masse principale augmente et devient rénitente, ou quand les ganglions voisins commencent à s'engorger.

II. Adénite tuberculeuse.— *Forme ordinaire*.— Le début est lent et insidieux et passe souvent inaperçu.

Parfois, c'est un ganglion isolé de l'angle de la mâchoire qui augmente de volume et reste assez longtemps unique, sans participation des ganglions voisins. Le plus souvent, autour de ce ganglion relativement volumineux on en trouve d'autres légèrement hypertrophiés.

A l'inspection, on constate une déformation, quelquefois un élargissement de la base du cou; on peut aussi voir la peau soulevée par de petites saillies.

A la palpation on note tantôt un chapelet dont les grains superposés dessinent le trajet des chaines cervicales, tantôt un paquet où l'on reconnaît difficilement les éléments constituants. Le volume de ces « glandes » est variable, allant d'une amande à une noix et même un œuf de pigeon.

Les grains du chapelet ont une forme allongée, ovoïde ou globuleuse et arrondie; la palpation à peu près indolente les montre fermes, rénitents; leur mobilité est évidente et sur les téguments, et sur les parties profondes si bien qu'à l'aide du doigt, on peut presque les énucléer.

D'autres fois, au lieu de ces formations bien distinctes, on constate le long du sterno-cléido-mastoïdien le plus souvent, un paquet dans l'épaisse gangue duquel on peut au début isoler les éléments, mais qui peu à peu s'épaissit et perd la faible mobilité qu'il possédait au début. La surface en est bosselée, irrégulière, noueuse, de consistance inégale.

Les phénomènes douloureux, à peu près nuls au début, ne se montrent qu'avec l'apparition des *paquets* traduisant le travail inflammatoire de périadénite. C'est elle qui permet d'expliquer par l'englobement des nerfs des plexus cervical et brachial les douleurs irradiées, les fourmillements et les engourdissements signalés. On conçoit aussi la possibilité de la compression des récurrents et les troubles respiratoires et phonatoires qui peuvent en être la conséquence. Quant à la compression vasculaire, quant au refoulement du larynx et de la trachée, ce sont des faits possibles mais exceptionnels.

Comment évolue l'adénopathie tuberculeuse?

Très rarement, la résorption se fait et l'on voit les masses ganglionnaires diminuer de volume et se rétracter en prenant une consistance scléreuse.

Le plus souvent, on assiste à des poussées chaque fois suivies d'une augmentation de volume et aboutissant au *ramollissement des ganglions*. Ceux-ci deviennent fluctuants en leur centre. La peau, intacte au début, se tend, adhère aux ganglions caséifiés, rougit, s'amincit et s'ulcère. Le pus qui s'écoule est soit séreux, légèrement trouble, soit grumeleux avec des débris caséifiés. La ou les fistules qu'on observe, en cul-de-poule, présentent les bords décollés, amincis, livides, de toute fistule tuberculeuse. Tantôt elle avoisine le foyer, d'autres fois elle s'en trouve à une certaine distance.

Le processus de caséification n'est pas égal dans tous les éléments de la chaîne. Tandis que certains suppurent, d'autres augmentent de volume sans s'ulcérer ni même se ramollir, de sorte que l'examen à cette période révèle des lésions de tout âge. Si la fistule arrive à se fermer, elle est remplacée par une cicatrice gaufrée, ombiliquée, dont la couleur rougeâtre et violacée atteste la mauvaise nutrition et qui est susceptible de se rouvrir et de se fermer à plusieurs reprises. Lorsque la cicatrice est définitive, elle prend une couleur blanchâtre et adhère aux plans profonds.

Enfin il faut savoir que l'adénopathie peut avoir une marche aiguë : il se déclare alors un véritable adénophlegmon avec suppuration (par infection secondaire).

L'état général du malade n'est pas d'habitude trop altéré, mais l'infection du système lymphatique peut suivre les grands collecteurs et par la grande veine

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1905, nº 17, p. 195.

lymphatique et le canal thoracique pénétrer dans le système veineux. C'est par là que là que le bacille ira infecter l'organisme et plus particulièrement le poumon, car la tuberculose pulmonaire consécutive à la tuberculose descendante des ganglions cervicaux et médiastinaux est très rare, les ganglions du médiastin ne communiquant qu'exceptionnellement avec les ganglions cervicaux d'après les auteurs récents (Poirier).

Formes cliniques. — A côté de cette forme banale, on en observe d'autres soit localisées et revêtant un type clinique spécial, soit généralisées, où l'infection tuberculeuse envahit le système lymphatique tout entier et où l'adénopathie cervicale n'est alors qu'une étape plus ou moins rapidement franchie d'un processus généralisé.

Ce sont :

1° La polymicroadénopathie généralisée;

2° La macropolyadénopathie tuberculeuse pseudo-lymphomateuse;

3° La tuberculose pseudo-lymphadénique;

4° La lymphadénie tuberculeuse ganglionnaire et cervicale.

Polymicroadénopathie généralisée (*Legroux*). — Elle s'observe surtout chez des enfants du second âge, dont l'hérédité est souvent entachée de tuberculose. Aussi pour Legroux, ces ganglions étaient tuberculeux et leur engorgement devait toujours faire suspecter leur nature. En réalité l'affection n'est pas pathognomonique, l'hypertrophie ganglionnaire est d'ordre irritatif, c'est une manifestation fonctionnelle de réaction contre l'infection; qu'elle soit locale (irritation cutanée quelconque) ou générale (syphilis, rougeole, fièvre typhoïde, et enfin tuberculose). Souvent, d'ailleurs, elle est consécutive à une intoxication d'origine digestive.

Ses caractères sont les suivants : les ganglions sont ronds ou ovales, plus ou moins fermes, roulant sous les doigts comme un pois, ou des grains de plomb insinués sous la peau, sans adhérence entre eux ni aux parties profondes, sans manifestations inflammatoires et dont la principale caractéristique est l'indolence. Le processus est généralisé et s'observe non seulement au cou mais aux autres carrefours lymphatiques (aisselles, aînes).

Macropolyadénopathie tuberculeuse pseudo-lymphomateuse de Sabrazès. — C'est une affection progressive, à marche lente, entrecoupée de poussées fébriles ou apyrétiques et présentant des périodes intercalaires d'accroissement et de rétrocession partielles, spontanées ou consécutives à un traitement médical.

Les ganglions sont indolents, mais gros et produisent fréquemment des phénomènes de compression. L'affection dure plusieurs années, mais elle peut se terminer parfois brusquement par granulie.

Au point de vue hématologique, Sabrazès et Duclion ont trouvé dans cette forme une hyperleucocytose avec polynucléose modérée (en moyenne 10136 leucocytes et 73 p. 100 de polynucléaires) et une diminution des éosinophiles. D'ailleurs, il semble, d'une façon générale, « que la tuberculose du tissu lymphoïde s'accompagne d'une réaction banale d'hyperleucocytose avec polynucléose » (Bezançon et Labbé).

Tuberculose pseudo-lymphadénique de Berger et Bezançon. — La tumeur ganglionnaire cervicale est souvent unique, rarement multiple, formée de petites glandes juxtaposées.

Le début est toujours insidieux et la tuméfaction glandulaire ordinairement isolée apparaît lentement, sans chaleur, sans douleur; puis, autour du ganglion primitif, viennent se développer soit au cours d'une maladie quelconque, souvent sans cause appréciable, de nouveaux éléments de volume variable.

A la période d'état, existe une masse polyganglionnaire, irrégulière dont les éléments mobiles, facilement isolables, sont très peu adhérents entre eux, nullement aux parties profondes. La tumeur a une consistance mollasse, elle est toujours indolente. Son évolution est lente. Pour Berger, son accroissement ne serait jamais accompagné de réaction fébrile. Duclion a signalé quelquefois une légère hyperthermie. En tout cas, la masse n'a aucune tendance à la caséification et à la suppuration. Le pronostic serait donc favorable si l'on n'avait toujours à redouter l'éclosion d'une tuberculose généralisée, ou séreuse, ou pulmonaire.

Lymphadénie tuberculeuse ganglionnaire et cervicale de Courmont, Tixier et Bonnet. — C'est une lymphadénie ganglionnaire à début cervical, se généralisant ensuite. Il y a splénomégalie et une hyperleucocytose abondante (36000 globules blancs) avec exagération du nombre des lymphocytes.

Cette forme sert de transition entre l'adénie ganglionnaire tuberculeuse (Sabrazès, Duclion) et la splénomégalie tuberculeuse primitive sans leucémie de Rendu et Widal. Le tableau suivant, emprunté à MM. Courmont, Tixier et Bonnet, montre bien ces différentes formes :

	LYMPHADÉNIE ALEUCÉMIQUE	
	NON TUBERCULEUSE.	TUBERCULEUSE.
Ganglions.......	Adénie de Trousseau.	Adénie ganglionnaire (Sabrazès).
Rate............	Splénomégalie.	Splénomégalie tuberculeuse.
Gangl. et viscères.	Lymphadénie généralisée.	Lymphadénie tuberculeuse, ganglionnaire et cervicale.

Ces trois formes d'adénie tuberculeuse sont dues à l'envahissement progressif des tissus lymphoïdes de l'économie par le bacille de Koch, « et au point de vue pathogénique, disent MM. Courmont et Tixier, le plus grand rôle doit être joué par l'*adaptation morbide au système lymphoïde d'un bacille de Koch atténué.* »

Si, continuent ces auteurs, pour une raison quelconque, le bacille reste cantonné dans une partie du système ganglionnaire, il peut y subir uue atténuation de virulence et une adaptation morbide spéciale à ne créer des lésions que dans les organes de même structure et de même fonction; à mesure qu'il se spécialise dans certains tissus, il les envahit avec plus de rapidité, d'où propagation au système lymphatique. Enfin si un organe vital est touché (rate,

foie), le bacille recouvre sa virulence et on assiste à une véritable explosion des lésions; d'où, mort possible après quelques années, de méningite tuberculeuse (Tixier, Courmont et Bonnet).

III. Adénopathies syphilitiques. — L'adénopathie syphilitique, nous l'avons vu, existe à toutes les périodes de la maladie, mais devient d'autant plus rare qu'on s'éloigne davantage du début.

Les ganglions qui accompagnent le chancre sont en général multiples, durs, rénitents; leur indolence n'est pas constante à cause des infections secondaires des cavités muqueuses. Il en est toujours un qui est le plus gros : c'est le préfet. L'adénopathie persiste après la disparition du chancre; il est exceptionnel qu'elle suppure, le siège des ganglions engorgés varie naturellement avec le siège du chancre.

Dans les chancres du cuir chevelu, on retrouve un chapelet mastoïdo-occipital. Le chancre de la conjonctive s'accompagne d'une adénopathie unilatérale très volumineuse, proportionnellement beaucoup plus que ne le sont les adénopathies génitales, parce que le tissu cellulaire est envahi et que tous les ganglions d'une région se trouvent englobés dans une masse unique. Sont ordinairement engorgés les ganglions parotidiens, préauriculaire et sous-maxillaires.

Le chancre du nez est rare, s'il siège à la peau, les ganglions sous-maxillaires, quelquefois préauriculaire et parotidiens sont pris; dans le chancre de la muqueuse, il y a engorgement des glandes sous-maxillaires.

Le chancre des lèvres entraîne une adénopathie unilatérale, si le chancre est latéral; bilatéral si le chancre est médian. Les lésions primitives de la lèvre inférieure retentissent sur les ganglions sous-mentaux, tandis que les ganglions sous-maxillaires sont pris si l'induration siège à la lèvre supérieure. L'engorgement du groupe sous-maxillaire accompagne toujours les chancres de la cavité bucco-pharyngienne.

Dans la syphilis secondaire, l'adénopathie est de règle, et le cou est une des régions où on la recherche systématiquement, parce que d'abord il est facilement explorable et qu'aussi à ce niveau, on est toujours sûr de rencontrer de nombreux ganglions tuméfiés.

On palpe de préférence les ganglions de la nuque et des parties latérales du cou; c'est là, suivant le mot de Ricord, « qu'on va tâter le pouls à la vérole. »

On perçoit de petites tumeurs ovoïdes, indolentes, dures, roulant sous le doigt.

La syphilis tertiaire des ganglions cervicaux est absolument exceptionnelle; il y a bien des observations indéniables de lésions gommeuses ou scléro-gommeuses; mais si, à cette époque, on observe de l'adénopathie cervicale, c'est, d'habitude, une adénite infectieuse banale, en rapport avec une gomme de voisinage infectée.

Il existe un certain nombre de cas d'*association de syphilis et de tuberculose ganglionnaire*. Quelle que soit celle des deux infections qui débute, elle crée là un lieu de moindre résistance, une véritable porte d'appel pour l'autre maladie qui y évolue avec une intensité spéciale.

IV. Adénites cancéreuses. — L'adénite cancéreuse est d'ordinaire consécutive à un épithélioma. Le néoplasme primitif siège tantôt dans les organes voisins : aux lèvres, à la langue, au pharynx, au larynx; tantôt l'adénopathie est secondaire à un cancer éloigné : telle l'adénite sus-claviculaire gauche décrite par M. Troisier, consécutive à un cancer de l'estomac, de l'intestin, de l'utérus; la propagation s'étant faite par le canal thoracique; mais plus rarement qu'on ne le suppose, il y a dégénérescence néoplasique vraie du ganglion.

Prenons pour exemple l'adénopathie du cancer de la langue. Au début, un ou deux des ganglions sous-maxillaires sont pris, bientôt d'autres tumeurs apparaissent dont le volume augmente rapidement. Les éléments se fusionnent entre eux et adhèrent de bonne heure à la peau et aux parties profondes. La tumeur lobulée est absolument indolente et d'une dureté ligneuse; souvent la répercussion ganglionnaire s'arrête là, car le malade meurt des progrès de son néoplasme; sinon il arrive un moment où cette tumeur devient pseudo-fluctuante; la peau rougit et bientôt est envahie par une ulcération néoplasique à végétations plus ou moins exubérantes qui saignent au moindre toucher. Comme ceux du cancer primitif, ses bords sont durs, calleux. Il n'est pas rare d'observer des hémorragies foudroyantes par ulcération des gros vaisseaux du cou.

Enfin M. Benjamin Anger a signalé l'infection secondaire possible de cette masse ganglionnaire et sa suppuration rapide.

V. Les tumeurs primitives des ganglions du cou ont été longtemps désignées sous le nom de lymphadénome, dénomination trop compréhensive qui servait à masquer l'insuffisance d'un diagnostic imprécis. A ce sujet, nous ne pouvons mieux faire que de répéter MM. Bezançon et Labbé.

« Sous le terme général de lymphadénome, on a longtemps confondu des types cliniques très divers dont le seul lien était la production de tumeurs non suppurées aux dépens des organes lymphoïdes. En nous appuyant sur l'anatomie pathologique, nous avons montré qu'il fallait faire une dissociation de ce groupe qui renferme des états morbides absolument disparates. On peut y distinguer :

1° Des adénites infectieuses chroniques (adénie infectieuse de Bard et Guillermet);

2° Des adénites tuberculeuses à forme hypertrophique (lymphome tuberculeux des auteurs allemands; tuberculose hypertrophique pseudo-lymphadénique de Sabrazès, Berger et Bezançon);

3° Des adénopathies syphilitiques (lymphome gommeux des Allemands) qui peuvent guérir sous l'influence du traitement antisyphilitique et présentent des altérations histologiques spécifiques.

Ces cas ont été surtout étudiés par Ricord, Neumann, Virchow, Fournier, Lustgarten;

4° Des hyperplasies du tissu lymphoïde auxquelles devraient être réservées le nom de lymphadénome

proprement dit et qui font partie du groupe des leucémies ou des pseudo-leucémies;

5° Enfin, des tumeurs des ganglions (lymphosarcomes). »

Nous avons déjà étudié plus haut, quelques-uns de ces états pathologiques. Nous allons étudier les autres : leucémie, pseudo-leucémie et lymphosarcome.

LYMPHADÉNIE. — Il en existe deux espèces : une *lymphadénie leucémique* qui s'accompagne de mutations quantitatives et qualitatives de la formule leucocytaire; une *lymphadénie aleucémique* (*pseudoleucémie* de Wunderlich) caractérisée uniquement au point de vue hématologique par des modifications qualitatives du sang.

Nous n'en décrirons que les formes qui nous intéressent spécialement.

A. *Lymphadénie leucémique.* — On peut se trouver en présence de variétés ganglionnaires pures ou de leucémie généralisée. Les signes généraux, affaiblissement, amaigrissement, apathie et torpeur intellectuelle, sont souvent constatés au début; d'autres fois ce sont des douleurs plus ou moins vagues, des troubles gastriques ou des hémorragies diverses qui ouvrent la scène.

Le premier signe physique appréciable est la tuméfaction des ganglions sons-maxillaires, la palpation révèle des tumeurs de volume variable, dures, insensibles, non adhérentes à la peau, isolées ou fusionnées entre elles. Les chaînes ganglionnaires voisines se prennent, puis la rate et le foie sont envahis. Le malade présente une pâleur anémique due tout autant à la diathèse hémorragique qui se manifeste par des pertes de sang multiples qu'aux altérations sanguines.

Si l'on pique en effet le doigt, on voit sortir un liquide pâle, laiteux, d'autres fois violacé ou chocolat. La coagulation en est normale et le sérum très clair. Toujours, on constate une augmentation considérable du nombre des globules blancs, avec des altérations qualitatives de la formule leucocytaire, qui ont permis à Ehrlich de distinguer suivant la prédominance de l'une ou de l'autre des formes de leucocytes, deux variétés : une variété *lymphogène* caractérisée par une augmentation considérable des cellules lymphoïdes (lymphocytes), une disparition presque complète des leucocytes granuleux; une variété *myélogène* s'accompagnant d'une prolifération des cellules myéloïdes : leucocytes granuleux, mono ou polynucléaires, soit neutrophiles, soit basophiles, soit acidophiles.

Dans la première variété, il y a prolifération du tissu réticulé lymphoïde, non seulement au niveau des points qui en contiennent normalement, mais encore en plein tissu myéloïde (moelle osseuse) où se produit une véritable substitution.

Dans la leucémie myélogène, il existe une hyperplasie du tissu myéloïde non seulement dans ses endroits normaux, mais encore dans la rate et les ganglions où il n'existe pas habituellement. Cela permet de comprendre qu'on puisse trouver un type hématologique ne correspondant pas aux signes cliniques : par exemple une leucémie évoluant cliniquement avec le syndrome ganglionnaire et montrant au microscope une multiplication des myélocytes.

B. *Lymphadénie aleucémique.* — C'est la pseudoleucémie de Wunderlich et Cohnheim. Il y a là encore hyperplasie des organes hématopoiétiques mais on ne retrouve plus l'hyperleucocytose de la leucémie.

Les modifications ici sont uniquement d'origine qualitative et l'on y distingue comme dans la leucémie deux types : une *pseudo-leucémie lymphoïde* à mononucléaires prédominant (deux ou trois pour un polynucléaire; l'inverse étant la normale), sans production d'hématies nucléées; une *pseudo-leucémie myéloïde* à myélocytes neutrophiles et avec formes de globules rouges nucléés.

Cliniquement, nous décrirons seulement la lymphadénie ganglionaire partielle, la seule qui nous intéresse et qui constitue d'ailleurs le stade de début de la forme généralisée. La lymphadénie cervicale est quelquefois secondaire et succède à des adénopathies axillaires et inguinales; dans d'autres cas, les ganglions sous-maxillaires sont les premiers envahis. Au dire des auteurs, il serait toujours possible de trouver une porte d'entrée dans les voies lymphatiques afférentes.

On remarque alors, à l'angle de la mâchoire, une petite tumeur dure, irrégulière, indolente, roulant sous le doigt, qui persiste un temps plus ou moins long, puis d'autres viennent se surajouter, puis des chaînes longitudinales, et alors nous arrivons à la deuxième phase où l'aspect du malade devient particulier.

On observe un élargissemeut transversal de la face ; le menton semble dédoublé; enfin le cou, monstrueux, proconsulaire, est bosselé. Les tumeurs grossissent et bientôt se fusionnent; leur volume va d'une noisette à une noix et un œuf. A cette période, existent des irradiations douloureuses dans le plexus cervical, du gonflement des veines et de la cyanose. La fièvre survient et le malade dépérit au milieu de phénomènes cachectiques. Signalons l'envahissement ultérieur du reste de l'appareil lymphatique, la rate, le foie.

Quelle que soit la forme clinique, la maladie, après une marche plus ou moins accidentée, se termine fatalement par la mort.

LYMPHOSARCOME. — Sous ce nom (Kundrat), on désigne une variété de sarcome née dans le tissu lymphoïde (ganglions, rate, follicules clos, amygdales), mais pouvant se généraliser à tout le système lymphatique, comme les tumeurs de la lymphadénie.

L'affection débute ordinairement au niveau de l'angle de la mâchoire par un ganglion qui acquiert un volume prépondérant, puis les ganglions descendants se prennent, ceux du même côté d'abord, ceux du côté opposé ensuite, avec une rapidité variable, souvent en l'espace de quelques mois, plus rarement au bout d'une ou plusieurs années.

La tumeur initiale est lisse, aplatie en galet, très dure; les glandes secondaires, elles aussi, sont indurées; mais en outre, elles perdent immédiatement

leur mobilité les unes sur les autres, sur les parties profondes et les téguments, en s'entourant d'une véritable gangue néoplasique périganglionnaire.

A la période d'état, on se trouve en présence d'une masse volumineuse, dure, peu mobile, adhérente et infiltrée qui, de très bonne heure (c'est un caractère essentiel), détermine des phénomènes très accentués de compression : compression du plexus cervical d'où névralgies irradiées, des jugulaires d'où œdème du cou, d'autres troncs nerveux (pneumogastrique, récurrent, sympathique) d'où troubles respiratoires et cardiaques, altération de la voix, inégalité pupillaire.

L'évolution du lymphosarcome est très rapide et se fait en deux ou trois ans au plus; elle ne s'accompagne ordinairement d'aucune réaction générale. Pourtant dans les formes rapides on a signalé de la fièvre.

La mort arrive par cachexie cancéreuse due à la généralisation, mais plus souvent par les accidents de compression qui se font de plus en plus marqués à mesure que le processus envahit de nouveaux territoires ganglionnaires.

IV

Le **diagnostic** d'adénite cervicale chronique n'est évidemment point difficile.

Il n'y a pour ainsi dire jamais d'hésitation quand il s'agit d'adénite sous-maxillaire ou sus-hyoïdienne.

L'engorgement des ganglions prélaryngés devra être distingué des tumeurs du corps thyroïde qui suivent les mouvements ascensionnels du larynx dans la déglutition, la respiration et la phonation.

Les abcès par congestion sont rares au cou et l'on trouvera très facilement le foyer tuberculeux originel dans la colonne cervicale.

Les tumeurs kystiques se voient peu en clinique. Les kystes branchiaux qui s'étagent de la région auriculaire à la clavicule, sont surtout fréquents sur la ligne médiane immédiatement au-dessous de l'os hyoïde; ils ont une forme très allongée et sont unis presque toujours au squelette (apophyses mastoïde, styloïde, maxillaire inférieur, os hyoïde, sternum). S'ils s'ouvrent à l'extérieur, ils peuvent provoquer une fistule branchiale dont les symptômes sont les mêmes que ceux de la fistule branchiale congénitale; mais le trajet fistuleux donne au travers des téguments une sensation de cordon résistant.

Les kystes séreux congénitaux sont exceptionnels; les non congénitaux sont d'ordinaire des hygromas de la bourse séreuse qui sépare l'os hyoïde du ligament thyro-hyoïdien.

Les gommes musculaires, en particulier du sterno-mastoïdien, sont remarquables par leur indolence; elles participent aux mouvements du muscle et il est bien rare qu'on ne retrouve pas des antécédents de syphilis.

Les lipomes sont assez communs à la région cervicale; leur consistance lobulée les fera reconnaître.

L'adénolipomatose symétrique de Launois et Bensaude est une affection caractérisée par la présence de tuméfactions limopateuses se développant dans les carrefours lymphatiques où elles produisent des déformations caractéristiques, toujours semblables à elles-mêmes.

Ainsi la forme à prédominance cervicale où les tuméfactions occupent toujours les régions sous-mentale, sous-maxillaire, parotidienne et rétromastoïdienne imprime au malade un faciès spécial. En outre, les formations lipomateuses sont toujours *symétriques*, tantôt disposées par paires, tantôt impaires médianes, de plus elles sont *diffuses;* leurs contours sont toujours mal distincts à la périphérie où elles se continuent avec le tissu cellulo-adipeux environnant ; enfin leur consistance est celle du lipome ordinaire. Cette affection d'ailleurs tend à être considérée comme une maladie d'origine gangliomyaire, adénite primitive avec périadénite graisseuse secondaire.

Ce n'est pas tant de diagnostiquer une adénite chronique qui est délicat, mais de reconnaître la variété en présence de laquelle on se trouve.

La clinique seule est dans nombre de cas, impuissante à trancher la nature simple ou tuberculeuse d'une adénite cervicale chronique. Certainement si le terrain paraît indemne de tout soupçon de tuberculose, si l'adénopathie a une tendance à régresser d'elle-même, le diagnostic d'adénite chronique simple peut être porté. Dans les autres cas il faut appeler à son aide les procédés de laboratoire d'autant que certaines adénopathies, qui paraissaient avoir une origine banale, expliquée par des lésions dentaires par exemple, étaient manifestement tuberculeuses ou le devenaient rapidement. Aussi dans bien des cas d'adénite non suppurée, le diagnostic n'est-il fait qu'après le traitement, par des coupes des ganglions extirpés. On peut alors affirmer la tuberculose si l'on constate nettement des formations typiques (infiltration embryonnaire, cellules géantes, follicules tuberculeux).

La présence de bacilles sera naturellement pathognomonique, mais il est des cas où ils ne sont pas décelés et pourtant on ne peut conclure qu'il ne s'agit pas de tuberculose.

C'est l'inoculation au cobaye qui tranchera en dernier ressort, quoique ce procédé, excellent dans la majorité des cas, n'ait rien donné de net dans la forme de Bezançon et Berger.

L'agglutination d'Arloing et Courmont se rencontrerait dans toutes les tuberculoses chirurgicales. Elle est souvent assez faible ; mais on lui a reproché de se manifester chez des individus cliniquement non tuberculeux. En fin de compte, le seul procédé toujours sûr serait l'épreuve de la tuberculine que ses dangers doivent faire écarter.

Le diagnostic de l'adénite syphilitique est facile. car l'aspect des glandes est caractéristique.

L'adénite cancéreuse, secondaire à un néoplasme de la peau, et même des muqueuses, est aisément reconnue, surtout si l'on se rappelle que des cancers latents peuvent donner lieu à de l'adénopathie cervicale.

Le diagnostic de lymphosarcome, délicat au début, parce que la confusion est possible avec certaines tuberculoses, se fait cliniquement par l'aspect de la tumeur : la polyadénite tuberculeuse est une masse

de consistance inégale, bosselée, noueuse ; au contraire unique, uniformément dure, très adhérente et très fixe dans le lymphosarcome qui est plus souvent unilatéral. Ce dernier évolue rapidement, sans fièvre en général, sauf complications inflammatoires très rares, tandis qu'on note une légère hyperthermie vespérale dans les adénopathies tuberculeuses. Enfin, le lymphosarcome tue fréquemment par les accidents de compression qui se montrent de bonne heure et ont une grande importance clinique. C'est l'inverse dans la tuberculose où la cachexie est le phénomène terminal prédominant.

Le lymphosarcome se distinguera des tumeurs de la lymphadénie aleucémique parce qu'à l'inverse de celles-ci, il ne détermine pas seulement l'hypertrophie des organes lymphoïdes, mais qu'il déborde la capsule, envahit les tissus voisins, se complique d'ulcérations et donne des métastases en dehors du système lymphatique. La formule sanguine sépare d'ailleurs le sarcome des ganglions de la leucémie et de la pseudoleucémie. L'équilibre leucocytaire est normal, plus souvent il y a une diminution, parfois même considérable, du chiffre des lymphocytes.

La différenciation entre certaines formes d'adénite tuberculeuse et la lymphadénie est un problème souvent bien difficile à résoudre : Dans les lymphadénies leucémiques généralisées ou ganglionnaires le microscope sera d'un grand secours, car les altérations quantitatives et qualitatives du sang leucémique diffèrent de la formule hématique de la tuberculose du tissu lymphoïde (légère leucocytose polynucléaire). De plus, les signes fonctionnels (hémorragies) et généraux (anémie) bien plus marqués pourront mettre sur la voiemême en l'absence de l'examen du sang.

Avec les lymphadénies aleucémiques, la distinction devient malaisée. Relativement assez facile dans les formes généralisées où l'on se guidera sur l'importance des signes fonctionnels, l'évolution paroxystique, coupée d'alternatives de poussées et de régression, il devient très épineux dans les formes localisées surtout avant la fusion des ganglions hypertrophiés. Ici, l'examen du sang ne donnant aucun signe distinctif, on aura recours aux méthodes de laboratoire, signalées plus haut, mais dont nulle n'est un élément de certitude absolue. D'ailleurs, la différenciation entre la lymphadénie et les cas de tuberculose ganglionnaire généralisée n'est peut-être que théorique. La lymphadénie apparaît à l'heure actuelle comme une maladie infectieuse et le bacille de Koch, au même titre qu'un autre agent banal, pourrait peut-être produire le syndrome de la *polyadénie*.

V

Traitement. — Le traitement des adénopathies chroniques est relativement facile en ce qui concerne les adénites syphilitiques justiciables de la médication mercurielle.

Les adénites chroniques simples rétrocéderont après qu'on aura soigné leur porte d'entrée; mais un bon traitement général est indiqué pour éviter leur passage à l'adénite tuberculeuse.

Les traitements de l'adénopathie tuberculeuse sont des plus nombreux et des plus discutés. C'est dire qu'il n'y en a aucun de spécifique. Quoiqu'il en soit, tout le monde est d'accord pour recommander le traitement général, de façon à modifier le tempérament lymphatique ou scrofuleux à la faveur duquel les inoculations bacillaires ont été fertiles, à diminuer l'importance de l'acte opératoire, et parfois l'éviter en mettant les tissus en état de résorber les lésions déjà constituées. Après l'opération la continuation de ce traitement assurera l'efficacité de la cure et mettra l'organisme à l'abri d'une invasion nouvelle : ce seront des mesures hygiéniques, séjour au grand air, en particulier au bord de la mer; suralimentation; des médicaments appropriés : iode, arsenic, huile de foie de morue.

On a signalé des cas d'adénite tuberculeuse non suppurée qui ont rétrocédé par la seule médication interne; mais d'ordinaire, le traitement local, surtout chez l'adulte, doit venir à l'aide de la thérapeutique médicale.

Les différentes méthodes employées peuvent se ramener à deux : conservatrice ou méthode des injections interstitielles; radicale, ou extirpation. Les chirurgiens ne sont pas d'accord. Certains préconisent l'une de ces méthodes à peu près à l'exclusion de l'autre. En réalité chacune paraît avoir ses indications tirées de l'âge du sujet, de sa condition sociale, de la forme anatomique.

Nous distinguerons plusieurs cas :

a. Monoadénite si elle n'est pas suppurée, injection et extirpation ont leurs partisans convaincus et leurs détracteurs acharnés.

L'injection a contre elle la durée du traitement; contre l'extirpation il y a la cicatrice; entre les deux la discussion est permise dans les régions apparentes comme la région cervicale ; mais l'exérèse est formellement indiquée dans les régions cachées.

Inversement en cas de monoadénite suppurée, l'injection dans la poche constitue la méthode de choix.

b. Polyadénite. — La polyadénite cervicale en grappe, non suppurée, est diversement traitée : quelques chirurgiens font des injections intra-ganglionnaires avec la seringue de Pravaz; le plus grand nombre recommande l'extirpation, surtout chez les adultes ; mais tous sont d'accord pour conseiller l'extirpation dans la forme lymphomateuse, car là le traitement médical est inefficace et les injections interstitielles très infidèles.

S'agit-il de polyadénite suppurée, en placards avec abcès et fistule ? La méthode de choix sera, alors, l'intervention sanglante, surtout énucléation, et comme pis aller, curetage suivi de cautérisation et d'instillation de liquides modificateurs.

Les liquides médicamenteux employés ordinairement pour les *injections* sont : l'éther iodoformé; — le naphtol β camphré (Reboul); — le thymol camphré (Ménard). Ils présentent tous des avantages et des inconvénients : danger d'intoxication pour le naphtol; sphacèle de la peau pour l'éther.

L'*extirpation* pour être utile doit être large et supprimer les ganglions, leur coque et les tissus envi-

ronnants. L'incision une fois faite, on s'abstiendra d'employer les instruments tranchants et on se servira uniquement des doigts, de la son de cannelée et de la curette mousse. Ainsi seront évitées les blessures des gros vaisseaux et des nerfs du cou avec leurs graves conséquences.

On a reproché au traitement sanglant d'exposer à la généralisation tuberculeuse par auto-inoculation traumatique, mais l'objection ne semble pas fondée et l'on n'a apporté aucune preuve certaine à l'appui. Il en est pas de même pour la récidive, qui n'est pas rare et se manifeste dans 30 p. 100 des cas en moyenne; elle est du reste en rapport direct avec les difficultés opératoires, la solidité du terrain, l'habileté du chirurgien.

Le traitement de la lymphadénie n'existe pas à proprement parler, car les résultats en sont bien précaires. On a expérimenté une médication interne iodo-arsenicale. Au point de vue local, Lüche a tenté l'extirpation des ganglions tuméfiés : mais les cas heureux sont exceptionnels. Tout au plus, peut-on songer à l'opération dans les cas de foyer ganglionnaire isolé et bien limité et encore au début de l'évolution.

Le traitement chirurgical a pu être essayé dans le lymphosarcome; il comporte tous les aléas qui suivent l'extirpation des tumeurs malignes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bezançon et Labbé. *Traité d'hématologie,* Paris, 1904. — 2. Berger et Bezançon. Tuberculose ganglionnaire pseudolymphadénique, *C. r. Bull. de l'Acad. de méd.,* 1899. — 3. Bouvet. *Les adénopathies tuberculeuses chirurgicales. Étude pathogénique et de quelques points de diagnostic,* Th. de Paris, 1900. — 4. Contenau. *Adénites d'origine dentaire,* Th. de Paris, 1903. — 5. *XIVe Congrès français de chirurgie,* 1901. — 6. Courmont, Tixier et Bonnet. De la lymphadénie tuberculeuse ganglionnaire et viscérale, *Journ. de physiol. et de pathol. gén.,* 1899. — 7. Cornet. XVIIIe Congrès des chirurgiens allemands, *Centralbl. f. Chir.,* nº 29, 1889. — 8. Cornil. Tuberculose des muqueuses considérée comme porte d'entrée du virus tuberculeux, *Cong. de la tuberculose,* 1888. — 9. Delbet. *Traité de chirurgie* Le Dentu-Delbet, t. I, art. Lymphadénome. — 10. Dieulafoy. Tuberculose larvée des trois amygdales, Acad. de méd., séance du 30 avril 1895. — 11. Dobroklowsky. De la pénétration des bacilles tuberculeux dans l'organisme à travers la muqueuse intestinale et du développement de la tuberculose expérimentale, *Arch. gén. de méd.,* 1890, p. 253. — 12. Duclion. *De la lymphosarcomatose et de la tuberculose hypertrophique méconnue des ganglions lymphatiques,* Th. de Bordeaux, 1897. — 13. Fournier. *Les chancres extragénitaux,* Paris. — 14. Gillette. *Dict. Dechambre,* art. Cou (chirurgie). — 15. Legroux. *Cong. de la tuberculose,* 1888. — 16. Lejars. I. *Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose. Essai sur la lymphangite tuberculeuse,* 1892; — II. *Traité de chirurgie* Duplay-Reclus, t. I, 2e édit., art. Adénite tuberculeuse. — 17. Lermoyez. I. Des végétations adénoïdes tuberculeuses du pharynx nasal, Soc. méd. des hôpit., 20 juillet 1894; — II. Végétations adénoïdes tuberculeuses, *Presse méd.,* 26 oct. 1885. — 18. Manson. *Traitement des adénopathies tuberculeuses par l'extirpation et en particulier chez les enfants,* Th. de Paris, 1895. — 19. Parmentier. *Traité de médecine* Brouardel-Gilbert, t. VI. — 20. R. Petit. *De la tuberculose des ganglions du cou,* Th. de Paris, 1897. — 21. Poirier. *Traité d'anatomie,* art. Lymphatiques de Poirier et Cunéo. — 22. Ricard. Adénites pseudotuberculeuses, *Cong. de chir.,* 1889. — 23. Sabrazès. Tuberculose hypertrophique méconnue des ganglions lymphatiques, *Bull. de la Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux,* 1892. — 24. Starck. *Beitr. z. klin. Chir.,* XVI, 1, 1896, rés. dans la *Revue de la tuberculose,* Paris, 1896, Ganglions cervicaux tuberculeux rapp. avec dents cariées, p. 123-131. — 25. Velpeau. *Dict. Dechambre,* art. Adénite. — 26. Zaundy. *Arch. f. klin. Chir.,* 1896, nº 1.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 15 février 1905)

Chloroformisation (1). — M. Lucas-Championnière, comme il l'a déjà fait à l'Académie, déclare se trouver très satisfait de l'appareil de Roth. Il est surtout frappé de la quantité minime de chloroforme qui est nécessaire, avec cet appareil, pour obtenir une parfaite anesthésie. Mais, quels que soient les avantages de ces appareils, il n'est pas moins indispensable qu'ils soient maniés par un bon chloroformisateur. Comme tous ses collègues qui ont pris la parole sur ce sujet, M. Lucas-Championnière insiste sur ce fait que l'emploi de ces appareils, tout en simplifiant l'anesthésie, exige la même attention, la même compétence, la même habitude de la part de l'anesthésiste.

M. Routier est loin de partager l'enthousiasme de ses collègues pour les nouveaux appareils. D'une façon générale, il est plutôt l'ennemi des appareils. Il a conservé un très mauvais souvenir de ceux qu'il a vu employer autrefois par ses maîtres, par Le Fort, en particulier.

Cependant poussé par les résultats apportés par les partisans des appareils nouveaux, il a eu recours lui-même 5 fois à l'appareil de Guglielminetti et 3 fois il a dû l'abandonner pour recourir à la compresse. Il a vu son collègue Delbet pratiquer une opération avec le même appareil de Roth et il n'a pas trouvé que l'anesthésie ainsi obtenue fût si simple et si régulière qu'on l'a dit. Quoi qu'il en soit, pour lui comme pour tous ceux qui ont pris part à cette discussion, le rôle du chloroformisateur, quel que soit le procédé employé, reste toujours aussi important. Tel chloroformisateur, telle chloroformisation.

M. Routier rappelle les différents procédés d'anesthésie employés par ses maîtres Gosselin, Cusco, Saint-Germain. Quant à lui, il a toujours recours à la méthode dite de Labbé et qu'on devrait plutôt appeler la méthode de de Boncourt, celle des doses lentes et continues. Sans condamner absolument les appareils en discussion, M. Routier estime qu'il faut attendre encore avant de se prononcer sur leur réelle valeur. M. Kirmisson a déjà signalé un cas de mort à Berlin. Ne l'oublions pas et considérons toujours l'anesthésie chloroformique comme un des actes les plus graves de la pratique chirurgicale.

M. Kirmisson tient à faire remarquer à M. Routier qu'il n'y a pas d'appareil Guglielminetti. C'est à Roth seul et pas à d'autres que revient le mérite de l'invention de cet appareil. En outre, il ajoute qu'on ne saurait se faire une opinion avec 5 cas. C'est sur des milliers de faits seulement qu'on pourra juger la question en parfaite connaissance de cause. Il est bien évident qu'il ne faut pas un moins bon chloroformisateur pour l'emploi des appareils que pour l'emploi de la com-

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.,* 1905, nº 8, p. 92; nº 10, p. 115; nº 16, p. 183; nº 17, p. 200.

presse. Quand on allait en voiture, il fallait un bon cocher, maintenant qu'on va en automobile il faut un bon chauffeur. C'est la même chose pour les progrès de l'anesthésie que pour ceux de la locomotion.

M. Tuffier déclare qu'avec les appareils on n'a pas les à-coups dans l'anesthésie qu'on a dans la compresse, et il croit avoir trouvé l'explication de ce fait avec des expériences qu'il a pratiquées sur des animrux. Ces expériences consistaient à faire respirer à des animaux tantôt de l'air pur, tantôt du chloroforme et de l'air. Or la tension artérielle s'abaissait chaque fois que l'animal respirait du chloroforme, pour se relever aussitôt qu'il aspirait de l'air pur. On s'explique donc qu'avec la compresse, alors que le malade ne respire que des vapeurs chloroformiques, il puisse y avoir des accidents circulatoires.

M. Quénu pense qu'il est plus facile de bien donner le chloroforme avec l'appareil de Roth qu'avec la compresse. On fait plus vite l'apprentissage du maniement de cet appareil que de l'emploi de la compresse.

La suite de la dissussion se poursuivra dans les séances ultérieures.

Plaie du cœur, suture. — M. Delorme fait un rapport sur une observation de M. Riche. Il s'agit d'une plaie du ventricule droit par coup de couteau, suturée et suivie de guérison.

Une femme de trente ans, enceinte de quatre mois, reçoit un coup de couteau dans la région précordiale. On l'apporte à Saint-Antoine, dans le service de M. Monod où se trouvait alors, à quatre heures du matin, M. Riche, qui avait été appelé pour une autre opération urgente. M. Riche examine cette femme; il lui trouve le pouls petit, fréquent; elle présentait deux plaies dans le quatrième espace intercostal gauche; la respiration est fréquente, le pouls devient irrégulier. Malgré les conditions défectueuses dans lesquelles se trouvait M. Riche, mauvais éclairage, assistance par un seul externe qui n'avait jamais été dans un service de chirurgie, etc., il n'hésite pas à intervenir immédiatement; il fait un large volet ostéo-cutané, sectionne les troisième et quatrième cartilages, ouvre la plèvre, trouve le poumon rétracté; cependant la plèvre ne contient pas de sang; il excise le péricarde; il s'en échappe du sang liquide et des caillots. Le sang s'écoule par un orifice qui se trouve sur le ventricule droit; M. Riche cherche à saisir cet orifice et à le fermer avec une pince; la pince ne tient pas et l'hémorragie devient effrayante; il empoigne alors le cœur, par derrière, de la main gauche, cherche à placer deux catguts qui coupent les tissus; enfin il finit par pouvoir fermer l'orifice par deux fils de catgut; il ferme le péricarde débarrasse la cavité pleurale du sang qu'elle contient, et replace le volet ostéo-cutané. Après l'opération, on compte vingt respirations par minute; le pouls est à 108, la température à 38 degrés; il se fait un écoulement séro-sanguinolent; il y a de la dyspnée; on fait une piqûre de morphine. Peu à peu, les choses s'arrangent, la réunion se fait par première intention et vingt-deux jours après l'opération la malade quitte l'hôpital complètement guérie. Un mois après elle faisait une fausse couche.

Dans ce cas l'opération a été rendue très difficile par suite de la minceur de la paroi du ventricule droit. En outre, M. Riche a constaté très nettement ce fait intéressant qu'aussitôt qu'on lâche le cœur l'hémorragie devient effrayante; dès qu'au contraire on le tient et qu'on l'attire au dehors, cette hémorragie diminue. L'importance est donc d'aller vite et de bien passer ses fils sans traverser complètement la paroi cardiaque.

M. Delorme a fait précéder cette intéressante observation de l'historique de la suture du cœur; il a rappelé les faits déjà présentés à la Société. (*A suivre.*)

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

LES FERMENTS MÉTALLIQUES

L'état colloïdal, si brillamment étudié par M. A. Robin, est un équilibre spécial de la particule métallique divisée à l'infini.

On obtient ainsi soit par électrolyse, soit par précipitation d'un sel en présence d'un colloïde (albumine ou gélatine), des oxydases artificielles, agissant sur les toxines bactériennes et exerçant dans les fonctions ordinaires de la vie une action stimulante générale.

La nature elle-même, avant les chimistes, nous a fourni le plus bel exemple d'état colloïdal, c'est l'hémoglobine, colloïde de fer et de manganèse. La théorie actuelle est confirmée par les succès thérapeutiques obtenus depuis quelques années avec cette substance. On se rappelle, en effet, la communication élogieuse de Dujardin-Beaumetz à la Société de thérapeutique sur l'Hémoglobine Deschiens et les beaux résultats obtenus depuis dans les hôpitaux de Paris avec cette préparation contre l'anémie, la neurasthénie et la tuberculose.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

POUR EXERCER L'ART MÉDICAL UNE ASSOCIATION N'EST VALABLE QU'A LA CONDITION D'AVOIR ÉTÉ CONCLUE ENTRE DES DOCTEURS EN MÉDECINE.

La deuxième chambre du tribunal vient de rendre un jugement fort intéressant.

M. X..., docteur en médecine, avait versé à M. Z..., « soi-disant chimiste, » d'après les termes mêmes du jugement, une somme de 50000 francs qui devait être employée à la création d'un établissement « ayant pour objet le traitement de la tuberculose ».

Mais bientôt le docteur X... assigna M. Z... en restitution de cette somme, disant qu'il n'avait consenti à la verser « que trompé par des manœuvres frauduleuses ».

Le tribunal lui a donné gain de cause en se fondant sur ce motif :

« Attendu que, sans qu'il soit besoin de rechercher si le consentement de X... a été vicié et dans quelle mesure, il est constant que le contrat passé entre lui et Z... est nul, de nullité radicale, comme ayant pour objet un fait illicite, à savoir l'exercice en commun de l'art médical, par un médecin et une personne non munie du diplôme de docteur; ce contrat n'ayant aucune existence juridique n'a pu produire d'effet;

Qu'il suit de là que le versement effectué par X... n'a pas de cause et celui-ci est fondé en droit d'en répéter le montant; par ces motifs, etc. »

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 21. — MARDI 21 FÉVRIER 1905. 78e ANNÉE. MARDI 21 FÉVRIER 1905. — N° 21.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Tuberculose fibreuse du poumon droit; sténose mitrale pure avec symphyse tuberculeuse du péricarde; mort par granulie, par le docteur L. Braillon.
MÉDECINE PRATIQUE
Le calomel dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences. — Société médicale des hôpitaux. — Société de biologie. — Société de chirurgie.
HOPITAUX DE PARIS
L'enseignement médical dans les hôpitaux (année 1905) : Cours et conférences cliniques faits par MM. les chefs de service.
LIVRES NOUVEAUX
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de médecine.* — Le jury est définitivement composé — M. Darier ayant accepté — de la façon suivante :

MM. Dieulafoy, Galliard, Landouzy, Béclère, Thiroloix, Le Gendre, Brouardel, A. Robin, Lesage et Darier.

— *Concours de l'Internat.* — Pathologie. — Séance du 17 février 1905 : MM. Hautefort et Lamy, 11 ; Bécus et Keller, 10 ; Glénard, Chastagnol et Giraudeau, 9 ; Anciline, 8 ; Bouché, 4.

Séance du 19 février 1905 : MM. Bandol, 9 ; Huré, 8 ; Davesne, Dureau et Lebras, 7 ; Bezançon, 5.

Anatomie. — Séance du 19 février 1905 : MM. Gomaud et Sézary, 11 ; Ménard (Pierre), 10 ; Poissonier, 9.

— Liste des admissibles :

1. MM. Moreau, Milhit, Blairon, Lemeland, Lian, Lew, Abrami, Monier-Vinard, Bory (Louis), Gy.

11. Perrin, Harvier, Burcker, Vincent (Clovis), Vincent (René), Roy, Tinel, Rendu, Sézary, Dubois.

21. Giroux, Gimbert, Fayolle, Bodolec, Aynaud, Néel, Clunet, Boudon, Dupont, Deroide.

31. Du Castel, Hérisson, Cotard (Lucien), Sourdat, Burnier, Guyader, Tournay, Laurence, Flurin, Bailly.

41. Hautefort, Troisier, Descamps, Farvy, Faix, Grandchamps, Brulé, Hubert, Moulu, Gorbon.

51. Senlecq, Bord, Chenot, Reubsaët, Vouters, Fabre, Cléret (François), Jullick, Martin, Lévi-Valensi.

61. Stévenin, Kahn, Chandesris, Chenier, Joltrain, Barbier, Rabourdin, Eliot, Porée, Basset.

71. Fage, Vigneron d'Heucqueville, Ménard (Pierre), Raymond, de Gandl, Lasnier (Maurice), Feuilliée, Vézard, Trèves, Lévi-Franckel.

81. Froget, Bondet, Macé de Lépinay, Petiteau, Hovelacque, Giret, Foix, Boudol, Caraven, Combier.

91. Bénard (René), Bécus, Brin, Chené (Henri), Lemoine, Moyraud, Guérin, Giraudeau, Chastagnol, Doury.

101. Cornélius, Broca, Lamy, Straklin, Braun, Porturier, Cesbron, Saissi, Mascarenhas, Pérol.

111. Glénard, Benon, Garipuy, Rœderer, Gomand, Planson, Privat, Chazarain, Jouvin, Héchemann.

121. Delapchier, Pottet, Lemarchal, Brissaud, Cremer, Camacho, Deroye, Cléret (M.), Pinard, Hamel.

131. Guggenheim, Langlais, Mlle Bouteil, MM. Lebras, Ferté, Marsan, Bonvoisin, Aitoff, Fernet, Collin.

141. Olivier, Léon, Sloog, Deverre, Lyon-Caën, Poissonnier, Saiget, Silbert et Dubosc.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — *Cours complémentaire d'hydrologie et de minéralogie.* — La Faculté a classé les candidats dans l'ordre suivant : M. Beille en première ligne, M. Lasserre en seconde, M. Lamarque en troisième.

Clinique des maladies mentales. — M. Galtrès est nommé aide de clinique.

— Lille. — M. Ricquiet, aide-préparateur de parasitologie, est délégué jusqu'à la fin de l'année scolaire dans les fonctions de chef des travaux de chimie organique.

M. A. Descamps est nommé aide-préparateur de parasitologie.

GUERRE. — Sont désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins aides-majors de première classe Dautheville, pour la compagnie des oasis sahariennes du Tidikelt ; — Aubert, pour la compagnie des oasis sahariennes du Touat ; — Guth, pour la compagnie des oasis sahariennes du Gourara : — Taillade, pour l'hôpital d'Oran ; — Villa, pour le 1er bataillon d'infanterie légère d'Afrique ; — May, pour le 2e tirailleurs algériens.

MARINE. — M. le médecin de première classe Hernandez est désigné pour embarquer, le 5 mars prochain, sur le *Galilée* (escadre de la Méditerranée).

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale expérimentale et clinique. — (N° 159, 10 fév. 1905.) ROQUES : De l'intervention électrique dans le traitement des diverses atrésies œsophagiennes. — E. BONNEFOY : Relation de deux cas de neurasthénie grave traités et guéris par la franklinisation. — V. MACHADO : Ce que j'ai vu en Allemagne en électricité médicale. — GAIFFE : Expériences sur le redressement du courant dans les tubes de Crookes par le procédé de Villard.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 5, 8 fév. 1905.) ROCHARD : Opération de l'appendicite à froid. — (N° 6, 15 fév.) ROBIN et BARDET : Les ferments métalliques en thérapeutique. Considérations biologiques.

Bulletin médical. — (N° 13, 15 fév. 1905.) L. BÉRARD : Traitement des complications orthopédiques de l'ostéomyélite. — (N° 14, 18 fév.) R. BRUNON : Tuberculose au début. Suralimentation. Radiographie. Sanatoriums. Cure libre en Normandie. Guérison. — CATHELIN : Calcul du bassinet extra-rénal enlevé par pyélotomie postérieure sans suture. Guérison sans fistule.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLII, n° 5, 2 fév. 1905.) William N. BULLARD : L'épileptique dans la société. — Owen COPP : Les rapports de l'épileptique et de l'État. — Edward O. OTIS : Le problème de la tuberculose et les remarques qu'il soulève. — T. CHITTENDEN HILL : Le traitement des hémorroïdes à l'usage des médecins praticiens. — Paul PAQUIN : La tuberculose et les états limitrophes. Importance sociale et professionnelle.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 6, 11 fév. 1905.) L. HOFBAUER : Mécanisme des troubles respiratoires dans les affections pleurales. La dyspnée dans le pneumothorax.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 6, 9 fév. 1905.) CZERNY : Sur l'ileus. — HAMBURGER : Différenciation du sang des espèces animales biologiquement voisines. — ULENLUTH : Fixation de l'origine des momies à l'aide de sérums spécifiques. — HERZ : Examen des fonctions du cœur malade. — LEWIN : Recherches sur les échanges chez les carcinomateux. — HENLE : Traitement du coryza aigu. — TUGENDREICH : Sur la question des altérations épithéliales dans les affections gastro-intestinales du nourrisson. — Hermann FLESCH : Pronostic du trismus, tétanos des nouveau-nés et des enfants; considérations sur la sérothérapie (*fin*). — FRÆNKEL : Sur le veronal dans la coqueluche.

Écho médical du Nord. — (N° 6, 5 févr. 1905.) OUI et DESCARPENTRIES : Grossesse tubaire droite, terminée par hémato-salpinx et hématocèle; annexite gauche; castration totale par le procédé de J.-L. Faure. — SURMONT et DEHON : Un cas d'ictère acholurique rendu pseudocholurique par l'élimination des matières colorantes du séné. — BRETON et VANSTEENBERGHE : Urémie à forme nerveuse améliorée par la ponction lombaire. — BERNARD : Deux cas d'ostéomyélite. — (N° 7, 12 fév.) PATOIR : Les formalités de l'internement des aliénés; la loi du 30 juin 1838; responsabilité du médecin.

Journal des praticiens. — (N° 6, 11 fév. 1905.) KIRMISSON : Traitement de la coxalgie. — BRUHL et N. FIESSINGER : Un cas de pneumococcie généralisée sans pneumonie initiale, terminée par la mort. — PASCAULT : Associations et incompatibilités alimentaires (*suite*). — (N° 7, 18 fév.) BROCA : Abcès appendiculaire de la région périphérique. — TROUSSEAU : Réparation esthétique oculo-palpébrale. — E. TERRIEN : Le régime alimentaire dans les gastro-entérites chroniques du nourrisson.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 6, 11 fév. 1905.) DELASSUS : Des indications de l'opération dans l'appendicite aiguë selon le jour de la maladie et les symptômes.

Médecine moderne. — (N° 7, 15 fév. 1905.) LEGUEU : Corps étrangers de la vessie.

Presse médicale. — (N° 13, 15 fév. 1905.) WRIGHT. Le traitement de la tuberculose par les inoculations. — Emile WEIL : L'action des anesthésiques sur le sang. — (N° 14, 18 fév.) HAYEM : De la syphilis stomacale.

Revue de chirurgie. — (N° 2, 10 fév. 1905.) QUÉNU et P. DUVAL : Traitement opératoire des ruptures sus-rotuliennes du quadriceps. — TUFFIER et JEANNE : Les gastrorragies dans l'ulcère simple de l'estomac. — L. SAUVÉ : Des hémorragies intestinales consécutives à l'opération des hernies en général. — LE DAMANY : Traitement rationnel des luxations congénitales de la hanche. Étude théorique (*fin*). — BALACESCO et COHU : L'œsophagotomie externe cervicale comme traitement des corps étrangers de l'œsophage (*fin*).

Revue de médecine. — (N° 2, 10 fév. 1905.) Ch. RICHET : Ration alimentaire dans quelques cas de tuberculose humaine. — Ch. FÉRÉ : Le bégaiement épileptique. — L. LORTAT-JACOB et G. SABARÉANU : Exostoses ostéogéniques symétriques congénitales du maxillaire inférieur avec irrégularité d'implantation dentaire. — J. PAWINSKI : Sur l'hyposthénie cardio-vasculaire climatérique. — F. CHOUPIN : Opothérapie rénale (méthode Renaut-Dubois). Ingestion de macération de rognons crus de porc. Résultats cliniques (*fin*).

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 6, 11 fév. 1905.) Auguste LUCAE : Du diagnostic du cholestéatome de l'oreille moyenne.

Revue mensuelle des maladies de l'enfance. — (Fév. 1905.) A.-B. MARFAN : Cornage congénital chronique. Hypertrophie du thymus. Syphilis héréditaire. — DETOT et BOURCART. Recherches sur l'agglutination du streptocoque dans la scarlatine.

Roussky Vratch. — (N° 1, 8 janv. 1905.) MELIKOV et L. V. PISSARJEVSKY : Perborate de soude. — D. P. KICHENSKY : Perborate de soude. Son action bactéricide et ses propriétés thérapeutiques. — Th. Z. OMELTCHENKO : Le voluminimètre anthropométrique dans les recherches anatomopathologiques. — M. O. CHAÏKEVITCH : De l'akinésie douloureuse. — A. G. VASSIOUTINSKY : Traitement du trachome par les rayons X. — (N° 2, 15 janv.) S. D. MIKHNOV : La myotomie conservatrice au cours de la grossesse. — V. A. OPPEL : Contribution à l'étude du traitement des méningites suppurées. — Z. F. ORLOWSKY : Les diarrhées d'origine parasitaire et l'achylie gastrique. — A. Z. VINOGRADOV : Action des couleurs artificielles de la série aromatique sur la digestion. — J. S. BALINE : Contribution à l'étude des ruptures du vagin pendant le coït.

Semaine gynécologique. — (N° 7, 14 fév. 1905.) KIRIAC : Hématocolpos consécutif à l'imperforation de l'hymen.

Semaine médicale. — (N° 7, 15 fév. 1905.) BÉRARD et LERICHE : De la conduite à tenir dans les cas de corps étranger de l'œsophage chez l'enfant.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 6, 9 fév. 1905.) TAUSSIG : La maladie caniculaire (catarrhe stomacal endémique) en Herzégovine. — HERMANN : Traitement opératoire de la cryptorchidie. — MAYER : Un cas de troubles passagers particuliers après la gastro-entérostomie. — REITTER : Sur deux causes rares de sténose duodénale.

TUBERCULOSE FIBREUSE

DU POUMON DROIT

STÉNOSE MITRALE PURE AVEC SYMPHYSE TUBERCULEUSE DU PÉRICARDE

MORT PAR GRANULIE

Par le docteur L. BRAILLON (d'Amiens),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Nous avons les premiers, avec notre maître le docteur Œttinger (1), établi l'existence de cardiopathies tuberculeuses cliniquement primitives, caractérisées à la fois par une symphyse péricardique et des lésions complexes des orifices cardiaques. Ces lésions d'endopéricardite tuberculeuse chronique, sans caractères anatomiques spécifiques, sont la conséquence d'une localisation simultanée de l'infection sur les deux séreuses cardiaques, elles sont liées à l'évolution parallèle vers la guérison par sclérose d'une péricardite tuberculeuse atténuée et d'une endocardite simple aiguë ou subaiguë à bacilles de Koch (2), affections absolument identiques au point de vue anatomique et pathogénique.

Le fait que nous relatons aujourd'hui montre que le syndrome morbide, individualisé par Potain et Teissier (tuberculose fibreuse du poumon et sténose mitrale pure), peut, comme d'autres manifestations de la tuberculose de l'endocarde, s'associer lui aussi à la symphyse tuberculeuse du péricarde.

N. D..., ouvrier agricole, âgé de quarante-sept ans, entre à l'Hôtel-Dieu d'Amiens le 9 décembre 1904 dans le service du docteur Huber (3). On n'obtient que des renseignements assez vagues sur ses antécédents pathologiques. Il paraît fortement intoxiqué par l'alcool, et déclare avoir été assez bien portant jusqu'à ces derniers temps. Il aurait pourtant fait l'année précédente à l'hôpital un séjour de quelques semaines. Il toussait déjà à cette époque, et a continué à tousser et à s'affaiblir depuis ce moment.

A l'entrée du malade à l'hôpital il existe une légère élévation de température, 38°2. Le pouls petit est à 110. Le malade est amaigri, et on est de suite frappé par l'augmentation de volume du ventre. Il existe une ascite facilement perceptible libre dans la cavité abdominale. Le foie est volumineux, il descend dans l'hypogastre et l'hypocondre droit. Assez dur et douloureux à la palpation il n'est pas animé de battements. La rate ne paraît pas hypertrophiée. Le teint est légèrement jaune sale, les urines rares donnent la réaction de Gubler, mais les muqueuses ne sont pas colorées et on ne constate pas de réaction de Gmelin.

Il existe au niveau des membres inférieurs un léger œdème tibial.

(1) Œttinger et Braillon. Soc. méd. des hôpit., juillet 1904.

(2) Braillon. *De l'endocardite tuberculeuse simple*, Th. de Paris, 1904.

(3) Nous tenons à remercier vivement le docteur Huber de l'amabilité avec laquelle il nous a offert l'entrée de son service et de la bienveillance avec laquelle il nous a autorisé à suivre ce malade.

Ces symptômes attirent l'attention du côté du cœur. La pointe bat dans le cinquième espace intercostal, à deux ou trois centimètres environ en dehors du mamelon. Il existe à ce niveau un certain degré de dépression systolique de la paroi, et la pointe ne paraît pas se déplacer sensiblement quand on fait placer le malade dans le décubitus latéral. A la palpation le cœur ne paraît ni dilaté ni hypertrophié. A l'auscultation on ne constate au niveau des différents orifices ni souffle, ni roulement, on n'entend pas de frottement péricardique, mais il existe un dédoublement des plus nets du second bruit.

A l'auscultation des poumons on entend des râles fins disséminés dans toute la poitrine. Au sommet droit au niveau des fosses sus et sous-épineuses et de la région sous-claviculaire il y a de la matité, de l'exagération des vibrations thoraciques; la respiration est rude, est soufflante, l'expiration prolongée.

La situation reste sensiblement stationnaire les jours suivants, la température oscille entre 38 et 38°5. Le pouls reste accéléré, le dédoublement reste toujours extrêmement net.

La situation ne tarde cependant pas à se modifier; on observe l'effacement, la disparition du syndrome asystolique, la persistance et la progression des symptômes infectieux présentés par le malade dès son entrée à l'hôpital.

En même temps que le foie se rétracte et ne déborde plus les fausses côtes que de trois ou quatre travers de doigt, que l'ascite diminue et finit par n'être plus cliniquement appréciable, que le dédoublement du second bruit lui-même devient bien moins nettement perceptible, la fièvre continue à osciller entre 38 degrés et 38°5, le pouls reste accéléré, il existe de l'oppression d'ailleurs peu considérable, un certain degré de torpeur cérébrale, sans signes nets de réaction méningée. A la période terminale le malade se cyanose de plus en plus, il s'éteint progressivement le 28 décembre. L'autopsie nous donnait la clé des phénomènes infectieux présentés par le malade, et nous faisait constater l'existence d'une granulie généralisée, extrêmement confluente, des poumons, du péritoine, des reins.

A côté de la généralisation terminale on constate dans le lobe supérieur du poumon droit de larges bandes de tuberculose fibreuse, sans foyer de ramollissement, sans caverne. Au sommet du poumon gauche il y a un tubercule caséeux du volume d'un pois.

Le foie un peu hypertrophié pèse 1650 grammes. Il est muscade, sa surface est lisse et on ne constate pas de lésions manifestes de cirrhose. Il y a sur la capsule quelques taches blanches de périhépatite. Il y a encore un peu de liquide à l'intérieur de la cavité péritonéale, farcie de granulations grises. Mais c'est surtout le cœur qui présente des lésions dignes d'intérêt.

Le péricarde est adhérent à la paroi thoracique, il est intimement uni aux organes voisins, aux poumons en particulier, et on doit sculpter sa surface externe à coups de ciseaux. On constate alors l'existence d'une symphyse tuberculeuse à peu près complète. Les deux feuillets de la séreuse sont épaissis,

blanchâtres, d'aspect fibreux. En certains points la symphyse est toute récente et on sépare sans grand effort les deux feuillets sur une assez large surface. La surface de séparation est irrégulière, granuleuse d'un blanc jaunâtre.

L'orifice mitral suffisant présente un rétrécissement mitral à son début ne permettant pas l'introduction du pouce. A l'ouverture du ventricule gauche, on constate que les deux valves soudées l'une à l'autre sont souples dans la plus grande partie de leur étendue. Il n'y a pas d'épaississement ni de rétraction des muscles papillaires et des cordages tendineux. Sur la face auriculaire de la grande valve près de son insertion à l'anneau fibreux, existe une tache blanche à peu près circulaire, à bords irréguliers, de la dimension d'une petite lentille. Parallèlement au bord libre épaissi et presque à son contact, comme tracé à la plume et occupant tout le rebord orificiel existe une ligne blanchâtre faisant légèrement saillie et se détachant nettement sur les parties avoisinantes de l'endocarde valvulaire. Les autres appareils valvulaires, l'endocarde pariétal ne présentent aucune autre particularité méritant d'atirer l'attention. On ne constate nulle part en particulier de lésions ressemblant à des granulations tuberculeuses miliaires.

Il s'est donc agi dans ce cas d'une granulie terminale chez un malade atteint de sclérose tuberculeuse du poumon et des séreuses cardiaques. La nature de la symphyse du péricarde n'est pas douteuse. Des coupes histologiques pratiquées avec l'aide du docteur Hautefeuille nous y ont montré les lésions inflammatoires avec pseudo-membrane fibrineuse et néo-membrane conjonctive décrites par Péron dans la pleurésie aiguë séro-fibrineuse tuberculeuse et par nous dans l'endocardite tuberculeuse simple.

On ne trouvait pas dans la néo-membrane, sur les coupes que nous avons examinées, de tubercules histologiques bien nets, en dehors de quelques nodules composés de cellules d'apparence épithélioïde et de lymphocytes sans cellules géantes. Il existait par contre dans le foie, qui présentait en outre les lésions du foie cardiaque sans cirrhose notable et des dégénérescences cellulaires étendues, de magnifiques cellules géantes, isolées ou groupées deux à deux, semées et sans systématisation bien nette au milieu du parenchyme, sans constituer le centre d'un follicule tuberculeux typique.

Les signes constatés pendant la vie, les résultats de l'autopsie nous permettent d'affirmer également que la lésion mitrale, malgré quelques caractères un peu particuliers concernant le sexe et l'âge du malade, appartient bien au type anatomo-clinique individualisé par Durozier et dont Potain et Teissier ont établi la coexistence fréquente avec la tuberculose fibreuse du poumon.

Quelle est la pathogénie de ce syndrome morbide? On sait que d'après Potain et Teissier on aurait affaire à une affection valvulaire nettement caractérisée par sa nature, par ses lésions, par sa physionomie clinique et qu'il y aurait lieu de différencier des lésions complexes d'orifice accompagnées ou non de lésions du péricarde, essentiellement causées par le rhumatisme; sa pathogénie serait toute spéciale, il s'agirait d'une lésion para-tuberculeuse, d'un processus chronique d'emblée lié à l'action dystrophiante et sclérosante de la tuberculose pulmonaire chronique sur l'endocarde valvulaire; cette dernière était influencée à son tour dans sa marche par la sclérose orificielle qu'elle a elle-même créée et par la stase pulmonaire qui en résulte.

En établissant l'existence d'une endocardite aiguë à bacilles de Koch (1), primitive et locale, en montrant que cette endocardite tuberculeuse curable était le point de départ de scléroses valvulaires et d'affections orificielles d'origine tuberculeuse, en mettant en évidence qu'il s'agissait dans cette affection d'une inflammation bien localisée des régions juxta-marginales des appareils valvulaires, nous avons fait de l'infection locale le facteur essentiel des lésions de l'endocarde aiguës, subaiguës et chroniques d'origine tuberculeuse, dont le rétrécissement pur mitral ou tricuspidien ne nous a plus paru constituer qu'une des modalités anatomiques et cliniques.

Le fait que nous venons de rapporter démontre le bien fondé de cette opinion. La coexistence de la symphyse du péricarde et de la sténose mitrale se conçoit facilement s'il s'agit de lésions de pathogénie identique, s'il s'agit pour les deux localisations d'une tuberculose de séreuse et d'une infection atténuée. Il ne faut voir là qu'un cas particulier des endopéricardites tuberculeuses, dont nous avons rapporté dans notre thèse plusieurs observations : et on comprendrait mal d'autre part que la tuberculose ne mobilisât que ses toxines vers l'endocarde, alors qu'elle aurait recours à son microbe au niveau du péricarde, pour causer chez le même malade, au niveau des deux séreuses cardiaques, des lésions anatomiquement identiques.

Chez notre malade la tuberculose n'a pas manifesté ses tendances sclérosantes qu'au niveau des séreuses cardiaques. Il en était de même au niveau du poumon. Nous avons montré (2) que la théorie infectieuse du rétrécissement mitral tuberculeux rendait aisément compte de cette particularité, et notre manière de voir a été confirmée par Jeanselme (3), qui a admis qu'il fallait dans toutes ces localisations voir le processus unique de l'infection tuberculeuse due à un germe atténué évoluant sur un terrain résistant.

La terminaison de la maladie par granulie généralisée nous paraît enfin digne d'attirer l'attention. Nous avons établi dans notre thèse que si les malades atteints de tuberculose de l'endocarde mouraient le plus souvent en cardiaques, ils pouvaient aussi, que l'endocardite tuberculeuse soit ou non associée à d'autres localisations cliniquement appréciables, succomber à l'infection tuberculeuse. Si l'endocardite tuberculeuse simple et la granulie sont deux formes bien distinctes de la tuberculose circulatoire, si elles ne sont à aucun titre, comme on l'avait admis

(1) Braillon. *Revue de la tuberculose*, août 1904.
(2) *Revue de la tuberculose*, août 1904.
(3) *Revue de la tuberculose*, Th. de Paris, 1904.

avant nous, des lésions contemporaines et toujours associées, elles peuvent cependant se succéder chez le même malade. C'est ce que démontre l'histoire pathologique que nous venons de résumer et où l'on voit le syndrome asystolique s'effacer progressivement devant le tableau de l'infection granulique.

MÉDECINE PRATIQUE

LE CALOMEL DANS LE TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

Le salicylate de soude, les enveloppements au salicylate de méthyle donnent, dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, des résultats trop excellents pour que l'on puisse songer à les rejeter; M. Manceaux vient cependant montrer (1) que l'adjonction de la désinfection intestinale par le calomel améliore considérablement cette thérapeutique et avance la convalescence d'une façon très notable.

Dans cet ordre d'idées, l'auteur prescrit 0,50 ou 0,60 centigrammes de calomel en trois prises, l'enveloppement des articulations atteintes au salicylate de méthyle, la désinfection de la bouche et le régime lacté. Le second jour il remplace, dans le traitement, le calomel par 3 ou 4 grammes de salicylate de soude. Le troisième jour il administre 30 ou 40 centigrammes de calomel. La fièvre commence généralement à tomber avec les phénomènes douloureux du cinquième au septième jour. Après avoir rendu le cinquième jour, s'il est nécessaire, 0,20 centigrammes de calomel, M. Manceaux continue la médication salicylée en décroissant, ainsi que les enveloppements, jusqu'à guérison.

Les faits déjà signalés par Toupet et de Gorsse (injections intra-musculaires de calomel dans les arthrites rhumatismales chroniques), Siner (de Vienne), Stengel (de Philadelphie), donnent un intérêt réel à la note de M. Manceaux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1905)

Recherches expérimentales sur les relations entre la pression artérielle et les doses de chloroforme absorbées; l'examen continu de la pression artérielle permet d'éviter sûrement tous les accidents de l'anesthésie chloroformique, quel que soit le procédé de chloroformisation employé. — Les faits connus actuellement sur l'action du chloroforme démontrent qu'il provoque la mort par son action toxique sur le cœur ou les centres nerveux cardiaques.

M. Tissot vient d'étudier cette action toxique sur le cœur, en remplaçant l'examen direct de la contraction cardiaque par celui de la pression artérielle qui en reproduit fidèlement les modifications. Il a pu ainsi établir :

1° Que l'examen de la pression artérielle renseigne bien avant l'apparition des modifications respiratoires;

2° Que les modifications respiratoires n'apparaissent que lorsque le danger décelé par la diminution de la pression artérielle est déjà constitué.

On peut dire d'autre part que, non seulement les indications fournies par la respiration sont tardives, mais elles sont aussi souvent difficiles à apprécier.

Étude comparative de la cage auto-conductrice et du lit condensateur dans le traitement de l'hypertension artérielle par la d'Arsonvalisation. — MM. Moutier et Chalamel font une communication sur ce sujet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 17 FÉVRIER 1905)

Oreillons avec zona du trijumeau et lymphocytose rachidienne. — M. Sicard rapporte le cas d'une parotidite ourlienne bilatérale au cours de laquelle évolua un zona du trijumeau, s'accompagnant de phénomènes cliniques méningés. La ponction lombaire permit de déceler une lymphocytose rachidienne abondante. Il faut sans doute rapporter l'apparition de ce zona, complication exceptionnelle de la fièvre ourlienne, à la propagation du processus méningé mésocéphalique au niveau du ganglion de Gasser.

Coïncidence du tabès et de gommes syphilitiques en activité. — MM. Gaucher, Edmond Fournier et Touchard. Les cas de ce genre deviennent chaque jour moins rares depuis que l'attention est attirée sur eux. C'est un cas semblable que les auteurs rapportent aujourd'hui. Il s'agit d'une femme de quarante-cinq ans, dont le tabès a débuté il y a quatre ans par l'apparition de douleurs fulgurantes dans les jambes. Aujourd'hui, c'est un tabès typique avec abolition des réflexes rotuliens, signe d'Argyll-Robertson, ptosis passager, etc. Or, il y a quatre mois, survint au niveau de l'appendice xyphoïde une gomme syphilitique qui aujourd'hui, après trois semaines de traitement par injections sous-cutanées quotidiennes de deux centigrammes de benzoate de mercure, est déjà presque complètement cicatrisée.

Il est à noter que chez cette tabétique non seulement la syphilis était méconnue, mais encore aucun accident pathologique antérieur ne permettait de la soupçonner.

Un cas de sclérodermie généralisée. Amélioration considérable par le traitement thyroïdien. — MM. P. Ménétrier et Louis Bloch présentent une jeune femme atteinte de sclérodermie diffuse. Le début de l'affection remonte au mois d'août 1904, et l'extension en a été extrêmement rapide. La malade est entrée à l'hôpital en septembre 1904 avec une sclérose cutanée d'apparence œdémateuse étendue à la face, au cou, au tronc et aux membres supérieurs. Les lésions étaient assez avancées pour entraver dans une large mesure les mouvements, et pour provoquer des troubles respiratoires sérieux, aggravés encore du fait d'une double lésion mitrale préexistante. Le traitement thyroïdien a été institué au mois d'octobre et a consisté en l'administration quotidienne de 2 grammes de thyroïde de mouton, par périodes hebdomadaires séparées par une semaine de repos. Une amélioration notable a bientôt commencé. Actuellement les lésions ont régressé considérablement et la malade semble en voie de guérison. Le traitement thyroïdien n'a donné lieu à aucun accident et ce, malgré l'existence d'une cardiopathie. On a seulement noté pendant les périodes d'administration du corps thyroïdien une accélération notable du pouls.

Le traitement thyroïdien a été jusqu'à présent institué dans la sclérodermie, avec des résultats variables. Peut-être n'est-il

(1) *Caducée*, 1905, p. 52.

indiqué que dans les formes œdémateuses, qui seules reconnaîtraient une pathogénie thyroïdienne.

Cas de cancer, sarcome, achrodermatite d'Hallopeau, et chéloïdes guéris par les rayons X. — MM. Danlos et Gastou. Les malades présentés devant la Société ont été soumis dans des conditions à peu près identiques à l'action des rayons X. La partie à traiter placée à 15 ou 20 centimètres d'une ampoule donnant une étincelle équivalente de 5 à 8 centimètres; la durée des séances de dix à vingt minutes. La quantité de rayons absorbés variant de 3 1/2 à 5 H. Il n'y eut de radio-dermite légère que dans le cas de l'achrodermatite à la neuvième application. Le nombre des séances a varié de 16 à 29, pour les 4 cas. Elles étaient espacées d'une façon variable. En moyenne au début, il y eut trois jours entre chaque séance; puis, dans la suite l'intervalle entre chaque séance fut très irrégulier, de cinq à dix jours parfois. Un cancer du sein jugé inopérable guérit en 29 séances, un sarcome de la nuque chez une syphilitique eut 3 récidives et se cicatrisa en 21 séances; un malade de M. Hallopeau atteint d'achrodermatite durant depuis plus de dix ans eut ses doigts guéris en 20 séances alors que toutes les méthodes électriques ou autres avaient échoué; une chéloïde saillante et large a disparu en 16 séances.

L'examen histologique pratiqué, à plusieurs reprises, dans le cas de sarcome, a montré que les éléments sarcomateux cédaient la place au tissu conjonctif normal sous l'action des rayons X. Ces faits sont intéressants parce qu'ils démontrent que les rayons X agissent non seulement sur les néoplasies épithéliales, mais aussi sur les néoplasies vasculo-conjonctives et les scléroses inflammatoires.

Gastrite parenchymateuse dégénérative. — M. Hayem fait une communication sur ce sujet. Cette gastrite, qu'il a constamment rencontrée au cours d'états infectieux et qui, cliniquement, se caractérise par les signes de l'apepsie. M. Hayem a pu la reproduire expérimentalement chez les animaux avec la toxine diphtérique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 18 février 1905)

Presque tout l'intérêt de la séance s'est concentré sur l'importante communication que MM. Widal et Rostaine ont faite sur **l'insuffisance d'antisensibilisatrice dans le sang des hémoglobinuriques.** Voici, à ce sujet, la note qu'ont bien voulu nous remettre les auteurs :

« Les recherches que nous poursuivons depuis plusieurs mois chez une hémoglobinurique présentant des crises typiques *a frigore* avec hémoglobinémie préalable nous ont montré que dans son sang existait à l'état permanent une insuffisance de l'antisensibilisatrice spécifique que le sang renferme à l'état normal pour protéger ses propres globules, en neutralisant l'action de la ou des sensibilisatrices qu'il charrie constamment.

On sait que le froid fait subir au sang des hémoglobinuriques des modifications que l'on peut apprécier pour ainsi dire expérimentalement. Ainsi Donath et Landsteiner ont montré que la célèbre expérience du doigt glacé due à Ehrlich pouvait être reproduite *in vitro*, en dehors de l'organisme, avec le sérum ou le plasma d'un hémoglobinurique.

Si on mélange des globules rouges humains quelconques avec le sérum ou le plasma oxalaté d'un hémoglobinurique recueilli en dehors des crises et si, après avoir exposé ce mélange pendant une demi-heure à 0 degré, on le transporte à l'étuve à 37 degrés, on constate après deux heures une hémolyse très nette. Or, pour enlever au plasma de notre hémoglobinurique le pouvoir d'impressionner les hématies humaines sous l'influence du froid, il nous a suffi de l'additionner d'une faible quantité d'antisensibilisatrice obtenue en injectant des doses répétées de sérum humain à des animaux.

Une goutte de sérum d'un animal ainsi préparé, chauffé à 55 degrés, mélangé à x gouttes de plasma oxalaté de notre malade, lui enlevait cette propriété si spéciale.

L'antisensibilisatrice peut faire plus encore qu'exercer une action préventive, elle peut même guérir *in vitro* les globules déjà sensibilisés à froid par le plasma d'un hémoglobinurique.

La notion de l'insuffisance de l'antisensibilisatrice nous donne la clef de l'action particulière exercée par le froid sur un mélange d'hématies humaines et le plasma d'hémoglobinuriques. On ne peut invoquer une intervention cytasique. Le sérum de notre hémoglobinurique conservé depuis trois mois et complètement dépourvu par conséquent de toute trace de cytase active, impressionnait les hématies avec autant d'énergie que le jour de la prise; il suffisait de réactiver le culot globulaire au sortir de la glace avec un sérum fraîchement recueilli pour produire à 37 degrés une forte hémolyse.

On ne peut invoquer davantage un excès de sensibilisatrices, le chauffage à 55 degrés du sérum hémoglobinurique lui fait perdre, en effet, la propriété de sensibiliser des hématies sous l'influence du refroidissement; or, le propre d'une sensibilisatrice est de résister, on le sait, jusqu'à 65 degrés.

C'est la sensibilisatrice qui se fixe sur les hématies par le mécanisme que voici :

On sait que, dans un sérum normal, la sensibilisatrice et l'antisensibilisatrice, et l'antisensibilisatrice en état d'équilibre permanent, neutralisent sans cesse leur action antagoniste. Dans le plasma de l'hémoglobinurique, cet équilibre est instable, mais se maintient tant que n'interviennent pas certaines causes dont la plus frappante est le froid. Sous l'influence du refroidissement, l'antisensibilisatrice, plus fragile, plus frileuse, insuffisante en un mot, trahit sa faiblesse; elle ne suffit plus à neutraliser la sensibilisatrice qui, plus résistante, se libère de son action frénatrice pour se fixer en partie à froid sur les globules rouges.

De même que le froid engourdit pour un temps l'antisensibilisatrice, de même la chaleur régénère l'antisensibilisatrice en défaut, en la transformant, par un processus analogue à celui marqué par Ehrlich pour les complémentoïdes.

Dans le sang des hémoglobinuriques, en dehors des crises, comme pendant les crises, existe donc une insuffisance de l'antisensibilisatrice, par rapport à la ou aux sensibilisatrices existantes.

Cytologie du liquide parotidien au cours des oreillons. — MM. Sicard et Dopter montrent combien il est facile chez l'homme de puiser le liquide parotidien par le cathétérisme du canal de Sténon et appliquent ce procédé à l'étude cytologique parotidienne des oreillons. Au cours de cette maladie, la salive parotidienne qui ne contient à l'état normal aucun élément cellulaire, se peuple au début de leucocytes polynucléaires et mononucléaires; à un second stade les éléments propres glandulaires se retrouvent en extrême abondance; à un dernier stade enfin, vers le douzième jour, quelques gros mononucléaires persistent seuls, qui ne tardent pas eux-mêmes à disparaître. En cas des oreillons frustes, cette méthode peut avoir la valeur d'un véritable cytodiagnostic.

Des colorations microbiennes sur lames au niveau des cellules glandulaires desquamées sont restées négatives.

Sur les conditions physiques de la polyurie consécutive à l'infection intra-veineuse de sucres; pouvoir sécréteur du rein. — MM. Henri Lamy et André Mayer montrent que, si l'on fait circuler à travers un rein ulcéré sur un animal qu'on vient de sacrifier un liquide composé d'eau, de chlorure de sodium, d'urée et de glucose, on constate que : 1° la composition du liquide excrété par l'uretère est la même que celle du liquide injecté; 2° le rapport de concentration des éléments injectés est invariable.

Si l'on injecte à un animal vivant une solution concentrée de glucose, et qu'on suive parallèlement la concentration des sels de l'urée et du sucre dans le sang et dans l'urine, on constate que : d'une part, 1° la concentration moléculaire totale du sang tend à revenir à la normale; 2° la concentration du sang en sels varie extrêmement peu; 3° la concentration en sucres diminue d'une façon continue. D'autre part : 1° la concentration moléculaire de l'urine est constamment supérieure à celle du sang; 2° la concentration en sels et en urée diminue d'une façon continue; 3° la concentration en sucre augmente d'une façon continue.

Les cellules rénales accomplissent donc sur le rein vivant un travail actif et électif. La fonction rénale est une véritable sécrétion que les théories purement mécaniques et osmotiques sont incapables d'expliquer. L'activité des cellules est susceptible de variation, dont il faut étudier les conditions pour pénétrer le mécanisme des soi-disant imperméabilités rénales.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 15 février 1905 [*fin*])

Scopolamine. — Après le rapport de M. Delorme, nous entendons un rapport de M. Terrier sur une note présentée le 29 décembre dernier par M. Desjardins et relative à l'emploi de la scopolamine comme anesthésique. 26 expériences ont été faites dans le service de M. Terrier.

La scopolamine dont la formule est $C^{17}H^{21}AzO^4$ se présente sous la forme de cristaux solubles dans l'eau, l'alcool et l'éther, s'altérant fortement à la lumière. C'est le bromhydrate de scopolamine qui a été employé dans ces expériences.

L'anesthésie s'obtient à l'aide d'injections sous-cutanées de la solution suivante :

Bromhydrate de scopolamine.	0g,001 milligramme.
— de morphine....	0g,01 centigramme.
Eau distillée	1 centimètre cube.

Environ vingt à trente minutes après la première injection, le malade s'endort; il présente encore quelques mouvements reflexes; après la seconde injection, les réflexes diminuent puis disparaissent.

Le malade dort profondément sur le dos; il dort, selon l'expression consacrée, à poings fermés; si on le réveille, il se rendort aussitôt. Après la troisième piqûre, le sommeil est profond, les réflexes sont abolis; on constate une vaso-dilatation de la face, des sueurs. La respiration diminue de fréquence, le pouls est plein, régulier, rapide : il oscille entre 90 et 120 pulsations; les pupilles sont dilatées. La résolution des muscles des membres n'est pas complète. Si l'on secoue le sujet, il tend à se réveiller lentement, comme dans le sommeil naturel. Le sommeil dure quatre à cinq heures, mais l'anesthésie persiste bien longtemps après le sommeil, jusqu'à vingt-quatre heures après les piqûres. Le malade, après l'opération, se réveille, boit et se rendort. Quand il se réveille tout à fait, il ne s'est nullement aperçu de l'opération. Il résulte de cette persistance de l'anesthésie que la nuit qui suit l'opération est toujours excellente. Le lendemain matin, le pouls et la température sont normaux; il n'y a jamais de céphalée, pas de vomissements, les urines restent normales.

Les avantages de ce mode d'anesthésie sont les suivants : suppression de l'appréhension de l'acte opératoire, pas d'excitation, pas de nausées, pas de malaises, pas de vomissements; possibilité de boire et de s'alimenter après l'opération, persistance de l'anesthésie, aucun souvenir de l'opération.

Les inconvénients sont la variabilité de l'action de l'agent anesthésique, qui tantôt est complète, tantôt est incomplète et demande l'adjonction du chloroforme, la facile décomposition du produit, la vaso-dilatation qui exige une hémostase plus complète, la contractture des parois abdominales qui rend son emploi impossible pour les laparotomies.

Un journal de médecine, dans un article récent, a annoncé qu'il y avait déjà 10 à 12 cas de mort à la suite de l'emploi de la scopolamine. Il y a là une exagération voulue, un seul de ces cas est douteux, les autres cas se rapportent à des opérations pratiquées *in extremis*.

Plusieurs présentations, sans doute intéressantes, ont été faites, mais, malheureusement, aussitôt que M. le président annonce ces présentations, le brouhaha des conversations particulières devient tel qu'il n'est plus possible d'entendre un seul mot du présentateur; malgré les efforts louables que fait le président pour obtenir le silence, il n'arrive qu'à ajouter le bruit de sa sonnette à celui des conversations.

L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DANS LES HOPITAUX

(ANNÉE 1905)

COURS ET CONFÉRENCES CLINIQUES FAITS PAR MM. LES CHEFS DE SERVICE

Hotel-Dieu. — M. Brissaud : Maladies du système nerveux, mercredi, neuf heures et demie, salon de la salle Sainte-Madeleine.

M. Faisans : Maladie des voies respiratoires, tous les jours, neuf heures un quart, salles Saint-Augustin et Sainte-Monique.

M. G. Ballet : Maladies du système nerveux, samedi, neuf heures et demie, salon de la salle Sainte-Anne (leçon le dimanche à dix heures, amphithéâtre Trousseau, à partir du premier dimanche de février).

M. André Petit : Conférences sur les maladies du cœur, mardi, jeudi, samedi, neuf heures, salle Sainte-Martine.

M. Lucas-Championnière : Clinique chirurgicale, jeudi, dix heures, amphithéâtre Desault. — Opérations abdominales, mardi, neuf heures, salle de gynécologie. — Fractures et massage, mardi, vendredi, onze heures, dans le service.

M. Enriquez, médecin des hôpitaux : Examen des malades, clinique médicale, tous les jours (excepté le jeudi), neuf heures et demie, consultation.

M. Marion, chirurgien des hôpitaux : Exercices pratiques de clinique chirurgicale et de gynécologie, tous les jours, neuf heures, consultation.

Pitié. — M. Babinski : Maladies du système nerveux, samedi, dix heures un quart, amphithéâtre des cours.

M. Darier : Leçons sur les maladies de la peau, mercredi

dix heures, amphithéâtre des cours. — Opérations dermatologiques, mardi, neuf heures et demie, salle Serres.

M. Dalché : Gynécologie médicale, jeudi, neuf heures trois quarts, amphithéâtre des cours ; mercredi, neuf heures, salle Trousseau.

M. Lion : Leçons sur les maladies de l'estomac, samedi, dix heures un quart, salle Grisolle.

M. Louis Rénon : Maladies du cœur et du poumon, vendredi, neuf heures et demie, amphithéâtre des cours.

M. Claisse : Maladies des voies respiratoires et maladies infectieuses, jeudi, dix heures et demie, amphithéâtre des cours.

M. Walther : Visite des malades, tous les jours, neuf heures, salles Broca et Gerdy. — Opérations et conférences cliniques, lundi, mercredi, vendredi, neuf heures, pavillon Gerdy.

Lepage : Conférences cliniques, tous les jours, neuf heures et demie, service d'accouchement.

Charité : M. Moutard-Martin, conférences cliniques, tous les jours, neuf heures, au lit des malades.

M. Oulmont : Conférences cliniques, tous les jours, neuf heures, au lit des malades.

M. Roger : Conférences cliniques, tous les jours, neuf heures, au lit des malades ; mardi dix heures, amphithéâtre Potain.

M. Campenon : Conférences cliniques, lundi, mercredi, vendredi, au lit des malades ; samedi, dix heures et demie, amphithéâtre Potain. — Opérations, mardi, samedi.

M. Maygrier : Clinique obstétricale, jeudi, dix heures, amphithéâtre Potain.

Saint-Antoine. — M. A. Siredey : Conférences de clinique et de séméiotique médicale, lundi, mercredi, vendredi, neuf heures, salles Bichat et Chomel. — Conférences de gynécologie médicale, jeudi, dix heures, à l'annexe de la salle Chomel.

M. Béclère : Maladies des organes thoraciques : examen clinique des malades et radiothérapie, tous les jours, neuf heures et demie, salles Magendie et Grisolle ; examen radioscopique des malades, samedi, dix heures, laboratoire Grisolle ; conférence de radiologie médicale. (Pour les conférences et les exercices pratiques de radiographie dans le laboratoire du docteur Béclère, *voir affiches spéciales*.)

M. Thoinot : Examen des malades, tous les jours, neuf heures et demie, salles Marjolin, Roux et Corvisart.

M. Vaquez : Maladies du cœur, des vaisseaux et du sang, mardi, jeudi, dix heures, pavillon Lorain.

M. Jacquez : Maladies de la peau et syphilis, mardi, samedi, neuf heures, salle Aran.

M. Le Noir : Maladies du tube digestif et de la nutrition. — Conférences de clinique et de thérapeutique, vendredi, dix heures, salle Axenfeld.

M. Mosny : Maladies du poumon et de la plèvre, jeudi neuf heures et demie, salle Louis.

M. Lermoyez : Maladies du nez, du larynx et des oreilles : examen des malades, mardi, jeudi, samedi, dix heures ; opérations, lundi, vendredi, dix heures, service des maladies du nez, du larynx, des oreilles.

M. Bar : Examen des malades, tous les jours, neuf heures et demie. — Leçon, vendredi, dix heures, Maternité.

M. Macaigne, médecin des hôpitaux : Examen des malades, clinique médicale, tous les jours, neuf heures et demie, salle de la consultation.

Necker. — M. H. Huchard : Leçons de clinique thérapeutique, vendredi, dix heures, amphithéâtre Laënnec.

M. Cuffer : Conférences de microbiologie, anatomie pathologique et urologie, lundi, neuf heures, pavillon Péter. — Leçons de pathologie clinique, mercredi, dix heures et demie, pavillon Péter. — Leçons cliniques, tous les jours, neuf heures et demie, au lit des malades.

M. Barth : Leçons cliniques, tous les jours, dix heures, au lit des malades.

M. Hirtz : Leçons cliniques, tous les jours neuf heures et demie, au lit des malades. — Traitement des maladies de l'appareil pulmonaire, jeudi, dix heures, amphithéâtre Laënnec.

M. Routier : Clinique chirurgicale, lundi, mercredi, vendredi neuf heures, au lit des malades.

Cochin. — M. Chauffard : Conférences de clinique médicale, samedi, dix heures, amphithéâtre de service.

M. Widal : Médecine générale, tous les jours, neuf heures et demie, au lit des malades ; lundi, dix heures et demie, amphithéâtre du service.

M. Schwartz : Chirurgie générale, lundi, mercredi, vendredi, neuf heures et demie, au lit des malades.

M. Quénu : Pathologie chirurgicale, tous les jours, neuf heures et demie, au lit des malades.

Cochin (annexe). — M. Alex. Renault : Affections vénériennes et cutanées, mercredi, samedi, dix heures et demie, salle de la troisième division.

M. Queyrat : Maladies de la peau (policlinique), vendredi, neuf heures, salle des cours. — Maladies des voies urinaires. Traitement des syphilitiques (policlinique), mardi, huit heures et demie, salle d'opérations. — Maladies vénériennes, conférences cliniques, lundi, dix heures, salle des cours ; examen des nouveaux malades (conférence clinique), jeudi et dimanche, neuf heures, salle d'opérations.

M. Humbert : Examen des malades et opérations, mardi et vendredi, dix heures et demie.

Beaujon. — M. Troisier : Conférences cliniques, tous les jours, neuf heures, au lit des malades.

M. Lacombe : Conférences cliniques, tous les jours, neuf heures, au lit des malades.

M. Albert Robin : Clinique. Thérapeutique, jeudi, dix heures, amphithéâtre.

M. Bazy : Conférences sur les maladies des voies urinaires, lundi, jeudi, samedi, neuf heures et demie, au lit des malades. — Chirurgie générale, mercredi, vendredi, neuf heures et demie, au lit des malades. — Opérations de gynécologie, mardi, vendredi, neuf heures et demie, pavillon Dolbeau.

M. Tuffier : Clinique et opérations, mardi, jeudi, samedi, neuf heures et demie. — Clinique, lundi, mercredi, vendredi, neuf heures et demie, au lit des malades.

M. Michaux : Chirurgie abdominale, lundi, mercredi, vendredi, neuf heures. — Chirurgie générale, mardi, jeudi, samedi, neuf heures, au lit des malades.

Lariboisière. — M. Landrieux : Clinique médicale (gynécologie), jeudi, neuf heures et demie, salle de gynécologie.

M. Tapret : Conférences de pathologie clinique, tous les jours, neuf heures et demie, au lit des malades.

M. Brault : Clinique médicale, tous les jours, neuf heures, au lit des malades.

M. Galliard : Clinique médicale, tous les jours, neuf hereus, salles Barth, Rabelais, Aran.

M. Le Gendre : Clinique médicale et thérapeutique, tous les jours, neuf heures et demie, au lit des malades. — Conférences de pratique médicale et de déontologie, samedi, dix heures, amphithéâtre.

M. Peyrot : Clinique chirurgicale, mardi, vendredi, neuf heures, au lit des malades. — Opérations, lundi, mercredi, jeudi, samedi.

M. Paul Reynier : Clinique chirurgicale, samedi, dix heures, amphithéâtre Gosselin ; tous les jours, neuf heures, au lit des malades.

M Poirier : Visite et opérations, tous les jours, neuf heures, au lit des malades.

M. Hartmann : Opérations, lundi, mercredi, vendredi, neuf heures, amphithéâtre du service Civiale. — Examen des malades, mardi, jeudi, samedi, neuf heures et demie, salles Civiale et Lailler. — Policlinique externe.

M. P. Sébileau : Laryngologie, rhinologie, otologie, lundi, mardi, samedi, neuf heures. salle de la consultation et salles Woillez et Davaine. — Somatologie (leçon clinique), mercredi, vendredi, neuf heures, au grand amphithéâtre. — Opérations, mercredi, neuf heures, pavillon Davaine.

M. Morax : Maladie des yeux, tous les jours, neuf heures, opérations, mercredi, samedi, neuf heures, salle de la consultation d'ophtalmologie.

M. Bonnaire : Clinique obstétricale : leçon clinique, mardi, dix heures, au grand amphithéâtre. — Conférences théoriques, lundi, mercredi, jeudi, vendredi, samedi, neuf heures, dans le service.

Tenon. — M. Ménetrier : Clinique médicale, tous les jours, neuf heures et demie, au lit des malades.

M. Launois : Clinique médicale, tous les jours y compris le dimanche, neuf heures et demie, au lit des malades.

M. Klippel : Clinique médicale, tous les jours, neuf heures et demie, au lit des malades.

M. Florand : Clinique médicale, tous les jours, neuf heures et demie, au lit des malades.

M. Jeanselme : Clinique dermatologique, mercredi, samedi, dix heures et demie, à la consultation.

M. Parmentier : Clinique médicale, tous les jours, neuf heures et demie, au lit des malades.

M. Lejars : Clinique chirurgicale, mercredi, vendredi, neuf heures et demie, au lit des malades. — Leçons de chirurgie abdominale, lundi, dix heures et demie, amphithéâtre.

M. Rochard : Gynécologie, mardi, jeudi, neuf heures et demie, à la consultation.

M. Boissard : Clinique obstétricale, tous les jours excepté le dimanche, dix heures, au lit des malades.

Laennec. — M. Merklen : Visite et conférences de séméiologie, tous les jours, neuf heures et demie, au lit des malades. — Leçons cliniques sur les maladies du cœur, dimanche, dix heures, amphithéâtre.

M. Barié : Conférences de clinique et de thérapeutique, tous les jours, neuf heures et demie, au lit des malades. — Leçons de séméiologie et de clinique sur les maladies du cœur, mercredi, dix heures, amphithéâtre.

M. Bourcy : Conférences cliniques, tous les jours, neuf heures et demie, au lit des malades. — Conférences de clinique, samedi, dix heures, amphithéâtre.

M. Pierre Delbet : Examen des malades, leçons cliniques et opérations, tous les jours, neuf heures, au lit des malades. — Thérapeutique chirurgicale, jeudi, dix heures, amphithéâtre.

M. A. Bergé, médecin des hôpitaux : Conférences de clinique, tous les jours, dix heures, au lit des malades.

M. J. Belin, médecin des hôpitaux : Conférences de clinique, tous les jours, neuf heures et demie, au lit des malades.

Bichat. — M. Talamon : Visite des malades, tous les jours, neuf heures et demie salles Louis et Bazin.

M. Hippolyte Martin : Visite des malades, tous les jours, neuf heures, salles Andral et Récamier.

M. Picqué : Examen clinique des malades, lundi, vendredi, neuf heures, salles Chassaignac et Jarjavay. — Conférence clinique, mercredi, dix heures, Laboratoire. — Opérations générales et abdominales, mardi, jeudi, samedi, neuf heures, salles Chassaignac et Jarjavay.

M. Soupault, médecin des hôpitaux : Conférences cliniques sur les maladies du tube digestif, vendredi, neuf heures et demie, salle de la consultation.

M. Chevalier, chirurgien des hôpitaux : Exercices pratiques de clinique chirurgicale, tous les jours, neuf heures et demie, salle de la consultation. — Voies urinaires, mercredi, neuf heures.

Andral. — M. Mathieu : Maladies des voies digestives, mardi, dix heures, salle de la consultation spéciale (à partir du 1er mars).

Broussais. — M. Gilbert : Conférences de clinique et de thérapeutique, tous les jours, dix heures, au lit des malades.

M. Œttinger : Conférences de clinique et de séméiotique, tous les jours, neuf heures et demie, au lit des malades.

Boucicaut. — M. Letulle : Conférences de clinique et d'anatomie pathologique, tous les jours, neuf heures et demie.

M. Chaput : Opérations, mardi, jeudi, samedi, neuf heures. — Visite des malades et leçons cliniques, lundi, mercredi, vendredi, dix heures.

M. Doléris : Visite des malades, jeudi, samedi, neuf heures. — Grossesse (affections gynécologiques, accouchement, suites de couches), lundi, dix heures, Maternité. — Leçons sur les maladies des femmes, lundi, mercredi, vendredi, neuf heures et demie, Maternité. — Exercices pratiques d'obstétrique et de gynécologie, vendredi, dix heures, Maternité.

M. F. Bezançon, médecin des hôpitaux : Maladies de l'appareil respiratoire, jeudi, dix heures et demie, salle de la consultation de médecine.

M. Michon, chirurgien des hôpitaux : Examen des malades et petite chirurgie (voies urinaires, mercredi gynécologie, vendredi), neuf heures, salle de la consultation de chirurgie.

Saint-Louis. — M. Hallopeau : Dermatologie et syphiligraphie (présentation de malades et conférences cliniques), jeudi, deux heures trois quarts, salle des conférences (toute l'année, sauf pendant les vacances).

M. Du Castel : Conférences sur la dermatologie et la syphilis, samedi, une heure et demie, salle des conférences (à partir du mois de décembre). — Traitement chirurgical des maladies de la peau, lundi, neuf heures et demie, laboratoire Cazenave. — Examen et discussion des nouveaux malades (policlinique), jeudi, neuf heures, salle Cazenave.

M. Danlos : Traitement chirurgical des maladies de la peau, lundi, neuf heures, salles Bichat et Biett. — Examen et discussion des nouveaux malades (policlinique), mercredi, samedi, neuf heures, salles Bichat et Biett.

M. Balzer : Conférences cliniques, vendredi, neuf heures et demie, salle Alibert.

M. de Beurmann : Examen des nouveaux malades, vendredi, neuf heures, salles Hillairet et Lorry. — Opérations dermatologiques, mardi, neuf heures, laboratoire Lorry.

M. Guinard : Conférences cliniques, lundi, mercredi, vendredi, neuf heures et demie. — Opérations gynécologiques, mardi, jeudi, samedi, neuf heures et demie.

M. Nélaton : Clinique chirurgicale et opérations, mardi, jeudi, samedi, neuf heures.

M. Ricard : Conférences et opérations, mercredi, samedi, neuf heures et demie, au lit des malades.

M. Guillemain, chirurgien des hôpitaux : Conférences de clinique et de thérapeutique chirurgicales, tous les jours, dix heures, salle de la consultation.

Broca. — M. Brocq : Conférences sur le traitement des maladies de la peau, lundi, mercredi, vendredi, huit heures un quart, salle de la consultation (entrée, 76, rue Pascal). — Leçons sur les maladies de la peau et la syphilis, mardi, samedi, neuf heures, salle Cullerier.

M. Thibierge : Leçons sur la syphilis, dimanche, dix heures, salle de la consultation. — Conférences pratiques sur la syphilis, mardi, samedi, dix heures, salle de la consultation.

Enfants-Malades. — M. Moizard : Leçons cliniques, mercredi, samedi, au lit des malades.

M. Comby : Leçon de thérapeutique clinique, mardi, neuf heures, salle de la consultation. — Leçons cliniques, mercredi, neuf heures, salle de Chaumont.

M. Variot : Leçons cliniques, mardi, dix heures et demie, salle Gillette; jeudi, consultation.

M. Richardière : Maladies infantiles : Examen des nouveaux malades, jeudi, neuf heures, au lit des malades. — Leçons cliniques, samedi, neuf heures, au lit des malades. — Thérapeutique clinique, mercredi, neuf heures, au lit des malades.

M. Marfan : Leçons cliniques sur la diphtérie, tous les jours, dix heures, dans le service (s'inscrire à la Faculté de médecine).

M. Broca : Leçons cliniques, mercredi, dix heures un quart, salle Archambault. — Examen des malades, mardi, jeudi, samedi, dix heures, salle de la consultation.

M. Rochon-Duvigneaud : Leçons cliniques, tous les jours, deux heures, au lit des malades.

Bretonneau. — M. Sevestre : Examen des malades. Clinique médicale infantile, mardi, jeudi, samedi, neuf heures, pavillon Archambault, salles J. Simon et Molland.

M. Josias : Clinique médicale infantile, tous les jours, neuf heures, pavillon Archambault, salles Barthez et Lubric.

M. Félizet : Clinique chirurgicale infantile, tous les jours, neuf heures, pavillons Flaubert et Marjolin.

Trousseau. — M. Netter : Clinique infantile, mardi, jeudi, samedi, neuf heures, salle Bergeron.

M. Guinon : Clinique infantile, lundi, mercredi, vendredi, à neuf heures et demie, salle Archambault.

Hérold. — M. H. Barbier : Leçons de pathologie infantile, vendredi, dix heures et demie, pavillon Pasteur.

M. Lesage : Leçons sur les maladies des nourrissons, mercredi, dix heures.

Salpêtrière. — M. Déjerine : Maladies du système nerveux, mercredi, neuf heures un quart; jeudi, cinq heures, salle de la consultation externe (le cours du jeudi commencera en mai).

M. Paul Segond : Clinique gynécologique, lundi, dix heures et demie. — Opérations, samedi, dix heures et demie.

M. Jules Voisin : Maladies mentales, jeudi, samedi, dix heures, section Esquirol (de fin décembre à avril).

M. Charpentier : Maladies mentales (leçon clinique pendant la visite), tous les jours, dix heures, section Pinel.

M. Deny : Maladies mentales, jeudi, dix heures, section Rambuteau (de mai à août).

LIVRES NOUVEAUX

Les médications préventives (1), par L. Nattan-Larrier.

Dans ce nouveau volume des *Actualités médicales,* M. Nattan-Larrier expose les différentes méthodes sérothérapiques actuellement connues : sérothérapie antidiphtérique, antitétanique, antistreptococcique, antipesteuse, anticholérique, antityphique. Chacun des chapitres comprend : un court historique, une étude pratique très complète des règles à observer pour obtenir de bons résultats, des conclusions précises. Écrit spécialement pour des praticiens, ce livre ne renferme que les détails essentiellement théoriques strictement nécessaires : il vise à mettre à la portée de tous une thérapeutique nouvelle dont l'importance s'accroît de jour en jour, et qu'il n'est plus permis à personne d'ignorer ni de méconnaître.

L. Babonneix.

(1) In-16 (Actualités médicales). Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 27 février au 4 mars 1905)

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 27 février, à une heure. — 3e (1re partie, oral, 1re série) : MM. Reclus, Sébileau et Wallich; — *Salle Béclard* (2e série) : MM. Broca (Aug.), Potocki et Cunéo; — M. Gosset suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Kirmisson, Legueu et Proust; — (2e partie, 1re série) : MM. Gaucher, Teissier et Claude; — (2e série) : MM. Roger, Legry et Macaigne; — M. Labbé (Marcel), suppléant.

Mardi 28 février, à une heure. — 3e (1re partie, oral, 1re série) : MM. Berger, Thiéry et Demelin; — *Salle Pasteur* (2e série) : MM. Budin, Launois et Auvray; — *Salle Corvisart* (3e série) : MM. Poirier, Schwartz et Brindeau; — M. Langlois, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Le Dentu, de Lapersonne et Faure; — (2e série) : MM. Pozzi, Marion et Morestin; — M. Gouget, suppléant.

Mercredi 1er mars, à une heure. — 2e : MM. Ch. Richet, Retterer et Desgrez.

3e (1re partie, oral), *Salle Pasteur* (1re série) : MM. Terrier, Sébileau et Lepage; — *Salle Béclard* (2e série) : MM. Delens, Potocki et Branca; — (2e partie), *Salle Charcot* : MM. Hayem, Déjerine et Legry.

4e, *Salle Dubois* : MM. Landouzy, Gley et Balthazard; — M. Broca (André), suppléant.

Jeudi 2 mars, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique,* épreuve pratique : MM. Cornil, Bezançon et Maillard.

3e (1re partie, oral, 1re série) : MM. Le Dentu, Thiéry et Demelin; — *Salle Pasteur* (2e série) : MM. Pozzi, Launois et Brindeau; — (2e partie), *Salle Béclard* : MM. Joffroy, Troisier et Jeanselme; — M. Faure, suppléant.

Vendredi 3 mars, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux prutiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Desgrez et Labbé (Marcel).

1er (oral), *Salle Richet* : MM. Brissaud, Sébileau et Pierre Duval.

2e, *Salle Thouret* : MM. Gariel, Gley et Branca.

3e (1re partie, oral) : MM. Segond, Potocki et Cunéo.

4e : MM. Pouchet, Déjerine et Macaigne.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Claude, suppléant.

Samedi 4 mars, à une heure. — 3e (1re partie, oral) : MM. Thiéry, Marion et Brindeau.

4e, *Salle Béclard* : MM. Raymond, Langlois et Richaud; — M. Guiart, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Gilbert, Renon et Jeanselme; — (2e série) : MM. Achard, Bezançon et Carnot; — M. Méry, suppléant.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 22. — JEUDI 23 FÉVRIER 1905. 78e ANNÉE. JEUDI 23 FÉVRIER 1905. — N° 22.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois . 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois . 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Les injections intratrachéales, techniques, résultats thérapeutiques, dans les affections pulmonaires et en particulier dans la tuberculose pulmonaire, par M. Paul Viollet.

SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine.

ANALYSES
Séméiologie : Quelques réflexes osseux des membres inférieurs à l'état normal et pathologique ; — *Anatomie :* Notes sur quelques anomalies de l'artère rénale.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Internat.* — Oral. — Séance du 20 février 1905 : MM. Collin, 18+17=35 ; — Deverre, 17+18=35 ; — Dupont, 16+24=40 ; — Abrami, 16+26=42 ; — Lemoine, 20+14=34 ; — Clunet, 14+24 =38 ; — Troisier, 13+23=36 ; — Braun, 13+20=33 ; — Porée, 12+22=34 ; — Joltrain, 22+11=33.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Clermont. — M. Bide, professeur de pathologie externe et de médecine, est mis à la retraite et nommé professeur honoraire.

M. Piollet, ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire, du cours d'histologie.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT. — La séance mensuelle aura lieu le jeudi 23 février, à quatre heures et demie, 12, rue de Seine, dans les locaux de la Société de chirurgie.

La conférence sera faite à cinq heures trois quarts par M. le professeur Budin sur les *consultations de nourrissons.*

Le dîner amical aura lieu chez Lapérouse, 51, quai des Grands-Augustins, sous la présidence de M. Budin.

SOCIÉTÉ DU VESTIAIRE DES HOPITAUX DE PARIS. — Un comité formé de Mmes Félix Guyon, présidente ; Brouardel, Déjerine, Nélaton, Panas, vice-présidentes ; Eugène Simon, secrétaire générale ; Oulmann, secrétaire adjointe ; Kirmisson, trésorière, et Claire Oster, administrateur déléguée, adresse l'appel suivant aux médecins et chirurgiens de Paris :

« Monsieur,

Après avoir été soignés dans les hôpitaux, les malheureux en sortent guéris, mais avec une telle insuffisance de vêtements, qu'ils se sentent dans l'impossibilité de trouver du travail à cause de leur aspect minable.

Nous voudrions porter un remède à cette si désolante situation et nous vous demandons de nous venir en aide, afin que nous puissions créer un « vestiaire des hôpitaux ». Cette fondation aurait comme but de centraliser toutes les bonnes volontés. Ceux qui le pourraient nous enverraient des vêtements, lesquels, après enquête, seraient distribués aux nécessiteux, et nous entreverrions alors moins poignante la détresse des pauvres qui partent des hôpitaux pour lutter chaque jour par le travail contre la misère. »

Les souscriptions peuvent être adressées à Mme Kirmisson, trésorière de la Société, 3, rue de Luynes.

Les dons en vêtements neufs ou usagés seront reçus avec reconnaissance au siège social, 42, rue de Grenelle. Sur un avis du donateur, l'Administration fera prendre les vêtements à domicile.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Charles Carpot, directeur de l'hôpital civil de Saint-Louis (Sénégal).

LES MANUSCRITS REFUSÉS. — Le *Mémorial de la librairie* nous apprend la formule charmante que le peuple le plus lettré et le plus poli de la terre, le Chinois, a inventée pour retourner un manuscrit à son auteur : « Nous avons lu ton manuscrit avec délices. Par les os de nos ancêtres, nous jurons ne jamais avoir lu jusqu'à ce jour un tel chef-d'œuvre. Si nous l'imprimions, S. M. l'empereur nous ordonnerait de le prendre comme criterium et de ne jamais imprimer quelque chose qui lui fût inférieur. Comme cela ne serait pas possible avant dix mille années, nous te retournons, tout tremblants, ton manuscrit, et te demandons dix mille pardons. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1905, par H. Bocquillon-Limousin, docteur en pharmacie de l'Université de Paris. Introduction par le docteur Huchard, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-18 de 322 p. — Prix : cart., 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

LES

INJECTIONS INTRATRACHÉALES

TECHNIQUES, RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES

DANS LES AFFECTIONS PULMONAIRES ET EN PARTICULIER DANS LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Par M. Paul VIOLLET,

Chef du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Péan,
Préparateur à la Faculté.

Dans ces dernières années on a, à diverses reprises, préconisé les injections intratrachéales pour les affections laryngées, pour les affections pulmonaires elles-mêmes et plus particulièrement la tuberculose pulmonaire; il me paraît tout à fait utile d'exposer ici brièvement les résultats auxquels de nombreux et récents travaux ont conduit dans cette voie.

Technique et procédés d'injection. — Bergeon (de Lyon) et Botey (de Barcelone) semblent avoir été les véritables initiateurs de la méthode d'introduction médicamenteuse par la trachée. Les procédés employés par les divers auteurs qui se sont occupés de la question sont multiples. Nous allons rapidement les passer en revue.

Ces procédés sont la piqûre de la trachée, le cathétérisme du larynx sous le contrôle du miroir ou du doigt, ce sont là les injections intratrachéales vraies et directes ainsi que les qualifient MM. G. Rosenthal et G.-A. Weill.

A côté d'eux se place le procédé plus récent de M. Mendel, procédé indirect qui, d'après son auteur, aurait l'avantage de permettre, à coup sûr, l'introduction de liquides dans la trachée sans obliger à introduire de seringue ou d'aiguille dans cet organe.

I. Bergeon (de Lyon) et plus récemment Rosenthal et Weill (1) ont préconisé la piqûre de la trachée. Ce procédé qui, dans certains cas, peut rendre des services et qui garantit la pénétration de la totalité du liquide injecté, ne nous paraît pas susceptible d'une application pratique courante; les injections intratrachéales dans le traitement des laryngites et affections pulmonaires, de la tuberculose notamment, devant être répétées le plus souvent un grand nombre de fois pour donner un résultat appréciable, il semble que les malades aient quelque peine à se soumettre docilement. Le procédé semblerait devoir être réservé à des cas graves où il faudrait agir vite et faire absorber rapidement et sûrement un médicament actif; ce pourrait être le cas dans des affections syphilitiques graves par exemple. N'était-ce pas le cas des accès pernicieux guéris par injection de sulfate de quinine dans la trachée, dont parle Potain? On sait que Botey et plus récemment Paul Carnot ont préconisé le traitement de la syphilis par les injections intratrachéales (1). Ce dernier utilisait dans ce but l'une des méthodes que nous allons maintenant passer en revue, celle du procédé digital.

(1) Rosenthal et Weill. Injections intratrachéales vraies et directes. Soc. de biol., 29 juin 1901. — Ces auteurs ont fait construire dans ce but une aiguille montée sur manche qui se manœuvre à la façon d'un trocart à pénétration limitée.

II. Des deux seuls procédés qui jusqu'ici me paraissent susceptibles d'être utilisés avec quelque sécurité, le premier est le procédé brutal, en quelque sorte, mais sûr, qui consiste à faire pénétrer la seringue à injection dans le larynx ou la trachée comme on fait le tubage : introduisant l'index de la main gauche dans la gorge, on relève avec le doigt l'épiglotte et on va reconnaître l'orifice supérieur du larynx, le doigt servant de guide, on introduit dans le larynx le bec mousse de la seringue tenue de la main droite (2).

Cette technique évidemment est possible et sûre, je crois cependant qu'elle ne sera, pas plus que la précédente, acceptée par un malade chez lequel on serait obligé de la répéter trop souvent; elle provoque infailliblement des réflexes de défense pénibles qui ne seront pas toujours aisément tolérés; j'ajoute que le procédé n'est pas aussi facilement applicable qu'il le paraît à première vue, la profondeur de l'orifice du vestibule laryngé chez l'adulte étant parfois assez grande pour qu'un index même long ne puisse, en toute certitude, guider la canule de la seringue dans l'orifice laryngé en relevant l'épiglotte convenablement comme il le faudrait.

III. La méthode la plus usuelle, celle qui, jusqu'à ces dernières années, était adoptée presque universellement par tous ceux qui utilisaient la voie trachéale en thérapeutique, est la méthode d'introduction d'une canule pénétrant dans la trachée sous le contrôle du miroir.

L'introduction de la canule de la seringue sous le contrôle du miroir se fait en, effet, presque sans réflexe, pourvu que la précaution soit prise de l'introduire doucement en évitant les contacts avec la langue, le voile du palais ou l'épiglotte. L'extrémité de la canule une fois placée au-dessus de l'orifice glottique y est enfoncée en pénétrant souvent du premier coup. Si cet orifice se ferme, comme cela a lieu parfois, le contact de la seringue provoquant un spasme, il suffit alors d'attendre un instant pour franchir l'obstacle; le malade fait un mouvement d'inspiration, la canule pénètre tout d'un coup; à ce moment l'injection est poussée et pénètre dans la trachée. Ce spasme laryngé sur la canule est beaucoup moins pénible, quand il se produit, que la contraction de défense générale du pharynx provoquée par le doigt; il disparaît d'ailleurs souvent aux injections ultérieures; chez les malades dont la gorge est sen-

(1) Paul Carnot. *Presse méd.*, 19 nov. 1902, p. 1108.

(2) On trouvera des détails sur cette technique dans une étude de M. Coromilas : *Sur la tuberculose et son traitement*, Paris 1902, p. 183 et suiv., et dans l'article de P Carnot : Sur les injections intratrachéales de mercure dans le traitement de la syphilis, cité plus haut. — M. Weill a fait construire chez Collin, dans ce but, un tube ayant la courbure voulue pour pénétrer dans la trachée. Ce tube très pratique s'adapte aux seringues à sérum de modèle courant.

sible et les réflexes faciles (ce sont ceux dont l'examen de la gorge est également difficile), rien n'est plus simple que d'atténuer la sensibilité de la gorge et de supprimer les spasmes en cocaïnisant au préalable la muqueuse du voile du palais, le bord libre de l'épiglotte et le pourtour de l'orifice laryngien.

IV. Depuis quelques années (1898), voulant faciliter la technique des injections intratrachéales et rendre son exécution des plus simples entre les mains de tout praticien, M. H. Mendel s'est fait le promoteur d'une méthode qui, si elle était vraiment efficace et sûre, d'une application rigoureuse et certaine, pourrait être appelée à un succès mérité (1).

Après avoir décrit plusieurs manuels opératoires, l'auteur de cette méthode s'est finalement arrêté au procédé suivant : maintenant de la main gauche, avec une compresse, la langue du malade tirée au dehors, on projette simplement avec une certaine force la solution à injecter contre la paroi postérieure ou latérale du pharynx à l'aide d'une seringue tenue de la main droite. La solution injectée descend le long de la face antérieure des aryténoïdes dans la cavité laryngée. M. Mendel se sert pour cela d'une seringue dont la canule légèrement incurvée est beaucoup moins longue dans sa partie coudée que la canule des seringues ordinairement utilisées pour les injections intratrachéales.

M. Mendel pense que ce procédé d'injection tellement simple peut être aisément pratiqué par tout médecin, voire même par un infirmier.

Vérification faite, il semble en effet possible — et à ce point de vue, les constatations de M. Mendel sont curieuses et intéressantes, car elles modifient, dans une certaine mesure, les données actuellement admises sur la physiologie du pharynx et de l'orifice pharyngé du larynx — il semble possible, dis-je, de faire pénétrer une certaine quantité de liquide dans le larynx et la trachée sans introduire de canule dans le larynx. Mais bien des conditions paraissent nécessaires pour cela.

Tout d'abord il est indispensable que la projection du liquide contre la paroi du pharynx ne détermine aucun mouvement de déglutition chez le malade, sans quoi le liquide injecté est simplement dégluti et il n'en pénètre aucune parcelle dans le larynx; le mouvement caractéristique d'ascension du larynx permet d'en juger; ce fait résulte d'expériences de contrôle qui ont été faites d'un commun accord par MM. Mendel, Lubet-Barbon et moi-même.

Quelques-unes de ces expériences de contrôle ont même fait l'objet d'un examen attentif d'une commission académique nommée à cet effet et composée de MM. Chauffard et Gley (2).

La nécessité de ne pas éveiller de réflexe pharyngien exige non seulement une grande habitude de la méthode de la part de celui qui l'exécute, mais aussi une véritable accoutumance aux manœuvres laryngées de la part du malade qui y est soumis.

Peut-être dans l'avenir, en combinant l'anesthésie pharyngée par la cocaïne avec le procédé de Mendel, pourra-t-on rendre plus sûre l'application de cette méthode et obtenir que le premier praticien venu puisse faire avec certitude une injection intratrachéale sans introduire une canule dans le larynx.

Des trois autres méthodes que nous avons passées en revue la méthode d'injection sous le contrôle du miroir paraît être celle qui permet le mieux de concilier les ménagements du malade avec les exigences d'une pénétration réelle de la solution injectée dans la trachée.

Il n'est pas douteux que pour peu qu'un médecin sache se servir du miroir laryngien la technique des injections intratrachéales lui devient très facile et à coup sûr le malade acceptera bien plus facilement l'injection par ce procédé que par le procédé digital.

En somme je crois qu'il faut accepter encore à l'heure actuelle les conclusions du récent travail de M. Barbier-Bouvet : les injections intratrachéales doivent être faites à l'aide d'une seringue intratrachéale et par cathétérisme du larynx sous le contrôle du miroir laryngien.

L'apprentissage que sera obligé de faire de cette méthode le médecin ne pourra que lui rendre service, ajoute avec raison l'auteur de ce travail; la possibilité d'examiner consciencieusement un larynx ne devrait-elle pas être connue de tous les praticiens?

Résultats thérapeutiques. — Les résultats que publient les divers auteurs qui ont utilisé la voie trachéale dans le traitement des affections pulmonaires et en particulier de la tuberculose de cet organe sont évidemment, à première vue, très favorables; je laisse de côté, ici, à dessein, les résultats de cette méthode dans le traitement des affections locales de la trachée ou du larynx. Après bien des essais divers, il semble que l'eucalyptol et le gaïacol soient décidément les médicaments de choix de cette thérapeutique. M. Mendel, qui s'est particulièrement occupé de ces injections, préconise presque exclusivement des solutions d'huile d'olive stérilisée, contenant 1 à 5 p. 100 d'eucalyptol, à la dose de 6 à 9 centimètres cubes par jour.

M. Lacombe, cité par Barbier-Bouvet, emploie le même excipient contenant 5 grammes de gaïacol, autant d'essence d'eucalyptus, et 50 centigrammes de menthol pour 90 grammes d'huile.

MM. G. Rosenthal et G.-A. Weill, Jean Delor

(1) Voir H. Mendel. *Traitement de la tuberculose pulmonaire par la médication intratrachéale*, Paris, 1900 et 1904. — Divers articles et communications parus dans ces quelques dernières années à l'Académie de médecine, à la Société médicale des hôpitaux et dans les *Archives générales de médecine*. 30 nov. 1903 et 1er nov. 1904.

(2) Voir Viollet. Peut-on pratiquer une injection trachéale sans introduire une canule dans le larynx? *Bull. Acad. méd.*, 30 juin 1903, p. 798, et *C. r. de la Soc. franç. de laryngol.* de Moure, 28 mai 1904, p. 652. — Voir aussi le travail de M. Barbier-Bouvet : *Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections intratrachéales*, Paris 1904, p. 27 à 98, et conclusions, et mes notes rectificatives à un article de M. Mendel, *Arch. gén. de méd.*, 17 janv. 1904. — On trouvera dans ces divers travaux l'exposé des diverses critiques faites à la méthode de M. Mendel telle qu'il l'a exposée dans les diverses publications dont j'ai parlé plus haut.

ont aussi préconisé le thiocol, et le phosphite de gaïacol.

M. Garnault se loue beaucoup de l'emploi de l'orthoforme injecté dans l'huile.

Les symptômes d'amélioration observés chez les tuberculeux ainsi traités, consisteraient en retour de l'appétit et des forces, diminution de la toux et de l'expectoration, de la dyspnée.

Je relève dans les observations de M. Lacombe, publiées par M. Barbier-Bouvet, une augmentation parfois notable du poids, 3, 5, 8, 10 kilogrammes et plus, regagnés en six, dix mois, et plus.

Dans les nombreuses observations publiées par Mendel (l. c.), l'auteur insiste beaucoup sur le bien-être respiratoire éprouvé par ses malades, pendant plusieurs heures après l'injection; il publie des tracés pneumographiques témoignant d'une ampliation thoracique, d'abord transitoire à la suite des premières injections, puis stable à mesure des progrès réalisés par le traitement.

Les modifications porteraient non seulement sur l'ampliation thoracique, mais également sur le rythme; la respiration serait plus régulière, les repos respiratoires bien indiqués, le nombre des respirations diminuerait en raison de leur amplitude; l'essoufflement serait moins rapide.

L'augmentation de poids, constatée par Mendel chez quelques-uns de ces malades, varie de 1 à 4 kilogrammes en un mois de traitement environ.

Ces résultats seraient tout à fait à l'actif du traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections intratrachéales, si une objection très grave, fondamentale à mon sens, ne venait pas immédiatement à l'esprit; les médicaments ainsi injectés dans la trachée n'auraient-ils pas une action également favorable administrés par une autre voie? En supposant, par exemple, que l'eucalyptol injecté par M. Mendel lui-même, par son procédé, pénètre bien dans la trachée de ses malades d'une façon habituelle, question que je laisse de côté pour le moment (elle a été examinée ailleurs, l. c.), avant d'affirmer que les résultats obtenus sont bien dus à la méthode d'injection intratrachéale, quelle que soit du reste la technique employée, encore faudrait-il démontrer que l'eucalyptol à la dose quotidienne de 45 centigrammes, dose employée couramment par Mendel notamment, administrée par une autre voie, ne donnerait pas des résultats analogues.

L'eucalyptol simplement ingéré n'est pas un médicament indifférent du tout, il suffit de parcourir les traités classiques de thérapeutique pour voir que l'eucalyptol a été préconisé comme succédané de la quinine dans le traitement des fièvres intermittentes (1).

L'action bactéricide de l'eucalyptol est considérée comme au moins trois fois plus énergique que celle de l'acide phénique [Buchlotz cité par Nothnagel et Rossbach(1)]. L'eucalyptol a été préconisé dans le traitement de la phtisie par Roussel [de Genève (2)]. Bouveret et Augias ont étudié son action, en pareil cas, et ont constaté que ce médicament ne modifie pas la fièvre hectique, même à la dose de 2 grammes et au delà, et qu'il est alors plutôt dangereux, mais qu'il améliore le catarrhe chronique des phtisiques apyrétiques; on constate alors que le nombre des bacilles diminue, que les sécrétions deviennent plus fluides, plus aqueuses. Il est efficace surtout au début, la toux diminue sous son influence, l'appétit se relève, les forces reparaissent, le poids augmente. Il n'est pas nécessaire d'employer des doses élevées, ajoutent ces auteurs; une dose de 0,50 à 0,80 centigrammes suffit pour obtenir l'effet utile du médicament (3).

Nothnagel et Rossbach (4) admettent du reste que l'eucalyptol n'altère pas l'appétit jusqu'à la dose de 1 gramme; ce ne sont que des doses plus élevées de 2 à 4 grammes qui donnent lieu à des éructations et troubles digestifs.

Bucquoy a trouvé l'alcoolature d'eucalyptus efficace dans la gangrène pulmonaire; son emploi, ajoute Manquat, est évidemment rationnel dans toutes les maladies des voies respiratoires où l'essence de térébenthine est indiquée (gangrène pulmonaire, bronchite fétide).

En injection sous-cutanée l'eucalyptol a donné des résultats peut-être encore plus remarquables. Dans sa traduction du *Traité des maladies du larynx* de Gottstein, p. 318, édit. 1888, M. L. Rougier dit textuellement en note que les injections sous-cutanées d'eucalyptol lui ont procuré, *à eux seuls*, à plusieurs reprises, la modification profonde et permanente d'altérations laryngiennes tuberculeuses et la disparition d'ulcères ou d'infiltrations qui auparavant rendaient la déglutition impossible aux malades.

Dans le *Traité de clinique thérapeutique* (5) de G. Lyon, je trouve recommandé l'emploi de l'eucalyptol à la dose de 0,50 centigrammes à 2 grammes en perles et l'alcoolature d'eucalyptus à la dose de 2 à 4 grammes prise par la bouche dans la bronchite putride et les injections sous-cutanées d'eucalyptol à la dose de 0,50 à 0,60 centigrammes dans la gangrène pulmonaire; l'auteur est d'avis qu'en pareil cas le

(1) Nothnagel et Rossbach citent, à ce propos, des statistiques particulièrement frappantes de Keller, dans lesquelles on note que sur 432 malades atteints de fièvre intermittente, 310 furent entièrement guéris par l'eucalyptol; sur les 432 malades ainsi traités, 118 avaient déjà été traités sans résultat par la quinine; sur ce nombre les trois quarts environ (77 p. 100) furent guéris par la teinture d'eucalyptus. L'auteur ajoute que sur les 122 malades auxquels l'eucalyptol avait été administré sans succès, la moitié environ (47 p. 100) put être guérie par la quinine. Des résultats semblables auraient été obtenus par d'autres observateurs. La durée moyenne du traitement ne serait pas plus longue, même un peu plus courte avec l'eucalyptol qu'avec la quinine. Il est vrai qu'à côté de ces observations favorables, il en est beaucoup d'autres d'après lesquelles l'eucalyptol serait inefficace dans le traitement des fièvres paludéennes, ou du moins serait bien loin de pouvoir être comparé à la quinine pour la certitude des effets. Les résultats obtenus par Keller méritaient cependant d'être rappelés.

(1) Nothnagel et Rossbach. *Matière médicale et thérapeutique*, Paris 1889, p. 512, 513.

(2) Manquat. *Traité de thérapeutique*, t. II, p. 209.

(3) Bouveret et Augias, cités par Manquat, loc. cit.

(4) Nothnagel et Rossbach. Loc. cit., p. 513.

(5) Paris 1899, 3e édit, p. 468-523.

médicament volatil s'élimine par la muqueuse respiratoire.

MM. Bouveret et Peschade (1), qui ont étudié l'action physiologique de l'eucalyptol à l'aide d'injections sous-cutanées, ont constaté que les malades perçoivent le goût d'eucalyptol dans la bouche peu après l'administration; l'un d'eux a perçu très nettement l'odeur d'eucalyptol dans l'haleine d'un malade; il y a là une analogie avec ce qui se passe pour le gaïacol administré de la même manière.

Cette élimination de l'eucalyptol par le poumon ne serait elle pas la raison d'être d'une sorte d'action élective de ce médicament sur les affections pulmonaires, qui paraît bien exister, à en juger par les faits que je viens d'énumérer ?

MM. Bouveret et Peschade, au cours de leurs expériences, indépendamment du goût et de l'odeur d'eucolyptol perçue dans l'haleine, ont parfois noté chez leurs malades, quelques minutes après l'injection, une sensation de chaleur dans la poitrine. M. Mendel a de son côté observé du côté de la respiration, après l'injection intratrachéale d'huile eucalyptolée, faite par son procédé, des modifications respiratoires que j'ai décrites plus haut; ces symptômes, que M. Mendel attribue à la pénétration trachéale du médicament, sont-ils de même nature que ceux qu'ont observé MM. Bouveret et Peschade, au cours de leurs injections sous-cutanées? L'expérimentation seule permettrait de s'en assurer.

Ce qui paraît certain, c'est le fait que le poumon est pour l'eucalyptol comme pour le gaïacol une voie d'élimination, quelle que soit la voie de pénétration du médicament. Faut-il donc nécessairement attribuer les symptômes observés du côté de la respiration pulmonaire à l'introduction de l'eucalyptol par la trachée plutôt qu'à l'action élective, sur le poumon et la respiration, de ce médicament introduit par une voie quelconque dans l'organisme? L'expérimentation permettrait peut-être d'observer des symptômes analogues, quelle que soit la voie d'introduction du médicament (2).

Cette question des exhalations médicamenteuses pulmonaires, suivant la voie d'introduction choisie, est une question de physiologie éminemment pratique, qu'il serait très intéressant de voir scientifiquement élucider.

Ce que j'ai tenu à montrer pour l'eucalyptol parce que les propriétés et les applications thérapeutiques de ce médicament, au point de vue dont je m'occupe, m'ont paru moins connues, oubliées ou passées sous silence, je pourrai naturellement le faire avec bien plus de raison et d'aisance encore pour le gaïacol dont s'est servi M. Lacombe. L'association de l'eucalyptol et du gaïacol, dans le traitement des tuberculeux, a même été utilisée par Pignol en injections sous-cutanées (1) à des doses, il est vrai, plus élevées que celles qu'a employées, par exemple, M. Lacombe par voie trachéale; mais les doses qu'a préconisées Picot (2) dans le traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections sous-cutanées de gaïacol sont exactement les mêmes que celles qu'injectait M. Lacombe dans la trachée, avec cette différence toutefois que ce dernier adjoignait l'eucalyptol au gaïacol, tandis que Picot lui associait l'iodoforme.

Il me paraît résulter des faits et des considérations que je viens d'exposer un certain doute sur le mode d'action des injections intratrachéales.

Faut-il, par exemple, admettre avec certitude que l'amélioration d'une tuberculose pulmonaire ou d'une bronchite fétide, par des injections d'huile eucalyptolée, administrée par le procédé de Mendel ou par tout autre procédé d'injection intratrachéale, est bien due à l'introduction intratrachéale du médicament, ainsi qu'on l'a publié?

A supposer que la solution ait bien été introduite dans la trachée, ce qui demanderait à être vérifié en tenant compte de la valeur réelle du procédé d'injection choisi, il faudrait encore faire la preuve que les résultats cliniques constatés sont bien le fait de la voie d'introduction choisie et non du médicament employé.

C'est l'objection fondamentale que je ferai à tous ceux qui, de prime abord, attribuent les résultats obtenus à la méthode des injections intratrachéales.

De ce qu'il est actuellement démontré depuis les expériences de Collin (d'Alfort) et de Botey (de Barcelone) que le poumon humain est susceptible de supporter, sans inconvénient, l'introduction de liquides à son intérieur, de ce qu'il est certain que les liquides ainsi introduits par la trachée sont absorbés, il ne résulte pas qu'ils le soient tous aussi aisément; de fait, l'eau paraît absorbée avec une rapidité extrême, bien plus grande que celle mise en œuvre par l'estomac; il n'en est pas de même de l'huile, qui semble absorbée avec infiniment plus de lenteur. Je note, dans les expériences d'injections intratrachéales chez le chien, faites par M. Mendel, la présence possible en grande quantité de graisse dans les alvéoles, vingt-sept jours après une série d'injections d'huile eucalyptolée (l. c.). Que devient l'absorption médicamenteuse par le poumon en pareil cas? En quoi est-elle supérieure à l'absorption par une autre voie? Ce sont là autant de problèmes qui demanderaient tout d'abord, semble-t-il, à être résolus quand on parle de thérapeutique par les injections intratrachéales.

La conclusion de cet aperçu sur la technique des injections intratrachéales et leur résultat thérapeutique, au point de vue des affections pulmonaires et en particulier de la tuberculose de cet organe, sera provisoirement celle-ci :

Tant qu'il n'aura pas été fait d'expériences cliniques rigoureuses de contrôle et de comparaison,

(1) Manquat. Loc. cit., p. 208.

(2) Indépendamment des voies gastrique et sous-cutanée, il pourrait être intéressant d'expérimenter également la voie rectale que Bergeon (de Lyon), vers 1888, avait utilisée autrefois dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, se basant sur l'élimination du gaz carbonique, du sulfure de carbone et des sulfureux par les poumons.

(1) G. Lyon. Loc. cit., p. 576.

(2) Picot. *Semaine méd.*, 1891, p. 77, cité par Manquat, loc. cit., t. I, p. 279.

sur des malades tuberculeux hospitalisés, placés dans les mêmes conditions de traitement, de soins, de repos, de nourriture, d'aération et d'hygiène, entre l'administration des mêmes médicaments, aux mêmes doses, eucalyptol et gaïacol par exemple, par voie trachéale et par voies buccale, sous-cutanée ou même rectale, on ne pourra réellement conclure aux avantages de la méthode des injections intratrachéales dans le traitement des affections pulmonaires, tuberculeuses en particulier.

J'ajoute que, dans ces expériences intéressantes de comparaison, il me paraîtrait indispensable de se servir d'une méthode sûre d'injection intratrachéale; la méthode par cathétérisme sous le contrôle du miroir ou du doigt me paraîtrait la plus facile à employer. Ces expériences cliniques seraient avec avantages doublées d'expériences de laboratoire, destinées à préciser le degré d'absorption et d'exhalation pulmonaires pour le médicament étudié, suivant la voie d'introduction choisie pour le faire pénétrer dans l'organisme.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 21 FÉVRIER 1905)

La fièvre jaune et les moustiques. — M. CHANTEMESSE a communiqué à l'Académie, en son nom et au nom de M. Borrel, un important travail sur cette question. En voici le résumé :

A la conférence sanitaire de 1903, il n'a pas été possible d'édicter des mesures préventives pour la prophylaxie de la fièvre jaune comme pour celle de la peste et du choléra, la source de dangers, identiques pour ces deux dernières maladies, n'existant qu'en certains pays pour la première.

Pour la fièvre jaune, le monde se divise en deux régions, l'une qui possède le moustique appelé le *stegomya*, où la fièvre jaune est contagieuse, l'autre qui est privée de ce moustique où la fièvre jaune ne se transmet pas d'un malade à un homme sain.

Dans quelle catégorie doit être placée la France? Quelle réglementation sanitaire doit lui être appliquée? C'est ce que veulent étudier MM. Chantemesse et Borrel.

C'est un médecin de la Havane, Finlay, qui émit le premier, en 1881, l'hypothèse qu'un moustique était l'agent de propagation de la fièvre jaune. Vingt ans plus tard les médecins américains établirent que le moustique était le *stegomya fasciata*. Une mission de l'Institut Pasteur a confirmé ces données. Il est démontré aujourd'hui que l'existence de la fièvre jaune et la présence du stegomya sont liées l'une à l'autre.

Ce moustique présente ceci de particulier que son habitat est nettement déterminé par les deux 43es parallèles Nord et Sud. Toute région située en dehors de ces parallèles semble devoir demeurer indemne de la fièvre jaune.

Or le 43e parallèle touche à peine le sud de la France. Par contre toutes nos colonies, sauf Saint-Pierre et Miquelon, sont dans le domaine du stegomya.

Quelle est l'histoire naturelle de ce moustique? C'est à la température de 28 degrés que s'exercent le mieux ses conditions vitales. Il s'engourdit au-dessous de 15 degrés; il ne se reproduit plus au-dessous de 20 degrés. Il vit volontiers dans les cuisines, les boulangeries, les forges. Le stegomya ne peut donc se reproduire en France. La France continentale est donc une zone non infectable du typhus amaril.

M. Chantemesse étudie ensuite l'épidémiologie de la fièvre jaune en Europe. Il passe successivement en revue les épidémies qui ont sévi en Espagne, au Portugal, les cas très rares observés en France, en Angleterre, en Autriche, les deux épidémies qui ont eu lieu en Italie. De cet historique, deux conclusions découlent :

1° Dans les pays où n'existe pas le stégomya (France, Angleterre, Autriche), il n'y a jamais eu d'épidémie de fièvre jaune, tandis que dans les pays où ce stégomya existe (Espagne, Portugal, Italie), il y en a eu de nombreuses.

2° Depuis environ quarante ans les épidémies de fièvre jaune ont diminué de nombre en Europe et semblent disparaître presque complètement, sans que l'on ait modifié le système de défense sanitaire, et cependant, durant le même temps, le nombre et surtout la rapidité des communications avec les pays contaminés ont augmenté dans des proportions considérables.

Ce résultat inattendu trouve facilement son explication dans les modifications qu'a subies la navigation dans la seconde moitié du dernier siècle, et surtout dans les progrès de l'hygiène à bord des navires.

Les épidémies de fièvre jaune qui ont ravagé l'Espagne au XVIIIe siècle ont été la rançon de son expansion coloniale. Le navire était l'unique agent de transport de la fièvre jaune. Les modifications successives qui ont été apportées à la construction des navires sont pour beaucoup dans la diminution et même dans la disparition des moustiques. De l'antiquité jusqu'en 1856 tous les navires sont en bois; de 1856 à 1870, les vapeurs seuls sont en fer. A partir de 1870, tous les vapeurs et l'immense majorité des voiliers sont en fer. Le résultat de ce changement a été l'étanchéité du navire et de sa cale en particulier. Ce qu'on appelait autrefois le marais nautique est supprimé. Aujourd'hui les cales des navires en fer sont sèches. Tel a été le premier progrès sanitaire dont a bénéficié la marine. L'eau potable conservée autrefois dans des barriques en bois est maintenant conservée de telle façon que la culture des moustiques y est devenue impossible. Les conditions hygiéniques des navires, surtout au point de vue de l'aération, ont été simplement améliorées. La durée moins longue des traversées a été aussi une condition favorable en ce sens que les moustiques atteignent plus rapidement les zones où ils ne se reproduisent plus.

Ces diverses conditions font comprendre pourquoi la fièvre jaune a presque complètement disparu du continent européen depuis 1870. Dès cette époque, en effet, les progrès apportés à l'hygiène de la navigation ont rendu, sinon impossibles, du moins difficiles, à bord des navires modernes, la conservation et surtout la multiplication de la variété de moustiques, vecteurs de fièvre jaune.

M. Chantemesse étudie surtout si l'éclosion des épidémies de fièvre jaune en Europe a été exactement conforme aux règles de la théorie étiologique du moustique. Dans ce but il passe en revue les épidémies qui ont régné dans les contrées de l'Europe privées du stégomya et dans celles qui en sont infestées, c'est-à-dire dans les pays situés au nord et au sud du 43e parallèle, en France, en Angleterre d'une part, en Espagne, en Portugal d'autre part.

Voyons les faits qui se sont passés au nord du 43e parallèle :

La fièvre jaune à Pomègue et à Ratonneau, Marseille, 1821. — Le brick *Nicolino*, parti de Stettin, avait déchargé ses

marchandises à Malaga où régnait la fièvre jaune. Il arrive le 7 septembre au lazaret de Pomègue, ayant un malade à bord et ayant perdu deux hommes pendant la traversée. Il est isolé dans ce port. Autour de lui étaient rangés des navires provenant de pays non contaminés. Le 11 septembre, un nouveau cas éclate sur le *Nicolino* et en même temps la fièvre jaune se répand sur deux navires voisins. Le 19 septembre, les ouvriers d'un ponton voisin sont atteints. Du 11 au 22 septembre, une série de cas se manifestent sur les navires de la station; puis l'épidémie paraît s'arrêter, pour reprendre le 27 septembre. La maladie, contagieuse à bord, ne l'est plus du tout hors des navires. L'évolution de cette épidémie qui frappa une trentaine de personnes cadre admirablement avec l'hypothèse de la transmission de la maladie par les moustiques. L'épidémie s'arrêta brusquement au début d'octobre, la température étant tombée à 12 degrés et les moustiques ne pouvant plus vivre.

M. Chantemesse étudie de la même façon une épidémie au port de Passages (1823), une autre à Saint-Nazaire (1861). C'est surtout cette dernière épidémie qu'il étudie dans tous ses détails. En résumé, dit-il, l'épidémie de Saint-Nazaire, restée jusqu'ici incompréhensible, fournit, lorsqu'on l'étudie à la lumière des notions nouvelles, un faisceau de démonstrations frappantes en faveur de la théorie de la propagation de la fièvre jaune par les moustiques.

Il en sera de même des faits observés en Angleterre dans le port de Swansea, en 1865. Pas plus qu'en France la fièvre jaune n'est transmissible en Angleterre d'un malade à un homme sain.

Voyons maintenant les faits qui se sont passés dans les régions situées au sud du 43e parallèle nord. C'est d'abord l'épidémie de Barcelone en 1821. Le navire *Grand-Turc* parti de la Havane arrive à Barcelone le 21 juin. Le capitaine fait venir à bord sa famille. Quelques jours plus tard toute cette famille est atteinte de fièvre jaune et meurt à Barcelone. Malgré cette imprudence du capitaine, le contremaître fait venir également à bord, le 15 juillet, jour de sa fête, sa femme, sa belle-sœur et son beau-frère. Avant la fin du mois, tous trois sont pris de fièvre jaune et meurent. Enfin, on raconte que, de 40 personnes qui, le 15 juillet, montèrent sur le *Grand-Turc* pour voir le spectacle des fêtes, 35 ont péri peu de temps après. Du *Grand-Turc*, la fièvre jaune s'étend sur les navires ancrés dans le port. Les nombreux malades moururent en ville, sans contagionner personne *au moins pendant les premiers temps*. Mais, à partir du 21 août, la face des choses changea complètement. Les moustiques de Barcelone avaient eu le temps de s'infecter. La fièvre jaune ravagea la ville et les environs et ne prit fin qu'au mois de novembre. Donc, l'Espagne est une contrée infectable, et la fièvre jaune importée y devient rapidement une maladie transmissible et contagieuse.

Enfin, M. Chantemesse compare ce qui se passait à bord des voiliers autrefois et ce qui se passe maintenant à bord des vapeurs, au point de vue de la différence des durées de la traversée, et les observations qu'il recueille confirment de tous points les données qu'il a fait connaître sur les avantages des traversées rapides au point de vue de la mort des moustiques.

Dans la troisième partie de son travail, M. Chantemesse rapporte des faits curieux qui montrent combien la théorie actuelle de la propagation de la fièvre jaune par les moustiques concorde avec les observations et les mesures prises par les médecins du siècle dernier : purification, par des fumigations, de l'air du navire contaminé, influence de la chaleur sur le développement de la fièvre jaune, inutilité de la désinfection des marchandises, etc. Ils étaient si convaincus que la fièvre jaune ne se transmettait pas à l'homme sain, qu'ils n'hésitaient pas à faire coucher, dans les draps où venait de mourir un malade atteint de fièvre jaune, des malades atteints d'affections légères. Boursin, en 1814, et Fonssagrives, plus tard, faisaient garnir les navires, dans les ports où régnait la fièvre jaune, de toiles métalliques. M. Chantemesse fait observer que nous n'avons fait qu'y ajouter la moustiquaire.

Les mesures prophylactiques à prendre actuellement sont les suivantes :

Supprimer le stegomya par tous les moyens possibles; mettre les malades et les sujets sains à l'abri de la piqûre des moustiques (masques et gants, moustiquaires, toiles métalliques); surveiller tous les récipients et n'y point laisser stagner d'eau, pour empêcher la ponte et le développement des larves. La surveillance du chargement est inutile, sauf pour les marchandises humides (bois mouillé, bananes, fruits frais).

A bord des navires, au retour d'un port contaminé, aérer, ventiler, surveiller la cuisine et la chaufferie, toujours au point de vue de la stagnation de l'eau.

Trois hypothèses peuvent se présenter au moment de l'arrivée d'un navire en France, lorsqu'il provient d'un pays infecté de fièvre jaune :

1re hypothèse. — Rien ne s'est produit à bord pendant la traversée. Libre pratique immédiate doit être accordée en toute saison et sans qu'il soit effectué aucune mesure de désinfection;

2e hypothèse. — Un ou deux cas, manifestement contractés dans le pays contaminé, ont évolué à bord, sans donner lieu à aucun accident consécutif : libre pratique immédiate sera encore accordée, sans aucune mesure restrictive, ni pour les hommes, ni pour les effets, ni pour les marchandises;

3e hypothèse. — Des cas en série et à répétitions se seront produits durant la traversée : ici, des précautions deviennent nécessaires. On devra évacuer le navire et procéder de suite — au large, si possible — à des fumigations à l'acide sulfureux dans tous les locaux habités. Si même tout ou partie de la cargaison est de nature à abriter des moustiques (bananes, fruits, sucre, bois humide), on devra effectuer la fumigation des cales à l'acide sulfureux. Toutes ces mesures seront appliquées plus strictement aux voiliers qu'aux vapeurs.

Enfin, les personnes malades encore de fièvre jaune au moment de l'arrivée seront portées à l'hôpital, et, dans les ports où il n'existe pas de lazaret, elles seront placées à l'hôpital de la ville : *la fièvre jaune ne saurait être considérée, en France, comme une maladie contagieuse.*

Paralysie générale de la syphilis. — Très intéressante et très instructive la grande communication de M. le professeur Fournier sur la paralysie générale de la syphilis.

Pourquoi ce titre de paralysie générale de la syphilis? cela semblerait indiquer qu'il y en a d'autres. M. Fournier lui-même n'est pas éloigné de le croire, mais il n'entend parler ici que de la paralysie générale des syphilitiques. Il s'applique à élucider quelques points de son histoire.

Tout d'abord à quelle échéance apparaît la paralysie générale dans la syphilis ? La réponse à cette question est difficile parce qu'il n'est pas aisé de dépister le début même de la paralysie générale. M. Fournier a fait, à ce sujet, une enquête qui porte sur 112 cas. De cette enquête, il résulte que la paralysie générale est absolument inconnue dans la première

période de la syphilis; elle commence seulement à apparaître dans la troisième période. La dernière limite où on l'a vue se développer est la vingt-troisième année à partir du début de la syphilis. La paralysie générale n'est donc jamais une manifestation de la vérole jeune et que très rarement une manifestation de la vérole traitée.

M. Fournier fait un parallèle entre la paralysie générale et la syphilis cérébrale.

La syphilis cérébrale commence à apparaître dès la première année; son summum se fixe à la troisième année; elle décroît après la troisième année. La syphilis cérébrale atteint son summum alors que la paralysie générale n'est pas encore apparue. Elle commence seulement à se montrer vers la cinquième année pour atteindre son summum vers la dixième année, puis elle décroît.

Le second point poursuivi par M. Fournier dans son enquête est celui-ci : le pourquoi de la paralysie générale. Autrement dit, quelle est l'étiologie de cette affection? Il en est une première cause constante, c'est la vérole. Il est une seconde cause, c'est l'insuffisance du traitement antisyphilitique. Enfin il est des causes adjuvantes, telles que le surmenage, le nervosisme, les soucis, les chagrins, les revers de fortune, en un mot les causes morales, ajoutons-y l'alcoolisme, l'hérédité nerveuse bien accentuée. En somme M. Fournier admet qu'il y a des prédisposés, des prédestinés à la paralysie générale. Toutefois l'hérédité nerveuse joue un rôle bien effacé dans l'étiologie de la paralysie générale, puisque sur 112 cas M. Fournier n'en a rencontré que 2 chez lesquels existait l'hérédité.

Deux grandes causes dominent toute cette étiologie. La syphilis et l'insuffisance du traitement au début de la syphilis. Continuant à interroger ses statistiques, M. Fournier y trouve les résultats suivants : 3 cas de syphilis assez grave, 8 cas moyens, 69 cas des plus légers. Donc sur 80 syphilitiques atteints de paralysie générale, 79 ont eu une syphilis plutôt légère. M. Fournier possède, dans sa statistique, 243 cas de syphilis maligne; pas un seul de ces malades n'a été atteint de paralysie générale. On peut donc dire que la paralysie générale succède d'une façon constante à la syphilis légère. Or la syphilis légère est pour ainsi dire la rançon d'un traitement insuffisant.

En effet, l'un des résultats de l'enquête de M. Fournier est que, pour l'immense majorité des cas, la véritable cause de la paralysie générale est l'insuffisance du traitement de la syphilis. M. Fournier possède 79 cas de paralysie générale dans lesquels on a pu avoir exactement les résultats du traitement de la syphilis. Un petit nombre avait suivi un traitement moyen pendant deux ans; dans 43 cas, la durée du traitement n'avait pas dépassé six mois à un an. Voilà, entre tous, un des exemples les plus frappants : Un homme prend la syphilis; il a une sainte horreur du mercure et n'en prend pas un atome; malgré cela sa syphilis reste assez bénigne; il a trois enfants qui meurent tous les trois de syphilis et lui-même meurt à quarante ans de paralysie générale. Voilà quatre morts causées par la bêtise de cet homme qui n'a jamais voulu prendre de mercure. On peut dire que 80 p. 100 des syphilitiques qui arrivent à la paralysie générale sont des malades qui ont été insuffisamment traités de leur syphilis. Par contre sur 100 malades atteints de paralysie générale, il en est 4 qui se sont traités consciencieusement et longuement d'une syphilis légère et qui n'en sont pas moins morts de paralysie générale. C'est là, il faut bien le dire, une triste constatation. En voici un exemple : Un jeune homme, sur le point de se marier, contracte la syphilis. Il obtient un sursis et le mariage est retardé; il suit un traitement intensif et rigoureux. Il se marie, a des enfants sains et cependant meurt à trente-neuf ans de paralysie générale. Donc, même avec beaucoup de mercure, on n'est jamais sûr d'être à l'abri de la paralysie générale. Il résulte de cette constatation que le fait d'avoir eu des enfants sains ne constitue pas un certificat de guérison de la syphilis. Il faut en rabattre à ce sujet.

Il n'y a pas de thérapeutique certaine qui puisse mettre à l'abri de la paralysie générale. Il faut reconnaître la faillite complète du traitement préventif. Il faut reconnaître aussi la faillite absolue du traitement curatif de la paralysie générale. A ce point de vue M. Fournier se trouve d'accord avec ses collègues Raymond, Ballet, Brissaud. Au dernier Congrès de médecine, M. Brissaud a nettement déclaré avoir donné jusqu'à 13 centigrammes de mercure en injections sous-cutanées à des paralytiques généraux syphilitiques. Il a fallu se rendre à l'évidence; on n'a ainsi obtenu que des aggravations de la maladie. La question est jugée.

Telle est, très résumée, l'importante communication de M. Fournier sur laquelle nous ne saurions trop attirer l'attention des praticiens. Il en résulte, en effet, ce fait de pratique de haute importance que toute syphilis, et en particulier les plus bénignes, doivent être traitées avec une rigueur absolue si l'on veut donner à son malade de grandes chances d'éviter la paralysie générale.

ANALYSES

SÉMÉIOLOGIE

Quelques réflexes osseux des membres inférieurs à l'état normal et pathologique. (Acad. roy. de méd. de Turin, séance du 16 déc. 1904. Voir *Giornale della R. A. di M. di T.*, nov.-déc. 1904, n°s 11-12, p. 680-689.) — De l'examen de 500 adultes et de 40 enfants indemnes de maladies nerveuses, les docteurs J. Valobra et M. Bertolotti ont conclu qu'en percutant au niveau de la malléole interne du tibia on obtient dans 35 p. 100 des cas une contraction des adducteurs de la cuisse du même côté; si l'on percute d'avant en arrière, sur la face plantaire du talon, il y a 45 fois sur 100 une contraction des adducteurs du côté opposé; en percutant au niveau du condyle interne du tibia ou du fémur ou sur la crête du tibia, on obtient dans 60 p. 100 des cas une contraction homolatérale des adducteurs de la cuisse, dans 50 p. 100 des cas une contraction simultanée des adducteurs des deux cuisses. Enfin, par la percussion d'avant en arrière sur la rotule, on amène dans 60 p. 100 des cas uue contraction des adducteurs de la cuisse du côté opposé. Ces réflexes osseux sont surtout évidents chez les individus dont les réflexes tendineux sont très marqués; il ne faut cependant pas les confondre, et en clinique on peut rencontrer une dissociation entre ces deux variétés de réflexes.

Quant au mécanisme de leur production, les auteurs admettent que ces réflexes sont dus à une excitation qui ne naît pas au niveau du point frappé, mais au niveau d'un autre point auquel il est transmis mécaniquement indépendamment des parties molles; la percussion de l'os des membres inférieurs se transmet le long de la colonne vertébrale et peut exciter les racines postérieures.

Ces réflexes osseux sont très exagérés : dans les cas de lésions organiques du système nerveux avec augmentation des

réflexes tendineux (sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, méningo-myélite syphilitique, mal de Pott, etc.); dans les intoxications aiguës ou chroniques avec exaltation des réflexes tendineux (urémie, éthylisme chronique, saturnisme, etc.), dans les affections fonctionnelles du système nerveux (hystérie, neurasthénie).

A. GAULLIEUR-L'HARDY.

ANATOMIE

Notes sur quelques anomalies de l'artère rénale. (Soc. anat.-clin. de Toulouse, 5 déc. 1904. *Languedoc méd.-chir.*, 25 janv. 1905.) — M. HERPIN, au cours de nombreuses recherches sur la circulation des reins, a été frappé par la fréquence des anomalies dans le nombre des artères rénales. Six fois sur vingt, en effet, au lieu d'une artère rénale normale, le ou les reins étaient irrigués par deux, quelquefois trois artères, naissant isolément sur le tronc de l'aorte abdominale. Ces artères se distribuaient isolément dans le rein; mais, contrairement à ce que l'on pourrait être tenté de croire, ces artères surnuméraires n'arrivaient pas à fournir une circulation plus intense. Les reins, dans ces cas, paraissent au contraire plus petits et atrophiés. Avec son maître, le docteur Dieulafé, l'auteur croit logique d'admettre que ces artères supplémentaires proviennent d'artères du pronéphros qui ont persisté dans le cours du développement du métanéphros. A l'origine, en effet, le rein est un organe segmentaire dont chaque portion métamérique est essentiellement constituée par un tube urinifère qui, par une partie ampullaire, est en connexion avec une branche de l'aorte. L'abondance des artères, au début du développement, explique bien la fréquence des anomalies artérielles chez l'adulte et la diversité topographique des branches surnuméraires.

L. GAYARD.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

NOTE SUR LE TRAITEMENT DES MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES

Si le traitement hygiénique est de la plus haute importance, le médecin doit cependant se mettre en garde contre une interprétation trop étroite des trois facteurs : *aération*, *repos*, *alimentation*. Dans la plupart des cas, le traitement médicamenteux doit compléter le traitement hygiénique le mieux entendu.

Parmi les agents médicamenteux il en est un qui survit à toutes les fluctuations de la thérapeutique, c'est la créosote de hêtre. Dans la tuberculose pulmonaire son action est indéniable et d'autant plus prononcée que la maladie est de date plus récente. Dans les maladies des voies respiratoires autres que la tuberculose, les recherches de la bactériologie sont venues confirmer les assertions de la clinique.

La créosote possède en effet une action quadruple :

1° Modificatrice des épithéliums;
2° Dynamogénique;
3° Bactéricide;
4° Antithermique.

Au point de vue clinique, les effets de la créosote semblent se produire directement sur l'évolution de la maladie, les sécrétions, l'état général; et médiatement sur le pouls, la respiration et la toux.

Ce médicament possède une réelle efficacité dans la broncho-pneumonie, dans la bronchite chronique, dans l'asthme symptomatique d'une affection bronchique. Il possède des propriétés bactéricides puissantes sur le pneumocoque, les bactéries de la suppuration et sur tous les micro-organismes qui engendrent les maladies des voies respiratoires.

Il est bien démontré qu'après une bronchite, une pleurésie ou une pneumonie aiguës, une grippe infectieuse, quand les sécrétions bronchiques et la toux continuent, quand on entend des râles muqueux et que la respiration est gênée, la créosote est tout indiquée.

La créosote comporte une douzaine de dérivés. Après expériences, ils ont tous été reconnus inférieurs à la créosote pure. C'est à retenir, car il existe une telle abondance de littérature pour mettre en faveur toutes ces nouveautés thérapeutiques, aussi complexes qu'éphémères, que le médecin finit par ne plus savoir à quelle préparation donner la préférence.

Les meilleurs praticiens administrent la créosote en capsules Dartois, dosées à cinq centigrammes de véritable créosote de hêtre redistillée et titrée et vingt centigrammes d'huile de foie de morue. On commence par une ou deux capsules à chaque repas ou matin et soir avec une petite tasse de lait ou de tisane. Après quelques jours on donne six, huit ou dix capsules par jour. Par un *procédé spécial de fabrication*, ces capsules n'agissent que dans l'intestin où la créosote s'émulsionne à la faveur de son excipient et s'élimine en majeure partie par les voies respiratoires en rendant ainsi le terrain réfractaire à l'infection microbienne.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 27 FÉVRIER AU 4 MARS 1905)

THÈSES

Mercredi 1er mars 1905. — M. FOUBERT. Les désinsertions vaginales. (MM. Pinard, président; Gaucher, Reclus et Teissier.) — M. DECROO. La kératodermie essentielle des extrémités, congénitale et héréditaire; sa pathogénie. (MM. Gaucher, président; Pinard, Reclus et Teissier.) — M. PIQUAND. Des dégénérescences des fibro-myomes de l'utérus. (MM. Reclus, président; Pinard, Gaucher et Teissier.)

Jeudi 2 mars 1905. — M. GRÉGOIRE. Propagation du cancer du rein. Contribution au traitement du cancer du rein chez l'adulte. (MM. Guyon, président; Poirier, Hartmann et Cunéo.) — M. ANDRÉ. Contribution à l'étude des lymphatiques du nez et des fosses nasales; étude anatomique et pathologique. (MM. Poirier, président; Guyon, Hartmann et Cunéo.) — M. BAUMGARTNER. Les hernies par glissement du gros intestin. (MM. Poirier, président; Guyon, Hartmann et Cunéo.) — M. IZARD. La question du mariage dans la sténose mitrale (revision de la loi, dite de Peter). (MM. Brouardel, président; Raymond, Vaquez et Dupré.) — M. SIRCOULON. Accommodation aux lésions. (MM. Brouardel, président; Raymond, Vaquez et Dupré.) — DEMAILLASSON. Les injections anesthésiantes loco dolenti, dans les névralgies périphériques. (MM. Raymond, président; Brouardel, Vaquez et Dupré.) — M. FONTAINE. Etude sur le myoïdème et sa valeur séméiologique. (MM. Raymond, président; Brouardel, Vaquez et Dupré.) — M. HUGUIER. Traitement des ankyloses par la résection orthopédique et l'interposition musculaire. (MM. Berger, président; Budin, de Lapersonne et Auvray.) — M. MONTES. Des adénites géniennes d'origine dentaire. (MM. Berger, président; Budin, de Lapersonne et Auvray.) — M. COHEN. Contribution à l'étude des déformations gravidiques. (MM. Budin, président; Berger, de Lapersonne et Auvray.) — M. SALEM. L'acide picrique dans les maladies oculaires externes. (MM. de Lapersonne, président; Berger, Budin et Auvray.)

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

SYMPTOMES DE LA CIRRHOSE ATROPHIQUE ALCOOLIQUE

Le symptôme capital de la cirrhose atrophique c'est l'*ascite*. Mais, avant d'arriver à la phase d'ascite confirmée, la maladie passe par une phase de début, que caractérisent surtout des signes d'insuffisance hépatique légère (*petits signes de la cirrhose*, Hanot).

PREMIÈRE PÉRIODE (P. de précirrhose, Hanot, de préhépatisme, d'hépatisme). — Des signes que l'on observe à cette période, α. les uns sont *directs*, dus à la lésion hépatique elle-même : hypoazoturie, glycosurie alimentaire, albuminurie, peptonurie, urobilinurie, existence de pigment rouge brun dans l'urine, ictère hémaphéique, etc.; β. les autres sont *indirects*, extra-hépatiques, et consistent en 1° *troubles gastro-intestinaux :* perte de l'appétit, dégoût de la viande et des graisses, météorisme, constipation parfois entrecoupée par des crises de diarrhée; 2° *troubles vasculaires :* épistaxis de la narine droite, purpura, hémorragies diverses; œdèmes dus parfois à une sténose de la veine cave inférieure dans son trajet juxta-hépatique (*œdème préascitique* de Gilbert et Presles).

Le *foie* passe-t-il par une première phase d'hypertrophie? Le fait, admis par plusieurs auteurs, est contesté par Hanot et Gilbert. Quant à la *rate*, dès la première phase, elle est *hypertrophiée.*

La première période dure plus ou moins longtemps; il est rare que l'on y observe, à l'état de réunion, tous les symptômes précédents. Le plus souvent, α. quelques-uns seulement d'entre eux peuvent être notés, ou β. ils existent à peu près tous, mais à l'état d ébauche.

PÉRIODE ASCITIQUE (P. de cirrhose confirmée). — A cette phase, trois signes capitaux : l'*ascite*, la *circulation complémentaire*, l'*état du foie*.

A. **L'ascite** débute brusquement ou insidieusement. Dans le premier cas, elle s'accompagne de douleurs abdominales et doit être attribuée à une poussée de péritonite. Dans le second, beaucoup plus habituel, elle s'explique par l'oblitération progressive des branches de la veine porte.

Le grand caractère de cette ascite c'est d'être *libre*. Aussi se modifie-t-elle suivant les changements de position des malades. Ceux-ci sont-ils couchés, le liquide s'accumule dans les flancs qu s'élargissent et s'étalent (*ventre de batracien*). Se couchent-ils sur le côté droit, le côté gauche devient sonore et inversement; se lèvent-ils, le liquide se porte vers la partie inférieure de l'abdomen et se limite, en haut, par une ligne courbe à concavité supérieure. Les touchers vaginal et rectal permettent de déceler des ascites peu abondantes. Dans les cas où, au contraire, l'ascite acquiert un grand développement, la percussion donne la sensation de flot. Pour les autres détails relatifs aux signes physiques de l'ascite, voir les classiques.

Le liquide de l'ascite présente tous les caractères des épanchements séreux non inflammatoires (faible densité, réaction alcaline, présence de peu de matières solides). Ne contenant pas de fibrinogène, il n'est pas spontanément coagulable. Son abondance tend à s'accroître avec les progrès de la maladie. Les ponctions répétées, privant le malade d'une quantité abondante de sels et de matières albuminoïdes, conduisent rapidement les malades à une anémie particulière, l'*anémie séreuse* (Gilbert et Garnier).

B. La **circulation collatérale** succède habituellement à l'ascite, qu'elle peut aussi précéder. Comme elle, elle est due à la gêne qu'éprouve le sang à traverser le foie, en raison des lésions des veines portes et des veines sus-hépatiques; elle aboutit à faire arriver au cœur droit, par différentes voies, le sang qui d'habitude y arrive par l'intermédiaire de la veine porte et des veines sus-hépatiques.

De ces voies, α. les unes sont *superficielles* et utilisent les veines sous-cutanées abdominales, qui, très développées et dilatées, forment un lacis surtout développé dans la partie sus-ombilicale de l'abdomen, et souvent comparé à une tête de méduse (V. Gilbert et Surmont, *Traité Brouardel-Gilbert*, t. V, p. 329). Au niveau de ces veines, la palpation fait percevoir un frémissement léger, l'auscultation, un souffle doux, continu. Apporté à elles 1. par les veines portes accessoires par-ombilicales de Sappey; 2. ou même par un rétablissement de circulation dans la veine ombilicale, le sang de la veine porte peut être ramené au cœur : 1. tantôt par les veines saphènes iliaques qui le déversent dans la veine cave inférieure; 2. tantôt par les veines mammaires internes, qui le déversent dans la veine cave supérieure. Dans le premier cas, la circulation dans les veines sous-cutanées abdominales se fait de *haut en bas*; dans le second, elle se fait de *bas en haut.*

β. Les *voies profondes* sont multiples : 1. les veines portes accessoires du ligament suspenseur s'anastomosent largement avec les veines diaphragmatiques; 2. les rameaux d'origine de la veine porte qui naissent autour du cardia, avec les veines œsophagiennes (*varices œsophagiennes*); 3. les veines hémorroïdales supérieures, avec les hémorroïdales inférieures, qui aboutissent au système cave inférieur, et 4. les veines du système de Retzius ramènent encore à ce système une partie du sang qui circule dans les radicules intestinales de la veine porte.

Toutes ces voies anastomotiques sont d'autant plus développées que les veines sus-hépatiques sont plus oblitérées. Sont-elles largement ouvertes, l'ascite peut longtemps manquer.

C. **L'atrophie hépatique** se perçoit à la palpation, que l'on ne peut, le plus souvent, pratiquer qu'après ponction. La surface du foie apparaît granuleuse et irrégulière, le bord libre mousse, irrégulièrement festonné. La *rate* est *toujours hypertrophiée*, dure, parfois douloureuse. Elle peut être le siège d'un souffle systolique assez intense.

D. **Symptômes de second ordre.** — 1° DIGESTIFS. Langue luisante, rouge vif, ou au contraire (alcoolisme chronique), large, plate, étalée; gingivite, parfois hémorragique; hypopepsie; hématémèses, pouvant emporter le malade; diarrhée noire (hémorragies intestinales), ou décolorée, ou verte, ou glaireuse; hémorroïdes; pas d'ictère vrai;

2° URINAIRES. Modifications *quantitatives* : oligurie; et *qualitatives* : densité élevée, couleur foncée; dépôt épais, briqueté (urates et acide urique); elles contiennent du pigment rouge brun, de l'urobiline, parfois de l'albumine et des peptones. Leur acidité est accrue (augmentation de l'acide urique et existence d'acides anormaux d'origine gastro-intestinale). Elles subissent très facilement la fermentation ammoniacale et présentent une extrême toxicité (Surmont);

3° CIRCULATOIRES. Hypotension artérielle; souffles cardiaques, œdèmes précoces ou tardifs, ceux-ci permanents, cachectiques; ceux-là, fugaces, hépatiques (Hanot); hémorragies diverses, présence dans le sang de pigments biliaires modifiés (urobiline);

4° RESPIRATOIRES Congestion de la base pleuro-pulmonaire droite; dyspnée mécanique; infections secondaires (bronchite, tuberculose, etc.).

5. TROUBLES NERVEUX : petits et grands accidents caractérisant l'hépatotoxhémie nerveuse (Léopold-Lévi, v. Gilbert et Surmont, loc. cit.).

6. ETAT GÉNÉRAL. — Cachexie profonde; teinte jaunâtre sale de la peau, qui est sèche, écailleuse, et s'infecte facilement; amaigrissement énorme de la face, du thorax et des membres supérieurs, contrastant avec la distension de l'abdomen et l'œdème des membres inférieurs et du scrotum.

MARCHE. DURÉE. TERMINAISONS. — Bien que la maladie puisse guérir spontanément, le plus souvent elle aboutit, au bout d'un à deux ans, à une cachexie mortelle. La terminaison fatale, en dehors de la cachexie, est surtout le fait d'une hémorragie (varices œsophagiennes) ou d'une infection secondaire (tuberculose, érysipèle, pneumonie), plus rarement d'une péritonite aiguë ou tuberculeuse, d'une pyléphlébite. Suivant les cas, on distingue des FORMES *frustes, latentes* ou *anormales*. Chez les jeunes gens, la cirrhose se complique plus facilement d'hémorragies et évolue plus rapidement que chez l'adulte.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 23. — SAMEDI 25 FÉVRIER 1905. 78e ANNÉE. SAMEDI 25 FÉVRIER 1905. — N° 23.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Des relations morbides de la rate et du foie, par M. Lévi-Sirugue.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de chirurgie.
CORRESPONDANCE
A propos de la chloroformisation.
ANALYSES
Médecine : Le mal de Pott d'origine syphilitique; — *Chirurgie* : La thyroïdectomie dans le goitre exophtalmique; — *Anatomie* : Les franges séro-graisseuses pré-péricardiques.
VARIÉTÉS
La première des Avariés *au théâtre Antoine.*
LIVRES NOUVEAUX
FORMULAIRE
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Internat.* — Oral. — Séance du 24 février 1905 : MM. Sezary, 19 + 25 = 44; — Hubert, 16 + 22 = 38; — Foix, 15 + 21 = 36; — Gy, 15 + 25 = 40; — Chéné (Henri), 14 + 21 = 35; — Du Castel, 14 + 24 = 38; — Privat, 13 + 19 = 32; — Cesbron, 12 + 20 = 32; — Cremer, 10 + 19 = 29.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Besançon. — Un concours pour la nomination à un emploi de chef des cliniques de l'hôpital Saint-Jacques sera ouvert à l'hôpital Saint-Jacques, à Besançon, le jeudi 16 mars 1905, à neuf heures du matin.

Les chefs des cliniques sont nommés pour six ans, ils pourront permuter au bout de trois ans avec l'agrément des chefs de services. Toutefois, en vue d'assurer le mode de renouvellement triennal, le second des candidats admis sera nommé pour trois ans seulement.

Les attributions des chefs de cliniques sont déterminées par un règlement déposé au secrétariat de l'hôpital Saint-Jacques.

Leurs émoluments sont fixés à 600 francs par an, indépendamment des émoluments alloués par l'École de médecine.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Nancy. — M. Hanriot est nommé préparateur des travaux pratiques de physique.

M. Rueff est nommé chef de clinique médicale.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — M. Moitessier, agrégé à la Faculté de Montpellier, est nommé professeur de chimie à l'École de Marseille.

M. le docteur Arthus est nommé chargé de cours de bactériologie en remplacement de M. le professeur Rietsch, décédé.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — MM. les docteurs Nicolle (Charles) et Tissier (Paul-Louis-Alexandre) sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

STATISTIQUE. — Le service de statistique a compté, pendant la septième semaine, 1008 décès, au lieu de 1005 pendant la semaine précédente (moyenne 1002).

Les maladies épidémiques sont rares.

La fièvre typhoïde a causé 7 décès (moyenne 10).

La variole a causé 2 décès (moyenne 3).

La rougeole a causé 3 décès (moyenne 13); la scarlatine a causé 1 décès (moyenne 3); la coqueluche, 8 décès (moyenne 6); la diphtérie, 3 décès (moyenne 10).

La diarrhée infantile a causé 16 décès de 0 à 1 an, au lieu de 14 pendant la semaine précédente (moyenne 22).

En outre, 21 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 195 décès, au lieu de 199 pendant la semaine précédente (moyenne 235). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 17 décès (moyenne 17); bronchite chronique, 20 (moyenne 26); pneumonie, 39 (moyenne 68); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 119 (moyenne 124), dont 42 sont dus à la congestion pulmonaire et 64 à la broncho-pneumonie. En outre, 20 décès sont attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 212 décès; la méningite tuberculeuse, 17; la méningite simple, 22; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 17 décès.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Achille de Brinon (du Mont-Dore), van Merris (de Paris), médecin principal en retraite, ancien sous-directeur de l'École d'application du service de santé; Gustave Combe (de Marseille) et Albert Maurel (du Cannet-du-Luc).

REVUE GÉNÉRALE

DES

RELATIONS MORBIDES DE LA RATE ET DU FOIE

Par le docteur LÉVI-SIRUGUE,
Ancien interne des hôpitaux.

Il y a déjà longtemps que les pathologistes ont reconnu les relations qui existent chez l'homme malade entre la rate et le foie, mais en marquant la dépendance des lésions de la rate à des altérations du foie ils n'ont entrevu qu'une des faces de cette intéressante question de pathologie générale. Pour les auteurs qui, à la suite de Laënnec, ont étudié la cirrhose des buveurs, l'hypertrophie de la rate qui en est la règle relevait d'une cause purement mécanique ; la simple congestion par stase, conséquence de la gêne apportée dans la circulation des petits vaisseaux portes par la cirrhose périportale ou des grosses branches par la périphlébite, rendait compte à leurs yeux de la splénomégalie, qu'ils assimilaient à l'hypertrophie du foie ou du rein dans les cardiopathies. Cette explication peut séduire par sa simplicité, mais à regarder les choses de plus près, le problème s'est montré, comme il arrive souvent, plus complexe. On a remarqué en effet qu'il n'y a pas parallélisme entre l'importance de l'ascite et le volume de la rate, que d'autre part la rate peut être grosse dans des cirrhoses sans ascite. Alors on a eu recours à d'autres interprétations. Pour les uns la même influence agirait à la fois sur la rate et le foie, sans qu'il y ait pour cela de connexion morbide entre les deux organes, mais cette explication ne rend pas compte de la limitation si précise des lésions à ces deux viscères seuls, non plus que de la différence souvent si nette du degré des altérations de l'un et de l'autre fait qui ne peut se comprendre que par l'ancienneté plus grande de la lésion de l'un d'eux. Une seconde hypothèse a été proposée par M. Charrin qui a voulu voir dans la splénomégalie un fait d'hypertrophie compensatrice, de suppléance de la rate remplaçant dans ses fonctions antitoxiques un foie en état d'insuffisance fonctionnelle. A ces différentes explications M. Chauffard en a substitué une qui se montre séduisante et en faveur de laquelle on peut apporter un ensemble de faits. Il admet des *hépatites d'origine splénique*, dont le type le plus net serait constitué par une entité morbide encore mal définie, qu'on appelle la maladie de Banti, et par certaines formes de cirrhose splénohépatique d'origine palustre, dont la récente observation de Lesné et Laederich est le type le plus accompli. Notre étude des relations morbides de la rate et du foie portera donc surtout sur ces formes de lésion hépatique où la priorité morbide a semblé devoir être attribuée à la rate. Les *preuves* données à l'appui de cette hypothèse sont *de plusieurs ordres*. Il y a celles, et les plus importantes, que nous fournit *la clinique*, qui sont l'évolution montrant, comme dans la maladie de Banti, le début par des troubles en rapport avec la splénomégalie et seulement au bout de quelques années l'apparition de la cirrhose ; c'est encore l'influence heureuse de la splénectomie dans un certain nombre de cas, où on a pu ainsi, par une intervention faite à temps, éviter la cirrhose du foie. A ces preuves cliniques se joignent des preuves d'ordre *anatomique*, car, si l'on réfléchit à la disposition des vaisseaux, on voit que c'est le sang de la rate qui traverse le foie et non vice versâ ; en effet la veine splénique sortant de la rate va former, après avoir conflué avec la veine mésaraïque, le tronc porte qui traversera le foie ; aussi grosse que la mésaraïque la splénique contribue pour moitié à la formation du tronc porte (Chauffard). L'anatomie pathologique a montré dans la maladie de Banti et dans des cirrhoses palustres de la phlébite de la veine splénique. Enfin il est un troisième ordre de preuves que nous ont fournies *les expériences* de Chauffard et Castaigne. Si elles n'ont pas été positives pour les essais faits avec les poisons, elles ont été plus heureuses pour ce qui est des tentatives d'infection du foie réalisée par voie splénique. Nous aurons occasion de revenir plus tard sur ce point.

I

Voyons d'abord comment se montrent en clinique ces lésions hépatiques qui semblent sous la dépendance d'une altération splénique et commençons par l'étude de ce qu'on connaît sous le nom de *maladie de Banti*.

Dans ces vingt dernières années on a observé des faits cliniques assez semblables entre eux dans leurs grandes lignes pour avoir permis de constituer une espèce d'entité morbide, classement d'attente pour des cas dont la pathogénie est encore obscure. Fait remarquable, presque toutes les observations proviennent d'auteurs italiens. Etudiées pour la première fois en 1882 par Banti qui en a suivi dix, de 1882 à 1894, elles ont été l'objet de plusieurs publications de la part de cet auteur. En 1897, Rinaldi, à l'occasion de quelques cas personnels, résume les faits antérieurement publiés par Silva, Galvagni, Cavazzani, Bonardi, Finzi.

Il s'agit d'individus dans les antécédents desquels on ne trouve ni paludisme, ni syphilis, ni intoxication lente. Les recherches *étiologiques*, aussi bien que l'enquête bactériologique, sont restées sans résultat (Banti). Cependant dans d'autres observations on note quelques antécédents morbides, mais dont souvent l'influence reste douteuse à cause de leur ancienneté. C'est la scarlatine, le rhumatisme (Silva), la pellagre (Rinaldi), la puerpéralité, la rougeole compliquée d'ictère (Rinaldi) ; l'influenza est souvent signalée seule (Finzi, Tonelli) ou associée à la fièvre typhoïde (Galvagni), à la pellagre (Bonardi), à la rougeole (Rinaldi). L'âge des sujets est variable ainsi que le sexe. Dans le cas de Silva, il s'agissait d'une jeune fille de vingt ans, dans celui de Bonardi d'une femme de quarante ans, dans celui de Cavazzani d'une femme de quarante-sept ans. Galvagni

relate un cas chez un homme de cinquante-cinq ans, Finzi chez un alcoolique, paludéen, âgé de trente ans, mais Banti a contesté pour ce cas la légitimité du nom de maladie de Banti, Banti faisant précisément de l'absence des conditions étiologiques ordinaires des cirrhoses (alcoolisme, paludisme, syphilis) une caractéristique de son type morbide. Même objection pourrait être faite à un cas observé par Schlesinger chez un alcoolique et qu'il considère comme une forme de transition entre la cirrhose alcoolique et la maladie de Banti.

La maladie a un *début* insidieux ; le malade se présente comme un *anémique*, mais l'anémie est modérée. Le nombre des globules rouges est en moyenne de 3 millions, celui des blancs de 10 000, le taux de l'hémoglobine est de 60 à 70 p. 100. Ainsi Bonardi dans son cas note 8 500 leucocytes et 2 780 000 globules rouges. La rate est toujours hypertrophiée, mais la splénomégalie est d'intensité variable, elle peut atteindre d'énormes proportions. Cette grosse rate est dure, lisse, indolente. La *splénomégalie* suit une marche parallèle à l'anémie ; si celle-ci s'améliore la rate diminue, du moins dans les cas récents. Pendant tout ce stade qui dure d'un à quatre, ou même sept ans, *le foie reste normal.*

Le *second stade*, ou stade intermédiaire de Banti, est marqué par des phénomènes de dyspepsie gastro-intestinale, de la diarrhée et même des hémorroïdes. Les urines sont peu abondantes, chargées d'urates ; à cette période apparaissent les *troubles liés à l'état cirrhotique du foie.*

Enfin survient le *dernier stade ou stade ascitique*, où les urines sont peu abondantes, chargées d'urobiline, pauvres en urée, où l'anémie va en augmentant, en même temps que la peau prend une teinte grise ; la fièvre apparaît à la fin ; cette période dure de huit à dix mois.

L'ascite nécessite généralement de multiples paracentèses ; dans un cas de Bonardi on trouva à la ponction 6k600 de liquide séreux ; on sentit après la ponction le foie petit, avec un bord granuleux, la rate grosse. On dut faire ensuite onze paracentèses ; le liquide devint laiteux, contenant de 20 à 27 p. 1000 d'albumine, et tenant en suspension des gouttes adipeuses. Dans ce cas l'examen bactériologique du suc de la rate et du sang du bras resta négatif.

La *durée* totale est variable, de cinq ans (Banti), de six ans (Silva), de huit ans (Bonardi), de six à onze ans (Rinaldi), en somme assez longue.

La *terminaison* a été le plus souvent la mort avec un tableau analogue à celui de la période terminale des autres cirrhoses ; mais on a vu certains cas guérir après l'opération de la splénectomie. Banti dans un travail portant sur trois cas signale deux fois l'heureuse influence de la splénectomie ; dans un cas la guérison s'était maintenue depuis dix-neuf mois, dans l'autre depuis trente et un au moment où était publié ce travail.

Dans les cas mortels l'*autopsie* montre une rate grosse pesant environ 1k500 (1 800 grammes dans un cas de Silva, voire même 3 kilos dans le cas douteux, il est vrai, de Finzi). Cette rate est dure, nettement fibreuse, lisse. Le système lymphatique s'est montré normal. Le foie a un aspect différent selon l'ancienneté de la maladie. Si elle est ancienne il montre de la cirrhose atrophique. Dans un cas de Banti la lésion hépatique était tout à fait au début et on voyait nettement qu'elle était la dernière en date. Le malade était mort à un moment répondant à ce que Banti appelle la phase intermédiaire.

A côté de ces faits très intéressants, mais dont les observations sont jusqu'ici à peu près limitées à l'Italie, il nous faut en rapprocher, au point de vue de la question qui nous occupe, certains faits de *cirrhose palustre du foie consécutive à l'altération splénique.* Déjà Kelsch et Kiener avaient signalé chez les paludéens l'endophlébite splénique, ainsi que la richesse en cellules mélanifères du segment splénique de la veine-porte, cellules dont le nombre diminue vers les veines sus-hépatiques. Une observation de la thèse de Géraudel semble montrer le début splénique des lésions. Il s'agissait d'un jeune homme de vingt ans, soldat à Madagascar, ayant eu des fièvres, et qui s'aperçoit d'une tuméfaction de la région splénique, il la montre à un médecin qui met à ce niveau des pointes de feu. A un examen ultérieur on constatait une hypertrophie du foie remontant au quatrième espace et descendant au niveau de l'ombilic, et une rate débordant de 7 centimètres les fausses côtes. Mais la plus belle observation dans cet ordre de faits est celle qu'ont récemment apportée Lesné et Laederich, et qui par sa netteté a la valeur d'un cas type. Cette observation, publiée sous la rubrique de *cirrhose hypertrophique de la rate et cirrhose porte du foie d'origine paludéenne*, est en résumé la suivante. Le malade était un homme de vingt-trois ans, entré à l'hôpital avec une ascite abondante. Cet homme avait eu en Turquie des fièvres palustres accompagnées d'hypertrophie de la rate. Pendant un séjour en Amérique il est pris assez brusquement, sans cause apparente, de grand frisson, céphalée, fièvre et diarrhée. Le ventre augmente de volume. On fait une première ponction, puis une deuxième, qui donne 6 à 8 litres de liquide jaune. L'ascite se reproduit vite. Les urines rares et foncées renferment du pigment rouge-brun. Après la ponction on sent la rate énorme, ayant sur son grand axe 25 centimètres et 18 sur son petit. Le foie n'est pas hypertrophié. L'examen du sang donne : hémoglobine 98 p. 100 ; hématies 3 900 000 ; leucocytes 4 000, dont 70,75 p. 100 de polynucléaires neutrophiles, 3,25 p. 100 d'éosinophiles, 22,75 de mononucléaires, 3 de lymphocytes et 0,25 de myélocytes neutrophiles. On se décide, vu le mauvais état du malade, à tenter la splénectomie, mais à cause de l'état du foie, qu'on trouve pendant l'opération petit et scléreux, on se borne à fixer le grand épiploon à la paroi abdominale. L'ascite se reproduit et on est obligé de faire des ponctions répétées. On fait une seconde tentative de splénectomie en désespoir de cause. L'opération est d'abord rendue difficile par les hémorragies que provoquent les veines de la paroi. La splénectomie se fait ensuite assez facilement, mais le malade succombe au bout de quarante-huit heures. On trouve une rate pesant 1 405 grammes, atteinte de cirrhose diffuse avec dépôts de pigment

ferrugineux, sans tuberculose. Le foie de volume normal est dur, granuleux; il montre une forte cirrhose du type annulaire, cirrhose presque exclusivement portale, sans angiocholite; fait à noter, les lésions portent surtout sur le lobe gauche; le tissu conjonctif y est plus ancien, moins embryonnaire. Au hile du foie il y avait deux volumineux ganglions accolés à la veine porte. Au bord supérieur du pancréas, le long de la veine splénique se trouvaient des ganglions durs. La veine splénique au niveau du hile montrait de l'endophlébite scléreuse ancienne et un peu de périphlébite. Les auteurs rangent cette cirrhose dans le cadre des *cirrhoses hépatiques méta-splénomégaliques*, malgré l'intensité plus grande des lésions du foie, en se basant sur « l'endophlébite splénique, l'hypertrophie ganglionnaire, la prédominance des lésions de sclérose ancienne dans le lobe gauche du foie, enfin la nature presque exclusivement porte de la cirrhose hépatique, à l'exclusion de toute lésion d'angio ou périangiocholite ».

L'étude des *cirrhoses hypertrophiques biliaires* présente également de l'intérêt au point de vue des relations morbides de la rate et du foie. Gilbert et Fournier ont attiré l'attention sur une forme particulière de *cirrhose hypertrophique biliaire hyper-splénomégalique*, différant de la maladie de Hanot par l'importance de l'hypertrophie splénique. C'est là surtout une affection des jeunes sujets, où on note à cause de l'âge des sujets des troubles ostéo-arthropathiques, un retentissement considérable sur le développement général des malades. La rate énorme est indolore; le foie par contre est peu hypertrophié; son fonctionnement d'abord exagéré devient ensuite insuffisant. Cette affection dure des années. Pour nous l'intérêt principal réside dans la question qui a été très discutée du début des lésions par le foie ou la rate. A ce sujet les auteurs ne sont pas d'accord. Pour Gilbert et Fournier le *début serait nettement hépatique;* il s'agirait là d'une hépato-splénopathie consécutive à une angiocholite ascendante. Cette cirrhose différerait des cirrhoses d'origine splénique, telles que la maladie de Banti, par l'absence d'une première phase purement splénique. Deux causes provoqueraient la splénomégalie : l'infection et la congestion passive, démontrée par l'hypertension porte à l'état d'ébauche, la rétrocession de la splénomégalie sous l'influence d'hémorragies gastro-intestinales. L'infection se ferait par la veine splénique, disent Gilbert et Fournier, comme pour le foie elle peut se faire par la veine sus-hépatique. En somme les lésions de la rate rentreraient dans le cadre de ce qu'ils appellent *la rate hépatique*. Le début hépato-biliaire, les poussées angiocholitiques, la systématisation des lésions seraient en faveur de l'origine biliaire. Pour eux il en serait ici comme dans la maladie de Banti, où on trouverait les signes d'une altération ancienne du foie restée latente quoique ayant entraîné la splénomégalie. Dans les cas désignés sous cette dernière rubrique, il s'agirait d'alcoolisme, de paludisme, de syphilis, ou souvent d'une des affections faisant partie de la famille biliaire, quelquefois de cirrhose biliaire hypersplénomégalique ou d'ictère chronique splénomégalique, de lithiase biliaire ou de splénomégalie méta-ictérique. La preuve de l'importance de la congestion dans la pathogénie de cette splénomégalie serait fournie par sa diminution après les hémorragies gastro-intestinales. Cette splénomégalie serait donc surtout de nature congestive comme celle qu'on peut trouver dans des cas d'affection cardiaque tels que les cas publiés par Oulmont et Ramond sous le nom d'asystolie spléno-hépatique.

A cette hypothèse s'oppose celle de l'*origine splénique*. Pour Boix la grosse rate précède le processus hépatique; chez un de ses malades mort à trente ans de cirrhose de Hanot, il avait constaté une grosse rate dans la jeunesse. Quand la cirrhose de Hanot affecte une allure familiale, les enfants des malades qui, peut-être candidats à la maladie, sont du moins indemnes jusqu'à nouvel ordre, ont « une grosse rate d'autorité pour ainsi dire et rien que cela. La grosse rate est donc la base, la clef de voûte de la maladie de Hanot ». Boix conclut à une infection hépato-splénique spéciale. Boinet a vu un malade atteint de cirrhose hypertrophique faisant souche de splénomégaliques chez trois enfants.

Landrieux et Milian ont rapporté l'observation d'un jeune homme de vingt-deux ans, ayant eu au début des douleurs à l'hypocondre gauche avec des alternatives de diarrhée et constipation. A un examen fait un mois après le début on ne trouve qu'une grosse rate qui avait fait penser à la leucémie splénique. Plus tard on vit un ictère de plus en plus foncé, un gros foie et la réaction de Gmelin des urines avec coloration des selles. A l'autopsie de ce malade mort d'hématémèse, on trouvait une rate du poids de 1 900 grammes, alors que le foie pesait seulement 2 070; les ganglions abdominaux et du hile du foie étaient hypertrophiés. Au microscope la rate était cirrhosée avec disparition des glomérules de Malpighi; le foie montrait de la cirrhose porto-biliaire avec périangiocholite. En considération de ces faits Chauffard a proposé pour ces cirrhoses la division suivante : 1° cas où il y simultanéité des lésions hépato-spléniques, forme *splénomégalique*, comprenant la plupart des cas de maladie de Hanot; 2° forme *présplénomégalique*, où le foie est pris avant et plus; il y aurait là cirrhose biliaire d'origine angiocholitique avec splénomégalie secondaire, faible; c'est ce qui répond à la forme microsplénomégalique de Gilbert et Fournier; 3° forme *méta-splénomégalique* où la rate est prise avant et plus; c'est là une hépatite d'origine splénique, forme qui répond à l'hypersplénomégalique de Gilbert et Fournier, et où il y a une cirrhose porto-biliaire d'origine splénique avec splénomégalie primitive.

De ces cas de cirrhose biliaire doivent être rapprochés ceux d'ictère *infectieux chronique splénomégalique* décrits par Hayem. Chez cinq malades observés par cet auteur, on constatait un ictère chronique à paroxysmes biliphéiques, avec persistance de sub-ictère entre les paroxysmes. Les selles étaient colorées. On notait la tuméfaction du foie, mais surtout celle de la rate, persistant plus que celle du foie entre les attaques. Il y avait en outre de l'anémie chronique. C'est peut-être là un stade de début de la

cirrhose hypertrophique biliaire. Récemment, à la Société des hôpitaux, MM. L. Guinon, Rist et Simon présentaient une enfant de dix ans, atteinte depuis plusieurs années d'une énorme splénomégalie, précédée d'un subictère chronique. Le foie n'était pas hypertrophié et les auteurs faisaient rentrer ce cas dans le cadre des ictères décrits par Hayem. La splénomégalie s'accompagnait de polyglobulie avec cyanose, fait d'interprétation difficile.

Dans les *ictères à rechutes*, connus aussi sous les noms de typhus hépatique, maladie de Weil, etc., on voit la splénomégalie persister entre les accès et sa persistance indique que l'infection n'est pas éteinte. Au cours d'une infection syphilitique, L. Bernard a vu un *ictère splénomégalique tardif*, marqué par deux poussées d'ictère biliphéique avec décoloration des matières, gros foie et surtout grosse rate; la splénomégalie persistait après l'ictère. Les symptômes rétrocédaient au bout d'un mois et demi de traitement intensif. Il s'agissait d'un accident survenu dix ans après le chancre, différent, par conséquent, de l'ictère syphilitique ordinaire, manifestation précoce. Peut-être sans le traitement l'affection eût-elle évolué vers la cirrhose.

A propos de ces splénomégalies des ictères s'est posée la même question que pour les cirrhoses relativement à la priorité des lésions du foie ou de la rate. Pour les uns, l'infection frapperait peut-être primitivement la rate, pour Gilbert et Lereboullet la splénomégalie serait méta-ictérique. Par les lésions d'angiocholite des petits canaux biliaires intra-hépatiques il y aurait compression de la veine-porte, expliquant l'hypertension porte que prouvent les varices stomacales suivies quelquefois d'hématémèses et la splénomégalie. L'examen bactériologique leur aurait montré l'infection du tissu hépatique et la stérilité de la pulpe splénique.

Il est un dernier groupe de faits dont l'étude est récente et qui nous intéressent, ce sont ceux de *tuberculose spléno-hépatique*, où la participation de la rate à l'infection semble précéder celle du foie, dans lequel les lésions tuberculeuses sont moindres et plus jeunes. Tels sont les cas publiés par Rendu et Widal, Moutard-Martin et Lefas, Collet et Gallavardin, et qui trouvent leur interprétation dans les expérieuces de Chauffard et Castaigne. La lésion hépatique paraît tellement être secondaire que, dans certains de ces cas de tuberculose de la rate, le foie était resté encore normal, comme dans les cas de Scharoldt, Mariott, Burke, Quénu et Baudet, Achard et Castaigne. Pour Collet et Gallavardin le foie jouerait vis-à-vis de la rate « le rôle de ganglion lymphatique filtrant, formant barrage ».

II

Par l'EXPÉRIMENTATION Chauffard et Castaigne ont cherché à appuyer leur conception des hépatites d'origine splénique. Ils font d'abord remarquer ce qui arrive dans la *leucocytémie spléno-hépatique* où la rate est toujours prise d'abord et surtout, et où le foie se montre farci de leucocytes au niveau des espaces porto-biliaires, vraie injection leucocytaire partie de la rate.

Les auteurs dans leurs expériences ont recherché : 1° si des particules solides introduites dans la rate gagnent le foie ; 2° ils ont essayé de reproduire expérimentalement les tuberculoses du foie secondaires à celles de la rate.

Pour ce qui est du premier groupe d'expériences, elles ont porté sur six chiens. Quatre ont reçu dans la rate des particules de carmin, deux de l'encre de Chine. L'introduction était faite dans la rate ou dans l'artère splénique dans le sens du courant. Les coupes du foie des animaux sacrifiés montraient le passage au foie du carmin, alors qu'on ne trouvait pas de parcelles de matière colorante dans les autres organes ; les résultats étaient surtout nets dans les expériences faites par l'artère splénique.

Dans les expériences faites avec des produits tuberculeux on voyait dans la rate de gros tubercules conglomérés polycycliques à centre caséeux, alors qu'au foie il n'y avait que des tubercules miliaires disséminés dont la systématisation semblait péribiliaire, la veine-porte étant oblitérée et les canalicules biliaires seuls visibles. Chez plusieurs des cobayes on ne trouvait pas de lésions tuberculeuses ailleurs.

Les mêmes auteurs ont essayé d'expérimenter avec des toxines ou des poisons injectés dans la rate, mais ces expériences n'ont pas été démonstratives; il y avait bien des lésions de la glande hépatique, mais il y avait aussi des lésions ailleurs.

Gauckler a étudié l'histologie de la rate dans un grand nombre de cas, ce qui lui a permis d'y décrire comme prélude de la sclérose hypertrophique une réaction caractérisée par deux sortes de *macrophages*, les uns dérivés des mononucléaires, les autres du plasmodium, des mailles du réticulum splénique. Les macrophages pourraient aller irriter la cellule hépatique.

III

Ces recherches amènent à des conclusions pratiques. Dans plusieurs de ces cas se pose la question de la SPLÉNECTOMIE avant que la lésion ait eu le temps de retentir sur le foie. Sur 3 cas relatés dans un des travaux de Banti, il y eut dans 2 cas de bons résultats fournis par la splénectomie. Dans l'un d'eux la guérison se maintenait depuis dix-neuf mois, dans l'autre depuis trente et un. Dans une observation de Bozzolo et Carle où il y avait une grande splénomégalie avec anémie et gros foie, la splénectomie fut suivie d'une convalescence retardée par des complications. L'opération avait arrêté le processus morbide, le foie avait diminué et était revenu au-dessous même du volume normal, ce qui semble nettement établir l'influence de la splénectomie sur l'état du foie.

Dans un travail sur *la cirrhose palustre du foie d'origine splénique et sur l'indication de la splénectomie*, Cardarelli arrive à conseiller cette intervention quand après un long traitement il n'y a pas d'amélioration, quand le poids et les forces diminuent, quand il y a diminution de l'hémoglobine, qu'il n'y a pas de leucémie ni de plasmodes malariques dans le sang; quand la rate forme une tumeur

dure, déformée, avec périsplénite; enfin quand on voit une complication de lésion hépatique.

L'intervention avait été déjà tentée il y a bien longtemps, puisqu'en 1549, elle avait été faite par Zaccarello sur l'invitation de Fioravanti. Dans la malaria la mortalité par l'intervention qui était jadis de 55 p. 100 est descendue d'abord à 27 et même jusqu'à 6 p. 100. Les auteurs donnent comme contre-indication la leucémie, le volume trop considérable de la rate; par contre une cirrhose du foie, même avec un peu d'ascite, ne constitue pas une contre-indication.

Cette opération a été assez souvent pratiquée, et quelquefois avec succès, en Italie, lieu d'observation de la forme morbide appelée maladie de Banti, et pays où le paludisme n'est pas rare. En France, par contre, les cas sont encore peu nombreux; nous avons rappelé déjà l'opération en désespoir de cause faite dans le cas de Lesné et Laederich et où la mort du malade suivit de près l'intervention. En Roumanie quelques chirurgiens, Jonnesco, Michaïlowsky, ont pu apporter au Congrès international de 1900, le résultat de leurs tentatives. A cette époque Jonnesco avait pratiqué en quatre ans 28 splénectomies pour paludisme; il avait eu 8 morts. Il concluait en admettant comme contre-indications l'état du foie, surtout la cirrhose atrophique, les adhérences pariétales étendues, l'ascite marquée, la pleurésie, le mauvais état général. Après la splénectomie, l'état général s'améliore vite et l'ascite guérit définitivement; mais la convalescence peut être retardée par des complications, dont les plus fréquentes sont la congestion pulmonaire ou même la pneumonie, la péricardite, la pleurésie, l'hémorragie locale secondaire, la péritonite. Michaïlowsky (de Philippopoli) a fait 15 splénectomies pour grosse rate palustre, et il aboutit aux mêmes conclusions. Le volume des rates enlevées par lui oscillait de 1800 à 4000 grammes. En somme tout en étant une opération grave, la splénectomie est à discuter quand il y a lieu de redouter l'*action infectante de la rate sur le foie*, ce dernier organe constituant dans ces cas, comme le dit Chauffard, une seconde étape de défense organique. Pour lui, l'hypothèse de Charrin sur le rôle antitoxique compensateur de la rate dans les maladies du foie doit être renversée, et il considère « qu'il y a une famille naturelle de faits, qui, partant des splénopathies dites primitives de Gaucher, de Debove et Brühl, sans réaction propre du foie, passe par les ictères infectieux chroniques splénomégaliques de Hayem, pour aboutir, suivant l'orientation définitive de la lésion hépatique, soit aux formes atrophiques veineuses de la cirrhose (maladie de Banti), soit aux cirrhoses hypertrophiques biliaires (faits de Gilbert et Fournier). Ainsi l'antique adage : *Vena porta, porta malorum*, pourrait être complété en ajoutant : *Vena splenica, porta malorum* ».

BIBLIOGRAPHIE

Généralités. — CHAUFFARD. Des hépatites d'origine splénique, *Sem. méd.*, mai 1899. — *Traité de pathologie générale* de Bouchard, t. V, p. 14, 1900. — CHAUFFARD et CASTAIGNE. Lésions expérimentales du foie d'origine splénique, *Arch. de méd. exp.*, 1901, p. 321. — GILBERT et LEREBOULLET. Rate hépatique, Soc. de biol., 12 nov. 1904. — GAUCKLER. Les réactions macrophagiques de la rate humaine et la pathogénie de certaines splénomégalies, *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars 1904.

Maladie de Banti. — BANTI. *Sem. méd.*, 1894, n° 40; — *Sperimentale*, 1894, fasc. 5 et 6, 48e année, et *Policlinico*, 1898, p. 104, Sez. medica. Nuovi studii sulla splenomegalia con cirrosi epatica. — SILVA. *Riforma med.*, 1896, vol. 2, nos 13 et 14. — CAVAZZANI. *Ibid.*, nov. 1896. — GALVAGNI. *Ibid.*, 1896, n° 26, t. II. — FINZI. *Ibid.*, 1897, nos 22, 23, t. I. — BONARDI. *Gazz. degli osped.*, 1897, n° 1. — ASCOLI. Supplemento al *Policlinico*, 1897, n° 12, p. 285. — ROQUE et BRET. *Province méd.*, 29 août 1896. — RINALDI. *Riforma med.*, 1897, t. III, p. 4 (travail d'ensemble avec bibliographie). — GILBERT et LEREBOULLET. La maladie de Banti existe-t-elle? *VIIe Congr. franç. de méd.*, Paris, oct. 1904. — SCHLESINGER. Soc. méd. de Vienne, 17 nov. 1904.

Cirrhoses palustres. — GÉRAUDEL. Th. de Paris, 1901-1902. — LESNÉ et LAEDERICH. Cirrhose hypertrophique de la rate et cirrhose porte du foie d'origine paludéenne, Soc. méd. des hôpit., 15 déc. 1904.

Cirrhoses biliaires et ictères splénomégaliques. — GILBERT et FOURNIER. Soc. méd. des hôpit., 25 mai 1900. — POPOFF. *Therap. Wochenschr.*, 10 nov. 1895. — LANDRIEUX et MILIAN. Cirrhose hypertrophique biliaire à début splénique avec adénomégalie, Soc. méd. des hôpit., 6 avril 1900. — HAYEM. Sur une variété d'ictère infectieux chronique splénomégalique, *Presse méd.*, 9 mars 1898. — J. LÉVY. *Id.* Th. de Paris, 1899. — WOIRHAYE et CAZIOT. *Gaz. hebd.*, 17 juin 1900. — BOINET. *Arch. gén. de méd.*, 1898, et Soc. méd. des hôpit., 18 mai 1898. — BOIX. Soc. de biol., 12 mars 1898. — GILBERT et LEREBOULLET. Les causes de la splénomégalie dans les cirrhoses biliaires. Soc. de biol., 30 mars 1901; — Splénomégalies méta-ictériques, Soc. méd. des hôpit., 29 mai 1903. — GUILLAIN. *Rev. de méd.*, sept. 1900. — L. GUINON, E. RIST et L.-G. SIMON. Splénomégalie chez une cholémique avec cyanose et polyglobulie transitoires, Soc. méd. des hôpit, 8 juill. 1904. — L. BERNARD. Ictère splénomégalique syphilitique tardif., Soc. méd. des hôpit., 4 nov. 1904.

Tuberculose spléno-hépatique. — RENDU et WIDAL. Soc. méd. des hôpit., 2 juin 1899. — MOUTARD-MARTIN et LEFAS. Soc. méd. des hôpit., 9 juin 1899. — COLLET et GALLAVARDIN. *Arch. de méd. exp.*, mai 1901. — COURMONT, TIXIER et BONNET. *Journal de phys. et de path. gén.* 1899, p. 826.

Splénectomie. — BOZZOLO et CARLE. *Riforma med.*, 1901, n° 175. — CARDARELLI. Cirrhose palustre d'origine splénique et indication de la splénectomie dans les tumeurs chroniques de la rate par paludisme, *Riv. crit. di clin. med.*, nos 15 et 29 mars 1902. — JONNESCO. Congrès intern. 1900, numéro spécial de la *Gazette des hôpitaux*, du 21 août 1900.

FORMULAIRE

GRIPPE PULMONAIRE PROLONGÉE

Elle affecte souvent la forme pseudo-tuberculeuse et se traduit par la persistance de signes de congestion, soit au sommet, soit à la base. Dans certains cas, elle simule la spléno-pneumonie. Elle peut durer plusieurs mois, dont plusieurs semaines avec de la fièvre.

Donner de préférence de l'acide salicylique.

Acide salicylique.................... 0gr50

pour un cachet. Deux par jour dans du lait.

Ou encore en suppositoires :

Acide salicylique............... 1 gramme.
Beurre de cacao.............. 5 —

Faire de la révulsion par des pointes de feu superficielles souvent répétées. Tonifier fortement le malade par une nourriture appropriée à son état général. (LEMOINE et GÉRARD.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1905)

Chloroformisation. — Dans notre dernier compte rendu, nous avons, paraît-il, mal interprété une phrase de M. Routier en lui faisant dire que c'était à M. Boncourt et non à M. Labbé, qu'il fallait attribuer le procédé de chloroformisation à la compresse par les doses petites et continues. Nous ne demandons pas mieux que de rendre à notre excellent maître, M. Labbé, ce qui lui appartient, et ce qui, à nos yeux, lui a toujours appartenu, c'est-à-dire ce mode d'anesthésie auquel nous-même avons, jusqu'ici, donné toujours la préférence.

Nous reprenons la discussion :

M. REYNIER répond à M. Ricard qui a reproché à son appareil l'absence de soupapes, le mouvement de va et vient du mélange inspiré et de l'air expiré, enfin le thermomètre.

Reprocher à un appareil de ce genre l'absence de soupapes, c'est vraiment trouver la mariée trop belle. Ces soupapes, en effet, peuvent devenir elles-mêmes une cause d'accidents. M. Ricard leur trouve, entre autres avantages, celui d'indiquer que le malade respire bien. Cet avantage, M. Reynier l'obtient dans son appareil à l'aide d'une feuille de papier qu'il y ajoute et qui, par son mouvement oscillatoire, indique également que la respiration s'accomplit régulièrement. Le reproche fait par M. Ricard au mouvement de va et vient qui faisait que le malade aspirait de l'air déjà expiré, et par suite, chargé d'acide carbonique, a plus vivement touché M. Reynier qui en a reconnu le bien fondé. Aussi M. Reynier a-t-il modifié son appareil de façon à faire disparaître cet inconvénient. Quant au thermomètre, M. Reynier reste convaincu de son utilité. Un appareil destiné à donner des mélanges titrés d'air et de chloroforme ne peut se passer de thermomètre. Les variations de température entraînent une très grande variation dans le titre même du mélange quand il s'agit de vapeurs chloroformiques. Il faut pouvoir contrôler la température à tout moment. Pour M. Reynier, tous les autres appareils ne donnent que des mélanges approximatifs, le sien seul donne des mélanges exactement titrés ; l'appareil de M. Ricard ne donne donc que des mélanges approximatifs, on fait avec lui ce qu'on fait avec la compresse ; on n'est donc pas sûrement à l'abri des accidents.

M. Reynier est d'accord avec M. Ricard sur l'inutilité de remplacer l'air par l'oxygène. Comme lui, il croit que les bons résultats de l'appareil de Roth ne sont pas dus à l'oxygène.

M. Reynier répond ensuite à M. Lucas-Championnière, réfute ses objections et maintient que les expériences sur les chiens sont comparables à celles que l'on peut faire sur l'homme au point de vue de la chloroformisation.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE répond à son tour à M. Reynier et maintient les observations qu'il a déjà présentées à l'Académie.

M. KIRMISSON n'attache que peu d'importance aux considérations théoriques. On est en présence de trois appareils ; quel est le meilleur ? Là est toute la question. L'avenir le dira.

M. QUÉNU revient sur la question des chiens qui, suivant lui, supportent mal le chloroforme. On sait que les physiologistes perdent énormément de chiens dans leurs expériences. C'est pourquoi Paul Bert, M. Regnard ont eu recours à des appareils donnant des mélanges titrés. D'autres ont remplacé le chloroforme par des injections intraveineuses de chloral et de morphine.

M. DELBET estime que dans les laboratoires de physiologie on perd deux chiens sur cinq. Aussi chez M. Dastre a-t-on recours maintenant aux injections d'atropomorphine.

Toutes ces considérations, comme le dit fort bien M. Kirmisson, sont un peu en dehors de la question en discussion.

Fractures. — Dans la dernière séance, M. NÉLATON a présenté un appareil pour fractures de jambes imaginé par M. Ombredanne.

M. FÉLIZET, à ce propos, indique une technique particulière qu'il emploie dans ces cas. A un moment donné, pour mieux assurer la traction, il donne un trait de scie à l'appareil de façon à le diviser en deux parties et il assure la traction sur la partie où se trouve l'extrémité inférieure de la jambe.

M. DELBET a employé un procédé analogue et y a renoncé.

Corps étrangers de l'œsophage. — M. KIRMISSON fait un rapport sur une observation adressée par d'Œlnitz (de Nice). Il s'agit d'une pièce de cinquante centimes qu'avait avalée un jeune enfant. Des tentatives faites avec le panier de Græfe sont restées sans résultat. M. d'Œlnitz, ancien interne de M. Kirmisson, a eu recours à son crochet et a extrait la pièce. C'est un nouveau fait à ajouter aux autres.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DE LA CHLOROFORMISATION

Nous recevons du docteur Louis Dumont (de Saint-Vaury, Creuse), la lettre suivante :

« Ayant eu l'avantage de pratiquer, pour ainsi dire seul, l'anesthésie chloroformique dans le service de Péan au cours de l'année 1886 (où j'avais l'honneur d'être son externe) et ayant eu d'autre part très fréquemment l'occasion de continuer cet emploi dans divers services chirurgicaux, il m'a été donné de faire quelques remarques sur cette question.

Je dois rappeler tout d'abord que nous avons été très satisfaits de l'appareil de Paul Bert tel qu'il était installé chez Péan à Saint-Louis — anesthésie régulière sans à-coups et sans accidents. L'encombrement, la complication de l'appareil, et surtout une manipulation un peu incommode dans certaines opérations de la face et du cou, ont fait renoncer à son emploi.

Mais il est incontestable que le principe du mélange titré d'air et de chloroforme est fondamental et indispensable. On oublie en effet trop souvent que le patient doit *respirer comme à l'ordinaire* et qu'il ne peut être privé de sa ration normale d'oxygène. Le chloroforme ne doit être que *surajouté*. Je suis volontiers porté à croire que maints accidents ont pu être provoqués par l'oubli de cette condition nécessaire. Aussi ne saurais-je trop élever ma faible protestation contre la pratique de la chloroformisation massive, substituant brutalement l'agent anesthésique à l'oxygène. Possible que l'anesthésie soit plus vite obtenue, mais au prix de quels dangers ! En ce qui me concerne j'ai pratiqué des milliers de chloroformisations (dans le seul service de Péan il s'en faisait plus de *dix* par semaine) et je n'ai jamais eu le moindre ennui. J'avoue que je n'ai jamais cherché à battre le record de la vitesse, il me fallait bien une demi-heure pour obtenir la résolution

complète; mais j'ai pu maintes fois, sans aucun danger, maintenir l'anesthésie fort longtemps, jusqu'à deux heures et demie.

En résumé, le mélange d'air et de chloroforme est indispensable pour obtenir une anesthésie régulière et sans danger.

Ce mélange est très facile à réaliser avec la simple compresse, un peu moins exactement peut-être qu'avec un appareil, mais d'une façon suffisamment approximative et, en somme, beaucoup plus commodément.

C'est une affaire d'habitude et de doigté. »

ANALYSES

MÉDECINE

Le mal de Pott d'origine syphilitique. (*Rivista di clinica pediatrica*, 1904, n° 8.) — Pour L. Concetti la syphilis peut affecter les vertèbres aussi bien que les autres os et y déterminer des lésions semblables à celles de la tuberculose et comportant le même tableau clinique. L'auteur préfère le terme de mal de Pott de nature syphilitique à celui de spondylite syphilitique, car cette dernière pourrait évoluer sans la triade caractéristique, déformation, troubles nerveux, abcès par congestion.

D'une statistique portant sur les vingt-cinq dernières années, Concetti conclut que cette affection est moins fréquente chez l'enfant que chez l'adulte (4 cas sur 28), et qu'on peut la considérer comme une localisation tardive de la syphilis; le siège d'élection est la colonne cervicale (16 fois sur 26), alors que dans la tuberculose c'est au niveau de la colonne dorsale ou dorso-lombaire. Il y a souvent un plus grand nombre de vertèbres atteintes que dans la tuberculose, et le processus pathologique envahit souvent les racines spinales, les méninges, la moelle. La mort subite par accidents bulbaires est survenue parfois lorsque la lésion siégeait à la partie supérieure de la colonne cervicale, cependant le pronostic est rendu plus favorable à cause de l'influence bienfaisante du traitement spécifique commencé à temps et dirigé avec énergie; il est donc de première importance de songer à l'existence du mal de Pott d'origine syphilitique puisque la guérison dépend uniquement du traitement.

Chez des enfants et des mort-nés, cette affection était de nature hérédo-syphilitique, et Concetti cite le cas très intéressant d'un enfant de sept ans guéri par lui dans l'espace de trois mois environ. A. GAULLIEUR L'HARDY.

CHIRURGIE

La thyroïdectomie dans le goitre exophtalmique. (Charles H. Mayo. *The Canadian Practitioner and Review*, janv. 1905, vol. XXX, n° 1, p. 23.) — L'auteur rapporte dans cet article les résultats des 40 cas de thyroïdectomies partielles qu'il a pratiquées dans des cas de maladie de Graves. Il a été amené à cette intervention à la suite des travaux de Crile sur la pression sanguine. D'après Crile, l'équilibre vasculaire est établi par l'action opposée des sécrétions thyroïdiennes et surrénales. L'absence de tissu thyroïdien chez l'enfant amène l'arrêt de développement et le crétinisme par contraction des vaisseaux périphériques; son atrophie chez l'adulte amène la dégénérescence intellectuelle et le myxœdème. D'autre part, l'ingestion continue d'extrait thyroïdien amène la plus grande partie des signes de la maladie de Basedow. Elle ne la reproduit pas intégralement, car on ne peut reproduire le mode d'absorption et exactement les produits absorbés d'une glande à sécrétion interne.

Dans le goitre exophtalmique la glande est augmentée de volume, dure, elle est le siège d'une hypersécrétion.

Dans le goitre kystique ordinaire les produits de sécrétion ne sont pas absorbés par l'organisme et restent dans la glande, d'où les kystes. Si dans certains cas de maladie de Basedow on ne trouve pas de goitre, c'est seulement à un examen superficiel, car une recherche attentive révèle toujours de petites tuméfactions souvent profondément situées.

Mayo rappelle tout d'abord que la radiothérapie donne souvent une amélioration dans le goitre exopthalmique. Il pense que c'est en diminuant l'absorption des produits de sécrétion de la glande par sclérose des voies lymphatiques. Il se sert en général de ce traitement comme préparation au traitement sanglant dans les cas graves.

Sur les 40 cas opérés, la mortalité a été de 15 p. 100. Si on retranche deux malades opérés in extremis, elle reste à 10 p. 100. Cette mortalité est due à une recrudescence des symptômes, en particulier de la tachycardie qui suit immédiatement l'opération. Mayo pense qu'il faut voir là une absorption massive de suc thyroïdien par la plaie opératoire. On combat ces accidents post-opératoires par l'ingestion d'extrait surrénal, d'atropine et de morphine.

La technique opératoire est simple. Sous anesthésie à l'éther, précédée d'une injection de morphine, dans les cas graves sous anesthésie locale à la cocaïne, on pratique l'incision de Kocher. L'écueil a éviter pendant l'extirpation est la section du récurrent droit qui est en rapports étroits avec l'artère thyroïdienne inférieure. Le nerf du côté gauche est 5 à 6 millimètres plus en arrière et échappe plus facilement aux blessures. M. LANCE.

ANATOMIE

Les franges séro-graisseuses pré-péricardiques. (P. Poirier et J. Dupuy. *Bull. de la Soc. anat.*, 1904, p. 725.) — Description de l'appareil séro-graisseux occupant le fond du cul-de-sac pleural gauche et formant, au-devant du péricarde, de véritables coussinets de frottement. L. ALQUIER.

VARIÉTÉS

LA PREMIÈRE DES « AVARIÉS » AU THÉATRE ANTOINE

Nous avons toujours pensé que les sujets de pathologie n'étaient pas des sujets de théâtre et cependant il est difficile, même aux auteurs les mieux doués, d'imaginer des drames plus poignants que ceux que nous observons parfois dans la pratique de notre art. Lisez les œuvres de Diday, de Ricord, de Langlebert, et surtout celles de M. Fournier dont on retrouve, dans le drame de M. Brieux, les idées qu'il a si souvent défendues avec son talent habituel, aussi bien dans ses écrits que dans ses cours et ses communications aux sociétés savantes.

On se rappelle l'émotion qu'a soulevée la pièce de M. Brieux quand il en a lui-même donné lecture au théâtre Antoine à un public d'invités (1). La pièce fut interdite alors. De méchantes langues prétendent que ce fut surtout cette interdiction qui a été la cause de son succès de librairie. Quoi qu'il en soit, la pièce a été représentée à Bruxelles et y a remporté un grand succès. A Paris, un nouveau ministre a cru pouvoir lever l'interdit et les *Avariés* ont été joués hier, au théâtre Antoine, dans une salle comble. Cela a été un vrai et franc succès,

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1901, nos 131 et 139.

grâce évidemment à la façon remarquable dont la pièce est jouée, mais grâce aussi au sujet lui-même qui est très dramatique. M. Brieux a accompli ce tour de force de nous parler uniquement, pendant trois actes, de la syphilis et de ses conséquences sociales sans que les oreilles les plus délicates aient pu être choquées un seul instant. Il est vrai qu'avant la représentation, M. Antoine a, dans un avertissement-prologue, prévenu le public que la pièce traite de la syphilis, qu'il y a des choses intéressantes à apprendre pour les gens du monde et qu'il ne paraît pas nécessaire que les femmes soient ignorantes pour rester vertueuses.

Il faut rendre cette justice à M. Brieux, qu'il n'y a pas l'ombre d'exagération dans son œuvre. Il est constamment dans la vérité scientifique la plus absolue.

C'est, en somme, une œuvre saine et son succès est à souhaiter, car nous pensons qu'il aurait pour résultat de faire réfléchir bien des gens qui traitent un peu trop légèrement la vérole et ses conséquences. M. Brieux, plus à même de se faire écouter des gens du monde au théâtre que M. Fournier dans sa chaire ou à la tribune de l'Académie, rendrait un grand service à son pays, s'il arrivait à corriger certains égoïstes de leur veulerie et de leur lâcheté et à leur faire comprendre que le *j'menfichisme*, en matière de syphilis, n'est rien moins qu'un crime. Nous espérons plus d'effet de la pièce de M. Brieux dans ce sens que dans celui des réformes qu'il demande aux pouvoirs publics et que tous les syphiligraphes réclament en vain depuis bien longtemps.

A. BROCHIN.

LIVRES NOUVEAUX

Formulaire et consultations médicales (1), par G. Lemoine et Er. Gérard, professeurs à la Faculté de médecine de Lille.

En publiant ce livre, les auteurs ont tenu avant tout à être utiles aux praticiens en rassemblant dans le même ouvrage le *Formulaire* et les *Consultations médicales*, de façon à constituer un véritable *vade mecum medical*. Dans la partie du formulaire proprement dite, chaque substance destinée à l'art de guérir a surtout été étudiée au point de vue de son action thérapeutique et de ses principales indications en insistant sur les avantages et les inconvénients de certains médicaments. Leur grande préoccupation a été de donner des formules simples et rationnelles sans les multiplier à l'excès et de mettre en relief les prescriptions et les renseignements posologiques pour la médecine infantile. Des chapitres spéciaux ont été consacrés aux injections hypodermiques, à la sérothérapie et à l'opothérapie. La réunion des diverses incompatibilités sous forme de tableau permettra au médecin de s'initier rapidement aux inconvénients qui peuvent résulter lors de l'établissement de la formule du mélange de certaines substances entre elles.

Les consultations médicales tiennent une large place dans ce volume; elles se rapportent aux maladies que les praticiens sont appelés à soigner le plus fréquemment et sont rédigées tout spécialement pour eux, c'est-à-dire que les médications et les formules qu'elles proposent sont choisies parmi les plus simples à exécuter. Dans chaque article, la partie clinique tient toujours une large place et rappelle au médecin le tableau symptômatique de la partie à traiter. Ces considérations cliniques ont été surtout développées dans la partie qui concerne les maladies de la peau, dont le diagnostic différentiel est fait avec beaucoup de soin, de façon à éviter des erreurs de thérapeutique. Des chapitres sur l'hygiène alimentaire, les eaux minérales, les stations climatériques et une liste des principaux sanatoria permettront au médecin de renseigner utilement sa clientèle.

Ce petit livre, d'un format pratique, dans une jolie reliure, sera pour les praticiens un guide précieux dans l'enseignement de leur profession.

L. GAYARD.

(1) In-18 de 780 p., cart., peau souple. Prix : 6 francs. — Paris, Vigot frères.

Syphilis de l'œil et de ses annexes (1), par E. Terrien.

Après le gros livre, les modestes manuels. Dans celui-ci, M. E. Terrien étudie aussi complètement et aussi clairement que possible la syphilis oculaire. Des notions anatomiques succinctes permettent de suivre facilement les descriptions de l'auteur. L'hérédo-syphilis oculaire peut être précoce ou tardive. Précoce, ce sont surtout les altérations rétino-choroïdiennes et les malformations congénitales; tardive, c'est la kératite interstitielle. Acquise, la syphilis peut frapper l'œil à toutes les périodes : à la première période appartiennent les chancres palpébral, ciliaire, conjonctival; à la seconde, l'iritis et la choroïdite; à la troisième, les gommes de globe oculaire et des annexes. Les manifestations oculaires parasyphilitiques (tabes, paralysie générale) sont ensuite étudiées. Quelques pages de traitement terminent ce petit livre où l'auteur a su, sans effort apparent, mettre à la portée des profanes les questions les plus complexes de la pathologie oculaire.

L. BABONNEIX.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

BON POSTE MÉDICAL à prendre dans la Marne. S'adresser à M. de la Charmoye (maire de la commune), 4, rue de la Bienfaisance, Paris 8e.

Le volume, 920 pages, publiant les travaux du 1er **CONGRÈS FRANÇAIS DE CLIMATOTHÉRAPIE ET D'HYGIÈNE URBAINE**, tenu à Nice en avril dernier, vient de paraître. Rappelons que tous nos confrères, ayant adhéré à ce Congrès et versé la cotisation de 20 francs, ont droit à ce volume. Ceux qui ne l'auraient pas reçu avant la fin février sont priés de bien vouloir le réclamer au secrétaire général, docteur Hérard de Bessé, 5, boulevard Marinoni, Beaulieu-sur-Mer (Alpes-Maritimes). Passé le 1er avril, il sera disposé des volumes restant et les réclamations ne pourront plus recevoir satisfaction.

COURS D'ORTHOPHONIE. — Le cours gratuit d'orthophonie pour la correction des troubles de la parole et de la voix (retards de langage, bégaiement, zézaiement, voix rauques, nasillardes, etc.), fait par les professeurs de l'Institution nationale des sourds-muets, a recommencé le jeudi 24 novembre 1904, à dix heures et demie, 252 *bis*, rue Saint-Jacques.

Il continuera les jeudis suivants à la même heure.

Les parents qui désireraient conduire leurs enfants à ces leçons sont priés d'envoyer les noms, âge et adresse des enfants à M. Robert Jouet, 252 *bis*, rue Saint-Jacques.

Il est préférable qu'ils se présentent à cette adresse avec les enfants, tous les jeudis matin, à dix heures.

(1) In-16. Prix : 4 francs. — Paris, G. Steinheil.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Polyurie hystérique et polychlorurie, par MM. F. WIDAL, LEMIERRE et DIGNE.
Sécrétion sudorale des mains chez les chirurgiens et asepsie, par M. L. DOR.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences. — Société médicale des hôpitaux.
LIVRES NOUVEAUX
FORMULAIRE
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Internat.* — ORAL. — Séance du 26 février 1905 : MM. Benon, 10 + 20 = 30 ; — Lamy, 10 + 20 = 30 ; — Pottet, 9 + 19 = 28 ; — Tinel, 8 + 25 = 33 ; — 8 ; Hovelacque, 16 + 21 = 37 ; — Faroy, 16 + 23 = 39 ; — Lévy-Franckel, 16 1/2 + 21 = 37 1/2 ; — Aynaud, 19 + 24 = 43 ; — Senlecq, 15 + 22 = 37 ; — Néel, 16 + 24 = 40.

Question donnée : « Région sous-maxillaire. — Signes et diagnostic des anévrismes artérioso-veineux ».

Question donnée à la séance précédente : « Articulation temporo-maxillaire (anatomie seulement). — Signes et diagnostic du croup ».

La prochaine séance aura lieu le mercredi 1er mars, à huit heures du soir. Le local sera indiqué par voie d'affiches : rue des Saints-Pères, 49, à la Charité, et à l'Administration centrale (bureau du personnel).

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — A la suite du concours qui vient de se terminer, M. le docteur PLAUCHU est nommé accoucheur des hôpitaux.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ALGER. — M. ROUVIER est nommé professeur de clinique obstétricale.

LIMOGES. — M. le docteur Peyrusson, professeur de chimie et toxicologie, est nommé, pour trois ans, directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, en remplacement de M. le docteur Cheinieux, démissionnaire et nommé directeur honoraire.

M. le docteur Jouhaud est chargé, du 1er mars 1905 au 28 février 1906, des fonctions de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale, en remplacement de M. le docteur David en congé sur sa demande et pour raisons de santé.

M. le docteur Cubertafon est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire, du cours de pathologie interne.

M. le docteur Descazal est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire, d'un cours de physiologie.

MARSEILLE. — M. le docteur SILHOL, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est chargé du cours complémentaire de clinique chirurgicale infantile pendant le congé accordé à M. le docteur Métaxas, sur sa demande et pour raisons de santé.

DISPENSAIRE MÉDICO-CHIRURGICAL DU KREMLIN-BICÊTRE. — Un concours pour une place d'interne titulaire et deux places d'interne provisoire au dispensaire médico-chirurgical de la ville du Kremlin-Bicêtre s'ouvrira le lundi 20 mars prochain, à une heure de l'après-midi, à la mairie du Kremlin-Bicêtre.

Les étudiants en médecine qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à la mairie du Kremlin-Bicêtre, tous les jours, les dimanches et jours de fêtes exceptés, de dix heures du matin à trois heures de l'après-midi, depuis le jeudi 23 février 1905 jusqu'au samedi 18 mars suivant inclusivement.

Pièces à produire par chaque candidat au moment de son inscription : 1° son acte de naissance ; 2° un certificat de bonnes vie et mœurs délivré par le commissaire de police du quartier où il a établi sa résidence ; 3° sa feuille d'inscription ; 4° un certificat du directeur de l'hôpital, attestant que le candidat a accompli au moins un an d'externat des hôpitaux dans un service de chirurgie de l'Assistance publique de Paris.

Conditions du concours : 1° être Français ou naturalisé Français ; 2° être possesseur de seize inscriptions ; 3° avoir été externe au moins un an dans un service de chirurgie de l'Assistance publique de Paris.

Formes des épreuves : 1° une épreuve écrite sur une question d'anatomie et de physiologie pour laquelle il sera accordé trois heures ; 2° une épreuve orale d'un quart d'heure après un quart d'heure de réflexion, sur deux questions : l'une de pathologie interne ; l'autre, soit de pathologie externe, soit d'accouchements.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 2, fév. 1905.) Ferraton : Asepsie et antisepsie chirurgicales. Étude sur les moyens les plus simples pour en assurer l'application dans les hôpitaux dépourvus d'une installation spéciale (*fin*). — Manceaux : Accidents de croissance dans l'armée. — Radouan : Statistique opératoire de l'hôpital militaire de Blida. — Chavigny : Appareils improvisés en zinc laminé.

Archives générales de médecine. — (N° 8, 21 fév. 1905.) J. Heitz : Du retour des sensibilités profondes et spécialement de la sensibilité osseuse chez les tabétiques par l'action des bains carbo-gazeux, Importance de cette notion dans le traitement de l'ataxie.

British medical Journal. — (N° 2302, 11 fév. 1905.) Butlin : Ablation du contenu du triangle antérieur du cou dans les cas de tumeur maligne de la langue. — Gustave Mann : Sur le thalamus. — Resti : Pathologie et traitement de la lèpre. — Spanton : L'ergophobie.

Bulletin médical. — (N° 15, 22 fév. 1905.) Mauclaire : De l'asepsie et de la guérison parfaite des plaies malgré leur asepsie imparfaite. — (N° 16, 25 fév.) Dieulafé : Topographie des voies lacrymales, applications chirurgicales. — Gallois : Un cas de botryomycome.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 7, 18 fév. 1905.) Graul : Levulosurie et diabète sucré.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 7, 16 fév. 1905.) Finger : Prophylaxie et traitement abortif de la blennorragie. — Von Herff : Sur la question du sacrifice de l'enfant vivant à l'avantage de la mère. — Riese : Sur la chirurgie des voies biliaires. — Polya : Thrombophlébite mésaraïque, complication de l'appendicite. — Sehrwald : Augmentation de l'agglutinabilité du bacille typhique; sa valeur pour le diagnostic de la dothiénentérie. — Brügger : Les pansements à l'alcool. — Mainzer : Opération césarienne vaginale dans l'éclampsie.

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 16, 5 fév. 1905.) G.-B. Allaria : Un cas de paralysie d'origine périphérique siégeant sur le nerf péronier et consécutive à la rougeole. — Giovanni Ghedini : Comment évolue le tubercule soumis à l'action directe du sérum spécifique antibacillaire. — Virgilio Maggioni : Un cas d'anomalie de développement du clitoris. — Agostino Carbone : Deux cas d'atrophie du nerf optique consécutifs à un traumatisme de la tête. — Piera Ferrer : Contribution à la pathogénie de la tuberculose pulmonaire et à son traitement spécifique. — Giovanni Pozzolo : Sérothérapie de l'angine de Ludwig. — (N° 19, 12 fév.) Alfredo Rossi : Infection sanguine par diplocoques avec localisations secondaires multiples. — E. Marzagalli : Une nouvelle méthode pour le séro-diagnostic de la tuberculose. — V. Maragliano : Méningite diplococcique expérimentale par inhalation. — A. D. Montini : Contribution à l'étude de l'occlusion intestinale par diverticule de Meckel.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 8, 19 fév. 1905.) L. Raulin : Valeur de l'insufflation pour la délimitation de l'estomac.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 8, 19 fév. 1905.) R. Brandeis : Nouvel uréomètre à eau.

Journal de médecine de Bruxelles. — (N° 7, 16 fév. 1905.) Delneuville : La médication par le gaz carbonique à Spa dans les affections de la gorge, du nez, des oreilles et des yeux.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 7, 18 fév. 1905.) Baltus : Exposé critique des principales objections élevées contre la théorie du neurone. — Delassus : Des indications de l'opération dans l'appendicite aiguë selon le jour de la maladie et les symptômes.

Marseille médical. — (N° 4, 15 fév. 1905.) Loison : Un cas de prolapsus total du rectum chez l'adulte. — Silhol : Appendicite présentant des symptômes de grossesse.

Médecine moderne. — (N° 8, 22 fév. 1905.) Albert Josias : Fièvre typhoïde à début péritonitique.

Medical Record. — (N° 5, 4 fév. 1905.) Gorgas : Situation sanitaire de Cuba et de Panama; ce qu'il faut faire pour rendre salubre la région du Canal. — Smith : Hémorragie intra-musculaire par action musculaire. — Ballenger : Revue sur quelques travaux récents concernant le traitement chirurgical de l'hypertrophie prostatique. — Fowler : Diagnostic des calculs rénaux et uretéraux. — Carter : Production osseuse de l'amygdale. — (N° 6, 11 fév.) Ranney : Ténotomies graduées des muscles de l'œil. — Carl Beck : Relations de la médecine et de la chirurgie avec la jurisprudence. — Pedersen : Choix d'un anesthésique général et de la méthode pour l'administrer. — John Bailey : Cryoscopie du liquide céphalo-rachidien dans la méningite cérébro-spinale. — Sidney Yankauer : Corps étranger des bronches; extraction à l'aide du bronchoscope; guérison. — J.-B. Boucher : Sarcome fuso-cellulaire de l'intestin opéré avec succès.

Montpellier médical. — (N° 6, 5 fév. 1905.) F.-S. Bosc : Le traitement de la clavelée. Sérothérapie, séro-clavelisation. — De Rouville et I. Martin : Les ligatures artérielles dans le cancer inopérable de l'utérus. Résultats et indications. — (N° 7, 12 fév.) Forgue : L'opération de Tiersch; l'extraction nerveuse dans le traitement de la névralgie faciale.

Münchener med. Wochenschrift. — (N° 6, 7 fév. 1905.) Bürker : Action des altitudes sur le sang. — Bruns, Liefmann et Mæckel : L'augmentation des leucocytes éosinophiles dans l'ankylostomiase; sa signification diagnostique et prophylactique. — Schultze : Les dangers possibles et les avantages certains de la respiration artificielle en cas de mort apparente de l'enfant. — Burckhard : Remarque sur les dangers de la respiration artificielle. — Weigrauch : Sur la chorée chronique progressive. — Marcuse : Un cas d'hypertrichose sacrée. — Gebele : Rapport annuel sur la clinique chirurgicale de Munich. — Baeyer : Fermeture pour les bouteilles d'éther. — Bier : Traitement des suppurations aiguës par l'hyperémie de stase (*suite*). — (N° 7, 14 fév.) Sacharof et Sachs : Sur l'action hémolytique des substances photo-dynamiques. — Pfaundler : Un mélangeur automatique pour les échantillons de sérum. — Starck : Sur la question de la dilatation aiguë du cœur. — Hohlfeld : Sur l'ostéogenèse imparfaite. — Lohrisch : Deux cas de scorbut sporadique. — Schmidt : La sténose pylorique du nouveau-né. — Löhnberg : Contribution à l'étude de la phtisie laryngée chez la femme enceinte et sur la question de l'accouchement provoqué. — Bahr : Sur l'opération de la cataracte et sur la maturité de la cataracte. — Müller : Sur la trigemine. — Schmauch : Trousse obstétricale complète. — Neumanns et Davidsohn : Deux sortes de réactions amyloïdes. — Bier : Traitement des suppurations aiguës par l'hyperémie de stase (*fin*).

(Voir la suite, p. 286.)

POLYURIE HYSTÉRIQUE

ET POLYCHLORURIE

Par MM. F. WIDAL,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Cochin,

LEMIERRE et DIGNE,
Ancien interne des hôpitaux de Paris. Interne des hôpitaux de Paris.

Chez les sujets atteints de polyurie nerveuse, le chiffre des chlorures urinaires est en général très élevé. Tel est le fait de notion courante sur lequel Ehrardt (1) a particulièrement attiré l'attention. Cet auteur affirme que la quantité des chlorures éliminés est supérieure à la quantité des chlorures ingérés; mais dans aucune de ses observations le bilan du chlorure de sodium entrant dans l'alimentation de ses malades n'est exactement établi.

M. Mathieu (2) confirme les faits énoncés par Ehrardt relativement à l'hyperchlorurie urinaire des polyuriques nerveux; il lui semble aussi que le chiffre des chlorures éliminés est hors de proportion avec le chiffre des chlorures alimentaires. Mais il est beaucoup moins affirmatif qu'Ehrardt, et il indique nettement où est la clef de la question en disant « qu'on ne saura rien de précis à ce point de vue tant qu'on n'aura pas comparé exactement la quantité de sel qui entre dans l'organisme à la quantité qui le quitte par voie urinaire ».

M. Souques (3) note également l'hyperchlorurie des polyuriques nerveux à propos d'un sujet chez qui le taux des chlorures urinaires dépassait de quelques grammes le taux habituel des individus normaux; mais lui non plus n'a pas dosé les chlorures ingérés,

L'un de nous, à propos de cette hyperchlorurie des nerveux, s'exprimait ainsi, il y a tantôt deux ans, à la Société médicale des hôpitaux (4) :

« L'organisme ne peut fabriquer de chlorures; il faut donc nécessairement que le sel éliminé par les urines ait été absorbé à un moment donné par l'alimentation. Or, nous ne sommes presque jamais renseignés sur la teneur exacte en chlorures de la nourriture des malades soumis à notre observation. Ainsi l'hyperchlorurie est un symptôme fréquent de la polyurie hystérique développée en dehors de toute affection rénale. Avec MM. Ravaut et Lemierre, nous avons étudié pendant une longue série de jours la courbe des éliminations des chlorures chez des malades atteints de cette affection, et nous avons été frappés chez l'un d'eux de l'énorme quantité de chlorures rendue : elle s'élevait à 30 et 40 grammes à certains jours. Une hyperchlorurie si considérable trouve son explication dans ce fait que de tels sujets sont de gros mangeurs dont le régime est impossible à surveiller; sous l'impulsion de leur boulimie ou des caprices de leur appétit, ils absorbent à certains moments avec les soupes, les légumes, les sauces et les salaisons de plus grandes quantités de chlorure de sodium que l'on ne peut imaginer. Leur chlorurie urinaire n'est que le témoin de leurs excès. »

(1) Ehrardt. Th. de Paris, 1893.
(2) Mathieu. *Revue de neurol.*, 1893.
(3) Souques. *Arch. de neurol.*, 1894.
(4) Soc. méd. des hôpit., 18 juin 1903.

Dans un cas de néphrite interstitielle, qui n'entre par conséquent pas dans le cadre des faits que nous nous proposons d'étudier, MM. Teissier et Courmont (1) ont signalé une polyurie avec polydypsie accompagnée de polychlorurie persistante.

Récemment, MM. Mongour et Carles (2) ont enrichi la question d'un fait intéressant et très bien étudié. Un polyurique nerveux observé par eux rendait avec une alimentation non surveillée de 40 à 80 grammes de chlorures par jour; un régime à peu près complètement déchloruré fit descendre le taux quotidien des chlorures à 1g40.

En présence des polyuriques hystériques, divers ordres de question se posent : En premier lieu l'hyperchlorurie urinaire n'est-elle toujours que le reflet de l'hyperchlorurie alimentaire? D'autre part, existe-t-il un parallélisme entre le volume des urines et la quantité des chlorures éliminés? L'augmentation des chlorures alimentaires entraîne-t-elle l'augmentation de l'eau urinaire; sa diminution amène-t-elle une sédation de la polyurie?

Nous en avons tenté la solution chez les malades dont nous rapportons maintenant l'histoire. Avant tout, on note quotidiennement chez eux la teneur en chlorure des aliments, le volume des urines et le taux des chlorures éliminés.

Il est encore un fait dont il faut tenir compte. Tout homme qui d'un régime fortement chloruré passe à un régime faiblement chloruré, continue pendant quelques jours à éliminer une quantité de sel progressivement décroissante, mais supérieure à la quantité ingérée. Puis l'équilibre chloruré s'établit. Ce phénomène peut être plus fortement accentué chez les polyuriques, naturellement portés à consommer des excès de chlorures avec un régime non réglé. C'est pourquoi chez eux une période d'observation assez prolongée est nécessaire : une seule analyse d'urine faite le premier ou le deuxième jour du régime exactement fixé pourrait conduire à des résultats erronés.

Observation I. — M..., vingt-huit ans, couvreur, entre une première fois à l'hôpital au commencement de novembre 1902.

Quelques jours auparavant, le 29 octobre, il s'est réveillé brusquement le matin avec une soif intense; il absorbe en quelques heures plusieurs litres de liquide; dès ce moment les urines augmentent dans des proportions considérables, et ces phénomènes persistant, le sujet se décide à entrer à l'hôpital.

Cette polydypsie et cette polyurie sont survenues sans raison; les jours précédents le malade n'a subi aucun traumatisme et il n'a éprouvé aucune émotion vive. Dans ses antécédents héréditaires on ne relève aucune tare nerveuse. Lui-même a contracté à l'âge de dix-huit ans des fièvres palu-

(1) J. Teissier et Paul Courmont. Elimination des chlorures et fonctionnement rénal dans un cas de néphrite interstitielle (diabète insipide hyperchlorurique), Soc. méd. des hôpit., 6 mai 1904.
(2) Mongour et Carles. *Arch. gén. de méd.*, 16 août 1904.

déennes dont les accès se sont prolongés pendant trois ans.

A vingt et un ans il a eu une luxation de l'épaule, à vingt-deux ans il a subi un traumatisme au niveau de la nuque, mais n'ayant occasionné aucun trouble consécutif. Pas de syphilis. Le sujet est un éthylique avéré; il avoue 3 litres de vin par jour avant ses accidents de polydypsie.

Il se souvient d'avoir uriné au lit jusqu'à l'âge de six ans. Depuis sa première enfance jusqu'à l'heure actuelle il a présenté des crises caractérisées par une sensation d'angoisse préalable, par de la pâleur de la face avec fixité du regard et par une perte de connaissance absolue.

Il se réveille au bout d'une heure ou deux, ayant oublié ce qui s'est passé; il ne tombe pas, car, sentant venir sa crise, il a le temps de se coucher. Il ne s'est jamais mordu la langue et n'a jamais eu de crises convulsives. Ces crises surviennent deux ou trois fois par semaine; quelquefois moins.

La sensibilité du sujet aux trois modes est intacte sur tous les points du corps; la motricité également. Le réflexe pharyngien existe; pas de rétrécissement du champ visuel. Réflexes normaux.

Le sujet, quoique robuste et bien constitué, présente quelques stigmates de dégénérescence : un peu d'asymétrie faciale, les lobules de l'oreille adhérents, une voûte palatine ogivale.

Il est d'une intelligence assez obtuse. L'examen des autres viscères est négatif. La ponction lombaire montre un liquide céphalo-rachidien normal. Le malade est torturé par une soif intense, diurne et nocturne, si impérieuse qu'il a été forcé de boire l'eau des mares, de l'encre et même ses urines. Pendant les premiers jours de son séjour à l'hôpital il a bu de 10 à 15 litres par vingt-quatre heures.

Il ne présente pas de polyphagie. Les urines atteignent de 10 à 18 litres; elles sont pâles et claires et ne contiennent ni sucre ni albumine.

Les urines du sujet ont été analysées à ce moment tous les jours; nous n'avons pas constaté d'hyperchlorurie. Malheureusement nous n'avons pas fait le bilan des chlorures ingérés et nous ne pouvons le comparer à celui des chlorures urinaires.

Le sujet a été guéri de sa polyurie au bout de quelques jours, par la simple ingestion d'une pilule de bleu de méthylène. Mais depuis cette époque la polyurie a récidivé progressivement. Le sujet est entré de nouveau à Cochin au mois d'octobre 1903. Cette fois nous nous sommes attachés à connaître exactement le chiffre des chlorures ingérés, en même temps que nous analysons chaque jour les urines des vingt-quatre heures.

Le régime du sujet se composait de pain déchloruré, de viande, et de pommes de terre. La faible quantité de chlorure contenue naturellement dans ce régime pouvait être évaluée à 1 à 2 grammes. A cette quantité nous avons ajouté de temps à autre une certaine dose supplémentaire de chlorures, et en étudier l'élimination. Le tableau ci-joint indique les résultats obtenus :

DATES	QUANTITÉ des boissons absorbées.	CHLORURES INGÉRÉS			TOTAL des chlorures urinaires.	PHOSPHATES	URÉE	ALBUMINE	Δ	QUANTITÉ des urines.	POIDS du corps.
		NaCl alimentaire.	NaCl supplémentaire.	Total.							
Nov. 30..	5.300	2.26		2.26	6.08	1.24	21.78	0	— 0.28	5.200	58.300
Déc. 1er..	2.800	1.90		1.90	2.62	1.37	18.41	»	— 0.45	2.800	58.450
— 2..	3.300	1.90	10	11.90	4.86	1.40	24.62	»	— 0.55	2.600	57.000
— 3..	4.550	1.90	10	11.90	13.90	1.53	24.97	»	— 0.48	4.500	58.650
— 4..	8.400	1.90	30	31.90	30.19	0.41	21.82	»	— 0.37	8.325	58.750
— 5..	8.400	1.90	30	31.90	29.06	0.37	17.94	»	— 0.39	9.200	59.250
— 6..	8.550	1.90		1.00	7.95	0.22	15.62	»	— 0.74	2.000	58.700
— 7..	2.050	1.90		1.00	2.01	0.35	14.37	»	— 0.88	1.230	57.750
— 8..	1.050	1.90		1.90	1.15	0.37	17.46	»	— 0.88	1.100	57.700
— 9..	1.350	1.90		1.90	3.08	0.78	19.44	»	— 0.92	1.200	57.750
— 10..	1.300	1.90	10	11.90	3.51	1.24	19.54	»	— 0.79	1.500	57.550
— 11..	3.050	1.90	10	11.90	11.41	0.38	21.92	»	— 0.61	3.050	58.800
— 12..	1.650	1.90		1.90	4.89	0.28	19.91	»	— 0.72	1.900	58.800
				123.26	120.71						

Pendant la période qui correspond à ce tableau, le sujet n'a pas présenté une polyurie très considérable. La quantité d'urine maxima a été 9 litres en vingt-quatre heures et certains jours la diurèse ne s'est guère élevée au-dessus de 1 litre. La polyurie a été intermittente. Le point cryoscopique des urines a varié entre 0g28 et 0g92.

L'élimination des chlorures a été absolument régulière ; pendant les treize jours qu'a duré l'expérience le chiffre des chlorures ingérés a atteint 123g26, celui des chlorures éliminés par l'urine 120g71. Les deux chiffres globaux de la période d'observation se correspondent presque exactement. Notre polyurique s'est donc comporté en ceci comme un individu normal.

En second lieu nous voyons, à certains jours, une polyurie relativement abondante coïncider avec une élimination de chlorures très restreinte ; aussi le premier jour la quantité des urines atteint 5 litres 200 ; le taux des chlorures excrétés est de 6g08. Ce jour-là le volume des urines relativement considérable est en relation directe avec la quantité de liquide

absorbée; la faible chlorurie urinaire répond à une ration de chlorure alimentaire inférieure à la moyenne ordinaire. Ce tableau nous montre que le volume des urines a été à certains jours influencé par un excès de sel alimentaire. Ainsi pendant deux jours notre malade ingère 31 grammes de chlorures. La diurèse, qui la veille était de 4 litres, a atteint 8 et 9 litres. Il s'est passé là ce qui arrive chez un sujet normal: 31 grammes de chlorure est une ration considérable, suffisante pour provoquer chez tout individu une soif vive et une diurèse exagérée. Chez notre sujet déjà polydypsique, cette action a peut-être encore été plus marquée. Enfin dans ce cas particulier l'augmentation du volume des urines, sous l'influence de l'hyperchlorurie alimentaire, paraît surtout sensible, faisons-le remarquer, parce la polyurie était à son déclin et même certains jours avait complètement disparu.

Obs. II. — D..., maçon, fait en 1902 une chute sur la tête, à la suite de laquelle il reste sans connaissance pendant quarante-huit heures; on ne trouve à ce moment qu'une plaie superficielle du cuir chevelu dans la région occipitale. Le malade, revenu à lui, n'éprouve plus qu'un peu de céphalée et de courbature pendant quelques jours. Quatre ou cinq jours après l'accident, il commence à être en proie à une soif intense et arrive à absorber jusqu'à 20 litres de liquide par jour.

Dans le service de M. Troisier où il reste pendant 6 mois, sa polyurie atteint jusqu'à 24 litres. Une injection épidurale fait baisser cette quantité à 8 litres; c'est dans ces conditions que le sujet quitte l'hôpital.

Un an plus tard il s'aperçoit par hasard que son côté gauche est insensible; il va consulter et on découvre chez lui une hémianesthésie sensitivo-sensorielle. De plus, il présente depuis cette époque des zones d'hyperesthésie, dont le moindre frôlement provoque des ébauches de crises nerveuses; enfin il éprouve de temps à autre des sensations brusques d'étouffement.

Depuis son accident, D... a beaucoup maigri et ses forces ont décliné. Il a commencé à tousser depuis plusieurs mois. C'est pour ce dernier symptôme qu'il entre à l'hôpital Cochin au mois de novembre 1904.

Le sujet est actuellement âgé de quarante-huit ans. Il présente des stigmates manifestes de dégénérescence : la face est asymétrique, le diamètre transversal du crâne paraît exagéré; la face par contre est amaigrie, triangulaire et contraste par son aspect avec les dimensions de la boîte cranienne; les oreilles sont fortement écartées du crâne en anse; le pavillon de l'oreille se termine en pointe en haut et en arrière. Cette disposition donne à la face un aspect simiesque. La voûte palatine est ogivale, les gencives sont dépourvues de dents, presque toutes tombées à la suite d'une carie précoce.

Le sujet a présenté de l'incontinence nocturne d'urine jusqu'à l'âge de onze ans. Actuellement on ne découvre plus chez lui de zones d'anesthésie, mais un rétrécissement notable du champ visuel et des plaques d'hysperesthésie sous-mammaires et dans la région de l'hypochondre.

L'examen des poumons montre des symptômes de tuberculose pulmonaire au troisième degré. Du côté droit on constate des signes de ramollissement étendu; du côté gauche une grande caverne.

DATES	QUANTITÉ des boissons absorbées.	CHLORURES INGÉRÉS			TOTAL des chlorures urinaires.	PHOSPHATES	URÉE	ALBUMINE	Δ	QUANTITÉ des urines.	POIDS du corps.
		NaCl alimentaire.	NaCl supplémentaire.	Total.							
Nov. 19..	9.540	De 1 à 2g	5	De 6 à 7g	6.92	1.28	38.13	0	— 0.31	8.550	37.650
— 20..	9.840	»	5	»	6.30	1.44	40.14	»	— 0.27	9.000	38
— 21..	9.540	»	5	»	6.20	1.84	37.83	»	— 0.21	9.700	38
— 22..	9.540	»	5	»	6.95	1.83	32.02	»	— 0.31	9.150	38.150
— 23..	10.040	»	5	»	9.66	2.76	44.71	»	— 0.30	9.200	38.200
— 24..	9.540	»	5	»	6.88	2.97	41.82	»	— 0.29	8.500	38
— 25..	9.540	»	5	»	8.91	1.53	38.79	»	— 0.30	9.000	38
— 26..	9.540	»	5	»	4.68	0.81	22.32	»	— 0.27	9.000	37.800
— 27..	12.540	»	5	»	6.76	1.43	32.5	»	— 0.17	13.000	38.450
— 28..	12.540	»	10	de 11 à 12g	9.12	1.32	27	»	— 0.17	12.000	38.500
— 29..	11.540	»	10	»	19.25	1.76	27.72	»	— 0.25	11.000	38.250
— 30..	12.540	»	10	»	9.84	2.04	30.48	»	— 0.18	12.000	38.350
Déc. 1er.	11.540	»	10	»	11.55		22.33	»	— 0.19	11.000	38.100
— 2..	12.540	»	10	»	12.24		27.16	»	— 0.22	12.000	38.150
— 3..	12.540	»	10	»	11.88		25.44	»	— 0.21	12.000	37.900

Le sujet ne présente pas d'entérite tuberculeuse.

Les urines sont pâles, abondantes; elles ne contiennent ni sucre ni albumine.

Le sujet, comme celui de l'observation I, est soumis au régime déchloruré; ce régime représente environ 1 à 2 grammes de chlorure de sodium par vingt-quatre heures, contenu dans les aliments. Il reçoit de plus 5 à 10 grammes de NaCl supplémentaire suivant la période d'expérience.

Le tableau ci-dessus donne la courbe d'élimination urinaire.

Cette deuxième observation concerne donc un cas de polyurie nerveuse en pleine période d'état et non à son déclin comme dans le premier cas. La diurèse quotidienne varie entre 9 et 13 litres; le point cryoscopique des urines entre —0,17 et —0,31. Le taux des chlorures excrétés correspond exactement au taux des chlorures ingérés. Le cinquième jour

pourtant de la période d'observation, le sujet, jusque-là en plein équilibre chloruré, a rendu 9 grammes de chlorures pour 6 à 7 grammes de sel absorbé; le onzième jour il en a rendu 19g25 pour 11 à 12 grammes absorbés. Mais, interrogé, il nous a avoué avoir consommé ces deux jours-là des aliments défendus. Ce petit point de détail montre que, chez les polyuriques nerveux en particulier, il faut être sans cesse en garde contre une supercherie et en tenir compte dans les résultats obtenus.

Pendant les neuf premiers jours de la période d'observation, le chiffre des chlorures alimentaires a été de 6 à 7 grammes, ce qui est au-dessous de la ration habituelle. Le volume des urines a oscillé entre 9 et 13 litres. La quantité de chlorures a été portée ensuite à 11 ou 12 grammes; le volume des urines n'a pas varié sensiblement.

Un régime très faiblement chloruré n'a donc diminué en rien la polyurie; l'augmentation des chlorures alimentaires a produit une augmentation parallèle des chlorures urinaires, sans influer sur le volume des urines. La quantité d'eau urinaire s'est montrée absolument indépendante de la quantité des chlorures.

Nous avons observé un troisième malade, polyurique nerveux depuis plusieurs années et qui s'est présenté à nous dans des circonstances spéciales. Très gros mangeur, friand de mets fortement salés et épicés, il est entré à l'hôpital après plusieurs jours d'excès de table. A ce moment il était atteint depuis deux jours, et pour la première fois, d'œdème des membres inférieurs. Des examens répétés n'ont pourtant jamais pu déceler chez cet homme la moindre affection cardiaque ou rénale. Il est revenu à plusieurs reprises dans nos salles sans œdème et sans autre trouble que sa polyurie; il a séjourné depuis lors dans d'autres services hospitaliers où la polyurie nerveuse a été le seul symptôme noté. Cet œdème passager a-t-il été l'indice d'une tare rénale, jusque-là ignorée, et qui a été brusquement mise en lumière, grâce aux excès commis par le malade pendant quelques jours? Nous ne saurions le dire. Le sujet a présenté dès son entrée une polyurie oscillant entre 10 et 15 litres par vingt-quatre heures. La quantité de chlorures éliminés le premier jour a atteint le chiffre énorme de 80 grammes; le deuxième jour de 35 grammes; le troisième jour de 12 grammes, en même temps que les œdèmes disparaissaient. Ce chiffre de 80 grammes mérite d'être rapproché de celui observé par MM. Mongour et Carles qui ont constaté chez leur polyurique une élimination chlorurée qui a été également certains jours jusqu'à 80 grammes. Ils montrent jusqu'où peut atteindre la perméabilité du rein pour le sel.

La quantité véritablement colossale de chlorures éliminés par notre malade pendant le premier jour de son observation était due sans doute à ses excès de chlorures avant l'entrée à l'hôpital et à la fonte des œdèmes sous l'influence du repos au lit. L'équilibre s'est ensuite établi entre les chlorures ingérés et les chlorures éliminés; la quantité des urines rendues est restée constamment oscilllante entre 10 et 13 litres par jour, ne subissant aucune influence du fait de la chloruration alimentaire, alors même qu'on faisait varier le taux des chlorures ingérés de 5 à 30 grammes par vingt-quatre heures. Le point cryoscopique des urines a varié entre 0,22 et 0,40.

Les observations que nous venons de rapporter permettent donc les conclusions suivantes :

Chez les sujets atteints de polyurie nerveuse l'excrétion chlorurée ne diffère en rien de celle des individus normaux. De même que la quantité d'urine rendue correspond précisément à la quantité de liquide absorbée, le taux des chlorures urinaires se règle avec exactitude sur le taux des chlorures ingérés. En pratique les polyuriques nerveux sont souvent des polychloruriques, parce que les caprices de leur appétit les pousse à consommer une grande quantité de sel.

La polyurie et la polychlorurie sont deux phénomènes absolument indépendants l'un de l'autre. Les polyuriques nerveux urinent beaucoup parce qu'ils sont avant tout des polydypsiques. Si on leur impose un régime hypochloruré, ils n'en restent pas moins polyuriques et polydypsiques. Par contre, de même que chez un homme sain une consommation exagérée de sel détermine une soif intense et une augmentation de l'excrétion urinaire, de même chez un polyurique en voie d'amélioration, l'ingestion d'une grande quantité de chlorures, en réveillant la soif, fait réapparaître, comme le prouve notre observation I, la polyurie concurremment à la polychlorurie.

SÉCRÉTION SUDORALE DES MAINS CHEZ LES CHIRURGIENS ET ASEPSIE

Par le docteur L. DOR,
Chef du laboratoire de la clinique chirurgicale
de M. le professeur A. Poncet.

Fürbringer ayant montré en 1888, par des expériences devenues classiques, que l'on pouvait se désinfecter complètement les mains par la succession des trois opérations suivantes : lavage à la brosse et au savon pendant une première minute, lavage à l'alcool à 80 degrés pendant une deuxième minute, puis lavage au sublimé à 1/500 pendant une troisième minute, la conscience des laparotomistes connut enfin la quiétude. Elle s'endormit même un peu et ne remarqua pas que ceux qu'elle avait à surveiller écourtaient parfois le second temps de l'opération en ne se lavant à l'alcool que cinquante-neuf secondes ou même cinquante-huit, et qu'ils ajoutaient quelques gouttes d'eau à la solution de sublimé dite à 1/500.

Aussi en 1898, lorsque cette conscience se réveilla dans le for inférieur de Mikulicz, tous les fors intérieurs des autres chirurgiens furent troublés. La question de l'asepsie des mains fut remise en discussion et un long débat eut lieu à la Société de chirurgie de Paris en 1900.

C'est à cette époque que nous avons fait dans le laboratoire de M. le professeur Poncet des expériences qui ont été ultérieurement relatées dans la

thèse de Gailhard intitulée : *De l'infection sudorale des plaies par les mains des chirurgiens* (1) et reprises par Genevet (2).

Nous avions eu l'idée que la sécrétion sudorale devait entraîner des profondeurs de l'épiderme des germes non détruits par les antiseptiques, et nous avions entrepris de démontrer que les mains n'étaient pas comparables à des instruments de chirurgie ou à des objets de pansement, et que leur stérilisation ne devait pas être considérée comme définitive. Les expériences de laboratoire nous donnèrent raison, et d'ailleurs, pendant que Gailhard faisait sa thèse, d'autres auteurs poursuivaient de leur côté des recherches analogues qui aboutirent aux mêmes conclusions. En Angleterre, en Allemagne et en France presque simultanément, il fut établi que : si les mains étaient, à un moment donné, pratiquement stériles, elles cessaient de l'être au bout de quelques minutes, lorsque la transpiration avait « fait remonter les microbes des profondeurs de la peau à la surface », pour nous servir des expressions de Rydygier.

De 1900 à 1905 se déroule une période pendant laquelle il est entendu qu'il faut se laver les mains souvent, et c'est à cet effet que Hermann, Rydygier et Hahn (*Centralbl. f. Chir.*, 1902, 1903 et 1904) proposent des dispositifs qui permettent de résoudre la difficulté d'une façon simple.

Mais le 20 janvier 1905, dans un article de la *Revue médicale de la Suisse romande*, MM. A. Reverdin et Massol, en étudiant la question sous un jour nouveau, découvrent que « l'infection sudorale des mains n'existe pas »! (P. 35, lig. 7.) Bien plus, les mains atteintes d'hyperidrose peuvent acquérir « un degré d'asepsie extraordinaire » (p. 25). Ainsi formulées, ces assertions semblent établir que plus un chirurgien transpirera des mains plus il sera innocent pour les plaies et, en particulier, pour le péritoine des malades.

Or ce n'est pas du tout cela que prétendent MM. Reverdin et Massol. Leur assertion a donc besoin d'être commentée.

Que l'on nous permette une comparaison. Soit un prunier chargé de prunes. Cueillez toutes celles qui sont à portée de la main. Pratiquement l'arbre n'aura plus de prunes pour vous. Arrive un coup de vent qui fait tomber des fruits que vous n'aviez pas pu cueillir et de nouveau l'arbre se trouve avoir pratiquement des fruits pour vous. Un enfant dira : le vent fait tomber de prunes.

Mais si vous prenez tout d'abord une échelle et si vous cueillez tous les fruits, arrive un coup de vent et il ne tombera plus de prunes. Vous pourrez dire alors : le vent ne fait pas tomber les prunes.

C'est là le sens de la conclusion de MM. Reverdin et Massol quand ils disent : « L'infection sudorale des mains n'existe pas. » Ils entendent par là que si l'on commence par détruire tous les germes contenus dans la peau, on a beau transpirer, ce n'est pas le liquide filtré au niveau des glandes sudoripares qui apportera des microbes nouveaux. Ils conviennent fort bien que, lorsqu'on n'a pas détruit tous les microbes de la peau, la transpiration augmente dans des proportions considérables le nombre des germes qui se déposent dans les bouillons de culture.

Dans une de leurs expériences il y avait 252 000 germes avant la sudation et il y en eut 415 500 après la sudation. Dans une autre 720 avant la sudation et 16650 après. Mais précisément dans ces deux expériences on n'avait pas détruit complètement les microbes de la peau et la sueur n'a fait que les entraîner des profondeurs à la surface.

Désinfectez complètement la peau et alors vous arriverez à des résultats tels que ceux-ci : avant la sudation 105 microbes; après la sudation 20. Voilà qui prouve nettement que « l'infection sudorale des mains n'existe pas ». MM. Reverdin et Massol n'ont donc pas voulu dire que plus un chirurgien transpirera dans les plaies, dans le péritoine de ses opérés, plus il sera innocent. Ils ont voulu dire que, si un chirurgien sait se désinfecter complètement les mains, il pourra transpirer à son aise.

Toute la discussion se réduit donc à une question pratique.

Au lieu de se désinfecter les mains d'une façon superficielle, auquel cas il est convenu qu'il est très dangereux de transpirer, il suffit de se désinfecter d'une façon complète, de cueillir toutes les prunes de notre prunier au moyen d'une échelle, et alors la transpiration ne pourra plus amener de germes à la surface et le vent ne pourra plus faire tomber de prunes.

Voyons donc la solution pratique que proposent MM. A. Reverdin et Massol, et suivons ponctuellement leur conseil puisqu'il nous permet d'obtenir une asepsie complète de la peau jusque dans sa profondeur. Voici ce conseil :

Il suffit de se désinfecter les mains pendant une heure dans de l'eau chaude stérilisée, puis de les plonger dans du sublimé à 1/1000 jusqu'à constatation du complet dégraissage de l'épiderme et pour terminer de les brosser à l'alcool à 90 degrés pendant deux minutes! C'est tout. Unna avait déjà conseillé de se désinfecter la veille d'une opération et de conserver durant toute la nuit des compresses antiseptiques autour des mains (*Monats. f. Dermat.*, XXXII, 10.) Pour des solutions simples, voilà certes des solutions simples! On voit tout de suite combien il va être facile de suivre ces conseils lorsqu'on aura à pratiquer une laparotomie, une trachéotomie, une version urgentes.

En résumé « l'infection sudorale des mains n'existe pas », mais le jour où nous aurons besoin d'une main chirurgicale nous serions particulièrement heureux qu'elle fût sèche et non atteinte d'hypéridrose. D'ailleurs la sueur, fût-elle aseptique, est un liquide toxique (C. Arloing) et ce n'est pas uniquement sur le terrain bactériologique qu'il convient de se placer dans cette question.

Aseptique, amicrobienne, la sueur n'est pas pour

(1) Th. de Lyon, 1900-1901.

(2) E. Genevet. De l'infection sudorale des plaies chirurgicales par les mains du chirurgien. (Travail du laboratoire de clinique chirurgicale, *Gaz. hebdom.*, 3 mars 1901.)

tout cela un liquide indifférent, c'est un produit chimique, d'une composition instable suivant non seulement des états pathologiques (1), mais suivant certains états physiologiques, cependant compatibles avec une parfaite santé.

Chaque sujet possède, en outre, un coefficient personnel d'infection manuelle, en rapport avec son état général, avec certaines conditions locales, individuelles, etc., conditions sur lesquelles il nous paraît inutile d'insister (voir Bouveret, loc. cit.).

Ce n'est pas trop préjuger d'admettre que si la sueur n'ensemence pas directement une plaie, elle n'en constitue pas moins, mélangée avec des sérosités, avec le sang, etc., un excellent bouillon de culture pour la germination et la virulence des germes qui ne font jamais complètement défaut.

La conclusion qui s'impose aujourd'hui comme il y a cinq ans est donc : de suer le moins possible dans une plaie, et cela pour une double raison :

1° Parce qu'il faut plus d'une heure de lavages, de désinfection des mains pour les rendre à peu près aseptiques (après une heure cinq minutes de désinfection, le nombre des germes est encore de 80 à 90), ce qui, on en conviendra, n'est guère pratique;

2° Parce qu'une main, toute stérilisée soit-elle, n'en reste pas moins chimiquement dangereuse.

Chirurgiens et accoucheurs doivent avoir les mains sèches et non humides de sueur.

(1) L. Bouveret. *Des sueurs morbides*, Th. d'agrég., Paris, 1880.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1905)

Les perborates continuent à être à l'ordre du jour. — M. Mélikoff dans une note lue par M. Moissan rappelle ses travaux antérieurs sur la question.

MM. J. Bruhat et Dubois ont pu préparer de leur côté un grand nombre de *perborates*, ils étudient actuellement quelques autres persels, parmi lesquels les permolybdates et les perphosphates.

M. Ch. Bernard expose ses expériences sur **l'assimilation en dehors de l'organisme.**

L'extension des états fonctionnels de l'oreillette au ventricule se fait-elle par voie musculaire ou par voie nerveuse? — M. Kronecker, à la suite d'expériences longuement poursuivies chez le chien, se croit autorisé à répondre que même dans le cas où le faisceau musculaire atrio-ventriculaire existe, comme le croient les myogénistes, il ne joue aucun rôle dans la conduction des impulsions motrices, et que celle-ci se fait uniquement par l'intermédiaire d'éléments nerveux.

MM. Charrin et Le Play étudient les **variations des processus morbides suivant la composition des organes.** Ils pensent, en définitive, que les variations de constitution des organes entraînent, dans les principaux processus pathogéniques, des différences qui font que, suivant chacun de ces organes, le mal revêt des allures spéciales. Ainsi se trouve mise une fois de plus en évidence l'influence du terrain; chez un même sujet, d'un appareil à l'autre le milieu change et, sans tenir compte des diversités réactionnelles des tissus, de ces changements dérivent des modifications portant sur l'agent pathogène, sur le parenchyme envahi, sur les produits morbifiques élaborés etc., autrement dit sur les conditions qui président à la genèse, au mécanisme des accidents morbides, en dernière analyse sur ces accidents.

M. Pariset étudie **l'hydrolyse du glycogène hépatique produite par l'injection de l'amylase dans la veine porte.** Il conclut de ses expériences que l'action hydrolysante produit sur le glycogène du foie par l'injection de suc pancréatique dans la veine porte est due au ferment amylolytique qu'il contient.

M. Louis Lapicque apporte le résultat de **l'excitation des nerfs par les ondes électriques très brèves.**

Reproduction expérimentale de la lèpre chez le singe. — Depuis la découverte de l'agent pathogène de la lèpre par Hansen, l'étude scientifique de la maladie n'a fait pour ainsi dire aucun progrès. On ne sait ni cultiver le bacille lépreux, ni reproduire la lèpre chez les animaux. Les expériences que relate M. Charles Nicolle sont d'autant plus intéressantes. Il a réussi à inoculer la lèpre au singe, en s'adressant à l'espèce sur laquelle il avait antérieurement reproduit le chancre mou et le chancre syphilitique : le *macacus sinensis* (bonnet chinois).

Ces expériences fort intéressantes permettent d'espérer que l'étude expérimentale de cette affection jusqu'alors inaccessible à nos recherches va devenir possible.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1905)

Toxine diphtérique et lésions gastriques. — Dans la dernière séance, M. Hayem a fait une communication à la Société intitulée : « Gastrite dégénérative produite expérimentalement par injection intra-musculaire de toxine diphtérique. »

MM. Enriquez et Hallion désirent à cette occasion rappeler que de 1893 à 1898 ils ont poursuivi méthodiquement au Collège de France l'étude expérimentale de la toxine diphtérique injectée par la voie sous-cutanée. Parmi les diverses altérations anatomiques secondaires à cette intoxication, les lésions gastriques se sont montrées les plus constantes; il s'agissait surtout de lésions ulcéreuses accompagnées souvent dans la sous-muqueuse d'une endopériartérite très accusée des petites artères et parfois d'hémorragies. Expérimentant à son tour la même toxine en injection intra-musculaire, M. Hayem a produit un type anatomique où les lésions dégénératives se localisent de préférence aux épithéliums. Cette expérience vient donc à l'appui de la notion classique aujourd'hui, à savoir que tous les poisons quels qu'ils soient peuvent créer les lésions anatomiques les plus diverses et inversement qu'une lésion identique peut être provoquée par les poisons les plus dissemblables.

Au point de vue clinique, bien qu'il semble *à priori* après ces expériences que la diphtérie et d'autres toxi-infections peuvent déterminer les altérations gastriques les plus diverses, en réalité au lit du malade il est toujours difficile d'établir la part qui leur revient tant sont nombreuses les causes d'intoxication et de toxi-infection qu'on trouve toujours réunies dans les antécédents de chaque cas particulier.

Caractères bactériologiques des crachats au cours de l'épidémie actuelle, dite de grippe. — MM. F. Bezançon et Israels de Jong, en présence de l'état épidémique incontestable existant depuis plusieurs mois, ont étudié les caractères bactériologiques des crachats de plus de vingt-cinq malades atteints d'affections diverses des voies respiratoires. L'examen direct minutieux des crachats, leur culture comparative sur les milieux usuels et sur les milieux organiques spéciaux (sang gélosé et sérum de lapin) leur ont permis de conclure à l'absence du cocco-bacille de Pfeiffer, alors que pendant l'hiver de 1898-99, celui-ci était presque constant. La même remarque a été faite ces jours-ci à Vienne par Kietz et Steinberg. En revanche, il y avait habituellement des associations microbiennes, et à côté du pneumocoque, extrêmement fréquent, pourvu qu'on le recherche par culture en sérum de lapin, et souvent virulent, de l'entérocoque et d'autres microbes vulgaires, ils ont presque constamment trouvé à l'examen direct, et souvent pu isoler en culture pure, deux espèces microbiennes nouvelles. L'une est un diplocoque, ressemblant au gonocoque et se décolorant par le gram, ce qui, joint à ses caractères de culture, permet de le ranger dans le groupe des *micrococcus catarrhalis* des Allemands. L'autre plus spéciale est un para-tétragène, formé par une zooglée de petits diplocoques mal colorés, sur laquelle se détachent quelques gros cocci en tétrades. Ce qu'il y a de singulier, c'est que sur les cultures on retrouve cette association caractéristique de très gros éléments plaqués sur un fond de petits diplocoques identiques et que, dans les crachats, comme sur les cultures, les gros cocci prennent le gram, et les petits se décolorent.

On retrouve ce paratétragène zooglique dans les exsudats d'angine, quelquefois dans le sang. Quel que soit le rôle pathogène de ces microbes, on peut se demander, à propos de la constatation de microbes différents et prédominants à chaque épidémie, dite de grippe, si le problème bactériologique de la grippe est bien posé. Personne n'admet plus la spécificité du Pfeiffer; au lieu de chercher un nouveau microbe de cette maladie protéiforme au point de vue clinique, n'est-il pas plus logique d'admettre que la grippe n'est pas une maladie spécifique et que l'on appelle ainsi une exaltation momentanée et saisonnière de certaines espèces saprophytes (Pfeiffer ou autres), dont la virulence et la tendance à des localisations similaires s'exalte par passages successifs?

Cette communication de MM. Bezançon et de Jong a soulevé au sein de la Société médicale une discussion qui peu à peu a pris une telle extension et une telle importance que la suite en a été remise à la séance suivante. Il est bien difficile de donner une idée de toutes les opinions qui ont été émises et d'en couper l'analyse en deux. Nous pensons qu'il y a plus d'intérêt à reporter cette discussion au prochain compte rendu, quand tout aura été dit.

FORMULAIRE

L'EAU OXYGÉNÉE DANS LE CORYZA PURULENT

Dans le coryza purulent à streptocoque, M. H. Roger préconise des irrigations avec la solution suivante :

Eau oxygénée à dix volumes .... } *ââ*
Solution de bicarbonate de soude à 2 p. 100.. }

Après ce lavage, on introduira dans les narines de la vaseline mentholée à 8 ou 10 p. 100. (Coudrain.)

LIVRES NOUVEAUX

Les accidents du travail. Manuel de conciliation (1), par A. Duchauffour, docteur en droit, juge au tribunal civil de la Seine.

Ce livre, écrit par un juge au tribunal civil de la Seine, est destiné principalement aux hommes de loi, mais il doit être à portée de la main chez tous les médecins qui s'occupent des accidents du travail. Or, quel est celui qui ne s'en occupe pas peu ou prou à l'heure actuelle? La pathologie des accidents du travail est en effet un rameau jeune, vigoureux et poussant dru de la vieille souche médicale; médecine et jurisprudence s'unissent sur ce point jusqu'à parfois se confondre et ce n'est qu'avec des ouvrages comme celui de M. Duchauffour qu'on peut se tenir au courant. A l'appui de ce que nous avançons nous ne saurions mieux faire que de citer ces quelques lignes de l'auteur extraites de l'avant-propos : « Les médecins trouveront condensés les principes de la loi sur les accidents et notamment les règles admises pour l'influence des infirmités préexistantes, des diathèses et des prédispositions morbides sur l'état d'un blessé après son accident. Enfin les tableaux d'évaluations et les explications données dans le corps du volume leur fourniront des renseignements dont ils pourront s'inspirer pour émettre un avis sur la diminution de validité des blessés. »

Il faut féliciter l'auteur d'avoir su rendre intéressant à la lecture cet ouvrage que nous avons aujourd'hui le plaisir de présenter au public médical. A. GAULLIEUR L'HARDY.

Feuillets d'hygiène (2), par le docteur S. Courgey (d'Ivry).

Sous ce titre *Feuillets d'hygiène*, le docteur Courgey a réuni en un volume une série d'articles publiés par lui de 1895 à 1904; ces articles constituent à l'heure actuelle un tout complet où l'on suit pas à pas l'esprit de l'auteur évoluant à travers les différents problèmes de l'hygiène individuelle et sociale. L'ouvrage est divisé en quatre groupes principaux : propagande hygiénique et antialcoolique, hygiène scolaire, hygiène publique, hygiène sociale. L'œuvre entière est écrite d'une façon claire et pratique, élégamment familière; les facultés d'observation de l'auteur apparaissent nettement. Pratiquant depuis longtemps dans un grand centre ouvrier il a pu voir et il a su voir. Des misères étalées chaque jour à ses yeux il a cherché à pénétrer les causes, car pour les maladies sociales comme pour celles de l'organisme individuel la seule thérapeutique efficace et rationnelle est celle qui s'adresse aux causes et non aux symptômes.

Nous ne saurions trop recommander la lecture attentive de tout ce qui a trait à l'habitation. « Problème du logement et de l'habitation pauvre et problème de la tuberculose sont sous la dépendance absolue l'un de l'autre, » dit notre confrère dans son avant-propos, et il nous entraîne à sa suite dans ses visites faites à toutes les heures à travers les taudis de ses malades miséreux.

Nous voudrions que tout le monde lût ces pages, ce sont elles surtout qui font du livre du docteur Courgey un livre de pitié et d'énergie. A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) In-16 de 300 p. Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) In-8°. — Paris, H. Jouve.

SUITE DES SOMMAIRES

Nord médical. — (N° 249, 15 fév. 1905.) CARRIÈRE : Les vomissements hystériques chez l'enfant.

Pédiatrie pratique. — (N° 4, 15 fév. 1905.) AUSSET et OUI : La consultation de nourrissons de la Société lilloise de protection des enfants du premier âge. — HERBINET : Phlébite appendiculaire du membre inférieur gauche. — AUSSET : A propos de deux cas de coqueluche traités par le goménol.

Presse médicale. — (N° 15, 22 fév. 1905.) Ch. NICOLLE et M. TRIOLO : La fièvre méditerranéenne en Tunisie. — (N° 16, 25 fév.) DESFOSSES : Le radium en thérapeutique, « radiumthérapie. » — GUISEZ : Des résultats généraux obtenus par la broncho-œsophagoscopie et des perfectionnements apportés à cette méthode.

Policlinico. — (Janv. 1905, fasc. I. *Section médicale.*) Alfredo SANTINI : Recherches comparatives sur le pouvoir agglutinant et hémolytique des exsudats et des transsudats. Leur valeur différentielle. — Attilio GERVINO : Le déplacement du cœur vers la droite au cours des augmentations de tension endo-pleurale du côté gauche. — Angelo PIAZZA : Le traitement mercuriel du tabès. — (*Section chirurgicale.*) Dario MARAGLIANO : La récidive du carcinome gastrique. — Annibale PASSAGGI : Invagination iléo-cæcale chronique. — R. DELLA VEDOVA : La genèse de l'erostosis bursata. — Orazio SCHIFONE : Les résections craniennes et durales étendues et leurs effets consécutifs sur la structure et la fonction de l'écorce cérébrale. — (Fév., fasc. II. *Section médicale.*) Prof. Vittorio ASCOLI : Suites pathologiques de la malaria intéressant le système nerveux. — Nicola SFORZA : Myopathie primitive et affaiblissement mental. — Francesco GIANNULLI : Particularités histo-pathologiques chez un paralytique général. — Filippo PAGLIARI : Contribution à l'étude de la microcéphalie.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 7, 18 fév. 1905.) E. GELLÉ : Examen subjectif de l'ouïe par l'épreuve de la distinction des sons successifs.

Revue médicale de l'Est. — (N° 4, 15 fév. 1905.) PARISOT : De la valeur de la taille comme signe d'identité chez le vieillard. — JACQUES : Un cas d'œdème angionévrotique du larynx. — PERRIN : Considérations sur certains effets de l'opothérapie hépatique chez les cirrhotiques (*fin*).

Riforma medica. — (N° 4, 28 janv. 1905.) C. BERNARBEI : Echinocoque latent du foie. Abcès par échinocoque méconnu. — Elmaro ROLLINO : Cancer et cirrhose du foie. — Mario BERTOLOTTI : Tabès héréditaire tardif par syphilis congénitale. — Ugo BENENATI : La pathogénie de la dissociation de la sensibilité d'origine centrale (*suite*). — (N° 5, 4 fév. 1905.) M. SCIALLERO : L'orchipine, préparation huileuse de testicule frais. — D. FALCIONI : Le séro-diagnostic chez cent malades présentant le type clinique de l'infection typhique. — E. ARCOLEO : Néphrocapsulectomie par le procédé d'Edebohls pour néphrite chronique à prédominance interstitielle. — Ugo BENENATI : La pathogénie de la dissociation de la sensibilité d'origine centrale (*fin*). — C. BERNARBEI : Echinocoque latent du foie. Abcès par échinocoque méconnu (*fin*).

Semaine gynécologique. — (N° 8, 21 fév. 1905.) PICHEVIN : La syphilis utérine.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 3, 15 fév. 1905.) LARDENNOIS : Traitement du cancer du rectum.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 7, 16 fév. 1905.) BARTEL : Les voies d'infection dans la tuberculose par ingestion. — KRAUS : Sur l'antitoxine dysentérique. — PICK : Travaux de psychiatrie et de neurologie. Sur la perception eutoptique de la circulation sanguine, sa signification dans la production des hallucinations visuelles. — TAUSSIG : La maladie caniculaire (catarrhe stomacal endémique) en Herzégovine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 6 AU 11 MARS 1905)

EXAMENS DE DOCTORAT

Mercredi 8 mars, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Desgrez et Legry.

2e, *Salle Richet* : MM. Gariel, Ch. Richet et Retterer.

3e (1re partie, oral), *Salle Pasteur* (1re série) : MM. Segond, Sébileau et Wallich ; — *Salle Béclard* (2e série) : MM. Broca (Aug.), Potocki et Cunéo ; — M. Broca (André), suppléant.

5e (chirurgie, (1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Kirmisson, Legueu et Pierre Duval ; — (2e série) : MM. Delens, Mauclaire et Proust ; — M. Gosset, suppléant.

Jeudi 9 mars, à une heure. — 3e (1re partie, oral), *Salle Corvisart* (1re série) : MM. Guyon, Bonnaire et Launois ; — (2e série) : MM. Pozzi, Thiéry et Demelin ; — *Salle Charcot* — (3e série) : MM. Poirier, Marion et Brindeau ; — (2e partie), *Salle Broussais* : MM. Hutinel, Guiart et Carnot.

4e, *Salle Béclard* : MM. Pouchet, Dupré et Langlois ; — M. Bezançon, suppléant.

Vendredi 10 mars, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Gaucher et Labbé (Marcel).

3e (1re partie, oral), *Salle Charcot* (1re série) : MM. Terrier, Lepage et Rieffel ; — *Salle Pasteur* (2e série) : MM. Kirmisson, Wallich et Cunéo ; — *Salle Dubois* (3e série) : MM. Sébileau, Potocki et Proust.

4e, *Salle Thouret* : MM. Hayem, Déjerine et Macaigne ; — M. Teissier, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Reclus, Broca (Aug.) et Gosset ; — (2e série) : MM. Segond, Mauclaire et Pierre Duval ; — M. Legueu, suppléant.

Samedi 11 mars, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Thiroloix et Renon ; — (2e série) : MM. Hutinel, Vaquez et Gouget ; — (3e série) : MM. Troisier, Méry et Jeanselme ; — M. Dupré, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Demelin et Brindeau ; — M. Maillard, suppléant.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois . **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Le mycosis fongoïde, marche, diagnostic, traitement, par M. le professeur Gaucher.
Mode d'action thérapeutique du suc gastrique naturel de porc dans l'insuffisance gastrique, par M. Maurice Hepp.
MÉDECINE PRATIQUE
Traitement des sueurs nocturnes chez les tuberculeux, par M. L. Babonneix.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine. — Société de biologie.
ANALYSES
Médecine : L'action diurétique du calomel; — *Chirurgie :* Traitement de la poliomyélite antérieure aiguë par la transplantation nerveuse; — Un cas de tétanos traité par des injections d'ésérine; — *Thérapeutique :* Action hémostatique de la stypticine dans la maladie de Werlhof.
FORMULAIRE
LIVRES NOUVEAUX
NOTES DE THÉRAPEUTIQUE
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de médecine. — Admissibilité.* — L'épreuve écrite a eu lieu lundi. Questions données : « Étude anatomo-pathologique des splénomégalies. — Symptômes et diagnostic du cancer du poumon. » — Questions restées dans l'urne : « Signes et diagnostic de la granulie aiguë pulmonaire. — Signes et diagnostic de la tuberculose intestinale. — Anatomie pathologique des méningites cérébro-spinales. — Anatomie pathologique des myocardites. »

Le jury s'est divisé en 2 sections : 1° Anatomie pathologique : MM. Dieulafoy, Galliard, Lesage, Landouzy et Béclère; 2° Symptomatologie : MM. Brouardel, Le Gendre, Thiroloix, Robin et Darier.

58 copies ont été remises, l'ordre de lecture est le suivant :

1. MM. Ghika, L. Lévi, Lœper, M. Garnier, Nattan-Larrier, Laubry, Paris, Simon, Ramon, Babonneix.

11. Cavasse, Pagniez, Nobécourt, Ferrand, Ravaut, Rosenthal, Lenglet, Leven, L. Le Sourd, Thiercelin.

21. Herscher, Decloux, Merklen, Hauser, Bigard, Deguy, Rist, Coyon, Sainton, Sée.

31. Laignel-Lavastine, Roux, Lortat-Jacob, Terrien, Courcoux, Armand-Delille, Milian, Schaefer, Clerc, Bensaude.

41. Comte, Guillemot, Castaigne, Weill, Jousset, Hallé, Lejonne, Camus, Géraudel, Balthazard.

51. Kahn, Ribierre, Delamare, Gastou, Lereboullet, Voisin, Crouzon, Gandy.

L'anatomie pathologique commence au n° 1, la symptomatologie au n° 30.

Les lectures des copies (anatomie pathologique) ont commencé mardi à cinq heures à l'Hôtel-Dieu.

Notes : MM. Lœper et Ravaut 10; Garnier 9, Nobécourt 8, L. Lévi et Nattan-Larrier 7; Pagniez et Ferrand, 6.

La lecture des copies (symptomatologie) commencera le jeudi 2 mars, à quatre heures, à la Charité.

Internat en pharmacie. — Sont désignés pour faire partie du jury de l'internat en pharmacie : MM. Bougault, Bourquelot, Prunier, Lafont, Adrian, Boymond et Choay.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — M. le docteur Quende est nommé professeur de clinique ophtalmologique.

M. le docteur Perrin est nommé professeur de clinique dermatologique.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Un comité consultatif d'hygiène pénitentiaire vient d'être institué. Il comprend entre autres membres un membre de l'inspection générale des services sanitaires, six médecins et un pharmacien.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Une lettre de félicitations pour actes de courage est adressée par le ministre de l'Intérieur à M. le docteur Lacroisade (d'Aigre).

PRIX BLACHE. — Un arrêté du ministre de la Marine en date du 21 septembre 1881 dispose que les arrérages d'une rente annuelle de 400 francs léguée au département par M. Blache, ancien premier médecin en chef de la marine, seront affectés à la fondation d'un prix à décerner tous les trois ans au médecin de la marine militaire française ayant fait la découverte la plus utile ou le meilleur mémoire ou travail sur la thérapeutique exclusivement médicale.

Le prix de M. Blache devant être décerné en 1905, les officiers du corps de santé de la marine candidats à ce prix devront faire parvenir leurs titres avant le 1er mai 1905.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Henri Lévêque (de Tournon), Joseph-Pascal Bernard (de Marseille) et Clément Juglar, membre de l'Institut.

La Médication cholagogue.

LES GRAINS DE VALS

La médication cholagogue, si en honneur dans la médecine traditionnelle de nos ancêtres, puis un peu délaissée par les cliniciens du XIXe siècle, a repris une vogue nouvelle pendant ces dernières années.

Cette faveur, à notre avis, méritée est due à l'introduction de nouveaux agents importés d'Amérique et qui, chose bizarre, ont été surtout préconisés au début par les médecins homœopathes.

Parmi ces substances, les unes sont déjà populaires en France, telles que le *podophylle* et le *Cascara sagrada*; les autres ne sont connues et appréciées que par quelques rares praticiens, telle est la *Bourdaine* ou *Rhamnus Frangula*, dont l'action sur la sécrétion biliaire n'a été signalée que pendant ces dernières années.

Il importait d'associer ces diverses substances, dont les unes sont franchement purgatives et les autres simplement cholagogues; c'est ce qui a été fait dans la préparation prescrite journellement par les médecins sous le nom de *Grains de Vals*.

Le produit utilisé dans la préparation de ces *grains* est retiré de deux *Rhamnus* purgatifs : le *Cascara sagrada* (*Rhamnus prushiana*) et la *Bourdaine* ou *Frangule* (*Rhamnus frangula*).

Ces plantes sont traitées d'après la méthode du professeur T.-L. Phipson publiée par lui dans le *Journal de la Société des sciences médicales et naturelles* de Bruxelles.

Le produit obtenu se présente sous la forme d'une substance jaunâtre, cristalline, définie, et est employé à la dose de 25 milligrammes par pilule.

Le podophyllin, *entièrement soluble dans l'alcool*, est retiré du *Podophyllum peltatum* d'Amérique par un traitement à l'alcool bouillant et par un procédé spécial (le Codex indiquant le traitement à l'alcool froid). La dose est de 15 milligrammes par pilule.

Cette formule montre tous les avantages que la médecine peut retirer de l'association des purgatifs et des cholagogues; elle explique aussi le succès obtenu par ce précieux instrument thérapeutique dans les nombreuses affections de l'estomac, du foie et de l'intestin justiciables de la médication laxative et dépurative, à la dose d'un ou deux par jour le soir soit en se couchant, soit de préférence avant le dîner.

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

(Hôpital Saint-Louis.)

LE MYCOSIS FONGOÏDE

MARCHE, DIAGNOSTIC, TRAITEMENT (1)

Par M. le professeur GAUCHER

Les lésions du mycosis fongoïde restent longtemps localisées au derme; elles ne retentissent que tard sur l'état général et ce n'est qu'assez rarement que l'on constate des altérations viscérales. Du côté de la rate, on a pu observer de l'hypertrophie, mais c'est la splénomégalie de toutes les maladies infectieuses. De même les ganglions sont souvent engorgés, mais ils ne présentent pas la dureté caractéristique des ganglions cancéreux et ils ne suppurent jamais; et puis l'on n'a pas affaire ici à une hypertrophie ganglionnaire généralisée, mais ce retentissement ganglionnaire est en rapport avec les lésions mycosiques locales : ce sont les adénopathies similaires de Parrot. Enfin, dans un certain nombre de cas, on a constaté de la leucocytose, comme d'ailleurs dans tous les états cachectiques et dans le cancer en particulier, mais cette leucocytose n'a rien de caractéristique.

Cela dit, voyons quelle est la marche du mycosis fongoïde. Vous l'avez pressenti, cette marche est lente, excessivement lente, d'autant plus qu'il y a toujours des périodes plus ou moins longues de rémission, de rétrocession spontanée des lésions, — mais cette marche est progressive et fatale, ainsi que je vous l'ai déjà dit. Parfois cependant l'affection a une durée très courte et présente une évolution très rapide : c'est l'exception; dans le plus grand nombre des cas, la durée a été longue et s'est chiffrée par années (10 ans et même davantage).

Je vous ai dit tout à l'heure que le marche était fatale et cependant il y a un cas, un seul cas de guérison, qui est dû à Bazin et dans lequel il n'y avait pas de récidive au bout de dix ans. Dans toutes les autres observations de mycosis fongoïde qui ont été publiées, vous pourrez constater que la malade s'affaiblit peu à peu et qu'il s'éteint en présentant tous les symptômes de la cachexie, et en particulier cette diarrhée que l'on appelle toujours cachectique et que l'on ferait mieux sans doute de dénommer toxinique, car il est probable, pour ne pas dire certain, qu'il y a ici aussi un agent infectieux, un microbe non encore découvert. Parfois cependant des complications apparaissent qui hâtent le dénouement; la plus fréquente de ces complications est la broncho-pneumonie; après elle, vient la tuberculose.

Quand la mort est venue délivrer les malades, que nous montre l'autopsie? Nous devons étudier successivement la structure histologique de la tumeur constituée et celle des éruptions prémycosiques. Que voyons-nous dans une tumeur constituée? Nous voyons un tissu conjonctif réticulé, à fibres très fines, entrecroisées, entre lesquelles il y a de nombreux éléments embryonnaires; ce sont des cellules fusiformes ou étoilées à prolongements parfois anastomosés. C'est la présence et la prolifération excessive de ces éléments qui est la caractéristique du mycosis fongoïde. Cette structure ressemble beaucoup à celle du sarcome globo-cellulaire et il semble que le mycosis fongoïde soit un néoplasme embryoplastique occupant le derme. C'est cette théorie que je crois vraie, c'est celle que je défends depuis bientôt un quart de siècle, il y a déjà vingt-quatre ans. Cette théorie a été discutée surtout en France, mais les auteurs allemands l'admettent sans conteste. Il y a une autre théorie, qui a été soutenue qui a eu même du succès, c'est la théorie longtemps acceptée en France et parfois encore enseignée de nos jours, la théorie de la diathèse lymphogène qui fait du mycosis fongoïde une lymphadénie cutanée : voyez à ce sujet la thèse de Gillot et celle de Demange sur laquelle se sont appuyés de nombreux dermatologistes. Je crois qu'il faut rejeter ces idées erronées qui réunissent dans un même groupe et sous des dénominations similaires des maladies aussi dissemblables que la leucocythémie, l'adénie, le lymphadénome du testicule, qui est un sarcome, et le mycosis fongoïde.

D'ailleurs l'examen histologique des lésions prémycosiques est venu vérifier l'exactitude de la théorie que je défends. Ces éruptions de type divers, eczématiformes, psoriasiformes, lichénoïdes ou érythémateuses, ne sont pas des éruptions banales et ne présentent pas les lésions ordinaires des affections qu'elles simulent. M. Philipson a bien montré que les lésions de la peau, dans les éruptions prémonitoires du mycosis, présentaient la même structure histologique et la même constitution que la tumeur mycosique constituée : c'est en quelque sorte un mycosis étalé, plus superficiel et plus rudimentaire. Nous conclurons donc, si vous le voulez bien, que la nature conjonctive embryonnaire de ce néoplasme est démontrée et que le mycosis fongoïde est une sorte de sarcome cutané généralisé.

La cause de cette affection, rare, il faut le dire, est inconnue. Le mycosis apparaît après quarante ans et semble avoir une prédilection particulière pour le sexe masculin; il n'est pas héréditaire et, jusqu'ici du moins, il ne semble pas contagieux; et cependant il est très probablement de nature infectieuse. Oserai-je rappeler qu'en 1880, j'ai trouvé dans le sang d'une malade des microcoques dont j'ai montré les préparations à la Société de biologie? De même, en 1885, Auspitz (de Vienne) a décrit les cocci du mycosis. Nos recherches n'ont pas été complétées jusqu'à l'heure actuelle. Cependant, pour ma part, je crois que c'est dans cette voie que l'on trouvera quelque chose et je me souviens d'avoir étudié, lorsque j'étais médecin de l'hôpital Saint-Antoine, un cas de mycosis fongoïde au point de vue de sa contagiosité; je fis des inoculations multiples de cette tumeur dans le péritoine, le testicule et la tunique vaginale de cobayes; toutes ces inoculations furent négatives; pourtant une fois je crus que le

(1) Voy. : Mycosis fongoïde, période prémonitoire et période d'état, par le professeur GAUCHER, *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 15, p. 171.

fragment des tumeurs s'était greffé et proliférait dans le testicule d'un cobaye; c'était une fausse espérance; la tumeur s'était simplement enkystée dans la vaginale. Il y a donc une grande part d'inconnu dans l'étiologie de cette affection.

Le diagnostic est également difficile dans un grand nombre de cas, surtout s'il s'agit des éruptions prémonitoires. Toutes ces éruptions prémycosiques peuvent être confondues avec les éruptions prurigineuses qu'elles simulent, urticaire, psoriasis, eczéma, lupus érythémateux, érythèmes, etc. Mais vous savez que l'urticaire est fugace, que ses éruptions ne durent que quelques heures et qu'elles disparaissent pour ne plus reparaître, tandis que les éruptions prémycosiques, tout en étant fugaces, persistent néanmoins plus longtemps et leur couleur est plus foncée; l'érythème de l'érythème scarlatiniforme ne présente pas un prurit aussi intense, la desquamation se fait par lambeaux, l'éruption est tout à fait généralisée, la maladie a une durée limitée et le pronostic en est beaucoup plus bénin. Dans neuf cas sur dix, l'eczéma est confondu avec l'éruption eczématiforme, surtout au début; ce n'est qu'au bout de quelque temps que l'on constate l'infiltration du derme, l'épaississement des plaques et l'absence de vésicules, mais ce qui est important, ce qui constitue deux signes de grande valeur, c'est la persistance des lésions et c'est, d'autre part, l'intensité du prurit. Pour le psoriasis, vous savez aussi combien le diagnostic est difficile; il n'est basé que sur la persistance des plaques squameuses. Le diagnostic est aussi parfois difficile avec le lupus érythémateux généralisé, mais dans le mycosis, outre le prurit il y a la coexistence de plaques d'autre aspect, plaques eczématiformes par exemple. L'infiltration noueuse nous fait songer aux syphilides tertiaires; ici aussi nous avons la coexistence d'autres lésions, le prurit et surtout le traitement spécifique, et cependant il existe des cas bien douteux. Nous devons penser également aux tubercules de la lèpre et vous savez qu'on a appelé le mycosis fongoïde « lèpre indigène », mais la coloration des éruptions est tout à fait différente, il y a ici une teinte cuivrée qui ne ressemble en rien à la belle couleur rouge tomate que je vous ai signalée dans le mycosis et puis, caractère encore plus important, au lieu du prurit, il y a de l'anesthésie.

La tumeur mycosique constituée ne peut guère être confondue qu'avec la sarcomatose télangiectasique de Kaposi; cependant, dans ce cas, il faut noter l'absence d'éruptions prémonitoires, la teinte violacée de la tumeur, le début de l'affection par les doigts qui ont l'apparence de petits boudins noueux et enfin la pérennité des lésions qui ne se résorbent jamais. Enfin le mycosis à tumeur d'emblée que je vous ai signalé, peut être pris pour de la sarcomatose non télangiectasique généralisée : le diagnostic est ici tout à fait difficile, car il y a une grande analogie clinique et histologique entre ces tumeurs : nous devrons, dans ce cas, attacher une importance de premier ordre à la couleur rouge tomate et à la possibilité de résorption spontanée de la tumeur mycosique.

Et maintenant voyons ce que nous pouvons faire contre cette affection si redoutable. De nombreux médicaments ont été préconisés, l'iodure de potassium, l'arsenic, les cacodylates, etc. Les résultats ont été négatifs. Mais si nous ne pouvons enrayer la marche du mycosis, nous pouvons peut-être en atténuer les symptômes. Contre les éruptions, certaines pommades à base d'acide salicylique ont donné quelques bons résultats; de même la vaseline au tanin entretient bien la souplesse de la peau et évite les excoriations; je vous recommande d'y avoir recours, car c'est la pommade qui m'a semblé la meilleure. Sur les ulcères, on peut appliquer des caustiques ou des antiseptiques : badigeonnages à la solution de nitrate d'argent, applications prudentes de phénol camphré, etc.; contre les phénomènes inflammatoires, le pansement humide est le meilleur traitement. Quant aux tumeurs, le meilleur procédé consiste à en faire l'exérèse au thermocautère. Dans ces derniers temps on a appliqué le radiothérapie au traitement du mycosis; sans doute cette manière de faire a pu donner des résultats encourageants, mais il faut être très prudent, car je connais un cas de mycosis fongoïde traité de cette façon où toutes les tumeurs ont disparu, mais le malade est mort. Je crois donc que la radiothérapie peut rendre de réels services, à condition d'être maniée d'une main très prudente, mais, en tous cas, pour les tumeurs volumineuses, il est préférable d'employer l'ablation à l'aide du thermocautère et la cautérisation sous-jacente, procédé simple, facile et inoffensif.

MODE D'ACTION THÉRAPEUTIQUE

DU

SUC GASTRIQUE NATUREL DE PORC

DANS L'INSUFFISANCE GASTRIQUE

Par le docteur Maurice HEPP,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

J'ai publié en mai et en juin 1903, dans la *Gazette des hôpitaux*, deux articles au sujet de mes premières recherches expérimentales et cliniques sur le suc gastrique du porc et sur son emploi en thérapeutique ; depuis ce moment, mes idées se sont précisées sur son mode d'action et sur ses indications thérapeutiques.

L'opération que subit le porc pour en faire un producteur de suc gastrique, consiste dans l'exclusion unilatérale de l'estomac et fistulisation de la partie exclue, c'est-à-dire que j'implante l'œsophage, isolé des nerfs pneumogastriques et sectionné au-dessus du cardia, sur la deuxième portion du duodénum et que je fistulise à la peau le bout stomacal de l'œsophage.

Cette opération respecte parfaitement la vascularisation, l'innervation et la statique du viscère : l'estomac des animaux opérés jeunes continue à grandir normalement et sécrète de plus en plus abondamment à mesure que l'animal avance en âge,

il ne secrète qu'au moment des repas et, sous l'influence de repas d'épreuve introduits par la fistule; l'action trophique et sécrétoire des nerfs pneumo-gastriques continue donc à s'exercer sur l'estomac comme à l'état normal et le suc gastrique demeure *rigoureusement physiologique*, ne stagnant pas dans une poche close et continuant à se déverser dans l'intestin par le pylore qui demeure ouvert.

J'insiste sur ce point, car les analyses du suc gastrique que j'obtiens démontrant sa faible acidité, lui ont fait dénier par quelques-uns, *à priori*, une activité thérapeutique réelle, d'autant que son filtrage à la bougie, indispensable pour le conserver, lui enlève une grande partie de sa pepsine et par conséquent de son pouvoir digestif *in vitro*.

Partant de ce point de vue, certainement faux, que le suc gastrique agit thérapeutiquement comme un digestif, quelques cliniciens ont pensé que seul un suc gastrique à pouvoir digestif élevé, pouvait être utilement employé.

A priori c'était là une idée un peu simple, car le juste discrédit dans lequel est tombée la médication digestive proprement dite, qui fournit en abondance acide chlorhydrique et pepsine, excluait l'espoir d'arriver à de meilleurs résultats en donnant simplement aux malades les mêmes éléments sous une autre forme. Il fallait penser que si le suc gastrique agit à faible dose dans les cas précisément où échoue la médication chlorhydropeptique, c'est qu'il apporte un élément nouveau que cette médication ne comporte pas, car s'il devait simplement la suppléer en remplissant le rôle digestif, il faudrait l'administrer à la dose, non d'une cuillerée à bouche ou deux, mais de plusieurs centaines de centimètres cubes à chaque repas.

Ces idées étaient nées en moi il y a plusieurs années, alors que j'employais du suc gastrique de chien très riche en HCl libre et très chargé de pepsine, étonné d'obtenir, avec une faible dose de ce suc, des effets que j'avais vainement cherchés en administrant préalablement beaucoup plus d'acide chlorhydrique et de pepsine extractive. Elles se confirmèrent dans mon esprit dès mes premières recherches sur le suc gastrique de porc, dont l'effet thérapeutique m'apparut rapidement supérieur à celui du suc de chien, en dépit d'une acidité très faible et d'un pouvoir digestif minime.

Dans divers cas que j'ai publiés d'insuffisance gastrique grave, inutilement traités par l'HCl et par la pepsine, le suc gastrique de porc agissant là précisément où l'échec de la médication digestive était le plus net, j'entrevis une action opothérapique spéciale sur la nature de laquelle je restais dans le doute.

Bientôt les précieuses observations que je dois au professeur von Noorden, précisaient ma manière de voir. Ces observations ont trait à des malades hypochlorhydriques chez lesquels l'examen du repas d'épreuve fut fait avant le traitement par le suc gastrique et au cours de celui-ci.

Chez tous ces malades on voit, sous l'influence du suc de porc pauvre en HCl, la chlorhydrie stomacale abolie se relever très rapidement et les rapports sécrétoires tendre vers la normale.

Le suc gastrique agit donc comme un excitant de la sécrétion glandulaire abolie ou pervertie, et c'est dans cette action que réside sa vertu thérapeutique. Il ne supplée pas l'effort des glandes inertes, il détermine cet effort, agissant comme un régénérateur de la sécrétion stomacale.

En quel principe réside cette action excito-sécrétrice? Ce n'est ni dans l'HCl libre, ni dans la pepsine puisque le suc de chien riche en HCl et en pepsine ne possède à ce point de vue aucune supériorité sur le suc de porc peu acide et en partie privé de pepsine par la filtration. Il doit donc y avoir dans le suc gastrique un autre principe inconnu de nous, principe fragile qui disparaît dans les triturations qu'exigent les préparations des extraits gastriques, principe qui disparaît dans la muqueuse gastrique morte si rapidement altérée après la mort.

Que ce principe existe, outre les raisons que je viens de dire, j'en trouve la preuve dans l'action extrêmement rapide, pour ainsi dire explosive, qu'exerce le suc gastrique naturel de porc sur certaines dyspepsies. Tel malade qui vomit, en dépit de tout, depuis des semaines et ne digère rien, cesse de vomir après quelques doses de suc; cependant le secours apporté à sa digestion est très faible et l'action excito-sécrétoire du suc n'a pas eu le temps de rétablir le chimisme gastrique troublé : le suc gastrique a donc *fourni* un élément essentiel qui faisait défaut au malade et qui n'est ni la pepsine en quantité toujours suffisante dans la muqueuse gastrique malade, ni l'HCl libre que le suc de porc n'apporte pas en abondance.

Une autre preuve de l'existence de ce principe est l'action inégale qu'exerce le suc gastrique sur des dyspepsies chimiquement et cliniquement parentes : tandis que certains hypopeptiques peu gravement malades ne retirent de l'emploi du suc qu'une amélioration progressive, tous les insuffisants gastriques graves en bénéficient pour ainsi dire immédiatement, ce qui semble de prime abord illogique. Il semble que chez ces derniers l'équilibre détruit est rétabli immédiatement par l'apport d'un élément totalement absent, qui existerait encore dans une faible mesure chez les premiers, d'où un effet moins soudain du suc gastrique sur ceux-ci.

En deux mois je viens d'en observer trois exemples frappants :

Première observation. — Un marchand de vins de cinquante ans se présente à moi avec une dilatation gastrique considérable, une intolérance alimentaire absolue, un amaigrissement rapide : son médecin, le pensant atteint de néoplasme, me l'adresse en vue d'une gastro-entéro-anastomose. Je lui donne par curiosité expérimentale plus que par conviction quelques flacons de suc gastrique : dès le premier jour ses vomissements cessent, dès le troisième jour ses digestions se font et en trois semaines le malade transformé a augmenté de plusieurs livres.

Deuxième observation. — Une jeune femme de vingt-cinq ans, tuberculeuse à la période de ramollissement, souffre d'une intolérance gastrique absolue depuis plus de trois semaines. Dès les premières doses de suc gastrique les vomissements cessent, au bout de huit jours l'appétit renaît et en

un mois la malade sans autre médication a augmenté de 2 kilos.

Troisième observation. — Un homme de trente ans, épicier, me consulte pour une anorexie et une intolérance gastrique absolues ; c'est un tuberculeux au début. Je lui donne un flacon de 120 centimètres cubes de suc gastrique et lui ordonne d'en prendre une cuillerée à soupe par petit repas. Ce seul flacon de suc gastrique lui suffit, dès la première dose il a cessé de vomir, au bout de deux jours son appétit s'est réveillé et il continue de digérer sans secours.

De tels effets ont fait dire que le suc gastrique agit par effet psychique. Je crois pouvoir affirmer que cela n'est pas exact, car si l'action psychique doit toujours être suspectée chez le dyspeptique pur, je pense qu'elle est particulièrement improbable chez le tuberculeux avéré et certainement nulle chez le nourrisson; or il est plusieurs nourrissons au sevrage, atteints d'insuffisance digestive absolue avec vomissements incoercibles, en dépit du régime le mieux conduit, chez lesquels j'ai obtenu des guérisons aussi saisissantes avec quelques cuillerées à café de suc gastrique.

Évidemment cette action du suc gastrique a quelque chose de déconcertant; elle est cependant moins troublante au point de vue de nos conceptions physiologiques que l'action de la macération de rognons de porc du professeur Renaut (de Lyon), sur l'albuminurie, signe objectif que le malade ne simule pas.

Or, voici en quelques lignes deux observations, parmi de nombreuses que j'ai recueillies :

Première observation. — Homme de quarante ans atteint de néphrite depuis plusieurs années : dyspnée intense d'œdème pulmonaire, œdème généralisé, hypertrophie cardiaque considérable, albuminurie de 6 grammes par litre. Je suis appelé auprès de lui en désespoir de cause en vue d'une néphrotomie. Macération de 100 grammes de rognons de porc quotidiennement. En huit jours albuminurie, dyspnée et œdème disparaissent : en quelques semaines le cœur revient à des dimensions presque normales : au bout d'un mois le malade cesse tout régime, reprend une profession fatigante et subit une grippe grave avec pneumonie sans que reparaissent ni l'albumine ni les signes du brightisme.

Deuxième observation. — Jeune fille de vingt-trois ans, anurie, dyspnée, accès éclamptiques par néphrite grippale aiguë. Je suis appelé à la voir en vue d'une néphrotomie. Je ramène une diurèse difficile par les ventouses scarifiées et les diurétiques usuels, la malade urine à peine, l'albuminurie et les symptômes urémiques persistent. Macération de 100 grammes de rognons de porc quotidiennement. En deux jours la quantité d'urine dépasse 2 litres; albuminurie et symptômes urémiques disparaissent. Guérison parfaite.

De tels exemples lorsqu'on évoque l'anatomie pathologique des néphrites paraissent certes plus saisissants que les cas d'opothérapie gastrique que j'ai cités; car dans les actions digestives purement chimiques et si mal connues, on conçoit facilement l'action de présence d'un principe ignoré, comme la chimie biologique nous en révèle chaque jour.

Est-ce à dire que l'opothérapie guérisse toutes les néphrites et toutes les dyspepsies? Ce serait une conclusion tout à fait exagérée et de même que certaines albuminuries résistent à la macération rénale, de même certaines insuffisances gastriques échappent à l'action du suc gastrique; il n'en est cependant pas moins précieux de connaître et de savoir appliquer sans nous déconcerter des remèdes aussi puissants.

En ce qui concerne le suc gastrique, j'ai acquis sur son administration quelques données d'expérience que je veux résumer ici.

D'une façon générale le suc gastrique de porc est le remède de l'insuffisance gastrique primitive ou secondaire, son effet est nul toutefois quand l'insuffisance gastrique s'accompagne d'une destruction anatomique de la muqueuse gastrique comme dans le cancer gastrique, l'athrepsie infantile à son ultime période ou quand elle résulte d'un trouble circulatoire comme dans les cardiopathies, d'une affection nerveuse organique; cela confirme d'ailleurs ce que j'ai dit sur l'action excito-sécrétoire du suc gastrique, qui ne peut pas s'exercer évidemment sur une muqueuse hors d'état de fonctionner.

Dans les cas douteux, lorsque l'examen du chimisme gastrique ne peut pas être fait, l'administration du suc gastrique étant sans inconvénient grâce à sa faible acidité, un traitement de quelques jours fixera le malade et le médecin sur son utilité.

Son action est, en effet, toujours rapide, parfois dès les premières doses, une amélioration évidente se manifeste, en tout cas, au bout d'une dizaine de jours, d'une quinzaine au plus, on observe l'atténuation des divers troubles morbides.

Dans les cas favorables, je suis d'avis, d'après mon expérience, de continuer le traitement pendant quatre à six semaines, jusqu'à une amélioration très notable. A ce moment il y a avantage à suspendre la médication pendant quinze à vingt jours, de façon à ne pas épuiser l'action excito-sécrétoire du suc gastrique, et à la reprendre pendant huit jours de temps en temps.

Chez les adultes je donne le suc à la dose d'une ou deux cuillerées à soupe par repas dans tout autre véhicule que l'eau alcaline, faisant boire le mélange au malade par gorgées durant le repas.

Chez les enfants la dose utile de suc gastrique est de trois à quatre cuillerées à café par jour, chacune administrée dans un peu d'eau d'Evian avant la tétée, pour éviter que l'enfant rassasié refuse le remède.

Telles sont, d'une façon très générale, les indications, les contre-indications et la posologie du suc gastrique de porc. C'est un médicament toujours innocent et auquel j'ai dû des succès thérapeutiques merveilleux, souvent inespérés, *dans les insuffisances gastriques graves des hypochlorhydriques*, *dans les diarrhées chroniques*, *dans les gastropathies des nourrissons au sevrage et dans les gastropathies des tuberculeux*.

AVIS. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 10 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi coûte 25 centimes.

— Nos abonnés sont instammeni priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DES SUEURS NOCTURNES CHEZ LES TUBERCULEUX

Par M. L. BABONNEIX,
Ancien interne lauréat (médaille d'or) des hôpitaux.

Lorsque, chez un tuberculeux avéré, surviennent des sueurs nocturnes, quelle thérapeutique faut-il instituer? Les uns se contentent de prescrire un des innombrables antisudorifiques dont s'enorgueillit la pharmacopée; ils n'obtiennent, généralement, que de médiocres résultats; mieux inspirés, les autres délaissent le symptôme lui-même pour s'attaquer à ses causes, et font ainsi bénéficier le malade de leur curiosité avertie.

Le *traitement causal* constitue donc le seul traitement logique, utile, profitable, des sueurs chez les phtisiques. Comme le dit si bien M. Bouic, « ce qui détermine la tendance à suer des tuberculeux, c'est l'intoxication. Telle est la cause primordiale, originelle de leurs transpirations. Celles-ci sont presque constantes parce que l'intoxication l'est également. Les sueurs apparaissent, disparaissent ou augmentent avec elle. Afin de combattre la prédisposition aux sueurs et arriver à la modérer, il faut donc s'attaquer aux causes de l'intoxication ou à l'intoxication elle-même (1). »

Il est presque inutile de dire que nous sommes très mal armés pour lutter contre l'intoxication tuberculeuse. Tout ce que nous pouvons faire dans ce but, c'est d'augmenter par tous les moyens possibles les forces et la résistance organiques du malade. On mettra donc en œuvre (si ce n'est déjà fait) les méthodes thérapeutiques habituelles : suralimentation, repos, aération; on s'efforcera (Bouic) de stimuler les fonctions excrétrices des reins, de l'intestin et de la peau en prescrivant à propos les diurétiques, les laxatifs et l'hydrothérapie (Peter, Lancereaux); on cherchera surtout à combattre la cause immédiate de la crise sudorale. Le sulfate de quinine convient aux sueurs fébriles (Lebert, Peter, Ferrand), les antispasmodiques, aux sueurs que provoquent les quintes de toux, l'oxygène et la morphine aux sueurs qu'entretient la dyspnée. Certaines crises sudorales sont liées à la dyspepsie, d'autres, à l'état syncopal des malades; celles-là seront évitées par un régime alimentaire sévère, dont seront bannis les mets indigestes, les boissons alcooliques, le thé, le café; celles-ci seront traitées par les médications habituelles de la syncope, injections de caféine, d'huile camphrée, potions cordiales, révulsion cutanée.

Lorsque, malgré ce traitement prophylactique, les sueurs persistent, il faut savoir les respecter. Elles constituent en effet un émonctoire salutaire, elles permettent à l'organisme dans les glandes excrétricées fonctionnent souvent fort mal, d'éliminer les poisons qu'il fabrique incessamment. « Il y a danger, dit encore M. Bouic, à supprimer l'action d'un émonctoire, si petite soit-elle, chez un sujet hyperintoxiqué; or, vous ne l'ignorez pas, tel est l'état de votre malade; par votre intervention, vous lui seriez nuisible. » Ce n'est donc qu'à la dernière période de la tuberculose, lorsque les sueurs privent les malades de tout repos, et que ceux-ci demandent avec insistance à en être débarrassés que l'on pourra, à titre exceptionnel (G. Lyon), prescrire un des nombreux médicaments proposés comme sudorifiques.

La plupart de ces sudorifiques sont empruntés au règne végétal. En voici la liste à peu près complète : absinthe, aconit, agaric blanc, belladone, cachou, cascarille, cerisier sauvage, ergot de seigle, guarana, hydrastis canadensis, jusquiame, kino, menthe, monesia, opium, plantain, quassia, quinquina, ratanhia, sang-dragon, sauge, scopolia carniolice, tormentille, tussilage.

(1) Bouic. *De la sécrétion sudorale dans la tuberculose pulmonaire*, Th. de Paris, 1903, p. 112.

De toutes ces substances, nous ne retiendrons que celles qui ont fait leurs preuves : l'agaric blanc, l'ergot de seigle, l'opium et la sauge.

Préconisé par de Haen, Burdach, Andral, Trousseau, Peter, Potain, l'*agaric blanc* est considéré par la plupart des auteurs comme un spécifique contre les sueurs des tuberculeux. Pour Borris, Wolfenden et Young (1), il égale l'atropine contre cette hypercrinie, diminue la toux des malades, abaisse leur température et leur procure un sommeil réparateur. Potain (2) émet une opinion analogue. Pour M. Marfan (3), c'est le moins infidèle et le plus facile à manier de tous les antisudoraux. On peut le prescrire seul ou l'associer à d'autres médicaments de même action. Dans le premier cas, on l'administre en cachets ou en pilules, aux doses moyennes de 0g40 à 0g80 par jour (4); dans la seconde on lui adjoint soit de l'extrait d'opium :

Agaric blanc pulvérisé...	0g15	centigrammes.
Extrait d'opium.........	0g03	—

pour une pilule. Une ou deux le soir (Rayer);

Soit de l'acétate neutre de plomb (Fouquier), soit plutôt du phosphate de chaux et de l'opium comme dans la formule de MM. Debove et Gourin (5).

Agaric blanc...........	0g40	centigrammes.
Phosphate de chaux.....	0g60	—
Poudre d'opium........	0g02	—

M. pour un cachet n° 12.
Un à deux par jour.

A l'agaric, on substitue parfois l'*agaricine*, ou, plutôt, l'*acide agaricique* [(Hofmeister, Kahler, Klemperer, Combemale (6)]. La formule de choix est celle qu'a indiquée Klemperer :

Acide agaricique.......	deux centigrammes.
Substance enveloppante.	Q. s.

pour une pilule n° 10.
Une à deux pilules deux heures avant le sommeil.

Pour produire de bons résultats, le médicament doit être chimiquement pur; il manifeste son action au bout de quelques heures; il ne s'accumule pas dans l'organisme et peut, par conséquent, être donné plusieurs jours de suite. L'existence de troubles digestifs constitue une contre-indication formelle à son emploi (Combemale).

L'*ergot de seigle* a été surtout expérimenté par M. Tenneson, qui a inspiré, sur ce sujet, la thèse de M. Mignot (7). On peut le prescrire sous forme de poudre d'ergot ou d'ergotine, aux doses de 1 à 2 grammes, ou encore d'ergotinine, selon la formule connue de Tanret :

Ergotinine.................	un centigramme.
Acide lactique.............	deux —
Eau distillée bouillie.........	Q. s.
pour faire après refroidissement.	10 centim. cubes.

(1) Cités par Gubler. *Commentaires thérapeutiques.*
(2) Potain. In Legougeux, Th. de Paris, 1872.
(3) Marfan. *Traité Charcot-Bouchard*, 2e éd., t. VII, p. 366.
(4) Administré à doses plus élevées, l'agaric se comporte comme un purgatif drastique.
(5) Debove et Gourin. *Formulaire.*
(6) Combemale. *Bull. génér. de thérap.*, 1891, p. 433.
(7) Mignot. Th. de Paris, 1886.

Faire, avec cette solution, une ou deux injections sous-cutanées d'une seringue de Pravaz chacune.

Administré une demi-heure avant le moment où apparaissent habituellement les sueurs, l'ergot de seigle les atténuerait ou même les ferait complètement disparaître. Son action serait durable et constante.

Si l'*opium* possède, chez les individus sains, une action antisudorifique incontestable, il est non moins certain qu'il arrête plus ou moins les sueurs pathologiques. Dès 1682, Eitmüller (1) remarquait que l'une de ses principales propriétés, c'est de *sudores supprimere*. On pourra donc, soit le prescrire seul, soit l'associer, comme nous l'avons vu, au phosphate de chaux et à l'agaric.

Recommandée jadis, contre les sueurs des tuberculeux (van Swieten, Storck, Cullen, Schneider, Chenet, Vignard), la *sauge* était assez délaissée lorsque les recherches de MM. Combemale et Meurisse, Huchard et Deguy, Liégeois, ont à nouveau attiré l'attention sur elle. Pour M. Liégeois (2), les meilleures préparations sont l'infusé de feuilles et la macération de sommités fleuries.

Infusé :

Feuilles de sauge officinale....	10	grammes.
Eau distillée................	100	—

Prendre en une fois, après refroidissement.

Macération :

Sommités fleuries de sauge officinale..	10	grammes.
Eau-de-vie vieille..................	50	—

XXX à L gouttes, deux heures avant l'accès.

L'effet du médicament se fait sentir une demi-heure après son ingestion; il persiste quelque jours après sa suppression.

Que dire des autres sudorifiques végétaux? Le vin d'*absinthe*, le sirop d' *aconit* (Imbert-Gourbeyre), la teinture de *belladone* (Radakow), le *cachou* (Trousseau), la décoction de *cascarille* (Baumès), l'infusion de *cerisier sauvage* (Coxe), la *guarana*, l'extrait fluide d'*hydrastis canadensis* (Bruce), l'extrait de *jusquiame*, associé ou non à l'oxyde de zinc (Thompson), le *kino*, la *menthe* en infusion (Louis), la *monesia*, le *plantain*, la *quassia* (Baumès, Fouquier), le *quinquina*, la *scille*, la *scopolia carniolica* (Duckwert et Dumstant), la *tormentille*, le *tussilage* (Fouquier) ont été quelquefois prescrits. Le *ratanhia* est indiqué par Fonssagrives, le *sang-dragon* se réclame de l'autorité vénérable de Morton. En réalité, aucun de ces différents médicaments ne mérite de sortir de l'oubli, et, des antisudorifiques végétaux, il n'y a guère à retenir que l'ergot de seigle, l'opium, la sauge et surtout l'agaric. (*A suivre.*)

FORMULAIRE

CONTRE LA COQUELUCHE

Antipyrine..................	3	grammes.
Sirop de fleurs d'oranger.....	26	—
Eau........................	100	—

(Chaque cuillerée à café représente 0g20 d'antipyrine.)

Une à deux cuillerées à café chez les nourrissons. Cinq et plus à partir de deux ans. (Marfan.)

La *dyspeptine* est le suc gastrique naturel extrait de l'estomac du porc vivant; elle est obtenue régulièrement chaque jour, par ponction des animaux, au laboratoire de physiologie et de biologie appliquées du Puits-d'Angle à la Celle-Saint-Cloud (Seine-et-Oise).

(1) E. H. MULLER. *De virtute opii diaphoretica*, Iéna, 1682.
(2) LIÉGEOIS. *Journ. des praticiens*, 10 janv. 1903, p. 20.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 28 FÉVRIER 1905)

Syphilis. — M. FOURNIER achève son important travail sur la syphilis. C'est du traitement qu'il parle aujourd'hui. Ce traitement est-il compris comme il doit l'être? donne-t-il son maximum de rendement? M. Fournier ne le pense pas; certaines modifications s'imposent et c'est à bien fixer ces modifications qu'il s'applique.

Actuellement le traitement mercuriel prolongé est d'une durée moyenne de quatre ans. M. Fournier pense que ce traitement serait plus effectif s'il était espacé. Au début, on ferait une série de cures rigoureuses pendant deux ans, puis il y aurait un repos de trois ans pour recommencer une année de traitement vers la cinquième année. La guérison serait plus efficace si on faisait un troisième traitement vigoureux pendant un an vers la huitième année.

D'après de nombreuses statistiques, on voit en effet que les accidents tertiaires et la paralysie commencent à se produire vers la sixième année pour aller en augmentant jusque vers la dixième année. De cette façon, les traitements faits pendant la cinquième et huitième année auraient une influence salutaire.

Le mercure, comme le vaccin, n'est préventif que d'une façon provisoire. Le bail que fait la maladie avec le remède n'a qu'un temps et il faut se hâter de se revacciner.

M. Fournier prouve par des chiffres que la plupart des accidents tertiaires intéressent les parties les plus nobles de l'être humain : le cerveau et le système nerveux. Sur 5650 affections tertiaires, on a constaté 1850 cas intéressant les éléments nerveux, soit 32 p. 100.

Les premières conditions de traitement pour les malades atteints de syphilis cérébrale sont les cures de repos prolongé et absolu, l'hydrothérapie froide ou tiède, le séjour à la campagne, etc. Le tabac et la syphilis ensemble font aussi de nombreuses victimes. Les quatre cinquièmes des cancers de la langue sont dus à l'abus du tabac chez des syphilitiques.

La nouvelle méthode de traitement de M. Fournier à termes tardifs présente plus d'effets thérapeutiques que l'ancienne et donne aux malades plus de garanties contre la paralysie générale et la mort qui en est la conséquence.

Un point important à retenir de cette leçon magistrale sur la syphilis : quand il existe chez le sujet quelque prédisposition de nature à attirer, sur un organe surmené, les atteintes d'un virus latent et en quête d'un point faible, il faut viser cet organe spécial par une hygiène spéciale. Ceci s'adresse particulièrement aux artistes, aux nerveux, aux joueurs, aux surmenés par le cerveau, aussi bien au surmenage cérébral par le travail que par le plaisir; ces sujets, pour éviter les localisations cérébrales de la syphilis, devront changer leur existence, prendre du repos, avoir plus de sommeil, éviter les excitants et se mettre à une hydrothérapie rigoureuse et prolongée.

Ce sont là d'excellents conseils qu'il faut retenir.

Asile pour tuberculeux. — Sur la demande des pouvoirs publics, l'Académie avait nommé une commission composée de MM. Brouardel, Josias, Chauffard, Roux, Netter, Vallin et Landouzy, rapporteur, pour étudier le choix d'une commune suburbaine afin d'y installer un asile pour les invalides de la tuberculose. Trois terrains étaient soumis au choix de la

commission, l'un à Vaucresson, l'autre à Bondy, le troisième à Ivry, à côté de l'hospice des Vieillards. Pour des raisons qu'expose M. Landouzy, c'est sur ce dernier terrain que la commission a fixé son choix.

Élections. — L'Académie a élu MM. Jolyet (de Bordeaux) et Massol (de Montpellier) correspondants nationaux dans la section de physiologie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1905)

Note sur les altérations des neurofibrilles dans la pellagre. — Les recherches de MM. Babes et Sion, Marinesco, ainsi que celle des auteurs italiens Rossi, Righetti, Grimaldi, faites avec la méthode de Nissl, ont montré qu'il existe dans la pellagre des altérations cellulaires considérables, ce que nous avons pu confirmer. Il était dès lors naturel de nous demander quel peut bien être l'état des neurofibrilles dans cette maladie.

MM. Parhon et Papinian ont eu l'occasion d'étudier, à ce point de vue, un cas de pellagre avec des troubles cérébro-spinaux bien prononcés; et voici ce qu'ils ont trouvé :

Dans le cerveau les altérations sont moins intenses dans les petites cellules que dans les grandes et atteignent leur maximum dans les cellules de Betz. Dans une cellule pyramidale moyenne on voit souvent que les neurofibrilles s'imprègnent moins bien avec le sel d'argent, elles apparaissent comme amincies ou fragmentées. Par contre, dans certaines des petites cellules pyramidales il peut arriver que les neurofibrilles aient leur aspect normal, ou à peu près.

Si l'on étudie les cellules géantes, on est frappé tout de suite par la coloration rouge-acajou de leur cytoplasma et par l'absence presque complète des neurofibrilles. Le noyau est suivant les cas vésiculeux, atrophié ou invisible. Le nucléole s'imprègne mal dans les cellules les plus altérées.

Dans la moelle épinière les altérations sont, en général, plus intenses dans la région cervicale que dans la région lombo-sacrée et dans les cellules radiculaires que dans les cellules cordonalles.

L'aspect des grandes cellules de la corne antérieure rappelle beaucoup celui des cellules géantes de la zone rolandique. Leur centre est coloré en rouge-acajou intense — ce qui pourrait tenir à la dissolution des neurofibrilles — et ces dernières ne se rencontrent plus qu'à l'état de traces à la périphérie ou dans les prolongements.

Les altérations des neurofibrilles marchent dans ce cas parallèlement à celles des corpuscules de Nissl, fait que M. Marinesco a déjà signalé dans d'autres processus pathologiques.

Régime déchloruré. — Deux communications ont été faites sur ce sujet. M. L. AMBARD s'est soumis, pendant cinquante et un jours, à un régime ne comportant que 1g75 de sel par jour. Le sulfate de soude fit tomber l'excrétion chlorurée de 2g25 et 2g20 à 1g35 et 0g88. Il ne se produisit, pendant toute la durée de l'expérience, aucun trouble fonctionnel. M. MAYER a également étudié sur lui-même les effets du régime déchloruré. Il a vu le rapport $\frac{\Delta}{NaCl}$ varier entre 1,31 et 3000. Il en conclut que ce rapport est loin d'être aussi fixe, chez l'homme sain, que le prétendent Koranyi et ses élèves.

Un procédé d'inscription des mouvements automatiques de la main permettant la divination de pensées même complexes, abstraites et cachées. — Sur le cylindre rotatif, M. D'ALLONNES trace une série d'ordonnées; au bout de chaque ordonnée est écrit d'avance un nombre ou une lettre. L'opérateur annonce au sujet qu'il va deviner sa pensée lettre par lettre, et il prononce les lettres à haute voix à mesure que leur ordonnée passe sous le stylet inscripteur. Le sujet donne des secousses automatiques très nettes permettant de lire sa pensée. La résistance de la volonté du sujet n'est pas toujours un obstacle. L'auteur a pu arracher ainsi un certain nombre d'aveux blessant l'amour-propre du sujet, qui a tenté de déchirer la feuille de papier révélatrice. Sept personnes sur 20 se laissent ainsi deviner.

Formes microbiennes du muguet. — M. et Mme BOURGUIGNON concluent de leurs expériences que le muguet peut végéter sous la forme de bâtonnets et qu'il peut même, vraisemblablement revêtir la forme de coccus, celle-ci étant probablement, la forme de passage des bâtonnets vers la cellule. Mais ce n'est là qu'une hypothèse, que les auteurs se proposent d'étudier en reprenant leurs expériences sur le cobaye.

Réaction névroglique dans l'encéphalomalacie. — M. ANGLADE, à l'aide de préparations microscopiques, se propose de démontrer que le ramollissement cérébral n'est pas une nécrose pure et simple, qu'il s'accompagne d'une encéphalite interstitielle parfois limitée au pourtour du foyer, parfois généralisée. Ainsi s'expliqueraient les symptômes psychiques si fréquents dans les ramollissements, surtout corticaux.

ANALYSES

MÉDECINE

L'action diurétique du calomel. (*Il Policlinico*, Sezione pratica, 12 nov. 1904, n° 46.) — LESIGNOLI rapporte qu'il s'est admirablement bien trouvé de l'emploi du calomel comme diurétique chez cinq malades porteurs de lésions cardiaques et présentant des phénomènes d'oligurie. C'est après l'échec de la diurétine et de la digitale que l'auteur eut recours au calomel.

Ce médicament est indiqué surtout dans les hydropisies par affections cardiaques ou hépatiques; il rend également des services dans les maladies du cœur avec concomitance de complications rénales.

Le calomel doit être administré dans ces cas à très petites doses ; on le prescrit par petits paquets ou cachets, en nombre de trois à quatre par jour, à la dose de 15 à 20 centigrammes, et on y ajoute 1 ou 2 centigrammes d'opium. Pendant ce traitement il faut veiller naturellement à l'antisepsie de la muqueuse buccale et faire faire au malade des gargarismes au chlorate de potasse. La dose maxima utilisée par Lesignoli fut de 70 centigrammes *pro die* en quatre fois. Il faut en général de deux à cinq jours pour que l'action diurétique du calomel se manifeste. A. GAULLIEUR L'HARDY.

CHIRURGIE

Traitement de la poliomyélite antérieure aiguë par la transplantation nerveuse. (SPILLER et FRAZIER. *Journ. of the Am. med. Ass.*, 21 janv. 1905, vol. XLIV, n° 3.) — Dans un cas de paralysie durant depuis plus de deux ans et limitée au jambier antérieur, Spiller fit exécuter par Young l'opération suivante : incision partant de la tête du tibia et suivant cet os sur une longueur de 10 centimètres. Incision à la sonde cannelée du fascia profond, mettant à nu le sciatique poplité externe. En suivant ce nerf de haut en bas et en séparant le

long péronier latéral, on trouve les filets nerveux se rendant à la partie supérieure du jambier antérieur et les deux branches terminales du nerf. Suture au catgut puis à la *face externe* du musculo-cutané, du faisceau nerveux formé par la réunion des filets du jambier antérieur. On prit grand soin de ne pas froisser les troncs nerveux, on ne sépara pas les filets nerveux de leur gaine. Pansement, appareil plâtré. L'opération fut faite le 4 décembre 1902. En février 1903, il y avait déjà amélioration. En juin 1904, la marche est presque normale, et l'enfant peut élever le bord interne du pied à peu près aussi vigoureusement que normalement. Dans un cas un peu plus récent, Frazier n'obtint qu'une amélioration moins marquée.

Spiller ne considère comme justiciables du traitement chirurgical que les cas où quelques muscles seulement sont paralysés; ce ne sont pas les cas les plus fréquents, mais on en voit encore beaucoup. Il insiste sur la bénignité absolue de l'opération, *où l'on ne coupe pas de fibres nerveuses saines,* contrairement à ce qu'avait fait Peckham avec un beau succès en 1900. Répondant à une question sur le mode possible de la régénération après une semblable opération, Spiller fait remarquer que si, il y a quelques années, on considérait la régénération comme uniquement effectuée par le bout central, des recherches plus récentes ont montré que le bout périphérique prenait aussi part à la régénération, pourvu qu'il fût uni à un bout central. Il croit que cette opération est indiquée lorsque la paralysie a duré six mois au plus : il la considère supérieure à l'anastomose tendineuse dans laquelle on est obligé de toucher à du muscle sain. Mais il reconnaît que l'opération de Peckham, avec suture directe du nerf à des fibres saines coupées, a donné des résultats plus remarquables et plus rapides. FOXTON E. GARDNER.

Un cas de tétanos traité par des injections d'ésérine. (Soc. de méd. de Toulouse, 12 déc. 1904. Cf. *Languedoc méd.-chir.,* 25 fév. 1905.) — M. C. MOREL a eu l'occasion de traiter un cas de tétanos par des injections d'ésérine. Il s'agit d'un jeune homme de dix-neuf ans, maréchal-ferrant, qui fut atteint de tétanos trois jours après s'être fait une petite plaie au pied; le traitement par des injections sous-cutanées répétées de sérum antitétanique n'ayant pas donné de résultat appréciable, et l'état du malade continuant à s'aggraver, on eut recours, tout en continuant le sérum antitétanique, à des injections sous-cutanées de salicylate d'ésérine, à la dose d'un demi-milligramme, répétée au nombre de quatre, cinq et six dans les vingt-quatre heures. Il se produisit une amélioration progressive, et au bout de trois semaines la guérison était complète. Il semble donc que ce mode de traitement, peu employé cependant, mérite d'être utilisé, car en faisan céder les contractures il permet, peut-être, la guérison spontanée du tétanos subaigu.

Notons qu'il n'y a pas eu de phénomènes d'intoxication par l'ésérine, la dose limite qui est de 6 milligrammes n'ayant jamais été atteinte. L. GAYARD.

THERAPEUTIQUE

Action hémostatique de la stypticine dans la maladie de Werlhof. (J.-J. CHENDRIKOWSKY. *Journ. de méd. mil. russe,* juillet 1904.) — Il s'agit d'un homme de vingt-trois ans sans antécédents personnels, qui venait de résider pendant trois mois dans une localité palustre. Les lésions de la peau étaient très accusées, les épanchements sanguins sous-cutanés, très étendus, rappelaient les ecchymoses traumatiques et il y avait sur la muqueuse buccale des taches bleu foncé surélevées. La stypticine donnée 3 à 4 fois par jour, à la dose de 0,04 a amené au bout de trois jours la disparition complète des hémorragies.

La stypticine a donné aussi à l'auteur de bons résultats dans un cas d'hémoptysie profuse chez un tuberculeux.

EM. WASSERBERG.

LIVRES NOUVEAUX

Précis d'auscultation et de percussion du poumon et du cœur. Signes physiques (1), par J. VIRES et P. PAGÈS.

Les deux auteurs de cet ouvrage, l'un professeur agrégé, l'autre chef de clinique médicale à la Faculté de Montpellier, ont fait un coup de maître; tout ce qui peut s'enseigner théoriquement de l'auscultation et de la percussion, tout ce qui ne relève pas de l'indispensable éducation personnelle au lit du malade, ils l'ont rendu clair et facile. La seule erreur commise par eux est de croire que leur précis « restera voué à la clinique étroite et parfois hésitante des débutants », il servira au contraire à tous, parce que s'il n'enseigne que ce qui est acquis, il enseigne tout ce qui est acquis et qui a une valeur pratique. Comme le disent en effet fort bien les auteurs « on n'y trouvera pas de théories spéculatives mais des faits avec l'explication la plus simple et la mieux établie ». Pour notre part nous avons lu cet ouvrage avec autant de plaisir que de profit et nous sommes convaincus qu'il en sera de même pour tous ceux, étudiants et praticiens, qui l'auront entre les mains. A. GAULLIEUR L'HARDY.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Pour bien traiter la chloro-anémie il faut :

1° Donner un appétit presque immédiat en réveillant les fibres musculaires du tube digestif;

2° Eviter la constipation;

3° Donner un ferrugineux assimilable, qui devient très assimilable quand les deux premières conditions sont remplies.

Ces trois conditions sont réalisées par l'emploi simultané de l'artémisine, quassine cristallisée et protoxalate de fer (comme il est fait dans les dragées Briss). On arrive ainsi à vaincre la chloro-anémie si rebelle du troisième degré.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

(1) In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois . 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois . 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Des fibromes de l'ovaire, par M. P. PUECH.
FORMULAIRE
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de médecine.* — *Admissibilité.* — Lecture des copies d'anatomie pathologique :

Séance du 1er mars 1905 : MM. Ramond et Thiercelin, 10; Merklen, 9; Decloux, 8; Leven et Rosenthal, 7; L. Le Sourd, 6.

Séance du 2 mars : MM. Rist et Laignel-Lavastine, 10; Bigart et Coyon, 9; Sainton, 8; Hauser, 7; Deguy, 6.

Lecture des copies de symptomatologie : MM. Lortat-Jacob, E. Terrien, Milian, Weill et Jousset, 10; Laignel-Lavastine, Comte et Castaigne, 9; Bensaude, 8; Roux et Armand-Delille, 7; Clerc, 6.

Concours de l'Internat. — ORAL. — Séance du 1er mars 1905 : MM. Caraven, 17 + 21 = 38; — Fayolle, 15 + 24 = 39; — Parturier, 12 + 20 = 32; — Marsan, 8 + 18 = 26; — Bord, 16 + 22 = 38; — Broca, 15 + 20 = 35; — Hautefort, 15 + 23 = 38; — Lasnier, 14 + 21 = 35; — Dubosc, 8 + 18 = 26; — Cornélius, 14 + 20 = 34.

Question donnée : « Col de l'utérus en dehors de la grossesse. — Conduite à tenir dans l'avortement utérin. »

Séance du 3 mars : MM. Gomand, 8 + 19 = 27; — Hechmann, 13 + 19 = 32; — Monier-Vinard, 18 + 26 = 44; — Moyrand, 16 1/2 + 20 = 36 1/2; — Milhit, 15 + 28 = 43; — Mlle Cléret, 14 + 19 = 33; — MM. Bénard, 13 + 21 = 34; — Macé de Lépinay, 15 + 21 = 36; — Guérin, 14 + 20 = 34; — Bécus, 14 + 21 = 35.

Question donnée : « Cordon spermatique. — Ruptures traumatiques de l'urèthre chez l'homme. »

La prochaine séance aura lieu dimanche 5 mars, à huit heures un quart du matin, à la salle des concours de l'Administration.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — M. le médecin-major de première classe Lévrier est placé en activité hors cadre et affecté au service de l'assistance médicale indigène de l'Indo-Chine.

DEUXIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CLIMATOTHÉRAPIE ET D'HYGIÈNE URBAINE (Arcachon, 24-28 avril; Pau, 29 avril journée de clôture). — Fondé par le docteur Huchard en 1905, ce Congrès tiendra ses deuxièmes assises à *Arcachon-Pau* pendant la semaine de Pâques 1905 (24-29 avril).

Le Comité d'organisation siège à Arcachon ; c'est de là que partiront les excursions déjà prévues à travers la forêt qui fournit à Arcachon sa ceinture protectrice, sur la baie qui fait à cette station des conditions climatiques exceptionnelles, sur la côte océanienne où règne le climat atlantique dans toute son âpre splendeur.

Vendredi soir 28, départ pour Pau par train spécial; samedi 29, journée de travail à Pau, discussion des deux rapports spéciaux à cette station, lecture des dernières communications, séance solennelle de clôture, fêtes organisées par la municipalité paloise.

Dimanche 30 avril et lundi 1er mai, excursions à Biarritz, Hendaye (sanatorium), Fontarabie, puis retour facultatif par Bayonne et Cambo.

Réduction de 50 p. 100 consentie par toutes les Compagnies françaises de chemins de fer au profit des *membres titulaires* (cotisation 20 francs : médecins, hygiénistes, ingénieurs, chimistes, etc.) et de leurs femmes et enfants inscrits au titre de *membres associés* (cotisation : 10 francs).

Dernier délai d'inscription le *5 avril*. Passé cette date, le comité décline toute responsabilité relative soit à l'envoi en temps utile des bons de réduction sur les chemins de fer, soit à la désignation du logement.

Au fur et à mesure de leur inscription, les adhérents recevront tous les documents relatifs à l'organisation du Congrès; les rapports leur seront envoyés d'avance en vue d'en rendre plus féconde et plus intéressante la discussion.

Avant le 1er avril (*dernier délai*), les titres des communications devront être adressés au secrétaire général accompagnés d'un résumé succinct sous forme de conclusions.

Toute demande d'adhésion doit être adressée, avec la cotisation, au trésorier général, *docteur Déchamp*, villa Tibur, à Arcachon.

Pour toute autre correspondance, demande de renseignements, billets de chemins de fer, logement, communications, etc., s'adresser au secrétaire général, *docteur Festal*, villa David, Arcachon.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte, par H. Huchard, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Necker. 3e édit., revue, corrigée et très augmentée. T. III, 2e fasc. : « Maladies de l'endocarde. — Maladies valvulaires. — Affections congénitales. » 1 vol. in-8° de 600 p., avec 65 fig. dans le texte. — L'ouvrage est maintenant complet. Il comprend 3 volumes formant 2200 p. avec 268 fig. dans le texte et 4 pl. en coul., hors texte. — Prix : 36 francs. — Paris, O. Doin.

Traité des maladies de l'enfance (2e édit., t. V), par les docteurs Grancher et Comby. In-8° de 1244 p. — Prix : 24 francs. — Paris, Masson et Cie.

Technique chirurgicale, par A. Ricard, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, et P. Launay, chirurgien des hôpitaux de Paris. (Bibliot. de chir. contemp.) 2 vol. in-18 colomb., cart. toile, tête rouge, formant 1100 p. avec 1086 fig., dont 213 en coul., dans le texte. — Prix : 15 francs. — Paris, O. Doin.

Le béribéri, définition, étymologie, historique, bactériologie, symptomatologie, pathogénie, pathologie expérimentale, traitement, par le docteur H. Vivian Dangerfield. 1 vol. in-8°, avec 2 pl. et 19 fig. — Prix : 12 francs. — Paris, A. Maloine.

VIIIe session de l'Association française d'urologie (Paris, octobre 1904). Procès-verbaux, mémoires et discussions, publiés sous la direction du docteur Desnos, secrétaire général. 1 vol. in-8° de 850 p. avec 60 figures dans le texte. Prix : 11 francs. — Paris, O. Doin.

Les méthodes de rééducation en thérapeutique, rééducation psychique, motrice, sensorielle et organique, par le docteur Contet. 1 vol. in-18 jésus. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

Leçons pratiques de dissections à l'usage des étudiants en médecine, par le docteur Félix Baudouin, chef de clinique médicale à l'École de médecine de Tours; préface du professeur P. Poirier. 1 vol. in-8°, avec 19 photograph. et schémas correspondants. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Maloine.

REVUE GÉNÉRALE

DES FIBROMES DE L'OVAIRE

Par le docteur P. PUECH,
Professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.

I

Historique. — Jusqu'à une époque peu éloignée de nous, l'histoire des tumeurs fibreuses de l'ovaire se réduisait à quelques observations éparses dans la littérature médicale. Morgagni signale bien les tumeurs solides de l'ovaire, mais ne fait pas spécialement mention des fibromes.

L'observation rapportée en 1823 à l'Académie de médecine par Caillot (de Mulhausen) constitue le fait le plus ancien : elle a trait à une tumeur volumineuse siégeant sur l'ovaire droit, constituée par « une substance homogène formée de fibres très denses ». L'imprécision des détails anatomiques laisse subsister quelques doutes quant à la nature et à l'origine de la tumeur.

Le même reproche peut s'adresser aux observations, peu nombreuses d'ailleurs, qui ont été publiées en premier lieu : entre une tumeur fibreuse de l'ovaire et certaines tumeurs de même nature venues de l'utérus, la distinction n'est point toujours aisée; et il faut un examen approfondi pour entraîner la conviction : Kœberlé (1) déclare ne point croire aux fibromyomes de l'ovaire; et jusqu'en 1872 Spencer Wells soutient la même opinion.

Grâce aux progrès de la chirurgie, les opérations abdominales deviennent de plus en plus nombreuses, et partant, plus nombreuses aussi sont les occasions d'examiner avec soin les tumeurs tirées des profondeurs du ventre. Spencer Wells modifie son opinion première, après qu'il a pu, au cours d'une longue série de laparotomies, constater par trois fois de véritables tumeurs fibreuses de l'ovaire. En 1874, Léopold dans un travail sur les tumeurs solides de l'ovaire (2), relate 19 cas de fibromes. L'année suivante, Ziembicki (3) rapporte dans sa thèse 38 cas de tumeurs solides de l'ovaire, parmi lesquelles 6 étaient de nature fibreuse.

Dès lors les fibromyomes de l'ovaire sont mentionnés et décrits dans les traités de gynécologie, et des travaux leur sont spécialement consacrés. Parmi ces derniers nous citerons les thèses de Castelnau (4), de Lallemand (5), celle de Bourgoin (6), sur les « tumeurs de l'ovaire à évolution lente ». Dans son important travail sur les tumeurs solides de l'ovaire, publié dans la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale* (7), Dartigues a consacré aux tumeurs fibreuses de longs développements.

(1) Kœberlé. *Dict. de Jaccoud*, art. Ovaire.
(2) Léopold. Die soliden Eierstocksgeschwulste, *Arch. f. Gyn.*, VI, 2, p. 189.
(3) Ziembicki. Th. de Paris, 1875.
(4) Castelnau. Th. de Montpellier, 1890.
(5) Lallemand. Th. de Paris, 1895-96, n° 285.
(6) Bourgoin. Th. de Paris, 1894.
(7) Dartigues. *Revue de gynécol. et de chir. abdom.*, 1899, p. 601, 793, 1013.

II

Fréquence et étiologie. — Les fibromes de l'ovaire seraient de toutes les tumeurs solides de l'ovaire celles qui se rencontrent le plus rarement. D'après Castelnau, sur 100 tumeurs solides, on trouve 25 fibromes, soit le quart.

Considérés par rapport aux diverses tumeurs pelviennes de la femme nécessitant l'intervention chirurgicale, les fibromes de l'ovaire apparaissent plus rares encore. Sur 1 000 laparotomies, Spencer Wells (1) compte seulement 3 fibromes ovariques; Kelly, cité par Boyster (2), 4 cas sur 1 200 laparatomies; et Hunner (3), sur un total de 9 400 opérations gynécologiques, n'en relève que 9 cas. Relativement à ces diverses statistiques, il est bon de remarquer que les fibromes de l'ovaire peuvent assez souvent rester méconnus : la limite histologique entre les sarcomes et les fibromes n'étant pas toujours facile à établir, nombre de tumeurs déclarées autrefois « sarcomes » par le microscope auraient dû, ainsi que le fait remarquer Grimsdale (4), être rangées parmi les fibromes.

L'*étiologie* des fibromes de l'ovaire est des plus obscures.

Les traumatismes (coups, chutes sur le ventre), la congestion de l'ovaire, les états pathologiques antérieurs de l'ovaire, signalés dans quelques observations, méritent à peine une mention.

Pour ce qui est de l'âge, on s'accorde à reconnaître que c'est pendant la période d'activité génitale que se développent le plus souvent les fibromes de l'ovaire. Ce serait aussi chez des femmes jeunes, que, d'après certains auteurs, on les rencontrerait de préférence. Sur 59 cas, où il est fait mention de l'âge des malades, nous comptons :

Au-dessous de 20 ans...	4 cas.
De 20 à 30 ans.........	12 —
De 30 à 40 ans.........	15 —
De 40 à 50 ans.........	17 —
De 50 à 55 ans.........	4 —
Au-dessus de 55 ans...	7 —

Les fibromes de l'ovaire peuvent se rencontrer chez l'enfant, avant l'instauration menstruelle, comme à un âge avancé postérieurement à la ménopause. Bianchi, cité par Aldibert (5), a rapporté l'observation d'une fillette opérée à l'âge de huit ans pour une tumeur fibreuse de l'ovaire dont l'examen histologique fut pratiqué au laboratoire de M. Cornil.

A l'opposé, on peut citer le cas de Lendet (6) relatif à une femme de soixante-treize ans; celui de Terrier (7), concernant une femme de soixante-dix-sept ans, qui avait cessé d'être réglée depuis l'âge de quarante-huit ans. Jacobs (8) a opéré une femme de

(1) Spencer Wells. *Des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus*, Trad. P. Rodet, 1883.
(2) Boyster. *New-York med. Journ.*, 3 janv. 1902.
(3) Hunner. *Johns Hopkins' hosp. Bullet.*, vol. XIII, n° 139, et *C. f. gyn.*, 1903, p. 590.
(4) Grimsdale. *Brit. med. Journ.*, 28 nov. 1896.
(5) Aldibert. De l'ovariotomie chez l'enfant, *Ann. de gynécol.*, t. XXXIX, 1893, p. 204.
(6) Lendet. *Bull. de la Soc. anat.*, 1851.
(7) Terrier. *Progrès méd.*, 1888.
(8) Jacobs. *Bull. de la Soc. belge de gynécol.*, 1900-1901.

soixante ans, chez laquelle la ménopause s'était établie sans incident vingt ans auparavant. Ces faits de développement tardif d'un fibrome postérieurement à la ménopause sont intéressants; nous aurons d'ailleurs à y revenir.

Les grossesses et les accouchements antérieurs paraissent jouer un rôle absolument nul : à s'en rapporter à nos relevés, femmes stériles et femmes fécondes ne seraient pas plus les unes que les autres à l'abri des tumeurs fibreuses de l'ovaire. Sur un total de 32 observations nous renseignant à ce point de vue, nous comptons, en effet, 14 nullipares, parmi lesquelles 6 femmes vierges et 18 femmes ayant eu une ou plusieurs grossesses.

III

Anatomie pathologique. — 1° Caractères macroscopiques. — Les fibromes de l'ovaire ont leur *siège* tantôt sur l'ovaire droit, tantôt sur l'ovaire gauche; un peu plus fréquemment toutefois à droite qu'à gauche.

Presque toujours il n'y a qu'un seul ovaire intéressé. L'*unilatéralité* ne constitue pas, en effet, contrairement à l'opinion soutenue par Picqué (1), un caractère constant : dans un cas de Terrier, après avoir enlevé un fibrome volumineux de l'ovaire droit, il fallut procéder à l'ablation de l'ovaire gauche, lequel avait le volume d'un œuf de poule, et était « absolument fibreux et dur ». De même, dans un cas de C. Warrens (2), les deux ovaires étaient le siège d'un fibrome. Une observation analogue a été présentée à la Société anatomique par Chaput et Morély (3). Gemell (4) a publié un cas de fibrome kystique de l'ovaire droit, dans lequel il existait en même temps une tumeur plus petite de l'ovaire gauche.

Comme pour les autres tumeurs de l'ovaire, la *situation* du fibrome dans l'enceinte pelvi-abdominale dépend beaucoup de son volume. Quand la tumeur est peu considérable, on la trouve dans l'excavation pelvienne, à côté de l'utérus, ou même prolabée en arrière de cet organe, dans le cul-de-sac de Douglas. Quand, au contraire, la tumeur a acquis un certain développement, elle s'élève dans la cavité abdominale et se rapproche de la ligne médiane, en même temps qu'elle jouit d'une plus grande mobilité; dans quelques cas de fibrome abdominal on peut voir la tumeur se prolonger par un de ses lobes jusque dans le Douglas, ce qui en rend l'extirpation plus difficile.

La *surface extérieure* du fibrome est assez rarement absolument lisse et unie; d'ordinaire elle présente des bosselures irrégulières séparées par des sillons de profondeur variable. On y peut voir parfois des vaisseaux sanguins plus ou moins volumineux : c'étaient de très fines veinosités dans le cas de L. Rocher (5); des lacs vasculaires occupant surtout les sillons profonds dans un cas de Duret rapporté par Ledoux (1).

La *coloration*, blanchâtre ou grisâtre à l'ordinaire, est notée blanc jaunâtre, blanc rosé dans quelques observations. Elle était « chair de saumon » dans un cas de Terrier, présenté par Hartmann à la Société anatomique (2). La tumeur n'a d'ailleurs pas toujours une coloration uniforme : à côté de surfaces colorées en blanc, il en est d'autres qui offrent une teinte jaune ou rouge plus ou moins foncée.

Les conditions vasculaires du fibrome, sa dégénérescence graisseuse en certains points, l'infiltration sanguine expliquent ces différences de coloration, qui se montrent aussi sur une coupe de la tumeur.

En général, les fibromes ont une *forme* assez régulièrement arrondie, sphéroïdale; ou bien encore rappellent, par leur configuration, la configuration d'un ovaire agrandi dans tous ses diamètres. Dans un cas de Nicaise, cité par Ziembicki, la tumeur était ovoïde; Rendu (3) compare sa forme à celle d'une poire; Ledoux, à celle d'un énorme haricot.

Très variable en est le *volume*. Certains fibromes atteignent à peine les dimensions d'une noisette ou d'une noix : il en serait ainsi notamment pour les fibromes décrits par Rokitansky (4) qui se développent aux dépens des corps jaunes. Par opposition, nous devons citer le cas recueilli par Spiegelberg (5), dans lequel la tumeur mesurait 51 centimètres en longueur, 46 en largeur, 23 en épaisseur et pesait 30 kilogrammes.

Entre ces cas extrêmes, on peut rencontrer tous les intermédiaires. Néanmoins, dans la plupart des observations, le volume de la tumeur est comparé à celui du poing (Alexandrow, Keitler), d'une orange (Boyster), d'une poire (Rendu), d'un gros rein (Hartmann), d'une tête d'enfant de naissance (Puech), d'une tête d'enfant (Nicaise), d'une tête d'adulte (Terrier, Dubar).

La *consistance* de la tumeur est dure, « d'une dureté fibreuse »; le tissu dense et compact est résistant à la coupe et crie sous le bistouri. Lorsque la tumeur est creusée de cavités kystiques, sa consistance est moins ferme, moins homogène; et l'on peut en certains points sentir comme une sorte de fluctuation. Par contre, lorsqu'elle a subi la transformation osseuse ou calcaire, la tumeur devient extrêmement dure : dans un cas de Pokrovsky (6) relatif à un fibrome calcifié, la tumeur avait la consistance de la pierre.

Les fibromes de l'ovaire sont d'ordinaire très nettement pédiculés. Leur *pédicule* est en général mince et long, d'où la grande mobilité de ces tumeurs. Mais il n'en va pas toujours ainsi : témoin le cas de Duret, relaté par Ledoux (7), dans lequel on note qu'un pédicule lamelleux de la largeur de la main reliait la tumeur à la corne gauche; témoins les cas

(1) Picqué. Des tumeurs solides de l'ovaire, *Semaine gynécol.*, 1896, p. 124.
(2) Warrens. *Boston med. Journ.*, 1893.
(3) Morély. *Bull. de la Soc. anat.*, 4 nov. 1898.
(4) Gemell. Soc. de gynécol. et d'obst. du nord de l'Angleterre, 18 avril 1902.
(5) Rocher. *Revue de gynécol., d'obstét. et de pédiat. de Bordeaux*, 1900.

(1) Ledoux. *Journ. des connaiss. méd.*, 1900, n° 40.
(2) Hartmann. *Bullet. de la Soc. anat.*, 1884.
(3) Rendu. *Lyon méd.*, 1886.
(4) Rokitansky. *Lehr. der pathol. Anat.*, 3e édit., t. III, p. 423.
(5) Spiegelberg. *Monats. f. Geb.*, XXVIII, 1866, p. 415.
(6) Pokrovsky. *Khirurghi* (russe). Analysé in *La Gynécol.*, 15 juin 1900, p. 255.
(7) Ledoux. *Journ. des connaiss. méd.*, 1900, n° 40.

de Delagrange (1) et de Dubar (2), dans lesquels le pédicule était épais et charnu.

Comme le pédicule des autres tumeurs de l'ovaire, le pédicule des fibromes ovariques est susceptible de se tordre sur son axe. Delagrange, Dubar, Rouffart (3), Duroux (4), Hunner (5), Keitler (6) ont rapporté des exemples de cette torsion du pédicule : dans le cas de Hunner il y avait deux tours et demi; les veines présentaient une dilatation très considérable. Dans celui de Rouffart, la trompe était venue s'enrouler autour du pédicule ovarien tordu. Keitler note en outre une torsion de l'utérus. — D'après Dartigues, à l'inverse de ce qui a lieu le plus habituellement, la torsion se produirait surtout avec un pédicule large et charnu : du moins, Delagrange et Dubar mentionnent cette manière d'être du pédicule tordu.

Les *connexions* des fibromes de l'ovaire avec les organes voisins méritent d'être étudiées avec soin.

Comme Léopold l'a bien montré, la trompe et son pavillon restent complètement indépendants de la tumeur, au lieu de se solidariser avec elle, comme cela a lieu pour les kystes de l'ovaire.

Plus marquée encore est l'indépendance de la tumeur d'avec l'utérus, qu'elle repousse le plus souvent en avant.

Dans quelques cas, le fibrome de l'ovaire dédouble le ligament large et s'y enclave en totalité ou en partie [Puech (7), Lefort (8)]. La distinction entre un fibrome de l'ovaire et un fibrome intra-ligamentaire provenant de l'utérus peut alors offrir de grandes difficultés.

Sans être très fréquentes, les adhérences ne sont point rares. C'est avec l'épiploon qu'on les rencontre surtout (Fioupe, Dagros, Terrier, Lauwers, Hartmann, Castelnau, Hunner). Mais on les a notées aussi avec l'intestin grêle (Terrier, Dubar), le côlon transverse (Fioupe), l'S iliaque (Dubar, Graham), la vessie (Hartmann), l'appendice (Rocher), la paroi abdominale (Fioupe), le petit bassin (Spiegelberg). Les adhérences sont généralement peu résistantes : du moins, la plupart des observations d'ovariotomies pour fibromes que nous avons recueillies ne mentionnent pas de difficultés spéciales apportées à l'opération par les adhérences. Dans le cas de W. Graham (9), cependant, on éprouva de grandes peines à séparer la tumeur d'avec l'intestin qui se déchira au cours des manœuvres.

La fréquence de l'*ascite* a été diversement appréciée. C'est ainsi que pour certains l'ascite constitue un phénomène constant (Castelnau), ou, tout au moins, si commun, qu'elle doit être regardée plutôt comme un symptôme que comme une complication des fibromes de l'ovaire (Bouilly, Pozzi). Par contre, Cornil (1), Picqué (2), Labadie-Lagrave et Legueu insistent sur la rareté de l'ascite qu'ils opposent à sa grande fréquence au cas de sarcomes et de fibrosarcomes. A s'en référer à nos observations, il nous faut admettre qu'assez fréquemment les fibromes de l'ovaire donnent lieu à la formation de liquide dans le péritoine, malgré qu'il s'agisse de fibromes purs. Au reste, nous savons aujourd'hui que l'ascite n'indique pas nécessairement la malignité des tumeurs pelvi-abdominales. De l'examen de 84 observations, R. Peterson, cité par W. Graham, conclut à la présence de l'ascite dans 40 p. 100 des cas de fibromes de l'ovaire.

Cette ascite est le plus souvent constituée par un liquide albumineux, limpide, assez coloré; on y rencontre parfois les éléments du sang en proportion plus ou moins considérable.

Sa quantité, variable, est dans quelques cas très abondante : 10 litres (Begouin), 14 litres (Castelnau), 15 litres (Hartmann), 30 litres [Postemski (3)].

Relativement à son mode de production, on l'a attribuée à une péritonite chronique, à une gêne dans la circulation, ou à une compression des veines. Sans éliminer absolument cette pathogénie, applicable à quelques cas, il paraît plus rationnel de considérer l'ascite comme le résultat de la réaction du péritoine, irrité par la présence de la tumeur ovarienne.

Pratique-t-on une *coupe* de la tumeur? celle-ci apparaît formée par des faisceaux conjonctifs qui sont disposés irrégulièrement, sans ordre, au lieu d'affecter la disposition concentrique, telle qu'on l'observe pour les fibromyomes de l'utérus. Ajoutons toutefois que ce caractère n'est pas constant : Veyssière, Bagot, cités par Dartigues (4), ont observé la disposition fibrillaire en tourbillon.

Les tumeurs fibreuses de l'ovaire présentent souvent à la coupe de petits kystes, plus ou moins nombreux, pouvant atteindre jusqu'aux dimensions d'une grosse noix, et renfermant, suivant les cas, un liquide clair et transparent, ou louche et sanguinolent. Pour M. Cornil, ces cavités kystiques seraient dues à une hypertrophie folliculaire, à l'agrandissement des kystes normaux (ovisacs) que contient normalement l'ovaire. Léopold attribue leur formation à l'ectasie des espaces lymphatiques. On peut encore invoquer la dégénérescence, le ramollissement de la tumeur dans les points où elle est insuffisamment nourrie (Dartigues, Labadie-Lagrave et Legueu); par ce mécanisme de la dégénérescence ischémique agirait la torsion du pédicule pour amener la formation des cavités kystiques (Dubar).

A l'inverse de ce qui a lieu pour les fibromes utérins, les fibromes de l'ovaire ne sont pas entourés d'une capsule isolante.

2° Caractères microscopiques. — Les opinions les plus diverses ont été émises sur la composition histologique des tumeurs fibreuses de l'ovaire.

(1) Delagrange. Soc. des sc. méd. de Lille, 1893, p. 321.
(2) Dubar. *Bull. méd. du Nord*, 1893.
(3) Rouffart. *Bull. de la Soc. belge d'obstétr. et de gynécol.*, 1900, n° 2.
(4) Duroux. *Lyon méd.*, 9 nov. 1902.
(5) Hunner. *Centralbl. f. Gynæk.*, 1903, n° 19, p. 590.
(6) Keitler. *Centralbl. f. Gynæk.*, 1903, p. 463.
(7) Puech. In Th. de Castelnau (Obs. II).
(8) Lefort. *Journ. des sc. méd. de Lille*, janv. 1904.
(9) W. Graham. *Ann. of Surg.*, 1903.

(1) Cornil. Leçons sur les tumeurs solides de l'ovaire, *Journ. des connaiss. méd.*, 1893.
(2) Picqué. *Semaine gynécol.*, 1896, p. 129.
(3) Postemski. *Riforma med.*, 1894, t. X.
(4) Dartigues. *Revue de gynécol. et de chir. abdom.*, 1899, p. 612.

C'est ainsi que pour certains (Spiegelberg, Léopold, Smith Greiggs) il n'existerait pas de fibromes purs, c'est-à-dire exclusivement formés de tissu conjonctif. Pour d'autres, au contraire (Winckel, Waldeyer, Spencer Wells), on ne rencontrerait jamais dans les tumeurs de fibres musculaires. Aucune de ces opinions ne répond à la réalité des faits.

Dans la très grande majorité des cas, les tumeurs fibreuses de l'ovaire sont des fibromyomes, dans la composition desquels entrent des éléments conjonctifs et des éléments musculaires, l'un ou l'autre de ces éléments prédominant suivant les cas. D'autre part, il n'est pas douteux que le fibrome puisse exister à l'état de pureté : Gripat (1), Veyssière (2), Dubar (3), Picqué (4), Ledoux (5), Lauwers (6), Jacobs (7), Duroux (8) en ont rapporté des exemples incontestables; dans un cas que nous avons communiqué à Castelnau pour sa thèse (9), l'examen microscopique pratiqué par le professeur Kiener a montré l'absence complète de fibres musculaires.

Ainsi le fibromyome et le fibrome pur se rencontrent au niveau de l'ovaire. En est-il de même pour le myome pur? Jusqu'ici son existence ne serait établie que par un cas unique dû à Sangalli (10).

Nous n'entrerons pas dans le détail de la structure histologique des fibromes de l'ovaire : elle est la même que celle des fibromes en général, et en particulier des tumeurs fibreuses développées dans l'utérus. Le microscope y décèle des vaisseaux capillaires sans parois propres, revêtus seulement d'une couche endothéliale, et d'autres vaisseaux plus volumineux pourvus des trois tuniques. En certains cas, les vaisseaux acquièrent un développement très considérable, augmentent de volume, se fusionnent, si bien que la tumeur se trouve transformée en une sorte d'éponge vasculaire, rappelant la disposition des angiomes caverneux : on a ainsi le « fibrome télangiectasique ou caverneux » de Spiegelberg. Pour Pozzi, ces tumeurs très vasculaires offriraient souvent un mélange de tissu sarcomateux.

La présence d'un nombre assez considérable de fibres nerveuses les unes à myéline, les autres pâles, a été constatée par Ranvier dans un cas rapporté par Veyssière, à la Société anatomique (11).

3° Transformations et complications. — Les fibromes de l'ovaire peuvent subir, du moins en partie, la *dégénérescence graisseuse*. Dans l'observation I de la thèse de Castelnau, l'examen fait par le professeur Kiener montra qu'en plusieurs points le tissu des nodosités fibromateuses était envahi par la graisse; il en était de même dans un cas de Terrier (12).

La *transformation calcaire* a été observée par Wells (1), John Williams (2), Kiener (3), Briggs (4), Pokrovsky (5), Glockner (6), Polano (7). Dans le cas de J. Williams, la calcification n'était que partielle et occupait le centre du fibrome; dans celui de Pokrovsky, elle était complète; et il fallut un examen microscopique très minutieux pour retrouver des parcelles du tissu ovarien non calcifié.

Löbl, Waldeyer, Kleinwächter, cités par Olshausen (8), ont rapporté des cas d'*ossification* des fibromes de l'ovaire.

Les fibromes de l'ovaire peuvent subir également la *dégénérescence sarcomateuse*. Cette transformation du fibrome en sarcome est loin même d'être rare; et nous avons pu en recueillir un assez grand nombre d'exemples. La substitution aux éléments du fibrome du tissu sarcomateux peut s'opérer alors que le fibrome existe déjà depuis un assez long temps, et après que la ménopause s'est établie : Alexandrow (9) a publié récemment un cas de dégénérescence sarcomateuse d'un fibrome ovarien, survenue chez une femme, dont la tumeur avait été reconnue dix ans auparavant, à l'époque de la ménopause.

Dans un cas de Demons, rapporté par L. Roche (10), l'examen microscopique pratiqué par Sabrazès démontra l'existence dans la tumeur, qui était un fibrome presque pur, de quelques éléments *myxomateux*. L'association du myxome au fibrome est signalée par Martin (11).

La *suppuration* des fibromes de l'ovaire a été observée par Kiwisch et S. Lee (12). Rokitansky, cité par Segond (13), l'a vue se produire dans un fibrome gros comme un œuf d'oie consécutivement à l'accouchement.

Comme autres complications possibles des fibromes de l'ovaire, nous nous contenterons de mentionner : l'élongation de la trompe (Fioupe), l'hydrosalpinx (Rocher), l'hématosalpinx (Terrillon), le pyosalpinx (Veyssière), l'existence d'un kyste dermoïde sur l'autre ovaire (Duroux), l'allongement hypertrophique du col (Spiegelberg), le prolapsus de l'utérus (Homans, L. Rocher, Quénu), la fibromatose utérine.

IV

Pathogénie. — Le mode de développement des fibromes de l'ovaire constitue un des points les plus obscurs de leur histoire.

Nous avons déjà, au début de cette étude, signalé l'opinion de certains gynécologistes qui n'admettent

(1) Gripat. *Bull. de la Soc. anat.*, 1870.
(2) Veyssière. *Bull. de la Soc. anat.*, 1872, p. 624.
(3) Dubar. *Bull. méd. du Nord*, 1893, p. 7.
(4) Picqué. In Th. de Bourgoin, Paris 1894 (Obs. XII).
(5) Ledoux. *Journ des connaiss. méd.*, 1900.
(6) Lauwers. *Soc. belge d'obstétr. et de gynécol.*, 1900.
(7) Jacobs. *Soc. belge d'obstétr. et de gynécol.*, 1901-1902, n° 3.
(8) Duroux. *Lyon méd.*, 9 nov. 1902.
(9) Puech. In Th. de Castelnau, Montpellier, 1890 (Obs. II).
(10) Sangalli. *Storia dei tumori*, t. II, p. 220.
(11) Veyssière. *Bull. de la Soc. anat.*
(12) Terrier. *Progrès méd.*, 1888.

(1) Wells. *Pathol. Transact.*, vol. X.
(2) J. Williams. Soc. obstét. de Londres, *Ann. de gynécol.*, mai 1883.
(3) Kiener. Th. de Castelnau (Obs. I).
(4) Briggs. *Brit. med. Journ.*, 28 nov. 1896.
(5) Pokrovsky. *Khirurghi* (russe) et *La Gynécol.*, juin 1900, p. 255.
(6) Glockner. *Centralbl. f. Gynæk.*, 1904, p. 701.
(7) Polano. *Centralbl. f. Gynæk.*, 1904, p. 1268.
(8) Olshausen. *Krankeiten der Ovarien*, 1877, p. 417.
(9) Alexandrow. *C. r. de la Soc. d'obstét. et de gynécol. de Moscou*, 1903.
(10) Roche. *Revue mens. de gynécol., obstét. et pédiat. de Bordeaux*, 1900.
(11) Martin. *Traité clinique des maladies des femmes* (trad. française, p. 590).
(12) S. Lee. *Amer. Journ. of obst.*, vol. VI, p. 261.
(13) Segond. *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, t. VIII, p. 616.

point l'origine ovarienne de ces tumeurs ; pour eux, les fibromes ovariens ne seraient que des fibromes utérins migrateurs, lesquels en se développant arriveraient à englober l'ovaire. Personne aujourd'hui ne défend cette opinion, qui n'a plus qu'un intérêt historique.

Mais, l'origine ovarienne admise, on s'est demandé dans quelle région de la glande la tumeur prenait naissance.

Pour Rokitansky, les fibromes de l'ovaire se développeraient aux dépens des corps jaunes. Cette pathogénie ne convient qu'à quelques cas. Dans cette variété de fibromes, qui, d'après Klob (1), peuvent atteindre un volume assez considérable, l'examen des coupes permettrait de reconnaître à la surface la coque dentelée du corps jaune, tandis que dans la masse centrale fibreuse on trouve une cavité renfermant un pigment brunâtre, riche en fer, et de la cholestérine (Klob).

Patenko (2) fait dériver les tumeurs fibreuses de l'ovaire d'une sclérose partielle de l'endothélium folliculaire; l'existence ou la non-existence d'une cavité au centre du fibrome dépend de la présence d'une hémorragie à la suite de la rupture du corps jaune. Pour Patenko, les vrais fibromes de l'ovaire n'auraient que de petites dimensions, celles d'un œuf d'oie au grand maximum; les tumeurs de gros volume prendraient naissance en dehors de l'ovaire.

Herbert Spencer (3) place le point de départ des fibromes de l'ovaire dans la tunique fibreuse du follicule de de Graaf.

J. S. Fairbank (4) admet que certaines de ces tumeurs se développent dans la tunique albuginée.

Pour la plupart des auteurs, c'est dans le stroma de l'ovaire que les fibromes prendraient naissance : ils s'y forment aux dépens des éléments de ce stroma, atrophiant progressivement les éléments de l'ovaire, qui se trouve finalement remplacé tout entier par la néoformation. Il s'agirait, en somme, suivant la remarque de Pozzi, d'une dégénérescence fibreuse totale de l'ovaire, qui est assez uniformément hypertrophié pour que sa forme et ses rapports ne soient pas dénaturés. — La transformation fibro-myomateuse de l'ovaire n'est point cependant totale dans tous les cas, une portion plus ou moins considérable de la glande pouvant être respectée par le néoplasme. Munde (5) a rapporté un cas où le fibrome s'était développé aux dépens d'un seul point de l'ovaire et était en solide connexion avec l'écorce de cet organe. Tout récemment, Rouffart (6) et Lauwers (7) ont relaté deux observations qui constituent des exemples de cette localisation du fibrome à une portion de l'ovaire : dans l'un et l'autre cas, la tumeur occupait l'un des pôles de la glande, alors que le reste de l'organe conservait sa forme ordinaire. Ces deux observations viendraient à l'appui de l'opinion émise par Virchow, pour qui les extrémités latérales de l'ovaire seraient presque toujours le point de départ des fibromes.

(1) Klob. *Path. anat. der Weibl. Sexualorgane*, 4e édit. t. II, p. 127.
(2) Patenko. *Arch. f. path. Anat.*, Bd. LXXXIV, p. 193.
(3) H. Spencer. Obst. Soc. of London, 7 mai 1902.
(4) Fairbank. Obst. Soc. of London, 7 mai 1902.
(5) Munde. *Amer. obst. Journ.*, New-York 1889.
(6) Rouffart. *Bull. de la Soc. belge de gynécol. et d'obstét.*, 1900, n° 2.
(7) Lauwers. *Bull. de la Soc. belge de gynécol. et d'obstét.*, 1900.

V

Symptomatologie. — Au début de leur évolution, dans la très grande majorité des cas, les fibromes de l'ovaire présentent une période pendant laquelle la symptomatologie est nulle ou à peu près. Ce n'est qu'après avoir acquis un certain développement, que la tumeur traduit sa présence par une série de symptômes, variables d'ailleurs suivant les cas, que l'on peut diviser en : symptômes *fonctionnels* et symptômes *physiques*.

1° Symptômes fonctionnels. — Les symptômes fonctionnels consistent surtout dans des troubles de la menstruation et des douleurs. Dans certains cas, il s'y ajoute des phénomènes dus aux compressions vasculaires et viscérales. Enfin on peut aussi observer des troubles de l'état général.

Ce sont là, en somme, les symptômes fonctionnels habituellement rencontrés dans toutes les tumeurs de l'ovaire. Voyons, en ce qui concerne les fibromes, ce que nous apprend leur étude détaillée.

Les *troubles menstruels* peuvent faire complètement défaut : dans un tiers des cas environ, d'après Dartigues, les fibromes de l'ovaire ne déterminent pas de perturbation bien marquée dans la fonction cataméniale. Lorsqu'ils existent, les troubles de la menstruation se manifestent soit par des hémorragies, soit par la suppression des règles.

Les pertes sanguines affectent plus souvent le caractère de métrorragies que celui de simples ménorragies. Picqué, Bourgoin tendent à penser que les hémorragies doivent, dans bien des cas, être attribuées moins au fibrome lui-même qu'à un état pathologique concomitant de la muqueuse utérine. Sans nier complètement la coïncidence d'un fibrome de l'ovaire et d'une endométrite, Dartigues croit que le fibrome suffit, à lui tout seul, à produire l'hémorragie.

Il en serait de même pour l'aménorrhée qui assez souvent accompagne les tumeurs fibreuses de l'ovaire. La suppression des règles est, en effet, survenue dans la plupart des cas, alors que pour l'expliquer on ne pouvait invoquer l'âge de la malade ou une lésion de l'appareil utéro-ovarien : chez une jeune fille, vierge, de dix-sept ans, dont nous avons recueilli l'observation dans le service du professeur Tédenat (1), la menstruation, d'abord normale pendant un an, avait été au cours des trois dernières années complètement suspendue; la malade n'avait jamais eu de pertes blanches, et à l'opération nous pûmes nous rendre compte de la parfaite intégrité de l'utérus et de l'ovaire gauche.

Fait à noter, les troubles de la fonction cataméniale, tout comme l'absence d'accidents menstruels, ne paraissent point en rapport avec le volume de la tumeur : ménorragies ou métrorragies, aménorrhée, mens-

(1) Obs. II de la thèse de Castelnau, Montpellier 1890.

truation normale ont été, en effet, observées aussi bien avec un fibrome volumineux qu'avec un fibrome de petite ou de moyenne dimensions. On conçoit néanmoins qu'avec une grosse tumeur les accidents hémorragiques aient plus de chances de se rencontrer : la tumeur, en pesant sur certains gros vaisseaux, occasionne plus facilement des phénomènes de compression empêchant la circulation veineuse de retour, d'où congestion passive de l'utérus et hyperhémie de sa muqueuse (Dartigues).

Comme les troubles menstruels, la *douleur* peut manquer pendant toute l'évolution du fibrome, ou ne se montrer que longtemps après que la tumeur a été reconnue. L'absence de douleurs est nettement spécifiée dans les observations de Picqué (1), de Pascal et Pilliet (2). Chez la malade dont nous avons communiqué l'observation à Castelnau, les premiers phénomènes douloureux apparurent seulement quatre mois avant l'intervention, alors que depuis trois ans on avait diagnostiqué l'existence d'une tumeur abdominale.

Dans d'autres cas, au contraire, la douleur constitue le symptôme qui attire le premier l'attention. Elle peut, après une durée plus ou moins longue, s'atténuer et disparaître (Picqué, Delagrange); ou bien persister, soit comme symptôme unique, soit concurremment avec d'autres symptômes, pendant toute l'évolution de la tumeur (Segond, Millot-Carpentier, Veyssière).

Les caractères de la douleur sont extrêmement variables. Dans la plupart des cas, les douleurs sont vagues, sourdes, consistent en une simple gêne, en une sensation de tiraillement ou de pesanteur dans le bas-ventre; mais elles peuvent aussi revêtir une très grande acuité, être excessives (Segond), lancinantes (Peraire), atroces (Millot-Carpentier), intolérables (Lauwers).

Constantes avec des exacerbations dans quelques cas, les douleurs sont, d'autres fois, fugaces, intermittentes et se produisent sous forme de véritables crises de durée plus ou moins longue : une malade de Picqué fut prise subitement de coliques comme pour accoucher qui persistèrent pendant dix jours. Poussées douloureuses et exacerbations sont souvent en rapport avec la menstruation (Dagros), une fatigue (Chaput et Morelly), des efforts (L. Rocher), un déplacement de la femme déterminant la mobilisation de la tumeur (Pokrovsky).

Le siège principal des douleurs correspond d'ordinaire au siège du néoplasme : dans le cas de Chaput et Morelly, où le fibrome était bilatéral, la douleur était aussi bilatérale. C'est pourquoi on la trouve surtout au niveau de la fosse iliaque, du côté correspondant à l'ovaire intéressé, ou encore dans l'hypogastre. Mais elle peut s'étendre à tout l'abdomen et irradier dans les lombes, le périnée, les membres inférieurs.

La douleur qui accompagne les fibromes ovariens paraît tenir à des causes multiples : la compression des nerfs, la coexistence de lésions annexielles ou utérines, la présence d'adhérences, des tiraillements exercés par une tumeur lourde et très mobile sur le grand épiploon, et par son intermédiaire sur les viscères épigastriques, l'enclavement du fibrome dans le petit bassin, une poussée de pelvi-péritonite, la torsion du pédicule peuvent être invoqués suivant les cas. En dehors de ces circonstances, le développement de la tumeur serait, d'après Dartigues, capable à lui seul de déterminer la douleur.

(1) Picqué. *Semaine gynécol.*, 1896 (Obs. I).
(2) Pascal et Pilliet. *Bull. de la Soc. anat.*, 1898, nº 6.

La *compression des vaisseaux* se traduit par l'œdème des membres inférieurs, l'œdème des parois abdominales, l'apparition de veinosités sur ces parois. La coexistence de ces troubles de la circulation avec une ascite plus ou moins considérable est notée dans toutes les observations.

On les observe notamment dans ces cas — dont nous parlerons plus loin — où le fibrome de l'ovaire revêt une allure clinique maligne. Nous verrons alors qu'il n'y a pas nécessairement une relation entre le volume de la tumeur et les troubles circulatoires.

Les *compressions viscérales* sont signalées du côté de l'intestin et du rectum, du côté de la vessie.

Du côté de l'intestin et du rectum, la compression se manifeste surtout par une constipation plus ou moins opiniâtre. Dans un cas de Rendu (1), il est dit que les selles étaient douloureuses. Spiegelberg (2) a noté de la rectocèle. Parmi les observations que nous avons parcourues, nous n'en trouvons aucune mentionnant des phénomènes d'occlusion soit aiguë, soit chronique.

Du côté de la vessie, les troubles de la miction consistent en difficultés ou douleurs dans l'émission des urines (Rouffart, Rendu) et surtout en besoins fréquents d'uriner (Terrier, Castelnau, Picqué, L. Rocher). Ils s'observent d'ordinaire alors que la tumeur évolue depuis un certain temps; un cas de Picqué, rapporté par Bourgoin (3), témoigne cependant que les troubles vésicaux peuvent être précoces et marquer le début de l'affection. A la compression de la vessie, on peut encore rattacher la cystocèle, signalée par Dagros, Castelnau, L. Rocher.

Dans aucune observation on ne trouve indiquée la compression des uretères avec la série des complications qu'elle entraîne, néphrite ascendante, hydronéphrose, urémie.

Aussi bien, les compressions viscérales sont-elles peu fréquentes et de médiocre gravité. La situation plus souvent abdominale que pelvienne du fibrome, sa mobilité expliquent la rareté relative et la faible intensité des accidents.

Les *troubles de l'état général* s'observent moins communément qu'avec les autres tumeurs solides de l'ovaire, tels le sarcome ou le cancer. Dans nombre de cas, l'évolution du fibrome s'effectue sans altération de la santé, alors même que la tumeur a acquis un volume déjà considérable et qu'il existe une ascite abondante.

Faut-il en conclure avec Dartigues (4) que la conservation d'un état général satisfaisant constitue une

(1) Rendu. *Lyon méd.*, 1886.
(2) Spiegelberg. *Monats. f. Gebursk.*, 1866, t. XXVIII.
(3) Bourgoin. Th. de Paris, 1894 (Obs. XV).
(4) Dartigues. *Revue de gynécol. et de chir. abdom.*, 1899, p. 817.

des caractéristiques du fibrome de l'ovaire? Il y a là, ce nous semble, une exagération. Au cas de tumeur maligne de l'ovaire, l'atteinte de l'état général peut être parfois tardive, et l'on peut voir notamment des sarcomes évoluer pendant un assez long temps sans symptomatologie inquiétante, tout comme les fibromes. D'autre part, certains fibromes de l'ovaire revêtent une allure clinique maligne, c'est-à-dire qu'à un moment donné de leur évolution ils s'accompagnent, en dehors des œdèmes et d'une augmentation brusque de l'ascite, des phénomènes qui caractérisent la cachexie : amaigrissement rapide, facies grippé, anorexie, troubles de la digestion, dyspnée, perte des forces.

Ces manifestations de l'atteinte subie par l'état général méritent donc de prendre place dans la symptomatologie des tumeurs fibreuses de l'ovaire.

2° Symptômes physiques. — Ce n'est que dans les cas où la tumeur a acquis un certain volume et où, d'autre part, elle s'est développée vers l'abdomen, ou bien quand il existe une ascite un peu considérable, que l'*inspection* fournit des renseignements.

En ces conditions, elle permet d'apprécier l'augmentation de volume, ainsi que la forme du ventre. Lorsqu'il existe de l'ascite, l'abdomen est uniformément développé. Lorsque le liquide ascitique fait défaut ou est peu abondant, l'ampliation de l'abdomen, produite par la seule tumeur, n'est plus aussi régulière : dans la région occupée par le fibrome on observe un soulèvement plus ou moins appréciable, pouvant se déplacer quand la femme change de position, ou comme dans le cas de Homans (1), sous l'influence des mouvements respiratoires.

Dans les cas de tumeur volumineuse et d'ascite abondante, on note encore par l'inspection l'œdème et la tension de la paroi, la dilatation des veines superficielles de l'abomen, la diminution de la dépression ombilicale, remplacée parfois même par une saillie.

La *percussion* ne donne que des indications peu importantes; elle sert néanmoins à délimiter la tumeur, à reconnaître la présence de l'ascite, ainsi que la situation des intestins dans les flancs ou à la partie supérieure de l'abdomen.

En général, la *palpation* n'occasionne au niveau du fibrome aucune douleur. Mais il n'en va point toujours ainsi; et dans quelques cas, la pression des mains produit des sensations fort pénibles : la douleur à la pression est mentionnée, en particulier, dans les cas de Rendu, de Munde, de Jacobs, de L. Rocher. Pour Dartigues, elle serait due à la présence d'adhérences ou de lésions concomitantes. Cette opinion est sujette à revision. Dans certains faits bien observés, la douleur existait en l'absence de tout autre état pathologique susceptible de l'expliquer, ce qui conduit à penser que le fibrome est douloureux par lui-même : la malade de L. Rocher (2) notamment éprouvait une sensibilité spéciale de tous points semblable à celle que provoque la pression de l'ovaire. N'avons-nous pas vu, à propos de l'anatomie pathologique, que la présence de fibres nerveuses au milieu du tissu fibreux avait été constatée par Ranvier?

(1) Homans. *Boston medic. Journ.*, 1889.
(2) L. Rocher. *Revue mens. d'obst., de gynécol. et de pédiat. de Bordeaux*, 1900.

Lorsqu'il y a de l'ascite, ce qui est loin d'être rare, on peut, grâce à la palpation, mobiliser la tumeur et obtenir ainsi le phénomène du ballottement (Fioupe, Nicaise, Terrier, Castelnau, Rouffart, Lauwers, Béguin). Au cours des manœuvres de déplacement, on peut encore, quand existent des adhérences, sentir sous la main un léger frottement (Terrier).

Pratiquée seule, la palpation permet, au cas où le fibrome est volumineux et à développement abdominal, d'en apprécier les dimensions, la forme, la consistance, la manière d'être de la surface extérieure. Quand la tumeur est de médiocres dimensions mais mobile, on peut lui faire quitter le petit bassin, en plaçant la femme dans l'attitude génu-pectorale, et rendre encore fructueuse l'exploration par le palper (Pokrovsky).

Il est bon de remarquer qu'une ascite trop abondante peut gêner la palpation, et qu'il a fallu parfois évacuer le liquide péritonéal par une ponction pour arriver à sentir le fibrome à travers la paroi abdominale rendue flasque.

Mais c'est surtout par le *palper combiné au toucher vaginal* que, hormis les cas rares de tumeur exclusivement abdominale, on reconnaîtra la plupart des caractères qui appartiennent aux fibromes ovariques. Quand la tumeur est à ses débuts et de petit volume, le toucher bi-manuel peut seul conduire à sa découverte.

Sans revenir à nouveau sur les caractères physiques des fibromes de l'ovaire, longuement décrits au chapitre de l'anatomie pathologique, nous nous contenterons de rappeler ici les principaux. A la main et au doigt qui l'explorent, le fibrome ovarique fournit dans les « cas types » la sensation d'une tumeur très dure, non douloureuse, à surface irrégulièrement bosselée et lobée, flanquant unilatéralement l'utérus et jouissant d'une grande mobilité.

Nous soulignons à dessein « dans les cas types », car nous savons déjà par l'anatomie pathologique qu'aucun de ces caractères n'est constant. C'est ainsi qu'au point de vue de la consistance, la tumeur offre parfois une certaine mollesse et peut même présenter une fluctuation obscure ; qu'au point de vue de la sensibilité, le fibrome n'est pas toujours indolore ; que l'irrégularité de la surface et la lobulation, opposées par quelques auteurs à l'état lisse du sarcome, sont moins fréquentes qu'on semble l'admettre ; qu'au lieu de la mobilité habituelle, le fibrome peut s'enclaver dans le petit bassin, soit en totalité, soit par sa base ; que la tumeur, loin de rester toujours à côté de l'utérus, peut prolaber dans le Douglas.

Le toucher bi-manuel, bien que rarement, a pu permettre de reconnaître l'existence d'un pédicule. Dans le cas de Dubar (1), le pédicule fournissait la sensation d'un cordon assez volumineux, situé dans le cul-de-sac latéral droit, indépendant de l'utérus, et

(1) Dubar. *Bulletin médical du Nord*, 1893.

suivant de façon très nette tous les mouvements de la tumeur. Rouffart (1) déclare avoir pu, grâce au toucher bi-manuel, diagnostiquer avant l'opération la torsion du pédicule, qui donnait l'impression d'une corde tordue.

C'est par l'exploration bi-manuelle qu'on parviendra à établir l'indépendance de l'utérus d'avec la tumeur. Les mouvements subis par cette dernière ne sont pas, ou ne sont que vaguement transmis à l'utérus, ce que traduit l'immobilité du col. A travers le cul-de-sac vaginal, le doigt sentira un sillon de séparation entre l'utérus et le pôle inférieur de la tumeur. D'autre part, avec la main, explorant la région hypogastrique, on ira à la recherche du fond de l'utérus, se rappelant, suivant la très juste remarque de Varnier, que « c'est par en haut plutôt que par en bas qu'il faut sentir l'indépendance entre le corps utérin et les tumeurs pelviennes pour affirmer qu'elles sont juxta-utérines ». — Mais on peut éprouver de grandes difficultés à établir les connexions de l'utérus avec un fibrome de l'ovaire. Lorsque la tumeur est volumineuse et appuie sur l'utérus, lorsqu'il existe des adhérences qui les unissent en une sorte de bloc, les mouvements communiqués se transmettent de l'un à l'autre. Un sillon de séparation existe pareillement dans le cas de fibrome latéral de l'utérus. Enfin, il est quelquefois impossible de reconnaître le fond de l'utérus englobé au milieu des nombreuses nodosités que présente la tumeur, et avec l'une desquelles il peut être confondu (Bourgoin).

En ces cas difficiles, l'*hystérométrie*, qui permet d'apprécier les dimensions de la cavité utérine, sera d'un grand secours : la conservation d'une cavité normale devra faire penser que l'utérus est indépendant de la tumeur, alors qu'une augmentation de longueur portera à croire à une tumeur utérine et notamment à un fibrome utérin.

Le *toucher rectal* ne fournit aucun renseignement qui n'ait été déjà donné par l'exploration bi-manuelle. Cependant, quand la tumeur est pelvienne ou abdomino-pelvienne, il peut être très utile pour préciser certains rapports.

L'*auscultation* semble avoir été négligée par la plupart des observateurs qui n'en parlent point. Spiegelberg déclare que dans son cas elle fut négative. D'après Castelnau, on pourrait entendre trois sortes de bruit en auscultant la tumeur : 1° un double bruit dû aux battements de l'aorte; 2° un souffle vasculaire ressemblant au souffle utérin, et lié probablement à la compression des gros vaisseaux iliaques et hypogastriques ; 3° enfin, des frottements quand il existe des adhérences. — On doit être mis en garde contre les renseignements fournis par l'auscultation, en raison des erreurs de diagnostic auxquelles ils pourraient conduire : c'est ainsi que dans le cas de Rouffart, où l'auscultation de la tumeur permettait d'entendre des doubles battements cardiaques, les médecins traitants avaient conclu à l'existence d'une grossesse.

(*A suivre.*)

(1) Rouffart. *Soc. belge de gynéc. et d'obstét.*, 1900, n° 2.

FORMULAIRE

LE GAIACOL DANS LES OREILLONS

Pour calmer les douleurs de la parotide, on prescrit la pommade suivante :

Gaïacol..................	1 gramme.
Vaseline.................	*ââ* 10 grammes.
Lanoline.................	

Onctions matin et soir sur les parties malades, feuille de gutta-percha et pansement légèrement compressif. Chez huit enfants de deux à neuf ans, ce traitement a fait disparaître rapidement la douleur et a semblé favoriser la résolution de la parotide et la défervescence thermique.

Cette médication très simple ne comporte aucun inconvénient, ni local, ni général. La même action anesthésiante et résolutive a été remarquée dans le traitement de l'orchite ourlienne. (Mario Ragazzi. *Bull. gén. de thérap.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 6 au 11 mars 1905)

THÈSES

Mercredi 8 mars 1905. — M. Chapotin. Menstruation tardive et fécondité. (MM. Pinard, président; Terrier, Reclus et Lepage.) — M. Gallot. De la rétropulsion manuelle du cordon dans les procidences. Statistique de la clinique Baudelocque. (MM. Pinard, président; Terrier, Reclus et Lepage.) — M. Patry. Contribution à l'étude des lésions oculaires dans les malformations craniennes, spécialement dans l'oxycéphalie. (MM. Terrier, président; Pinard, Reclus et Lepage.) — M. Cazanouve-Soulé. La photothérapie dans les plaies atones. (MM. Reclus, président; Pinard, Terrier et Lepage.)

Jeudi 9 mars 1905. — M. Perrigault. De l'hérédité rénale. (MM. Debove, président; Dieulafoy, Achard et Renon.) — M. Cattin. Hypoplasie des organes chez les cancéreux. (MM. Dieulafoy, président; Debove, Achard et Renon.) — M. Verdeaux. Contribution à l'étude du traitement mercuriel intensif dans la paralysie générale. (MM. Raymond, président; Chantemesse, Thiroloix et Richaud.) — M. Tissot. Des abaissements insolites et brusques qui surviennent dans la courbe thermique normale de la fièvre typhoïde. (MM. Chantemesse, président; Raymond, Thiroloix et Richaud.)

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

Voyages médicaux. — Le fils d'un de nos confrères vient de créer « un service de renseignements de voyages » permanent et gratuit pour le corps médical.

Il se tient à la disposition de nos confrères les mardis, jeudis et samedis, de dix heures à onze heures et demie ou sur rendez-vous.

Écrire à M. Bazot, administrateur des « Voyages médicaux », 1, rue de l'Echelle, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Imprimerie F. Levé, rue Cassette, 17.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Fêtes de Carnaval. — A l'occasion des fêtes du Carnaval, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 4 mars, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 8 mars 1905.

N° 27. — MARDI 7 MARS 1905. 78e ANNÉE. MARDI 7 MARS 1905. — N° 27.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Sur l'angine ulcéro-membraneuse, par M. H. PLAUT (de Hambourg).
Guérison d'un cas de charbon par les injections de lipiodol, par MM. TOUPET et LEBRET.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — Société de neurologie.
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
NOTES DE THÉRAPEUTIQUE
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de médecine. — Admissibilité.* — Lecture des copies d'anatomie pathologique. Séance du 3 mars 1905 : MM. Lortat-Jacob, E. Terrien et Milian, 10; Comte, 9; Armand-Delille et Bensaude, 8.

Séance du 6 mars 1905 : MM. Jousset, 10; Castaigne, Géraudel et Balthazard, 9; Hallé et Weil (Émile), 8; Lejonne, 7.

Lecture des copies de symptomatologie. Séance du 3 mars 1905 : MM. Balthazard, Kahn et Gandy, 10; Garnier et Lœper, 9; Hallé, Géraudel, Lereboullet et Lévi, 8; Camus et Ribierre, 7; Lejonne, Voisin et Delamare, 6.

Séance du 4 mars : MM. Ravaut et Thiercelin, 10; Ramond, Nobécourt, Decloux et Merklen, 9; Gastou et Leven 8; Nattan-Larrier, Cavasse, Rosenthal et Hauser, 7.

Prochaine séance le jeudi 9 mars, à cinq heures, à la Charité.

Concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Quénu, Jalaguier, Lejars, Richelot, Félizet, Legueu et Mathieu.

Concours de l'Internat. — ORAL. — Séance du 5 mars 1905 : Mlle Bouteil, 16 + 19 = 35; — MM. Barbier, 16 + 22 = 38; — Raymond, 16 1/2 + 21 = 37 1/2; — Fabre et Chandesris, 15 + 22 = 37; — Rendu, 15 1/2 + 25 = 40 1/2; — Jouvin, 11 + 19 = 30; — Garipuy, 10 + 20 = 30; — Delapchier, 10 + 19 = 29; — Sloog, 10 + 18 = 28.

Question donnée : « Ganglions lymphatiques de la région inguino-crurale. — Fracture bi-malléolaire de Dupuytren ».

GUERRE. — M. le médecin-major de deuxième classe Bérini, du 4e d'infanterie coloniale, est désigné pour servir à Madagascar.

MARINE. — M. le médecin de deuxième classe Gachet a été nommé, après concours, à l'emploi de prosecteur d'anatomie à l'école annexe de médecine navale de Rochefort.

LEGS MARJOLIN. — Par son testament en date du 1er novembre 1894, le docteur Marjolin (René-Nicolas) a légué, à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, une somme dont le revenu est de 5161 francs.

La disposition testamentaire est ainsi conçue :

« Ce revenu sera affecté, chaque année, au remboursement des frais d'inscriptions d'étudiants en médecine français, internes ou externes des hôpitaux de Paris, s'étant fait remarquer par leur zèle, leur exactitude et ayant recueilli avec soin des observations dans leurs services. »

MM. les internes et externes français des hôpitaux de Paris, qui désireraient obtenir sur le legs Marjolin le remboursement de leurs incriptions prises antérieurement, devront adresser à M. le Doyen une demande libellée sur papier timbré de 0 fr. 60.

Les demandes sont reçues au secrétariat de la Faculté deux fois par an du 1er au 15 avril et du 1er au 15 octobre.

XXIIe CONGRÈS ALLEMAND DE MÉDECINE INTERNE. — Le XXIIe congrès allemand de médecine interne se tiendra du 12 au 15 avril 1905 à Wiesbaden, sous la présidence du professeur Erb (d'Heidelberg).

La question à l'ordre du jour est l'*Hérédité*.

En même temps que le congrès, se tiendra une exposition d'instruments et d'appareils se rapportant à la médecine interne.

Pour les communications et les renseignements, s'adresser au docteur Emile Pfeiffer, Parkstrasse, 13, à Wiesbaden.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bastian (de Berlin), Bourgogne (de Lille), Caraya (de Roquecourbe), Galmard-Lederlin (de Thaon-les-Vosges), Herbert (de Ville-Even), Marvilley (de Jussey), Poncet (Benoît) [de Saint-Bernin-d'Azy], Quintin (F.) [de Leuze-sur-Belgique], Raynaud (des Essarts) et Verrié (de Bonon).

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 2, février 1905.) Brocq, Lenglet et Ayrignac : Recherches sur l'alopécie atrophiante, variété pseudo-pelade (*suite*). — Thibierge : Sur les relations du vitiligo et de la syphilis. — Payenneville : Langue scrotale en série familiale.

Archives d'électricité médicale expérimentale et clinique. — (N° 160, 25 fév. 1905.) Belot : A propos des indications fournies par le radiochromomètre de M. L. Benoist. — Bergonié : La compression en radiographie. — James R. Costa : La radiographie et la radiothérapie en Allemagne.

Archives de médecine des enfants. — (N° 3, mars 1905.) E. Leuret : Ictère des nouveau-nés. — D'Astros : Infections cutanées chez le nourrisson.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 2, fév. 1905.) Broeckaert : Examen anatomo-pathologique d'un cas de paralysie récente du récurrent laryngé. Considérations nouvelles sur la genèse des altérations des muscles, spécialement du crico-aryténoïdien postérieur. — L. Bar : Otomycoses associées. — Ottokar Frankenberger : Sur la présence des bactéries dans le larynx. — Ferd. Klug : Les suppurations du labyrinthe.

Archives générales de médecine. — (N° 9, 28 fév. 1905.) Claret : La décharge azoturique post-opératoire dans les grandes interventions abdominales. Son importance pronostique.

British medical Journal. — (N° 2304, 25 fév. 1905.) Hale White : Sur un cas d'arthrite multiple chez un jeune enfant. — Weeney et Farnan : Sur un cas de leucocythémie aiguë chez l'enfant. — Thomas Mac Crœ : Leucocythémie aiguë, avec observations de cinq cas. — Cecil Price Jones : Notes sur l'examen microscopique de la moelle osseuse. — Edward Turton : Procédés cliniques pour compter les leucocytes.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 7, 23 fév. 1905.) Rochard : Un nouveau procédé de cure radicale de la hernie inguinale. — (N° 8, 28 fév.) A. Robin : Le traitement de l'érysipèle.

Bulletin médical. — (N° 17, 1er mars 1905.) Reclus : L'extirpation des cancers du sein. — Cathoire : Un cas de névrite périphérique, suite d'ictère catarrhal. — (N° 18, 4 mars.) F. Lagrange : De la rupture de la sclérotique dans les traumatismes de l'œil.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLII, n° 6, 9 fév. 1905.) Maurice A. Richardson : Un cas de kyste chyleux de l'abdomen. — Frederic J. Cotton : Le traitement actif de la blennorragie à son début. — James Marsh Jackson : La glycosurie dans la grossesse. — F. W. Johnson : La stérilisation du catgut par la méthode iodo-iodurée de Claudius. — (N° 7, 16 fév.) William Aldren Turner : Le pronostic de l'épilepsie. — William F. Whitney : Étude sur la natalité, la mortalité générale, la mortalité par cancer aux États-Unis d'Amérique pendant l'année 1900. — Ernest Boyen Young : Influence des collections tubaires sur le siège de l'uretère (avec 7 fig.). — John W. Keefe : Chirurgie du diverticule de Meckel. — Robert Wallace Hardon : Les accalmies trompeuses de l'appendicite (avec 1 fig.).

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 8, 25 fév. 1905.) Keitler : Changement d'accentuation des bruits du cœur.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 8, 23 fév. 1905.) Rotter : Opération de l'appendicite aiguë dans les premières quarante-huit heures. — Sarwey : Indications et méthodes de stérilisation facultative de la femme. — Muller : Narcose mixte comparée à la narcose pure par le chloroforme ou l'éther. — Croce : Sur quelques cas de perforation de l'estomac et du duodénum. — Polya : Thrombophlébite mésaraïque, complication de l'appendicite. — Block : Traitement abortif de la blennorragie, d'après Blaschko. — Sommer : Manifestations lumineuses après frottement de la peau avec des lampes incandescentes.

Écho médical du Nord. — (N° 8, 19 févr. 1905.) R. Le Fort et Bachmann : Un cas d'hypothermie considérable et prolongée chez une enfant atteinte de tuberculoses multiples des membres. — Chardon et Raviart : Cancer de l'ampoule de Vater. — Descarpentries : Hématomyélie cervicale traumatique par coup de feu. — (N° 9, 26 fév.) Lambret : Sur la ponction exploratrice du foie. — Deléarde : Sur un cas de mort par asphyxie, avec persistance de l'oxyde de carbone dans le sang, deux mois et demi après le décès. — Breton et P. Vansteenberghe : Deux cas de pseudo-rhumatisme au cours de la fièvre typhoïde. — Julien : Un cas de scorbut : hémorragies gingivales, épistaxis, hémoptysies, hématémèses, entérorragies, purpura, etc., autopsie. — Malméjac : Sur le clou de Biskra. — Descarpentries : Sur un cas de pied tabétique.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 9, 26 fév. 1905.) L. Mesnard : Dédoublement du second bruit du cœur dans la myocardite des vieillards, sans rétrécissement mitral.

Journal de chirurgie et Annales de la Société belge de chirurgie. — (N° 1, janv. 1905.) Vanderlinden : Sténose du gros intestin par tumeur. Iléo-côlostomie, guérison. — Vilain : A propos de deux cas de tumeurs intra-craniennes. Observations et considérations cliniques. — Rouffart : Appendicite, poches purulentes à gauche simulant un salpinx ; laparotomie ; guérison. — Hendrix : Abcès pelvirectal simulant une appendicite aiguë. — Hannecart : Annexite et abcès pelvien d'origine appendiculaire.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 9, 26 fév. 1905.) Dupond : Quelques cas de coryza fibrineux.

Journal de médecine de Bruxelles. — (N° 8, 23 fév. 1905.) Dineur : De l'appendicite. — (N° 9, 2 mars.) Nœver : Diagnostic précoce du cancer de l'estomac.

Journal de pharmacie et de chimie. — (N° 4, 16 fév. 1905.) A. Morel : Sur la préparation industrielle du formol. — Vigneron : Dosage de la quinine dans les quinquinas. — F. Zelle : Sur l'absorption du brome par les corps gras. Nouvelle méthode de détermination de l'indice du brome (*fin*). — L.-C. Maillard : Sur les pigments d'origine scatolique et la question du scatoxyle. — Chapus : Analyse de sables intestinaux. — Gemayel : Préparation de kola granulée. — (N° 5, 1er mars 1905.) Paul Adam : Ether de pétrole ; huile de vaseline. — J. Marius : Sur le dosage des principes actifs de l'écorce de bourdaine.

Journal des praticiens. — (N° 8, 25 fév. 1905.) Variot : Les diverses méthodes pour administrer le mercure chez les enfants. — Thomas : Tachycardie et tuberculose. — (N° 9, 4 mars.) Reclus : Traitement du varicocèle.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 8, 25 fév. 1905.) Baltus : Exposé critique des principales objections élevées contre la théorie du neurone (*fin*). — Delassus : Des indications de l'opération dans l'appendicite aiguë selon le jour de la maladie et les symptômes (*fin*).

(*Voir la suite, p. 322.*)

SUR

L'ANGINE ULCÉRO-MEMBRANEUSE

Par le docteur H. PLAUT (de Hambourg).

Je suis parfaitement satisfait de la réponse de M. Vincent puisqu'il ne nie pas que j'ai en 1892 observé une forme d'angine, causée par une association bacillaire d'un bacille de Miller avec une spirochaete. Je n'ai pas demandé plus et j'aurais renoncé à répliquer de nouveau, s'il ne ressortait de ses explications que M. Vincent doute de quelle sorte de bacilles de Miller j'ai parlé et insiste sur ce point que le bacille de Miller vu par moi et son bacille fusiforme sont des microbes tout différents.

En ce qui concerne l'espèce des bacilles de Miller, j'aurais cru qu'on pouvait la reconnaître clairement par ma description de l'année 1894, où je dis avoir vu dans les angines en question un bacille que Miller a toujours rencontré avec les spirochaetes dentium et dont il disait, déjà en 1883 (1), qu'il pouvait se trouver dans un rapport génétique avec les mêmes spirochaetes, j'ajoutais encore qu'aucune culture n'avait réussi ni à Miller ni à moi.

Il n'existe qu'un seul bacille qu'on puisse toujours rencontrer également dans la cavité d'une bouche saine, qui soit associé avec une spirochaete, et qui possède toutes ces qualités distinctives. Miller en a fait mention le *premier* en 1883; dans son travail sur la Leptothrix gigantea, il le dit identique avec le bacterium nommé par Clarc « Dental Bacterium ».

Plus tard, en 1892 (2), il le décrit dans son œuvre célèbre (pages 63 et 64), sous le nom de « Spirillum sputigenum », et démontre clairement qu'il est tout à fait différent de son bacille de Miller en virgule, cultivable sans difficulté (page 66).

Il ressort clairement que M. Vincent n'a pas au préalable lu ce travail avant sa dernière réponse (3), car le titre ne fait pas soupçonner si Miller parle d'une spirochaete et de son bacille, appartenant à l'homme. Il ne s'agit dans ce travail que d'une Leptothrix gigantea « animale » et dans un post-scriptum on en trouve la remarque formelle (4).

On peut donc voir que je n'ai pas cité par erreur, comme le dit M. Vincent dans son annotation (*Gaz. des hôpit.*, 14 fév. 1905, p. 207).

J'arrive maintenant à la seconde partie de mon explication. On me dit que le bacille de M. Miller n'est pas identique avec le bacille fusiforme. Je sais bien que quelques auteurs partagent cette opinion de M. Vincent; mais d'autres investigateurs et d'excellente renommée, dont je ne citerai que Bareggi (1), Stoos (2), Bernheim (3), Abel (4), Heim (5), de Stoecklin (6), Salomon (7), Hess (8) et Gross (9) ne sont pas de l'avis de M. Vincent et tiennent le bacille fusiforme et le bacille de Miller pour identiques. Je suis étonné de ne pas trouver le nom de M. Vincent avec eux! Ne remarque-t-il pas lui-même dans son œuvre connue (10) qu'il a trouvé sans difficulté 14 fois sur 18 sujets sains, exempts de toute angine, « dans l'enduit lingual, dans le *tartre dentaire* et l'enduit pharyngé », le bacille fusiforme associé au spirochaete?

Il est donc invraisemblable que dans la bouche saine puissent se trouver deux associations tellement frappantes que de nombreux et attentifs investigateurs n'auraient pas vues et parmi lesquels Miller qui a consacré toute sa vie à l'étude presque exclusive des microorganismes de la bouche, et cela d'une manière incomparable!

Il est entièrement impossible que les associations si fréquentes des bacilles fusiformes et des spirochaetes aient échappé à Miller et qu'il n'ait vu que l'association de son bacille avec le spirochaete! Je ne puis suivre M. Vincent sur ce point. Il s'agit vraisemblablement dans ce cas d'association de microbes ayant différentes formes morphologiques (Langstäbchen, Kurzstäbchen, Kommabacillen, Spirillen, Spirochaeten) d'une *seule* espèce de Chladothrix ou Streptothrix, et l'opinion de Miller de l'année 1883,

(1) Ueber einem Zahn spaltpilz, Leptothrix gigantea Berichte der botan. Ges., p. 224.

(2) Die Microorganismen der Mundhöhle.

(3) *Gaz. des hôpit.*, 14 fév. 1905.

(4) Comme il n'est peut-être pas facile de se procurer en France les anciennes publications allemandes, en voici le texte :

« Nach meinen Beobachtungen liegt die Vermuthung nahe, dass die feinen Schrauben im Zahnbelag des Menschen, die man bisher als « Spirochaete dentium » bezeichnete (figur 17) durch Fragmentirung längerer Fäden entstehen können. Bisher glaubte man, dass die Spirochaete dentium ein einzelliges Gebilde sei; mir ist es auch, obgleich ich mir die grösfte Mühe gegeben habe, nicht gelungen eine regelmässige Gliederung in Stäbehen resp. Coccen, wie sie bei den Fäden vorkommt (fig. 3, 4 etc.) bei der Spirochaete dentium nachzuweisen. Ich habe aber, durch Anwendung der von W. Zopf für die Sumpf-Spirochaete angegebene Methode eine Theilung in Glieder von ungleicher Länge sicher nachweisen können. Die Stücke, die hierdurch entstehen stimmenn in Grösse und Form mit dem im Mundschleime vorkommenden sogenannten Dental bacterium gen au überein.

« Es ist doch sehr wahrscheinlich, dass man mit noch besseren Instrumenten und besonders mit besser geeigneten Färbemethoden den Zusammenhang zwischen der Spirochaete dentium und anderen im Munde vorkommenden Spaltpilzformen mit voller Sicherheit feststellen könnte. »

(1) Bareggi. Sull' angina di Plaut. Cinni clinici e batteriologici, *Atti dell' associazione med. Lomb.*, 15. 6. 1895.

(2) Stoos. Zur Ætiologie und Pathologie der Anginen, der Stomatitis aphthosa und des Soor, *Mitteil. a. d. klin. u. med. Instit. d. Schweiz.*, III Reihe 1895 H. 1. Ref. *Centralbl. f. Bakt.*, Abt. I. Bd. XIX, p. 237.

(3) Bernheim. Ueber einen bakteriologischen Befund dei Stomatitis ulcerosa, *Centralbl. f. Bakt.*, etc., Abt. I, Bd. XXIII, p. 177.

(4) Abel. Zur Bakteriologie der Stomatitis und Angina ulcerosa, *Centralbl. f. Bakt.*, etc., Abt. I, Bd. XXIV, n° 1, p. 1.

(5) Heim. *Lehrbuch der Bakteriologie*, 1898, p. 380.

(6) De Stoecklin. Contribution à l'étiologie des angines ulcéro-membraneuses, *Centralbl. f. Bakt.*, etc., Abt. I, Bd. XXIV, p. 612.

(7) Salomon. Bakteriologische Befunde bei Stomatitis u. Tonsillitis ulcerosa, *Deuts. med. Wochens.*, 1899, n° 19, p. 297.

(8) Hess. Die Angina Vincenti, *Deuts. med. Wochens.*, 1903, n° 42, p. 749.

(9) Gross. Ueber Angina ulcero-membranosa, *Arch. f. klin. Med.*, 1904, Bd. LXXIX, p. 369.

(10) Vincent. Recherches bactériologiques sur l'angine à bacilles fusiformes, *Annales de l'Institut Pasteur*, 1899, p. 20.

mais à laquelle il renonça plus tard, sera acceptée comme juste sans doute quand les cultures des associations auront réussi, car toutes ces formes polymorphes se trouvent dans les Chladothrix, et elles sont connues depuis longtemps par les botanistes (1).

GUÉRISON D'UN CAS DE CHARBON

PAR LES INJECTIONS DE LIPIODOL

PAR MM.

TOUPET et LEBRET

Médecin de la Charité. Interne des hôpitaux.

Nous pouvons relater la guérison d'un cas de charbon, obtenue grâce à un procédé qui, déjà mis en œuvre une première fois, avait été suivi d'un plein succès.

De tous temps, l'on a préconisé la destruction rapide du foyer d'inoculation en cas de pustule maligne, soit au thermocautère, soit au bistouri. L'on a également conseillé les cautérisations chimiques (chlorure d'antimoine, chlorure de zinc, *sublimé en cristaux* : *traitement des médecins de la Beauce*, potasse, etc.). Après l'extirpation de la pustule, on a pratiqué des injections de teinture d'iode à titres divers : 4/1000, 2/000; Verneuil se servait d'une solution à 2/100; Th. Anger, de teinture d'iode pure. Actuellement ce qui semble fait le plus souvent consiste à injecter autour de la pustule plusieurs centimètres cubes de liquide iodo-ioduré de Gram. Les résultats ont été extrêmement variables : une pustule prise au début guérissait le plus souvent avec n'importe lequel de ces traitements, tandis que rien ne pouvait enrayer l'évolution si l'on intervenait trop tardivement. Il faut donc d'abord agir localement, et dans tous les cas, même les plus récents, protéger l'organisme contre l'infection générale. Les toniques, l'alcool à haute dose en particulier, ont rarement suffi à cette tâche. Verneuil faisait boire II à IV gouttes de teinture d'iode toutes les deux heures, et se trouvait bien de cette médication.

Notre propre expérience nous permet de partager cette idée que l'*iode semble être un véritable spécifique de la bactéridie charbonneuse*. Ici encore nous l'avons employé d'abord pour cautériser la pustule; de plus, une nouvelle préparation nous a permis de la donner à l'intérieur à des doses énormes.

Observation. — Le 17 mai 1904, Mlle M. A..., âgée de trente-six ans, entre dans la nuit à l'hôpital de la Charité où elle est admise salle Briquet, lit n° 17, pour une affection récente de la face qui avait été considérée comme un érysipèle au début, et s'accompagnait de fièvre et de troubles de l'état général.

La malade, que nous avons examinée le lendemain matin, nous dit s'être réveillée six jours avant, le jeudi 12, avec un *bouton* dont l'aspect rappelait celui d'un petit furoncle à son début, et qui siégeait au niveau de la partie droite et supérieure du front, à la racine des cheveux. Le lendemain, cette petite lésion avait augmenté, présentait à son centre un petit point gris jaunâtre, et tout son pourtour était le siège d'une inflammation peu étendue; en même temps apparaissaient des douleurs locales et de la céphalée.

Le samedi 14, les douleurs sont plus marquées et s'accompagnent d'une très vive sensation de prurit; la malade ouvre sa vésicule par grattage et fait sourdre à la pression un peu de sérosité absolument claire. La céphalée est devenue plus vive, une sensation de fièvre survient avec de la sécheresse de la bouche, de la courbature, des frissons, de l'inappétence et surtout un besoin constant et invincible de sommeil.

Les jours suivants, il y a persistance et augmentation des phénomènes généraux, tout travail est devenu impossible, et la malade se met au lit dans l'après-midi du lundi. Localement, voici les modifications qu'elle put constater. La lésion était devenue saillante, la zone inflammatoire plus étendue, un *très léger* œdème gonflait la paupière supérieure.

La croûtelle qui remplaçait la vésicule avait foncé progressivement, et de gris jaunâtre avait passé au rouge violacé, puis au noir absolu. De plus, un gonflement progressif avait occupé l'angle de la mâchoire et la partie avoisinante du cou, du côté correspondant à la lésion du front.

Enfin, le mardi soir, 17, un médecin que la malade avait mandé la fit transporter de nuit à l'hôpital, la croyant, ainsi que nous le disions plus haut, atteinte d'érysipèle.

A notre premier examen, nous avons constaté la présence d'une escharre de 5 à 6 millimètres de diamètre, absolument sèche, occupant le centre déprimé d'une saillie arrondie et vivement enflammée. Tout autour de l'escharre on pouvait voir un mince sillon plus ecchymotique encore, et qui la délimitait. Sur la saillie en question d'une part, et sur la zone inflammatoire l'entourant, d'autre part, siégeaient de petites vésicules, la plupart opalescentes, les autres, soit plus claires, soit au contraire franchement purulentes, formant une collerette autour de l'escharre.

Malgré l'absence d'œdème, nous n'avons guère hésité à porter le diagnostic de pustule maligne. D'ailleurs, si la base de la saillie était à peine infiltrée, si la paupière n'avait qu'un gonflement insignifiant, la région angulo-maxillaire dont la malade avait constaté l'empâtement, était le siège d'adénite et surtout de péri-adénite; l'on y parvenait à peine à isoler les ganglions qui étaient très douloureux et noyés dans une gangue inflammatoire.

La malade souffrait aussi en dehors des attouchements qui réveillaient alors des douleurs d'un caractère violent; ce n'était plus le prurit du début, mais une sensation de tension et parfois de brûlure.

La langue était blanche et saburrale, la face très pâle. La température rectale était de 39°7 à l'entrée et de 38°5 ce matin-là; le pouls battait à 118, régulier et fort.

Un examen bactériologique immédiat confirme notre diagnostic. La sérosité des vésicules traitée par la méthode de Gram se montra remplie de bactéridies charbonneuses (qui, plus tard, poussèrent sur gélose, sporulèrent et se reproduisirent facilement sur les milieux habituels). L'ensemencement de 10 centimètres cubes du sang de la malade dans un demi-litre de bouillon porté à l'étuve ne produisit qu'une culture de subtilis due vraisemblablement à une stérilisation insuffisante de la seringue qui avait servi à prendre le sang.

Au point de vue étiologique, nous n'avons rien de net à signaler. La malade, exerçant la profession de couturière, avait cousu des fourrures pendant les jours précédents. Ces

(1) W. Zopf. *Die Spaltpilze*, 1885. *Cladothrix dichotoma*, p. 108.

fourrures, si elles provenaient d'animaux charbonneux, avaient pu contaminer ses mains, et de cette façon s'expliquerait parfaitement l'infection d'un point d'acné du front.

Nous ne connaissons que trop la gravité de la pustule maligne, il ne faut jamais s'y méprendre, et l'un de nous a vu tirer un trop réel bénéfice d'un cas de charbon récemment observé à Uriage (1) et guéri, pour n'avoir pas repris le même traitement.

A l'aide d'une grosse pointe de thermo-cautère, nous avons supprimé non seulement l'escharre, mais encore toute sa base, enfoncé profondément notre pointe dans tous les sens, en rayonnant du centre vers la périphérie. De plus, nous avons injecté, par piqûres également rayonnantes, 4 *centimètres cubes de teinture d'iode pure*, et nous en avons encore exprimé dans la vaste perte de substance produite par notre cautérisation. La plaie fut recouverte d'un pansement humide au sublimé à 1/1000 qu'on renouvela toutes les trois heures. *Pour la deuxième fois, nous avons constaté un fait vraiment encourageant, à savoir, que ce traitement qui semble des plus cruels, et qui le serait évidemment pour bien d'autres plaies banales, est relativement peu douloureux, dans le cas de pustule maligne. Malgré les phénomènes douloureux spontanés antérieurs, la cautérisation fut merveilleusement supportée, ici comme chez le malade d'Uriage.*

Dans les cas de pustule maligne, ce qu'il faut le plus redouter c'est l'infection sanguine; plus ou moins tardive, elle est toujours fatale. Pour protéger l'organisme contre cette généralisation, l'on a surtout préconisé l'iode sous forme de solution de Gram dont on peut donner une cinquantaine de gouttes par jour.

Nous avions déjà fait usage pour notre premier malade du lipiodol que prépare le docteur Lafay. Il permet en effet de donner l'iode et de le faire sûrement assimiler à des doses considérables. Les injections quotidiennes de 5 à 10 centimètres cubes sont parfaitement supportées sans le moindre accident. Comme chaque centimètre cube de cette huile iodée représente CCCCXXVIII gouttes de teinture d'iode c'est donc MMCXL ou MMMMCCLXXX gouttes que l'on injecte, suivant que l'on fait par jour 5 ou 10 centimètres cubes.

Ici, la première injection de lipiodol suivit immédiatement la cautérisation, elle fut de 5 *centimètres cubes*, intra-musculaire, pratiquée au *point de Barthélemy* (milieu d'une ligne joignant l'épine iliaque antérieure et supérieure à la base du coccyx).

Notre malade guérit. Dès le lendemain la température était tombée à 38°1, elle tomba à 37 degrés en quatre jours, pour ne plus remonter.

Pendant sept jours on recommença les injections d'huile iodée à la dose de 5 centimètres cubes, sans le moindre inconvénient. Les pansements au sublimé furent remplacés par d'autres pansements humides à l'eau oxygénée qu'on appliquait soit après des attouchements légers de teinture d'iode pure, soit après introduction dans la plaie de protéol, qui, comme on le sait, a pour propriété de donner un dégagement de vapeurs de formol au contact des tissus organiques. Les débris sphacélés qu'on trouvait aux pansements du début disparurent progressivement, les parois devinrent bourgeonnantes et cruentées; on remplaça alors les pansements humides par des applications de vaseline et de bleu de méthylène.

La malade quitta notre service le 10 juin, et revint trois semaines après nous montrer une cicatrice pâle et peu apparente.

La destruction du foyer septique aussi large que possible par la cautérisation très énergique du début, et l'introduction dans tous les tissus que peuvent infecter les bactéries ou leurs spores, d'un antiseptique aussi puissant que la teinture d'iode, doivent compter pour besucoup dans la guérison qui a suivi ces deux cas. Quant à l'huile iodée, elle doit agir de deux façons : elle empêche, d'une part, l'infection sanguine, car la quantité d'iode introduite dans le torrent circulatoire est là pour lui empêcher d'être un milieu favorable à l'infection. D'autre part, l'iode que charrie le sang peut encore faire que celui-ci, au niveau de la pustule, empêche la propagation profonde et la reproduction des germes qui peuvent subsister.

En résumé, cette nouvelle observation contribue une fois de plus à nous faire préconiser notre traitement, qui, dans les cas même tardifs de pustule maligne, pourrait encore les faire bénéficier d'un traitement général ayant seul des chances de les enrayer.

(1) Lafay. « Les huiles iodées. » Cf. *La syphilis*, 1904, Observation de Chatin et Lebret.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 24 février 1905 [*fin*])

Caractères bactériologiques des crachats au cours de l'épidémie actuelle, dite de grippe. — J'ai volontairement laissé de côté, dans le compte rendu de la dernière séance, la discussion sur la grippe, discussion qui a suivi la communication de M. Bezançon (1). Les opinions émises dans la chaleur de l'improvisation se sont en quelque sorte tassées à la réflexion et il est plus facile de s'y reconnaître, avec, sous les yeux, un texte plus mûri.

M. Ménétrier est heureux de la communication de M. Bezançon qui vient confirmer pleinement les résultats de ses premières recherches.

Les formes microbiennes décrites par M. Bezançon, M. Ménétrier les a observées dès le début de ses recherches. La forme de tétrade qu'en raison de sa morphologie et de la couleur blanche de ses cultures, il désignait sous le nom de sarcine blanche du poumon, a été souvent confondue avec le tétragène. Les pseudo-gonocoques sont parfois en prédominance remarquable dans les crachats... Malgré tout, au premier rang des microorganismes rencontrés il faut placer le pneumocoque, tout en reconnaissant l'importance éventuelle

(1) Voir : *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 24, p. 285.

de son association avec les streptocoques, streptobacilles, pneumobacilles, tétrades et tétragènes.

M. Bergé professe à l'égard de la grippe une opinion quelque peu subversive ; il pense que la grippe n'existe pas à titre d'espèce morbide digne de ce rang dans le cadre nosologique. La grippe se confond pour lui avec la rhino-pharyngo-bronchite aiguë : le même titre (rhume ou grippe au choix, car il n'a pas de préférence) suffit à les désigner, car une même description suffit à les faire connaître, et c'est seulement au chapitre des formes de cette unique maladie qu'il convient d'assigner aux variétés cliniques jusqu'ici qualifiées « grippe » leur place légitime.

Tant qu'on ne sera pas en mesure de présenter un ensemble de caractères symptomatiques différentiels de valeur séparant les deux maladies en regard des nombreux et manifestes caractères communs qui les rapprochent et les fusionnent, M. Bergé veut continuer à n'admettre qu'une espèce morbide : la rhino-pharyngo-bronchite catarrhale aiguë, affection parfois isolée, souvent contagieuse, possiblement épidémique, à étiologie quelquefois toxique (iodure, vapeurs irritantes), ordinairement microbienne, relevant d'agents probablement divers et peut-être associés, avec gamme fort étendue d'intensité et de gravité, de diffusibilité, de réaction générale, et c'est seulement à certaines variétés ou formes, fort difficiles, d'ailleurs, à limiter de cette maladie, que l'on peut accorder, à la rigueur, le nom de grippe, à moins de ne faire de ce mot, comme nombre de médecins, qu'un synonyme de l'affection elle-même.

M. Barié trouve étrange que l'on refuse droit de cité à la *grippe maladie* et proteste au nom de la clinique pure. M. Le Gendre affirme que la grippe broncho-pulmonaire a, dans sa marche et son évolution, des caractères spéciaux *même au point de vue stéthoscopique*.

La brutalité de l'invasion, la rapidité de l'extension du processus catarrhal jusqu'aux extrémités de l'arbre bronchique, rapidité qui dénote une si faible défense locale qu'on l'a caractérisée de bronchoplégie, une fois que les signes de bronchite et de congestion se sont montrés en un point du poumon, leur ténacité singulière malgré les conditions d'hygiène les plus favorables, la révulsion la plus active et les thérapeutiques les plus variées, voilà pour les signes locaux. La dépression nerveuse précoce, la lenteur de la convalescence et la facilité des rechutes, voilà pour les caractères évolutifs...

M. Siredey, outre tous les signes précédents auxquels il attribue une grande valeur, insiste sur le caractère épidémique de la grippe; il rappelle l'épidémie de 1889 qui en quelques jours avait envahi les deux tiers de la population de certaines villes et qui, dans une même journée, obligeait toute une famille à prendre le lit.

Pour M. Lermoyez, la grippe appose dans l'oreille sa signature d'une façon tellement personnelle que cette seule marque permettrait de la reconnaître. L'otite grippale, qui se caractérise par un épanchement de sang dans l'oreille moyenne et par la présence de bulles sanguines sur la paroi du conduit auditif osseux, est tout à fait caractéristique.

M. Apert estime que l'on peut tout expliquer par les variations quantitatives et aussi qualitatives de virulenre du microbe, d'ailleurs hypothétique de la grippe, et il compare ce qui se passe dans la grippe avec ce que Nocard et ses élèves nous ont appris des maladies animales groupées aujourd'hui sous le nom de septicémies hémorragiques, ou mieux pasteurelloses, dues à l'infection par des microbes spécifiques, les bactéries ovoïdes ou pasteurellæ, doués d'une très grande variabilité de virulence.

M. Léon Bernard croit que l'on confond actuellement, sous le nom de grippe, un ensemble de manifestations morbides essentiellement différentes les unes des autres, différentes aussi des cas de grippe observés dans les grandes épidémies historiques; qu'aucun critérium clinique ni bactériologique ne justifie ce groupement commode, mais imprécis; que seul le caractère épidémique saisonnier lui donne une apparence de solidité, mais que ce caractère ne paraît pas scientifiquement suffisant.

(Séance du 3 mars 1905)

Abcès de fixation dans le catarrhe suffocant. — M. G. H. Lemoine (du Val-de-Grâce). Au cours d'une épidémie de grippe survint une série de 18 cas de catarrhe suffocant dans l'espace de deux mois. Neuf de ces malades traités par les moyens ordinaires, bains chauds, saignées, etc., succombèrent. Des neuf autres traités par des injections sous-cutanées d'essence de térébenthine à la dose de un à deux centimètres cubes, six guérirent.

Chez ces derniers, les injections furent pratiquées d'une façon précoce, le jour de l'entrée à l'hôpital ou le lendemain, tandis qu'elles furent faites tardivement chez les trois autres malades de cette seconde série qui moururent.

On n'observa d'ailleurs aucune réaction locale chez ceux-ci, tandis que les premiers virent se développer les jours suivants une grosse collection purulente au point de la piqûre. L'amélioration de l'état général qui se traduisit par une diminution de la dyspnée et de la cyanose commença à se produire de six à huit heures après l'opération. On nota une augmentation du nombre des globules blancs trois jours après l'injection.

Cette méthode thérapeutique est très douloureuse et pour cette cause doit rester une méthode d'exception. Mais dans certaines affections que la clinique nous a appris à considérer comme revêtant toujours un caractère de haute gravité. L'abcès doit être provoqué de bonne heure. La région du dos, de l'avant-bras devra être proscrite pour cette opération, celle de la face externe de la cuisse paraît la plus favorable.

L'ensemencement du pus fait largement dans des ballons de bouillon de 500 et de 1000 grammes ne donna aucune culture. Mais l'examen du pus sur lamelle a permis à plusieurs reprises de déceler parmi les éléments cellulaires la présence de diplocoques se colorant par le gram; les organismes étaient peu nombreux.

L'essence de térébenthine est évidemment un obstacle à la culture de ces microbes. Mais quelques recherches expérimentales, commencées dans le but de retrouver ces organismes doués encore de vitalité, ont abouti à quelques résultats positifs.

Ces faits, s'ils se confirment, feront l'objet d'une étude ultérieure.

MM. Vincent et Chantemesse, qui ont expérimenté le procédé de Fochier sur des lapins infectés avec du pneumocoque, n'ont obtenu que des résultats négatifs.

Anévrisme aigu de la crosse aortique au cours du rhumatisme articulaire aigu. — MM. Louis Rénon et Verliac présentent à la Société un petit malade de seize ans et demi atteint d'anévrisme aigu de la crosse de l'aorte, survenu au cours d'attaques successives de rhumatisme articulaire aigu.

Les crises articulaires débutèrent à l'âge de huit ans, et

dans six attaques antérieures, le péricarde et l'endocarde furent touchés. Avant sa septième attaque, le malade présentait un double souffle aortique. La septième crise rhumatismale dura près de trois mois, et, en moins de quatre semaines, nous assistâmes à une ectasie considérable de la crosse de l'aorte, caractérisée par une voussure dans les deuxième et troisième espaces intercostaux droits, des battements, un frémissement intense et un double souffle. La radiographie et la radioscopie confirment le diagnostic : sur l'écran, à l'examen oblique et à l'examen antéro-postérieur, on aperçoit deux tumeurs, remplissant presque entièrement le thorax et animées de mouvements d'expansion considérables. Cette ectasie s'est développée au cours de douleurs paroxystiques intenses siégeant dans la région précordiale.

L'histoire de ce petit malade soulève quelques questions intéressantes. D'abord il faut remarquer combien rare est l'anévrisme à cette époque de la vie. Puis on doit se demander si cette ectasie aortique est imputable à la syphilis; malgré toutes nos recherches, nous n'avons pu trouver trace ni de syphilis acquise, ni d'hérédo-syphilis. En dehors de la petite taille du malade, imputable à d'autres raisons, aucun stigmate ni du côté des yeux, ni du côté des oreilles, des dents, du système osseux, n'a pu être relevé. Dans ces conditions, le rhumatisme articulaire récidivant et tenace se rencontrant seul dans les antécédents, nous n'hésitons pas à l'incriminer. Il rend compte à la fois du développement tardif de l'enfant et de l'ectasie aortique. D'ailleurs, d'après les recherches récentes, le rhumatisme aurait une action manifeste sur l'aorte dans le jeune âge : telles les observations de dilatation aortique rhumatismale rapportées par M. Marfan, par MM. Méry et Guillemot, par M. de la Rüe, et celle d'anévrisme vrai présenté par M. Zuber.

Ces faits prouvent l'existence de l'anévrisme rhumatismal infantile. L'ectasie aortique peut s'y développer rapidement, comme chez notre malade, où elle s'est réalisée en moins d'un mois. Elle est consécutive aux attaques récidivantes de rhumatisme et elle augmente progressivement à chaque nouvelle poussée. Elle ne paraît pas rétrocéder, et elle se termine ultérieurement par la mort comme dans un cas de M. de la Rüe. Son évolution est marquée par des crises très douloureuses, avec suffocation, pâleur de la face, irradiations du côté gauche.

En dehors de l'action primordiale de la syphilis sur le développement de l'anévrisme aortique chez l'adulte, on doit, selon nous, considérer l'influence non moins ectasiante du rhumatisme articulaire aigu sur l'aorte infantile. L'anévrisme est le plus souvent syphilitique chez l'adulte et rhumatismal chez l'enfant.

A propos d'un cas de tumeur blanche chez un tuberculeux syphilitique. — M. Émile Sergent. Le diagnostic différentiel entre les arthropathies syphilitiques et l'ostéo-arthrite syphilitique tuberculeuse est toujours délicat. A plus forte raison devient-il difficile lorsque le sujet est en même temps syphilitique et tuberculeux. En pareil cas, l'arthropathie apparaît comme une des localisations d'élection du « scrofulate de vérole ». Il semble bien, *à priori*, qu'elle doit être influencée favorablement par l'administration du traitement spécifique. Cependant, l'opinion courante sur les prétendus méfaits du traitement mercuriel chez les tuberculeux pourrait amener le médecin à redouter un traitement d'épreuve.

Or, l'auteur, se basant sur sa pratique personnelle, pense, au contraire, que chez les tuberculeux syphilitiques le traitement mercuriel non seulement guérit les manifestations actuelles de la syphilis, mais même améliore considérablement l'état général et les localisations de la tuberculose. Il cite, à l'appui de sa thèse, l'observation d'un homme à la fois syphilitique et tuberculeux, qui, soigné par différents médecins pour une tumeur blanche du coude, vit fondre son arthropathie à la suite d'injections de biiodure d'hydrargyre, en même temps que son poids augmentait de 5 kilos en six semaines et que les bacilles disparaissaient de l'expectoration, et cela sans aucune autre médication, ni sans aucun régime spécial.

Fistule pneumo-cutanée. — MM. Achard et Ramond présentent l'observation et les pièces d'un cas de fistule pneumo-cutanée chez un homme de quarante-neuf ans, devenu tuberculeux trente ans après une blessure de guerre reçue en 1870.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 1er MARS 1905)

Obstruction biliaire. Hépatico-gastrostomie. — M. Quénu nous rapporte l'observation d'une malade qui semblait une lithiasique et qui présentait tous les signes d'une rétention biliaire. Le diagnostic fut : obstruction biliaire par la présence de calculs dans le cholédoque. M. Quénu opère cette malade en décembre 1903; il fait une incision verticale, ne trouve pas de calculs dans le cholédoque; il trouve une plaque indurée au niveau de la tête du pancréas; il incise la vésicule biliaire, fait le cathétérisme du canal cystique et trouve en un point de la face concave du foie une masse arrondie, fluctuante, qu'il ponctionne; il en tire 350 grammes de bile brunâtre; il porte alors le diagnostic d'oblitération du canal cholédoque; il anastomose alors cette poche avec l'estomac, c'est-à-dire qu'il fait une hépatico-gastrostomie. Il place un drain au niveau de l'anastomose. Le soir même, la malade vomit de la bile; la bile avait donc passé, grâce à cette anastomose, du foie dans l'estomac. Le lendemain la température est à 37, le pouls à 84. Mais le surlendemain, elle est prise de dyspnée, de suffocation, de toux et succombe le troisième jour à une congestion pulmonaire généralisée. A l'autopsie, on constate l'absence de toute péritonite, les sutures ont très bien tenu; l'anastomose est parfaite, rien à noter de ce côté; au niveau du hile du foie existe une vaste poche, c'est le canal hépatique très dilaté. La dilatation des canaux hépatiques se prolonge dans le foie. Par contre, le cholédoque est très rétréci; son orifice est le siège d'un rétrécissement cicatriciel post-inflammatoire. La congestion pulmonaire a été seule la cause de la mort. Il s'agissait, en somme, d'une rétention biliaire par rétrécissement inflammatoire de l'orifice du cholédoque. Dans des cas de ce genre, l'hépatico-gastrostomie peut trouver des indications.

M. Tuffier rappelle avoir communiqué un cas d'hépatico-stomie et un cas d'hépatico-gastrostomie. Ces deux faits peuvent être rapprochés de celui de M. Quénu.

Résection du nerf maxillaire supérieur dans la névralgie faciale. — M. Potherat a pratiqué 10 fois cette opération. A propos d'une récente communication de M. Guinard sur ce sujet, il fait connaître les résultats de ses propres observations. Dans un cas, M. Guinard a fait l'incision sur la pommette; M. Potherat est partisan des petites incisions; il les fait aussi petites que possible. Il fait ensuite la section très oblique de l'os malaire. Il pense qu'il faut toujours voir le nerf maxillaire supérieur pour l'exciser.

Il y a cependant des cas où cela est impossible, par exemple, chez les hommes à musculature puissante, dont le muscle ptérygoïdien externe est très développé.

Les suites immédiates de l'intervention sont toujours favorables ; il n'y a pas de déformation, malgré la fracture de l'arcade zygomatique.

Il n'y a pas de mortalité. Dans une thèse récente, inspirée par M. Potherat, on a pu réunir 51 observations de résection du nerf maxillaire supérieur pour combattre la névralgie faciale. Sur ces 51 cas, on compte 41 guérisons et 10 récidives. Ces résultats sont des plus satisfaisants. Sur les 10 cas de M. Potherat, 7 ont été opérés par lui quand il était chirurgien du Bureau central. Il n'a pu suivre ces opérés ; mais les trois autres ont été suivis et sont restés guéris, l'un depuis vingt-deux mois, l'autre depuis dix-sept mois, le troisième depuis douze mois qu'ils ont été opérés. Ce sont là des résultats très encourageants.

M. Guinard, tout en étant partisan des petites incisions, pense cependant qu'il faut les faire suffisantes pour voir clair. Ainsi il condamne absolument la petite incision recommandée par M. Poirier. Dans un cas, M. Guinard a fait une incision en fer à cheval, parce qu'il avait à réséquer à la fois le nerf maxillaire supérieur et le nerf maxillaire inférieur. M. Guinard fait observer qu'il s'agit généralement de gens âgés, chez lesquels une incision sur la face n'a pas une aussi grande importance que chez de jeunes sujets. Il faut donc faire ces incisions suffisamment longues pour qu'on puisse y voir bien clair.

Quant à l'incision en biseau de l'apophyse malaire, M. Guinard estime qu'il faut faire grande attention car il lui est arrivé d'ouvrir le sinus maxillaire. Depuis ce moment, il ne fait plus sa section aussi en biseau.

Comme M. Potherat, M. Guinard estime qu'il faut voir le maxillaire supérieur pour le sectionner. Les résultats de cette intervention sont, sans aucun doute, fort encourageants.

Fracture des os de la face. — M. Sébileau présente un malade qui, dans une chute, s'est fait une fracture comminutive de l'os malaire et de la mâchoire supérieure. Grâce à un appareil fort ingénieux, on a pu maintenir remontée l'arcade alvéolaire abaissée.

Cystoscopie. — M. Delbet présente un cystoscope imaginé par M. Luys.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(Séance du 2 mars 1905)

Hémiplégie spinale par hématomyélie spontanée. — M. Déjerine. Après une phase de dyspepsie vague avec amaigrissement sans cause apparente, une femme de vingt-six ans, non syphilitique, fut prise subitement, il y a deux ans, de paralysie avec anesthésie des quatre membres et troubles sphinctériens. Quelques mois plus tard, on constatait un syndrome de Brown-Séquard caractérisé par : 1° hémiplégie droite, à distribution radiculaire, avec conservation des petits mouvements de la main (la malade peut coudre) et contracture des fléchisseurs ; 2° hémianesthésie gauche à dissociation syringomyélique (thermo-anesthésie, tact mieux conservé). A droite, on constatait une zone d'hypo-esthésie radiculaire, correspondant aux racines huitième cervicale et première dorsale et le syndrome sympathique.

Il ne peut s'agir que d'hématomyélie spontanée, fait rare, puisque c'est le deuxième cas observé par l'auteur ; la topographie de l'anesthésie montre que les lésions intramédullaires donnent des troubles sensitifs radiculaires ; d'après la limite supérieure de l'anesthésie, on peut dire que la lésion ne monte pas plus haut que la partie supérieure de la huitième cervicale.

Anurie hystérique. — M. Cestan (de Toulouse) a observé avec une attention scrupuleuse et en se tenant très en garde contre toute supercherie, une hystérique de dix-sept ans, chez laquelle apparurent : d'abord une rétention d'urine, puis une anurie presque absolue ; la quantité d'urine émise par vingt-quatre heures tomba à 75 grammes, avec 80 centigrammes seulement d'urée, bien que la malade prît 2 litres de lait par jour. Au bout de quelques jours, elle tomba dans un état comateux, et aussitôt l'urine monta à près d'un litre, avec 31 grammes d'urée. Cette décharge urinaire fut suivie de la guérison qui est aujourd'hui complète.

La Société estime ce cas des plus intéressants à cause de sa rareté et du soin avec lequel a été prise l'observation : après quelques remarques, touchant la difficulté de son interprétation, M. Déjerine dit qu'il faut, en cas de rétention d'urine hystérique, faire prendre 5 à 6 litres de lait par jour, ce qui amène rapidement la guérison.

Dix-huit cas de sclérose latérale amyotrophique avec autopsie. — M. Cestan (de Toulouse) résume l'ensemble de ces 18 cas observés et autopsiés par lui dans le service du professeur Raymond, à la Salpêtrière ; la forme normale de la maladie n'a été que rarement observée ; le plus souvent, elle a débuté par des troubles bulbaires, ceux-ci étaient restés isolés dans un cas, dans lequel existaient, cependant, des lésions spinales caractéristiques : dans un autre cas, on pensa pendant plusieurs mois à une myélite spécifique. Enfin, chez deux malades, l'amyotrophie était considérable. Avec une spasmodicité très peu marquée, les lésions des cellules des cornes antérieures très intenses expliquaient l'amyotrophie.

Lésions des glandes vasculaires sanguines dans l'acromégalie. — MM. Déjerine et Gauckler. Dans un cas d'acromégalie, l'hypophyse présentait une dégénérescence colloïde à peu près totale, le corps thyroïde, un gros goitre plongeant, l'une des surrénales des adénomes, l'autre un aspect cancéreux.

Endothéliome diffus du cerveau. — M. Marie. Cliniquement le malade avait présenté, à plusieurs reprises, des troubles de la parole ; il eut ensuite une légère hémiplégie gauche avec aphasie.

Affection spasmodique bulbo-spinale familiale. — M. Ballet. Sur cinq frères et sœurs, deux sont bien portants ; les trois autres présentent une contracture des quatre membres et du cou, avec voix monotone, légère dysarthrie et, dans un cas, troubles intellectuels. Grosse hérédité nerveuse du côté paternel de la famille.

Dysostose cléido-cranienne familiale. — M. Villaret. Une mère et ses trois enfants présentent le syndrome décrit par Marie ; exagération du diamètre bipariétal, retard de soudure des fontanelles ; la partie moyenne de la clavicule est représentée par du tissu fibreux.

Hémiplégie homolatérale par lésion cérébrale. — MM. Dupré et Paul Camus. Un malade, atteint d'une hémiplégie cérébrale infantile *droite*, présenta, à la suite d'une broncho-pneumonie, une hémiplégie *gauche* avec aphasie, coma, et mort rapide. L'autopsie montra un ramollissement embolique du lobe frontal *gauche*. L'homolatéralité s'expliquait par une décussation très incomplète des pyramides.

Chorée familiale. — MM. Brissaud, Bauer et Rathery montrent une famille de quatre enfants tous atteints de chorée ressemblant à la chorée de Sydenham. M. Déjerine demande s'il ne s'agit pas d'une petite épidémie familiale et conseille l'isolement.

Escare sacrée chez une tabétique alitée. — M. Roy. A la suite d'une crise gastrique, une malade atteinte de tabès avec sclérose combinée fit, en quelques jours, une vaste escare sacrée. On ne saurait invoquer ni le décubitus ni le contact avec les matières : il s'agit donc d'un véritable trouble trophique.

Hémiplégie avec hémianesthésie croisée. — M. Malloizel. L'hémiplégie semble de cause cérébrale, le facial inférieur étant atteint; elle s'accompagne d'une hémianesthésie croisée, sans troubles sensoriels, de pathogénie obscure.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

L'ANESTHÉSIE DES REINS ET DES VOIES URINAIRES SUPÉRIEURES

Aucun moyen simple et inoffensif ne permettant jusqu'ici de porter directement un liquide anesthésique dans les voies urinaires supérieures, les physiologistes ont été amenés à étudier les effets d'une curieuse substance qui possède en outre une réelle action sur la suppuration des voies supérieures.

La plante qui fournit la substance en question est depuis longtemps connue. C'est le *Piper methysticum* (Piperacées), poivre enivrant des Océaniens.

Dans la neuvième édition du *Traité de thérapeutique et de matière médicale* de Trousseau et Pidoux, qui date de 1877, on lit ce qui suit :

« Les Taïtiens et les habitants de la Polynésie préparent avec la racine du *Piper methysticum* une boisson très enivrante qu'ils nomment *Kava* ou *Kawa* ou *Ava*.

Les propriétés physiologiques de cette racine sont les mêmes que celles des autres poivriers.

La racine de kawa contient un principe cristallisé, la *méthysticine* ou *kawaïne*, indiqué dès 1845 par M. E. H. Morson et isolé de la racine fraîche par M. Cuzent, et une matière résineuse molle, jaune verdâtre, très aromatique, de saveur âcre et piquante, la *lewinine*. C'est dans cette résine que résident surtout les propriétés du *piper methysticum.* »

Cette masse se laisse décomposer en deux résines α et β.

Ces résines ont une action anesthésiante très remarquable ainsi que l'ont prouvé les expériences de Lewin (1), et les travaux de Goldschneider (2).

On les obtient chimiquement pures après élimination des substances indifférentes kawaïne et yangouine; on les dissout ensuite dans l'essence de santal des Indes-Orientales. Le produit obtenu, auquel on a donné le nom de *gonosan*, est une substance oléagineuse, jaune vert, translucide, dégageant une odeur aromatique et dont la composition est la suivante :

Un gramme contient *vingt centigrammes* de résines α et β de kava et *quatre-vingts centigrammes* d'essence de santal.

Boss, Friedlænder (de Berlin), Spitzer (de Vienne), Küsel de Moscou), Reissner l'expérimentèrent avec succès dans le traitement des inflammations des voies inférieures. Friedlænder l'expérimenta sur lui-même.

Tous ces auteurs constatèrent, non seulement l'anesthésie, mais aussi la cessation rapide des phénomènes inflammatoires que Lewin attribue à l'action ischémique de la résine de kava.

L'*action calmante* du *gonosan* est reconnue par tous les auteurs; ce serait une *anesthésie directe* analogue à celle produite par la cocaïne, mais due à une médication interne.

Or, si telle est l'action de la résine de kava sur les voies inférieures, pourquoi l'anesthésie ne se produirait-elle pas également au niveau des voies supérieures et même sur les reins? Pourquoi n'agirait-elle pas sur ces phénomènes complexes qui aboutissent à rendre si pénibles les nuits de certains malades atteints d'uretéro-pyélo-néphrite? Pourquoi ne pas essayer cette médication chez les calculeux? chez les malades atteints de coliques néphrétiques?

Et en effet les observations montrent que dans ces cas le gonosan, à la dose de 8 capsules par jour, a une action calmante très rapide, et une influence directe sur la suppuration qu'il fait diminuer rapidement, grâce à l'ischémie remarquable qu'il détermine.

Une remarque s'impose. Si les résultats thérapeutiques sont excellents, merveilleux même, pourrait-on dire; s'ils confirment les prévisions et les faits visant exclusivement les voies inférieures cités par les auteurs étrangers, le mécanisme admis par ces auteurs pour expliquer les résultats obtenus doit au contraire faire l'objet de quelques réserves. C'est là une question qui mérite de fixer l'attention. Elle présente, en effet, une réelle importance au point de vue des déductions cliniques que l'on peut en tirer.

Aux doses employées et qui sont celles indiquées par les auteurs cités, il est incontestable que la résine acide qui existe dans les organes des malades traités joue un rôle local, direct, important dans l'anesthésie constatée. Mais il est également évident que le système nerveux central est lui aussi impressionné. La somnolence, la sensation de fatigue, l'incertitude du mouvement observées chez notre malade sont autant de symptômes qui montrent que les résines de kava agissent sur les centres nerveux. Quelle est la part qu'il faut faire à cette action indirecte dans l'anesthésie des voies supérieures et inférieures? Il est difficile de le dire; mais elle est certaine.

Quoi qu'il en soit, le praticien possède dans le *gonosan* un agent thérapeutique qui peut rendre les plus grands services (1).

(1) *Berlin. klin. Wochens.*, 5, 1887.
(2) *Monats. f. prakt. Derm.*, 1886.

(1) Tous les travaux et notices concernant le *gonosan* peuvent être demandés à la maison Robais et Cie, 2, r. des Lions-Saint-Paul, Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 13 AU 18 MARS 1905)

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 13 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Tuffier, Rieffel et Cunéo.

2e, MM. Gautier, Ch. Richet et Branca.

3e (1re partie, oral, 1re série) : MM. Reclus, Retterer et Wallich; — (2e série) : MM. Segond, Sébileau et Potocki; — M. Broca (André), suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Terrier, Delens et Gosset; — (2e partie) : MM. Roger, Legry et Claude; — M. Labbé (Marcel) suppléant.

Mardi 14 mars, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Launois et Auvray.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Guiart et Richaud.

3e (1re partie, oral) : MM. Berger, Demelin et Rieffel; — (2e partie) : MM. Joffroy, Méry et Bezançon; — M. Maillard, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. Guyon, Schwartz et Marion; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Vaquez et Gouget; — M. Carnot, suppléant.

Mercredi 15 mars, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Segond, Sébileau et Branca.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Hayem, Déjerine et Desgrez.

1er (oral), *Salle Richet* : MM. Terrier, Retterer et Rieffel.

4e, *Salle Béclard* : MM. Landouzy, Gley et Balthazard; — M. Legueu, suppléant.

Jeudi 16 mars, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Thiéry et Rieffel.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique* : MM. Chantemesse, Jeanselme et Maillard.

1er (oral), *Salle Dubois* : MM. Poirier, Auvray et Morestin.

4e, *Salle Thouret* : MM. Raymond, Langlois et Richaud; — M. Dupré, suppléant.

SUITE DES SOMMAIRES

Languedoc médico-chirurgical. — (N° 2, 25 fév. 1905.) REYGASSE : A propos de l'origine infectieuse lymphatique des phlegmons de la cavité de Retzius.

Lyon médical. — (N° 8, 19 fév. 1905.) E. VILLARD et LECLERC : Abcès temporal d'origine otique ; trépanation, guérison. — S. COURMONT : Le dispensaire antituberculeux. — E. CLÉMENT : Notes complémentaires sur l'action de l'acide formique sur le système musculaire. — (N° 9, 26 fév.) VILLARD et LECLERC : Abcès temporal d'origine otique ; trépanation ; guérison ; considérations cliniques et thérapeutiques.

Médecine moderne. — (N° 9, 1er mars 1905.) LANCEREAUX : Contribution à l'étude de la tétanie d'origine gastrique.

Medical Record. — (N° 1789, 18 fév. 1905.) Emerson BREWER : Rapport sur 84 opérations pratiquées sur le rein et l'uretère. — Dwight CHAPIN : Décoctions de gruau titrées appliquées à l'alimentation. — Carleton FLINT : Rupture traumatique de l'intestin sans lésion de la paroi abdominale. — NORTHRUP : Traitement de la pneumonie chez les nourrissons et les enfants par l'air froid. — Lawrence ROYSTER : Médecine préventive : étude sur l'éducation.

Montpellier médical. — (N° 8, 19 fév. 1905.) GAUSSEL et GAUJOUX : Un cas de paraplégie blennorragique.

Münchener med. Wochenschrift. — (N° 8, 21 fév. 1905.) Alexander ELLINGER : Rapports entre l'action toxique de la cantharidine sur les reins et la réaction de l'urine. — GOSSNER : Le diagnostic bactériologique. — BRÜNING : Lait cru ou cuit ? — VÖRNER : Traitement de l'ulcère de jambe et de ses causes. — FIBICH : Remarques sur une épidémie de malaria tropicale à Mostar. — CNOPF : Emploi thérapeutique de l'oxygène. — BULLING : Inhalation de phénylpropiolate de soude contre la tuberculose pulmonaire et laryngée. — BRÜHL : Essai de la grisérine dans le traitement de la tuberculose pulmonaire chronique. — WEITLANER : Traitement du catarrhe aigu et chronique de l'estomac ; mode d'administration de l'acide chlorhydrique. — KRETSCHMANN : Septicémie causée par l'empyème des sinus juxta-nasaux. — SALZER : Rougeole sans exanthème. — DREYFUS : Sur un cas d'accouchement trigémellaire dans un utérus bicorne avec col unique. — KLINGER : Torsion du cordon spermatique.

Pédiâtrie pratique. — (N° 5, 1er mars 1905.) RICHARDIÈRE : L'ictère et le rôle du foie dans les vomissements à répétition de l'enfance. — AUSSET : Un cas de paralysie pseudo-hypertrophique. — L. CONCETTI : Néphrite et allaitement maternel.

Presse médicale. — (N° 17, 1er mars 1905.) A. BERGERON : Le bacille de Koch et le sang des tuberculeux. — P. SIKORA : Abcès de la paroi abdominale dû à la migration des vers intestinaux. — (N° 18, 4 mars.) TERRIER et DESJARDINS : La scopolamine comme anesthésique général en chirurgie. — BROCA : Mécanisme des décollements épiphysaires.

Revue générale des sciences. — (N° 3, 15 fév. 1905.) DESFOSSES : Radiothérapie et cancer. — (N° 4, 28 fév.) KOHLER : La microphotographie en lumière ultra violette. — P. MAZÉ : L'humus et l'alimentation carbonée de la cellule végétale (première partie : la théorie de Liebig). — A. MAILHE : Revue annuelle de chimie minérale.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 8, 25 fév. 1905.) F. SEMON : Une forme particulière d'hyperplasie chronique de la muqueuse des voies respiratoires supérieures.

Revue mensuelle des maladies de l'enfance. — (Mars 1905.) Carl HOCHSINGER : Considérations sur le stridor d'origine thymique chez les enfants. — AUCHÉ et Mlle CAMPANA : De l'état des sphincters dans la maladie de Little. — DETOT et BOURCART : Recherches sur l'agglutination du streptocoque dans la scarlatine.

Revue neurologique. — (N° 3, 15 fév. 1905.) DÉJERINE et ROUSSY : Un cas de déviation conjuguée de la tête et des yeux chez un aveugle de naissance. — Léopold LÉVI : La migraine commune, syndrome bulbo-protubérantiel à étiologie variable. — (N° 4, 28 fév.) PARHON et GOLDSTEIN : Recherches sur l'influence exercée par la section transversale de la moelle sur les lésions secondaires des cellules motrices sous-jacentes et sur leur réparation. — Italo ROSSI : Reprises chroniques de poliomyélite aiguë de l'enfance simulant la myopathie.

Revue scientifique. — (N° 7, 18 fév. 1905.) LAHY : Les modifications des échanges nutritifs chez l'homme sous l'influence de la fatigue musculaire (*à suivre*). — BRISARD : Une conception sociale de la statistique médicale de l'année. — (N° 8, 25 fév.) BERNHEIM : Suggestion et persuasion. — LAHY : Les modifications des échanges nutritifs chez l'homme sous l'influence de la fatigue musculaire (*suite*). — (N° 9, 4 mars.) BERNHEIM : Suggestion et persuasion (*fin*). — LAHY : Les modifications des échanges nutritifs chez l'homme sous l'influence de la fatigue musculaire (*fin*).

Roussky Vratch. — (N° 3, 22 janv. 1905.) William BEKHTEREV : La peur d'être regardé. — N. R. CHOULTZ : La fièvre palustre de la ville de Sotch et de ses environs. — V. N. ORLOV : Kystes hydatiques du petit bassin chez la femme. Diagnostic et traitement. — V. J. FEODOROV : Modifications dans la composition morphologique du sang consécutives à l'anesthésie chloroformique.

Semaine gynécologique. — (N° 9, 28 fév. 1905.) RÉCAMIER : Le traitement du cancer utérin inopérable.

Semaine médicale. — (N° 8, 22 fév.) RAYMOND et GUILLAIN : La névrite ascendante consécutive à l'appendicite. — (N° 9, 1er mars.) LÉPINE : Sur l'anaphyllaxie. — LEJARS : Traitement des plaies par écrasement de la main.

Tribune médicale. — (N° 6, 11 fév. 1905.) JEANSELME : Les teignes et leur traitement. — MARCILLE et GALEZOWSKI : Sinusite maxillaire avec exophtalmie et névrite optique. — (N° 7, 18 fév.) MÉNÉTRIER et BLOCH : Un cas de sclérodermie diffuse. Amélioration considérable par le traitement thyroïdien. — (N° 8, 25 fév.) JEANSELME : Les teignes et leur traitement. — J. DUPLAY : Chorio-épithéliome du vagin.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 8, 23 fév. 1905.) SACHSALBER : Étiologie de la pinguecula et du pterygion. — RAYMANN : Sur la folie communiquée. — HERZ : Traitement radiothérapique de la leucémie. — FEILER : Un plessimètre pour la différenciation des variations minimes de la sonorité.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

LA COMPAGNIE DE NAVIGATION MIXTE DE MARSEILLE demande deux médecins sanitaires maritimes pour faire les voyages entre Marseille, l'Algérie, la Tunisie et le Maroc. — S'adresser au docteur Lop, médecin-chef de la Compagnie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 28. — JEUDI 9 MARS 1905. 78e ANNÉE. JEUDI 9 MARS 1905. — N° 28.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Bacille fusiforme de Vincent et spirillum sputigenum, par le professeur H. Vincent.
Cas d'extraction d'un corps étranger (pièce de 10 francs) de la bronche droite par la bronchoscopie supérieure (avec 5 fig.), par MM. Jean Guisez et Barret.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de biologie. — Société de l'internat des hôpitaux de Paris.
PRATIQUE MÉDICALE
Le traitement des épileptiques dans les familles.
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
NOTES DE THÉRAPEUTIQUE
NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)
Colique hépatique.
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Lecture des copies d'anatomie pathologique. Séance du 7 mars 1905 : MM. Kahn, Ribierre et Gandy, 10; Lereboullet, 9; Gastou, 8.

La séance de classement des candidats appelés à subir la deuxième épreuve d'assimibilité est fixée au vendredi 10 mars, à cinq heures et demie, à la Charité.

La date de la première séance d'épreuve clinique sera fixée au cours de la séance de vendredi.

Concours de l'Internat. — Oral. — Séance du 6 mars 1905 : MM. de Gandt, 8 + 21 = 29; — Giroux, 15 + 24 = 39; — Eliot, 15 + 22 = 37; — Vincent (Clovis), 18 + 25 = 43; — Olivier, 14 + 18 = 32; — Vouters, 16 + 22 = 38; — Lemarchal, 13 + 19 = 32; — Chazarain, 16 + 19 = 35; — Laurence, 17 + 23 = 40; Giraudeau, 14 + 20 = 34.

Questions données : « Sinus caverneux. — Hémoptysies dans la tuberculose pulmonaire. »

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Battle (de Perpignan) est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — L'administration quarantenaire d'Egypte fait savoir qu'elle dispose d'une place de médecin adjoint de 2e classe aux appointements mensuels de 22 à 28 livres égyptiennes.

Les médecins qui veulent concourir à ce poste doivent être régulièrement diplômés, soit par une faculté de médecine européenne, soit par l'Etat.

Les demandes doivent être adressées à la présidence du conseil quarantenaire à Alexandrie et contenir : 1° copie du diplôme; 2° copie des certificats des services rendus; 3° certificat de bonne constitution; 4° engagement formel de prendre possession de son poste dans le courant du mois qui suivra la nomination.

L'administration se réserve le droit d'envoyer, à tour de rôle, ledit médecin à n'importe quel office quarantenaire, aussi bien aux ports de la Méditerranée que de la mer Rouge.

Les candidats doivent indiquer dans leur demande les langues qu'ils connaissent.

Ils sont prévenus que toute démission ne pourra être acceptée, que si elle est présentée à l'administration trois mois à l'avance.

Le concours sera clos le 7 avril 1905.

Les candidats qui auraient à demander des renseignements autres que ceux contenus dans l'avis ci-dessus, peuvent s'adresser directement à M. le consul de France à Alexandrie.

FONDATION OPHTALMOLOGIQUE ADOLPHE ROTHSCHILD. — L'hôpital destiné aux maladies des yeux, que le baron Adolphe de Rothschild a fondé par testament, est presque achevé; il va ouvrir d'ici deux mois.

La fondation donne sur le parc des Buttes-Chaumont, elle est située au coin de la rue Priestley et de la rue Manin. Elle admettra tous les individus atteints de maladies des yeux à quelque religion ou à quelque nationalité qu'ils appartiennent.

Le service médical est ainsi composé : MM. les docteurs Trousseau, médecin en chef; Sulzer et Millée, médecins-adjoints; Bisserié, médecin électricien; Duclos, chef de laboratoire; Florand, médecin consultant; Picqué, chirurgien consultant.

CONFÉRENCES DE MÉDECINE LÉGALE PSYCHIATRIQUE. — M. le docteur Paul Garnier, médecin en chef de l'infirmerie spéciale, chargé du cours de médecine légale psychiatrique, commencera ses conférences le samedi 11 mars 1905, à deux heures, et les continuera les mardis et samedis suivants à la même heure, 3, quai de l'Horloge.

Des cartes d'admission sont délivrées au secrétariat de la Faculté à MM. les docteurs en médecine, les internes des hôpitaux et les étudiants ayant passé leur quatrième examen de doctorat. — Après quatre mois d'assiduité à ce cours, un certificat de présence sera régulièrement délivré.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Souvenirs de l'île de la Réunion, par le docteur Gélineau. In-8° de 262 p. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

Le danger de la mort apparente sur les champs de bataille, par le docteur Icard (de Marseille). 1 vol. in-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Maloine.

La décapsulation dans les néphrites médicales; — La dilatation intra-vésicale de l'extrémité inférieure de l'uretère, par le docteur O. Pasteau; — **Les calculs diverticulaires de la vessie**, par les docteurs O. Pasteau et A. Durrieux. Une br. in-8°. — Daix, Clermont (Oise).

Comment? Pourquoi? Journal d'une calomniée. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Librairie F. Juven, 122, rue Réaumur.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

La Compagnie organise, avec le concours de l'agence Cook, les excursions suivantes :

Prix (tous frais compris). 1re classe : 1020 fr.; 2e classe : 925 fr.

Algérie-Tunisie. — Départ de Paris, le 16 mars 1905; retour le 13 avril. Durée de l'excursion : 29 jours.

Prix (tous frais compris). 1re classe : 1245 fr.; 2e classe : 1120 fr.

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux de l'agence Cook. 1, place de l'Opéra et 250, rue de Rivoli.

Régates de Nice et de Cannes. Tir aux pigeons de Monaco. — Billets d'aller et retour de 1re et de 2e classes, à prix réduits. De Paris pour Cannes, Nice et Menton, délivrés jusqu'au 4 avril 1905.

Les billets sont valables 20 jours et la validité peut être prolongée une ou deux fois de dix jours moyennant 10 p. 100 du prix du billet. Ils donnent droit à deux arrêts en cours de route, tant à l'aller qu'au retour.

De Paris à Nice. 1re classe : 182 fr. 60; classe : 131 fr. 50.

BACILLE FUSIFORME DE VINCENT
ET SPIRILLUM SPUTIGENUM

Par le professeur H. VINCENT (du Val-de-Grâce).

Dans une note récente parue dans ce journal (7 mars 1905), M. Plaut fait enfin connaître avec précision, et en lui donnant son appellation exacte, le microbe qu'il a vu dans son cas d'angine : il s'agit... du *Spirillum sputigenum!* Je crois bien comprendre maintenant pourquoi M. Plaut a attendu neuf ans avant d'affirmer qu'il avait observé des angines à *bacilles fusiformes*. Ces derniers ressemblent, en effet, si peu au Spirillum sputigenum comme morphologie, comme dimensions, comme mobilité, comme caractères de coloration, comme structure du protoplasma, etc., que personne ne songerait jamais à les identifier à lui. Le spirillum sputigenum, non cultivable, est, en effet, par ses dimensions et son aspect, « identique » au kommabacille du choléra (1) [Lewis, Miller, van Ermengem, Flügge, Crookshank, Macé, etc.]. Bien que mon attention fût spécialement appelée sur cette recherche, en lisant le mémoire de Miller paru en 1883 et son très important ouvrage de 1892, je ne me suis pas, un seul instant, arrêté à l'idée que le bacille fusiforme (agent essentiel de l'angine) et le spirillum sputigenum, microbe morphologiquement identique au Spirillum choleræ, fussent un même microbe. La citation du post-scriptum de Miller, par M. Plaut, ne pouvait qu'accentuer davantage, s'il était possible, le contraste qui existe entre le spirille et le bacille en forme de fuseau. Est-il besoin d'insister ?

Je résume donc :

1° M. Plaut n'a ni vu ni décrit, dans son cas d'angine, le bacille fusiforme de l' « angine de Vincent »; il a vu le *spirillum sputigenum*, et il s'efforce, pour donner raison à ce qu'il dit, de l'identifier avec le bacille fusiforme. J'ajouterai que les symptômes présentés par sa malade ne sont pas ceux de mon angine;

2° Il affirme encore, comme suprême argument, que Miller qui, dans sa longue et savante carrière, a fait si souvent l'étude des microbes de la bouche, a dû certainement voir — en 1883 — le bacille fusiforme. Il est vrai qu'il ne dit pas qu'il l'ait décrit;

3° Pour compléter ces explications, M. Plaut émet la ferme opinion que tous les microbes de la bouche répondant aux types si différents de : kommabacilles, spirilles, bacilles longs, bacilles courts, etc., dérivent uniformément d'une seule espèce microbienne : Cladothrix ou Streptothrix. Cela lui permettrait d'y faire entrer le bacille fusiforme qu'il n'a point vu.

D'autre part, chacun sait que les streptothrix sont, non des schyzomycètes, comme les spirilles ou les espèces du genre bacillus, mais des hyphomycètes ramifiés à oospora !

Mais je ne m'attarderai pas à discuter davantage un ensemble de raisons aussi confuses et aussi peu scientifiques. Pour ma part, je considère que la discussion est close.

(1) Consulter : *Traité de bactériologie*, de Macé, 1901, p. 1055, que je cite textuellement. — Lewis. *The Lancet*, 20 sept. 1884; Flügge. *Die Mikroorganismen*, Leipzig, 1896, II, p. 594; Miller lui-même, etc., insistent sur l'*identité de forme* de ce spirille avec celui du choléra.

CAS D'EXTRACTION D'UN CORPS ÉTRANGER (PIÈCE DE 10 FR.)
DE LA BRONCHE DROITE
PAR LA
BRONCHOSCOPIE SUPÉRIEURE

Par le docteur Jean GUISEZ,
Ancien interne des hôpitaux,
Chef des travaux d'oto-rhino-laryngologie à l'Hôtel-Dieu,
et le docteur BARRET,
Chef du service radiographique au Dispensaire Furtado-Heine.

Il y a un peu plus d'un an, en décembre 1905, nous avons publié un cas d'extraction d'un clou de la troisième ramification bronchique par la bronchoscopie.

Depuis, grâce à une technique et à une instrumentation perfectionnées, nous avons réussi à extraire par les voies naturelles, sans trachéotomie, un corps étranger de la bronche droite (pièce de 50 centimes), un autre immédiatement sous-laryngé (cure-dents). Toutes ces observations sont consignées dans un mémoire lu en janvier à l'Académie de médecine. Enfin, il y a quelques jours, nous avons enlevé directement par le larynx (bronchoscopie supérieure) sous simple cocaïnisation et dans une première séance, une pièce de 10 francs de l'intérieur de la bronche droite.

Observation. — Le malade qui va faire l'objet de cette observation nous fut adressé par le docteur Barret, médecin radiographe du dispensaire Furtado-Heine.

Cet homme, exerçant la profession de caissier, avait, le 3 septembre 1903, quelques pièces de 10 francs dans la bouche. Il en sentit tout à coup une filer et disparaître dans le larynx. Il fut pris aussitôt d'un accès terrible de suffocation avec toux quinteuse, violente, et sensation de manque d'air. Après quelques minutes de cette crise aiguë, les phénomènes s'amendèrent; la respiration haletante redevint plus calme. Néanmoins dans le reste de la journée il y eut encore deux ou trois petits accès de suffocation avec toux quinteuse persistante.

Plusieurs fois à l'occasion d'une quinte de toux, l'expectoration fut striée et teintée de sang. Ces petites hémoptysies peu abondantes eurent le don d'effrayer beaucoup le malade et ce sont elles surtout qui le décidèrent à consulter un médecin de son quartier. Celui-ci s'efforça de le calmer, essaya de le persuader qu'il n'avait rien dans les bronches, convaincu qu'il était, du reste, qu'il s'agissait là d'un simple fait d'imagination. Le malade soutenait le contraire, d'autant qu'il sentait nettement une douleur assez vive à la partie supérieure du poumon droit et même les déplacements de la pièce dans la toux ou la respiration énergique.

Les jours suivants, les phénomènes parurent s'ameder ; de temps à autre, néanmoins, élancements et pointsn de côté dans la partie supérieure de la poitrine. Tous les matins, toux procédant par petites quintes, surtout pénibles immédiatement après le réveil, avec expectoration filante et muco-purulente. Après cette sorte d'évacuation le reste de la journée était très calme. Cependant, à l'occasion de certains mouvements, le malade sentait sa pièce et quand il se baissait, il lui semblait que celle-ci se déplaçait.

Plusieurs fois (5 ou 6), à l'occasion de mouvements un peu brusques, apparurent de véritables accès de suffocation ; il est vraisemblable d'admettre qu'ils étaient dus aux déplacements de la pièce pouvant obstruer la grosse bronche droite en se plaçant en travers d'elle.

Depuis trois semaines, les symptômes sus-énoncés ont augmenté d'intensité et la toux en particulier est devenue plus fréquente, l'expectoration plus abondante et tous les matins se produisent de véritables vomiques à la suite desquelles survient un soulagement notable. Dans ces derniers temps aussi le malade se plaint d'une sorte de cacosmie subjective avec mauvais goût dans la bouche.

Durant toute cette longue période de seize mois, depuis le jour de l'accident, le malade était très tourmenté par la présence de cette pièce, d'autant qu'il la sentait continuellement. Il alla conter sa mésaventure successivement à sept ou huit médecins. Tous le rassurèrent de leur mieux et essayèrent, mais en vain, de lui prouver qu'il se trompait, croyant sincèrement, sans doute, à l'impossibilité d'un pareil accident.



Fig. 1. — Radiographie montrant la pièce de 10 fr. dans le thorax.

Il en fut ainsi jusqu'au jour où il vint consulter le docteur Barret qui tout de suite lui fit une radioscopie.

C'est dans son cabinet que nous vîmes pour la première fois le malade.

Un examen rapide externe du thorax et l'auscultation ne nous révélèrent rien de particulier qu'un peu d'obscurité de la respiration dans la partie supérieure du poumon droit.

L'examen radioscopique pratiqué le 11 février 1905 a donné les résultats suivants :

Le malade étant placé dans la *position frontale*, le dos tourné vers l'écran, l'ombre de la pièce apparaît sur le bord droit de l'ombre médio-sterno-vertébrale, dépassant un peu cette ombre à droite.

La hauteur repérée à l'aide du rayon normal, c'est-à-dire en faisant passer par le centre de l'ombre le rayon perpendiculaire à l'écran, correspond à la partie inférieure du sixième espace intercostal en arrière. La pièce est placée de champ, debout sur sa tranche et dans un plan sensiblement parallèle au plan frontal.

Les mouvements respiratoires semblent lui faire subir un léger déplacement en hauteur qui atteint 3 ou 4 centimètres dans la toux et l'expiration forcée.

Du côté des poumons, on note une obscurité assez prononcée du poumon droit, le sommet gauche est lui-même peu transparent.

Dans l'examen en *position oblique*, la pièce apparaît par sa tranche à la partie antérieure de l'espace clair moyen, compris entre l'ombre de la colonne vertébrale et celle du cœur, à un niveau un peu inférieur à celui du sommet de l'ombre cardio-aortique.

On fait une radiographie (voir fig. 1), le thorax étant immobilisé en inspiration. Comme le malade est incapable de retenir son souffle plus d'une vingtaine de secondes, la pose est faite en trois fois : le courant est établi dans l'ampoule dès que le malade a immobilisé son thorax et interrompu dès qu'il est obligé de reprendre sa respiration. On réalise ainsi une pose d'une durée totale de cinquante secondes, minimum de temps paraissant nécessaire, étant donné la robuste constitution du sujet. L'ombre de la pièce est bien visible sur l'épreuve radiographique dans la région indiquée par la radioscopie. Mais celle-ci nous donne des renseignements bien plus précis que la radiographie.

La présence de cette pièce et sa localisation à la partie moyenne de la bronche droite, étant donné la projection de l'ombre au niveau du sixième espace intercostal en arrière, n'était donc plus douteuse, grâce à la radioscopie.

Nous donnons rendez-vous au malade pour le matin du 14 février, dans le service du professeur Le Dentu, en lui recommandant de venir à jeun et après lui avoir fait prendre jusque-là 4 grammes de bromure de potassium par jour.

Nous commençons par insensibiliser avec de la solution de cocaïne à 1/20 le pharynx, le voile, la base de la langue, l'entrée de l'œsophage, les aryténoïdes, examinons le larynx avec notre spatule tube et anesthésions la glotte et la région sous-glottique. Nous préparons une série de longs porte-coton et un tube bronchoscopique à large pavillon de 35 centimètres de long et 14 millimètres de diamètre.

Le malade est mis dans la position couchée, la tête très renversée en arrière dépassant le plan du lit et la nuque soutenue par un aide.

Au moment d'introduire le tube, sous l'influence de la position déclive de la tête sans doute, survient un léger accès de suffocation, mais rapidement les phénomènes disparaissent et tout rentre dans l'ordre. Le malade tirant fortement la langue,

nous introduisons le tube, légèrement chauffé au-dessus d'une lampe à esprit-de-vin, par la commissure labiale gauche.

Par la lumière du tube et nous éclairant de notre lampe frontale (voir *Presse méd.*, n° du 25 fév. 1905), nous voyons successivement l'épiglotte que nous relevons vers la base de la langue avec l'extrémité même du tube, les cordes vocales, les aryténoïdes, puis redressant progressivement le tube et, ordonnant au malade une large inspiration, nous franchissons d'un seul coup la glotte. Avec des porte-coton très longs, nous anesthésions la région sous-glottique et l'origine de la trachée. Au fur et à mesure que nous cocaïnisons, nous descendons le tube et bientôt apparaît la bifurcation des bronches. Un peu de cocaïne encore et, inclinant vers la gauche la partie du tube restée hors la bouche, nous pénétrons rapidement dans la bronche droite.

La tranche jaune de la pièce de 10 francs nous apparaît nettement de champ dans l'intérieur de la bronche qui semble avoir allongé son diamètre antéro-postérieur, se modelant pour ainsi dire sur le corps étranger (voir fig. 2). Rapidement,



Fig. 2. — Schéma montrant la pièce dans la bronche droite.

avec la pince à articulation terminale montée sur le manche universel, nous la saisissons sous le contrôle exact de la vue. Nous nous assurons que la prise est bonne : en essayant de sortir la pince nous sentons en effet que la pièce butte sur l'extrémité du tube dont le diamètre est de quelques millimètres inférieur à celui de la pièce et d'un seul coup nous retirons le tube et la pince avec le corps du délit.

L'ensemble de l'intervention, dès que la cocaïnisation a été obtenue, n'a duré que deux ou trois minutes.

Quant au malade, il s'est levé immédiatement après l'intervention, il a pu rentrer chez lui en voiture, ne gardant pendant quelques jours qu'un peu d'aphonie due à un léger œdème des cordes vocales, sans la moindre fièvre ou le plus petit malaise. Le lendemain de l'opération, nous pûmes, en effet, le présenter à la Société de chirurgie (1).

Si l'extraction de ce corps étranger a été très rapide, c'est grâce, surtout, au nouvel *éclaireur* que nous avons fait construire par Collin (voir fig. 3). Basé sur le principe de la vision directe, il est composé de trois petites lampes de 8 volts groupées autour d'une plaque métallique percée au centre d'un orifice pour la vision monoculaire. Il permet de voir bien mieux que la lampe de Kirstein dont nous nous servions précédemment.

Comme instrument extracteur (fig. 4) nous avons réalisé le but auquel nous tendions depuis longtemps : un manche universel sur lequel se branche instantanément toute une série de pinces à tiges minces et de différentes formes suivant la nature du corps étranger à extraire.

(1) Soc. de chir., 15 fév. 1905.

Quant aux tubes (fig. 5) que nous employons maintenant ils sont munis à leur extrémité proximale d'un entonnoir dont la face interne est exactement noircie et facilite beaucoup la vision à leur extrémité.

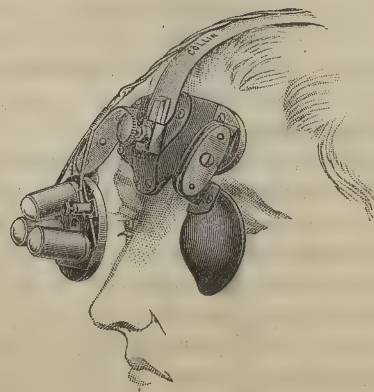


Fig. 3. — Éclaireur de Guisez.

Dans ce cas point n'a été besoin de faire de trachéotomie et nous avons pu opérer directement par les voies naturelles.

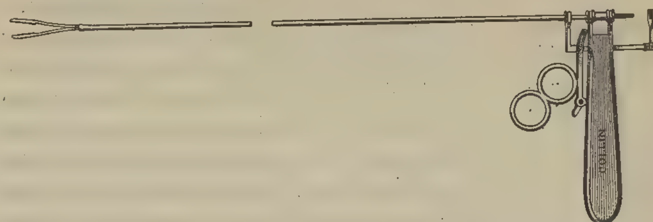


Fig. 4. — Pince avec manche universel.

C'est le quatrième corps étranger des voies aériennes que nous extrayons par cette méthode.

Dans le premier, et c'était la première fois que la bronchoscopie était appliquée avec succès en France, il s'agissait d'un clou situé dans la troisième ramification bronchique (1).

Dans le second, nous avons pu enlever, simplement avec la spatule tube, un cure-dents piqué immédiatement à l'entrée de la trachée.

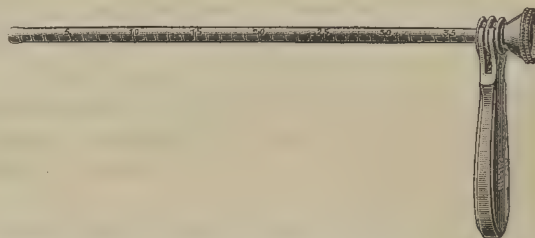


Fig. 5. — Tube bronchoscopique avec manche.

Le troisième concernait une pièce de 50 centimes, située à droite de la bifurcation bronchique, à l'orifice de la bronche droite.

Ces différentes observations sont consignées dans un mémoire que nous avons lu à l'Académie de médecine en janvier 1905.

Dans le premier cas seul nous dûmes recourir à la trachéotomie, tous les autres ont été faits par bronchoscopie supérieure et sous simple cocaïnisation.

(1) *Presse méd.*, déc. 1903.

L'observation de l'ablation de la pièce de 10 francs que nous avons surtout en vue ici est intéressante à plusieurs points de vue.

On peut, en effet, être étonné de la tolérance exceptionnelle de la bronche pour ce corps étranger qui est resté quinze mois dans la bronche droite sans occasionner d'accidents. La nature du métal n'est sans doute pas étrangère à ce peu de réaction de la paroi bronchique.

En regardant d'un peu plus près il s'agissait là de tolérance toute relative. Le sujet était très gêné par la présence de cette pièce; tous les matins il avait de violentes quintes de toux et même depuis quelque temps des vomiques. Lorsque nous fîmes l'extraction, nous avons été également frappé par la rougeur et le gonflement de la muqueuse de la bronche droite comparée à la gauche qui était saine.

Tous ceux qui connaissent la pathologie des bronches savent que les accidents tardifs sont très fréquents et notre malade, étant donné les signes subjectifs qu'il présentait et les altérations des parois bronchiques constatées au bronchoscope, n'aurait pas tardé à présenter de sérieuses complications.

La situation de ce corps étranger qui est parvenu à se loger dans l'intérieur de la bronche semble invraisemblable à priori. Une pièce de 10 francs mesure en effet 19 millimètres de diamètre et la bronche droite chez un homme de la corpulence de notre malade 15 à 18 millimètres. Mais il ne faut point oublier que les bronches sont des organes éminemment élastiques et la pièce de 10 francs, grâce à son propre poids, à la densité du métal dont elle est composée, a pénétré dans la bronche et l'a modelée sur elle, donnant à son calibre une forme légèrement ovalaire.

Dans l'observation citée plus haut de la pièce de cinquante centimes, celle-ci était restée à l'entrée de la bronche à cheval sur son orifice supérieur et cependant une telle pièce mesure un millimètre de moins qu'une pièce de 10 francs. Mais la bronche était plus petite, le sujet étant moins développé, en outre l'accident remontait à quelques jours à peine et la pièce n'avait pas eu encore le temps de s'y tasser.

Dans les deux cas il est à remarquer que le corps étranger a suivi la direction de la bronche droite. C'est vers elle du reste que cheminent le plus souvent les corps étrangers, car elle continue véritablement la direction de la trachée.

Nous ne pensons point que cette pièce de 10 francs ait eu une grande mobilité, étant donné cette sorte d'enclavement dans la bronche que nous avons observé au moment de l'extraction. Tout au plus pouvait-elle pivoter sur son axe sous l'influence d'expirations brusques dans la toux et alors obstruer la bronche tout entière, d'où gêne respiratoire et même accès de suffocation.

En terminant, il est quelques points de technique sur lesquels nous voudrions insister (1). La position couchée du malade pour l'extraction nous a paru plus facile et c'est celle que nous employons lorsqu'il s'agit de corps étrangers bronchiques. Toutefois la cocaïnisation jusqu'à la glotte doit être faite dans la position assise.

Avant de commencer l'intervention il faut bien s'assurer que l'insensibilisation est complète. Une des grandes difficultés de la bronchoscopie supérieure est de franchir la glotte, et on ne le pourra que si la cocaïnisation est parfaite.

Si, au début de l'application de la méthode, nous avons quelquefois dû renoncer à pratiquer la bronchoscopie supérieure et si, en particulier dans le cas d'extraction du clou, nous avons dû faire une trachéotomie, c'est que nous n'étions point suffisamment familiarisés avec la technique, et que nous n'avions pas à notre disposition une instrumentation assez perfectionnée. Moure (de Bordeaux) et Lombard (de Paris) ont, dans deux cas récemment rapportés de corps étranger des bronches, dû recourir à la trachéotomie. Cette opération facilite singulièrement l'introduction des tubes, et la recherche dans les voies aériennes.

Sans doute une plaie de trachéotomie est bien insignifiante, surtout si elle doit simplifier la technique de la bronchoscopie.

Mais il ne faut pas oublier que toute trachéotomie, lorsqu'il y a, comme toujours du reste dans le cas de corps étrangers des bronches, menace de complications pulmonaires, et même altération et lésion des parois bronchiques, constitue une intervention dangereuse, d'autant que l'on opère toujours dans ce cas en milieu infecté.

On ne devra y recourir que lorsque la bronchoscopie supérieure aura échoué et cette circonstance doit, à notre avis, devenir de plus en plus rare.

(1) Voir pour plus de détails : Guisez. *De l'œsophagoscopie et de la bronchoscopie*, Baillière, éditeur.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 27 février 1905)

Différentes sortes d'otites scléreuses. — M. Marage. Quand on mesure, au moyen de la sirène à voyelles, l'acuïté auditive des malades atteints *cliniquement* d'otite scléreuse, on obtient des courbes différentes. Peut-on, au moyen de ces tracés, reconnaître si l'oreille interne présente des lésions? Telle est la question que s'est posée M. Marage.

L'expérience montre que les malades, atteints de surdité à la suite d'otorrhées, ont toujours la même forme de courbe, tandis que ceux qui, comme les sourds-muets, présentent des lésions du nerf ou des centres auditifs, ont des tracés absolument différents avec trous dans l'audition. Il y a là un moyen d'investigation intéressant.

Sur l'application de la thermométrie au captage des eaux d'alimentation. — M. E.-A. Martel, dans une communication qui a une grande importance au point de vue de l'hygiène publique, démontre que l'observation thermométrique des émergences d'eau ne doit pas se borner à apprendre si l'eau est assez fraîche pour la consommation.

Les émergences ne méritent le nom de source que lorsque leurs variations de température sont à peu près nulles. Dans ce cas on peut en général préjuger l'origine véritablement

souterraine de leur eau, géothermiquement équilibrée dans le sol à l'abri de toute contamination.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 8 MARS 1905)

Syphilis et paralysie générale. — La communication de M. Fournier sur la syphilis et la paralysie générale a donné lieu à un débat intéressant, auquel ont pris part MM. RAYMOND et JOFFROY. Le défaut de place nous oblige à en abréger le compte rendu, disons seulement que de cette discussion entre syphiligraphes, neurologistes et aliénistes, il ressort que les premiers, avec M. Fournier, font peut-être une trop large part à la syphilis dans l'étiologie de la paralysie générale, que les seconds, avec M. Raymond, font jouer un grand rôle à l'hérédité nerveuse et au terrain, que les derniers enfin, avec M. Joffroy, n'accordent à la syphilis qu'une action prédisposante au même titre qu'à l'alcoolisme, au tabagisme, au surmenage, aux excès, etc. La discussion ne s'en tiendra pas là. Nous y reviendrons.

Voici les conclusions de M. Joffroy :

1° La syphilis n'est pas la cause efficiente de la paralysie générale ;

2° La paralysie générale n'est pas une affection de nature syphilitique ;

3° Le traitement mercuriel n'est pas prophylactique de la paralysie générale ;

4° Le traitement mercuriel ne guérit pas la paralysie générale ;

5° Le traitement mercuriel n'est pas sans danger chez les paralytiques généraux.

Vaccination. — M. KERMORGANT présente, au nom du docteur ARNOULD, médecin-major des troupes coloniales, un travail très important sur le fonctionnement du service de la vaccine en Annam.

Depuis 1903, ce service important a été confié à deux médecins européens et l'administration a dû retirer leur permis de vaccination aux praticiens indigènes qui en abusaient pour pressurer les populations et éloigner ainsi des gens qui ne demandaient qu'à être inoculés, à la condition que l'opération fût gratuite.

Dysenterie. — M. CHANTEMESSE analyse un travail sur la dysenterie bacillaire à Bordeaux, par M. B. AUCHÉ, agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital des Enfants.

A Bordeaux la dysenterie existe à l'état endémique. L'agent pathogène de cette affection a été isolé par M. B. Auché. C'est un petit bacille immobile, ne se colorant pas par le procédé de Gram, ne formant pas de l'indol, ne faisant pas fermenter les sucres, ne coagulant pas le lait, ne liquéfiant pas la gélatine. Il est agglutiné par le sérum des dysentériques. Inoculé aux animaux il détermine les symptômes et les lésions de la dysenterie humaine. Il est identique au bacille découvert par MM. Chantemesse et Widal, décrit ensuite, à l'étranger, par Shiga, Kruse, Flexner et, à leur suite, par plusieurs autres auteurs. Il a été retrouvé en France, il y a deux ans, par MM. Vaillard et Dopter, dans une épidémie de dysenterie observée à Vincennes.

La sérothérapie a été employée avec succès à l'étranger. La connaissance de la nature exacte de la dysenterie dans notre pays permettra de lui opposer avant longtemps, sans doute, le même moyen thérapeutique.

Élections. — MM. Fontan (de Toulon) et Malherbe (de Nantes) ont été élus membres correspondants nationaux dans la deuxième division.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1905 [*fin*])

La polyurie à la fin de la grossesse normale. — Les statistiques publiées montrent qu'à la fin de la grossesse la primipare excrète un volume d'urine inférieur à la normale, les multipares un volume légèrement supérieur à la normale. On ne peut tirer parti de ces chiffres pour préciser s'il y a réellement polyurie à la fin de la grossesse.

Les recherches faites sur les femmes sont rendues peu probantes par l'inconstance du régime. Aussi MM. P. BAR et DAUNAY ont-ils suivi deux chiennes pendant et en dehors de la gestation en les soumettant à un régime constant.

La première a été suivie pendant deux portées successives prenant une même quantité d'eau, 1282 centimètres cubes, elle a éliminé quotidiennement le même volume d'urine : 1 141 centimètres cubes pendant la première partie ; 1 139 pendant la deuxième partie.

En dehors de la gestation elle éliminait pour la même quantité d'eau ingérée 1052 centimètres cubes, c'est-à-dire 88 centimètres en moins.

La deuxième chienne prenait pendant la gestation 615 centimètres cubes d'eau par jour, elle éliminait 535 centimètres cubes d'urine. En dehors de la gestation, avec le même régime elle éliminait 520 centimètres cubes, c'est-à-dire 15 centimètres cubes en moins. La gestation est donc une cause de polyurie.

Il est logique d'admettre qu'il en est de même chez la femme.

Election. — M. CAULLERY, par 32 voix sur 51 votants, est élu membre de la Société de biologie.

(SÉANCE DU 4 MARS 1905)

Continuant leurs intéressantes recherches, MM. WIDAL et ROSTAINE nous exposent aujourd'hui les **effets de la sérothérapie préventive contre l'attaque d'hémoglobinurie a frigore.** Voici, à ce sujet, ce que disent les auteurs :

« Nous avons montré récemment qu'il suffisait d'ajouter *in vitro* une faible quantité d'antisensibilisatrice au plasma d'un hémoglobinurique pour enlever à cette humeur la propriété spéciale de sensibiliser les hématies humaines sous l'influence du froid.

Ces résultats nous ont conduits à rechercher si en injectant à un hémoglobinurique un sérum antisensibilisateur spécifique, on ne pourrait empêcher le pissement d'hémoglobine que le refroidissement provoque chez un tel sujet. Notre malade se présentait dans des conditions éminemment favorables à une telle étude ; elle était si sensible au froid qu'une promenade au jardin pendant dix minutes à + 10 degrés suffisait à provoquer une attaque légère.

L'immersion des mains pendant un quart d'heure dans une cuvette d'eau maintenue à + 15 degrés, faisait également éclater une crise légère.

L'immersion des mains pendant une heure dans l'eau maintenue à + 10 degrés provoquait une crise d'hémoglobinurie intense qui se prolongeait pendant plusieurs heures.

Nous avons ainsi deux points de comparaison nous permettant de juger avec une grande exactitude les résultats

obtenus par l'injection à notre malade de sérum pourvu d'antisensibilisatrice.

Ces sérums provenaient d'animaux ayant reçu trois ou quatre injections de doses massives de sérum humain à intervalles espacés.

Deux jours après l'injection de 25 centimètres cubes de ce sérum, l'immersion des mains pendant un quart d'heure à + 15 degrés ne provoquait plus le moindre malaise et les urines conservaient une limpidité parfaite.

Après une deuxième injection de 25 centimètres cubes, les mains pouvaient rester immergées pendant cinquante minutes à + 10 degrés sans qu'apparaisse le moindre symptôme anormal. Le lendemain une sortie dans le jardin à + 3 degrés pendant vingt minutes ne provoqua ni hémoglobinurie ni le moindre malaise.

La résistance se prolongeait pendant quatre semaines environ, elle faiblissait légèrement après dix jours et se perdait au fur et à mesure que l'antisensibilisatrice s'échappait de l'organisme; de nouvelles injections de sérum empêchaient à nouveau l'hémoglobinémie de se produire.

Nous avons ainsi réalisé une immunisation passive comparable à celle que confère l'injection de sérums anti-microbiens.

La sérothérapie jusqu'ici n'a guère fourni de résultats que contre les maladies dues aux microbes ou aux toxines. Il est donc intéressant de constater toute la puissance d'action qu'a eue notre sérum sur un accident humoral tel que l'hémoglobinémie. En dehors de l'hémoglobinurie paroxystique, il sera intéressant de rechercher dans quelle mesure de tels sérums pourraient aider à combattre l'hémoglobinémie que l'on rencontre au cours de divers états pathologiques, dans la fièvre bilieuse hémoglobinurique par exemple. »

Diminution de l'extrait sec urinaire à la fin de la grossesse normale. — MM. Bar et R. Daunay pensent que la diminution de l'extrait sec urinaire à la fin de la grossesse normale n'a pas nécessairement la signification d'une insuffisance rénale.

Ils ont déterminé les variations de poids de l'extrait sec urinaire chez deux chiennes soumises à un régime constant, l'une pendant toute la durée d'une portée, l'autre pendant deux portées successives, etc. D'autre part, ils ont pesé les matières solides contenues dans les petits et leurs annexes. Ils ont ainsi constaté une corrélation parfaite entre l'abaissement de l'extrait sec urinaire et le poids des matières solides fixées par le fœtus.

Ayant enfin déterminé le poids des matières solides contenues dans les fœtus aux différentes époques de la vie intra-utérine, ils concluent qu'il y a rapport entre l'intensité de la dérivation vers le fœtus et l'abaissement de l'extrait sec urinaire.

Note sur la distribution et la topographie du courant sanguin porto-sus-hépatique, au niveau du foie. — Pour M. Emile Giraudel, la veine porte se ramifie suivant une double série de branches : les unes, préveineuses, qui fournissent par dichotomies successives d'autres veines, toutes ces veines étant stériles, c'est-à-dire ne donnant pas naissance à des capillaires; les autres, précapillaires fertiles, qui naissent des premières, soit collatéralement, au long du système dichotomique, soit terminalement, aux extrémités de ce système. La veine porte est donc terminale, au sens de Cohnheim. Même constatation pour la veine sus-hépatique, avec cette différence que cette veine reçoit à la fois des veines collectrices et directement des capillaires, sur tous les points de son trajet. Il n'y a donc pas d'anastomose veineuse entre les branches de la veine porte, partant pas de « cercles veineux périlobulaires ». Il n'y a pas d'anastomose veineuse entre la veine porte et la veine sus-hépatique. Entre ces deux veines, la capillarisation du courant de décharge porto-sus-hépatique est totale.

Ce courant de décharge affecte dans le foie la topographie suivante. Les branches précapillaires, tant les collatérales que les terminales, s'affrontent deux à deux et ainsi opposées l'une à l'autre à la façon du pouce et de l'index, mais non anastomosées, elles ferment sur elle-même la formation portale. Celle-ci devient comparable à une sorte d'éponge, dont les travées seraient d'une part des travées stériles formées des branches préveineuses, d'autre part des travées fertiles, formées de la mise bout à bout de deux branches précapillaires affrontées. Cette éponge porte réserve dans l'espace une formation complémentaire, continue, réticulée comme elle, moule en creux de l'éponge porte. La veine sus-hépatique est une sorte de racine qui pousserait des divisions dans la formation cavitaire réticulée. Entre l'éponge porte et la racine sus-hépatique, s'interpose le réseau capillaire porto-sus-hépatique. Sur une coupe histologique donnée, les capillaires ne prennent donc pas naissance forcément sur les travées intéressées par la coupe. Cela n'a lieu que là où l'une des travées est justement fertile. Mais au niveau des travées stériles, il y a seulement accolement, reploiement des capillaires, qui nés plus haut ou plus bas de travées fertiles non intéressées, vont ensuite gagner dans le plan de section la veine sus-hépatique. Grâce à cette image de surface, il est facile de se figurer la formation spéciale correspondante.

Effets expérimentaux de la toxine dysentérique sur le système nerveux central. — Au cours de ses expériences sur la dysenterie bacillaire expérimentale, M. Dopter avait noté la fréquence des paralysies survenant chez les animaux.

Les nerfs périphériques étudiés n'ont montré aucune lésion. La moelle au contraire est le siège de lésions de deux ordres : diffuses ou en foyer. Les premiers consistent en chromophilie du protoplasma et du noyau des grandes cellules des cornes antérieures. Les lésions en foyer sont constituées par de véritables ramollissements souvent multiples, développés uniquement dans les cornes antérieures. Dans les deux cas, les vaisseaux sont dilatés et gorgés de sang. Il s'agit, en un mot, de myélite aiguë, plus spécialement de poliomyélite.

Ces phénomènes provoqués par les inoculations sous-cutanées de cultures vivantes peuvent être reproduits par l'inoculation par la même voie de toxine dysentérique.

Les lésions qui précèdent sont donc dues à l'action de la toxine; mais les troubles que cette dernière provoque ne présentent rien de spécifique, ils sont en tout point comparables à ceux que tout poison microbien est susceptible de déterminer.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX

(Séance du 23 février 1905)

Deux cas de pseudo-lithiase intestinale d'origine médicamenteuse. — M. Froussard (de Plombières) a observé deux cas de pseudo-lithiase due à l'ingestion de cachets de magnésie qui, sous l'influence de la compression et de l'hydratation, ont été expulsés de l'intestin comme des corps étrangers.

M. Reblaud fait une communication sur l'**intervention chirurgicale de la pseudo-occlusion intestinale d'origine névropathique.**

M. JOUSSET apporte une observation de **cancer primitif de la rate**, malheureusement sans confirmation histologique.

Enfin M. MOUNIER relate **un cas d'érythème multiforme par intoxication alimentaire.**

La conférence habituelle a été faite par M. le professeur BUDIN sur les **consultations de nourrissons.**

PRATIQUE MÉDICALE

LE TRAITEMENT DES ÉPILEPTIQUES DANS LES FAMILLES

Le nouveau livre que M. Féré, médecin de l'hospice de Bicêtre, vient de publier sur *Le traitement des aliénés dans les familles* (1), contient, au milieu de conseils précieux sur les soins généraux que l'on doit donner à ces malades, des indications thérapeutiques qu'il n'est pas inutile de rappeler.

« Le traitement des épileptiques, dit-il, mérite une surveillance étroite. Les quelques médicaments qui ont sur eux une heureuse action n'agissent qu'à la longue et à condition d'être administrés d'une façon régulière. Lorsque les accès ont été suspendus pendant un certain temps, il ne faut pas s'abandonner à une sécurité trompeuse et permettre le moindre relâchement. Il arrive souvent que, sous l'influence de la suspension du médicament, du bromure de potassium en particulier, le malade présente coup sur coup une série d'accès, qu'il tombe, comme on dit, en accès de mal, et qu'il succombe en liquidant en une journée son arriéré de quelques mois. »

Après avoir ainsi démontré la nécessité de prolonger le traitement sans défaillance, M. Féré attire l'attention sur les inconvénients que l'on observe parfois au cours de la médication bromurée. Il est certain que si le bromure, ce « pain quotidien» (Charcot) de l'épileptique, lorsqu'il est mal administré, amène parfois à la longue des éruptions cutanées, de la dépression, ces accidents d'intolérance ne se produisent pas lorsqu'on a soin de prescrire des bromures, sévèrement dosés, et comme les classiques préparations de Henri Mure si exactement dosées à 2 grammes par cuillerée à soupe et de les administrer suivant les sages conseils donnés par Gilles de la Tourrette qui permettent d'atteindre et de ne pas dépasser « la dose suffisante ».

Cette dose suffisante est atteinte lorsque le malade présente une certaine lassitude, une certaine somnolence, enfin lorsqu'il présente le *signe de la pupille*, c'est-à-dire que ses pupilles ne réagissent plus ni à la lumière ni à l'accommodation et qu'elles sont en outre à leur maximum de dilatation.

Si l'on a soin de donner le bromure à des doses aussi régulièrement espacées que possible (Féré), de faire observer au malade une hygiène très rigoureuse (Vires), on sera complètement à l'abri des incidents qui pourraient se produire au cours d'une médication aussi prolongée que doit l'être la médication bromurée.

P. JAMOT.

FORMULAIRE

CONTRE LE SYCOSIS DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE

Vaseline	15 grammes.
Oxyde jaune de mercure	0g50

(Brocq.)

DANS L'ŒDÈME DES MEMBRES INFÉRIEURS

Applications de la mixture suivante :

Teinture de scille	} *āā* 5 grammes.
— de digitale	}
Alcoolature de genièvre	100 —

Usage externe.

(1) 1 vol. in-8°, cartonné. — Paris, Alcan.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 13 AU 18 MARS 1905)

EXAMENS DE DOCTORAT

Vendredi 17 mars, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Reclus, Retterer et Cunéo.

4e, *Salle Thouret* : MM. Pouchet, Gaucher et Macaigne ; — M. Legry, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Legueu et Pierre Duval ; — (2e série) : MM. Delens, Mauclaire et Proust ; — M. Gosset, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Wallich et Potocki ; — M. Balthazard, suppléant.

Samedi 18 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Thiéry, Launois et Marion.

3e (2e partie, oral), *Salle Dubois* : MM. Troisier, Guiart et Carnot ; — M. Langlois, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Hutinel, Achard et Jeanselme ; — (2e série) : MM. Chantemesse, Renon et Bezançon ; — M. Thiroloix, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Bonnaire, Demelin et Brindeau ; — M. Morestin, suppléant.

THÈSES

Mercredi 15 mars 1905. — M. NEVEU. La voûte palatine en ogive : ses causes, ses conséquences, son traitement. (MM. Lannelongue, président ; Kirmisson, Broca (Aug.) et Proust.) — M. PIETTRE. Voies d'introduction de la tuberculose chez l'enfant, rôle de la contagion familiale. (MM. Lannelongue, président ; Kirmisson, Broca (Aug.) et Proust.) — M. TILLAYE. Principaux caractères cliniques et complication ostéo-articuculaire de l'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur. (MM. Kirmisson, président ; Lannelongue, Broca (Aug.) et Proust.) — M. BRASSART. Etudes sur la consanguinité. (MM. Blanchard, président ; Brissaud, Gaucher et Claude.) — M. BOURILHET. Du véronal comme hypnotique et sédatif dans les maladies mentales. (MM. Brissaud, président ; Blanchard, Gaucher et Claude.) — M. PERNOT. Des troubless oculo-pupillaires dans la tuberculose pulmonaire chronique et dans la pneumonie du sommet. (MM. Brissaud, président ; Blanchard, Gaucher et Claude.) — M. PAYENNEVILLE. La langue plicaturée symétrique congénitale dite « langue scrotale ». (MM. Gaucher, président ; Blanchard, Brissaud et Claude.)

Jeudi 16 mars 1905. — M. BEDOUIN. Sur la démence précoce. (MM. Joffroy, président ; Hutinel, Budin et Méry.) — M. DUBREUIL. La tuberculose intestinale chez le nourrisson dans ses rapports avec l'étiologie générale de la tuberculose. (MM. Hutinel, président ; Joffroy, Budin et Méry.) — M. SAIAS. La constipation chez le nourrisson ; considérations et recherches anatomiques ; pathogénie. (MM. Hutinel, président ; Joffroy, Budin et Méry.) — M. CAPPON. De la rétention partielle du placenta après l'accouchement à terme. (MM. Budin, président ; Joffroy, Hutinel et Méry.)

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

TÉNIA ET VIANDE DE MOUTON

On sait que la chair crue des bovidés et ses sucs occasionnent fréquemment le ténia.

On crut se mettre à l'abri de ce grave inconvénient en prescrivant la viande de mouton. Or MM. les professeurs Demons et Arnozan ont exposé devant la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (mars 1904) que le mouton est très souvent porteur de ténia à échinocoques.

Ces parasites occasionnent des kystes hydatiques, maladie très fréquente dans les Landes, où l'on consomme beaucoup de mouton.

On peut pratiquer la zomothérapie plus commodément et économiquement, sans craindre cette complication, en faisant usage d'une préparation sûre d'hémoglobine. Le sirop d'hémoglobine de Deschiens a donné dans les hôpitaux, des résultats remarquables chez les tuberculeux, les anémiques et les neurasthéniques; la cuillerée à soupe équivaut à un demi-litre de jus de viande. On en donne une à chaque repas.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

COLIQUE HÉPATIQUE

DÉFINITION. — Syndrome paroxystique et douloureux dû à la projection d'un calcul hors de la vésicule biliaire, à son engagement et à sa migration à travers les canaux cystique et cholédoque. Peut être provoqué aussi exceptionnellement par la migration de lombrics, d'hydatides, dans les canaux excréteurs.

SYMPTOMES. — Peut être précédée de *prodromes* (passage de petites concrétions). Douleurs aiguës avec tuméfaction hépatique et teinte subictérique. Sensibilité hépatique. Troubles digestifs : anorexie, nausées. Réplétion de la vésicule biliaire.

Début. — Le plus souvent brusque, trois ou quatre heures après le repas du soir (chasse biliaire), par douleur hépatique très violente, irradiée vers l'épigastre ou l'épaule droite; par frissons intenses et répétés; par hoquet, nausées, vomissements.

ETAT. — *Douleur* aiguë, spontanée, paroxystique; excitée par la moindre pression au niveau de la vésicule; irradiant vers l'épigastre, l'hypocondre droit, le flanc droit, l'épaule droite, le côté droit du cou, la pointe de l'omoplate droite; peut manquer chez les vieillards. Y rapporter le facies crispé, l'exophtalmie, la position en chien de fusil, le ventre relâché.

Foie souvent augmenté de volume.

Vomissements, d'abord alimentaires, puis muqueux et parfois bilieux lorsque le calcul est enclavé dans le canal cystique.

Pouls calme.

Température normale. Seulement, hyperthermie locale du côté malade, de 1 degré (Peter). Parfois, violent accès de *fièvre hépatalgique* (Charcot) avec grand frisson, 40 degrés, sueurs rares, durée éphémère; relève probablement d'un certain degré de résorption virulente transitoire par les voies biliaires; de pronostic bénin.

Urines nerveuses, claires et abondantes.

L'accès de colique hépatique, dans cette forme la plus simple, évolue avec ses deux grands symptômes, douleur et vomissements, en une série de reprises paroxystiques séparées par des intervalles de rémission.

Mais souvent des symptômes nouveaux apparaissent, dus soit à la longue durée de l'accès, soit à la réaction du système nerveux.

Ictère survient vers le deuxième ou troisième jour lorsque la crise se prolonge. Existe dans la moitié des cas, dû à l'oblitération du cholédoque. Plus ou moins intense.

Coloration des conjonctives et des téguments; urines avec pigments biliaires, teinte acajou, réaction de Gmelin; constipation, matières décolorées. S'il se prolonge, teinte plus foncée, bradycardie, prurit, etc. Sa cause cesse brusquement, mais les téguments sont lents à se décolorer.

TROUBLES RÉFLEXES. — a. *Troubles moteurs.* — Phénomènes d'excitation : crises convulsives du type hystérique (hystéro-traumatisme interne de Potain), ou du type épileptique. Délire passager. Vertiges.

Phénomènes de dépression : paraplégie, hémiplégie droite avec aphasie temporaire; vertiges fréquents (Dieulafoy); état d'épuisement nerveux, caractérisé par lipothymies, syncope, shock, coma et parfois terminé par mort subite (action réflexe sur les filets cardiaques du pneumogastrique, qui arrête le cœur en diastole).

b. *Troubles circulatoires.* — Palpitations, arythmie, accentuation du deuxième ton sigmoïdien pulmonaire. Dilatation transitoire des cavités droites avec insuffisance tricuspidienne, pointe déviée en bas et en dehors (l'excitation réflexe partie des voies biliaires va, en passant par le sympathique, provoquer la constriction des artérioles pulmonaires, d'où augmentation de la pression dans l'artère pulmonaire et dilatation consécutive du cœur droit). Si cet état se prolonge, l'asystolie survient.

c. *Troubles respiratoires.* — Toux sèche, quinteuse, fatigante (toux hépatique). Congestion pulmonaire de la base droite avec fièvre, toux, expectoration gommeuse, râles sous-crépitants fins.

La colique hépatique cesse en général brusquement, quand le calcul est expulsé dans l'intestin ou retombe dans la vésicule; à ce moment, sensation de bien-être, et souvent émission d'urines nerveuses. La preuve de la guérison est fournie par la découverte dans les matières des calculs, qu'il faut rechercher soignensement pendant une semaine; les calculs sont parfois, mais très rarement, rejetés par les vomissements.

Tel est le tableau classique de la colique hépatique; mais il varie souvent d'aspect.

On observe en effet des FORMES *légères, moyennes, intenses,* selon l'intensité de la douleur; selon la durée, des formes *courtes ou abortives,* quelques instants, *moyennes, chroniques ou prolongées* plusieurs mois; selon l'aspect clinique des formes *franches* ou des formes *frustes.* Dans ces dernières, *formes frustes ou larvées,* l'ictère manque, par suite de l'obstruction incomplète du cholédoque; la douleur vésiculaire peut aussi faire défaut ou être remplacée par l'un ou l'autre des multiples accidents nerveux, des névralgies à distance, dentaires, temporales, scapulaires, hémicraniennes, ou des douleurs épigastriques plus ou moins aiguës, simulant les crampes d'estomac. Celles-ci constituent la *forme gastralgique* très commune. Enfin, on peut noter la *forme fébrile,* où la fièvre hépatique domine la scène. *(A suivre.)*

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 29. — SAMEDI 11 MARS 1905. 78e ANNÉE. SAMEDI 11 MARS 1905. — N° 29.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Des fibromes de l'ovaire (fin), par M. P. Puech.
MÉDECINE PRATIQUE
Le procédé de l'allumette pour vider les tubes de vaccin.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de chirurgie.
LIVRES NOUVEAUX
ACADÉMIE DES SCIENCES
Prix poposés pour les années 1905, 1906 et 1907.
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de médecine.* — *Admissibilité.* — Lecture des copies de symptomatologie. Séance du 9 mars 1905 : MM. Rist et Coyon, 10 ; Bigart, 9.

Concours de la médaille d'or (*chirurgie*). — Mémoires : MM. Chevassu et Mercadé, 30 ; Gernez, 29 ; Heitz Boyer, 28.

Epreuve orale. Question donnée : « Plaies du cœur. » MM. Mercadé, 19 ; Chevassu, 18 ; Gernez, 17.

Concours de l'Internat. — Oral. — Séance du 8 mars 1905 : MM. Lemeland, 13 + 28 = 41 ; — Garban, 10 + 22 = 32 ; — Moulu, 15 + 22 = 37 ; — Boudon, 16 + 24 = 40 ; — Planson, 19 + 19 = 38 ; — Combier, 14 + 21 = 35 ; — Chenot, 15 + 22 = 37 ; — Cotard (Lucien), 18 + 23 = 41 ; — Hamel, 16 + 19 = 35.

Questions données : « Artères de la jambe. — Symptômes et diagnostic du rétrécissement mitral pur. »

Séance du 10 mars : MM. Raederer, 12 + 19 = 31 ; — Flurin, 13 + 23 = 36 ; — Burcker, 13 + 25 = 38 ; — Vigneron d'Heucqueville, 14 + 21 = 35 ; — Glénard, 12 + 20 = 32 ; — Brissaud, 10 + 19 = 29 ; Faix, 16 + 23 = 39 ; — Tournay, 15 + 23 = 38 ; — Cléret (François), 17 + 22 = 39 ; — Dubois, 17 + 24 = 41.

Question donnée : « Gaines synoviales des muscles fléchisseurs des doigts. — Symptômes et diagnostic des polypes naso-pharyngiens. »

Prochaine séance le lundi 13 mars, à quatre heures et demie, rue des Saints-Fères, 49.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le docteur Paul Richer, professeur d'anatomie à l'école nationale des Beaux-Arts, est nommé membre du Conseil supérieur de l'enseignement des beaux-arts au titre de professeur des sciences.

LES VINGT-HUIT JOURS DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE. — Aux termes de la circulaire du 14 novembre 1904, les dispensés de l'article 23, qui appartiennent à la classe 1901, doivent être convoqués en 1905 pour accomplir une période d'exercices de quatre semaines.

Sous réserve de la latitude accordée aux gouverneurs militaires et aux commandants de corps d'armée, en ce qui concerne la fixation des dates de convocation, le ministre de la Guerre a arrêté les dispositions spéciales ci-après, relatives aux étudiants en médecine.

« *Étudiants en médecine.* — Les étudiants en médecine seront convoqués au chef-lieu du corps d'armée et répartis entre les régiments qui y tiennent garnison. Exceptionnellement dans le 8e corps, seront convoqués à Bourges, les étudiants des subdivisions de Cosne, Bourges et Nevers, et à Dijon, les étudiants des autres subdivisions. En Algérie, les étudiants des sections d'Oran et de Guelma seront respectivement convoqués à Oran et Constantine, à Alger.

Dans chaque corps, les étudiants en médecine seront placés, le matin, sous la direction du médecin chef de service qui les initiera au fonctionnement du service de santé dans les infirmeries régimentaires.

L'après-midi, les étudiants de chaque garnison seront réunis en un groupe, dont l'instruction sera assurée par un médecin militaire désigné par le commandant du corps d'armée. Cette instruction sera dirigée d'après un programme qui comprendra, autant que possible, les diverses matières dont la connaissance est exigée des candidats au grade de médecin auxiliaire.

Si des manœuvres importantes (d'armée, de corps d'armée, de division, de brigade ou de garnison) ont lieu, les étudiants seront désignés pour y prendre part.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Gabriel de Fleury, médecin de la municipalité de Cholon (Saïgon), victime de son dévouement aux malades de l'hôpital municipal ; nous adressons à son frère, notre excellent confrère, Maurice de Fleury, du *Figaro*, nos bien sincères condoléances ; — Guillon, vice-président du Conseil généralde la Vienne.

(*Voir la suite, p. 346.*)

REVUE GÉNÉRALE

DES FIBROMES DE L'OVAIRE

Par le docteur P. PUECH (1),
Professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.

VI

Marche. Durée. Terminaisons. — Les fibromes de l'ovaire ont d'ordinaire une *marche* lente.

Avant de se manifester par les symptômes que nous venons d'étudier, ils passent par une période au cours de laquelle leur évolution est absolument silencieuse. Cette « période de latence », de durée variable pour chaque cas, est parfois fort longue : ainsi il arrive que le fibrome de l'ovaire soit chez quelques vieilles femmes une trouvaille d'autopsie.

Il est donc impossible de préciser le moment où la tumeur a débuté. D'autre part, comme le fait remarquer Dartigues, l'opération est venue, dans la plupart des observations, mettre un terme à l'évolution naturelle du néoplasme. Aussi ne peut-on qu'approximativement établir la *durée* de cette évolution. Les cas de Caillaut, de Baron, de Spiegelberg, où il n'y eut point d'intervention, méritent d'être cités : sinon entre le début exact, du moins entre la première manifestation de la tumeur et la mort de la malade, le temps écoulé a été de dix-sept ans, de dix ans, et de cinq ans. L'intervalle écoulé entre le début apparent du fibrome, douleurs, hémorragies, aménorrhée, augmentation du volume du ventre, constatation accidentelle de la tumeur, et l'opération témoigne encore de la longue durée de l'évolution : cinq ans (Obs. I de Castelnau), huit ans (Hartmann, Dagros), dix ans (Alexandrow), douze ans (Hunner), treize ans (Nicaise), dix-huit ans (Levitsky) vingt ans (Pokrovsky).

Mais les fibromes de l'ovaire n'ont pas toujours cette longue durée évolutive, au cours de laquelle la tumeur augmente lentement de volume en ne donnant lieu qu'à des phénomènes de médiocre importance. En quelques cas, moins rares qu'on pourrait le croire eu égard à la nature histologique de la tumeur, on voit les fibromes revêtir tout à coup une allure clinique maligne : à un moment donné de leur évolution, en dehors de toute complication locale, sans qu'il y ait eu transformation sarcomateuse ou torsion du pédicule, surviennent un amaigrissement rapide, de la perte des forces et de l'appétit, une augmentation brusque et considérable de l'ascite, de l'œdème des membres inférieurs, des épanchements pleuraux, toutes complications que l'on est habitué à rencontrer surtout dans les tumeurs malignes de l'abdomen. Demons (2), Bégouin (3) ont attiré l'attention sur ces faits, dont Codet-Boisse dans une thèse récente (4) a pu réunir plusieurs exemples indiscutables.

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 26, p. 303.
(2) DEMONS. Congr. de chir., 1902.
(3) BÉGOUIN. Congr. de chir., 22 oct. 1904.
(4) CODET-BOISSE. Th. de Bordeaux, 1904.

La ménopause semble sans action sur la marche des fibromes de l'ovaire. Nous n'avons pas trouvé, en tous cas, d'observations démontrant qu'elle fût susceptible d'amener la régression de la tumeur ou, tout au moins, d'en arrêter le développement, comme cela s'observe, moins souvent cependant qu'on le croyait autrefois, pour les fibromes de l'utérus. Par contre nous avons vu, à propos de l'étiologie, que le fibrome de l'ovaire pouvait se développer après la cessation des règles (Terrier, Quénu, Jacobs). Dans le cas de Ledoux (1), relatif à une femme ménopausique depuis un an et dont la tumeur, un fibrome pur datant de dix-huit mois, avait été jusque-là bien supportée, l'état général s'aggrava brusquement dans l'espace de six semaines, au point que l'opération devint nécessaire. Dans un cas de Picqué, rapporté par Bourgoin dans sa thèse (Obs. I), ce fut également après la cessation des règles que le fibrome prit un développement plus rapide. La ménopause ne met pas davantage à l'abri des transformations malignes que peuvent subir les fibromes ovariques; témoin le cas relaté par Alexandrow, de dégénérescence sarcomateuse d'un fibrome de l'ovaire, observée chez une femme dont la tumeur avait été constatée dix ans auparavant au moment de la ménopause.

Les cas de fibrome de l'ovaire compliquant la grossesse sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse établir nettement l'influence exercée par cette dernière. D'après Coudert (2), il faudrait admettre que la grossesse, comme pour les tumeurs fibreuses de l'utérus, donnerait aux fibromes de l'ovaire un coup de fouet qui hâte leur marche. De fait, chez une femme opérée par Spencer Wells au quatrième mois de la grossesse, il y eut dans le dernier mois qui précéda l'intervention une augmentation très rapide du volume du ventre et une production abondante d'ascite, si bien qu'on dut pratiquer une ponction qui détermina l'issue de plusieurs litres de liquide.

Par contre, la transformation calcaire exercerait une « action d'arrêt » sur la marche de la tumeur : le fibrome ainsi transformé ne se développe plus et reste stationnaire sans altérer la santé générale. Pokrovsky (3) a opéré une femme pour un fibrome calcifié de l'ovaire dont l'existence avait été reconnue vingt ans auparavant : malgré cette longue durée, la tumeur mesurait seulement 5 centimètres sur 6, et ne pesait que 230 grammes.

L'évolution du fibrome de l'ovaire peut être traversée par un certain nombre d'accidents. Avec l'anatomie pathologique ont été déjà étudiées ces complications, parmi lesquelles les poussées de péritonite localisée, aboutissant à la formation des adhérences, occupent, en raison de leur fréquence, le premier rang. — Nous avons vu également que le pédicule des fibromes de l'ovaire était susceptible de torsion. A s'en référer aux observations de Van Buren, Dubar, Delagrange, Rouffart, Duroux, Hunner, Keitler, la torsion du pédicule, que Dartigues considère comme rare et qui nous a paru au contraire assez fréquente,

(1) LEDOUX. *Journ. des conn. méd.*, 1900, n° 40.
(2) COUDERT. *L'Obstétrique*, janvier et mars 1904.
(3) POKROVSKY. Analyse dans la *Gynécologie*, 15 juin 1900, p. 255.

ne s'accompagne pas des phénomènes plus ou moins rapidement graves qui se rencontrent habituellement lorsqu'il s'agit de kystes, et passe d'ordinaire inaperçue; cependant, dans le cas de Van Buren, mentionné par Olshausen, une péritonite mortelle se produisit consécutivement à la torsion du pédicule.

Le fibrome de l'ovaire n'entraîne pas toujours par lui-même la mort de la malade, qui peut succomber à une affection intercurrente.

Quand la mort est due à la tumeur, elle ne se produit pas de la même façon dans tous les cas. D'ordinaire, c'est l'épuisement, la cachexie qui finissent par emporter la femme : « l'état général s'altère, le ventre devient énorme avec circulation collatérale, œdème hypogastrique et des membres inférieurs ; les douleurs par compression sont intolérables, l'ascite se reproduit malgré plusieure ponctions, les hémorrhagies deviennent profuses et anémiantes, les troubles vésicaux s'accusent d'une façon plus grave » (Dartigues). — La cachexie et la mort peuvent encore résulter de la dégénérescence maligne, et particulièrement de la dégénérescence sarcomateuse de la tumeur. — Dans le cas de Veyssière, la malade succomba à une péritonite généralisée déterminée par l'ouverture dans le ventre d'un énorme pyosalpinx qui compliquait le fibrome de l'ovaire. — Dans le cas de Van Buren, ce fut la torsion du pédicule qui amena la mort.

VII

Diagnostic. — Le diagnostic des fibromes de l'ovaire présente de grandes difficultés : l'ensemble des signes fonctionnels et physiques n'a rien, en effet, de caractéristique ; d'autre part, les notions tirées de la marche même de la tumeur sont également fort incertaines.

Aussi — mis à part le cas de Demons (de Bordeaux), rapporté par L. Rocher — dans toutes les observations publiées, ce n'est qu'au moment de l'opération ou à l'autopsie que la nature et l'origine exactes de la tumeur ont été nettement déterminées. Tantôt, tout en reconnaissant qu'il s'agissait d'une tumeur solide et souvent même d'un fibrome, l'on a cru avoir affaire à une tumeur utérine, à un fibrome sous-séreux pédiculé; tantôt, si l'origine ovarique du néoplasme a pu être précisée, l'on s'est trompé quant à sa nature ; il est enfin des cas où l'erreur a porté à la fois et sur la nature et sur l'origine de la tumeur.

Sans prétendre les épuiser toutes, nous réunirons ici quelques-unes des affections avec lesquelles les fibromes de l'ovaire risquent d'être le plus facilement confondus.

Quand le fibrome, en même temps que de médiocre volume, donne lieu à des phénomènes douloureux, c'est avec le *gros ovaire scléro-kystique* ou une *annexite* que se pose le diagnostic. Au toucher, le gros ovaire scléro-kystique paraîtra, en raison des adhérences fréquentes, moins mobile que le fibrome; sa consistance résistante et molle en certains points n'est pas uniformément dure et ligneuse ; l'exploration détermine des douleurs, alors que la sensibilité à la pression est exceptionnelle dans les tumeurs solides. De même, s'il s'agit d'un ovaire et d'une trompe enflammés, que l'on peut suivre jusqu'au niveau de la corne utérine.

Quand la tumeur a acquis un certain volume, la confusion se fait surtout avec les *fibromes utérins* et les *kystes de l'ovaire*.

Pour les fibromes de l'utérus, l'erreur est difficile à éviter, au cas de corps fibreux sous-péritonéal longuement pédiculé. De fait, les signes fonctionnels et physiques se ressemblent beaucoup. Dartigues donne comme éléments de ce diagnostic que Pozzi considère comme à peu près impossible l'absence de métrorragies plus marquée, la mobilité du néoplasme bien plus appréciable, son indépendance plus complète dans le cas de fibrome de l'ovaire, enfin la conservation des dimensions de la cavité utérine appréciées par le cathétérisme. — Lorsque le fibrome de l'ovaire enclave l'utérus dans sa masse totale au point de former bloc avec lui, lorsqu'il plonge dans le petit bassin, il sera aisément pris soit pour un fibrome utérin sessile multilobulé, soit pour un fibrome inclus dans le ligament large. Ici encore, on s'adressera au cathétérisme qui, si la tumeur appartient à l'ovaire, apprendra l'absence d'allongement de la cavité utérine. Il ne faut pas oublier cependant qu'une élongation de 2 à 3 centimètres peut, comme le remarque Pozzi, être produite par l'ascension et la traction d'une tumeur ovarienne. — L'existence de l'ascite, qui ne se rencontre jamais dans les fibromes utérins, plaide en faveur d'un néoplasme de l'ovaire. — De même, la constatation à la pression au niveau de la tumeur de la douleur ovarienne (L. Rocher).

Que le fibrome ait été confondu souvent avec un kyste de l'ovaire, on le conçoit si l'on songe que certaines tumeurs liquides de l'ovaire à parois épaisses ou surdistendues ont une consistance très ferme, ou, comme les kystes multiloculaires présentent des bosselures à leur surface, alors que par ailleurs les fibromes de l'ovaire ont parfois des points ramollis et donnent en quelques cas à la main qui les explore la sensation de fluctuation. Les kystes dermoïdes notamment, peuvent être très difficiles à différencier d'avec les fibromes ovariques. Il faut donc parfois une grande attention pour ne pas prendre un kyste de l'ovaire pour un fibrome, et réciproquement.

L'existence de l'ascite, d'une part, de l'autre la sensation de masse solide fournie par le fibrome peut faire croire à une *tumeur végétante de l'ovaire*, surtout lorsqu'en même temps l'évolution du fibrome revêt, comme on l'observe quelquefois, une allure clinique rappelant celle des néoplasmes malins. Mais dans les cas de tumeur végétante, les masses néoplasiques sont plus disséminées ; elles s'étendent à tout le bassin, et l'on peut, quand la lésion est ancienne, percevoir en certains points de l'abdomen des irrégularités dues aux greffes sur l'intestin, le péritoine ou l'épiploon ; il n'y a pas cette mobilité qui se rencontre d'habitude dans les fibromes ovariques ; l'utérus est enclavé et fixé ; la lésion est bilatérale.

Les *fibromes du ligament rond*, lorsqu'ils se développent aux dépens de la portion abdominale du

ligament, seront difficilement distingués des fibromes ovariques. On a donné comme élément de diagnostic différentiel la situation occupée par l'utérus, qui est en rétroposition quand il s'agit d'une tumeur du ligament rond, et refoulé en avant ou en bas, quand on a affaire à une tumeur de l'ovaire (Labadie-Lagrave et Legueu).

Dans quelques cas, les fibromes de l'ovaire ont été pris pour une *grossesse*. L'augmentation de volume du ventre, la suppression des règles ou l'irrégularité des écoulements sanguins expliquent la croyance à la grossesse des femmes portant une tumeur fibreuse de l'ovaire ; celle du médecin trouve sa raison dans les déplacements imprimés au fibrome flottant dans le liquide ascitique, qui rappellent le ballottement fœtal, et aussi, comme pour le cas de Rouffart, dans la perception des battements cardiaques à rythme accéléré de la malade transmis à travers la tumeur jusqu'à l'oreille. Un examen un peu soigneux permettra de redresser aisément semblable erreur : à l'inverse de ce qui a lieu pour l'utérus gravide, la ligne de matité fournie par l'ascite est concave en haut, et les flancs ne présentent aucune sonorité; quelque rapides que soient les bruits recueillis à l'auscultation, leur isochronisme avec le pouls de la femme est parfait; enfin le ballottement n'a pas lieu, comme lorsqu'il s'agit de parties fœtales, à l'intérieur d'un sac contractile, alternativement souple et dur.

Avec la *grossesse extra-utérine*, la distinction est assez délicate. Pour ma part, dans un cas où il s'agissait, non d'un fibrome, il est vrai, mais d'une tumeur solide à tissus complexes de l'ovaire droit, j'ai conclu à une gestation ectopique avec fœtus libre dans la cavité abdominale : depuis dix-huit mois il y avait suppression absolue des règles, bien que l'ovaire du côté opposé fut sain comme l'opération permit de le constater ; à un moment donné, il s'était produit des phénomènes analogues à ceux du faux travail ; des seins s'écoulait, soit spontanément, soit plus encore à la pression, un liquide laiteux très abondant; et dans les irrégularités présentées par la masse néoplasique, il m'avait semblé reconnaître des parties appartenant à un fœtus momifié. — Glockner a communiqué il y a quelques mois à la Société d'obstétrique de Leipzig (1) une observation de grossesse avec fibrome calcifié de l'ovaire qui fit croire à l'existence d'un lithopædion.

Dans les cas assez nets, pour qu'on ne tombe pas dans l'une ou l'autre de ces diverses erreurs, et où l'on aura reconnu qu'on se trouve en présence d'une tumeur solide de l'ovaire, peut-on aller plus loin et préciser si le néoplasme est véritablement un fibrome, si on a affaire à une tumeur bénigne ou à une tumeur maligne, tel un sarcome ou un cancer non végétant ? Une affirmation dans un sens ou dans l'autre nous paraît absolument impossible.

Sans doute l'indolence de la tumeur, sa dureté ligneuse, son uniforme consistance, sa lobulation, sa grande mobilité, son évolution avec conservation parfaite de l'état général, l'absence de métastases

(1) *Centralbl. f. Gynæk.*, 1904, nº 21, p. 701.

ganglionnaires ou viscérales autoriseront à penser à un fibrome de l'ovaire. Mais ce ne sera seulement qu'une présomption, une probabilité, et non une certitude. Tous ces caractères, qui sont loin de se trouver toujours aussi nettement réunis, n'appartiennent point en propre aux fibromes de l'ovaire : il n'en est aucun qui ne se puisse rencontrer avec une tumeur maligne, sarcome ou carcinome. — Même l'évolution de la tumeur, que d'aucuns considèrent comme le principal élément de ce diagnostic, n'a point la valeur qu'au premier abord on serait tenté de lui attribuer. Tumeur maligne de l'ovaire n'est pas toujours synonyme de tumeur à marche rapide et altérant de bonne heure l'état général : tels néoplasmes de mauvaise nature comme le sarcome ou même le cancer peuvent évoluer sans symptomatologie inquiétante pendant plusieurs années, avant d'aboutir à une atteinte profonde de l'économie. Inversement, nous avons vu que les fibromes de l'ovaire se comportent parfois dans leur évolution à la façon des tumeurs les plus malignes. — L'examen du sang ne semble pas, jusqu'ici au moins, être d'un grand secours dans ce diagnostic délicat de la nature bénigne ou maligne des tumeurs ovariennes. De ses recherches relatives aux kystes de l'ovaire, Bender (1) a cru cependant pouvoir conclure que « dans les kystes mucoïdes ou dermoïdes atteints de dégénérescence maligne avec ou sans métastases péritonéales on observe une diminution des globules rouges coïncidant avec une augmentation des globules blancs portant principalement sur les polynucléaires neutrophiles. » Mais les exceptions sont trop nombreuses pour qu'on puisse compter de façon certaine sur les résultats de l'examen hématologique : ainsi que Kopp (2) l'avait antérieurement noté, l'existence d'une leucocytose ne fournit pas de renseignement sur la nature bénigne ou maligne d'un kyste de l'ovaire, comme aussi d'une tumeur solide.

Aussi bien, la détermination rigoureuse de la nature d'une tumeur solide de l'ovaire est loin d'avoir en pratique une importance capitale. Si, comme nous essaierons de l'établir, tout fibrome de l'ovaire demande à être opéré sans retard, au même titre qu'un sarcome ou un carcinome, cette précision du diagnostic devient d'un très contestable intérêt. En somme, ce qu'il importe, en clinique, et ce dont on devra se contenter dans la très grande majorité des cas, c'est de reconnaître que l'on a affaire à une tumeur solide de l'ovaire.

VIII

Pronostic. — A ne considérer que leur étiquette histologique qui les classe parmi les tumeurs bénignes, les fibromes de l'ovaire semblent comporter un pronostic relativement favorable. Il est, en effet, des cas où la tumeur reste latente pendant toute la durée de la vie, n'influant nullement sur la santé gé-

(1) Bender. L'état du sang dans les kystes de l'ovaire, *Revue de gynécol.*, 1903.

(2) Kopp. *Ueber Leucocytose bei Ovarialtumoren*, Inaug. Dissertation, Wurtzbourg 1894.

nérale, n'occasionnant tout au plus qu'une gêne légère.

Malgré tout, le pronostic, pour être moins sévère que celui des autres tumeurs solides de l'ovaire, sarcomes ou carcinomes, ne présente pas moins une certaine gravité. A la longue, le fibrome peut acquérir des dimensions considérables; et, alors même qu'elle s'effectue lentement, son évolution finit par amener un dénouement fatal. — Tel fibrome de l'ovaire, en apparence inoffensif, peut tout à coup revêtir une allure clinique maligne et conduire rapidement à la cachexie. Ce serait même là une éventualité assez fréquente d'après Codet-Boisse (1), qui, sur 39 cas fournissant des détails circonstanciés, en compte 21 où le fibrome a eu une allure maligne. A vrai dire, ces chiffres qui tendraient à prouver que les fibromes de l'ovaire évoluent plus souvent suivant le type malin que suivant le type bénin s'expliquent par la tendance qu'ont les observateurs à publier les cas qui sortent de l'ordinaire. — Certaines complications, comme les poussées de pelvi-péritonite, les compressions viscérales, l'inflammation et la suppuration du néoplasme (Rokitansky), la torsion du pédicule, et même la torsion axiale de l'utérus [Siebers, Frankel (2)] sont à redouter.

Mais ce qui oblige surtout à une grande réserve dans le pronostic des fibromes de l'ovaire, c'est la possibilité de leur transformation en tumeur maligne. La dégénérescence sarcomateuse n'est point rare en effet. Nous n'avons, quant à nous, aucune répugnance à admettre, avec Dartigues, que les fibrosarcomes de l'ovaire, qui se rencontrent assez fréquemment, sont des fibromes dégénérés. Ainsi s'expliquerait l'évolution de certains sarcomes à marche d'abord lente pendant une période parfois assez longue, puis tout à coup rapide : la première partie de l'évolution de la tumeur correspondrait à la phase fibreuse, la seconde à la phase sarcomateuse. Le fibrome, pourrait-on dire en somme, « fait le lit » au sarcome.

Nous avons dit que la grossesse pouvait déterminer un accroissement plus rapide de la tumeur, et rappelé le cas de Rokitansky dans lequel on avait observé la suppuration d'un fibrome de l'ovaire après l'accouchement. A son tour, le fibrome de l'ovaire peut, au moment du travail, être l'occasion de troubles plus ou moins graves. C'est ainsi que, dans un cas rapporté par Kleinwächter (3), il fallut pratiquer l'opération césarienne sur une femme dont le petit bassin était obstrué en partie par un fibrome ossifié de l'ovaire droit. Récemment, Fehling (4) a communiqué à la Société d'obstétrique de Leipzig une observation de dystocie par fibrome de l'ovaire enclavé dans l'excavation : devant l'échec des tentatives de refoulement de la tumeur, il dut recourir à la laparotomie qui lui permit d'attirer le fibrome hors du petit bassin et de procéder ensuite à l'extraction du fœtus par les voies naturelles; après quoi l'ablation de la tumeur fut opérée.

(1) Codet-Boisse. Th. de Bordeaux, 1904.

(2) Voir Barozzi. De la torsion axiale de l'utérus. *La Gynécologie*, déc. 1904, p. 481. Aux cas mentionnés par cet auteur, il faut ajouter l'observation rapportée par Keitler à la Société obstétricale et gynécologique de Vienne, séance du 4 nov. 1902 : il y avait à la fois une torsion du pédicule d'un fibrome de l'ovaire gauche et une torsion de 90 degrés de l'utérus myomateux.

(3) Kleinwachter. *Arch. f. Gynæk.*, 1872, t. IV, p. 171.

(4) Fehling. *Centralbl. f. Gynæk.*, 1904, p. 315.

IX

Traitement. — On peut aujourd'hui établir comme formule thérapeutique que tout fibrome de l'ovaire doit être enlevé. Même lorsque la tumeur n'a qu'un petit volume et n'occasionne aucun trouble, l'expectation admise en ces cas par Olshausen n'est point à conseiller.

Pour légitimer l'intervention systématique, il ne suffit pas d'invoquer les progrès réalisés dans la pratique de l'antisepsie et dans la technique des opérations abdominales, qui rendent bénignes l'ablation d'une tumeur fibreuse de l'ovaire. En dehors de la simplicité de l'acte opératoire, il est d'autres raisons qui doivent pousser le chirurgien vers une thérapeutique active.

C'est d'abord l'incertitude du diagnostic : même dans les cas où le diagnostic a été serré de très près, où l'on a reconnu qu'il s'agissait d'une tumeur de l'ovaire et d'une tumeur solide, on ne peut préciser de façon formelle la nature histologique du néoplasme. Nous y avons insisté déjà, le diagnostic de fibrome de l'ovaire ne peut être qu'un diagnostic de présomption et non de certitude. La crainte d'avoir affaire non à une tumeur bénigne, mais à une tumeur maligne impose donc l'opération systématique en même temps que hâtive.

La nature vraie de la tumeur pourrait-elle être déterminée, que l'intervention se justifierait encore par l'évolution même du fibrome et les accidents qu'il est susceptible d'entraîner. Que gagne-t-on, en effet, à attendre, sinon de voir dans un délai plus ou moins lointain la tumeur augmenter de volume, des adhérences se produire, l'état général devenir défectueux, la dégénérescence maligne s'emparer du néoplasme, en un mot, se constituer les conditions qui rendent l'opération plus difficile et ses résultats beaucoup plus aléatoires?

A cette règle de l'intervention, nous ne voyons guère d'exceptions.

L'*âge* de la malade ne fournit pas de contre-indication, puisque, d'une part, des succès ont été obtenus aussi bien chez de très jeunes sujets, comme le prouve le cas de Bianchi (1) relatif à une fillette de huit ans, que chez des femmes en pleine vieillesse, témoin le fait rapporté par Terrier (2) concernant une malade de soixante-dix-sept ans; et que, d'autre part, la tumeur peut s'accroître et subir la dégénérescence sarcomateuse chez les femmes âgées. — De même, la *ménopause*, sur l'action de laquelle, nous l'avons vu, il ne faut point compter ni pour déterminer l'arrêt de développement du fibrome, ni pour empêcher sa transformation en néoplasme malin. — Non seulement la *grossesse* ne doit pas retarder l'action chirurgicale,

(1) Bianchi, cité par Aldibert. De l'ovariotomie chez l'enfant, *Ann. de gynécol.*, 1893, t. XXXIX.

(2) Terrier. *Progrès méd.*, 1888.

mais encore elle rend son indication plus pressante : outre que le fibrome reçoit d'elle une impulsion fâcheuse, sa présence au moment de l'accouchement peut être cause de dystocie. Dans un cas de grossesse compliquée par un fibrome de l'ovaire, Spencer Wells (1) n'hésita pas à pratiquer l'ablation de la tumeur; deux mois et demi après, la malade accouchait heureusement. Avec un pareil succès, l'ablation d'un fibrome de l'ovaire a été opérée au quatrième et au cinquième mois de la grossesse par Lejars (2) et par Glockner (3). Cette conduite est à imiter de tous points : n'est-ce pas d'ailleurs celle généralement adoptée aujourd'hui à l'endroit des kystes de l'ovaire compliquant la puerpéralité? — L'*état cachectique avancé* n'est pas non plus une contre-indication à l'intervention. Si, lorsqu'il accompagne une tumeur maligne, il doit faire craindre une extension telle des lésions que l'opération apparaît à l'avance comme inefficace, il n'en va plus de même au cas de fibrome. Grâce à l'intervention, les malades recouvrent avec une rapidité surprenante une santé parfaite qui se maintient par la suite, alors que si on ne les opère pas, la mort survient en peu de temps : opérée pour un fibrome de l'ovaire à allure clinique maligne, la malade de Bégouin (4) devenait enceinte peu après l'ablation de sa tumeur. Loin donc d'être une cause de renoncement, l'état général mauvais constitue une invite à l'intervention.

L'ablation des fibromes de l'ovaire peut s'effectuer par la *voie vaginale* ou par la *voie abdominale.*

Segond, cité par Dartigues, a enlevé avec succès par la cœliotomie postérieure un fibrome ovarique de la grosseur d'une mandarine. De même Lejars (5), dans un cas de fibrome calcifié de l'ovaire gauche. — Ce sont là les deux seuls cas, parmi ceux que nous avons recueillis, où la voie vaginale a été utilisée.

Dans tous les autres, le chirurgien a eu recours à la laparotomie. C'est à cette dernière que l'on doit, à notre avis, donner la préférence. Elle est d'ailleurs formellement indiquée lorsque la tumeur est volumineuse et se trouve haut située dans la cavité abdominale.

Hormis les cas où il existe des adhérences étroites avec les organes voisins et où la tumeur est plus ou moins incluse dans le ligament large, l'ablation d'un fibrome de l'ovaire par la voie abdominale constitue une opération extrêmement simple : le pédicule, long et grêle, se lie à la façon du pédicule d'un kyste de l'ovaire; seule, en raison de la non-réductibilité de la tumeur, l'étendue à donner à l'incision de l'abdomen se trouve plus considérable. — Il va de soi que si en même temps l'utérus était lui-même le siège d'une tumeur fibreuse, s'il existait du côté des annexes opposées soit une autre tumeur, soit des lésions inflammatoires, la laparotomie devrait conduire à une hystérectomie totale ou subtotale.

(1) Spencer Wells. *Diseases of the ovaries*, 1872.
(2) Lejars. In Th. de Gascheau, Paris 1903, Obs. XX.
(3) Glokner. *Centralbl. f. Gynæk.*, 1904, n° 21, p. 701.
(4) Bégouin. Cong. de chir., 22 oct. 1904.
(5) Lejars. In Th. de Gascheau, Obs. XIV.

Au point de vue des *résultats opératoires*, Castelnau, dans sa thèse de 1890 (1), compte sur 17 interventions 3 cas de mort. Sur un total de 45 observations postérieures au travail de Castelnau que nous avons réunies, nous relevons 42 guérisons avec 3 morts : ce sont les cas de Millot-Carpentier (2), de Duret (3) et de Graham (4), où les opérées succombèrent à la péritonite septique. Dans le fait rapporté par Graham, au cours de l'opération rendue difficile en raison des adhérences multiples, l'intestin fut déchiré et il s'écoula des matières fécales.

Les *résultats thérapeutiques* fournis par le traitement chirurgical des fibromes de l'ovaire sont excellents; ils améliorent considérablement le pronostic, au demeurant un peu sombre, qui s'attache à ces tumeurs abandonnées à elles-mêmes. Remises de l'acte opératoire, les malades se sont rapidement rétablies, alors même que la santé générale était gravement compromise, et ont vu disparaître les divers troubles occasionnés par la tumeur. Bagot (5) note même la suppression des symptômes nerveux pénibles dont souffrait depuis longtemps sa malade. Les opérées de Segond et de Bégouin sont devenues enceintes et ont mené à bien leur grossesse.

La récidive n'a jamais été observée.

MÉDECINE PRATIQUE

LE PROCÉDÉ DE L'ALLUMETTE POUR VIDER LES TUBES DE VACCIN

Il arrive souvent que le médecin, au moment de procéder à une vaccination, se trouve embarrassé pour faire sortir le vaccin du tube de verre qui le renferme.

Cela tient autant à la capillarité du tube qu'à la consistance souvent très grande de la pulpe glycérinée.

Le docteur Barlerin (de Paris) propose à ce sujet dans la *Clinique infantile* (1er mars 1905) un procédé fort simple et rapide.

« Quand un tube de verre est rempli de vaccin, il reste ordinairement de chaque côté de la pulpe vaccinale une certaine longueur de tube, remplie d'air.

Cet air, ainsi emprisonné entre le vaccin et l'extrémité du tube qui a été fondue au chalumeau à gaz, va justement servir pour arriver au but que l'on se propose.

Il suffira, en effet, de casser une seule extrémité du tube, puis d'approcher l'autre extrémité restée intacte d'une source de chaleur quelconque, pour voir aussitôt l'air enfermé dans cette portion du tube se dilater et repousser devant lui le vaccin que l'on recueillera à l'extrémité préalablement ouverte du tube.

Si le vaccinateur dispose, comme c'est fréquemment le cas, d'une petite lampe à alcool, il lui suffira pour vider le tube d'en approcher le bout fermé à quelques millimètres (12 à 15) de la flamme, il ne risquera pas, le verre étant mauvais conducteur de la chaleur, d'altérer ni de brûler le vaccin. Mais, il

(1) Castelnau. Th. de Montpellier, 1890.
(2) Millot-Carpentier. In Th. de Bégouin, Paris 1894.
(3) Duret, in Ledoux. *Journ. des connaiss. méd.*, 1900, n° 40.
(4) Graham. *Ann. of surg.*, 1903, n° 3.
(5) Bagot. *New-York med. Journ.*, 1890.

se peut faire qu'à la campagne la lampe à alcool fasse défaut et c'est ce qui nous a suggéré, dit M. Barlerin, le titre de notre petite causerie pratique, on obtiendra le même effet en enflammant une vulgaire allumette et en l'approchant ensuite, quand elle est bien enflammée, de l'extrémité fermée du tube à vaccin.

Grâce à ce procédé, on évite de souffler avec la bouche et de souiller la pulpe ou même la lancette, car des projections de salive peuvent ainsi se produire et tomber sur le récipient ou sur l'instrument préparé pour recevoir le vaccin à sa sortie du tube. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 8 MARS 1905)

Cloroformisation. — Le procédé de la compresse a été assez malmené dans cette discussion par les promoteurs des nouveaux appareils. Seul, M. ROUTIER l'a défendu, n'ayant pas été émerveillé des appareils qu'il a essayés ou qu'il a vus fonctionner. Aujourd'hui M. Berger, dans un plaidoyer serré, a pris, à son tour, la défense de cette bonne compresse dont beaucoup d'entre nous ont quelque peine à se déshabituer. Ce n'est pas qu'il ne trouve fort ingénieux les appareils de Roth, de Ricard et de Reynier, ce n'est pas qu'il n'ait été frappé de leurs réels avantages, mais il leur trouve un inconvénient, il craint que les anesthésistes et les opérateurs eux-mêmes ne se fient un peu trop à ces appareils et ne négligent l'observation attentive du malade lui-même pour ne plus s'occuper que du bon fonctionnement de l'appareil. Toutefois, quelque justes que nous paraissent les observations de M. Berger, nous pensons que c'est là surtout une affaire d'habitude. M. Berger est habitué à la compresse et s'en sert, nous le savons, fort bien, nous ne doutons pas que du jour où il voudra s'habituer aux appareils ou même à un appareil il n'en obtienne également de très bons résultats. Nous pensons qu'il n'est pas impossible de mettre tout le monde d'accord en disant que les appareils ont d'indéniables avantages, mais que la compresse, bien maniée — et toute la question est là — peut encore être employée, faute de mieux.

Hépatico-gastrostomie. — A propos de la communication faite dans la dernière séance, sur ce sujet, par M. Quénu, M. TUFFIER rapporte l'histoire d'une jeune femme qui était atteinte d'une tumeur cysto-cholédocienne dont il ne put faire l'ablation. Il fit alors à cette malade une hépatico-gastrostomie et il obtint une guérison momentanée, ce qui ferait supposer qu'il s'agissait d'une tumeur maligne.

M. Tuffier apporte un autre fait d'hépatico-gastrostomie.

Obstruction intestinale. — Le reste de la séance a été consacré à des faits intéressants d'obstruction intestinale. M. POTHERAT fait un rapport sur une observation présentée par M. Michon. Il s'agit d'une femme de soixante-deux ans, dans le passé pathologique de laquelle on ne trouve qu'un ictère à l'âge de dix-huit ans. Jusqu'à quarante-sept ans, rien de particulier. A partir de cet âge, elle fut prise périodiquement de crises successives caractérisées par de vives douleurs dans la région épigastrique, avec vomissements; pas de douleurs dans l'épaule droite, pas d'ictère. A une certaine époque, ces crises présentèrent un caractère nouveau, de l'obstruction momentanée de l'intestin. Une de ces crises fut beaucoup plus forte et la malade fut transportée à l'hôpital dans un état grave. M. Michon diagnostiqua une obstruction intestinale par calcul biliaire et intervint aussitôt.

Il fit la laparotomie et trouva dans une anse d'intestin une masse dure. L'intestin était dilaté au-dessus de cette masse et aplati au-dessous. C'était donc bien là la cause de l'obstruction. M. Michon incisa l'intestin à ce niveau, put facilement extraire cette masse qui était bien un calcul biliaire et referma l'intestin. La guérison fut assez longue.

M. POTHERAT fait ressortir l'intérêt de cette observation : occlusion par calcul biliaire diagnostiquée, intervention rationnelle et heureuse.

Etranglement herniaire. — M. LEJARS, à propos d'une observation de M. Souligoux sur laquelle il fait un rapport, appelle l'attention sur certains faits rares et intéressants. On peut avoir affaire soit à une occlusion immédiate, soit à un rétrécissement de l'intestin postherniaire consécutif à un étranglement levé depuis plusieurs mois ou même plusieurs années.

Dans le cas de M. Souligoux, il s'agit d'un jeune homme de vingt-huit ans, qui avait été opéré quatre mois auparavant d'une hernie crurale étranglée et qui depuis avait présenté des phénomènes d'occlusion intestinale intermittente.

Il vint dans le service de M. Souligoux avec une crise d'occlusion plus forte que les autres. A l'examen de l'abdomen, on percevait une sonorité exagérée en un point et un clapotement. M. Souligoux fit la laparotomie; il trouva une anse intestinale très dilatée aboutissant à un segment très rétréci, contourné sur lui-même et se redressant de façon à venir s'appliquer contre l'anse dilatée où il se trouvait fixé par des adhérences et une grande lamelle fibreuse venant de la vessie. M. Souligoux arriva, non sans peine, à séparer ces deux anses, en faisant une petite perforation intestinale qu'il boucha aussitôt par un point de suture, puis il fit une large entéro-anastomose réunissant les deux intestins en un point éloigné du foyer d'adhérences. Le malade guérit bien.

Quel est le mécanisme de ces rétrécissements? Il s'agit généralement de sténose cicatricielle survenant à la suite d'ulcérations primitives. Indépendamment de cette cause d'occlusion, il en est une autre dans le cas de M. Souligoux, ce sont ces brides et ces adhérences multiples; il y a donc deux variétés d'occlusion, l'une due à un rétrécissement intrinsèque de l'intestin, l'autre à des adhérences ou à des brides extérieures à l'intestin. M. Lejars rappelle le travail de M. Nicaise sur ce sujet.

Quant à ces rétrécissements intrinsèques de l'intestin, à ces véritables cylindres de rétrécissement, il faut en chercher la cause dans une obstruction des vaisseaux du mésentère. Des expériences ont été faites sur les animaux. On peut voir survenir ces accidents plusieurs années après une crise d'étranglement herniaire; dans un cas de Nicaise, il s'est écoulé cinq années. Ces cas sont assez rares, et c'est là ce qui donne de l'intérêt à l'observation de M. Souligoux.

M. BERGER ne croit pas ces cas aussi rares. Dans la grande majorité des faits, l'occlusion est due à des lésions extérieures à l'intestin, brides ou adhérences; quant aux rétrécissements vrais de l'intestin, ils sont généralement la conséquence d'ulcérations siégeant dans le bout supérieur, au-dessus de la partie rétrécie.

M. TERRIER partage l'opinion de M. Berger quant à l'explication du fait de M. Souligoux. Les adhérences constatées dans

ce cas peuvent être la conséquence d'une suppuration qui a pu se produire lors de la première opération. En somme, l'observation de M. Souligoux ne semble pas, aux yeux de M. Terrier, bien extraordinaire, ce qu'il y a de nouveau, c'est l'action du mésentère sur les lésions qui peuvent devenir le siège de ces rétrécissements vrais de l'intestin. On sait, en effet, que certaines hémorragies intestinales primitives ou secondaires peuvent être causées par des thromboses du mésentère.

M. Tuffier apporte au débat une observation analogue à celle de M. Souligoux. Il insiste sur la distinction qu'il faut établir entre les rétrécissements vrais de l'intestin et les rétrécissements d'origine périphérique.

M. Lejars répond à ses collègues; il répond à M. Terrier qu'il n'y avait pas eu, dans le cas de M. Souligoux, de suppuration antérieure; sans donner le fait de M. Souligoux comme absolument extraordinaire, il maintient qu'il est intéressant par ce fait qu'on y trouve réunies les deux causes d'obstruction, rétrécissement vrai de l'intestin et brides extérieures.

Plaies par armes à feu. — M. Tuffier présente trois malades chez lesquels il a enlevé des balles de revolver à l'aide du procédé de recherche qu'il a fait connaître.

Etranglement de l'intestin par l'appendice. — M. Potherat présente une jeune femme qui était atteinte d'occlusion intestinale chronique due à un étranglement de la terminaison de l'intestin grêle, par l'appendice iléo-cæcal. L'ablation de cet appendice a fait cesser tous les accidents.

Arrêt de développement osseux. — M. Walther montre des radiographies d'un arrêt de développement du radius consécutif à un décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du radius survenu à l'âge de neuf ans. Ce garçon a aujourd'hui vingt-neuf ans. Son radius droit mesure 9 centimètres de moins que le radius gauche.

LIVRES NOUVEAUX

Traité des maladies de l'enfance [2e édit., t. V] (1), publié sous la direction de MM. J. Grancher et J. Comby.

Ce dernier tome contient les maladies du fœtus et du nouveau-né, les organes des sens, les maladies chirurgicales et quelques notions de thérapeutique infantile. M. Ballantyne divise les *maladies du fœtus* en maladies idiopathiques, c'est-à-dire ayant leur origine dans le fœtus lui-même : ce sont les maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané; les maladies du tissu osseux; les maladies du système nerveux et des différents appareils; les néoplasmes congénitaux; — maladies transmises, c'est-à-dire dues à une maladie de la mère, ou du père, ou des deux; — intoxications transmises, maladies d'origine traumatique. M. R. Fischl étudie les *infections septiques du fœtus, du nouveau-né et du nourrisson*, M. Paquy les *maladies de l'ombilic* et, particulièrement, les infections ombilicales, M. Demelin, la *mort apparente des nouveau-nés*, le *céphalhématome*, les *hémorragies des nouveau-nés*, M. Comby, la *dermatite exfoliatrice des nouveau-nés*, le *pemphigus*, l'*œdème* et le *sclérème*, l'*éléphantiasis*, l'*hypertrophie* et les *amputations congénitales*, les *abcès et engorgements mammaires*.

Dans la seconde partie du livre, M. Valude nous donne une description méthodique des *maladies des yeux*, en s'attachant surtout à celles dont la connaissance importe le plus au praticien : blépharite glandulo-ciliaire, ophtalmie purulente, conjonctivites pseudo-membraneuses, iritis, cataractes congénitales, strabisme, anomalies de la réfraction. M. Moure a rédigé les *maladies de l'oreille*, au premier rang desquelles il faut placer les otites moyennes et leurs complications.

Dans le chapitre intitulé *maladies chirurgicales* rentrent le *bec de lièvre*, la *macroglossie*, les *polypes naso-pharyngiens*, les *prolapsus du rectum*, les *abcès intra-craniens* dus à M. Broca; l'*appendicite* a été étudiée par MM. Brun et Veau, l'*invagination intestinale*, par M. Jalaguier, les *polypes du rectum*, les *polyadénomes de l'intestin*, la *fissure à l'anus* par MM. Félizet et Branca. M. Forgue traite les *malformations ano-rectales*, les *abcès périanaux* et périrectaux, les fistules ano-rectales. Citons encore : les *kystes hydatiques*, de MM. Cranwell et Herrera, Vergnes, les *néoplasmes du rein*, de MM. Albarran et Imbert, les *maladies des organes génito-urinaires dans le sexe masculin*, de M. Pousson, les *tumeurs et fistules congénitales*, de M. Victor Veau.

Par une innovation qui sera très goûtée, le livre se termine par un chapitre de *thérapeutique*. M. J. Comby expose les *notions générales de thérapeutique infantile*, M. Larat, l'*électro*, la *photo* et la *radiothérapie*, M. Rosenthal, la *gymnastique respiratoire*, M. Lévy, la *psychothérapie*. Un formulaire, rédigé par M. Comby, complète utilement ce chapitre de thérapeutique.

Ainsi se trouve achevée la deuxième édition du *Traité des maladies des enfants*. Entreprise en 1904, cette deuxième édition a été menée à bien avec une rapidité qui fait honneur à ses directeurs scientifiques et à ses éditeurs. Comme la première, elle ne peut qu'être favorablement accueillie par le grand public médical.

L. BABONNEIX.

(1) In-8o de 1244 p. Prix : 24 francs. — Paris, Masson et Cie.

L'anesthésie locale pour l'extraction des dents (1), par le docteur E. Sauvez, dentiste des hôpitaux, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Ce livre est précédé d'une préface du professeur Reclus, que celui-ci a rédigée, dit-il, d'autant plus volontiers qu'elle lui permet de crier une fois de plus le bien qu'il pense de la cocaïne.

Après un premier chapitre dans lequel l'auteur fait l'étude critique de l'emploi de l'anesthésie générale et de l'anesthésie locale pour l'extraction des dents, il passe en revue tous les procédés d'anesthésie locale actuellement connus et conclut à la supériorité évidente du chlorhydrate de cocaïne en solution dans l'eau distillée au centième.

Il étudie les causes de douleur dans l'extraction des dents et décrit minutieusement le manuel opératoire de l'injection, puis il passe en revue la réfrigération et conclut en préconisant une méthode mixte, injection de cocaïne et réfrigération.

Enfin, dans un dernier chapitre, l'auteur parle de la stovaïne, produit nouveau, vaso-dilatateur, anesthésique local puissant, toxique moindre que la cocaïne, qui a donné jusqu'alors d'excellents résultats et qui paraît appelé à supplanter la cocaïne.

Ce livre est nécessaire aux étudiants en dentisterie pour la minutie des descriptions et il est très utile pour les praticiens auxquels il rappelle l'emploi des injections de cocaïne.

Enfin, tous les médecins qui sont susceptibles d'être appelés un jour ou l'autre à faire de l'anesthésie locale, pour une opération dans la cavité buccale, le liront avec intérêt.

L. GAYARD.

(1) In-8o de 135 p. Prix : 4 francs. — Paris, Vigot frères.

ACADÉMIE DES SCIENCES

PRIX PROPOSÉS POUR LES ANNÉES 1905, 1906 ET 1907

MÉDECINE ET CHIRURGIE

Prix annuels et prix proposés pour l'année 1905.

PRIX MONTYON (2500 francs, mentions de 1500). — Aux auteurs des ouvrages ou des découvertes les plus utiles relatives à *l'art de guérir.*

PRIX BARBIER (2000 francs). A l'auteur d'une découverte précieuse dans les *Sciences chirurgicale, médicale, pharmaceutique*, et dans la *Botanique ayant rapport à l'art de guérir.*

PRIX BRÉANT (100000 francs). — « A celui qui aura trouvé le moyen de guérir du choléra asiatique ou qui aura découvert les causes de ce terrible fléau. » (Voir pour les détails, *C. r. de l'Acad. des sc.*, 1904, n° 25, p. 1146.)

PRIX GODARD (1000 francs). — Au meilleur mémoire sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes génito-urinaires.

PRIX LARREY (750 francs). — Au médecin ou chirurgien des armées de terre ou de mer, auteur du meilleur ouvrage présenté à l'Académie et traitant un sujet de médecine, de chirurgie ou d'hygiène militaire.

PRIX BELLION (1400 francs). — Aux auteurs des ouvrages ou des découvertes « surtout profitables à la santé de l'homme ou à l'amélioration de l'espèce humaine ».

PRIX MÈGE (10000 francs). — Le docteur J.-B. Mège a légué à l'Académie « 10000 francs à donner en prix à l'auteur qui aura continué et complété son « Essai » sur les causes qui ont retardé ou favorisé les progrès de la médecine, depuis la plus haute antiquité jusqu'à nos jours ».

PRIX SERRES (7500 francs). — Au meilleur ouvrage sur « l'Embryologie générale appliquée autant que possible à la physiologie et à la médecine ».

PRIX DUSGATE (2500 francs). — Au meilleur ouvrage sur les signes diagnostiques de la mort et les moyens de prévenir les inhumations précipitées.

Prix proposés pour l'année 1907.

PRIX CHAUSSIER (10000 francs). — Au meilleur livre ou mémoire qui aura paru depuis quatre ans soit sur la médecine légale, soit sur la médecine pratique et qui aura contribué à leur avancement.

PHYSIOLOGIE

Prix annuels et prix proposés pour l'année 1905.

PRIX MONTYON (750 francs). — A un ouvrage de physiologie expérimentale, manuscrit ou imprimé.

PRIX PHILIPEAUX (900 francs). — Physiologie expérimentale.

PRIX LALLEMAND (1800 francs). — Destiné à « récompenser ou encourager les travaux relatifs au système nerveux, dans la plus large acception des mots ».

PRIX POURAT (1000 francs). — Question proposée pour 1905 : *Les origines du glycogène musculaire.*

Prix proposés pour l'année 1906.

PRIX MARTIN-DAMOURETTE (1400 francs). — A l'auteur d'un ouvrage de physiologie thérapeutique.

PRIX POURAT (1000 francs). — Question proposée pour 1906 : *Nouvelles recherches sur le phototactisme et le phototropisme.*

(Les mémoires devront être envoyés au secrétariat de l'Institut avant le 1er janvier 1906.)

Prix proposés pour l'année 1907.

PRIX LACAZE (10000 francs). — A l'auteur du meilleur travail sur la physiologie (ne pourra être partagé).

Conditions communes à tous les concours.

Les pièces manuscrites ou imprimées destinées aux différents concours doivent être adressées au secrétariat de l'Institut avec une lettre constatant l'envoi et indiquant le concours pour lequel elles sont présentées.

L'anonymat qui était obligatoire pour certains concours est devenu maintenant *facultatif.*

Les ouvrages imprimés doivent être en double exemplaire.

Une analyse succincte doit indiquer la partie du travail où se trouve exprimée la découverte sur laquelle est attirée l'attention de l'Académie.

Les ouvrages et manuscrits ne sont pas rendus, les auteurs ont la liberté d'en faire prendre copie au secrétariat.

Nul ouvrage ne peut être présenté la même année à deux concours de l'Institut.

Par une mesure générale, l'Académie a décidé que, *à partir de l'année 1906*, la clôture de tous les concours aura lieu le 31 décembre de l'année qui précède celle où le concours doit être jugé.

Toutefois la clôture des concours de 1905 se fera encore au 1er juin de cette année.

Nul n'est autorisé à prendre le titre de lauréat de l'Académie s'il n'a été jugé digne de recevoir un PRIX. Les personnes qui ont obtenu des récompenses, des encouragements ou des mentions n'ont pas droit à ce titre.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ SCIENTIFIQUE D'HYGIÈNE ALIMENTAIRE. — M. Henri de Rothschild, secrétaire de la Société scientifique d'hygiène alimentaire et de l'alimentation rationnelle de l'homme, vient d'instituer à cette Société, pour 1905, un prix de 5000 francs pour le meilleur travail sur la *Ration alimentaire de l'enfant*, et un prix de 3000 francs pour la meilleure étude sur l'*Approvisionnement en lait d'une grande ville.*

STATISTIQUE. — Le service de statistique a compté, pendant la huitième semaine, 981 décès, au lieu de 1008 pendant la semaine précédente (moyenne 1002).

Les maladies épidémiques sont rares.

La fièvre typhoïde a causé 7 décès (moyenne 10).

La variole n'a causé aucun décès (moyenne 3).

La rougeole a causé 5 décès (moyenne 13); la scarlatine n'a causé aucun décès (moyenne 3); la coqueluche, 8 décès (moyenne 6); la diphtérie, 7 décès (moyenne 10).

La diarrhée infantile a causé 25 décès de 0 à 1 an, au lieu de 16 pendant la semaine précédente (moyenne 22).

En outre, 27 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 192 décès, au lieu de 195 pendant la semaine précédente (moyenne 235). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 9 décès (moyenne 17); bronchite chronique, 29 (moyenne 26); pneumonie, 39 (moyenne 68); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 115 (moyenne 124), dont 53 sont dus à la congestion pulmonaire et 52 à la broncho-pneumonie. En outre, 12 décès sont attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 212 décès ; la méningite tuberculeuse, 24; la méningite simple, 16; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 17 décès.

La bobine d'induction, par H. ARMAGNAT, chef du bureau des mesures électriques aux ateliers Carpentier. In-8° (23 × 14) de VI-223 p., avec 109 fig., cart. — Prix : 5 francs. — Paris, Gauthier-Villars.

Traitement des hémorragies puerpérales, par le docteur G. KEIM. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le traitement de l'hypertrophie sénile de la prostate, par A. GUÉPIN. 1 vol. in-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Alcan.

Lourdes et les médecins, par le docteur Félix DE BACKER. 1 vol. in-16. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Maloine.

De l'endométrite et de la métrite parenchymateuse infectieuses, par le docteur E. OZENNE, ancien interne des hôpitaux, ancien chef de clinique adjoint de la Faculté, chirurgien de Saint-Lazare. 1 vol. in-18. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

N° 30. — MARDI 14 MARS 1905. 78e ANNÉE. MARDI 14 MARS 1905. — N° 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois . **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Nous prévenons nos lecteurs que la Poste est **seule responsable** *des nombreuses irrégularités qui se produisent en ce moment dans la distribution du journal.*

Nous prions instamment nos abonnés de bien vouloir continuer à nous adresser leurs plaintes afin que nous puissions les transmettre à l'administration des Postes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Craquements, frottements et froissements sous-scapuaires (avec 2 fig.), par M. Mauclaire.
MÉDECINE PRATIQUE
Traitement des sueurs nocturnes chez les tuberculeux (fin), par M. L. Babonneix.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences. — Société médicale des hôpitaux.
LIVRES NOUVEAUX
NOTES DE THÉRAPEUTIQUE
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de médecine.* — *Admissibilité.* — Voici la liste des candidats admissibles à la deuxième épreuve :

1. Milian, Thiercelin, Kahn, Jousset, E. Terrien, Gandy, Ravaut, Rist, Lortat-Jacob, Ramond.

11. Lœper, Coyon, Laignel-Lavastine, Balthazard, Garnier, Castaigne, Bigart, Comte, E. Weill, Merklen.

21. Nobécourt, Lereboullet, Decloux, Géraudel, Ribierre, Gastou.

Les épreuves cliniques auront lieu à l'Hôtel-Dieu, à la Charité et à Laënnec.

Prochaine séance à l'Hôtel-Dieu, lundi 13 mars, à quatre heures et demie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Prosectorat.* — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le lundi 22 mai 1905, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscriptions est ouvert, au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours jusqu'au samedi 6 mai inclusivement.

Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1905 ; leur temps d'exercice expirera le 30 septembre 1909.

Adjuvat. — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 8 mai 1905, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

Tous les élèves-docteurs de la Faculté, Français ou naturalisés Français, sont admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscriptions est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au 29 avril inclusivement.

Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1905 ; leur temps d'exercice expirera le 30 septembre 1908.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lille. — Un concours public pour la nomination de deux internes titulaires et de trois internes provisoires appelés à faire le service de médecine et de chirurgie de la Faculté de l'État dans les hôpitaux de Lille, s'ouvrira le mercredi 12 avril 1905, à huit heures du matin.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — Des comités se sont formés pour élever des monuments à la mémoire des professeurs Gayet et Gailleton.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Tours. — Un concours s'ouvrira le 6 novembre 1905 devant l'École supérieure de pharmacie de Paris pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'École de médecine de Tours.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sur la proposition de l'Académie de médecine et par arrêté du ministre de l'Intérieur, les récompenses suivantes ont été décernées aux personnes ci-après désignées qui se sont distinguées par leurs travaux spéciaux sur les eaux minérales en 1903 :

Médaille d'or. — M. le docteur Caron de la Carrière (de Paris).

Médailles de vermeil. — MM. les docteurs Chiais (d'Évian), Dresch (d'Ax) et Laussedat (de Royat).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Deléage (de Vichy) et Devaux (de Salies-de-Béarn).

Rappels de médaille d'argent. — MM. les docteurs Félix (de Bruxelles) et Pessez (de Châtel-Guyon).

Médaille de bronze. — M. le docteur André (du Mont-Dore).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Gabriel-Marie Boudet, interne des hôpitaux de Lyon, qui a succombé aux suites d'une septicémie contractée dans son service.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Mars 1905.) Ch. Vibert : La catastrophe du Métropolitain. — Brouardel, Wurtz et Liard. Institut de médecine coloniale. — Sulzer : Acuité visuelle professionnelle. — Triboulet. Tuberculose et hygiène, régime des boissons.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 3, mars 1905.) Antoine : Traitement des hydarthroses et hémarthroses du genou par l'air surchauffé. — Bodard : Ampoules hypodermiques et sérums artificiels. — Malafosse : Des accidents locaux consécutifs aux injections de quinine ; leur prophylaxie par les injections de chlorhydrate neutre de quinine en solutions faibles dans le sérum artificiel. — Perrin : Etude hydrologique de l'extrême sud oranais.

Archives générales de médecine. — (N° 10, 7 mars 1905.) Aubertin et Beaujard. Les rayons X et les variations.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 9, 8 mars 1905.) Rochard : Anesthésie générale par la scopolamine. — A. Robin : Traitements du hoquet et de la goutte saturnine.

Bulletin médical. — (N° 19, 11 mars 1905.) Joffroy : Des rapports de la syphilis et de la paralysie générale.

British medical Journal. — (N° 2305, 4 mars 1905.) Frederich Treves : Suites et vicissitudes de l'appendicite après l'opération. — George Heaton : Quelques particularités de l'appendicite chez la femme. — Lockwood : Relations entre la colite et l'appendicite au point de vue chirurgical. — Bruce Clarke : Traitement opératoire de certains cas graves d'indigestion.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 9, 4 mars 1905.) Max Meyer : Rapports entre l'activité intestinale et la maladie locale.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 9, 2 mars 1905.) Sonnenbourg : Anesthésie intra-rachidienne par la stovaïne. — Goldscheider : Sur la percussion du cœur. — Rotter : Opération de l'appendicite aiguë dans les premières quarante-huit heures (*fin*). — Polya : Thrombophlébite mésaraïque, complication de l'appendicite (*fin*). — Torkel : Dilatation congénitale de l'intestin grêle sans sténose. — Meissner : Un nouveau mode d'administration du fer. — Sittner : Traitement actif de l'avortement.

Écho médical du Nord. — (N° 10, 5 mars 1905.) Raviart et Dubar : Un cas de paralysie diphtérique généralisée. — Breton et Looten : Aphasie sensorielle; cécité verbale et agraphie; absence de cécité psychique, d'aphasie optique et d'hémianopsie. — Tronchaud. Coup de feu de l'abdomen. Laparotomie après quarante-huit heures. — Arquembourg et Minet. Un nouveau cas de lésions trophiques des ongles des orteils chez un saturnin.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 10, 5 mars 1905.) J. Courtin et G. Bossuet. Section complète du nerf sciatique. Suture nerveuse. Retour partiel de la sensibilité et de la motilité. — Faguet. De la mort rapide.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 10, 5 mars 1905.) Villar. Le craniomètre de Krönlein en topographie craniocérébrale.

Journal de médecine de Bruxelles. — (N° 10, 9 mars 1905.) Dekeyser : Nouvelles recherches sur l'étiologie de la trichorrhexie noueuse.

Medical Record. — (N° 8, 25 fév. 1905.) John Rosa : Perte de la vue par défaut d'usage de l'œil. — David Bovaird : Revue des travaux récents sur les relations qui existent entre la tuberculose humaine et la tuberculose bovine. — Buchanan : Avantages de l'intervention sans anesthésie dans quelques opérations. — Williams Mallory : Quatre cas de chancre de la lèvre. — H. Coc : Un cas inusité d'abcès pelvien. — Herman Jarecky : Complications auriculaires de la scarlatine et leur traitement. — Evans : Les épileptiques criminels (avec observation de deux cas). — Van Dyke : Dégénérescence physique de la femme par l'instruction intensive.

Montpellier médical. — (N° 9, 26 fév. 1905.) Dubos et Clapier. Considérations sur la méningite apoplectiforme. A propos d'un cas d'hémorragie méningée au cours de la granulie. Observation. Autopsie. — Gaussel et Gaujoux. Un cas de paraplégie blennorragique (*fin*).

Münchener med. Wochenschrift. — (N° 9, 28 fév. 1905.) Rumpf : Recherches chimiques dans la néphrite. — Schleip et Hildebrandt : Contribution à l'étude du traitement de la leucémie myéloïde par les rayons Röntgen. — Starck : Extraction de corps étrangers dans l'œsophagoscope. — Reizenstein : Le diagnostic et l'extraction des corps étrangers de l'œsophage avec l'œsophagoscope. — Franck : Sur l'insufflation de l'œsophage pour la libération d'un corps étranger. — Thumim : Que donne la cystoscopie dans les blessures de la vessie et des uretères ? — Dœrfler : Prophylaxie de la fièvre puerpérale. — Bruno Muller : Technique de la laparotomie. — Hecht : Administration sous-cutanée du gaïacol. — Burger : Administration du lysol à l'intérieur dans l'anémie ; son action puissante sur l'appétit. — Holst : Tuberculose et grossesse. — Dessauer : Sur la question du dosage thérapeutique des rayons Röntgen. — (N° 10, 7 mars.) Von Franqué : Les indications de la symphyséotomie d'après Gigli. — Rommel : L'abondance de la sécrétion de la glande mammaire de la femme. — Saul : Morphologie des bacilles diphtérique et pseudodiphtérique. — Auerbach : La pleurésie ; son importance dans le diagnostic et le traitement des affections abdominales. — Huismans : Relations entre les infections, les maladies des vaisseaux et des glandes vasculaires sanguines et la sclérodermie. — Ruppel : Diagnostic différentiel des troubles mentaux choréiques. — Kindt : Sur un cas de nécrose disséminée du tissu graisseux à la suite d'une blessure du pancréas par coup de feu. — Aronheim : Epilepsie simulée chez un écolier de treize ans. — Schaefer : Nouvelle lampe électrique pour éclairage et explorations. — Daerfler : Prophylaxie de la fièvre puerpérale (*fin*).

Presse médicale. — (N° 19, 8 mars 1905.) Roger : Le rôle du réflexe œsophago-salivaire dans la déglutition. — Savariaud : Adéno-phlegmons iliaques et pelviens consécutifs aux lymphangites du membre inférieur. — Trousseau : Histoire d'un épithélioma palpébral. — (N° 20, 11 mars) R. Brunon : Air confiné et tuberculose.

Revue scientifique. — (N° 10, 11 mars 1905.) Charrin : Les conceptions actuelles de la pathologie expérimentale.

Semaine médicale. — (N° 10, 8 mars 1905.) Cristiani. La guérison du myxœdème par la greffe thyroïdienne.

Tribune médicale. — (N° 9, 4 mars 1905.) Wicart : Dangers du tamponnement des fosses nasales, cas de mort par méningite aiguë.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 9, 2 mars 1905.) Bail : La mort rapide du cobaye par tuberculose. — Bartel et Spieler : Les voies d'infection tuberculeuse chez le jeune cobaye. — Pfeiffer : Action de la lumière sur les mélanges de sang et d'éosine. — Sachsallier : Etiologie de la pinguicula et du ptérygion (*fin*).

CLINIQUE CHIRURGICALE

(Hôtel-Dieu.)

CRAQUEMENTS, FROTTEMENTS ET FROISSEMENTS SOUS-SCAPULAIRES

Par le docteur MAUCLAIRE,

Agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Je désire vous entretenir aujourd'hui des craquements sous-scapulaires, à propos d'une malade dont voici l'observation clinique. C'est une jeune fille âgée de vingt-deux ans, couturière; elle est entrée ici dans le service de M. Le Dentu le 10 janvier, se plaignant de craquements au niveau de l'omoplate gauche et de vives douleurs irradiées à l'épaule, au cou et à la joue du même côté. Cette affection avait débuté de la manière suivante :

La malade raconte qu'au mois de mai 1902, il y a vingt et un mois, en aidant une autre personne à porter un panier très lourdement chargé, elle éprouva dans le bras gauche une sensation de traction très violente « qui lui arrachait l'épaule ». Mais cette fatigue fut passagère et quelques instants après la malade ne s'en ressentait plus. Dix à quinze jours plus tard, elle fut victime d'un petit accident. Voulant monter dans un tramway électrique, celui-ci se mit rapidement en marche, et elle tomba à la renverse, touchant violemment le sol, très probablement de la région gauche du dos en premier lieu, puisque immédiatement elle ressentit une vive douleur localisée à l'omoplate gauche. Toute la journée elle fut en proie à un léger malaise qu'elle définit mal. Elle dit qu'elle se croyait constamment sur le point de perdre connaissance. Les jours suivants, la douleur, après s'être légèrement calmée, augmenta peu à peu et au bout de six à sept mois elle était très intense; en même temps la malade s'aperçut que les mouvements du bras gauche provoquaient une sorte de craquement au niveau de l'omoplate en exacerbant la douleur.

Elle voit à cette époque plusieurs médecins qui concluent à un rhumatisme, une arthrite sèche, etc. Il n'existait aucune déformation de la région. Des frictions furent faites sans résultat.

Jusqu'alors la malade avait pu se servir de son bras presque normalement; environ huit mois après l'accident, elle commence à éprouver une certaine difficulté dans les mouvements, notamment lorsqu'elle veut se peigner, agrafer sa robe, etc. Depuis quelque temps, la gêne et les douleurs sont devenues intolérables. De plus, le bras gauche présente des mouvements brusques involontaires accompagnés de craquements. C'est un véritable « *tic scapulaire* » En dehors de la douleur scapulaire avec les irradiations que nous avons déjà indiquées, la malade dit ressentir une autre douleur ayant son point de départ au-dessus du sein gauche et irradiant jusqu'aux fausses côtes.

Le 1er novembre 1904, à la suite d'un voyage pénible, elle fut prise d'une crise de douleurs extrêmement aiguës aux points indiqués, en même temps que de secousses violentes et répétées du bras gauche, accompagnées de craquements « entendus à distance ». La face était sous l'influence du même phénomène. La malade criait et pleurait; le moindre mouvement exaspérait ses douleurs à un point tel qu'elle resta clouée dans un fauteuil jusqu'au lendemain matin, moment où la crise prit fin.

Elle dit aussi avoir eu pendant la durée de cette crise nerveuse hystériforme des troubles de la vue, se traduisant par une diminution de l'acuité visuelle, des troubles de la parole et une sensation de constriction dans la gorge, ainsi qu'une gêne respiratoire, qui ont persisté.

Actuellement la malade se plaint de douleurs au niveau du front, de la nuque et à la base gauche du thorax. Elle présente du spasme œsophagien.

Les mouvements du bras gauche sont limités et pour éviter la douleur cette malade se tient constamment couchée sur le côté gauche, appuyée sur le coude et la joue dans la paume de la main gauche. La malade ne peut porter sa main gauche sur la nuque.

A l'examen, la région dorsale présente une voussure très marquée au niveau de la fosse sous-scapulaire du côté gauche. On remarque un épaississement de la région du trapèze, intermédiaire à cette fosse et au creux sus-claviculaire, un épaississement des masses musculaires au niveau du bord spinal de l'omoplate. Les bords internes des deux omoplates sont bien symétriques; ils ont leurs rapports normaux avec le rachis. L'omoplate gauche est un peu plus saillante que la droite et se détache bien légèrement de la cage thoracique car le doigt ne peut être interposé entre le gril costal et le scapulum. Il n'y a pas d'atrophie musculaire. Il y a une très légère scoliose, mais n'est-elle pas consécutive aux douleurs et aux contractures scapulaires qui durent déjà depuis dix-huit mois? On note une légère concavité à gauche du rachis à la hauteur de la région interscapulaire.

En arrière, la base du thorax est plus évasée à gauche qu'à droite, par suite d'une saillie anormale des fausses côtes.

A la palpation, la main étant posée à plat sur l'omoplate gauche et des mouvements étant imprimés au bras du même côté, on perçoit un craquement brusque à chaque mouvement d'élévation de l'omoplate. Celui-ci, en s'élevant, semble basculer un peu en avant, après un peu d'hésitation, comme s'il s'agissait d'un ressort qui se détend. Ce serait une « omoplate à ressort » compliquée de douleurs, véritable « tic douloureux », car la malade appréhende le mouvement d'élévation de l'épaule.

Ce craquement est surtout net au niveau de l'union des trois quarts inférieurs de cet os avec son quart supérieur. Les mouvements de bascule de l'omoplate sont en outre plus étendus que normalement.

En cherchant à écarter l'omoplate, le craquement se produit encore.

La radiographie n'a décelé aucune altération osseuse.

On ne trouve ni anesthésie, ni hyperesthésie cutanées pouvant faire considérer la malade comme une hystérique.

La face présente une petite asymétrie, caractérisée par un léger aplatissement de la joue gauche; le sillon naso-génien est moins prononcé de ce côté qu'à droite. L'œil gauche paraît plus petit à cause d'une ptose légère.

L'état général est bon. Il n'y a pas de craquements dans les articulations.

J'ai déjà observé ici un cas semblable que je vais vous résumer.

Il s'agissait d'une jeune fille de dix-sept ans et demi, entrée le 11 mai 1903 à l'Hôtel-Dieu. La mère est bien portante, le père est mort d'une affection pulmonaire. Un frère est mort de tuberculose. Deux frères vivants sont bien portants. Dans son enfance, la malade a eu des conjonctivites. Il y a près de trois ans, elle a été atteinte d'un érysipèle de la face. Elle est sujette à des amygdalites fréquentes.

En janvier cette malade éprouve quelques douleurs vagues dans les muscles des membres inférieurs et aussi dans le genou gauche pendant huit jours, puis des douleurs dans les deux régions scapulaires, et bientôt elle s'aperçoit brusquement de craquements rudes survenant quand elle remue les omoplates. Plusieurs séances de pointes de feu, appliquées dans la région, ne déterminent aucune amélioration. Les douleurs et la gêne qu'elle éprouve pour son travail de couture la décident à venir à l'Hôtel-Dieu.

En examinant la région, on ne voit pas d'atrophie musculaire, ni de scoliose. Le bord interne du scapulum gauche est légèrement écarté du tronc, et dès que la malade remue cet os, on entend « à distance » un gros craquement, qui est perçu également à la palpation. En pressant sur l'angle supéro-interne, le bruit persiste, de même quand on cherche à écarter le bord interne du scapulum. Du côté droit, on perçoit les mêmes craquements, bien moins intenses. Les muscles scapulaires ne présentent aucun degré de contracture ni de paralysie. Les troubles fonctionnels, au dire de la malade, sont représentés par quelques douleurs et une gêne notable dans tous les mouvements d'élévation de l'omoplate. L'état général est bon. Suivant mes indications, des pointes de feu furent appliquées de nouveau sur la région, et le bras gauche immobilisé dans une écharpe, mais sans aucune amélioration. Je fis dès lors une opération dont je vous parlerai dans un instant.

En juillet 1903, j'ai observé dans le service, non plus un craquement, mais un bruit moins intense, c'est-à-dire un *frottement sous-scapulaire* chez un malade ayant une péri-arthrite scapulo-humérale; le maximum du bruit était au niveau du bord interne de la fosse sous-épineuse.

Tout dernièrement, dans le service, je vous ai fait constater ces frottements sous-scapulaires chez un ankylosé de l'épaule, et chez un autre malade tailleur de profession; dans ces deux cas, c'était à droite.

Enfin, l'année dernière, un élève du service nous fit percevoir au niveau de ses omoplates un bruit peu intense pendant chaque mouvement de l'os : c'était un simple *froissement*. Des faits semblables sont très fréquents.

En somme, il y a *trois variétés de bruits sous-scapulaires*. Par ordre d'intensité croissante, il faut distinguer : 1° des *froissements* appelés par Chauvel *physiologiques*; Bassompierre les a observés chez les trois quarts de ses conscrits; 2° des *frottements*; 3° des *craquements*. Ceux-ci se produisent soit au niveau de l'angle inférieur, soit au niveau du bord interne, près de l'épine.

Ces différents bruits ont été bien décrits par Boinet, Demarquay, Galvagni, Terrillon, Le Dentu, Chauvel, Gaujot, Bassompierre, Favier.

Vous en ferez facilement le diagnostic. Toutefois ces bruits ne doivent pas être confondus avec les autres bruits anormaux de voisinage, tels que la *crépitation osseuse* due à une fracture de l'omoplate ou de l'extrémité externe de la clavicule ou d'une côte; vous reconnaîtrez les craquements de l'arthrite sèche de l'épaule. Tout récemment, chez une malade qui m'avait été adressée par mon collègue M. Gouget, j'ai observé une sorte de dislocation articulaire de l'épaule accompagnée de claquements. Quand la malade élevait l'épaule, on voyait se produire une dépression en avant et en arrière, au-dessous de la voûte acromiocoracoïdienne, avec un bruit rappelant absolument celui que l'on entend quand certains sujets écartent avec force leurs articulations métacarpo-phalangiennes.

Vous ferez facilement la distinction entre les froissements, les frottements et les craquements sous-scapulaires.

Plusieurs *théories pathogéniques* ont été émises pour expliquer les craquements sous-scapulaires. On a invoqué l'existence d'une exostose ou hyperostose costale ou scapulaire.

Il existe en effet des exostoses de la face externe des côtes. Elles sont appelées ostéogéniques; on les observe surtout chez les enfants; elles peuvent donner lieu à des craquements sous-scapulaires, par suite des frottements du bord spinal de l'omoplate contre l'exostose costale.

Ces exostoses ont été constatées autrefois à l'autopsie dans un cas de Demarquay et plus récemment au cours de certaines opérations, et depuis par la radiographie. M. Kirmisson (1) a étudié récemment ces exostoses sous-scapulaires à propos d'une observation personnelle.

J'ai observé aussi un cas d'exostose sous-scapulaire insérée dans la profondeur sur une côte ou sur une apophyse transverse.

S'il n'y a pas d'exostoses, on peut invoquer une hyperostose costale ou une déviation costale ou bien encore un cal de fracture costale ou scapulaire.

Pour d'autres cas, on a admis la présence d'une *bourse séreuse crépitante*, située entre le bord interne de l'omoplate et la face externe des côtes. Cette bourse séreuse a été constatée soit au sommet de l'omoplate, soit sous le grand dentelé près de l'insertion de l'épine, mais le plus souvent elle est

(1) Kirmisson. Soc. d'obstétr., de gynécol. et de pédiât., juin 1903.

d'une si minime épaisseur qu'on a peine à comprendre qu'elle puisse être la cause des bruits sous-scapulaires. Le seul cas démonstratif est dû à Galvagni qui trouva une bourse traversant le grand dentelé et frottant directement sur la côte.

Pour Gruber, il y aurait parfois dans la bourse séreuse, située dans l'épaisseur du grand dentelé au niveau de l'angle supéro-interne de l'omoplate, des épaississements fibro-cartilagineux ou parfois des grains riziformes.

D'après une autre hypothèse émise par M. Le Dentu, on pourrait admettre une *anomalie des insertions du muscle grand dentelé*, anomalie peut-être congénitale dans certains cas, *permettant un frottement anormal du bord interne de l'omoplate sur l'angle postérieur des côtes.*

On a, dans d'autres cas, admis l'*hypertrophie du bord interne de l'omoplate.*

L'*atrophie musculaire* a aussi été invoquée. Elle porterait sur les muscles scapulaires, sous-scapulaires, grand dentelé, rhomboïde, et le bord interne de l'omoplate frotterait sur les côtes. Terrillon admettait que l'atrophie du sous-scapulaire, surtout dans les cas d'ankylose de l'épaule, faisait frotter contre les côtes l'angle inférieur de l'omoplate.

On a également pensé que ces frottements sous-scapulaires pouvaient tenir à une *lésion tuberculeuse*. Dans une observation de Terrillon, un malade, un an après avoir présenté ces bruits, présente un abcès froid de l'aisselle. On pourrait donc admettre que pendant un certain temps une lésion tuberculeuse évoluant insidieusement ne provoque pour toute manifestation extérieure que des craquements sous-scapulaires. Il est reconnu que ceux-ci s'observent surtout chez des sujets tuberculeux, mais au lieu d'invoquer une lésion locale, ostéite ou bursite ou abcès froid, je pense que l'on peut aussi invoquer les amaigrissements accompagnant la phymatose comme étant la cause des bruits de frottement, par suite de la disparition du tissu cellulo-adipeux interposé entre le scapulum et la cage thoracique. Mais ce sont des frottements et non des craquements.

M. Walther a pensé dans un cas qu'il s'agissait d'une *lésion syphilitique*; il mit le malade au traitement spécifique et les craquements ont disparu.

En présence de cette diversité d'opinion, je me suis décidé à pratiquer une exploration sous-scapulaire de cette « loge en portefeuille » comprise entre le grand dentelé et la paroi costale, par une incision faite le long du bord interne de l'omoplate à 3 centimètres de ce bord.

Chez ma malade observée il y a dix-huit mois, je n'ai trouvé entre le grand dentelé et la côte qu'une bourse séreuse insignifiante, à paroi peu épaisse au niveau de l'insertion de l'épine de l'omoplate; elle était capable tout au plus de produire un froissement léger et non le fort craquement observé. Mais ce qui m'a frappé, c'est que la face externe des troisième et quatrième côtes était rugueuse et dénudée, complètement privée de tissu cellulaire. Il n'y avait pas d'atrophie du grand dentelé et pas traces de la bourse séreuse de Gruber à l'angle supéro-interne de l'omoplate.

Chez la deuxième malade, celle dont je vous ai donné l'observation au commencement de cette leçon, il n'y avait pas de bourse séreuse anormale entre le grand dentelé et les côtes, mais M. Le Dentu a remarqué une légère torsion de la quatrième côte consécutive à un léger degré de scoliose. Il n'existait ni exostoses, ni hyperostose, ni atrophie musculaire, ni de bourse séreuse dans le grand dentelé à l'angle supéro-interne de l'omoplate. Il semble bien que chez cette malade le bruit fut provoqué par le frottement du bord interne de l'omoplate non hypertrophié sur la côte déviée et dont le bord inférieur était en éversion et saillant en forme de crête.

En somme, ces bruits de craquements sous-scapulaires doivent tenir à des causes variables suivant les cas. C'est tout ce que je puis vous dire.

Quant aux « frottements », leur pathogénie est aussi obscure. Comme ils s'observent souvent au cours des ankyloses scapulo-humérales ou des péri-arthrites de la même région, on peut admettre un frottement osseux, une bourse séreuse anormale ou hypertrophiée, placée entre le grand dentelé et les côtes. L'atrophie musculaire favoriserait le contact.

Enfin, en ce qui concerne les « froissements » dits physiologiques que l'on trouve chez les rhumatisants, l'hypothèse d'une bourse séreuse anormale est l'hypothèse la plus plausible.

Vous conclurez avec moi que, malgré les explications que nous venons de passer en revue, il faut reconnaître que, dans son ensemble, la question de la pathogénie des bruits sous-scapulaires est encore bien obscure, et de nouveaux faits d'incision exploratrice s'imposent pour les cas graves.

Le *pronostic* est assez sérieux dans les cas de véritable craquement sous-scapulaire, s'accompagnant de gêne fonctionnelle, de douleurs et d'état nerveux, jusqu'à empêcher les malades de se livrer à leurs occupations habituelles. Dans la plupart des autres cas, ces bruits insolites n'offrent aucun caractère de gravité; c'est, paraît-il, une ressource très précieuse pour certains médiums.

Il y a des cas de frottements ou froissements sous-scapulaires peu douloureux, peu gênants, pour lesquels il n'y a point lieu de faire une intervention. Il n'en est pas de même d'un craquement avec douleur et gêne fonctionnelle. Que pouvons-nous faire au point de vue thérapeutique?

On peut employer comme *traitement médical* les révulsifs, les pointes de feu, l'électrisation : tous ces traitements n'ont rien donné. A tout hasard essayez le traitement spécifique. Dans un cas de Patry (1), le massage fit disparaître le craquement en même temps que l'atrophie des muscles de la région.

Comme *traitement orthopédique*, Terrillon avait conseillé un appareil maintenant l'humérus et l'omoplate et muni d'un tampon axillaire destiné à éloigner le scapulum du gril costal. Il aurait obtenu ainsi chez certains malades une diminution dans la fréquence et l'intensité des craquements.

Reste l'*intervention sanglante*, que j'ai pratiquée pour la première fois il y a dix-huit mois et dans

(1) Patry. *Revue méd. de la Suisse romande*, janv. 1905.

laquelle je me suis proposé : 1° d'explorer la région et de voir quelle peut être la cause de ces craquements; 2° d'enlever cette cause; 3° si on ne la trouve pas, d'essayer d'y remédier.

Chez ma première malade, après avoir fait une incision sur le bord interne de l'omoplate, j'ai pratiqué une petite boutonnière à travers les muscles trapèze et rhomboïde, pour explorer avec le doigt la loge comprise entre le grand dentelé et les côtes. N'ayant trouvé aucune exostose ni bourse séreuse, je me suis décidé à pratiquer l'*interposition musculaire interscapulo-thoracique* (fig. 1); ayant pris un

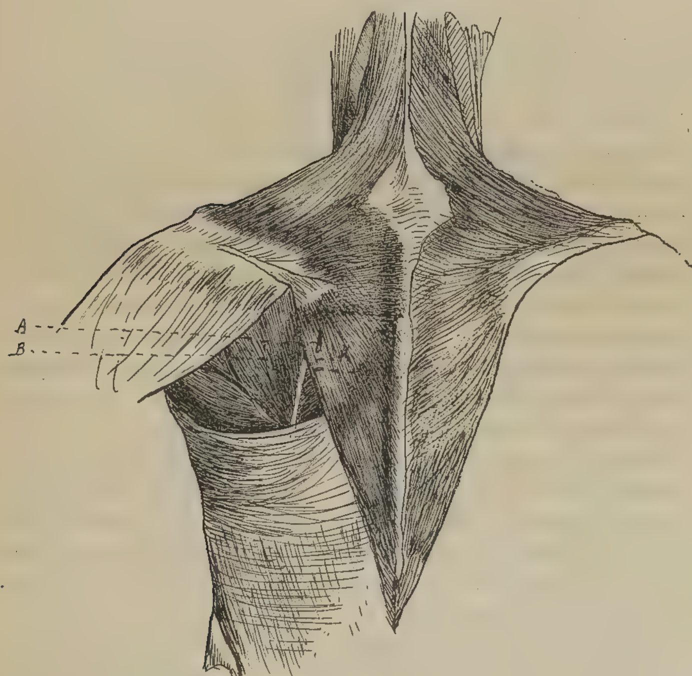


Fig. 1.

A, Boutonnière exploratrice à travers le trapèze et le rhomboïde. — *B*, Lambeau quadrilatère formé par le trapèze et le rhomboïde pour servir à l'interposition interscapulo-thoracique entre le grand dentelé et les côtes.

lambeau rectangulaire de 4 centimètres de haut sur le trapèze, à charnière scapulaire, je le rebroussai en dedans de manière à l'interposer entre le bord interne de l'omoplate et la face externe des côtes, constituant de la sorte une membrane qui peu à peu devenant fibreuse devait modifier la cause restée inconnue des craquements sous-scapulaires chez cette malade.

Le lambeau musculaire libéré est dirigé vers la fosse sous-scapulaire et interposé entre les côtes d'une part, le grand dentelé et le bord spinal de l'omoplate d'autre part (fig. 2). Par un point de suture profond au catgut, je l'ai fixé assez difficilement à la face profonde du grand dentelé.

Les suites de l'opération furent très régulières. Le membre supérieur gauche a été immobilisé pendant vingt jours. La malade examinée six semaines après l'opération ne présentait aucune ascension ni déviation de l'omoplate correspondante. Le bord interne faisait encore un peu saillie, mais je rappelle qu'il en était déjà ainsi avant l'opération. *Dans les mouvements de l'omoplate, le bruit ne se produisait plus*, quelle que fût l'extension du mouvement. Du côté droit les craquements sont restés peu intenses.

Un point délicat dans cette observation est relatif à la branche trapézienne du nerf spinal, qui a été sectionnée, car elle descend parallèlement au bord spinal à 3 ou 4 centimètres de ce bord.

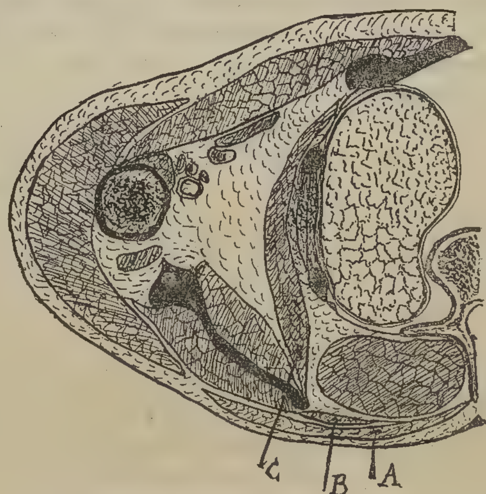


Fig. 2.

Coupe schématique montrant les rapports du trapèze *A* et du rhomboïde *B* à interposer entre le grand dentelé *C* et les côtes. (Le bord interne de l'omoplate est représenté ici très écarté des côtes.)

Mais les nerfs du trapèze sont très nombreux et de sources différentes; ce sont : le *nerf spinal* par sa branche externe, qui s'anastomose avec les deuxième et troisième branches cervicales, le *quatrième nerf cervical*, le *cinquième nerf cervical*, la *branche postérieure des huit premiers nerfs thoraciques*. J'ai étudié avec soin cette innervation supplémentaire (1).

Si l'on ne voulait pas se servir du trapèze pour faire l'interposition musculaire interscapulo-thoracique, il suffirait d'inciser le trapèze à 2 centimètres du bord spinal et, par cette brèche, ne prendre le lambeau d'interposition que sur le rhomboïde. Quant à ce dernier muscle, qui est adducteur et élévateur du scapulum, il est abordé à son bord supérieur par son nerf et il n'a été sectionné qu'en partie suivant son tiers moyen.

Je pense que l'interposition musculaire écarte le bord interne scapulaire de la face externe des côtes. Je ne crois pas qu'elle agisse par la simple section musculaire qui ferait diminuer la contracture.

Chez la malade actuellement dans le service, après avoir fait la boutonnière exploratrice, j'ai pratiqué l'interposition musculaire; elle a donné ici encore un bon résultat immédiat. Les craquements ont disparu. Je me propose de suivre cette malade pour juger du résultat éloigné, ce que je n'ai pas pu faire pour le premier cas.

(1) *Bull. de la Soc. de chir.*, 1904, p. 166, in Rapport de M. Rochard.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DES SUEURS NOCTURNES CHEZ LES TUBERCULEUX (1)

Par M. L. BABONNEIX,
Ancien interne lauréat (médaille d'or) des hôpitaux.

Contre les sueurs des tuberculeux, on a encore préconisé toute une série de médicaments chimiques, dont voici l'énumération à peu près complète : acides acétique, camphorique, salicylique, sulfurique, tartrique; acétates de plomb et de thallium; alun; antipyrine; atropine; caféine; carbonate de chaux; chloralose; duboisine; hyoscine et hyosciamine; muscarine; oxyde de zinc; phosphate de chaux; picrotoxine; sulfate de potasse, sulfonal, sulfure d'allyte, strychnine, tannin, tellurate de soude.

Des acides, nous ne retiendrons que l'*acide sulfurique* dilué dans une infusion de sauge ou de cascarille (Coxe); l'*acide tartrique* (Fredericq) et surtout l'*acide camphorique* [Wood, Combemale (2)] qui, à la dose de 1 à 2 grammes par jour, diminue ou même supprime les sueurs des tuberculeux, sans produire aucun accident d'intoxication. On le prescrit habituellement en cachets de 0,50 centigrammes.

Si l'*acide acétique* (Naligast) n'est plus guère utilisé aujourd'hui, on a encore quelquefois recours aux *acétates de plomb et de thallium.* Le premier a été recommandé par de nombreux auteurs (Ettmüller, Pringle, Jahn, Amelung, Fouquier, Beau), mais Trousseau et Pidoux lui contestent toutes propriétés antisudorales, et Gubler, Hérard et Legougeux lui reprochent de produire à la longue des accidents d'intoxication saturnine. Quant au second, il possède, à la dose de 0,10 centigrammes *pro die*, une action thérapeutique incontestable, et qu'a bien mise en relief M. Combemale (3). Malheureusement il détermine souvent chez les malades, au bout de quelques jours, une alopécie rapide et généralisée [Combemale, Huchard (4)]. Aussi doit-il être définitivement banni de la thérapeutique.

Comme autres sels, on a encore utilisé l'*alun*, seul ou associé au sulfate ferreux, le *carbonate de chaux* (Morton), et le *sulfate de potasse*, associé au sulfate de potasse, à l'ipéca et à l'opium (poudre de Dower), et surtout le phosphate de chaux et le tellurate de soude.

Le *phosphate de chaux* (Stone, Guyot, Potain) est un des médicaments les plus utiles que l'on puisse prescrire contre les sueurs des tuberculeux. Pour M. Dony (5), élève de M. Potain, le phosphate tricalcique, donné à la dose de 4 à 6 grammes par jour, réussit presque toujours; lorsqu'il échoue, on lui substituera les préparations solubles : phosphate monocalcique, chlorhydro, lactophosphate de chaux, aux doses de 0,25 centigrammes à 2 grammes par jour. On peut aussi, comme nous l'avons vu, l'associer à l'agaric et à l'opium.

Quant au *tellurate de soude*, il a été étudié par Neisser, Combemale (6), Barié et Barth. Pour M. Joguet, qui lui a consacré sa thèse inaugurale (7), il peut être prescrit en pilules (Barié), ou en potion (Barth).

(1) Fin. — Voir : *Gaz. des hôpit.*, 1905, nº 25, p. 295.
(2) COMBEMALE. *Bull. gén. de thérap.*, 1891, p. 14-36.
(3) COMBEMALE. *Echo méd. du Nord*, 1898.
(4) HUCHARD. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1898.
(5) DONY. Th. de Paris 1875.
(6) COMBEMALE. *Bull. méd. du Nord*, 1891, p. 12-21.
(7) JOGUET. Th. de Paris, 1896.

Tellurate de soude, dix à......	20 centigrammes.
Alcool à 90 degrés bon goût...	50 grammes.

Une cuillerée à café matin et soir dans un peu d'eau sucrée.

Administré à la dose de cinq centigrammes par jour, il provoque, en moins de trois jours, une atténuation marquée des sueurs. Il ne présente qu'un inconvénient : celui de donner à l'haleine, pendant vingt-quatre heures, une odeur d'ail caractéristique.

L'*oxyde de zinc* se prescrit seul, à la dose de trente à cinquante centigrammes *pro die*, ou associé à la jusquiame (Thompson) :

Extrait de jusquiame..............	} *āā* 0g20
Oxyde de zinc....................	}

Pour 1 cachet nº 10.
Un cachet le soir, avant de se coucher.

De tous les alcaloïdes et substances analogues : *antipyrine*, *caféine* (Rabuteau), *duboisine* (Gubler), *hyoscine* et *hyosciamine* (Fränkel, Emmert), *muscarine* (Murrel), *picrotoxine* (Henry), *strychnine* (Kennedy), un seul mérite d'être retenu dans la pratique : c'est l'atropine.

Expérimentée par Bartholow, S. Ringer, Fränkel, Wilson, Williamson, Hassel, l'*atropine* a surtout été préconisée par Vulpian. Vulpian prescrit :

Sulfate d'atropine............	dix centigrammes.
Miel et poudre de guimauve...	Q. s.

pour 200 pilules.
Une pilule contient un demi-milligramme d'atropine.

On commence par donner au malade une de ces pilules le soir. Le lendemain, si l'effet désiré ne s'est pas produit, on en administre deux, une le matin, une le soir. On peut aller jusqu'à trois et même quatre pilules par jour, dose maxima qu'il faut savoir réserver aux cas particulièrement graves.

Chez les tuberculeux atteints de troubles digestifs, Vulpian recommande les injections hypodermiques :

Sulfate d'atropine...........	cinq centigrammes.
Eau distillée...............	20 grammes.

x à xx gouttes à la fois.

Ainsi administrée, l'atropine présente d'incontestables avantages : elle ne contre-indique pas l'emploi des autres sudorifiques; elle ne fatigue pas l'estomac des malades; elle constitue, de beaucoup, le médicament le plus puissant que nous possédions contre les sueurs des phtisiques. Malheureusement, son extrême toxicité la rend peu maniable, même à faibles doses, et il n'est pas rare de voir survenir, au bout de quelques jours de traitement, de la sécheresse de la gorge, de la mydriase, des éruptions cutanées. Aussi les auteurs recommandent-ils avec raison de ne jamais dépasser la dose de deux milligrammes d'atropine par jour, de répartir cette dose sur les différents moments de la journée, de ne la prescrire que quelques jours de suite.

Que dire des autres sudorifiques précédemment cités? Le *chloralose*, vanté par Lacaze (1), n'a pas encore fait ses preuves; le *sulfonal* ne réussit que dans les tuberculoses au début, et encore son action paraît-elle s'épuiser rapidement [Combemale (2)]; le *sulfure d'allyle*, que Bouchut prescrivait aux doses de II à VI gouttes dans une tasse d'eau alcoolisée, a contre lui son odeur et son goût; le *tannin* (Charvet) et le

(1) LACAZE. *Semaine méd.*, 1894.
(2) COMBEMALE. *Bull. méd. du Nord*, 1896, p. 641.

tannate de quinine [Demay (1)] ne sont plus employés aujourd'hui. Les uns et les autres ne méritent donc qu'une simple mention.

En somme, les médicaments chimiques proposés contre les sueurs des tuberculeux peuvent être divisés en plusieurs catégories : dans une première, nous classerons ceux qui sont franchement nuisibles, et auxquels il ne faut, en aucun cas, s'adresser : tel est l'acétate de thallium; dans une seconde rentrent ceux dont les propriétés antisudorifiques ne sont pas suffisamment démontrées : acides divers, sauf l'acide camphorique, acétate de plomb, alun, antipyrine, caféine, carbonate de chaux, chloralose, hyoscine et hyoscyamine, muscarine, oxyde de zinc, picrotoxine, sulfate de potasse, sulfonal, sulfure d'allyle, strychnine, tannin. Cette élimination faite, restent quatre médicaments qui possèdent chacun des avantages et des inconvénients : ce sont l'atropine, très puissante, mais aussi très toxique; le phosphate de chaux, moins énergique, mais plus facile à manier; l'acide camphorique, d'action lente, mais persistante; le tellurate de soude, qui supprime les sueurs en quelques jours, mais donne à l'haleine une odeur peu agréable. Tout l'art du médecin consistera donc à choisir, entre ces diverses substances, celle qui convient le mieux aux indications du moment et au tempérament du malade.

En présence d'un tuberculeux avancé, que les sueurs privent de tout sommeil, il ne suffit pas de prescrire tel ou tel médicament; il ne faut pas négliger certaines précautions qu'a bien exposées Morton : « Au moment où survient la crise sudorale, dit le vieil auteur, retirez sans crainte quelques couvertures au malade, faites-lui respirer un air sain et vivifiant; dès que les forces commencent à lui manquer, essuyez avec des linges secs, modérément chauffés, son corps baigné de sueurs; recommandez-lui ensuite de gagner, dans son lit, quelque endroit frais (2). »

Après avoir passé en revue les diverses méthodes thérapeutiques qui ont été successivement proposées contre les sueurs des tuberculeux, il ne nous reste plus qu'à conclure. De tous les médicaments que nous avons étudiés, quelques-uns méritent seuls d'être conservés; ce sont pour les médicaments d'origine végétale : l'agaric, l'ergot de seigle, l'opium et la sauge; pour les médicaments chimiques, l'acide camphorique, le phosphate de chaux, le tellurate de soude et surtout l'atropine. Mais ni les remèdes ni les précautions hygiéniques ne suffiront à améliorer l'état des malades si l'on n'institue pas en même temps un traitement causal, si l'on n'évoque pas à propos l'adage connu de Bœrhave : *In curatione prius pervestiganda est causa.*

FORMULAIRE

L'EAU OXYGÉNÉE DANS L'ANÉMIE ET LA CHLORO-ANÉMIE

Malet, qui dans sa thèse de Bordeaux (1902) publie des observations montrant les bons résultats obtenus dans des cas d'anémie et de chloro-anémie, conseille la formule suivante :

Eau oxygénée à 2 volumes......	150	grammes.
Sirop d'écorces d'orange amère..	50	—

A prendre une cuillerée à soupe le matin à jeun, une autre le soir, une heure au moins avant le repas du soir, et quatre heures au moins après le repas de midi.

Sous l'influence de l'eau oxygénée la digestion est facilitée et accélérée. (Coudrain.)

(1) Demay. Th. de Paris, 1873.

(2) Morton. *Œuvres*, t. I, p. 78.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 6 mars 1905)

Chloroformisation. — M. Tissot apporte le résultat d'intéressantes expériences sur les mélanges titrés d'air et de chloroforme. Il est actuellement admis par de nombreux physiologistes que la méthode de chloroformisation par les mélanges titrés d'air et de vapeurs de chloroforme (méthode de Paul Bert) offre une grande sécurité en vertu du principe physique suivant: si l'on fait respirer à un animal un mélange titré d'air et de vapeurs de chloroforme (7 grammes à 12 grammes de chloroforme pour 100 d'air), cette vapeur se dissout dans le sang jusqu'à ce qu'elle y atteigne une tension équivalente à celle qu'elle possède dans l'air. Avec les mélanges titrés qui ne dépassent pas 12 p. 100, cet équilibre de tension correspondrait pour le sang à une dose de chloroforme anesthésique et non dangereuse qui ne pourrait être dépassée.

M. Tissot démontre que cette conception est inexacte, que pendant l'anesthésie avec des mélanges de 7 à 12 p. 100 : 1° il ne peut s'établir d'équilibre de tension de vapeur entre le sang et le mélange anesthésique, parce que cet équilibre correspond pour le sang à une dose de chloroforme qui dépasse la dose mortelle; 2° qu'il ne se produit à aucun moment d'équilibre stable entre les proportions de chloroforme contenues dans le sang et dans le mélange anesthésique; 2° qu'il se produit un *équilibre variable* entre la vitesse de pénétration du chloroforme et sa vitesse d'élimination, et que cet équilibre dépend principalement des modifications de la ventilation pulmonaire.

Autres communications :

Sur le pouvoir sécréteur du rein, par MM. H. Lamy et A. Mayer;

Étude spectroscopique de l'oxy-hémoglobine, par MM. Piettre et A. Villa;

Sur la maladie des jeunes chiens, par M. H. Carré, qui se croit autorisé à penser que le virus de la maladie des chiens rentre dans le cadre des microbes filtrants.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 10 mars 1905)

A propos d'un cas d'anévrisme aortique survenu au cours du rhumatisme articulaire aigu. — Pour élucider le diagnostic pathogénique de l'anévrisme du petit malade présenté avec M. Verliac à la dernière séance de la Société, M. Louis Rénon a examiné le liquide céphalo-rachidien qui ne contenait pas de lymphocytes. M. Babinski a bien voulu examiner les réflexes du malade : il les a trouvés conservés; il n'a trouvé aucun signe permettant de soupçonner une lésion médullaire ou méningée. Dans ces conditions, la syphilis ne pouvant être mise en cause, il paraît bien difficile de ne pas attribuer au rhumatisme une action certaine dans la production des accidents.

Méningite cérébro-spinale à rechutes. — MM. Letulle et Lemierre rapportent une observation de méningite cérébro-spinale à rechutes due au méningocoque de Weichselbaum. La première attaque, d'allures sérieuses, dura vingt jours au bout desquels la défervescence survint brusquement. Pendant

un mois on put croire à une guérison complète, lorsque subitement les signes de méningite reparurent, accompagnés de phénomènes généraux intenses. Cinq jours plus tard, tout rentra dans l'ordre comme la première fois. Douze jours après survint une deuxième rechute qui aboutit à une guérison définitive. Mais le sujet a conservé depuis lors de la raideur de la colonne vertébrale et des troubles de la marche.

Le liquide céphalo-rachidien, au début de chaque attaque, était franchement purulent; les trois fois, au moment de la guérison, il était devenu moins trouble et l'on voyait s'y former un coagulum fibrineux volumineux, phénomène qui n'existait pas au début. La méningite, purulente d'abord, devenait ensuite séro-fibrineuse.

La présence du méningocoque a été constatée dans le liquide céphalo-rachidien pendant les deux premières attaques. Ce microbe a fait complètement défaut pendant la deuxième rechute.

Le méningocoque isolé s'est montré totalement dépourvu de virulence pour la souris en injection intra-péritonéale.

Qu'est-ce que la grippe? — M. Raymond Bernard (du Val-de-Grâce) a observé dans l'armée des épidémies d'affections dites grippales (bronchites, broncho-pneumonies, pleurésies) qui doivent être attribuées au streptocoque. Dans les cas où il l'a recherché le coccobacille de Pfeiffer a fait défaut. La conclusion à tirer de ces faits est qu'il y a grippe et grippe: il y a une grippe-influenza exotique et exceptionnelle dont le germe est inconnu, et il y a les grippes nostras qui se combinent parfois à la première, mais qui sont représentées chaque hiver par des affections saisonnières plus ou moins graves, plus ou moins contagieuses, qui sont le fait de micro-organismes divers, le pneumocoque, le streptocoque, et tout microorganisme des voies respiratoires assez actif pour exercer sa virulence en série épidémique.

La grippe n'est donc plus qu'un syndrome, syndrome clinique et épidémique relevant d'une pathogénie microbienne complexe.

M. Comby, parlant en clinicien, admet que la grippe doit sa spécificité, qu'il est impossible de nier, à ses deux grands caractères d'épidémicité et de contagiosité.

MM. Bezançon et de Jong pensent au contraire qu'il est impossible de décrire à la grippe aucun caractère spécifique clinique comme il en existe pour toutes les maladies épidémiques bien définies, le choléra ou la peste par exemple. En un mot, il n'y a pas de symptôme pathognomonique de la grippe.

LIVRES NOUVEAUX

Traitement des hémorragies puerpérales (1), par le docteur G. Keim.

Les hémorragies puerpérales peuvent être graves par leur soudaineté, par leur abondance ou par leur répétition. Il est donc essentiel de savoir intervenir rapidement et efficacement, soit par les moyens classiques, soit par des moyens de fortune.

Faire connaître ces divers modes d'intervention, indiquer la façon de les utiliser, de les combiner, en un mot donner au praticien une ligne de conduite pour arrêter d'urgence l'hémorragie puerpérale et restaurer ensuite la femme malade, tel est le but de cet ouvrage, ainsi que l'auteur le définit lui-même.

(1) In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

Le praticien, peu familiarisé avec les accouchements, pourra tirer grand profit de la lecture de ce petit volume très consciencieusement écrit.

MARCEL DELESTRE.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1905 (1), par H. Bocquillon-Limousin, docteur en pharmacie de l'Université de Paris. Introduction par le docteur Huchard, médecin des hôpitaux.

L'année dernière a vu naître un grand nombre de médicaments nouveaux : le *Formulaire* de Bocquillon-Limousin enregistre les nouveautés à mesure qu'elles se produisent. La dix-septième édition qui vient de paraître contient un grand nombre d'articles sur les médicaments introduits récemment dans la thérapeutique, qui n'ont encore trouvé place dans aucun formulaire, même dans les plus récents.

Citons en particulier : agaricinate de bismuth et de lithium, anesthésine, anthrasol, argyrol, aristoquinine, aspidospermine, bismone, bornival, bromochinal, bromol, bromoquinol, caséoïodine, cellotropine; chlorhydrates de berbérine, d'éthylnarcéine, d'holocaïne; cidrase, citrate d'argent, cosaprine, diosmai, dymal, ektogan; énergétènes de digitale, de genêt, de muguet, de valériane; énésol, esterdermasane, éthylène éthényldiamine, eumydrine, ferments du cidre et du raisin, fluorure d'argent, formol saponifié, hétraline, holocaïne, iodocaséine, iodosalicylate de bismuth, iodure d'amyle, iodyline, isopral, itrol, lusoforme, lysidine, métal-ferment, méthylatropine, méthylglyoxalidine, méthylonitrate d'atropine, mirmol, narcyl, nitrite de soude, nucléinate de fer et de soude, œnase, oxyde de bismuth colloïdal, pégnine, peroxyde de zinc, phtisiopyrine, polychloral, psorialan, pyrénol, pyrone, quinoforme, radium, rheumasane, salacréol, salicylarsinate de mercure, salicylate de théobromine et de lithine, stovaïne, subcutine, sublamine, tachiol, thermodine, tribromophénol, trigémine, urophérine, vasothion et un grand nombre de plantes coloniales et exotiques récemment introduites en thérapeutique.

Le *Formulaire* de Bocquillon-Limousin est ordonné avec une méthode rigoureuse. Chaque article est divisé en alinéas distincts intitulés : synonymie, description, composition, propriétés thérapeutiques, modes d'emploi et doses. Le praticien est ainsi assuré de trouver rapidement le renseignement dont il a besoin.

L. GAYARD.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE LA DÉNUTRITION CHEZ LES NOURRICES

Il est absolument superflu, à l'heure actuelle, d'insister sur l'importance capitale que présente pour les nouveau-nés l'allaitement au sein. On sait que l'effroyable mortalité, qui décime les enfants de zéro à un an, est due pour la plus grande partie à la gastro-entérite, qui reconnaît elle-même pour cause le plus souvent une alimentation défectueuse, et qui atteint surtout les nourrissons alimentés artificiellement.

Aussi préconise-t-on, avec la plus grande énergie, l'allaitement au sein, et il faut reconnaître que, fort heureusement, les efforts des médecins sont couronnés de succès, et que ce mode d'alimentation est de plus en plus en faveur. C'est parfait; mais il faut avouer que l'allaitement par la mère n'est pas toujours possible pendant un temps prolongé, du moins sans que celle-ci vienne à en ressentir des troubles dans sa santé.

(1) 1 vol. in-8° de 322 p., cart. Prix : 3 francs. Paris, J.-B. Baillière et fils.

Bien souvent, on observe, au bout d'uu certain temps, de l'amaigrissement, de la faiblesse, des symptômes d'anémie, de dénutrition; état qui, s'il persiste, oblige à suspendre l'allaitement. Tout au moins la plupart des nourrices se plaignent-elles de fatigue et de douleurs dans le dos.

Cela ne doit d'ailleurs nullement étonner si l'on songe que, chez une femme déjà fatiguée par la grossesse et parfois épuisée par des travaux excessifs, la sécrétion lactée vient encore entraîner une déperdition considérable de matériaux. En dehors de l'eau, le lait contient de l'albumine, des matières grasses, et des sels, phosphates et chlorures; tous éléments qui sont prélevés sur l'organisme, et dans des proportions considérables.

Aussi les nourrices sont-elles obligées, pour réparer ces pertes quotidiennes, d'absorber une plus grande quantité d'aliments qu'à l'état ordinaire et de fait, leur appétit est augmenté presque toujours.

Mais cette suralimentation est elle-même insuffisante pour subvenir à leurs besoins, et il n'est guère de nourrices qu'on ne voie arriver un jour ou l'autre, à l'épuisement et à la dénutrition. C'est qu'il faudrait une proportion exagérée d'aliments pour compenser la perte de certains éléments, les phosphates en particulier.

Aussi pour parer à ces accidents, est-il nécessaire de faire appel à des adjuvants de l'alimentation. Et nul n'est mieux qualifié pour cela que l'émulsion Scott, qui est plutôt un aliment qu'un médicament, ou mieux, selon une dénomination très heureuse, un médicament-aliment. Sa composition même : huile de foie de morue, glycérine et hypophosphites, explique à merveille son utilité dans le cas qui nous occupe.

L'huile de foie de morue est un merveilleux aliment d'épargne, qui se consume d'abord, laissant intactes les réserves de l'organisme et permettant d'éviter la dénutrition. Elle agit en outre par l'iode, le brome et le phosphore qu'elle renferme. De plus, en tant que corps gras, elle est plus apte que n'importe quel aliment à favoriser la production de la graisse; et l'on sait quelle consommation considérable de corps gras entraîne la sécrétion du lait.

La glycérine, tonique et aliment respiratoire, est considérée comme le meilleur succédané de l'huile de foie de morue, à tel point qu'on l'emploie souvent lorsque celle-ci n'est pas supportée.

Les hypophosphites, contenant le phosphore à l'état d'oxydation incomplète, agissent à la fois comme toniques et pour remplacer les phosphates qui sont éliminés par le lait.

Il n'est donc pas indifférent de donner de l'émulsion Scott au lieu d'huile de foie de morue. Dans celle-ci on ne trouverait qu'un secours insuffisant, et en particulier aucun palliatif à la déminéralisation.

En outre, grâce à la forme d'émulsion, l'huile de foie de morue s'assimile mieux; on se rend compte immédiatement que, divisée en fines gouttelettes, elle présente une surface bien plus grande à l'action des sucs digestifs ; d'où absorption facilitée, et, en même temps, moindre fatigue pour l'estomac.

Or cela n'est pas à dédaigner chez une femme qui, obligée de prendre une nourriture abondante, a besoin de conserver son estomac en parfait état.

De plus l'émulsion Scott, véritable crème au goût agréable, ne risque nullement de retirer l'appétit, comme ne manquerait pas de le faire l'odeur répugnante de l'huile de foie de morue.

Il nous semble superflu d'ajouter que l'émulsion Scott est préparée avec de l'huile de foie de morue de première qualité, ce qui donne toute tranquillité dans son emploi, contrairement à ce qui a lieu pour bien des huiles de foie de morue, dont on ne connaît pas l'origine.

Ces différentes raisons montrent de quelle nécessité est l'usage de l'émulsion Scott pour toutes les femmes qui allaitent. Il ne faut pas l'utiliser seulement chez celles qui sont déjà épuisées par la lactation, mais bien chez toutes comme une sorte de viatique, et à titre de préventif pour éviter la dénutrition et la déminéralisation. Dr LEGRAND.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 20 AU 25 MARS 1905)

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 20 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Broca (Aug.), Rieffel et Branca.

2e, *Salle Richet* : MM. Ch. Richet, Retterer et Broca (André); — M. Balthazard, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Segond, Legueu et Pierre Duval; — (2e partie) : MM. Gaucher, Teissier et Macaigne ; — M. Mauclaire, suppléant.

Mardi 21 mars, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Le Dentu, Poirier et Launois.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Joffroy, Guiart et Richaud.

3e (2e partie, oral), *Salle Pasteur* : MM. Dieulafoy, Achard et Méry ; — M. Langlois, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Berger, Schwartz et Auvray; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Marion et Morestin ; — M. Dupré, suppléant.

Mercredi 22 mars, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Terrier, Sébileau et Cunéo.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Desgrez et Legry.

2e, *Salle Pasteur* : MM. Gautier, Gley et Branca ; — M. Labbé (Marcel) suppléant.

Jeudi 23 mars, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Thiéry, Marion et Rieffel.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique* : MM. Cornil, Bezançon et Maillard.

3e (2e partie, oral), *Salle Dubois* : MM. Chantemesse, Dupré et Guiart ; — M. Carnot, suppléant.

Vendredi 24 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Segond, Sébileau et Cunéo.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Gaucher et Labbé (Marcel).

4e, *Salle Thouret* : MM. Pouchet, Desgrez et Balthazard; — M. Claude, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Wallich et Potocki ; — M. Mauclaire, suppléant.

Samedi 25 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Launois et Auvray.

4e, *Salle Béclard* : MM. Raymond, Vaquez et Langlois ; — M. Maillard, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Hutinel, Thiroloix et Gouget; — (2e série) : MM. Gilbert, Renon et Carnot ; — M. Méry, suppléant.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

A l'occasion des *courses de Nice et de Cannes* et du *tir aux pigeons de Monaco*, la Compagnie P.-L.-M. délivrera, jusqu'au 4 avril 1905, au départ de Paris, des billets spéciaux d'aller et retour de 1re et de 2e classe, aux prix de :

177 fr. 40 en 1re classe et 127 fr. 75 en 2e classe pour Cannes ;

182 fr. 60 en 1re classe et 131 fr. 50 en 2e classe pour Nice ;

186 fr. 65 en 1re classe et 134 fr. 40 en 2e classe pour Menton.

Validité 20 jours et faculté de prolongation une ou deux fois de dix jours moyennant 10 p. 100 du prix du billet.

Ces billets donnent droit à deux arrêts en cours de route, tant à l'aller qu'au retour.

Faculté, pour les voyageurs de 1re classe, de prendre, sans supplément de prix, le train de jour « Côte-d'Azur rapide ».

N° 31. — JEUDI 16 MARS 1905. 78e ANNÉE. JEUDI 16 MARS 1905. — N° 31.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois . 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
La réaction précipitante des sérums en médecine légale, par V. Balthazard.

SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine. — Société de biologie.

ANALYSES
Médecine : Gastrorragie consécutive à l'ingestion du calomel; — *Chirurgie :* Des luxations traumatiques de la rotule; — *Obstétrique :* Pronostic comparé des variétés complètes et décomplétées mode des fesses de la présentation du siège.

FORMULAIRE

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)
Colique hépatique (fin).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de médecine.* — *Admissibilité.* — Epreuve clinique. — Séance du 13 mars 1905 : MM. Rist et Ravaut, 20; Bigard, 19; Castaigne excusé.

Séance du 14 mars : MM. Nobécourt, 19; Balthazard, 18; Ribierre, 20.

Concours de la médaille d'or. — Chirurgie et accouchements. — Epreuve écrite (13 mars). Question donnée : « Nerf maxillaire supérieur. Névralgie du trijumeau et son traitement chirurgical. »

Le concours vient de se terminer ainsi : Médaille d'or, M. Mercadé; médaille d'argent, M. Chevassu; accessit, M. Gernez.

Médecine. — Notes des mémoires : MM. Vitry, Gaultier et Boidin, 30; Paisseau, Dreyfus-Rose, Touchard, Lhermitte et Gauckler, 29; Rostaine et Louste, 28.

Epreuve orale (13 mars). Question donnée : « Le cœur des tuberculeux. » MM. Gaultier et Boidin, 17; Gauckler et Vitry, 16.

La prochaine séance de lecture des copies est fixée au dimanche 16 mars, à dix heures du matin, à l'hôpital de la Charité.

Concours de l'Internat. — Oral. — Séance du 13 mars 1905 : MM. Camacho, 12 + 19 = 31; — Moreau, 14 + 29 = 43; — Petiteau, 12 + 21 = 33; — Silbert, 14 + 18 = 32; — Doury, 19 + 20 = 39; — Lew,, 13 + 26 = 39; — Pinard, 15 + 19 = 34; — Bory, 15 + 25 = 40; Reubsaët, 16 + 22 = 38; — Saiget, 15 + 18 = 33.

Questions données : « Epiploon gastro-hépatique. — Complications articulaires de la blennorragie (symptômes et diagnostic). »

Internat en pharmacie. — Le jury est définitivement composé de MM. Bougault, Richaud, Cousin, Lafont, Prud'homme, Guérin (Paul) et Choay qui ont accepté.

GUERRE. — *Service de santé militaire.* — Un concours s'ouvrira le 13 juin 1905 (épreuves écrites) pour l'admission en 1905 à l'École du service de santé militaire. Les inscriptions seront reçues dans les préfectures du 1er au 16 mai. Les épreuves orales auront lieu du 24 juillet au 19 août. Le programme arrêté le 5 février 1905 donnant les conditions du concours a été inséré au *Bulletin officiel du ministère de la Guerre* (partie supplémentaire) imprimé par MM. Chapelot et Cie, éditeurs, 2, rue Christine, à Paris.

— Corps de santé des troupes coloniales. — Sont nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe, pour prendre rang au 1er février, les élèves de l'école principale du service de la marine dont les noms suivent :

MM. Bussière, Bongrand, Maupetit, Destelle, Caries, Ducrot, Colas, Malouvier, Jauréguiberry, Reyneau, Bonduel, Le Roy, Trividie, Villeroux, Fournier, Lebard, Fouladoux, Gassin, Robin, Jubin, Vadon, Collomb, Castueil, Fleury, Ricau, Cocaign, Touchard.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe, M. Vergnes.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ. — Les épreuves écrites du concours d'admission à l'École du service de santé militaire de Lyon auront lieu le 13 juin, à huit heures du matin, dans les villes suivantes : Alger, Amiens, Angers, Besançon, Bordeaux, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Toulouse et Tours.

Les candidats devront se faire inscrire du 1er au 16 mai : s'ils sont civils, à la préfecture du département où ils font leurs études, et, s'ils sont militaires, à la préfecture du département dans lequel ils sont en garnison.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur E. Morin (de Paris) est nommé officier du Mérite agricole.

LA

RÉACTION PRÉCIPITANTE DES SÉRUMS

EN MÉDECINE LÉGALE

Par V. BALTHAZARD (1),
Professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

Messieurs,

La reconnaissance des taches de sang constitue l'un des problèmes les plus importants de la médecine légale. Deux procédés, d'une grande sensibilité, la formation des cristaux d'hémine et l'examen spectroscopique, permettent de caractériser l'hémoglobine et ses dérivés et lorsqu'ils ont donné des résultats positifs, l'expert peut *avec certitude* affirmer la présence du sang dans les taches. Malheureusement, cette conclusion n'a parfois qu'une valeur minime pour le magistrat instructeur, l'accusé arguant presque toujours que les taches de sang proviennent d'un lapin ou d'un poulet. Il y a donc un intérêt capital à déterminer la provenance du sang.

Or s'il est facile, au moins quand les taches sont récentes, de distinguer le sang des mammifères du sang des oiseaux, grâce aux noyaux dont sont pourvues les hématies de ce dernier, les difficultés sont grandes pour différencier le sang des divers mammifères. Trois procédés ont été indiqués : l'un basé sur l'évaluation du diamètre moyen des hématies, l'autre sur les caractères des cristaux d'hémoglobine, le troisième sur les réactions histo-chimiques des granulations leucocytaires. A l'heure actuelle les deux derniers n'ont pas encore fait leur preuve, et les recherches modernes sur les modifications de dimension des hématies sous l'influence des variations de tension osmotique du milieu conduisent à rejeter complètement le premier.

Grâce à la réaction précipitante des sérums, il est devenu possible de reconnaître *avec certitude* la provenance de sang desséché depuis longtemps, ayant même subi la putréfaction. Il n'est pas exagéré de dire que cette découverte est la plus importante dont ait bénéficié la médecine légale dans ces vingt dernières années. Dès à présent elle doit être utilisée par le médecin expert dans tous les cas où il sera commis pour l'examen d'une tache de sang. Mais la réaction précipitante des sérums ne conduit à des résultats précis qu'à la condition d'être pratiquée avec toutes les précautions nécessaires pour éviter les causes d'erreur. Comme sa connaissance est encore de date récente, vous ne la trouverez pas décrite dans vos livres classiques avec des détails suffisants. Aussi ai-je pensé vous être utile en choisissant pour sujet de cette première leçon l'étude des précipitines.

En 1901, Tchistovitsch, au cours des recherches sur l'immunisation du lapin contre le sérum d'anguille, constate que le sérum des lapins qui ont reçu plusieurs injections précipite par addition du sérum d'anguille. Bientôt après Bordet reproduit le phénomène avec le sérum provenant de divers animaux, et vérifie de plus que le sérum du lapin précipite seulement en présence du sérum de l'espèce animale, injecté à ce lapin. Nuttall poursuit en Angleterre l'étude de la réaction et presque en même temps Uhlenhuth, en Allemagne, propose son emploi en médecine légale. A partir de ce moment, les travaux se multiplient : Wasserman et Schütze, Ziemke, Linossier et Lemoine, Fuhrmann, Graham Smith et Sanger, étudient tour à tour la réaction précipitante des sérums. Mais Uhlenhuth, par les recherches qu'il poursuit depuis 1901 dans le laboratoire de Löffler, est de tous les savants celui qui a le plus contribué à faire entrer la réaction précipitante des sérums dans la pratique médico-légale; les médecins légistes ont obéi à un sentiment de justice en donnant son nom à la méthode.

Rappelons rapidement le principe de cette méthode : après avoir pratiqué chez un lapin des injections de 10 centimètres cubes de sérum humain, à intervalles de trois à quatre jours, on saigne l'animal. Le sérum de ce lapin, lorsqu'il est additionné de sang humain, même très dilué, donne immédiatement un précipité fin, qui au bout d'un temps variable devient floconneux et se rassemble au fond du tube. Il ne donne aucun précipité avec le sang de bœuf, de chien, etc...

Vous savez que si, au lieu de sérum humain, on avait injecté au lapin du sang humain, le sérum de l'animal aurait acquis la propriété de dissoudre les globules sanguins de l'homme. Bordet, qui a signalé ce phénomène, l'a attribué à l'apparition dans le sang du lapin, à la suite des injections de sang, d'une substance analogue aux ferments solubles, à laquelle il a donné le nom d'*hémolysine*. Par analogie, il a pensé qu'il se formait, à la suite des injections de sérum, une *précipitine*, à laquelle serait due la réaction précipitante du sérum. On constate en un mot des propriétés et on les attribue à la présence de substances nouvelles dans le sérum, de ferments solubles. Ce n'est là qu'une hypothèse, dont la démonstration est loin d'être faite pour les sérums hémolytiques, et qui, nous le verrons plus loin, est fort improbable pour les sérums précipitants. Ces réserves faites, nous emploierons par la suite le terme de précipitine qui facilite le langage.

I. Préparation des sérums précipitants. — Insistons tout d'abord sur le mode d'obtention des sérums précipitants. Au début des recherches sur les précipitines, on pensait qu'il était préférable d'injecter aux animaux le sang défibriné frais. Les travaux d'Hausner ont montré que l'antisérum est beaucoup plus actif lorsqu'on a injecté du sérum dépourvu de tout élément figuré. Ces résultats ont un grand intérêt pour la préparation de la précipitine du sang humain, car on conçoit les difficultés que rencontraient les expérimentateurs pour obtenir du sang défibriné. Habituellement on utilise le sérum des urémiques auxquels on a, dans un but thérapeutique, pratiqué d'abondantes saignées. Nous verrons plus loin s'il n'est pas possible de le remplacer par du sérum d'autre provenance.

La technique a été modifiée également quant aux doses injectées, quant au mode d'injection. Les doses de 10 à 20 centimètres cubes recommandées au début sont inutiles, 2 à 5 centimètres cubes chez le lapin suffisent pour l'obtention d'un sérum très actif. Il est nécessaire de pratiquer cinq injections, au moins, en laissant entre deux injections successives un intervalle de trois à quatre jours. Les doses faibles sont mieux supportées par les animaux, et l'avantage est d'autant plus sensible que les sérums d'urémiques sont toujours très toxiques. Trois à

(1) Leçon d'ouverture faite à la Faculté de médecine le 8 mars 1905.

quatre jours après la dernière injection on saigne le lapin, et après séparation du caillot, le sérum est recueilli aseptiquement.

Certains auteurs ont recommandé l'injection intraveineuse. Mais si la première injection est toujours bien tolérée, les injections suivantes déterminent parfois la mort immédiate du lapin. Dans une expérience où j'ai eu soin, avant chaque injection intraveineuse, de prélever une petite quantité de sang, la mort subite est survenue à la suite de la troisième injection; le sérum recueilli auparavant était riche en précipitine. L'apparition soudaine des accidents au moment de l'injection, la rapidité de la mort, la constatation à l'autopsie de foyers d'infarctus pulmonaires me portent à admettre que le précipité qui se serait formé *in vitro* par le mélange des deux sangs, s'est produit aussi *in vivo*, créant des embolies dans les vaisseaux capillaires du poumon. Ainsi en pratiquant l'injection intraveineuse du sérum on s'expose à perdre parfois les animaux en expérience; cet accident sera d'ailleurs plus rare si les doses injectées sont plus faibles.

La voie péritonéale n'offre pas les mêmes inconvénients; par contre le développement d'une péritonite mortelle n'est pas rare lorsque le sérum qui sert aux injections n'a pas été recueilli avec une asepsie parfaite. Hausner a prouvé d'ailleurs que les injections pratiquées dans les masses musculaires donnent d'aussi bons résultats et la meilleure technique consiste finalement à injecter le sérum dans l'épaisseur des muscles vertébraux.

On utilise habituellement le lapin, mais la saignée ne fournit qu'une quantité minime de sang, une centaine de grammes pour un lapin de 2 kilogrammes, encore est-on obligé de sacrifier l'animal. Il est certainement préférable de recourir au chien qui peut fournir 300 à 400 centimètres cubes de sang à chaque saignée; le chien supporte bien ces saignées même renouvelées et peut être conservé pour des expériences ultérieures.

Nous verrons que le sérum précipitant ainsi obtenu conserve ses propriétés pendant un temps assez court, qui n'excède pas un mois. Il est donc nécessaire, chaque fois qu'une expertise se présente, de préparer un nouvel animal, ce qui demande au moins quinze jours; on conçoit combien cette nécessité limite l'emploi des précipitines en médecine légale. Il serait désirable que l'on conservât dans les instituts médico-légaux, des chiens convenablement préparés, susceptibles de fournir l'un la précipitine du sang humain, un autre la précipitine du sang de lapin, et ainsi de suite. Lorsque le chien a subi la série d'injections que j'ai indiquées, le pouvoir précipitant de son sérum se maintient intact pendant un mois environ; à partir de ce moment, ce pouvoir va en diminuant, mais il suffit d'une seule injection pour le ramener à son taux initial.

J'ai indiqué déjà qu'il n'est pas indispensable pour pratiquer les injections d'utiliser du sérum frais. Ce n'est pas seulement après trois à quatre jours, comme le croyait Ziemke, que le sérum humain, par exemple, peut servir à la préparation des précipitines, mais encore au bout d'un mois et plus. L'asepsie n'est même pas indispensable; Strangeways a obtenu l'antisérum spécifique en injectant après filtration sur la bougie de porcelaine du sérum putréfié.

Il n'est pas nécessaire d'ailleurs d'avoir du sérum sanguin. Butza emploie le liquide pleurétique, Artus et Vansteenberghe le liquide d'ascite. En pareil cas il faut injecter aux animaux des quantités plus considérables de liquide que lorsqu'on utilise le sérum. Aussi Domenico, Corin, se basant sur ce fait que les substances qui engendrent les précipitines sont liées aux globulines, isolent les globulines du liquide ascitique par le procédé d'Hammarsten, les dessèchent, et les redissolvent au moment du besoin, de telle façon qu'il y ait 2 grammes de globuline par 100 grammes de solution salée physiologique. La globuline desséchée est encore utilisable au bout d'un mois et fournit des sérums précipitants aussi actifs que le sérum lui-même. Ce procédé est très pratique, et seul le procédé de Wasserman, qui consiste à injecter après centrifugation le sang exprimé des placentas, peut rivaliser avec lui.

II. Le sérum précipitant. — Ayant ainsi préparé les antisérums précipitants spécifiques, étudions leurs propriétés. Supposons que nous ayons le sérum d'un lapin injecté avec du sérum humain. Si nous versons dans dix tubes, 5 centimètres cubes de ce sérum par tube et que nous ajoutions au premier $0^{cc}25$ d'un sérum humain dilué au centième, au second la même quantité de sérum dilué de bœuf et ainsi de suite avec des sérums dilués d'autres animaux, le précipité recherché apparaîtra seulement dans le premier tube, sous forme de flocons abondants; à peine un léger louche pourra-t-il être aperçu dans quelques-uns des autres tubes.

Est-ce à dire que la précipitine soit strictement spécifique? Linossier et Lemoine ont répondu à cette question en montrant que, si l'on omet la précaution de diluer les sérums essayés, on peut observer des précipités plus ou moins abondants dans tous les tubes, quoique jamais aussi abondants que dans le premier. La précipitine n'est donc que relativement spécifique, et l'on s'exposerait à de graves mécomptes en médecine légale, si l'on pratiquait sans précautions la réaction.

Et tout d'abord, dans quelles proportions doit-on mélanger le sérum et l'antisérum pour obtenir un précipité abondant? Si le mélange est fait à parties égales, le précipité est extrêmement minime; si le sérum prédomine sur l'antisérum, le précipité ne se produit pas. Camus a montré en effet que le précipité formé se redissout dans un excès de sérum et jamais dans un excès d'antisérum. Les conditions les plus favorables pour observer la production d'un précipité consistent donc à ajouter à une grande quantité d'antisérum, par exemple 5 centimètres cubes, quelques gouttes du sérum dont on veut déterminer la nature et, pour éviter la cause d'erreur due à la non-spécificité des antisérums, il sera même préférable de diluer le sérum au centième, avant de l'ajouter à l'antisérum.

Le précipité floconneux n'apparaît jamais immédiatement, tantôt il se forme au bout de cinq, dix, vingt minutes, tantôt il n'est bien net qu'après vingt-quatre heures. Retardée à la température de la glacière, l'apparition du précipité est plus rapide à la température ordinaire, plus rapide peut-être encore à la température de 37 degrés. Mais en fin de compte, et c'est là, comme le fait remarquer Strangeways, le point important, l'abondance du précipité est toujours la même au bout de vingt-quatre heures.

Dans des déterminations précises, on ne saurait se contenter d'une réaction qualitative; il est indispensable de mesurer la quantité de substance précipitée.

Il sera possible alors d'évaluer l'activité de l'antisérum, et de fixer un sérum étalon.

Nuttall a proposé un procédé qui consiste à laisser déposer le précipité dans le fond d'un tube étroit gradué et à mesurer son volume, procédé analogue à celui qu'a indiqué Esbach pour le dosage de l'albumine dans l'urine et passible des mêmes objections.

Je préfère, pour ma part, soumettre à la centrifugation après vingt-quatre heures, le tube dans lequel est faite la réaction, décanter le liquide surnageant, laver à l'eau distillée le précipité pour le débarrasser des albuminoïdes du sérum, centrifuger de nouveau, et finalement sécher le précipité dans le vide et le peser.

Voici, par exemple, l'une de ces déterminations. A $8^{cc}5$ de sérum d'un lapin qui a reçu des injections de sérum de cheval, on ajoute $0^{cc}1$ de sérum de cheval. Le précipité centrifugé, lavé et séché, pèse $48^{mg}6$. Il s'agit là d'un antisérum très actif.

Nous ferons remarquer combien il est anormal de dire que l'antisérum contient une diastase qui précipite les albumines du sérum; on devrait dire que l'antisérum précipite *avec* le sérum de cheval, sinon précipite *par* le sérum de cheval.

En effet dans l'expérience précédente, les $0^{cc}1$ de sérum de cheval ajoutés à l'antisérum, ne renfermaient, d'après Hammarsten, que $7^{mg}6$ d'albumine; or le précipité pèse $48^{mg}6$, le sérum du lapin qui renfermerait la précipitine, a donc fourni au moins six fois plus d'albumine que le sérum de cheval. Il est difficile dans ces conditions de dire que le sérum de cheval précipite par le sérum de lapin; l'inverse serait plus exact.

Le phénomène observé avec ces antisérums ne paraît donc pas rentrer dans le cadre des actions diastasiques : le chauffage à 58-60 degrés, même prolongé plusieurs jours, ne fait pas perdre à l'antisérum ses propriétés; enfin on ne trouve pas la disproportion habituelle entre les quantités de sérum diastasique et les précipités produits.

III. Des causes qui influent sur la réaction. — L'action de la chaleur, comme je vous l'ai indiqué déjà, exerce une influence sur la rapidité de la réaction, mais au bout de vingt-quatre heures l'abondance du précipité est la même, quelle que soit la température à laquelle on maintient le sérum, à condition de rester entre 0 et 58 degrés.

La réaction du milieu a une certaine importance; l'addition d'acide sulfurique à 1 p. 100 n'empêche pas la réaction, mais le précipité formé est moins abondant. L'addition des alcalis gêne moins, mais c'est en milieu neutre qu'il convient d'opérer pour observer le précipité avec le plus de netteté. En tous cas l'alcalinité normale du sérum est trop peu élevée pour exercer une influence quelconque sur la réaction.

Graham Smith et Sanger, en employant le procédé quantitatif de Nuttall, ont étudié l'influence des microbes et d'un certain nombre de substances chimiques. Comme substances chimiques ils ont choisi celles que l'on est exposé à prélever avec la tache de sang, lorsque celle-ci est prise sur un mur, un papier peint, une étoffe ou encore sur la terre, et ceci suffit à montrer tout l'intérêt qui s'attache en médecine légale à ces recherches.

Les solutions concentrées de potasse, de soude, d'alun, de phosphate de soude ou de chaux, de chlorure de potassium précipitent l'antisérum, et le précipité est parfois fort difficile à distinguer des précipités produits par le sérum correspondant; il en est de même pour les solutions filtrées de plâtre de Paris, de mortier et de chaux. Mais en solutions étendues, seul de toutes ces substances l'alun donne encore un précipité. Je ne fais que signaler ces causes d'erreur et montrerai tout à l'heure qu'on peut les éviter.

Pour conserver l'antisérum on a conseillé l'emploi de divers antiseptiques : Uhlenhuth recommande l'addition de chloroforme en petite quantité, Artus le fluorure de sodium dans la proportion de 1 p. 100. En réalité ces substances produisent dans le sérum un trouble plus ou moins abondant, mais après dépôt du précipité, le liquide surnageant a conservé intactes ses propriétés précipitantes. Il en est de même pour beaucoup d'antiseptiques en solutions étendues. Le formol, le sublimé, par contre, détruisent complètement les précipitines. Dans tous les cas, la présence des antiseptiques rend l'appréciation de la réaction délicate, et mieux est de recueillir aseptiquement le sérum et de le conserver à la glacière.

Jusqu'à la concentration de 5 p. 100, la présence du chlorure de sodium est sans influence sur l'abondance du précipité; avec une concentration plus élevée, le précipité devient moins abondant. Il n'y a donc aucun inconvénient à dissoudre les taches de sang dans la solution salée physiologique à 9 p. 1000.

Après ensemencement de l'antisérum avec des microbes connus, streptocoques, staphylocoques, bacilles du charbon, microbes de la putréfaction, séjour prolongé pendant plus d'un mois à l'étuve, on constate que cet antisérum filtré n'a presque rien perdu de son activité, et que la réaction précipitante a conservé sa spécificité. Il en est de même si le sérum essayé a subi le même traitement. La réaction est donc encore applicable aux cas où le sang examiné a subi la putréfaction avant de se dessécher.

IV. Examen médico-légal d'une tache de sang. — La tache de sang est dissoute par les procédés habituels dans la solution salée physiologique, préférable à l'eau distillée dans laquelle les globulines sont moins solubles. On s'assure que le sang est entré en solution, grâce à la teinte rouge brun que prend le liquide; l'agitation vigoureuse du liquide fait d'ailleurs apparaître, ainsi que l'a montré Nuttall, une écume abondante à la surface.

Il arrive parfois avec les taches de sang très anciennes d'éprouver des difficultés pour obtenir la dissolution. Ziemke recommande de laisser en pareil cas le sang en contact pendant vingt-quatre heures avec une solution de soude à 1 p. 100, que l'on neutralisera ensuite avec l'acide acétique dilué.

La réaction doit être faite à l'aide d'une solution très étendue de sang, de titre connu au moins approximativement. S'il s'agit de sang desséché en larges écailles, il est facile de prélever et peser un petit fragment; en dissolvant ce fragment dans quatre fois son poids d'eau salée, on obtient un liquide qui reproduit à peu près la concentration en albumine du sang initial. D'ailleurs on pourrait commencer par dissoudre la tache dans l'eau distillée et étendre d'eau jusqu'à ce que le point de congélation atteigne — 0°56; on ajouterait ensuite quelques grains de chlorure de sodium.

Parfois la tache est trop mince pour que ces procédés puissent être mis en œuvre. On reconstituera

alors la concentration du sang en se basant sur la coloration du liquide, mais en tenant compte des altérations que le temps et la putréfaction ont pu faire subir à l'hémoglobine. Uhlenhuth possède une collection de taches de sang d'âges divers, provenant d'un grand nombre d'espèces animales et qui lui servent à constituer des solutions de contrôle.

C'est la dilution au centième de la solution ayant environ la concentration du sang qui servira aux recherches. A 5 centimètres cubes de l'antisérum, on ajoute $0^{cc}25$ de la dilution, et si l'on a affaire à l'antisérum spécifique, le précipité floconneux ne tarde guère à apparaître. Au bout d'une heure en général, le doute ne saurait subsister; néanmoins il sera prudent d'attendre vingt-quatre heures, que le précipité, augmentant pendant tout ce laps de temps, se rassemble au fond du tube. Il sera d'ailleurs facile d'évaluer l'abondance du précipité par l'une des deux méthodes quantitatives déjà signalées.

Si donc on a disposé une série de tubes renfermant chacun 5 centimètres cubes d'antisérum spécifique du sang humain, ou sang de chien, de lapin, de poule, en ajoutant un quart de centimètre cube de la dilution à chacun d'eux, il se formera un précipité dans un seul de ces tubes, et la provenance du sang étudié, sera ainsi élucidée.

La sensibilité de la réaction est telle qu'on obtient un précipité avec une goutte de sérum dilué au trois-centième, ajoutée à un demi-centimètre cube de l'antisérum spécifique; c'est dire que l'on peut caractériser la provenance d'une tache qui ne renferme pas plus d'un milligramme de sang desséché.

Le procédé de dilution que je viens d'exposer met à l'abri de la plus importante cause d'erreur que présente la méthode, celle qu'ont signalée Linossier et Lemoine, liée à la spécificité seulement relative des antisérums. Toutefois il ne permet pas de distinguer le sang de l'homme du sang des singes anthropomorphes; il n'en résulte pas en pratique de sérieuses difficultés.

La formation du précipité ne caractérise pas, je l'ai déjà dit, la présence du sang, mais celle des albumines du sang et surtout des globulines. On l'observera par suite en ajoutant à l'antisérum du liquide aseptique, du liquide pleurétique, le mucus de la cavité nasale, voire même l'urine albumineuse. On peut donc, si la réaction est positive avec l'antisérum du sang humain, conclure à la présence d'un liquide de provenance humaine, mais il sera nécessaire de caractériser l'hémoglobine par les procédés habituels, pour pouvoir affirmer que ce liquide est du sang.

Le sang menstruel donne la réaction, mais non le lait de femme. Après conservation du sang ou des taches de sang à la température de — 10 degrés, c'est-à-dire dans les conditions où sont placés les cadavres à la Morgue, la réaction ne perd rien de son intensité. Il en est de même lorsque le sang provient d'individus ayant succombé aux maladies infectieuses les plus diverses, comme il était possible de le prévoir d'après les expériences de Graham Smith que j'ai exposées; les diverses intoxications, en particulier l'intoxication par l'oxyde de carbone sont également sans influence sur la réaction précipitante.

Uhlenhuth a examiné des taches de sang sur des couteaux, des étoffes, des morceaux de bois, taches vieilles de plus de vingt ans, et la réaction a fourni encore des résultats positifs et caractéristiques; toutefois l'abondance du précipité diminue quand le sang est desséché depuis longtemps, jusqu'à atteindre environ la moitié de la valeur initiale.

Alors même que la tache serait formée par le mélange de plusieurs sangs, les réactions spécifiques peuvent être obtenues et il est possible de retrouver les précipités caractéristiques avec chacun des antisérums correspondants.

Lorsqu'il s'agit de sang déposé sur du mortier, sur de la chaux, les résultats sont moins satisfaisants; certes il est facile d'éloigner par un courant d'acide carbonique la chaux qui précipiterait l'antisérum, mais lorsque cette opération a été faite, on constate que le contact prolongé de la chaux et du sang, a fait perdre à celui-ci la propriété de précipiter avec l'antisérum. En tous cas, on sera conduit à un résultat négatif, mais non à un résultat erroné.

Le sang recueilli à la surface de la terre est plus aisé à déceler, et surtout lorsqu'on prend soin d'écarter la chaux, la réaction se produit.

Pour éviter les causes d'erreur dues à la présence de substances étrangères, il convient, à mon avis, de soumettre à la dialyse le liquide filtré qui contient le sang. Dans une membrane de parchemin en forme de doigt de gant, la solution est introduite; une ligature ferme à son extrémité le sac, qui est plongé pendant vingt-quatre heures dans l'eau distillée. La solution est ainsi débarrassée de toutes substances dialysables et ne renferme plus que les albumines. Pendant cette opération, les globulines précipitent, mais il suffit d'ajouter un peu de chlorure de sodium pour les redissoudre. On écarte ainsi des substances capables soit de précipiter par elles-mêmes l'antisérum, soit de gêner la réaction du sang sur l'antisérum.

Ainsi mise en pratique, la méthode d'Uhlenhuth offre au médecin légiste toutes les garanties. Les résultats nettement positifs permettent d'affirmer en toute certitude la provenance du sang.

V. Applications des précipitines dans le domaine de la biologie et de l'hygiène. — Les médecins légistes empruntent beaucoup de résultats aux sciences biologiques. Préoccupés du point de vue spécial de leur profession, peut-être ne saisissent-ils pas toujours avec assez d'empressement les occasions de payer leur dette de reconnaissance, en tirant des faits soumis à leur observation les enseignements propres à faire progresser la science médicale. Pareille critique ne saurait être formulée pour les précipitines; les médecins légistes qui les ont étudiées ont su en tirer parti pour élucider nombre de problèmes de pathologie générale et d'hygiène.

J'ai déjà indiqué l'absence de précipité de l'antisérum avec le lait, et cela implique une différence profonde entre les albumines du lait et celles du sang. Par contre, en injectant du lait au lapin, il est possible d'obtenir un antisérum spécifique pour ce lait et qui ne donne de précipité ni avec les albumines du sang, ni avec le lait provenant d'animaux d'espèce différente.

La réaction précipitante du lait est très sensible, puisqu'on peut encore l'obtenir avec une goutte de lait dilué au cent-millième. Schütze a montré que la stérilisation du lait supprime la réaction précipitante; le chauffage prolongé a donc pour effet de modifier les albumines du lait.

L'albumine urinaire donne la réaction précipitante comme l'albumine du sérum; elle est donc de même nature, et ce fait conduit à rejeter la théorie de l'al-

buminurie dyscrasique, d'après laquelle ne passent à travers le rein que les albumines étrangères à l'organisme.

Leclainche et Vallée avaient même conçu l'espoir de différencier par la réaction précipitante la sérine des globulines provenant du même animal. Bien que la propriété précipitante, aussi bien dans le sérum que dans l'antisérum, semble surtout liée aux globulines, il est possible d'obtenir par les injections de sérine pure un antisérum qui précipite indifféremment la sérine et les globulines correspondantes. Cet antisérum précipite également les produits de digestion des mêmes albumines, et ce fait, signalé par Sacconaghi, nous explique pourquoi la putréfaction n'entrave pas la réaction.

Grâce aux précipitines, on vérifie les parentés établies par les zoologistes entre les diverses espèces animales. J'ai déjà indiqué les propriétés communes au sang de l'homme et au sang des grands singes anthropomorphes. L'antisérum spécifique du sang de mouton donne des précipités presque égaux avec le sérum de mouton et celui de la chèvre, et ne donne qu'un léger louche avec celui du bœuf et ne trouble pas celui de l'homme. Même parenté, au point de vue des précipitines, entre la poule et le pigeon, entre l'âne et le cheval.

J'ajouterai enfin que l'antisérum donne un précipité avec le suc musculaire correspondant, alors même que la viande aurait été salée ou fumée. Ainsi le sérum du lapin qui a reçu des injections de sérum de porc, précipite avec la macération de viande de porc et non avec la macération de viande de bœuf ou de mouton. Cette réaction, indiquée par Uhlenhuth, est appliquée actuellement en Allemagne dans l'inspection des viandes.

Tel est, Messieurs, l'état actuel de la question des précipitines. Employée couramment par les médecins légistes allemands, la réaction précipitante n'a été utilisée en France qu'exceptionnellement et d'une façon un peu timide. Je persiste pourtant à penser qu'il ne faut pas attendre une question précise du magistrat instructeur pour déterminer la provenance du sang lorsque l'on est commis pour examiner une tache. En affirmant simplement que cette tache est constituée par du sang, on laisserait planer sur l'accusé ce doute que le sang est sans doute du sang humain, alors qu'il peut s'agir de sang d'animal. En conservant dans les laboratoires de médecine légale, comme j'en ai exprimé le vœu, des chiens susceptibles à tout moment de fournir les antisérums, on contribuera à généraliser l'emploi des précipitines dans l'examen des taches de sang. Ainsi se trouveront accrues les garanties que les accusés, aussi bien que les magistrats, sont en droit d'exiger des expertises médico-légales.

FORMULAIRE

CONTRE LA GRIPPE

Teinture racine aconit......	XII à XV gouttes.
Antipyrine.................	2 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger...	30 —
Eau de tilleul.............	90 —

Une cuillerée toutes les deux heures. (Grasset.)

CONTRE LA MIGRAINE

Phénacétine........................	0g10
Acétanilide........................	0g20
Valérianate de quinine..............	0g05

Pour un cachet. Cinq cachets en deux heures. (E. Hirtz.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 14 MARS 1905)

La syphilis et la paralysie générale. — Les séances à l'Académie deviennent plus chargées. La discussion soulevée par M. Fournier sur la syphilis et la paralysie générale semble ranimer un peu les esprits et les courages.

Nous avons à revenir sur les discours de MM. Raymond et Joffroy.

La discussion devant probablement se terminer dans la prochaine séance, nous la résumerons quand les orateurs inscrits auront pris la parole.

Dans la dernière séance, M. Pinard est intervenu comme puériculteur et a envisagé surtout les méfaits de la syphilis dans l'espèce.

M. Lancereaux, avec M. Joffroy, se sépare de M. Fournier et considère la syphilis et la paralysie générale comme deux maladies distinctes. M. Hallopeau, au contraire, se rapproche de M. Fournier et se montre plus sévère que lui pour le traitement.

Corps étrangers articulaires. — Au début de la séance, M. Cornil, en son nom et au nom de M. Coudray, a fait une intéressante communication sur les corps étrangers articulaires au point de vue expérimental et histologique.

Les auteurs ont vérifié, par des expériences faites sur les condyles fémoraux de chiens, les données établies antérieurement sur la structure et l'évolution des corps articulaires traumatiques.

« Les corps expérimentaux ne sont presque jamais libres, on les trouve fixés le plus souvent à la synoviale, plus rarement au squelette à leur point d'origine. Tous les faits établis par Poncet et Vaillard relatifs à la disparition des cellules vivantes des ostéoplastes, au rôle de la synoviale dans la régression des corps étrangers, sont parfaitement exacts; ils sont confirmés par les expériences de M. Barth et par les nôtres.

Un point qui reste obscur consiste dans les conditions de formation du cartilage à la face osseuse du corps étranger. Il résulte des faits cliniques, comme des expériences des auteurs que nous venons de citer, que ce cartilage, qui d'ailleurs est très inconstant, se montrerait indifféremment sur les corps libres ou sur les corps adhérents à la synoviale. Pour notre part, nous n'avons vu de cartilage néoformé, *en couche abondante et épaisse*, que sur deux corps qui étaient restés en contact avec *leur point d'origine*. Les corps en relation avec la synoviale ne présentaient pas de cartilage néoformé. Nous estimons donc que la théorie de Flesch, soutenue par Quénu, sur le mécanisme de la formation en deux temps des corps traumatiques libres, présente une grande vraisemblance.

En résumé, les corps traumatiques sont caractérisés par leur forme aplatie, les signes de régression de toutes leurs parties. Ces caractères permettent en général de les distinguer des *corps pathologiques ostéo-cartilagineux*.

Ces derniers se présentent parfois dans des articulations saines en apparence, et chez des sujets qui accusent des traumatismes. Un cas de ce genre, dû à M. Chaput, nous a fourni des caractères très tranchés et opposés à ceux des corps traumatiques. C'était un corps *olivaire*, rattaché au plateau

tibial par un long pédicule. Une couche de tissu conjonctif l'entourait sans pénétrer dans son intérieur; la couche cartilagineuse sous-jacente présentait une multiplication énorme, en îlots de 20 à 30 capsules et cellules; enfin le noyau osseux possédait des cellules vivantes et des cavités médullaires remplies d'ostéoplastes.

Nous avons examiné aussi un séquestre de l'articulation du genou, dû à M. Lucas-Championnière, trouvé par lui dans une résection, détaché du condyle interne, et situé en arrière et au-dessus de ce dernier. Ces singuliers corps, qui par leur forme rappellent complètement les corps traumatiques, ont l'aspect d'ivoire ou de porcelaine. Celui-ci présentait encore quelques signes de vitalité : cellules osseuses dans les ostéoplastes de la partie profonde, tissu conjonctif vascularisé pénétrant tout le séquestre et jouant vis-à-vis de lui un rôle de résorption. »

Acide formique et formiates. — M. Huchard nous communique les résultats des recherches très curieuses qu'il a faites sur l'action toni-musculaire et diurétique de l'acide formique et des formiates.

Il rappelle qu'il y a deux siècles, l'acide formique était employé sous le nom « d'eau de magnanimité », en raison de ses grandes vertus thérapeutiques, de ses propriétés toniques et excitantes. L'acide formique figure encore dans les pharmacopées suisse et allemande, d'une façon un peu vague, il est vrai, au point de vue de son action thérapeutique réelle; mais mais il a complètement disparu de la pharmacopée française, et sauf la thèse déjà bien ancienne de Ravier en 1822, le livre de Garrigue sur le traitement curatif du cancer et de la tuberculose, on ne trouve plus que les recherches très remarquables de Clément (de Lyon), en 1904, établissant d'une façon formelle l'*action toni-musculaire* de l'acide formique et des formiates. Cette action, confirmée par les recherches ultérieures de M. Huchard, s'exerce sur tous les muscles, striés ou lisses de l'économie, et elle peut avoir des applications thérapeutiques très nombreuses : neurasthénie, diabète, asthénie grippale, état adynamique dans les maladies infectieuses, convalescences, anémies diverses, hyposthénie avec dilatation du cœur, hyposthénie gastrique, faiblesse sénile, affaiblissement des malades soumis au régime lacté exclusif. On prévoit encore dès aujourd'hui son heureuse application dans tous les exercices du sport et de l'entraînement musculaire, dans les marches militaires, dans tous les cas si nombreux où il s'agit d'augmenter la résistance à la fatigue.

Cette action toni-musculaire de l'acide formique et des formiates bien mise en lumière par Clément (de Lyon) et confirmée par les nouvelles expériences et observations de Huchard, explique l'activité et la force des fourmis que l'on voit porter des fardeaux considérables. On le comprend sans peine, puisque les fourmis possèdent et sécrètent en abondance de l'acide formique, générateur de force.

L'*action diurétique*, mentionnée seulement d'une façon vague, a été démontrée nettement par les observations de M. Huchard. Cette action est certainement moins constante qu'avec la théobromine, mais comme le médicament diminue également la quantité d'albumine, on comprend très bien qu'il puisse être indiqué dans le traitement des affections rénales et des cardiopathies artérielles.

La toxicité est presque nulle, et l'action sur l'estomac sans danger. On prescrit le *formiate de potasse* (peut-être un peu plus diurétique), mais plus souvent le *formiate de soude*, à la dose de 3 grammes par jour, le *formiate de lithine*, à dose moindre : 1 gramme à 1g50 par jour. Une bonne formule est la suivante : sirop d'écorces d'oranges amères, 200 grammes, pour 10 grammes de formiate de soude (trois cuillerées à soupe par jour). D'ordinaire, il faut le prescrire pendant dix jours, le cesser pendant dix jours et ainsi de suite, s'il est nécessaire, pendant plusieurs semaines, ou même plusieurs mois. C'est là un médicament de grand avenir.

Voilà donc un médicament, non toxique, qui jouit d'une action toni-musculaire remarquable et qui, en outre, est un puissant diurétique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 11 MARS 1905)

La structure du foie : la zone biliaire, la zone portale, la zone sus-hépatique. — M. Émile Géraudel, continuant ses recherches, établit que le long du courant porto-sus-hépatique monte le bourgeon hépatique, évagination du duodenum. Sa portion *para-intestinale, biliaire*, n'affecte avec la première section des courants, la veine porte, que des rapports de voisinage. Elle est nourrie, suivant le mode intestinal, par une artère, l'artère hépatique, entourée de la gaine mésenchymateuse de Glisson, homologue du chorion de la sous-muqueuse intestinale.

La *portion hépatique* du bourgeon, à épithélium spécifique, se met en rapport de structure avec la section capillarisée du courant de décharge, et se nourrit directement à son contact. L'ensemble des tubes hépatiques constitue une formation réticulée, continue, moule en creux de l'éponge porte, drainée d'autre part par les racines sus-hépatiques. Il n'y a *pas de lobulation du parenchyme*, ni au sens de Kiernan, ni au sens de Sabourin.

Les tubes hépatiques allongés sur le courant sanguin sont ainsi disposés que leurs épithéliums sont distribués *en série linéaire*, sur un courant et que, par suite, la partie para-portale, la zone des collets des tubes est irriguée par le sang venant directement de l'intestin, tandis que la partie para-sus-hépatique ne reçoit ce sang qu'après qu'il a subi le contrôle, l'adultération, les apports et les soustractions de la partie paraportale. Cette différence de nutrition des deux zones du parenchyme explique la différence dans la réaction de ces deux zones avec divers processus pathologiques.

Dosage de certaines substances réductrices des urines. — Tous ceux qui s'occupent de l'urologie du diabète ont remarqué que certaines urines décolorent le réactif cupro-potassique et donnent, soit une liqueur fluorescente, soit un précipité floconneux sans formation d'oxydate de cuivre. Cette réduction spéciale est due à l'acide urique, aux urates, à la créatinine, aux matières colorantes de l'urine, à l'acide glycuronique et à ses dérivés, et, surtout, à des traces d'hydrate de carbone.

Pour doser les substances autres que les urates, l'acide urique, la créatinine, M. Le Goff conseille un procédé basé sur la décoloration du bleu de méthylène en milieu alcalin. On met dans un tube à essai 1 centimètre cube d'urine, 1 à 2 centimètres cubes d'eau distillée et 1 centimètre cube de potasse à 10 p. 100. On recouvre d'une mince couche de xylol, on porte dans l'eau bouillante et on y ajoute la solution de bleu de méthylène à 1/5000 jusqu'à ce que la teinte bleu violacé persiste : la durée du dosage ne dépasse pas cinq minutes. Le pouvoir réducteur des urines varie selon les

individus, l'état de santé ou de maladie, la quantité de boissons absorbées, la nature des aliments ingérés ; il est compris entre quelques gouttes et 5, 10, 20 centimètres cubes et plus de la solution de bleu à 1/5000.

Sensibilisatrice spécifique dans le sérum des animaux immunisés contre les bacilles dysentériques. — La recherche d'une sensibilisatrice spécifique dans le sérum des animaux vaccinés contre les types connus de bacilles dysentériques a donné lieu aux constatations suivantes de la part de M. Dopter :

1° Dans le sérum d'animaux immunisés contre le bacille dysentérique, il existe une sensibilisatrice spécifique nettement décelable par la réaction de fixation de Bordet ;

2° Dans le sérum d'un animal (cheval ou lapin) immunisé avec l'un quelconque des deux types connus de bacille dysentérique, la sensibilisatrice existe aussi bien pour celui qui a servi à la vaccination que pour l'autre. Autrement dit un sérum d'animal vacciné contre le type Shiga est capable de sensibiliser au même degré le bacille dit de Shiga et celui de Flexner (Manille), qui se différencient par les caractères de culture et souvent d'agglutinabilité. La réciproque est vraie.

Par conséquent, les bacilles de Shiga et de Flexner (Manille) doivent être considérés l'un et l'autre, et au même titre, comme spécifiques de la dysenterie bacillaire. Ce ne sont pas deux germes différents, pouvant provoquer des formes différentes de dysenterie épidémique, mais, se séparant l'un de l'autre par quelques caractères biologiques, on peut les considérer comme les représentants de deux races d'un seul et même agent spécifique.

ANALYSES

MÉDECINE

Gastrorragie consécutive à l'ingestion du calomel. (Saguet. *Union méd. et scient. du Nord-Est*, 15 fév. 1905.) — M. Saguet a rapporté récemment à la Société médicale de Reims une observation de gastrorragie consécutive à l'ingestion de calomel chez un enfant de six ans et demi qui mérite d'être signalée :

Il s'agit d'une petite fille qui, deux heures après l'ingestion d'une dose normale de calomel (0,15 centigrammes), eut des vomissements et des selles sanglantes. L'accident n'eut d'ailleurs pas d'autres suites.

Notons que le calomel avait été administré dans une simple cuillerée à café d'eau, sans que l'enfant ait bu d'autre boisson.

De cette observation intéressante, car ici le calomel semble bien directement en cause, il résulte que le calomel considéré généralement comme un purgatif anodin, aux doses de 0,05 à 0,15 centigrammes chez les enfants, peut, s'il n'est pas accompagné d'un véhicule aqueux assez abondant, déterminer des ulcérations de la muqueuse gastrique, susceptibles d'entraîner les conséquences les plus graves. L. GAYARD.

CHIRURGIE

Des luxations traumatiques de la rotule. (Louis Chevrier, ancien interne des hôpitaux, prosecteur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux. Th. de Paris, 1904.) — De cet important travail, l'auteur conclut que c'est la forme du bord interne de la rotule qui explique la fréquence des luxations en dehors.

On doit considérer comme luxation régulière type la variété transversale ou frontale.

Les luxations internes sont rares, dues au traumatisme ou au soulèvement interne.

Les causes directes ou indirectes se combinent pour la production des déplacements de la rotule ; la torsion de la jambe, produisant une entorse concomitante du genou, joue un rôle important ; dans certains cas il y a une prédisposition congénitale à la luxation.

M. Chevrier attache, dans l'étude des symptômes, une grosse importance à l'exploration du quadriceps et du ligament rotulien.

La principale complication est l'épanchement intra-articulaire.

La réduction peut être obtenue par la pression sur la rotule, ou par des manœuvres indirectes, extension de la jambe, flexion de la jambe, etc., on doit le plus souvent combiner ces diverses méthodes. L'anesthésie facilite beaucoup la réduction.

La réduction sanglante n'est que très rarement indiquée.

Dans les luxations anciennes, on aura à faire soit une capsulectomie partielle, soit une bonne capsulorraphie.

ÉTIENNE LE SOURD.

OBSTÉTRIQUE

Pronostic comparé des variétés complètes et décomplétées mode des fesses de la présentation du siège. (M. Minon. Th. de Paris, 1904.) — Lorsqu'on ouvre les auteurs classiques, on voit que presque tous sont d'accord pour admettre que la présentation du siège décomplété mode des fesses est moins fréquente que la présentation du siège complet.

Cependant quelques auteurs ont avancé que, en particulier chez la primipare, le siège décomplété mode des fesses est plus fréquent que le complet.

C'est ce que M. Minon a cherché à vérifier dans les statistiques de Lariboisière, de la Maternité et de la clinique Tarnier.

Or, en examinant ces statistiques, qui portent sur huit années, on voit que le siège complet s'est rencontré par rapport au siège décomplété dans la proportion des deux tiers environ.

C'est surtout chez les primipares que se montre le siège décomplété : la statistique donne 163 primipares pour 141 multipares.

Pour le siège complet au contraire on trouve 121 multipares et 83 primipares.

Cette fréquence plus grande du siège décomplété chez la primipare tient peut-être à une tonicité plus grande du muscle utérin et, en particulier, du segment inférieur : la forme en coin du siège décomplété s'accommode peut-être mieux à la forme du segment inférieur.

Quant au pronostic des deux variétés, on voit que la statistique donne des résultats qui ne sont nullement en rapport avec les conséquences que l'on peut tirer du mécanisme de l'accouchement, celui-ci paraissant en faveur du siège complet contre le décomplété.

Or la statistique est nettement à l'avantage du siège décomplété mode des fesses puisque sur huit années il y en a cinq de beaucoup favorables au siège décomplété, une année où la mortalité est la même dans les deux cas, et deux ans seulement en faveur du complet.

Pour résumer, l'ensemble des statistiques donne en faveur du décomplété une proportion nettement accusée, puisqu'on a dans le complet près de 3 p. 100 de décès d'enfants en plus que dans le décomplété. MARCEL DELESTRE.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

COLIQUE HÉPATIQUE (1)

La colique hépatique est quelquefois accompagnée de COMPLICATIONS qu'on peut diviser en *primitives ou mécaniques* et *secondaires ou infectieuses.* Nous ne ferons que les énumérer.

I. Complications primitives ou mécaniques. — *a.* Arrêt des calculs dans le canal cystique : distension de la vésicule par bile ou mucus, puis rétraction scléreuse atrophique avec péritonite fibreuse de voisinage; — *b.* Arrêt dans le cholédoque : ictère chronique, vésicule douloureuse à la pression, hypertrophie, puis atrophie de la vésicule et des voies biliaires; point d'appel pour l'infection ascendante; — *c.* Rupture des voies biliaires, parfois après un effort, un choc, le plus souvent après infection et ulcération perforante; dans ce cas, péritonite généralisée mortelle; — *d.* Occlusion intestinale; — *e.* Perforation intestinale; — *f.* Appendicite.

II. Complications secondaires ou infectieuses. — La lithiase est la cause d'appel par excellence de l'infection biliaire.

A. *Accidents locaux.* — *a.* Angiocholécystite calculeuse, avec foie tuméfié et douloureux et fièvre bilio-septique; — *b.* Cholécystite suppurée; — *c.* Cirrhoses lithiasiques : cirrhose calculeuse ordinaire et cirrhose hypertrophique biliaire; infection atténuée; — *d.* Abcès du foie; — *e.* Péritonite biliaire partielle (périhépatite, abcès sous-phrénique droit) ou généralisée; — *f.* Infection pleuro-pulmonaire, après perforation du diaphragme : pleurésie purulente, abcès de la base du poumon droit; — *g.* Pyléphlébite calculeuse, soit simple et oblitérante, soit le plus souvent suppurative; — *h.* Fistules biliaires, faisant communiquer après inflammation et ulcération les voies biliaires soit avec un organe voisin, tube digestif le plus souvent, utérus, bassinet, etc. (fistules internes ou viscérales), soit avec la paroi abdominale, d'ordinaire à droite de l'ombilic (fistules externes ou cutanées).

B. *Acidents généraux.* — Se résument en un mot, septicémie. Fièvre bilio-septique, abcès du poumon, pleurésie et péritonite purulente, endocardite ulcéro-végétante.

L'insuffisance hépatique domine les symptômes et le pronostic.

DIAGNOSTIC. — *Colique néphrétique droite :* douleur lombaire et lombo-abdominale avec irradiations inguinales ou testiculaires; hématurie, anurie. Coexistence fréquente avec colique hépatique.

Colique saturnine : Constipation absolue, soulagement par pression large et profonde, stigmates du saturnisme (antécédents, liséré, tremblements).

Douleurs gastralgiques. — Sous ces douleurs dépister la lithiase biliaire par pigmentation des conjonctives et des urines, peptonurie, foie gros et tuméfié, accès de colique hépatique antérieur.

Pseudo-coliques hépatiques dues à adhérences de péri-cholécystite; le plus souvent diagnostic fait lors de l'intervention.

Colique intestinale : douleurs péri-ombilicales, tormineuses, borborygmes, diarrhée.

Entéro-colite (quand douleur à l'angle droit du côlon) : coliques abdominales, tympanisme accentué, membranes, sable et graviers dans les selles.

Appendicite (quand appendice à type remontant et subictère), foyer douloureux au point de Mac-Burney, pas d'irradiations scapulaires, urobiline et pigment brun dans les urines.

Crises gastriques du tabes : bilatérales, constrictives, stigmates tabétiques.

Etranglement interne : hypothermie, météorisme, vomissements deviennent fécaloïdes; ni matières, ni gaz par l'anus.

Hernie étranglée : aux signes précédents s'ajoutent les modifications de la hernie.

Gastro-entérite par empoisonnement : douleur épigastrique, succède à l'ingestion de poison, vomissements caractéristiques.

Névralgie intercostale droite inférieure : topographie, irradiations, points de Valleix, évolution.

PRONOSTIC. — Toujours réservé, à cause de la possibilité des accidents réflexes, mécaniques ou infectieux.

TRAITEMENT. — 1° Calmer la douleur par injections souscutanées de *morphine,* lavements de chloral (2 à 3 grammes), inhalations d'éther chloroformé, antipyrine; applications chaudes au salicylate de méthyle sur la région hépatique; bains chauds (35 à 38 degrés) prolongés et répétés;

2° Faciliter l'expulsion du calcul par ingestion d'huile d'olives, de glycérine (rejetée par beaucoup d'auteurs), massage local dans l'intervalle des crises, purgatifs salins, purgatifs cholagogues, calomel surtout, quand la bile a libre accès dans l'intestin;

3° Régime alimentaire : pendant la colique hépatique, laitage, bouillon dégraissé, infusions chaudes, eau alcaline;

4° Traitement préventif : cures de Vals, Vichy, Martigny, Contrexéville, Vittel, Carlsbad.

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 28, p. 334.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 20 AU 25 MARS 1905)

THÈSES

Mercredi 22 mars 1905. — M. TURCHINI. Études expérimentales sur la puissance du tube à rayons X dans ses divers modes d'emploi. (MM. Gariel, président; Brissaud, Broca (André) et Claude.) — M. ARTARIT. Contribution à l'étude du bromdiéthylacétamide (neuronal); son action hypnotique et sédative chez les aliénés. (MM. Brissaud, président; Gariel, Broca (André) et Claude.) — M. PETIT. Les tuberculoses cavitaires fermées. (MM. Brissaud, président; Gariel, Broca (André) et Claude.)

Jeudi 23 mars 1905. — M. DUMESNIL. Flaubert et la médecine. (MM. Debove, président; Hutinel, Troisier et Jeanselme.) — M. BOURÉE. Contribution à l'étude de la pathogénie de la dilatation des bronches. (MM. Hutinel, président; Debove, Troisier et Jeanselme.) — M. LE DIGOU. De l'étranglement de l'appendice iléo-cæcal dans le canal crural. (MM. Guyon, président; Le Dentu, de Lapersonne et Hartmann.) — M. COTONNEC. Contribution à l'étude des fractures au cours de l'ostéosarcome. (MM. Le Dentu, président; Guyon, de Lapersonne et Hartmann.) — M. DUMENIL. De quelques opérations nouvelles pratiquées sur le testicule et ses annexes. (MM. Le Dentu, président; Guyon, de Lapersonne et Hartmann.) — M. KOLBE. Chirurgie des tumeurs du lobe préfrontal du cerveau; leur localisation par l'examen ophtalmoscopique. (MM. de Lapersonne, président; Guyon, Le Dentu et Hartmann.) — M. PIGEON. Du sulfo-carbonisme professionnel. (MM. Brouardel, président; Gilbert, Vaquez et Richaud.) — M. ECK. Contribution à l'étude de la sarcoïde de Bœck. (MM. Gilbert, président; Brouardel, Vaquez et Richaud.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Vade-mecum du praticien, par les docteurs A. Lucas et M. Page. In-32 oblong sur papier indien, reliure souple. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

De l'application de l'urétroscopie à l'examen de la vessie et au traitement des cystites chez la femme, par le docteur Georges Luys. 1 broch. in-8°. — Clermont (Oise), Imprimerie Daix.

L'anesthésie locale pour l'extraction des dents, par le docteur Sauvez; préface de M. le professeur Reclus. In-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, Vigot frères.

La guérison et la prophylaxie de la tuberculose au sanatorium de Banyuls-sur-Mer, par Georges Lafargue. — Prix : 1 franc. — Paris, A. Maloine.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Voyages circulaires à itinéraires facultatifs sur le réseau P.-L.-M. — La Compagnie délivre toute l'année, dans toutes les gares, des carnets individuels ou de famille pour effectuer en 1re, 2e et 3e classes, des voyages circulaires à itinéraires tracés par les voyageurs eux-mêmes, avec parcours totaux d'au moins 300 kilomètres. Les prix de ces carnets comportent des réductions très importantes qui peuvent atteindre, pour les carnets de famille, 50 p. 100 du tarif général.

La validité de ces carnets est de : 30 jours jusqu'à 1 500 kilomètres; 45 jours de 1 501 à 3 000 kilomètres; 60 jours pour plus de 3 000 kilomètres. Elle peut être prolongée deux fois de moitié moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix du carnet. — Arrêts facultatifs à toutes les gares situées sur l'itinéraire.

Pour se procurer un carnet individuel ou de famille, il suffit de tracer sur une carte, qui est délivrée gratuitement dans toutes les gares P.-L.-M., les bureaux de ville et les agences de voyages, le voyage à effectuer, et d'envoyer cette carte 5 jours avant le départ à la gare où le voyage doit être commencé, en joignant à cet envoi une consignation de 10 francs. Le délai de demande est réduit à 2 jours (dimanches et fêtes non compris) pour certaines grandes gares.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
La splénopneumonie, par M. A. Saillant.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de chirurgie.
ANALYSES
Médecine : Les nouvelles idées sur la pathogénie des œdèmes dans les néphrites et sur leur traitement et leur diététique ; — Sur l'action des injections sous-cutanées de chlorure de sodium dans les néphrites; considérations sur les nouvelles théories sur la valeur du chlorure de sodium dans les maladies du rein; — Recherches cliniques dans les néphrites.
LIVRES NOUVEAUX
FORMULAIRE
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de médecine.* — *Admissibilité.* — Epreuve clinique. — Séance du 15 mars 1905 : MM. Milian, 20; Weil, 19; Thiercelin, 17.

Séance du 17 mars. — MM. Kahn, 20 ; Géraudel et Lereboullet, 19.

Concours de l'Internat. — Oral. — Séance du 15 mars 1905 : MM. Lyon-Caen, 13 + 18 = 31 ; — Harvier, 17 + 25 = 42 ; — Lian, 16 + 27 = 43 ; — Deroide, 12 + 24 = 36 ; — Fage, 16 + 21 = 37 ; — Perrin, 16 + 25 = 41 ; — Giret, 18 + 21 = 39 ; — Vincent (René), 15 + 25 = 40 ; Chénier, 15 + 22 = 37 ; — Blairon, 15 + 28 = 43.

Question donnée : « Muscles obturateurs. — Signes et diagnostic de l'épididymite tuberculeuse. »

Séance du 17 mars : MM. Fernet, 17 + 18 = 35 ; — Feuillié, 16 1/2 + 21 = 37 1/2 ; — Sourdat, 16 + 23 = 39 ; — Froget, 16 + 21 = 37 ; — Kahn, 16 + 22 = 38 ; — Descomps, 15 + 23 = 38 ; — Boudet, 15 + 21 = 36 ; — Vezard, 15 + 21 = 36 ; — Deroye, 14 1/2 + 19 = 33 1/2 ; — Perol, 11 + 20 = 31.

Question donnée : « Artère pulmonaire jusqu'à son entrée dans le poumon. — Symptômes et diagnostic de la colique hépatique. »

IIe CONGRÈS FRANÇAIS DE CLIMATOTHÉRAPIE ET D'HYGIÈNE URBAINE [Arcachon, 24-28 avril; Pau, 29 avril 1905 (journée de clôture)]. — Président : M. Renaut (de Lyon).

A. *Section de climatothérapie.* — 1° Climatologie du littoral atlantique français (rapporteur : M. Fernand Courty, aide-astronome à l'observatoire de l'Université de Bordeaux);

2° Les prétuberculeux et les tuberculeux en cure forestière et marine (rapporteur : M. le docteur L. Guinon, médecin de l'hôpital Trousseau, Paris);

3° Les sanatoriums et hôpitaux maritimes du littoral atlantique français (rapporteur : M. le docteur H. Barbier, médecin de l'hôpital Hérold, Paris);

4° Indications et contre-indications du climat de Pau [rapporteur : M. le docteur Goudard (de Pau)].

B. *Section d'hygiène urbaine.* — 1° La désinfection à Arcachon : technique, fonctionnement, organisation administrative (rapporteur : M. le docteur H. Bourges, auditeur au Comité consultatif d'hygiène publique de France);

2° La désinfection à Arcachon; ses résultats prophylactiques (rapporteur : M. le docteur Arnozan, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de l'Université de Bordeaux);

3° Les conditions hygiéniques de la ville de Pau (rapporteur : M. le docteur Barthé, directeur du bureau municipal d'hygiène de Pau).

Ces rapports seront adressés, dix jours au moins avant l'ouverture du Congrès, à chaque adhérent d'après son tour d'inscription. Les communications seront faites et discutées dans les deux sections, à chaque séance du matin, après la discussion des rapports. Prière d'en envoyer avant le 5 avril le titre et un résumé au secrétaire général.

Le Congrès comprend : des membres titulaires (médecins, ingénieurs sanitaires, physiciens, chimistes); des membres associés (femmes et enfants mineurs des titulaires, étudiants en médecine). Le prix de la cotisation est de 20 francs pour les titulaires, 10 francs pour les associés. Titulaires et associés bénéficieront, sur tous les grands réseaux français, de réductions (50 p. 100), la plupart valables du 19 avril au 4 mai.

Excursions. — Le dimanche 30 avril à Biarritz (départ de Pau par train spécial).

Le lundi 1er mai à Hendaye (sanatorium) et Fontarabie.

Le 2 mai, arrêt facultatif à Bayonne et Cambo.

Un programme détaillé des travaux et des excursions à Arcachon (bassin et forêt) sera très prochainement publié et adressé à tous les congressistes.

N.-B. — Adresser adhésions et cotisations au trésorier général docteur Déchamp, villa Tibur, à Arcachon.

Pour toute autre correspondance s'adresser au secrétaire général docteur A. Festal, villa David, à Arcachon.

CLINIQUE BAUDELOCQUE. — M. le docteur J.-L. Faure, remplaçant M. le professeur Paul Segond, fera des leçons de clinique gynécologique suivies d'opérations, tous les mercredis à dix heures et demie. La première leçon aura lieu le mercredi 29 mars 1905.

REVUE GÉNÉRALE

LA SPLÉNOPNEUMONIE

Par A. SAILLANT,
Interne des hôpitaux de Paris.

I

HISTORIQUE. — Le 10 août 1883, rapportant à la Société médicale des hôpitaux l'observation de deux malades de Necker, le professeur Grancher dégageait, dans le groupe confus des hyperémies pulmonaires, un type clinique défini « sorte de pneumonie subaiguë qui simule une pleurésie avec épanchement moyen ». Il lui donnait le nom de splénopneumonie, terme emprunté à la thèse de Joffroy, et il en expliquait la symptomatologie par la présence dans l'arbre bronchique d'un exsudat séro-albumineux.

La maladie n'était d'ailleurs pas tout à fait nouvelle. Verliac, en 1865, avait rapporté des cas de bronchopneumonies infantiles ayant simulé une pleurésie sans que la plèvre renfermât de liquide; Rommelære, sous le nom d'*atélectasie pulmonaire*, avait décrit une affection identique, et deux ans plus tard, Leviste (de Dreux), analysant dans la *Gazette des hôpitaux* le mémoire du professeur de Bruxelles, rapportait de nouvelles observations.

Néanmoins la communication de Grancher met la splénopneumonie à l'ordre du jour. Bourdel la décrit dans une thèse très complète et défend la théorie bronchopneumonique de Grancher, attaquée par Queyrat, puis par Dreyfus-Brisac. En 1891, sous l'inspiration du professeur Hutinel, Mlle Brandhendler étudie la *splénopneumonie chez l'enfant* et elle insiste sur les rapports qui l'unissent à la tuberculose, rapports que Grancher avait déjà fait ressortir dans ses leçons cliniques. Faisans, plus tard Lemoine (de Lille) s'élèvent contre le rôle trop important accordé au bacille de Koch et décrivent des *splénopneumonies grippales*. Entre temps les travaux de Manguirea, d'Alfaro, de Caussade et de Chantemesse éclairent un peu la bactériologie de l'affection. Enfin, complétant une revue générale qu'il avait signée en 1890, Queyrat résume ses travaux personnels et les recherches antérieures à 1898 dans le *Traité des maladies de l'enfance*.

Depuis lors les travaux deviennent rares et nous n'avons guère à citer que la thèse de Waitz, l'article de Méry dans le *Traité de Brouardel et Gilbert*, enfin dans le *Bulletin médical* un article de Gallois tout plein d'idées personnelles.

II

ÉTIOLOGIE. — La maladie de Grancher est peu fréquente, quoique Gallois l'ait rencontrée plus souvent que la pneumomie ou la pleurésie. Maladie d'hiver, elle frappe surtout l'adulte vers trente ans et les enfants; le sexe masculin est beaucoup plus atteint et la localisation se fait presque toujours sur le côté gauche de la poitrine.

La splénopneumonie est *primitive* ou *secondaire*. *Secondaire*, elle survient au cours d'une tuberculose en évolution; elle accompagne ou suit les accès de paludisme ou de rhumatisme, le diabète, l'albuminurie, la fièvre typhoïde, la fièvre puerpérale, toutes les fièvres éruptives de l'enfance; mais elle affectionne plus spécialement la grippe. *Primitive*, elle succède au refroidissement banal, et dans ce cas elle serait le plus souvent pour Grancher, pour Bourdel, Mlle Brandhendler une manifestation ou un avant-coureur de la tuberculose. Nous verrons que cette opinion n'est pas acceptée sans conteste.

Disons dès maintenant que, dans aucune observation, les cas de splénopneumonies secondaires aux tuberculoses en évolution mis à part, on n'a noté dans les crachats ni dans l'exsudat la présence du bacille de Koch. Faisans, Caussade, Gallois ont trouvé le pneumocoque dans les crachats; Alfaro le pneumocoque et le bacille de Friedlander; Chantemesse des levures et un diplocoque; enfin les pleurésies purulentes métasplénopneumoniques étaient à streptocoques.

Au total deux facteurs semblent dominer l'étiologie de la splénopneumonie, sans qu'il soit possible de donner à l'un ou à l'autre le premier rôle : la *tuberculose* et la *grippe*.

III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Nous ne connaissons pas la lésion anatomique à laquelle correspond le syndrome splénopneumonique. On a voulu construire de toutes pièces l'anatomie pathologique de cette affection en l'assimilant à ce que Joffroy a décrit dans sa thèse d'agrégation sous le nom de splénopneumonie. Or, dit Queyrat, M. Joffroy indique très complètement la symptomatologie de l'état anatomique qu'il décrit, et cette symptomatologie n'est pas du tout celle de la splénopneumonie de Grancher.

D'autre part, trois autopsies ont été faites; deux cas, celui de Chantemesse concernant une femme de soixante-douze ans morte en asystolie, et celui de Bouicli, sont considérés comme des pneumonies hypostatiques et rejetés par Faisans; reste l'autopsie d'un diabétique mort, au vingt-septième jour de sa splénopneumonie, d'une gangrène pulmonaire intercurrente et qui, de ce fait, perd toute valeur.

Il serait donc difficile de se faire une opinion et de décider s'il s'agit d'une « bronchopneumonie dont le substratum anatomique semble être la splénisation, c'est-à-dire d'une *pneumonie épithéliale* » (Grancher, Bourdel), ou bien d'une *congestion pulmonaire à forme pleurogène* (Queyrat). Cette lacune n'enlève d'ailleurs rien de sa spécificité à la maladie de Grancher, qui présente d'autre part une allure clinique très particulière.

IV

SYMPTOMATOLOGIE. — Son début est d'ordinaire brusque, souvent même brutal. A la suite d'un refroidissement, chez un individu antérieurement bien portant, survient un frisson suivi de fièvre, de point de côté et de dyspnée.

Symptômes fonctionnels. — Le *frisson* est rarement unique, intense et solennel; il s'agit plutôt de petits frissons peu accentués, se répétant dans la

journée et dans la nuit et se prolongeant parfois plusieurs jours. Le *point de côté* ne manque jamais et il peut revêtir une intensité qu'on ne rencontre guère dans la pleurésie : névralgique, il a son maximum au niveau des points d'émergence des nerfs intercostaux; ou bien, pleurodynique, il est plus profond et se localise sous le mamelon, dans les fosses sus ou sous-épineuses; parfois même, descendant vers les attaches du diaphragme, il simule une pleurésie diaphragmatique. Joint à l'hyperémie pulmonaire, il détermine une *dyspnée* presque constante mais qui a des degrés : tantôt légère, indiquée seulement par une respiration plus rapide, elle atteint d'autres fois à l'orthopnée avec 40 ou 50 respirations, battements des ailes du nez, et, chez l'enfant, le tirage n'est pas rare. La *toux* vient encore exagérer la gêne respiratoire; peu fréquente, mais quinteuse et fatigante, elle se transforme parfois en véritables accès de suffocation; toutefois, d'après Gallois, le malade atteint de splénopneumonie n'est pas pris, au moment où il se met sur son séant, de la petite toux sèche, attribuée au déplacement du liquide, qui survient chez le pleurétique qu'on fait asseoir. L'*expectoration* existe le plus souvent et rappelle celle de la congestion pulmonaire. « Les crachats blancs, sirupeux, se réunissent et forment uue nappe couvrant le fond du vase comme le ferait une solution de gomme arabique ou d'albumine délayée dans de l'eau. » Peu aérés, ils sont souvent striés de sang; dans un cas de Manguirea l'expectoration était sanguinolente, une autre fois franchement sanglante.

Point de côté, dyspnée, toux, marchent généralement de pair; surtout marqués pendant les trois ou quatre premiers jours ils s'atténuent rapidement au point de disparaître vers la fin de la première semaine. Il est intéressant de remarquer que *la fièvre* suit une marche identique; bien plus, il est de règle que son intensité soit en rapport avec celle des symptômes précédents, les cas à température peu élevée évoluant sans troubles fonctionnels marqués. Le type fébrile ordinaire est celui qu'a décrit Grancher : « Dès le premier jour la température peut atteindre et dépasser 40 degrés; les jours suivants elle oscille entre 39 et 40 degrés avec des différences de 1 degré et plus entre le soir et le matin. Cela dure quatre, cinq ou six jours, puis la moyenne thermique s'abaisse vers 38 degrés avec de grandes oscillations de 1°5 à 2 degrés entre les chiffres du matin et du soir. Après un septenaire, il se fait une nouvelle chute de la colonne mercurielle qui descend le matin à 37 degrés ou au-dessous et touche à 38 degrés le soir; enfin la fièvre tombe tout à fait. » Pendant la durée de l'élévation thermique le *pouls* est fréquent, petit et dur.

Signes physiques. — A l'examen du malade, le défaut ou la *diminution considérable de l'expansion inspiratoire* frappe dès l'abord. On remarque aussi une *ampliation*, une voussure plus ou moins accentuée du côté atteint. « C'est surtout en examinant le thorax par sa face postérieure qu'on peut le plus facilement la reconnaître; on peut également la constater en employant le procédé qui consiste à explorer d'un regard presque horizontal la partie antérieure de la poitrine du malade couché bien à plat sur le dos, en se plaçant au pied de son lit et se baissant légèrement. Il ne faut pas oublier, dans cette exploration, qu'il y a des déformations naturelles ou professionnelles chez certains individus et que chez tous le rebord costal droit, soulevé par le foie, est ordinairement plus saillant que le gauche. » Contrairement à cette voussure, c'est plutôt une *diminution dans le volume* de l'hémi-thorax, appréciable surtout à l'amplexation thoracique, que Gallois a constatée; elle aurait même pour conséquence une étroitesse spéciale des espaces intercostaux qui laisseraient difficilement passer l'aiguille de Pravaz; d'où la conclusion de ponctionner au trocart si les espaces sont « engageants », car alors c'est d'une pleurésie qu'il s'agit.

Mais tous les auteurs s'accordent pour noter l'*absence de déviation du sternum* du côté malade, déviation qu'on rencontre toujours dans les cas d'épanchement pleural important; elle traduit les déformations anatomiques que Peyrot a décrites dans sa thèse et devient plus appréciable à l'aide du procédé du cordeau de Pitres : sur un sujet normal couché horizontalement sur le dos, un fil tendu de la fourchette sternale à la symphyse pubienne passe exactement sur la ligne médiane du sternum; chez le pleurétique avec voussure, le même fil forme avec l'axe du sternum un angle plus ou moins ouvert; chez les splénopneumoniques cet angle fait défaut, et à part quelques rares exceptions, tels les cas de Bourdel, de Pitres, de Franck, ces malades n'ont pas le thorax oblique ovalaire de Peyrot.

A la palpation, la main constate l'*abolition des vibrations* dans toute l'étendue de la région atteinte; mais, fait important, ces vibrations, qui reparaissent brusquement au-dessus du niveau d'une nappe liquide, font ici leur réapparition graduellement, *crescendo*, à mesure qu'on se rapproche de la partie supérieure du poumon.

A la percussion, la *matité* est d'ordinaire absolue, *tanquam percussæ carnis*, et elle s'accompagne d'une perte plus ou moins totale de l'élasticité au doigt. L'étendue, la forme de cette matité varient peu pour chaque cas. « Il est curieux de voir, écrit Gallois, combien à cet égard toutes les splénopneumonies se ressemblent. La limite supérieure de cette matité se trouve en arrière au milieu de la fosse sous-épineuse, arrive au bord postérieur de l'aisselle et contourne obliquement le thorax pour venir rejoindre la matité cardiaque un peu au-dessus du mamelon; le fond de l'aisselle est sonore. » Avec Potain nous ferons remarquer que le niveau de cette matité est invariable dans les diverses positions données au malade. Enfin, comme pour les vibrations vocales, le passage se fait graduellement de la zone mate à la zone sonore du côté du sommet. Par contre, à la partie inférieure, le passage se fait brusquement dans cette région de quatre travers de doigt qui correspond à l'estomac, *zone dite de Traube*, qui conserve toujours sa *sonorité*; rares sont les cas où cette sonorité disparaît en partie. Parallèlement, si la splénopneumonie siège à droite,

on ne constate jamais d'abaissement de la masse hépatique.

Queyrat, dans son travail, a insisté sur l'*absence de refoulement du cœur*, signe précieux de distinction avec les grands épanchements pleuraux; il a montré que parfois, comme il arrive dans les congestions pulmonaires, la pointe paraît légèrement refoulée vers la droite, que le doigt ne la sent plus battre dans le cinquième espace et que le maximum des bruits du cœur s'entend au niveau des quatrième ou cinquième articulations chondro-sternales; mais que dans ces cas une languette de tissu pulmonaire hyperémié s'interposait entre la paroi costale et le cœur qu'elle refoulait en arrière et dont elle masquait le choc. La *radioscopie* a confirmé cette interprétation; dans les splénopneumonies qu'il a radioscopées, Variot a trouvé une opacité identique à celle des pleurésies; mais il n'a constaté de déviation ni du cœur ni du médiastin par refoulement et c'est pour lui le meilleur signe différentiel.

L'auscultation fournit enfin des renseignements précieux tant au niveau de la lésion que dans son voisinage. L'oreille appliquée sur un foyer de splénopneumonie n'entend plus le murmure vésiculaire. Parfois, au début de la maladie, elle distingue quelques frottements pleuraux qui disparaissent vite, puis le *silence respiratoire* s'installe avec une rapidité caractéristique. « Dès le second jour, le murmure est aboli sur la hauteur d'un travers de main; le troisième, les signes pathologiques remontent jusqu'au milieu de l'omoplate. » Puis le *souffle* apparaît; vers le cinquième jour il s'entend, vague et limité, vers la pointe de l'omoplate; il gagne bientôt en intensité et en surface en marchant de haut en bas. Méry, qui l'a étudié spécialement, le trouve « plus prononcé que dans la pleurésie, plus facile à percevoir; il est plus étendu et, fait important, conserve à peu près la même intensité dans toute l'étendue de la zone atteinte. Il présente tous les caractères physiques du souffle pleurétique, à l'état d'exagération plutôt; je pourrais presque dire que c'est dans la splénopneumonie qu'on entend les plus beaux souffles pleurétiques ». C'est un souffle expiratoire, aigu, donnant à l'oreille, selon la comparaison de Lasègue, un ton comparable à celui que produit l'émission aphone de la voyelle *i* ou *e*. L'auscultation de la voix rappelle aussi celle de la pleurésie; toutefois l'*égophonie* est moins pure, c'est plutôt de la bronchophonie; il y a de la *pectoriloquie aphone*. Enfin, si l'on ausculte la région postérieure du thorax tandis que l'on percute l'une sur l'autre deux pièces de monnaie à sa partie antérieure, on entend, au lieu du bruit sourd, lointain et mat de l'état normal, un son aigre et retentissant; le *signe du sou* existe comme dans la pleurésie.

Il nous reste à signaler, au niveau du foyer splénopneumonique, un symptôme sur lequel Grancher insistait dans sa communication : en les cherchant attentivement et au milieu du plus profond silence, on arrive souvent à entendre vers la base quelques *crépitations* fines, discrètes, strictement limitées à l'inspiration; « pour provoquer leur apparition, il faut faire tousser le malade et le saisir comme au vol dans la grande inspiration qui suit la toux. » Toutefois, outre qu'elles ne sont pas absolument constantes, ces crépitations n'ont peut-être pas, d'après Dreyfus-Brisac, toute la valeur que paraît leur assigner Grancher; car rien n'est plus fréquent, on le sait, que de les percevoir dans les pleurésies peu abondantes avec congestion pulmonaire superficielle.

A distance, dans le voisinage de la lésion, les phénomènes d'auscultation présentent une grande importance. Nous avons déjà dit qu'au-dessus de la région atteinte le murmure vésiculaire, comme les vibrations vocales et la sonorité, reparaissait graduellement. Mais, dans la zone sous-claviculaire, alors que sonorité et vibrations sont exagérées, il existe presque toujours, pour Grancher, un affaiblissement de la respiration en général assez persistant; en sorte que l'examen du sommet du poumon atteint peut se traduire par le schéma n° 2 dit de congestion (++ —).

Du côté opposé, le poumon reste indemne ou renferme quelques râles sans importance et tout à fait passagers.

Quand de la constatation de tous ou de plusieurs de ces signes réunis ne découle pas un diagnostic ferme de splénopneumonie, la *ponction capillaire* avec l'aiguille de Pravaz reste comme dernière ressource. Faite aseptiquement, elle ne présente aucun inconvénient; bien mieux, dans nombre de cas, elle a soulagé le point de côté atroce dont souffrent certains malades. Nous n'avons pas à en exposer la technique; disons seulement que, le plus souvent, « l'aiguille étant enfoncée d'environ 10 millimètres, la seringue se remplit de sang et de bulles d'air; c'est donc bien dans le parenchyme pulmonaire qu'on a pénétré, et il n'existait, malgré les apparences, aucune lame de liquide interposée entre le poumon et la paroi thoracique ». Plusieurs remarques s'imposent cependant. Dreyfus-Brisac fait observer qu'on peut avoir une ponction blanche quand, derrière un épanchement peu considérable, existe une congestion intense. D'autre part, il n'est pas rare qu'au cours de la splénopneumonie il se fasse une réaction du côté de la plèvre; ce processus se traduit au début par les frottements, puis vient l'épanchement, enfin les frottements de retour; Rommelære, Revillout, Gallois, Grancher lui-même ont retiré, à l'aide de la seringue de Pravaz, du liquide épanché dans la plèvre de splénopneumoniques; mais le lendemain de la ponction capillaire, la ponction au trocart n'a rien ramené : preuve que la pleurite n'est en quelque sorte qu'une quantité négligeable dans le processus.

V

Évolution. — L'évolution de la maladie est presque toujours la même. Après un début brusque, exceptionnellement précédé d'une période bronchitique, la spénopneumonie traverse une *première période*, période trompeuse, dans laquelle les symptômes font croire à une pleurésie. Rapidement, en quarante-huit heures à trois jours, les phénomènes pulmonaires sont constitués, et pendant une quinzaine ils resteront à peu près immuables; c'est la *période d'état*. Enfin, depuis longtemps déjà la fièvre est tombée quand, dans une *période de déclin*, les

signes d'auscultation commencent à se transformer : le souffle prend un caractère bronchique et des frottements pleuraux peuvent reparaître; les vibrations deviennent perceptibles et on ne constate plus que de la submatité; puis les crépitants de la base s'exagèrent et, devenus humides, ils s'entendent aux deux temps de la respiration; enfin tout s'efface et l'on n'a plus qu'un affaiblissemeut de la respiration qui persistera souvent plusieurs mois.

Au total, d'après Grancher, la splénopneumonie dure de quatre à cinq semaines. Toutefois les malades de Gallois ont guéri en trois semaines presque jour pour jour, ceux de Dauchez en douze à quinze jours, même les formes graves; les splénopneumonies de Rommelære, de Revillout et d'autres ont évolué en sept semaines et plus.

Formes cliniques. — C'est en se basant sur cette variabilité dans la durée qu'on a décrit une forme aiguë, la forme classique; une forme subaiguë et une forme chronique.

Queyrat qui l'a isolée écrit que la *forme subaiguë* est caractérisée par une dyspnée et un point de côté insignifiants ou nuls, une fièvre de peu d'intensité; les signes physiques n'ont rien de particulier.

Dans les *formes chroniques* on peut ranger le cas d'Auché et Carrière qui a duré cinquante jours; la splénopneumonie de Caussade qui a évolué en trois mois et demi dans un poumon gauche qu'elle n'a quitté, tranche par tranche, que pour envahir le poumon droit où elle a persisté deux mois. Il convient d'en rapprocher ces splénopneumonies *à rechute* dont Bourdel rapporte une belle observation.

Avec Mlle Brandhendler on peut envisager à part la *splénopneumonie des enfants*. Chez eux le début est extrêmement brutal, marqué plutôt par des vomissements et de la fièvre que par le point de côté; l'expectoration fait défaut et l'on ne constate pas de voussure hémi-thoracique; enfin l'évolution est plus rapide que chez l'adulte et tout se termine en quinze jours ou trois semaines.

La durée est à peu près la même dans les *formes grippales* qui ont été décrites par Faisans et Lemoine (de Lille). Outre cette rapidité d'évolution elles présentent comme caractéristique une mutabilité remarquable des signes physiques : le premier jour le syndrome est au complet, mais le lendemain l'égophonie et le souffle ont fait place à une respiration silencieuse; vingt-quatre heures se passent et de nouveau paraît le syndrome primitif. Elles évoluent naturellement vers la guérison.

VI

Modes de terminaison. Complications. — Quelle que soit d'ailleurs la forme revêtue par la splénopneumonie, c'est la *guérison* qui est de règle; tout au moins ne meurt-on point de splénopneumonie. Quand une terminaison fatale est survenue, elle a été le fait de la maladie générale au cours de laquelle s'est déclarée l'affection pulmonaire, ou d'une complication intercurrente.

Nous rappellerons seulement le cas unique de Queyrat dans lequel une gangrène pulmonaire, survenue dans le troisième septenaire d'une splénopneumonie, a emporté un diabétique.

En revanche on a assisté plus fréquemment à l'éclosion, au cours de la splénopneumonie, ou mieux à son déclin, de *pleurésies purulentes* qu'on a dénommées métasplénopneumoniques et qu'on a justement rapprochées des pleurésies métapneumoniques. Comme ces dernières ce sont des pleurésies enkystées, le plus souvent interlobaires et purulentes. D'ordinaire, comme dans l'observation typique rapportée par Gallois, la maladie semble terminée depuis plusieurs jours, la température est à la normale, quand brusquement le malade est repris de malaises, de toux et de point de côté ; la fièvre reparaît et l'examen dénote une bande de matité suspendue de surface et d'orientation variables avec la localisation et la quantité de l'épanchement; les autres signes de pleurésie font défaut. On ponctionne et le trocart ramène une quantité plus ou moins considérable de pus. Dans un cas (Gallois) la pleurésie enkystée était séreuse. Jamais on n'a observé de vomiques; la pleurésie a cédé à la ponction ou les malades ont succombé à l'infection générale ou à une congestion surajoutée.

Nous n'aurions plus à rappeler dans ce chapitre de complications que la possibilité de transformation de la splénopneumonie en *sclérose pulmonaire*, à laquelle Gallois croit avoir assisté chez un de ses malades, si nous n'avions à dire un mot des rapports qui unissent plus ou moins étroitement, suivant les auteurs, la *splénopneumonie et la tuberculose*.

La splénopneumonie serait souvent pour Grancher, pour Bourdel et Mlle Brandhendler, une manière d'entrer dans la tuberculose. A l'appui de leur opinion ils invoquent les symptômes de condensation que l'on observe au sommet du poumon du côté atteint sans que l'autre poumon y participe; ils invoquent encore la longue persistance de l'affaiblissement respiratoire qui succède à la phase aiguë de la splénopneumonie; enfin ils rapportent un assez grand nombre d'observations de malades revus à longue échéance et qui étaient devenus phtisiques.

Par contre, tout en reconnaissant qu'à la splénopneumonie peut succéder la tuberculose, Dreyfus-Brisac, Faisans, Florand n'admettent pas que les deux affections s'accompagnent ou se succèdent fatalement, ni même que la succession soit fréquente; Gallois n'a vu aucun des malades qu'il a suivis devenir tuberculeux.

On s'expliquera facilement l'opinion de Grancher et de ses élèves si l'on songe que leurs observations ont porté uniquement sur des malades hospitalisés, gens fatigués par des travaux pénibles, des excès alcooliques, excellents terrains de réception et de culture pour les bacilles de Koch qu'ils prennent à l'hôpital et contre lesquels ils ne pourront lutter chez eux, faute d'hygiène et de soins. On trouve la tuberculose moins souvent à la suite de la splénopneumonie si, suivant le conseil de Dreyfus-Brisac, « on tient compte des enseignements de la clientèle civile beaucoup plus instructive que la clientèle hospitalière; » et telle semble avoir été la pratique de Dreyfus-Brisac, de Dauchez, de Gallois.

VII

Pronostic. — En somme, et cette notion doit dominer le pronostic et le traitement, la splénopneumonie peut être un avant-coureur ou la première manifestation de la tuberculose pulmonaire; mais beaucoup de splénopneumonies ne sont pas tuberculeuses et ne conduisent pas à la phtisie : c'est affaire d'antécédents, de milieu et d'hygiène. Ce point noir écarté, le pronostic immédiat de la splénopneumonie est essentiellement favorable.

VIII

Diagnostic. — Le diagnostic de la splénopneumonie est toujours délicat et dans bien des cas la ponction capillaire seule donnera la clef de la question.

La *pleurésie*, en particulier, ressemble trait pour trait à la splénopneumonie dans ses signes fondamentaux et toutes ces anciennes « pleurésies curieuses » qui ne donnaient pas de liquide à la ponction étaient certainement des maladies de Grancher. Toutefois l'expectoration gommeuse, les crépitations de la base, la réapparition progressive des vibrations, la conservation de l'espace de Traube sont le propre de la splénopneumonie; dans la pleurésie, le sternum et le cœur sont déviés, le souffle est plus aigu, l'égophonie plus pure; Bourdel ajoute que dans la splénopneumonie le malade se couche sur le côté sain. Enfin Pieraccini, puis Baduel et Siciliano ont attiré l'attention sur la valeur différentielle des signes de Banti et de Grocco qui traduisent le refoulement, par un épanchement pleural, des médiastins antérieur et postérieur du côté sain. « Lorsqu'il existe un épanchement pleural abondant, à la résonnance claire qui existe à la percussion au niveau de la partie supérieure du sternum, dans l'espace compris entre le bord supérieur semi-lunaire du manubrium et les insertions des troisièmes côtes, succède une matité évidente avec résistance au doigt qui percute : c'est le signe de Banti. » D'autre part « en percutant de haut en bas au niveau des apophyses épineuses (le malade étant assis), on perçoit une matité d'abord relative, puis absolue, s'accompagnant alors de résistance au doigt, occupant un espace triangulaire, limité en dedans par la ligne des apophyses épineuses, et s'étendant en dehors sur le côté sain, plus à la partie inférieure du thorax qu'à la partie supérieure : signe de Grocco. » Ces deux signes font défaut dans la splénopneumonie et maintes fois ils ont servi à la différencier de la pleurésie. En tous cas la ponction exploratrice restera comme dernière ressource pour le diagnostic.

Celui-ci ne présentera pas de difficultés avec la *pneumonie franche*. La *pneumonie massive* aura pour elle la matité absolue avec silence respiratoire complet, sans souffle ni bronchophonie, les crachats rouillés ou jus de pruneaux, enfin un état général grave.

Dans le groupe des congestions pulmonaires la *maladie de Woillez* avec ses vibrations conservées, parfois exagérées, avec ses râles abondants, ses signes extrêmement mobiles, n'arrêtera pas longtemps le clinicien.

Par contre, la *congestion pleuro-pulmonaire* de Potain et Serrand demandera un examen plus approfondi : rarement, vu le peu d'abondance du liquide pleural, on pourra compter sur une diminution de la zone de Traube; on aura pourtant des présomptions en faveur de la splénopneumonie si les vibrations abolies dans la zone inférieure renaissent progressivement sans qu'il existe une zone supérieure d'exagération en rapport avec une condensation du poumon qu'on rencontre si considérable dans la congestion de Potain; ici encore l'aiguille de Pravaz sera le meilleur moyen de diagnostic.

Passée à l'état chronique, la splénopneumonie pourra parfois être confondue avec un *hydrothorax*; mais d'ordinaire l'hydrothorax est bilatéral, à gauche il détermine la matité de l'espace de Traube et les vibrations sont toujours brusquement augmentées au-dessus de la nappe liquide.

Nous signalerons seulement l'erreur possible avec les *kystes hydatiques* du poumon et de la face supérieure du foie.

Enfin il restera, le diagnostic de splénopneumonie étant posé, à déterminer *sa nature* : splénopneumonie *grippale*, survenant au cours d'une épidémie de grippe, avec des signes très variables d'un jour à l'autre, évoluant rapidement sans modifications respiratoires appréciables vers le sommet du poumon; spléno-pneumonie primitive, *tuberculeuse*, à marche plus traînante, frappant un sujet chargé d'antécédents, présentant l'habitus extérieur classique, vivant dans un milieu favorable au développement du bacille de Koch et surtout s'accompagnant, au niveau du sommet du poumon malade, d'une respiration affaiblie avec exagération de la sonorité et des vibrations (schéma n° 2 de Grancher).

IX

Traitement. — En raison de l'évolution ordinaire, cyclique, de la maladie, la thérapeutique sera aussi simple que possible. Un vésicatoire au début peut calmer le point de côté; par la suite des ventouses ou de la teinture d'iode. Si la toux fatigue les malades on prescrira une potion avec de l'opium dans laquelle on associera des antiseptiques pulmonaires; enfin à la période de résolution on conseillera, avec Bourdel, la gymnastique respiratoire. Mais, à moins que la fièvre soit élevée, on ordonnera un *régime substantiel* pour prévenir le développement d'une infection tuberculeuse, toujours à craindre, quoique moins fréquente qu'on ne l'a écrit. Enfin la campagne sera un utile adjuvant de la convalescence.

BIBLIOGRAPHIE

Verliac. *Remarques sur le diagnostic des épanchements pleurétiques et des indications de la thoracentèse chez les enfants*, Th. de Paris, 1865. — Peyrot. *Etude expérimentale et clinique sur le thorax des pleurétiques et sur la pleurotonie*, Th. de Paris, 1876. — Grancher. De la pneumonie massive, *Gaz. méd. de Paris*, 1877, n° 48, et 1878, nos 1 et 4; — Th. d'agrég., 1878. — Joffroy. *Des différentes formes de la bronchopneumonie*, Th. d'agrég., 1880. — Rommelære. *De l'atélectasie*

pulmonaire, Bruxelles, 1881. — LEVISTE (de Dreux). De l'atélectasie pulmonaire, *Gaz. des hôpit.*, nos 91, 92, 94, 95, 1883. — GRANCHER. Soc. méd. des hôpit., 10 août 1883. — REVILLOUT. Rev. critique, *Gaz des hôpit.*, n° 92, 1884. — F. FRANCK. *Gaz. hebd.*, 1885, n° 10. — PITRES. De la voussure du thorax et du signe du cordeau chez les pleurétiques, *Journ. de méd. de Bordeaux*. — QUEYRAT. *Rev. de méd.*, janv. et mai 1885; — *Rev. de méd.*, 1886. — BOURDEL. *De la splénopneumonie*, Th. de Paris, 1886. — BOUICLI. *Ann. med. romane*. — DREYFUS-BRISAC. *Gaz. hebd.*, 1886, n° 46. — GRANCHER. *Bull. méd.*, 1888, n° 85. — CADET DE GASSICOURT. Soc. médico-prat., 9 juil. 1888. — BOURDEL. La symptomatologie et le traitement de la splénopneumonie, *Revue gén. de clin. et de thérap.*, 1888, nos 31, 47, 48. — DAUCHEZ. Congestion pulmonaire et splénopneumonie, *France méd.*, 1888. — P. LE GENDRE. *Concours méd.*, 1888, n° 27. — CHÉRON. *Union méd.*, 1889, n° 92. — FILIPPI. Sulla splenopneumonite, *Riforma med.* — VIVILLE. *Union méd.*, 1889, n° 39. — LESPINASSE. Sur un cas de splénopneumonie, *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1889. — GRANCHER. *Maladies de l'appareil respiratoire*, leçons XV et XXV, 1890. — BARTH. *Gaz. méd. de Paris*, nos 19 et 20, 1890. — BOULAY. *Des affections à pneumocoques indépendantes de la pneumonie*, Th. de Paris, 1891. — Mlle BRANDHENDLER. *Contribution à l'étude de la splénopneumonie chez l'enfant*, Th. de Paris, 1891. — BERTHIER. *Rev. de méd.*, n° 4. — MANGUIREA. *Bucarest*, 1891. — PAPABASILEIOS. Diagnostic de la splénopneumonie, *Galenas Athenai*, 1891. — ALFARO. *Buenos-Ayres*. — FAISANS. *Bull. méd.*, 6 juil., et Soc. méd. des hôpit., 1892. — QUEYRAT. Rev. gén., *Gaz. des hôpit.*, n° 70. — FLORAND. *Méd. mod.*, n° 50, 1892. — TORDEUS. Un cas de splénopneumonie, *Clin. de Bruxelles*, 1893. — RENDU. Soc. méd. des hôpit., 1898. — FERRAND. Sur deux modalités différentes de la pneumonie, Soc. méd. des hôpit., 1894. — WAITZ. *Contribution à l'étude de la splénopneumonie*, Th. de Paris, 1897. — AUCHÉ et CARRIÈRE, *Arch. clin. de Bordeaux*, n° 9, 1897. — LEMOINE (de Lille). Splénopneumonies et congestions grippales, *Cong. franç. de méd. int. de Montpellier*, 1898; — *Rev. gén. de clin. et thérap.*, n° 29. — CAUSSADE, Soc. méd. des hôpit., 14 mars 1899. — RICHARDIÈRE. Formes cliniques de la tuberculose du premier âge, *XIIIe Congr. intern. de méd.*, Paris 1900. — VARIOT et CHICOTOT. Radioscopie des épanchements pleuraux chez les enfants, Soc. de pédiat., 12 fév. 1901. — *Gaz. méd. de Nantes*, 1901, nos 45, 46, 47, 49. — GROCCO. *Riv. crit. di clin. med.*, 1902, nos 11, 12, 13. — G. PIERACCINI. *Clinica moderna*, n° 1, 1903. — MARAGLIANO. *Bollett. della soc. Eustachiana*, 1903, nos 1 et 2. — *Arch. gén. de méd.*, 1903, n° 35. — GALLOIS. *Bull. méd.*, 1904, n° 4. — BADUEL et SICILIANO. *Rivista crit. di clin. med.*, 1904, nos 1, 2, 3. — Traités et manuels classiques.

FORMULAIRE

UNE MODIFICATION DE LA POTION DE TODD DANS LE TRAITEMENT DE LA GRIPPE

M. Grorichard (de Dôle) conseille, dans le *Répertoire de pharmacie* du 3 mars, la modification suivante de la potion de Todd :

Teinture de cannelle..........	5 grammes.
Infusion de thé de Ceylan......	75 —
Sirop de suc de citron pur sucre.	75 —
Rhum Jamaïque................	40 —

Il emploie cette potion dans les cas où il veut non seulement exercer une action tonique, mais encore agir sur les reins chez les grippés et les lithiasiques.

Le thé est un excellent diurétique, favorisant la diurèse par action cardio-vasculaire. C'est, de plus, un stimulant précieux, grâce à sa théine et à sa théophylline, dans les cas d'adynamie cardiaque si fréquente, après la cinquantaine, chez les surmenés. Enfin, le sirop de suc de citron est un excellent correctif, fort agréable au goût et remplissant un rôle antiseptique et diurétique indiscutable.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 15 MARS 1905)

Chloroformisation. — La discussion se poursuit. Le plaidoyer de M. BERGER, en faveur de la compresse, a quelque peu ému les défenseurs des appareils qui s'en montrent de plus en plus satisfaits.

M. KIRMISSON continue le cours de ses expériences et continue également à se louer de l'appareil de Roth. Il engage vivement ses collègues à suivre cette voie d'expérimentation qui semble à ses yeux un progrès réel.

M. MONOD se montre aussi très satisfait des appareils. Il a d'abord eu recours à celui de Roth, puis il a adopté celui de Ricard dont il se montre plus satisfait encore. Toutefois il tient à insister sur ce fait que l'emploi des appareils exige la même instruction, la même attention, la même compétence de la part du chloroformisateur.

M. RICARD répond à M. Berger. Il réfute surtout le reproche qu'a fait M. Berger aux appareils de pouvoir, dans une certaine mesure, détourner l'attention de l'anesthésiste qui, s'occupant du fonctionnement de l'appareil, s'occuperait moins du malade, mais surveiller la soupape, c'est surveiller le malade. On peut dire que dans l'espèce c'est une vraie soupape de sûreté. Son fonctionnement n'est que le reflet de la respiration, dont elle enregistre le rythme, l'amplitude, la fréquence.

Rien n'est d'ailleurs plus facile que de surveiller en même temps la coloration du visage et la pupille.

M. DELBET rappelle que l'un des reproches adressés par M. Berger aux appareils, était qu'on ne pouvait pas opérer sur la face ni dans la bouche. Or, M. Delbet est tellement convaincu de la nécessité des appareils, qu'il s'est appliqué à y apporter une modification permettant de s'en servir également pour les opérations sur la face et la bouche. Cette modification consiste dans une sorte de tube venant coiffer le larynx. Grâce à elle, M. Delbet a pu opérer sur la face, le nez, la bouche, le voile du palais même, tout en profitant des avantages des appareils. Le matin même, M. Delbet, qui jusqu'ici s'était servi de l'appareil de Roth, a employé celui de Ricard, en se fondant uniquement sur la petite instruction qui y est jointe. Il en a été des plus satisfait. Il a trouvé le maniement de cet appareil d'une facilité et d'une simplicité merveilleuses. Pour lui, le plus maladroit des aides pourrait se servir de l'appareil de Ricard, après avoir lu la notice qui l'accompagne.

Corps étrangers de la vessie. — M. LEGUEU fait un rapport sur deux observations de corps étrangers de la vessie adressées par M. Barnsby (de Tours). Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune fille qui s'était introduit un petit pessaire de Dumontpallier dans l'urètre. Elle avait dû préalablement favoriser la dilatation de son canal par un certain nombre de séances d'introduction d'une tige dite agitateur. Malgré cela on s'explique difficilement comment a pu passer ce pessaire à travers le canal de l'urètre et, cela, sans même amener d'incontinence d'urine. Il fallut recourir à la taille sus-pubienne pour extraire ce corps étranger.

Dans le second cas, une jeune fille s'était introduit quatre ans auparavant la vulgaire épingle à cheveux. On sait que c'est l'objet de choix pour ces sortes de divertissements. Il y

avait dans ce cas une cystite intense. M. Barnsby chercha à extraire le corps étranger par l'urètre; il n'y put parvenir. Il fit alors la taille hypogastrique, trouva un phlegmon de la cavité de Retzius; une des branches de l'épingle avait perforé la paroi vésicale; sur la branche restée dans la cavité vésicale s'était formé un gros calcul; M. Barnsby eut quelque peine à dégager le corps étranger et la masse calculeuse dont il était le point de départ. Il draina et la malade guérit fort bien.

Calculs de l'uretère. — M. Picqué rapporte l'histoire d'une femme qui, depuis dix-huit ans, avait des crises néphrétiques. Par le toucher vaginal, on sentait chez elle l'existence d'une petite tumeur indolore, très dure, donnant lieu à une légère crépitation calcaire et semblant dans un canal se dirigeant obliquement de haut en bas et de dedans en dehors. On sentait du même côté une légère augmentation du volume du rein. Cette malade présentait de l'hydronéphrose intermittente.

En présence d'une crise plus vive, M. Picqué ayant diagnostiqué qu'il s'agissait de calculs dans la partie pelvienne de l'uretère, se décida à l'opérer. Il avait à choisir entre la voie vaginale d'après le procédé d'Israël, la voie rectale ou la voie iliaque; c'est à cette dernière, au procédé iliaque d'Albarran, qu'il donna la préférence. Il fit une incision comme pour la ligature de l'iliaque externe, arriva sur le péritoine, le décolla et chercha pour point de repère l'origine de l'artère utérine sur l'hypogastrique; il arriva ainsi facilement sur l'uretère, en retira trois calculs agglomérés, fit la suture uretérale, draina, et la malade guérit fort bien.

Anévrisme du creux poplité. — M. Le Dentu présente un jeune homme chez lequel, à la suite d'un coup de couteau, survint un anévrisme poplité. Le siège, les dimensions de cet anévrisme très développé firent penser à M. Le Dentu que l'extirpation ne serait peut-être pas sans danger au point de vue de la gangrène consécutive. Il fit donc à ce malade 7 injections sous-cutanées de sérum gélatiné, selon la formule de Lancereaux. Le souffle, les battements, tous les signes de l'anévrisme ont disparu. Il ne reste plus qu'une petite tumeur.

Hypertrophie des gencives. — M. Berger présente une fillette, âgée de sept ans, atteinte d'une hypertrophie considérable des gencives supérieure et inférieure qui la rend difforme. L'hypertrophie est en train d'envahir la voûte palatine elle-même. Il faut intervenir.

M. Félizet qui a vu cette enfant il y a quatre ans est d'avis qu'il faut intervenir largement et promptement.

Pustule maligne. — M. Guinard présente un malade qu'il a opéré d'une pustule maligne par l'excision, la cautérisation des bords au thermo-cautère profondément enfoncé dans les tissus et l'injection de teinture d'iode pure dans chaque cavité ainsi créée.

M. Guinard rappelle un article publié récemment dans la *Gazette des hôpitaux* par MM. Toupet et Lebret, sur la guérison d'un cas de charbon par les injections de lipiodol (1905, n° 27, p. 316). A l'avenir, M. Guinard aurait volontiers recours à ce moyen.

M. Cunéo fait une présentation sensationnelle. Il s'agit d'un jeune homme de vingt et un ans qui porte, sur la région thoracique antérieure, un tronc avec des bras, des jambes et des organes génitaux très développés. Un rapport sera fait sur cette présentation.

ANALYSES

MÉDECINE

Les nouvelles idées sur la pathogénie des œdèmes dans les néphrites et sur leur traitement et leur diététique. (Araoz Alfaro. *Revista de la Soc. med. Argentina*, t. XII, p. 737.) — Araoz Alfaro fait l'historique complet de la question. Il apporte les résultats de son expérience personnelle, et détaille un certain nombre d'observations fort complètement étudiées. Ses conclusions sont les suivantes :

La rétention des chlorures dans l'organisme, conséquence d'une élimination rénale imparfaite, explique parfaitement la production de l'œdème dans les néphrites aiguës et chroniques, de même que la plupart des troubles urémiques. La fonte des œdèmes coïncide toujours avec une déchloruration parallèle. La perturbation dans l'élimination des chlorures s'observe au maximum dans les néphrites aiguës, très fréquemment dans les néphrites à prédominance parenchymateuse; elle est plus rare dans les néphrites à prédominance interstitielle, où les œdèmes sont un phénomène moins fréquent.

Il est indispensable de comparer le chiffre des chlorures ingérés et des chlorures éliminés pour fixer le régime des malades.

La constatation d'une élimination incomplète permet de prévoir l'œdème; la balance permet de suivre l'infiltration progressive des tissus qui précède l'œdème (pré-œdème de Widal).

Le régime des brightiques œdémateux doit être avant tout pauvre en chlorures; c'est à cette condition que le lait doit son efficacité. L'épreuve de la chlorurie alimentaire, inoffensive si elle est pratiquée avec circonspection, permet d'apprécier l'état des fonctions du rein et d'indiquer si le malade doit être soumis à une alimentation ordinaire ou au régime déchloruré.

A. Lemierre.

Sur l'action des injections sous-cutanées de chlorure de sodium dans les néphrites; considérations sur les nouvelles théories sur la valeur du chlorure de sodium dans les maladies du rein. (Luigi Ferrannini. *Centralbl. f. innere Medizin*, 7 janv. 1905, n° 1, p. 1.) — Pour étudier les effets physiologiques produits par le chlorure de sodium introduit dans l'organisme, chez les sujets atteints de néphrite, Ferrannini a procédé de la façon suivante : il a pratiqué chez un certain nombre de brightiques des infections sous-cutanées d'un demi-litre de solution physiologique de chlorure de sodium, puis quelques jours plus tard, dans quelques cas, une ou deux injections d'eau distillée.

Les résultats observés ont été les suivants :

1° Les œdèmes préexistants n'ont pas varié; aucun œdème ne s'est montré chez les sujets qui n'en présentaient point avant les injections (il faut noter que dans aucune observation le poids des malades n'a été pris; de plus les sujets en expérience semblaient avoir une perméabilité rénale très suffisante; le chiffre des chlorures éliminés par eux paraît correspondre au chiffre des chlorures ingérés, autant qu'on peut s'en rendre compte d'après le régime assez vaguement indiqué);

2° Les injections de solution physiologique de NaCl n'ont jamais augmenté la diurèse; par contre, dans plusieurs cas elles ont été suivies d'une diminution de celle-ci, coïncidant avec l'apparition de la diarrhée;

3° Dans un cas, un jour après une injection saline, est sur-

venue une grave attaque d'urémie; ce cas a été justement le seul où l'injection saline, loin d'augmenter le chiffre des chlorures éliminés, on a entraîné la diminution. Cette attaque d'urémie a guéri après une saignée, suivie pourtant d'injection sous-cutanée de solution physiologique de NaCl, et de lavements de la même solution;

4° Les injections salines ont été suivies d'une augmentation de l'albumine, des cylindres urinaires, et des cellules de l'épithélium du rein; dans un cas est même survenue une hématurie;

5° Les injections d'eau simple ont provoqué dans quelques cas une augmentation de l'albumine et des cylindres, mais d'une façon beaucoup moins intense que les injections salines.

La conclusion logique qui semble se dégager de ces résultats est donc que le chlorure de sodium exerce une action nocive chez les sujets atteints de néphrite.

Ferrannini pense exactement le contraire : en effet, selon lui, l'augmentation temporaire de l'albuminurie et de la cylindrurie est suivie d'une amélioration des fonctions rénales et de l'état général; l'attaque d'urémie ne peut avoir été causée par l'injection et la rétention du chlorure de sodium. Il conseille pourtant de s'abstenir d'injections chlorurées au cours des néphrites; et il termine en disant que la cure de déchloruration ne présente aucune utilité.

Si les conclusions de Ferrannini manquent de netteté, les faits qu'il rapporte gardent toute leur valeur : ils plaident pour la condamnation du chlorure de sodium plus que pour sa réhabilitation. A. LEMIERRE.

Recherches chimiques dans les néphrites. (Th. RUMPF. *Munch. med. Wochensc.*, 28 fév. 1905, n° 9, p. 393.) — Rumpf s'efforce de préciser, par l'analyse chimique du sang et des viscères, le rôle du chlorure de sodium dans la pathogénie des œdèmes chez les brightiques. Avant tout il a établi par des analyses répétées chez des sujets non atteints de néphrite, la quantité moyenne d'éléments minéraux contenus dans les différents organes.

Passant ensuite aux brightiques, il constate que le plus souvent la quantité de NaCl trouvée dans le rein dépasse notablement la normale; il en conclut que dans les néphrites l'élimination du sel au niveau du rein rencontre une certaine difficulté. Dans beaucoup de cas de néphrite le sang et les tissus (cœur, foie, rate, cerveau) contiennent une quantité élevée de NaCl; par contre il y a des cas de néphrite chronique où malgré des œdèmes, de la rétinite albuminurique, et des phénomènes urémiques, la quantité de chlorures paraît plutôt diminuée qu'augmentée. Dans les épanchements péricardiques, pleuraux et péritonéaux des brightiques, Rumpf a trouvé une quantité tantôt élevée, tantôt minime de chlorure de sodium; par contre dans neuf liquides d'ascites, chez des individus dont le rein était intact, le chiffre des chlorures s'est toujours montré plus élevé que dans les épanchements des brightiques.

Ces faits, quelque peu contradictoires, paraissent suffisants à l'auteur, pour faire mettre en doute le rôle de chlorure de sodium dans la genèse des œdèmes et des hydropysies au cours des néphrites. Il ajoute néanmoins qu'on ne saurait mettre en doute, dans ces affections, l'importance de la rétention du sel dans le rein.

Enfin en même temps que le chlore, on constate une rétention de différents sels, de potassium, de sodium, de calcium et de magnésium, aussi bien dans la néphrite aiguë que dans l'artério-sclérose compliquée de néphrite. Dans les stades avancés des néphrites chroniques, l'augmentation dans le sang et les organes du potassium, souvent en combinaison organique, fait penser à une rétention des substances organiques dans les tissus. A. LEMIERRE.

LIVRES NOUVEAUX

Nouveau traité de médecine et de thérapeutique publié en fascicules sous la direction de MM. P. BROUARDEL et A. GILBERT.

Nous venons de recevoir le premier fascicule du *Nouveau traité de médecine et de thérapeutique* de MM. Brouardel et Gilbert.

L'accueil que le public médical a fait au *Traité de médecine* de ces auteurs a été, en effet, tel qu'à peine le dernier volume paru une nouvelle édition s'imposait.

Encouragés par ce brillant succès les directeurs et éditeurs ont fait mieux encore et le *Nouveau traité de médecine* n'est pas seulement nouveau par le titre, il l'est encore par la forme et par le fond.

Laissant aux dictionnaires et aux traités du temps jadis la forme antique de lourds volumes incommodes à consulter, encore plus à lire, le *Nouveau traité* paraît en fascicules séparés, entièrement distincts, ayant chacun leur titre, leur pagination propre, leur table des matières. Chaque fascicule se vend séparément et forme un tout complet, réunissant les maladies qui constituent des groupes naturels : voilà une innovation heureuse, qui est réalisée pour la première fois, en France du moins.

Beaucoup d'articles qui n'existaient pas, beaucoup d'auteurs nouveaux, tous les articles refondus entièrement et souvent développés, voilà ce qui permet de dire que le fond aussi est nouveau.

Citons parmi les fascicules qui vont se succéder très rapiment: *Maladies microbiennes*, par Paul Carnot; *Tuberculose*, par Mosny et Bernard; *Scrofulose*, par P. Gallois; *Ankylostomoses. Vers intestinaux*, par Guiard; *Psittaccoses*, par Gilbert et Fournier; *Trypanosomiase*, par Laveran; *Cancer*, par Ménétrier; *Maladies de la nutrition*, par Richardière et Sicard; *Maladies du corps thyroïde*, *Pathologie de la moelle osseuse*, par Vaquez, etc.

Le premier fascicule : « Maladies microbiennes en général, » par M. Paul Carnot, agrégé, médecin des hôpitaux, est un fort beau volume édité avec le soin que la maison Baillière apporte dans toutes ses publications (1). Voici la liste de ses chapitres :

Anatomie et physiologie comparées du microbe et de la cellule organique. — Etiologie générale des infections. — La lutte cytomicrobienne. — L'immunité. — La virulence. — Anatomie pathologique générale des infections. — Diagnostic et pronostic généraux des infections. — Bactério-diagnostic. — Toxino-diagnostic. — Cyto-diagnostic. — Séro-diagnostic. — Thérapeutique générale des infections. — Vaccinations. — Sérothérapie. — Méthodes thérapeutiques anti-infectieuses.

(1) 1 vol. gr. in-8°, 232 p. et 54 fig. — Prix : 4 francs. — Paris, 1905, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Etude de Me ALBERT MIAUX, avoué à la Rochelle, rue de l'Escale, nos 8 et 10.

Vente aux enchères, au tribunal civil de la Rochelle, le mercredi 29 mars 1905, à midi, en 3 lots, d'un Etablissement connu sous le nom

d'Établissement médical de Chatelaillon

ET DE DEUX TERRAINS

Le tout sis à Chatelaillon-les-Bains (Charente-Inférieure).

Total des mises à prix... 10000 francs.

Frais de poursuites en déduction.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Reprise du service sur la ligne du Fayet Saint-Gervais à Chamonix. — La Compagnie L.-L.-M. a l'honneur d'informer le public que le service des voyageurs sur la ligne du Fayet-Saint-Gervais à Chamonix, suspendu depuis le 1er décembre dernier, sera repris le 15 mars 1905.

Ce service sera assuré au moyen des trains ci-après :

Le Fayet-Saint-Gervais, départ, 9 h. 24 et 11 h. 50 matin; Chamonix, arrivée 10 h. 38 matin, 1 h. soir.

Chamonix, départ, 9 h. 51 matin, 2 h. 45 soir; Le Fayet-Saint-Gervais, arrivée, 10 h. 58 matin, 3 h. 52 soir.

A partir du 1er avril, il sera mis en marche un nouveau train de chaque sens dans l'horaire ci-dessous :

Le Fayet-Saint-Gervais, départ, 8 h. 15 soir; Chamonix, arrivée, 9 h. 25 soir.

Chamonix, départ, 7 h. matin; Le Fayet-Saint-Gervais, arrivée, 8 h. 11 matin.

N° 33. — MARDI 21 MARS 1905. 78e ANNÉE. MARDI 21 MARS 1905. — N° 33.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois . **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois . **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Nous prévenons nos lecteurs que la Poste est **seule responsable** *des nombreuses irrégularités qui se produisent en ce moment dans la distribution du journal.*

Nous prions instamment nos abonnés de bien vouloir continuer à nous adresser leurs plaintes afin que nous puissions les transmettre à l'administration des Postes.

SOMMAIRE

PREMIER-PARIS
TRAVAUX ORIGINAUX
Le régime lacto-farineux dans les auto-intoxications intestinales, par M. R. Morichau-Beauchant.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences. — Société médicale des hôpitaux. — Société de biologie.
FORMULAIRE
LIVRES NOUVEAUX
NOTES DE THÉRAPEUTIQUE
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Paris, le 20 mars 1905.

Sur la demande de l'Administration de l'assistance publique, la Société des chirurgiens des hôpitaux a mis à son ordre du jour la création d' « assistants de chirurgie ». Les internes, dit-on, se sont de plus en plus désintéressés du service de garde et les chirurgiens ne trouvent parfois pour les aider en cas d'urgence que de tout jeunes externes inexpérimentés et souvent même complètement ignorants des choses de la chirurgie.

Il semble, au premier abord, qu'une telle situation comporte un remède facile et qu'un simple avis rappelant les internes à leur devoir eût suffi. Mais, il paraît que les directeurs d'hôpitaux se déclarent impuissants, dans l'espèce, à faire respecter le règlement.

La création d'assistants en chirurgie serait pour les internes en chirurgie une véritable déchéance; mais l'Administration et les chirurgiens n'y voient guère que des avantages. Est-il encore temps pour les internes de se ressaisir? Continueront-ils — comme on les en accuse en haut lieu — à se désintéresser de leur service de garde et de leur contre-visite du soir?

La création d'assistants est la fissure qui menace l'institution déjà centenaire de l'internat.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de la médaille d'or.* — MÉDECINE. — Épreuve écrite : « Circulation rénale. Rein des goutteux. » — Séance de lecture du 19 mars : MM. Gaultier, 29; Boidin, 30; Gauckler, 28, et Vitry, 29.

Le concours se termine donc ainsi : médaille d'or, M. Boidin (Louis); médaille d'argent : M. Gaultier (René); accessit : M. Vitry (Georges).

Concours de l'Internat. — ORAL. — Séance du 19 mars 1905 : MM. Stevenin, 14 + 22 = 36; — Stroehlin, 14 + 20 = 34; — Hérisson, 16 + 23 = 39; — Guyader, 14 + 23 = 37; — Bonvoisin, 16 + 18 = 34; — Burnier, 14 + 23 = 37; — Chastagnol, 17 + 20 = 37; — Saissi, 15 + 20 = 35; — Roy, 14 + 25 = 39; — Trêves, 17 + 21 = 38.

Question donnée : « Urèthre prostatique; — Valeur séméiologique des hématuries.

L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ASSOCIATION MÉDICALE MUTUELLE (fondation Lagoguey) a eu lieu dimanche à deux heures dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Descoust.

Ainsi que le fait justement observer M. le président dans son allocution, la situation de l'association continue à prospérer. On peut en juger par le tableau comparatif suivant :

	1894 à 1895	1904 à 1905
Nombre des adhérents.......	296	597
Capital réserve..............	128524f	480175f
Journées de maladies.......	2049	5616
Moyenne de malades par tête.	6,9	9,5

Ce dernier chiffre de 9,5 est beaucoup plus élevé que celui qui était prévu par les calculs 5,96. Mais l'avenir à ce point de vue paraît très rassurant.

Actuellement, c'est-à-dire au 10 mars 1905, le nombre des sociétaires est de 610; les recettes annuelles de la société, cotisations et intérêts sont de 79000 francs.

Les indemnités versées aux sociétaires par la caisse centrale se sont élevées, jusqu'ici, au chiffre de 388935 francs.

Le nombre des adhérents nouveaux est de 22.

La Société possède aujourd'hui un siège administratif, 110, rue de Rambuteau. C'est là que nos confrères trouveront tous les renseignements.

(*Voir la suite, p. 393.*)

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale expérimentale et clinique. — (N° 161, 10 mars 1905.) Marquès : Psoriasis rebelle guéri par la radiothérapie. — J. Belot : Les ampoules en radiologie médicale. — Gaiffe : Voiture automobile autonome pour radiographie, radioscopie et télégraphie sans fil en campagne. — Jaime R. Costa : La pratique de la radiographie et de la radiothérapie en Allemagne (*suite*).

Archives de médecine navale. — (N° 1, janv. 1905.) Lacarrière : Etude sur le développement des apprentis à l'entrée et à la sortie de l'école des ouvriers mécaniciens de la marine. — Michel et Defressine : Péritonite par perforation de l'intestin grêle de cause indéterminée. Laparotomie après cinquante-deux heures, guérison. — Duval : Les contre-torpilleurs de l'escadre de la Méditerranée en 1904. — Duville : La station locale du Congo français et du Gabon.

Archives générales de médecine. — (N° 11, 14 mars 1905.) Bruandet et Humbert : De la texture des nerfs. Application à l'anastomose nerveuse.— Lahy. Sur le temps perdu des réactions physiologiques sous l'influence des excitants émotionnels.

(*Voir la suite, p. 394.*)

LE RÉGIME LACTO-FARINEUX

DANS LES

AUTO-INTOXICATIONS INTESTINALES

Par R. MORICHAU-BEAUCHANT,

Professeur suppléant à l'École de médecine de Poitiers.

L'auto-intoxication intestinale, depuis que les travaux de Bouchard lui ont donné droit de cité en pathologie, a fait l'objet de nombreuses études qui nous permettent actuellement d'en bien comprendre le mécanisme et de lui opposer une thérapeutique rationnelle et efficace. Les travaux de Combe (de Lausanne) ont contribué dans une large mesure à assurer ce résultat. Nous avons eu l'occasion dans un cas récent de constater l'efficacité du traitement qu'il préconise; mais avant de relater notre observation nous pensons devoir exposer d'après cet auteur (1) le mécanisme de l'auto-intoxication intestinale et montrer comment le régime lacto-farineux apparaît comme le remède de choix pour combattre cet état pathologique.

L'auto-intoxication intestinale est une conséquence directe de l'intervention des microbes dans les processus digestifs. Le rôle des microbes est des plus importants et on peut dire que, à l'état normal, la digestion par les microbes se superpose à la digestion par les enzymes. Les enzymes transforment les amidons en sucre, émulsionnent les graisses, avec les albumines ils font des albumoses, des peptones, des corps cristallisés. Les microbes jouent le même rôle; il en existe qui transforment les amidons en sucre, d'autres qui émulsionnent les graisses, d'autres enfin donnent avec les albumines des peptones et des corps cristallisés. L'action des microbes dans l'intestin est donc extrêmement utile puisqu'elle vient en aide à la digestion par les enzymes. Pasteur avait supposé que cette intervention microbienne était indispensable et que sans elle la vie ne pourrait se maintenir. Des expériences ingénieuses ont montré que, si dans l'alimentation on supprimait tout apport microbien, les jeunes animaux succombaient ou se développaient beaucoup moins bien que les témoins. On peut donc conclure que les microbes ont un rôle utile incontestable; mais leur action n'est pas sans danger; du fait de leur présence, en effet, le tube digestif, même à l'état normal, est transformé « en un réceptable et en une fabrique constante de poisons », suivant l'expression de Marfan.

Combe étudie avec soin les substances nuisibles qui résultent de l'action des microbes sur les aliments azotés. C'est en effet la putréfaction des aliments azotés qui constitue le grand facteur de l'auto-intoxication.

La digestion microbienne, avons-nous vu, donne naissance aux mêmes corps que la digestion par les enzymes, pepsine et trypsine de l'estomac et de l'intestin. Ce sont des corps non cristallisés, albumoses, peptones, ammoniaque, des corps cristallisés basiques, lysine, arginine, etc., des corps cristallisés acides, leucine, glycocolle, tyrosine, etc. Tous peuvent être utilisés dans l'organisme, tous peuvent se brûler en urée, acide carbonique et eau. Mais la digestion microbienne ne s'arrête pas là dans la décomposition de la molécule albumine; elle donne encore naissance à deux groupes de substances appartenant, l'un à la série grasse, sels ammoniacaux des acides butyrique, caproïque, etc., et à des ptomaïnes, l'autre à la série aromatique, oxyacides aromatiques, phénols, indols. Ces différents corps ne peuvent plus être utilisés par l'organisme, ils ne s'y brûlent pas, ce sont des produits nuisibles dont l'économie doit se débarrasser. Ce sont eux qui résorbés produisent l'auto-intoxication. Ils la produiraient à l'état normal, si l'organisme ne mettait en ligne toute une série de moyens de défense pour les transformer. les détruire, les éliminer. L'épithélium intestinal, la glande hépatique d'abord; les glandes vasculaires sanguines, corps thyroïde, thymus, capsules surrénales ensuite, exercent sur eux leur action antitoxique : enfin les émonctoires et en particulier le rein éliminent ceux qui n'ont été ni transformés ni détruits.

Les conditions dans lesquelles se produira l'auto-intoxication intestinale ressortiront donc à deux groupes de faits. Ou bien les poisons ont été produits en quantité normale, mais par suite d'une insuffisance des organes antitoxiques ou des émonctoires ils n'ont pu être rendus inoffensifs; ou bien, et c'est le cas de beaucoup le plus fréquent, les poisons ont été élaborés en trop grande quantité et les moyens de défense de l'organisme n'ont pu suffire à les annihiler.

Très nombreux sont les états pathologiques qui déterminent une augmentation dans la production des poisons intestinaux; la dyspepsie sous toutes ses formes, la stase des matières dans le tube digestif, estomac ou intestin, le catarrhe aigu ou chronique, l'entéro-colite muco-membraneuse qui mérite une mention toute spéciale.

Comment peut-on reconnaître l'auto-intoxication intestinale? Sans doute, dans la majorité des cas, des désordres spéciaux : vomissements, coliques, diarrhée, mettront sur la voie du diagnostic; mais il faut bien savoir que souvent l'auto-intoxication ne se traduira que par des symptômes à distance, portant sur la nutrition générale, le système nerveux, la peau; comment alors, si les troubles intestinaux sont latents, rapporter les accidents à leur véritable cause!

D'après Combe, l'analyse chimique peut établir le diagnostic de l'auto-intoxication intestinale, par le dosage dans les urines des éléments provenant de la putréfaction intestinale, qui s'éliminent par cette voie. L'idéal serait de pouvoir doser les véritables substances nuisibles, ptomaïnes et toxines; mais aucun procédé chimique ne le permet. Il faut donc se rabattre sur les corps de la série aromatique, corps qui s'éliminent presque exclusivement par les urines et qui, s'ils ne sont pas les vrais éléments toxiques, peuvent du moins servir de mesure à l'intensité de la putréfaction intestinale, puisque leur développement est parallèle à celle-ci. Combe indique les pro-

(1) *Arch. de méd. des enf.*, janv. et fév. 1904.

cédés assez délicats qui permettent d'arriver à ce résultat. En additionnant les milligrammes de substances aromatiques par rapport aux grammes d'urée ou d'azote total, on obtient un coefficient d'auto-intoxication qui peut mesurer celle-ci.

Si l'auto-intoxication intestinale est liée en définitive à la putréfaction des matériaux azotés sous l'influence des microbes, tous les efforts thérapeutiques devront tendre à restreindre le nombre de ces microbes et à diminuer par là même l'intensité de cette putréfaction.

L'antisepsie intestinale est tout à fait insuffisante pour désinfecter l'intestin, tous les auteurs sont à peu près d'accord sur ce point. L'administration de doses même massives d'antiseptiques ne diminue guère le nombre des microbes. Les purgatifs répétés, l'entéroclyse restreignent dans une forte protion la flore microbienne, mais ce ne sont là que des moyens adjuvants et dont l'emploi ne peut être indéfiniment continué.

Pour désinfecter l'intestin, d'après Combe, « il faut arriver à le saturer tout entier d'une substance inoffensive pour l'homme et offensive pour les microbes ou tout au moins qui les paralyse et les empêche de putréfier l'albumine. Cette méthode ne cherche pas à tuer les microbes, à les détruire, mais en modifiant le milieu dans lequel ils vivent, se nourrissent, sécrètent leurs toxines et se reproduisent, en leur coupant les vivres, elle cherche à diminuer leur vitalité, leur activité, leur virulence. » Pour remplir ces conditions, il faut restreindre le plus possible les éléments azotés dans lesquels les microbes de l'intestin puisent leur nourriture, introduire dans l'alimentation une grande quantité d'hydrates de carbone, milieu dans lequel les microbes ne trouveront pas les éléments nécessaires à leur subsistance. La diète lacto-farineuse répondant à ces indications est la véritable alimentation antiputride. L'action antiputride du lait est connue depuis longtemps. Des expériences précises récentes l'ont bien établi. Chez le même individu mis successivement à la diète carnée et à la diète lactée on trouve dans le premier cas trois fois plus de substances aromatiques (L. Winternitz). Le même auteur démontre que de tous les aliments azotés le lait est celui qui résiste le mieux à la putréfaction. Cette résistance de la putréfaction est due uniquement à l'hydrate de carbone qu'il renferme, la lactose, car, si l'on prive le lait de son sucre, la caséine se putréfie avec la même rapidité que les autres substances albuminoïdes. C'est par ses produits de fermentation, acide lactique et acide succinique, que la lactose paralyse en quelque sorte les bacilles protéolytiques. La même action empêchante due aux mêmes acides nés aux dépens de la lactose, se retrouve dans l'alimentation par le képhir et par le fromage frais.

L'action antiputride des hydrates de carbone se manifeste dans les digestions *in vitro* et *in vivo*. *In vitro* l'addition de sucre, de glycérine, de dextrine fait disparaître complètement les substances aromatiques d'une digestion artificielle d'éléments azotés. Mais ce sont surtout les farines de céréales qui, mélangées aux produits azotés et mises à l'étuve, empêchent toute formation de produits aromatiques.

In vivo, en ajoutant des hydrates de carbone aux aliments azotés, on restreint également dans une proportion considérable la production des substances aromatiques. Les farineux, farines de céréales et leurs dérivés, les pâtes alimentaires, l'emportent à ce point de vue sur les autres hydrates de carbone, car ils ne fournissent que peu à peu les acides lactique et succinique.

Les aliments lactés, les aliments farineux ont donc tous les deux une véritable action antiputride, mais l'avantage reste aux farineux. « Les aliments lactés, en effet, contiennent une substance antiputride d'une activité indéniable, la lactose, mais celle-ci est rapidement absorbée dans le trajet intestinal, et la caséine encore indigérée et privée de sa substance antiputride continue à se putréfier au même titre que les autres aliments azotés. » C'est d'ailleurs un fait d'expérience courante que dans certaines entérites aiguës ou chroniques, et en particulier dans l'entéro-colite muco-membraneuse, le lait est très mal supporté par les malades. Il n'en est plus de même des farineux. « Ceux-ci constituent eux-mêmes la substance antiputride ou plutôt ils la contiennent en germe, et ce n'est que peu à peu que les acides lactique et succinique se produisent, à mesure que le bol alimentaire progresse dans le tractus intestinal. Il en résulte que la quantité de substance empêchante, loin de s'épuiser comme le fait la lactose du lait, se reproduit à mesure que la vie bactérienne devient plus intense. En second lieu, les farineux constituent un mauvais milieu nourricier pour les bacilles protéolytiques. Enfin, ils sont admirablement supportés dans toutes les affections du gros intestin, lieu d'action prépondérante de la putréfaction azotée dans l'intestin. »

Il faut donc associer au lait les farineux, qui en corrigent en quelque sorte les inconvénients et le font beaucoup mieux supporter et digérer. Combe a montré que pour pouvoir saturer tout l'intestin de substances empêchantes, il faut donner à chaque repas où l'albumine est ingérée environ cinq fois son volume de farineux : le résultat sera meilleur si on augmente le nombre des repas.

Si le régime lacto-farineux constitue en quelque sorte le régime idéal pour combattre les putréfactions intestinales, on peut en atténuer la rigueur en donnant dans les cas moins graves la ration azotée sous forme de viande, mais celle-ci sera toujours ingérée avec cinq fois son poids de farineux.

Il nous a été donné de constater par nous-même les bons effets du régime préconisé par Combe chez un malade présentant de l'auto-intoxication intestinale d'une façon non douteuse, croyons-nous, bien que le diagnostic chimique n'en ait pas été établi.

Il s'agissait d'un jeune homme de vingt-sept ans, qui avait un passé intestinal très chargé. A l'âge de dix-huit ans, il avait eu une crise d'entérocolite avec douleurs violentes, coliques, épreintes, émission de glaires. Cette crise dura un mois et se reproduisit à la même époque et avec les mêmes caractères pendant les trois années qui suivirent.

En 1893, pendant la convalescence d'une grippe, il présenta

des troubles du côté de l'estomac et de l'intestin : inappétence, douleurs abdominales, constipation rebelle. A partir de cette époque et jusqu'en 1898 il eut, à plusieurs reprises, des crises douloureuses abdominales survenant sous l'influence de la fatigue physique et sans que le moindre écart de régime pût être incriminé. Les douleurs, très violentes, étaient généralisées à tout l'abdomen, s'accompagnaient de diarrhée fétide et quelquefois de vomissements. Ces crises provoquaient en général une élévation marquée de la température. Elles duraient un jour ou deux, revenaient à intervalles irréguliers. Depuis 1898, ces crises ont disparu. Néanmoins, l'état intestinal restait peu satisfaisant, la constipation était habituelle, entrecoupée de poussées diarrhéiques avec fièvre quelquefois. Le 23 février 1903, nous le voyons pour la première fois : il était alité depuis un mois à la suite d'une grippe légère dont les manifestations thoraciques avaient rapidement guéri. Nous nous trouvons en présence d'un malade amaigri, au teint pâle. Il attire notre attention sur l'existence d'un léger mouvement fébrile, dont il ne peut, dit-il, arriver à se débarrasser. Il nous montre une courbe fébrile oscillant entre 37°8 et 37°3, température axillaire. Le malade nous affirme — ce que nous avons pu constater d'ailleurs après — que sa température normale oscille entre 36°9 et 37°3, et que dans les circonstances actuelles il s'aperçoit très bien qu'il a la fièvre. Cette fièvre atteint son maximum vers quatre heures de l'après-midi et disparaît dans la soirée. Elle s'accompagne de sueurs assez intenses pour l'obliger quefquefois à changer de linge. La langue est saburrale, l'inappétence presque complète, le malade s'alimente avec 1 litre de lait seulement. Il se plaint de douleurs dans le ventre sans localisation bien précise ; il sent son estomac clapoter longtemps après avoir ingéré son lait. L'examen objectif montre que l'estomac n'atteint pas l'ombilic. Le creux épigastrique est très sensible à la pression. La grosse tubérosité de l'estomac fournit un tympanisme marqué au niveau de l'espace de Traube. L'abdomen est ballonné. On sent à la palpation le gros intestin sauf le côlon transverse, cette palpation est douloureuse et fait percevoir surtout au niveau du cæcum une sorte de gargouillement. Le malade va à la garde-robe tous les matins vers six heures, il est réveillé par des épreintes, un impérieux besoin d'aller à la selle. En l'espace d'une heure il a deux ou trois petites selles solides, mais pas très bien moulées; assez souvent il a remarqué la présence de glaires. Rien à signaler du côté du foie ni de la rate. Aucun trouble du côté de l'appareil respiratoire ni du cœur. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine. Le rein n'est pas ptosé. Le malade est un nerveux et présente actuellement une asthénie physique et psychique très manifeste.

Nous rapportons la plus grande partie des symptômes constatés chez notre malade, et en particulier l'état subfébrile qu'il présente, à une auto-intoxication prenant sa source au niveau de l'intestin, du gros intestin en particulier, ainsi que le démontre l'examen objectif. Nous prescrivons des grands lavages avec de l'eau naphtolée à 1 p. 1000, une purgation avec 50 centigrammes de calomel, un cachet de 40 centigrammes de cryogénine. Comme régime, lait et œufs. Sous l'influence de cette médication, la température revient à la normale dès le lendemain. Une amélioration manifeste se produisit dans l'état des fonctions digestives. Les grands lavages ramenèrent avec les matières des glaires et des membranes.

L'alimentation fut alors augmentée, au lait, aux œufs on ajouta par doses progressives 200 grammes de viande crue; le malade mangeait en outre un peu de volaille rotie, des purées de légumes. L'état général s'améliora assez vite, le malade qui était resté confiné au lit jusque-là put se lever, circuler dans sa maison, faire quelques promenades au dehors. L'état des fonctions digestives n'était cependant pas très satisfaisant. Plusieurs heures après les repas, le malade avait souvent des coliques. Le ventre était fréquemment ballonné et à la palpation on retrouvait au niveau du cæcum et du côlon descendant de la douleur et du gargouillement. A plusieurs reprises le malade eut de la diarrhée. La constipation était la règle et les grands lavages ramenaient parfois des glaires en quantité notable. Il présenta également plusieurs fois un petit mouvement subfébrile avec les caractères déjà indiqués. Nous prescrivîmes alors le régime lacto-farineux sans toutefois supprimer complètement la viande de l'alimentation. A sept heures du matin le malade prit une phosphatine au lait; à onze heures un potage épais à l'eau et aux pâtes, deux jaunes d'œuf, volaille ou cervelle, une purée de légumes, au dessert des gâteaux secs; à six heures, même menu, mais le potage à l'eau était remplacé par un potage au lait. La quantité de lait ingéré était d'environ un litre par jour. De plus le malade s'astreignit à ne pas boire en mangeant, mais seulement entre les repas. C'est là une méthode préconisée par Combe. Cet auteur affirme en effet que la séparation des repas solides et des repas liquides diminue d'une façon notable les fermentations intestinales.

Sous l'influence d'un pareil régime l'état des fonctions digestives se modifia de la façon la plus heureuse, les malaises après les repas disparurent. Les selles ne présentèrent plus de glaires et ne furent plus accompagnées d'épreintes. On ne perçut plus de gargouillement au niveau du gros intestin. Il n'y eut plus de poussées fébriles ni de diarrhée. Les grands lavages purent être supprimés. Depuis sept mois le malade suit le même régime et il affirme ne s'être jamais aussi bien trouvé au point de vue de son intestin. Signalons un traitement qu'il fit à Saugeon à l'établissement du docteur Dubois en juillet et en août. Le traitement consista en douches quotidiennes, injections sous-cutanées d'arseniate de strychnine, électrisation de l'intestin par le courant de Wateville. Il revint très amélioré au point de vue de l'état général, de son état nerveux en particulier. Les séances d'électrothérapie eurent aussi une influence heureuse sur la régularité des selles, régularité qui s'est maintenue depuis. Les selles sont quotidiennes, moulées et ne présentent plus de glaires.

Nous pensons que cette observation vient à l'appui de la méthode recommandée par Combe dans des cas analogues, et qu'elle démontre les bons effets du régime lacto-farineux dans l'auto-intoxication intestinale, en particulier lorsque celle-ci ressortit à l'entéro-colite muco-membraneuse.

FORMULAIRE

CONTRE LES CREVASSES DES MAINS

Salol	2 grammes.
Menthol	1 —
Huile d'olives	2 —
Lanoline	50 —

(Steffen.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 13 MARS 1905)

Sur l'antidote de la nicotine. — M. ZALACKAS. On a considéré longtemps que l'antidote de la nicotine était la strychnine : il résulte des expériences faites par M. Zalackas, sur les cobayes et sur les lapins, que l'antagonisme entre la strychnine et la nicotine est nul; avec l'ésérine l'antagonisme est plus marqué.

Mais il est un autre antidote de la nicotine qui rend de grands services dans les cas des psychoses nicotiniques; c'est le *Nasturtium officinale*, appartenant à la famille des crucifères; ce dernier est très riche en azote et surtout en iode et fer; il est encore plus riche lorsqu'il croît près des sources iodées ou ferrugineuses.

Il est démontré que la nicotine produit l'anoxémie, indirectement il est vrai; par conséquent il faut quelque chose pour vivifier les globules.

Les expériences de M. Zalackas, sur le lapin, lui permettent d'affirmer que le nasturtium officinale joue bien ce rôle et est l'antidote par excellence de la nicotine à la condition que son suc soit injecté à temps.

Autres communications :

De l'abaissement de la pression artérielle au-dessous de la normale par la d'arsonvalisation, par MM. A. MOUTIER et CHALLAMEL.

Modification du spectre de méthémoglobine sous l'action du fluorure de sodium, par MM. J. VILLE et E. DERRIEN.

Stérilité et alopécie chez des cobayes soumis antérieurement à l'influence d'extraits ovariens de grenouille, par M. G. LOISEL.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 17 MARS 1905)

Péritonite typhoïdique sans perforation. — MM. COURTOIS-SUFFIT et BEAUFUMÉ présentent une observation intéressante au double point de vue de la théorie et de la pratique. Il s'agit d'un jeune homme de dix-huit ans qui entra à l'hôpital Dubois le 3 février dernier avec tous les signes d'une fièvre typhoïde. Le séro-diagnostic fut positif. Cette fièvre typhoïde évolua normalement jusqu'au vingt-et-unième jour. Ce jour-là, le malade, n'ayant dans la journée présenté aucun symptôme anormal, fut pris exactement à onze heures et demie du soir, de tous les signes classiques d'une perforation de l'intestin. Le lendemain, le docteur Albarran jugea que la laparotomie s'imposait. L'opération fut pratiquée de suite. Au lieu de se trouver en présence d'une péritonite aiguë récente, ainsi que les signes cliniques auraient pu le faire supposer, on s'aperçut que les lésions du péritoine étaient de date relativement ancienne et dataient peut-être de trois ou quatre jours. Nulle part il n'existait la moindre trace de perforation, ni sur l'intestin grêle, ni sur le gros intestin, ni sur l'appendice. Le malade mourut le jour de l'opération à trois heures de l'après-midi. L'autopsie vint confirmer ce que l'opération avait déjà fait constater, à savoir l'absence absolue de toute perforation.

Théoriquement cette observation montre que la péritonite au cours de la fièvre thyphoïde peut exister sans perforation et que l'ancienne péritonite, dite par propagation, n'est peut-être pas aussi rare qu'on l'affirme. Beaucoup d'auteurs, en effet, et parmi les plus autorisés dans les livres les plus recommandables, affirment que la péritonite par propagation n'existe pas, et même, *qu'elle ne peut exister*. En présence des faits où cependant elle semble indéniable, ces auteurs invoquent une théorie d'après laquelle il se ferait alors une infection typhique péritonéale indépendante de l'infection eberthienne intestinale, le péritoine pouvant être infecté pour son propre compte.

Il semble que, hypothèse pour hypothèse, l'ancienne théorie dite de la « propagation » a au moins autant de raisons d'être exacte que la théorie de l'infection simultanée et indépendante du péritoine et de l'intestin.

Pratiquement, l'observation actuelle démontre qu'une péritonite généralisée, intense, peut évoluer pendant plusieurs jours sans attirer l'attention par aucun signe clinique, le malade n'étant ni dans le coma, ni même dans la stupeur, et se déclarer à une heure bien précise par le cortège symptomatique très dramatique des péritonites par perforation. A cause de cela ce fait doit prendre place dans le chapitre à peine entr'ouvert à l'heure actuelle des fausses perforations dans la fièvre typhoïde.

Les pierres de la rate. — M. Henri DUFOUR, à l'autopsie d'un malade qui était en traitement pour de la bronchite chronique et de l'emphysème et présentait d'anciennes lésions de nature tuberculeuse, a trouvé des lésions de la rate assez particulières.

Cet organe, qui n'était pas augmenté de volume, présentait en certains points de son parenchyme des nodosités dures facilement énucléables. On peut encore en voir une incluse dans la portion de l'organe qu'il a apportée, et M. Dufour montre cinq autres tumeurs sphériques ou légèrement bosselées qu'il a extraites en différents endroits. Elles sont grosses comme des noyaux de cerise, entourées d'une membrane très épaisse. Leur intérieur est constitué par des sels de chaux. Ce sont de véritables pierres en tout semblables à celles du poumon.

Le foie ne contenait qu'une ou deux de ces concrétions mais extrêmement petites.

L'auteur est porté à croire qu'il s'agit là d'une dégénérescence calcaire, probablement tuberculeuse, se présentant sous un aspect que, pour sa part, il n'a jamais rencontré dans cet organe.

Traitement de l'arthrite aiguë blennorragique du genou par les injections intra-articulaires de sublimé. — M. L. GALLIARD. L'arthrite blennorragique aiguë est traitée généralement pas l'immobilisation absolue, et, lorsque la suppuration est manifeste, par l'arthrotomie. C'est pour éviter l'arthrotomie que M. Galliard conseille la ponction suivie de l'injection intra-articulaire ou mieux du lavage de l'article à l'aide de la solution de sublimé à 1 p. 4 000.

Le liquide séro-purulent ou purulent ayant été extrait soit par aspiration soit par expression, il injecte le contenu de la seringue de Roux, c'est-à-dire 20 centimètres cubes, puis il vide, autant que possible, la jointure. La manœuvre est renouvelée plusieurs fois si le liquide n'a pas tendance à devenir limpide. Il se contente ensuite de placer le membre dans un appareil ouaté sans immobilisation rigoureuse.

Si la distension douloureuse se reproduit au bout de quelques jours, l'opération est renouvelée. Il ne l'a jamais faite plus de trois fois chez le même sujet. Dès que le liquide est résorbé, massage et mobilisation.

Au point de vue du pronostic et de la durée du traitement l'auteur divise ses observations en deux groupes :

1° « Celui des arthrites aiguës blennorragiques du genou que précède, accompagne ou suit le rhumatisme poly-articulaire, aigu ou subaigu. C'est le groupe des cas relativement bénins. Ici la durée totale de la cure a varié de quatre semaines à deux mois.

2° Celui des monoarthrites aiguës blennorragiques ; groupe des cas graves. La durée totale de la cure n'a pas été inférieure à deux mois. Elle dépassera quatre mois pour une malade qui vient de quitter mon service et dont l'indocilité m'a empêché d'instituer le traitement mécanique convenable.

Dans aucun cas je ne déclare la cure terminée si les malades conservent de la raideur articulaire. Or j'estime qu'en se gardant de l'immobilisation trop prolongée on peut toujours éviter cette raideur.

Le premier effet de mon traitement, c'est la suppression de la douleur. On voit ensuite, quelquefois après une ascension passagère du tracé thermique, tomber la fièvre.

D'ailleurs la fièvre n'existe pas toujours. Donc l'indication première c'est la *distension douloureuse* du genou.

Quant aux indications fournies ultérieurement par l'examen du liquide (séro-purulent ou purulent), elles ont leur importance. Dans les arthrites à *streptocoques*, à *staphylocoques*, à *pneumocoques*, l'arthrotomie est difficile à éviter. C'est seulement dans l'arthrite aiguë *blennorragique* que je préconise la ponction suivie de lavage au sublimé. »

Traitement de la syphilis héréditaire par le « mercurium cum creta ». — M. Variot. Le mercurium cum creta, ou poudre grise, est un vieux médicament français qui figure dans la pharmacopée. Les Anglais en ont fait le médicament de choix dans la syphilis héréditaire. La raison de cette préférence est que ce médicament a, outre son action spécifique, un heureux effet dans la gastro-entérite. M. Variot le donne à la dose de 3 centigrammes ou même de 1 centimètre cube et demi. Jeté dans le biberon, il est pris facilement par le nouveau-né. Ce médicament doit donc rentrer dans l'arsenal thérapeutique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 18 mars 1905)

Sensibilisatrice spécifique dans le sérum des malades atteints de dysenterie bacillaire. — Continuant ses recherches sur la sensibilisatrice dysentérique, M. Dopter a pu la déceler par la réaction de fixation de Bordet, dans le sérum de malades atteints de dysenterie bacillaire. Voici les remarques qui ont pu être faites :

1° Cette substance existe dans le sérum des sujets présentant une atteinte grave ou moyenne, elle n'existe dans les formes bénignes que si ces dernières sont prolongées ;

2° La sensibilisatrice existe au même titre et au même taux dans un même sérum pour les bacilles du type dit de Schiga et ceux du type Flexner ;

3° Elle apparaît dans les cas graves et moyens vers le cinquième ou sixième jour de la maladie ; elle persiste dans la convalescence ;

4° Elle est indépendante du pouvoir agglutinant du sérum qui la contient ;

5° Elle est absente dans le sérum de malades atteints de dysenterie amibienne, ce qui achève d'individualiser cette variété de dysenterie.

Non-identité du bacille fusiforme et du spirillum sputigenum. — Certains auteurs ont émis l'hypothèse que le bacille fusiforme, agent pathogène de la pourriture d'hôpital et de l'angine de Vincent, était le même microbe que le spirillum sputigenum.

M. Vincent démontre que le bacille fusiforme ne prend jamais la forme spiralée, ni dans les exsudats, ni dans les cultures. La comparaison des deux microbes met, d'ailleurs, en évidence d'autres différences fondamentales. Les dimensions sont de 6 à 10 μ pour le bacille fusiforme, avec une largeur de 1 μ à 1 μ 5 ; elles sont de 1 à 2 μ pour le spirillum sputigenum avec une largeur de 0 μ 40. Le bacille fusiforme a un aspect semblable à un fuseau ou un losange allongé, et son protoplasma offre très souvent des vacuoles irrégulières, comme s'il était troué. Le spirillum sputigenum est, au contraire, *identique*, comme forme, comme aspect, comme dimension, comme mobilité, comme caractères de coloration, au vibrion du choléra (Miller, Lewis, Van Ermengem, Macé, C. Flügge, etc.). C'est un bacille en virgule (Miller), ayant, lorsqu'il s'allonge, l'aspect d'une spire à tours nombreux. Le bacille fusiforme est cultivable, le spirillum sputigenum ne l'est pas. Le premier est peu mobile dans les exsudats, immobile dans les cultures. Le second a une mobilité très vive, etc. Rien ne permet donc d'identifier ces deux microorganismes.

Sur quelques effets du radium. — M. J. Renhs revient sur quelques particularités du rétablissement de la sensibilité, telle qu'il l'a observé, sous l'influence du rayonnement du radium, dans les anesthésies du tabes et de la lèpre.

Il indique l'inactivité complète du rayonnement et de l'émanation vis-à-vis du virus rabique (expériences faites avec M. Viala), et l'innocuité des injections de liquide physiologique fortement radio-activé, tant dans les veines que par toute autre voie, même intra-cérébrale, pratiquées sur le lapin.

De même l'application de 30 milligrammes de bromure de radium pur, sur le cerveau d'un lapin, à travers une large trépanation, n'entraîne aucun trouble appréciable, ni proche ni lointain.

A propos du typhus récurrent en Tunisie. — M. Lafforgue a déjà montré l'existence méconnue jusqu'alors du typhus récurrent en Tunisie. A l'aide de nouvelles observations ajoutées aux précédentes il peut conclure que la fièvre récurrente est une maladie bien implantée actuellement en Tunisie. Jusqu'ici, seuls les indigènes en paraissent atteints ; sa gravité peut être grande. La courbe thermométrique affecte souvent une allure des plus irrégulières, très différente de celle décrite par les classiques. L'examen du sang reste dès lors le seul criterium du diagnostic.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de l'alcoolisme (1), par les docteurs H. Triboulet, médecin des hôpitaux ; Félix Mathieu, médecin de l'assistance à domicile ; Roger Mignot, ancien chef de clinique, médecin des asiles ; préface de M. le professeur Joffroy.

La question de l'alcoolisme est une de celles qui préoccupent tout le monde, aussi bien à l'étranger qu'en France. Dans les grands pays d'Europe, et aux Etats-Unis d'Amérique où la santé physique, morale et financière de tant de milliers d'êtres humains se trouve gravement compromise par l'usage

(1) In-8°. Prix : francs. — Paris, Masson et Cie.

inconsidéré de l'alcool, des hommes instruits, des cœurs généreux, ont, depuis près de cinquante ans, assumé la tâche ingrate d'endoctriner la foule ignorante, et ont pu grouper autour d'eux de nombreuses bonnes volontés en faveur de la lutte antialcoolique.

D'où vient que le public, jusqu'à ce jour, ne s'est que vaguement intéressé de loin à cette campagne, et ne s'est pour ainsi dire en rien laissé gagner par la conviction de ceux qui le voudraient convertir? C'est que les arguments invoqués ont en général un caractère de parti pris; et trop souvent, il faut le reconnaître, des allures dogmatiques, qui, loin de convaincre, laissent auditeurs et lecteurs incrédules ou sceptiques.

L'alcoolisme est un sujet de biologie et de pathologie; ce sujet doit être étudié à l'aide de faits scientifiques et cliniques. Pour les médecins, éducateurs désignés en matière d'antialcoolisme, pour les hommes instruits que préoccupe cette même question, à tant de titres, une série de faits positifs et précis appuie mieux une conviction que tous les considérants et que toutes les déductions d'ordre moral. Pour mettre en valeur les faits innombrables qui ont enrichi depuis cinquante ans l'histoire de l'alcoolisme, il fallait un *Traité de l'alcoolisme*. Voilà ce qu'ont compris les docteurs Triboulet, Mathieu et Mignot, et voilà ce qu'ils ont tenté de réaliser dans leur ouvrage récent.

L'alcool est une puissance moderne, industrielle, commerciale et fiscale, dont le docteur Mathieu montre au lecteur, documents en main, la genèse, l'extension, les variétés. Ces documents se composent de statistiques officielles dont l'aridité se trouve atténuée par l'exposé historique fort instructif par des détails de fabrication très intéressants et par des aperçus qui ressortissent à la science toxicologique.

Ce qui concerne l'étude physiologique et pathologique de l'alcoolisme a été exposé, pour ce qui a trait à la médecine générale, par le docteur Triboulet. Le texte anatomo-pathologique et les descriptions symptomatologiques trop générales et trop sèches qui pouvaient répondre au caractère un peu sévère d'un « traité », ont été, pour ainsi dire, illustrées de données de clinique courante, d'observations prises par l'auteur lui-même, ou par ses collègues, dans les milieux hospitaliers et dans les centres urbains comme dans les milieux ruraux. L'auteur n'a pas craint de développer un peu longuement le chapitre capital des rapports de la tuberculose et de l'alcoolisme, rapports dans lesquels, pour lui, le rôle de l'alcoolisme est nettement celui-ci : l'alcool achève les faibles; il prépare les forts aux atteintes du bacille de Koch par la double voie de la déchéance nutritive (gastro-hépatisme) et de la *déchéance nerveuse*.

La part terrible de l'alcool dans la neuropathologie contemporaine, a été exposée par M. le docteur Mignot qui a pu soumettre sa riche documentation bibliographique au contrôle de ses connaissances personnelles spéciales, comme ancien chef de clinique des maladies mentales à la Faculté et comme médecin des asiles de la Seine.

Les conclusions des auteurs, intitulées : *Esquisse d'un système de prophylaxie,* aboutissent à une « sélection » parmi les moyens innombrables qu'on a de tous côtés préconisés contre l'alcoolisme : A. *Action législative* : 1° des taxes et des dégrèvements judicieusement combinés, doivent aboutir à ceci : « que les ressources venant de l'alcool soient employées à réparer et à prévenir les méfaits de l'alcool; » 2° suppression du privilège des bouilleurs de cru; 3° limitation du nombre des débits, des heures de vente; 4° interdiction du débit des boissons spiritueuses dans les casernes, dans les édifices publics, etc.; 5° interdiction aux sociétés de secours mutuels d'avoir leur siège dans les cabarets; 6° législation de l'internement des buveurs. — B. *Prophylaxie administrative* (enseignement, école, armée) : subvention aux sociétés et aux œuvres de tempérance; amélioration de l'habitation ouvrière. — C. Tous les modes de l'action privée (industriels, commerçants, médecins, prêtres, etc.).

Comme l'indique bien M. le professeur Joffroy dans sa remarquable préface, la véritable œuvre antialcoolique, c'est de bien connaître le mal pour pouvoir espérer qu'on lui opposera un remède efficace. Ainsi que les auteurs, M. Joffroy pense que « le dernier mot doit rester aux hygiénistes » et c'est au nom de l'hygiène qu'on pourra s'élever contre de fâcheuses interprétations sur le sens de la lutte contre l'alcoolisme, telle cette conception du monopole qui « envisagé, soit par le coté social, soit par le côté économique, apparaît comme une mauvaise action et comme une mauvaise affaire ».

L. GAYARD.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

ANÉMIE DE LA PÉRIODE PRÉTUBERCULEUSE

Trousseau a le premier montré les inconvénients et les dangers du fer dans la période prétuberculeuse; il provoque des poussées congestives pulmonaires qui souvent amènent les premières hémoptysies.

Les malades présentent cependant des états anémiques dangereux qu'il est nécessaire de combattre. Dujardin-Beaumetz a jadis professé l'importance de l'hémoglobine dans ces cas; c'est un fer vitalisé, qui s'assimile directement.

Récemment d'intéressantes expériences ont été faites à l'hôpital Boucicaut, dans le service du Dr Letulle, qui a pu, sans suralimentation, faire gagner jusqu'à 3 et 4 kilogr. par mois à des tuberculeux et modifier très favorablement l'état d'anémie, rien que par l'usage de l'hémoglobine employée sous forme de sirop préparé spécialement par Deschiens.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 27 MARS AU 1er AARIL 1905)

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 27 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Retterer, Cunéo et Pierre Duval.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Teissier et Desgrez.

1er (oral), *Salle Richet* : MM. Segond, Sébileau et Rieffel.

2e, *Salle Dubois* : MM. Gautier, Gley et Branca; — M. Broca (André), suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Delens et Mauclaire; — (2e série) : MM. Reclus, Broca (Aug.) et Gosset; — (2e partie) : MM. Hayem, Legry et Claude; — M. Proust, suppléant.

Mardi 28 mars, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Thiéry et Rieffel.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique,* épreuve pratique : MM. Cornil, Guiart et Maillard.

1er (oral), *Salle Pasteur* : MM. Poirier, Launois et Auvray.

3e (2e partie, oral, 1re série) : MM. Hutinel, Gouget et Bezançon; — (2e série) : MM. G. Ballet, Thiroloix et Dupré.

4e : MM. Raymond, Gilbert et Langlois; — M. Vaquez, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Le Dentu, Schwartz et Marion; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Hartmann et Morestin; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Renon et Carnot; — M. Méry, suppléant.

Mercredi 29 mars, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Sébileau et Rieffel.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique* : MM. Gautier, Déjerine et Claude.

1er (oral), *Salle Pasteur* : MM. Terrier, Cunéo et Branca.

2e : MM Gariel, Ch. Richet et Retterer.

3e (1re partie, oral) : MM. Tuffier, Wallich et Pierre Duval; — (2e partie) : MM. Brissaud, Legry et Labbé (Marcel).

4e (1re série) : MM. Pouchet, Gaucher et Macaigne; — (2e série) : MM. Landouzy, Gley et Balthazard; — M. Desgrez, suppléant.

Vendredi 31 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Terrier, Sébileau et Cunéo.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Pouchet, Gaucher et Labbé (Marcel).

1er (oral), *Salle Thouret* : MM. Brissaud, Retterer et Rieffel.

3e (2e partie, oral) : MM. Landouzy, Dejerine et Teissier; — M. Balthazard, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Delens et Legueu; — (2e série) : MM. Tuffier, Broca (Aug.) et Gosset; — M. Proust, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Wallich et Potocki; — M. Pierre Duval, suppléant.

Samedi 1er avril, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. de Lapersonne, Poirier et Launois.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gilbert, Bezançon et Richaud.

1er (oral), *Salle Béclard* : MM. Berger, Thiéry et Marion; — M. Langlois suppléant.

5e (chirurgie, 2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Achard et Renon; — (2e série) : MM. Hutinel, Thiroloix et Gouget; — (3e série) : MM. Troisier, Méry et Jeanselme; — M. Dupré, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Bar, Bonnaire et Brindeau; — M. Maillard, suppléant.

THÈSES

Mardi 28 mars 1905. — M. Legourd. Les accidents consécutifs aux injections mercurielles dans la syphilis. (MM. Joffroy, président; Budin, Jeanselme et Brindeau.) — M. Leyboff. Contribution à l'étude de l'hygiène de la grossesse. (MM. Budin, président; Joffroy, Jeanselme et Brindeau.)

Mercredi 29 mars 1905. — M. Marais de Beauchamp. Étude sur les cestodes des sélaciens. (MM. Blanchard, président; Segond, Legueu et Guiart.) — M. Joly. Contribution à l'étude de l'urétrotomie interne. Urétrotome mensurateur de M. Bazy. (MM. Segond, président; Blanchard, Legueu et Guiart.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(suite)

Guerre. — *Tableaux d'avancement.* — Corps de santé militaire. — *Pour le grade de médecin principal de première classe.* — MM. les médecins principaux de deuxième classe Reverchon, Pouchet, Bruant, Quivogne, Robert, Ravenez, Morer, Radouan, Gross, Mignon et Pauzat.

Pour le grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Jarry, Villedary, Berthier, Lacronique, Perrin (A.-G.-M.), Troché, Stoupy, Pierron, de Casabianca, Boucher, Warneche, Renaut, Godet, Petit (A.-L.), Reboud, Vilmain et Follenfant.

Pour le grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Bardot, Augias, Delaborde, Barthélemy, Gary, Mendès-Bonito, Provendier, Janot, Sturel, Lejeune, de Vernejoul, Deumié, Millière, Viguier, Moingeard, Friant, de Schuttelaere, Chabrut, Braün, Georges, Toubert et Jacob.

Pour le grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Sousselier, Grenier de Cardenal, Chaudoye, Ga dit Gentil, Bouchart, Debève, Leguelinel de Lignerolles, Uzac, Blot, Vorbe, Mercier, Blondeau, Jullien (L.-L.), Thouzellier, Courvoisier, Fabre, Moulin, Rouchaud, Delbru, Janot, Dauthuile, Trille, Lahaussois, de Furst, Pelegrin, Morvan, Spick, Picqué, Tellier et Boulin.

Corps de santé des troupes coloniales. — *Pour le grade de médecin principal de première classe.* — MM. les médecins principaux de deuxième classe Collomb, André dit Duvignaud et Gouzien.

Pour le grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Birolleau, Roques, Métin, Camail, Le Guen et Piron.

Pour le grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Poumayrac, Cognacq, Houillon, Blin, Pélissier, Cambours-Mouflet et Chabaneix.

Pour le grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Robert (V.-J.-B.), Noc, Bernard (N.-P.-J.-L.), Ribot, Gallet de Santerre, Pouthiou-Lavielle, Couvy, Brochard, Decorse, Roubaud, Montel et Sorel.

Société de médecine légale. — MM. Courtois-Suffit, Mauclaire et Antheaume viennent d'être élus membres titulaires de la Société de médecine légale.

La Société internationale de la tuberculose, dont le but est d'étudier les mesures les plus efficaces de préservation et les moyens de guérison de la tuberculose, a tenu le 14 mars à la mairie du IXe arrondissement son assemblée générale. Après un discours du docteur Samuel Bernheim, qui a exposé nettement l'état actuel de la question, la Société a nommé son bureau pour 1905-1906. Président : M. le professeur Lancereaux; vice-présidents, MM. Huchard, Richelot, et S. Bernheim (de Paris); MM. les professeurs Von Schrötter (de Vienne), Hermann Weber (de Londres), de Lancaster (de Lisbonne); secrétaires généraux : MM. les docteurs Georges Petit et comte Ivan Tolniewski (de Londres); trésoriers : MM. les docteurs Papillon et Garnier; archiviste : M. le docteur Ruau.

Hopital Beaujon. — Des conférences et exercices pratiques sur la technique et les applications cliniques des chimismes respiratoire, gastrique et urinaire, seront faites au laboratoire municipal de thérapeutique à l'hôpital Beaujon sous la direction de M. Albert Robin, par MM. Maurice Binet et Bournigault à partir du 27 mars à dix heures.

Prix d'inscription total : 100 francs, pour chaque série de conférences : 50 francs. On s'inscrit au laboratoire de neuf à onze heures.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Paul Garnier (médecin en chef du dépôt), et Paris (de Bègles).

SUITE DES SOMMAIRES

Bulletin médical. — (N° 20, 15 mars 1905.) SOUPAULT et BINET : Observations sur le traitement alcalin dans les affections de l'estomac. — (N° 21, 18 mars.) H. BOUSQUET : Luxation de l'épaule gauche, rupture de l'axillaire et de plusieurs vaisseaux de l'aisselle. Hémorragie. Ligature des vaisseaux lésés. Mort.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLII, n° 8, 23 fév. 1905.) Myles STANDISH : Les efforts oculaires comme cause fonctionnelle dans les maladies nerveuses. — Allen GREENWOOD : Les efforts oculaires comme un facteur de retard dans les études des enfants. — Henry W. KILBURN : Les efforts oculaires considérés comme une cause de déviation latérale du rachis. — Henry H. HASKELL : Les efforts oculaires et les phénomènes réflexes d'origine nasale. — Edwin E. JACK : Dans quels cas on doit suspecter les efforts oculaires. — Fred. M. SPALDING : Difficultés suscitées par le choix des verres. — (N° 9, 2 mars.) James G. MUMFORD : Certaines formes des maladies des conduits biliaires. — M. P. SMITHWICK : Importance de tenir compte de la ptose des autres organes dans le traitement de la ptose du rein. — William H. SMITH : Traitement du ptosis des organes abdominaux par les ceintures abdominales. — F. G. BALCH et J. R. TORBERT. Les résultats actuels du traitement opératoire dans la ptose des organes abdominaux au Massachussets general Hospital. — James S. STONE : Rétraction cicatricielle de la main, transplantation d'un lambeau abdominal, guérison (avec 3 fig.).

Écho médical du Nord. — (N° 11, 12 mars 1905.) FOLET : Fibro-myxome du sinus maxillaire.

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 22, 19 fév. 1905.) C. GARIBALDI et F. MARIANI : L'activité électrique du corps humain. — Nicolo MARINI : Considérations sur la pathogénie de l'athéromasie produite par l'adrénaline et de l'athérome en général. — Virgilio MAGGIONI : Quelques notes sur les infections gastro-entériques des nourrissons. — Oreste BROGLIO : Sur l'étiologie de la maladie de Little. — Aldo CERNAZZI : Contribution à l'étude des hernies vésicales diverticulaires. — Giuseppe COJOZZO : Appareil de contention pour les luxations habituelles de l'épaule. — Giovanni GENNARI : Un cas de métrorragie interne. — Francesco GIRARDI : L'albargine. — (N° 25, 26 fév.) Prof. M. BOSSI : Une nouvelle méthode de sérothérapie de la syphilis. — Nicolino FEDERICI : Les rapports entre la chloronarcose et l'élimination de l'azote uréique. — Emilio PITTARELLI : Inexactitude de la méthode de Freund pour la détermination de l'acide sulfurique. — Giovanni MORELLI : Evolution épidémique et polymorphe d'une infection à caractères staphylococciques et streptococciques. — Giuseppe CAMPANELLA : L'iode dans la typhoïde. — Adriano GIANNELLI : La crise du tétanos. — (N° 28, 5 mars.) Francesco GALDI : Contribution clinique à la pathogénie vasomotrice de l'asthme bronchique. — C. GUYOT : Observations sur les réactions de la crase sanguine au cours d'une entérite dysentérique chronique. — M. CECI : Un cas de tuberculose très grave traitée par l'hémo-antitoxine. — Raoul HAHN : Les applications des courants de haute fréquence dans l'ozène.

Journal de médecine de Bruxelles. — (N° 11, 16 mars 1905.) A. MARIQUE : La mortalité infantile et les œuvres qui la combattent. — NOORDENS : Un cas d'appendicite actinomycosique avec métastases pleuro-pariétales.

Médecine moderne. — (N° 10, 8 mars 1905.) KIRMISSON : Les décollements épiphysaires.

Montpellier médical. — (N° 10, 5 mars 1905.) VIRES : Des épilepsies auto-toxiques et diathésiques.

Presse médicale. — (N° 21, 15 mars 1905.) E. FUSTER : La lutte contre l'ankylostomiase en Allemagne. — (N° 22, 18 mars) JACQUET et RONDEAU : Le vernix caseosa. L'hérédo-séborrhée et l'acné fœtales. — F. TERRIEN : De l'atrophie optique tabétique.

Policlinico. — (Fév. 1905.) *Section chirurgicale.* — Paolo FIORI : Calculose et rétrécissements multiples de l'uretère ; uretérotomie et urétéro-hétéroplastie étendue. — R. DALLA VEDOVA : La genèse de l'exostosis bursata. — Francesco RANDONE : L'élimination de la bile chez l'homme après ingestion de substances protéiques et grasses. — Mario DONATI : Encore au sujet de la pathogénie de l'ulcère gastrique. — R. DALLA VEDOVA : Encore au sujet de la pathogénie de l'ulcère gastrique. — (Mars 1905.) *Section médicale.* — Prof. Achille DI GIOVANNI : Leçon d'ouverture du cours de clinique médicale générale. Epilogue de vingt-cinq années d'enseignement clinique à l'Université de Padoue. — Goffredo MARI : La vitalité des globules blancs du sang. Nouvelles méthodes d'étude. Premières recherches. Déductions relatives à l'hypo et à l'hyperleucocytose dans les infections. — Nicola PENDE : Production expérimentale de concrétions dans les conduits pancréatiques. Contribution à la pathogénie de la pancréolithiase. — Francesco GALDI et Giulio APPIANI : Sur la présence constante, la quantité et l'origine de l'acide urique dans les fèces de l'homme normal. — Giovanni GALLI : La nature et la genèse des cellules intestinales déformées.

Riforma medica. — (N° 6, 11 fév. 1905.) Oreste CIGNOZZI : L'intervention chirurgicale dans les cirrhoses du foie avec ascite. — Giulio TAROZZI : La biologie de certains germes anaérobies et un moyen facile de les cultiver. — Papinio PENNATO : Maladie de Parkinson post-infectieuse et familiale. — (N° 7, 18 fév.) Carlo FEDELI : Un cas d'hémiplégie chez un pneumonique. — Torindo SILVESTRI : Les effets de l'extirpation du pancréas. — Oreste CIGNOZZI : L'intervention chirurgicale dans les cirrhoses du foie avec ascite (*suite*). — G. TAROZZI : La biologie de certains germes anaérobies et un moyen facile de les cultiver (*suite*). — (N° 8, 25 fév.) E. TEDESCHI : Un cas de septicémie diplococcique. — F. SICURIANI : Un cas d'anomalie congénitale du cœur. — Carlo FEDELI. Un cas d'hémiplégie chez un pneumonique. — O. CIGNOZZI : L'intervention dans les cirrhoses du foie avec ascite (*fin*). — Giulio TAROZZI : La biologie de certains germes anaérobies et un moyen facile de les cultiver (*fin*). — (N° 9, 4 mars.) R. CARLINI : Un cas de résection du foie pour néoplasme. — P. CASCIANI : Influence des solutions chlorurées-sodiques naturelles hypotoniques sur la sécrétion de l'estomac. — Carlo GENNARI : Etude sur l'action de la strychnine comme cardio-kinétique. — F. SICURIANI : Un cas d'anomalie congénitale du cœur.

Semaine gynécologique. — (N° 10, 7 mars 1905.) PICHEVIN : Tuberculose des organes génitaux internes. Abcès froid provenant d'un ganglion inguinal. — (N° 11, 14 mars.) PICHEVIN : Avortement criminel.

Therapie der Gegenwart. — (Mars 1905, 3e fasc.) QUENSTEDT. Action des préparations salicylées sur le rein. — R. GRUNBAUM. Technique des ligatures provoquant l'hyperhémie par stase dans la cure des pseudarthroses, etc. — G. HAAS. L'eumydrin, succédané de l'atropine dans le traitement des maladies de l'estomac et de l'intestin. — A. ALEXANDER. Sur l'emploi du vioform dans le pemphigus. — KORNFELD. Contribution au traitement des affections gonococciques.

Tribune médicale. — (N° 10, 11 mars 1905.) JEANSELME : Les teignes et leur traitement (*suite*).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Etude de Me ALBERT MIAUX, avoué à la Rochelle, rue de l'Escale, nos 8 et 10.

Vente aux enchères, au tribunal civil de la Rochelle, le mercredi 29 mars 1905, à midi, en 3 lots, d'un Etablissement connu sous le nom

d'Établissement médical de Chatelaillon

ET DE DEUX TERRAINS

Le tout sis à Chatelaillon-les-Bains (Charente-Inférieure).

Total des mises à prix... 10000 francs.

Frais de poursuites en déduction.



Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Importance pathologique et opératoire de la gouttière latéro-sus-condylienne du fémur (avec 11 fig.), par M. L. Chevrier.
MÉDECINE PRATIQUE
Le traitement du hoquet.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine.
ANALYSES
Médecine : Traitement radiothérapique de la leucémie; — Contribution à l'étude du traitement de la leucémie myéloïde par les rayons Röntgen; — La vaccination antituberculeuse; — *Obstétrique :* Rupture spontanée de l'utérus pendant la grossesse à travers la cicatrice d'une opération césarienne antérieure.
ACADÉMIE DE MÉDECINE
Les récompenses du service de la vaccine.
NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)
Symphyse cardiaque (causes, signes et diagnostic).
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de médecine.* — *Admissibilité.* — Epreuve clinique. — Séance du 20 mars 1905 : MM. Coyon et Laignel-Lavastine, 20; Merklen, 19.

Séance du 21 mars. — MM. Ramond et Lortat-Jacob, 20; Castaigne, 19.

Concours de l'Internat. — Oral. — Séance du 20 mars 1905 : MM. Lévy-Valensi, 13 + 22 = 35; — Martin, 15 + 22 = 37; — Bodolec, 16 + 24 = 40; — Brin, 16 + 21 = 37; — Grandchamp, 16 + 22 = 38; — Gimbert, 17 + 24 = 41; — Guggenheim, 15 + 19 = 34; — Brulé, 16 + 22 = 38.

Question donnée : « Nerf médian depuis le pli du coude jusqu'à sa terminaison; — Des hémorragies intestinales dans la fièvre typhoïde. »

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — M. P. Strauss a été élu président, en remplacement du docteur Théophile Roussel. MM. Sabran, président du conseil général des hospices de Lyon, et le docteur Thulié, ancien président du Conseil municipal de Paris, ont été réélus vice-présidents.

Au cours de cette session, le conseil supérieur de l'Assistance publique examinera les questions suivantes :

Organisation de l'assistance médicale aux aliénés curables (le docteur Briand, rapporteur).

Fixation du nombre des médecins dans les asiles publics d'aliénés (le docteur Bourneville, rapporteur).

Réglementation du personnel de l'inspection de l'Assistance publique (M. Brueyre, rapporteur).

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT. — La séance mensuelle de la Société de l'Internat aura lieu le jeudi 23 mars, à quatre heures et demie, 12, rue de Seine, dans les locaux de la Société de chirurgie.

Le banquet amical aura lieu sous la présidence de M. Vaquez.

A LA MÉMOIRE DE FINSEN. — On nous communique l'appel suivant :

La sympathie générale que la mort de Niels Finsen a provoquée à l'étranger, fait espérer au Comité danois, qui vient d'ouvrir une souscription pour l'érection d'un monument à la mémoire de Niels Finsen et pour la constitution d'un fonds qui sera affecté, conformément à ses désirs, à des œuvres scientifiques et humanitaires, que les nations civilisées consentiront volontiers à donner leurs contributions, d'autant plus que Niels Finsen a travaillé dans l'intérêt de toute l'humanité, avec empressement il a reçu des malades étrangers dans son Institut, il a considéré comme un honneur et un devoir de donner aux médecins étrangers la meilleure occasion possible d'étudier le traitement de la lumière créé par lui.

Le secrétaire du Comité français est le docteur Leredde, 31, rue de la Boétie, Paris.

Cet appel est signé du professeur Jœrgensen, président, et du docteur Jacobœus, secrétaire.

Le Comité français est composé de MM. le professeur Bouchard, président, d'Arsonval et Becquerel, membres de l'Institut, Besnier, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis, Beclerc, Brocq, médecins des hôpitaux, docteur Carron de la Carrière, Hallopeau, médecin de l'hôpital Saint-Louis, Landouzy, professeur à la Faculté de médecine, Lonnelongue, membre de l'Institut.

Docteur Léon Petit, Lortet, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Lyon, Albert Robin, de l'Académie de médecine, Roux, directeur de l'Institut Pasteur, docteur Leredde, secrétaire.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Frison (d'Alger) et Louis d'Astros (d'Aix-en-Provence).

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 11, 12 mars 1905.) SABRAZÈS et DESQUEYROUX : Mouvements athétoïdes stéréotypés des doigts associés à la parole chez un tabétique. — DUBREUILH et CLÉJAT : Ulcus rodens juvénile.

Gynécologie. — (N° 1, 1905.) DOLÉRIS : De la bartholinite et de son traitement. — DURANTE et PICQUÉ : Epithélioma ecto-placentaire ou déciduome malin. — RICHELOT : Sur le traitement de la métrite cervicale. — DOLÉRIS et CHARTIER : La rachistovaïnisation en gynécologie.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 11, 12 mars 1905.) ROCHER : A propos du kyste salivaire parotidien.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (N° 5, 10 mars 1905.) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : Phénomènes physiologiques et cliniques qui doivent être d'importance capitale pour la chloroformisation. Différences entre les animaux et l'homme. Chloroformes impurs non reconnus. Evolution des phénomènes et des accidents. Inexistence de la zone maniable.

Journal des praticiens. — (N° 10, 11 mars. 1905.) BROCA : Appendicite à gauche. E. TERRIEN : Traitement de la gastro-entérite chronique (réglementation des repas, soins complémentaires). — (N° 11, 18 mars.) L. RENON : Le traitement précoce de la tuberculose pulmonaire chronique (*fin*).

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 9, 3 mars 1905.) REDIER : Sur un nouveau procédé d'inclusion à la celloïdine. — VÉRONDART : Un service imprévu rendu par la radiographie. — (N° 10, 11 mars.) DELOBEL : Paralysies laryngées d'origine centrale.

Lyon médical. — (N° 11, 12 mars 1905.) R. LÉPINE : Sur le poids de quelques organes chez les diabétiques. — JABOULAY : La gastrostomie dans certaines formes de péritonite. — CLÉMENT : Myélites par toxines tuberculeuses.

Marseille médical. — (N° 5, 1er mars 1905.) RISS : Symphyséotomie pour excès de volume de la tête fœtale. — GAUNET : Infection sanguine à forme de fièvre intermittente. — VALLETTE et CONDO DI SATRIANO : Un cas de hernie diaphragmatique chez un nouveau-né.

Pédiâtrie pratique. — (N° 6, 15 mars 1905.) A. JOSIAS : Fièvre typhoïde à début péritonitique.

IMPORTANCE PATHOLOGIQUE ET OPÉRATOIRE

DE LA

GOUTTIÈRE LATÉRO-SUS-CONDYLIENNE DU FÉMUR

Par L. CHEVRIER,
Prosecteur des hôpitaux de Paris.

Il existe sur les faces cutanées des condyles du fémur une gouttière qui suit le bord du cartilage du condyle proprement dit, puis de la trochlée, le séparant de la partie saillante ou tubérosité du condyle; c'est la gouttière que j'ai nommée latéro-sus-condylienne.

Dans sa partie postérieure, cette gouttière est profonde et est depuis longtemps représentée : elle répond sur le condyle externe à la fossette qui donne insertion au muscle poplité, sur le condyle interne à une rigole sise au-dessous de la fossette d'insertion du ligament latéral interne et du tubercule d'attache du grand adducteur.



FIG. 1. — *Extrémité inférieure du fémur.*

Sa partie antérieure n'était point signalée avant ma thèse. Elle existe cependant quoique moins profonde. On la voit quand on regarde le condyle à jour frisant. Sa limite postérieure est indiquée par une petite crête que j'ai décrite. Cette crête part en haut d'une saillie toujours nette, sur tous les fémurs, qui borde de chaque côté le creux sus-trochléaire; c'est le tubercule sus trochléaire, interne ou externe suivant le côté. De ces tubercules qu'on voit sur tous les os secs, part une petite crête, la rampe capsulaire. Elle se porte en arrière et en bas, et vient se perdre sur la tubérosité du condyle. Cette rampe capsulaire est un accident sur le versant antérieur de la face cutanée des condyles. Cet accident est plus apparent sur le condyle externe assez plat que sur le condyle interne beaucoup plus saillant. On peut le mettre en évidence sur des coupes, mais il importe de ne pas faire des coupes horizontales analogues à la figure 6 ou aux schémas de ma thèse qui sont des calques de coupes semblables.

En considérant un fémur de profil (fig. 2 ou 3) il est facile de voir qu'une coupe horizontale en AB intéressant la trochlée, croisera très obliquement et la gouttière et la rampe qui la limite en arrière : de ce fait, saillie et creux seront émoussés, et perdront de leur netteté. Il faut que la coupe soit perpendi-

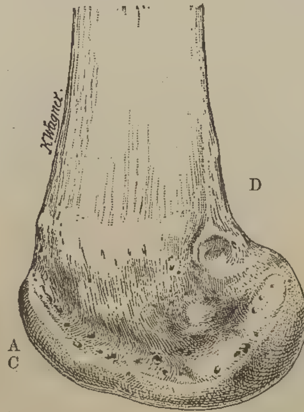


FIG. 2. — *Profil externe.*



FIG. 3. — *Profil interne.*

culaire à la rampe et à la gouttière pour les mettre en valeur (CD). On voit alors nettement (fig. 4) les deux gouttières latéro-sus-condyliennes et les deux rampes capsulaires. La rampe interne fait toujours une saillie moins nette que la rampe externe : la gouttière externe est plus profonde étant limitée d'une part par une rampe plus marquée et le bord externe de la trochlée plus saillant. Le bord interne

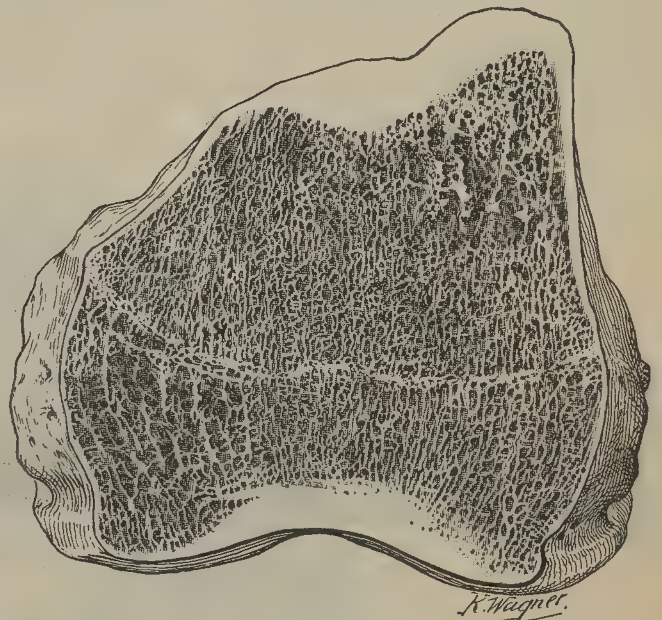


FIG. 4.

de la trochlée plus mousse et une rampe mal accusée bordent mal la gouttière interne; celle-ci est d'ailleurs plus large : plus large et moins profonde elle a toutes raisons de paraître plus indécise que l'externe. Au niveau de ces gouttières, l'os est criblé de nombreux orifices vasculaires.

La rampe capsulaire n'existe pas toujours sur l'os sec, et la gouttière latéro-sus-condylienne n'existe dès lors plus dans toute son étendue. Elle continue cependant à être une réalité sur des os frais revêtus

de leur manchon articulaire, de par les insertions de la capsule.

La capsule s'insère toujours assez loin du rebord cartilagineux. Cette insertion se fait à une distance de 8 à 12 millimètres du cartilage; elle ne vient point affleurer celui-ci, même au voisinage de la trochlée, elle en reste toujours à une bonne distance sur le condyle. Le fond de la gouttière ou de la bande intra-articulaire de la face cutanée des condyles est revêtue de la synoviale réfléchie au niveau de l'insertion de la capsule. Au-dessous de la synoviale rampent de nombreux vaisseaux, qui disparaissent par les orifices signalés sur l'os sec.

Cette gouttière latéro-sus-condylienne est importante dans les luxations de la rotule et j'y ai insisté le premier. Dans une certaine variété de luxation (transversale de Berger, ou frontale externe), la rotule est transportée en masse et déborde de toute sa largeur le condyle externe. J'ai soutenu dans ma thèse, que l'irréductibilité était causée par l'enclavement du bord externe de la rotule dans la gouttière latéro-sus-condylienne : seul Herbert Mayo avait soupçonné cette cause de l'irréductibilité (1828). J'ai essayé de démontrer que cette luxation frontale externe était en quelque sorte la luxation basale.

Qu'autour de la charnière formée par l'engrènement du bord de la rotule dans la gouttière latéro-sus-condylienne, la rotule tourne sous l'influence d'une cause traumatisante secondaire ou d'un mouvement de flexion de la jambe, et diverses autres variétés de luxations pourront se produire (externe complète, frontale inversante, externe renversée, renversement de dehors en dedans, verticale externe). Cette théorie, qui simplifie beaucoup l'étude des luxations de la rotule, est basée sur quelques faits de production ou de réduction en deux temps de luxations rotuliennes; elle repose tout entière sur la charnière formée par l'engrènement du bord interne de la rotule dans la gouttière latéro-sus-condylienne. Or de cet engrènement, je n'ai donné aucune preuve palpable.

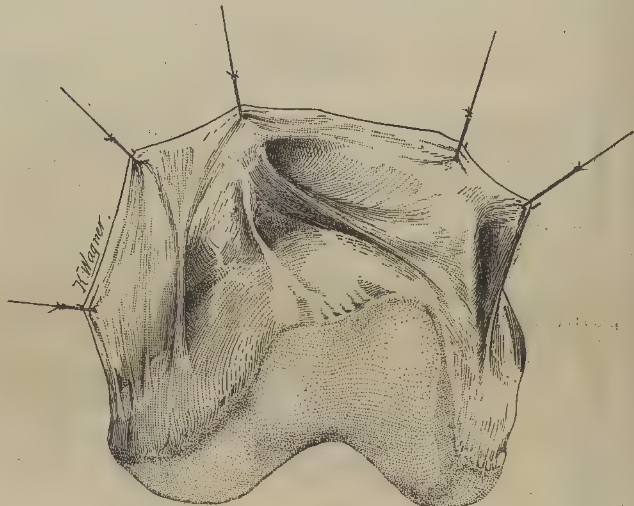


Fig. 5. — *Capsule fémorale genou gauche.*

Les luxations expérimentales que j'ai vu produire et faire dessiner ont été disséquées pour l'étude anatomique des lésions. Depuis, j'ai pu en produire une autre, de la variété frontale externe (luxation basale). Je l'ai fait congeler et en ai fait une coupe (fig. 6). C'est un document nouveau et de première valeur que j'apporte à l'appui de ma théorie. La rotule par

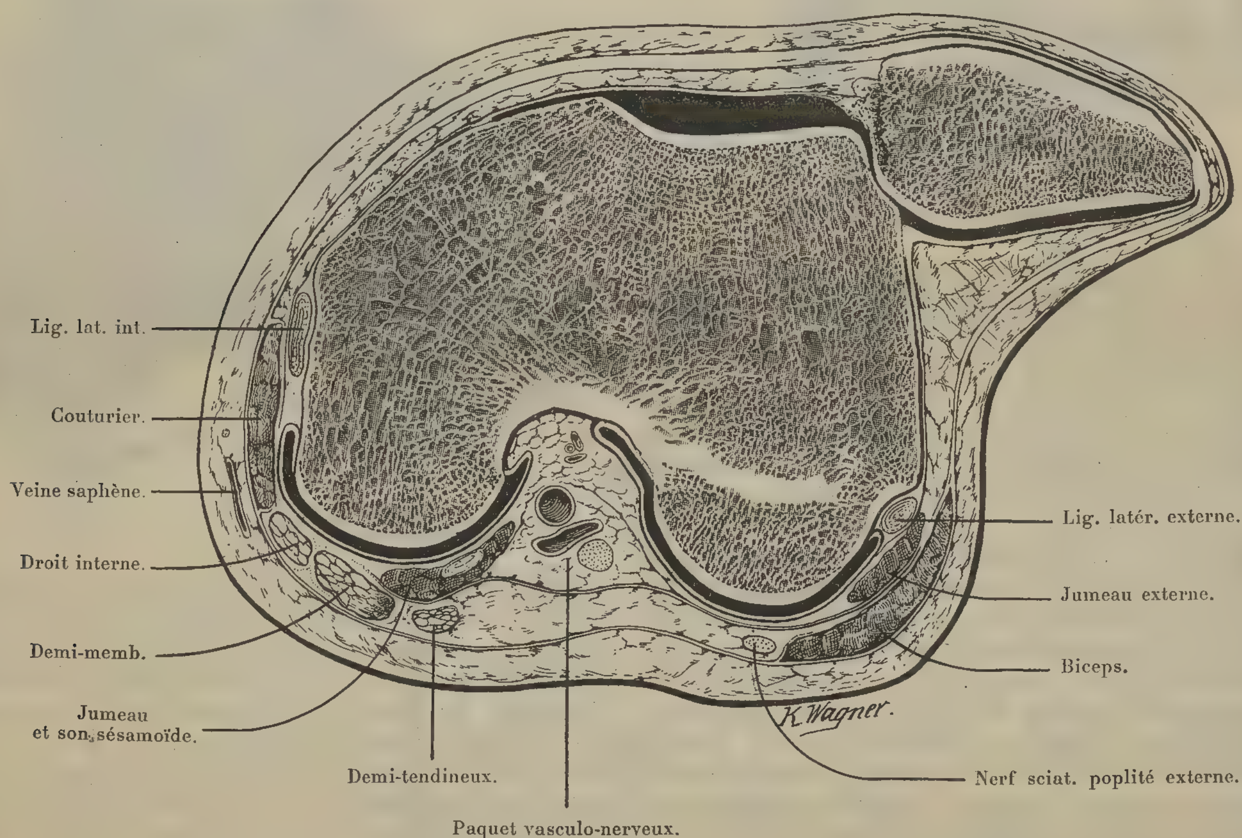


Fig. 6. — *Coupe sur sujet congelé d'une luxation frontale externe expérimentale.*

une partie de son bord interne et sa troisième facette articulaire prend contact avec la gouttière latéro-sus-condylienne; la pression de la rotule a même déprimé le tissu osseux à ce niveau rendant l'engrènement plus intime et la réduction plus difficile.

La gouttière qu'on voit n'est pas normale, jamais sur une coupe horizontale des condyles je n'en ai trouvé une aussi marquée. Il y a donc bien emboîtement réciproque, charnière, et même adaptation pathologique (1).

Cette luxation a été produite sans le secours d'aucun instrument et sans aucune lésion cutanée, comme celles figurées dans ma thèse. Par un aide vigoureux j'ai pu faire amener la rotule en dehors du condyle, j'ai accentué les lésions et rendu le déplacement permanent par une légère flexion de la jambe. Cette flexion s'est accompagnée d'un craquement. Après avoir fait dessiner la coupe congelée, j'ai examiné le genou au point de vue anatomo-pathologique et ai constaté les lésions que j'ai décrites dans cette luxation, arrachement parcellaire du bord interne de la rotule par l'aileron rotulien interne; pas de lésion en dehors.

Cette nouvelle luxation expérimentale confirme absolument ce que j'ai dit de cette variété, comme mécanisme et comme lésions.

L'importance opératoire de la gouttière latéro-sus-condylienne apparaît dans la désarticulation du genou. Elle est de première utilité pour couper rapidement, sûrement, complètement, uniquement la capsule à son insertion fémorale. Cependant nos meilleures médecines opératoires ne mentionnent point le parti qu'on en peut tirer. Farabeuf lui-même se contente de dire : « Sans désemparer, poussez le couteau sur la lèvre gauche et le rebord cartilagineux du condyle qui la prolonge en arrière, rebord qui apparaît dans la plaie et que vous suivez de l'œil pour le suivre du tranchant et divisez dessus la capsule et le ligament latéral; suivez ainsi en poussant le couteau jusqu'en arrière. » Toute l'opération se fait pour lui, « la jambe étant modérément fléchie. »

Dans ce procédé, le couteau et la main droite qui le tient, sont mobiles, la jambe et la main gauche qui la soutient restent fixes. Dans la technique que je défends, basée sur l'utilisation de la gouttière latéro-sus-condylienne, la main droite et le couteau restent en place, presque passifs, c'est la jambe mue par la main gauche qui est mobile et active.

Voici comment je procède. On me pardonnera d'être moins concis que Farabeuf : j'ai plus à faire que de donner la substance d'un procédé, je dois en expliquer toutes les manœuvres.

Après avoir relevé la peau du lambeau antérieur ou de l'ellipse cutanée, je mets la jambe en flexion et en adduction légère. Je sectionne le ligament rotulien et les plans fibreux articulaires antérieurs en tenant le couteau *horizontal*, tranchant en avant vers le sujet, dos en arrière, vers moi. Le couteau n'est pas orienté pour cette section dans la figure 7.

Étant donnée la direction du membre du sujet, à mesure que, tranchant les tissus, je pousse le couteau ainsi tenu, il tend à passer derrière la rotule, et c'est ce qu'il doit faire, allant chercher les condyles, le plus haut possible. La figure 8 montre bien, sur le membre mis en rectitude, le trajet ascendant de la section antérieure.

Quand il a trouvé le contact des condyles, le couteau se met perpendiculaire à l'os (comme sur la figure 7) et mord de la pointe sur les tissus fibreux de la face cutanée du condyle qui est à ma gauche (condyle externe pour la jambe droite, interne pour la jambe gauche).

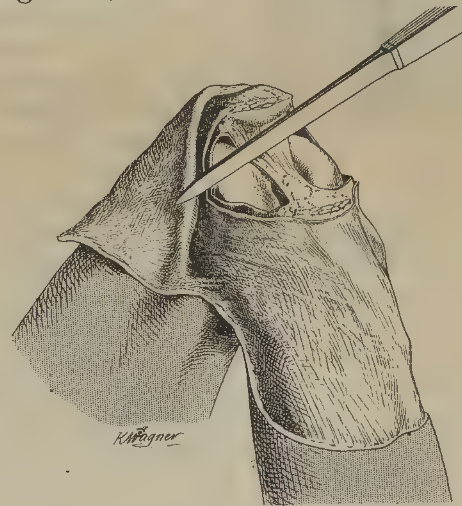


Fig. 7.

Puis tirant le couteau, je vais mordre avec le talon puis la pointe du couteau sur les tissus fibreux de la face cutanée du condyle qui est à ma droite.

Ce temps de section sur les faces cutanées des condyles est essentiel, il permet de voir entre les lèvres de la section la gouttière latéro-sus-condylienne.



Fig. 8.

Posons un instant le couteau et examinons ce que nous donnent divers mouvements du genou.

Dans la demi-flexion, nous voyons un peu cette gouttière (fig. 7). Dans l'extension (fig. 8), les deux lèvres de section se rapprochent et la gouttière ne peut plus que se deviner.

Mais dans la flexion extrême? Dans la flexion extrême, l'articulation s'ouvre largement. Les tissus fibreux qui revêtent les faces cutanées des condyles (aponévrose, capsule, ligaments latéraux) se plissent, s'affaissent, se luxent en arrière. On voit se porter

(1) Je ne veux pas parler de la lame de tissu compact figurée dans le condyle externe, dont je signalerai l'existence et la raison d'être à la Société anatomique.

en bas et en arrière la commissure de la section fibreuse latérale précédemment faite (fig. 9), entre les deux lèvres capsulaires largement écartées au point d'être dans le prolongement l'une de l'autre, toute l'extrémité articulaire du fémur fait saillie, longée sur la face cutanée du condyle par la gouttière latéro-sus-condyienne, au delà de laquelle s'insère la capsule.

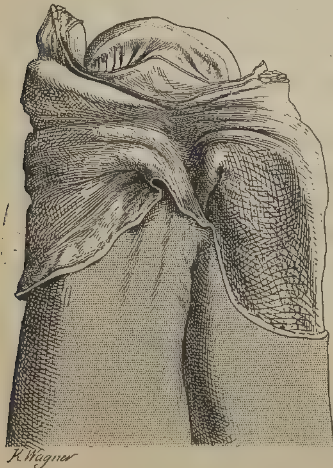


Fig. 9.

Ramenons la jambe en extension, nous verrons peu à peu rentrer le fémur pendant que les deux lèvres fibreuses supérieure et inférieure, qui se continuaient tout à l'heure, ferment peu à peu l'angle dièdre qui les sépare, et finissent par arriver au contact. Quand je dis que les deux lèvres se rapprochent, j'ai tort, car la lèvre fibreuse supérieure est inactive et fixe, c'est la lèvre inférieure qui s'est éloignée et qui se rapproche d'elle. A mesure que, dans l'extension, le tibia roule sur le fémur immobile, les tissus fibreux montent peu à peu sur la face cutanée du condyle naguère à découvert et cachent progressivement le fémur et la gouttière latéro-sus-condylienne (regarder successivement fig. 9, 7, 8).

Recommençons le mouvement (8, 7, 9) : dans la flexion les tissus fibreux tombent comme un voile et démasquent la gouttière; dans l'extension le voile monte activement, irrésistiblement. Rien n'est facile comme de sectionner cette nappe fibreuse. Je reprends l'opération.

Après avoir achevé la section transversale sur les condyles, je fais de la flexion extrême, amenant le mollet au contact de la cuisse; sur le condyle qui est à ma gauche (condyle externe pour jambe droite, interne jambe gauche) tenant le couteau pointe basse, le coude très élevé, j'appuie la partie moyenne du tranchant dans la portion la plus postérieure de la gouttière latéro-sus-condylienne. Je me contente d'imprimer au couteau les petits mouvements de scie sur place, pendant que ma main gauche fait l'extension de la jambe; grâce au mouvement imprimé à la jambe, les tissus fibreux latéro-articulaires et le ligament latéral viendront se guillotiner d'eux-mêmes sur le couteau (fig. 10). A la condition d'avoir été bien mis dans la partie postérieure de la gouttière, le couteau n'a pas à avancer pour couper le ligament latéral qui est très postérieur. Mais si le couteau n'a pas à avancer, il faut du moins qu'il ne recule pas, c'est dire que ma main droite suit passivement le condyle du fémur que l'aide laisse s'abaisser au moment où ma main gauche amène la jambe en extension.

Le couteau reste donc en place sur le condyle, simplement animé sur place de petits mouvements de scie pour faciliter l'auto-section des tissus fibreux que l'extension pousse entre le tranchant et le billot que forme le fond de la gouttière latéro-sus-condylienne.

Il importe de mettre le tranchant et non la pointe du couteau dans la partie postérieure de la gouttière, parce que la pointe piquerait dans les tissus fibreux au moment de leur ascension, et qu'une partie échapperait ainsi à la section.

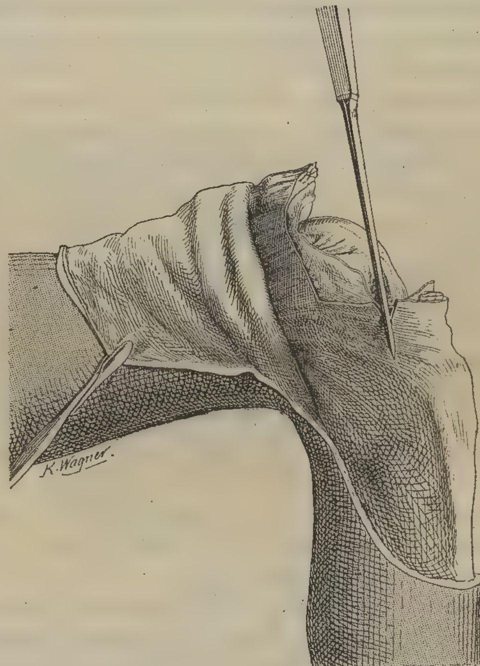


Fig. 10.

Je fais le même mouvement sur le condyle qui est à ma droite, mais je tiens le couteau pointe haute, coude au sol et je place le talon du couteau dans la partie la plus inférieure de la gouttière. Le mouvement est le même et je n'y reviens pas. La désarticulation se poursuit dès lors comme il est dit dans les classiques.



Fig. 11.

La manœuvre que j'indique permet de couper la

capsule et les ligaments latéraux sûrement, complètement, uniquement, rapidement; sûrement, le couteau restant en place dans une gouttière qui l'empêche de dévier, aucune échappée n'est possible; complètement, le fémur fait billot et rien ne saurait être épargné de ce qui s'engage entre le tranchant et lui; uniquement, les ménisques sont au-dessous, et le couteau ne peut les léser (fig. 11); rapidement, un seul mouvement de flexion suffit pour achever la section de tous les tissus fibreux latéro-articulaires.

MÉDECINE PRATIQUE

LE TRAITEMENT DU HOQUET

Le hoquet est un phénomène dont il n'est pas toujours facile de trouver la cause et qu'il peut être malaisé de guérir.

M. Albert Robin, dans une de ses leçons de clinique thérapeutique de la Pitié (1), relatait le cas d'un homme qui avait dû être hospitalisé trois fois pour ce motif.

Comme ce sujet était un névropathe, les antispasmodiques furent employés; ils exagérèrent plutôt le spasme.

Mais cet homme était aussi un dyspeptique hypersthénique avec hyperchlorhydrie, comme le confirmèrent l'interrogatoire, l'examen stomacal et ultérieurement l'analyse du contenu gastrique qui fut trouvé nettement hyperacide. Or, on sait que le hoquet peut se montrer chez de tels malades, non que cet état dyspeptique en soit la cause fondamentale, mais plutôt la cause sollicitante surtout chez un névropathe.

Cela étant, l'indication thérapeutique fonctionnelle était d'agir sur le trouble gastrique en diminuant les réflexes qu'il provoquait, le hoquet en l'espèce.

M. Robin y arriva par l'emploi de la solution ci-après, administrée quatre fois par jour, soit toutes les quatre heures, à la dose de V gouttes chaque fois :

Picrotoxine	0g05 centigr.
Alcool pour dissoudre	Q. s.
Chlorhydrate de morphine	0g05 centigr.
Sulfate neutre d'atropine	0g01 —
Ergotine Yvon	1 gramme.
Eau de laurier-cerise	12 —

et par l'usage de la poudre ainsi composée :

Magnésie hydratée		1g50
Bicarbonate de soude / Lactose	*āā*	1 gramme.
Codéine		un centigramme.
Craie préparée / Sous-nitrate de bismuth	*āā*	0g80

Pour un paquet à prendre délayé dans un peu d'eau toutes les fois que survenait une sensation gastrique douloureuse quelconque.

En deux jours de ce traitement, aidé de l'alimentation spéciale conseillée aux hypersthéniques, le hoquet disparut et la sortie était demandée.

Mais ce malade, qui s'était mis aussitôt à travailler et qui n'avait pas continué à soigner son estomac, était bientôt repris de son hoquet. La sollicitation gastrique ne fut pas longue à revenir sous l'influence de l'hypersthénie.

Le traitement ci-dessus fut repris ainsi que le régime des hypersthéniques. Les gouttes de la mixture à la picrotoxine, progressivement portées de XX à XXX par jour, amenèrent cette fois au bout de trois jours une guérison absolue.

Ce fait démontre l'action sollicitante que peut exercer l'hypersthénie dans la production des phénomènes névropathiques et l'utilité qu'il y a, pour guérir le hoquet et éviter son retour, à traiter cet état dyspeptique causal.

(1) *Bull. gén. de thérap.*, n° 9, 8 mars 1905.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 21 MARS 1905)

M. Fournier devait clore la discussion sur la **paralysie générale et la syphilis.** Comme il a dû remettre sa réponse à la séance prochaine, nous l'attendrons pour résumer la discussion.

Greffe thyroïdienne. — M. LANNELONGUE présente, au nom de MM. les docteurs Gauthier et Kummer (de Genève), une note sur les bons effets de la greffe thyroïdienne chez un enfant arriéré.

C'est en 1890 que pour la première fois M. Lannelongue a greffé chez un enfant crétin et myxœdémateux le corps thyroïde d'un mouton. Depuis cette époque de nombreuses greffes ont été pratiquées et les expériences de Cristiani ont fait voir qu'il était préférable de choisir l'homme comme porte-greffe. L'enfant âgé de trois ans, opéré par MM. Gauthier et Kummer, a été très amélioré, physiquement au moins, en l'espace de huit à dix mois. Ces auteurs ont pris quatre fragments de la thyroïde d'une jeune fille goitreuse et les ont greffés sur leur petit malade.

Ankylostome. — M. CALMETTE (de Lille) rend compte d'expériences qu'il a entreprises sur l'injection faite à de jeunes chiens de larves d'ankylostome. On retrouve, dans ces cas, des œufs d'ankylostome dans les matières fécales.

Mais l'ankylostome de l'homme n'infecte pas le chien quand il est introduit par les voies digestives. L'infection a lieu quand l'ankylostome est introduit par la voie sous-cutanée. La conclusion à tirer de ces faits est que l'injection par l'ankylostome se fait beaucoup plus par la peau que par la bouche.

Les maladies endémiques, épidémiques et contagieuses dans les colonies françaises en 1903 ont fait l'objet d'un rapport de M. KERMORGANT.

Parmi les maladies communes à la métropole et aux colonies, la fièvre typhoïde a de plus en plus tendance à s'implanter aux colonies, tandis que la variole diminue partout où fonctionne régulièrement le service de la vaccine.

Parmi les maladies spéciales aux colonies, le béri-béri est surtout fréquent en Cochinchine.

Le choléra dans l'Inde et en Indo-Chine a fait plus de victimes que d'habitude parmi les Européens.

La dysenterie signalée partout a notamment pris un caractère grave à Saïgon.

La fièvre jaune et la peste ont fait quelques apparitions.

A signaler la lèpre qui prend dans certaines colonies une extension dont il y a lieu de s'inquiéter.

Le paludisme enfin reste comme toujours notre grand ennemi à combattre.

L'Académie a procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire.

M. Cadiot a été élu par 71 voix sur 75 votants.

ANALYSES

MÉDECINE

Traitement radiothérapique de la leucémie. (Albert Herz. *Wien. klin. Wochens.*, 23 fév. 1905, n° 8, p. 191.) — **Contribution à l'étude du traitement de la leucémie myéloïde par les rayons Röntgen.** (Karl Schleip et Wilhelm Hildebrandt. *Münch. med. Wochens.*, 28 fév. 1905, n° 9, p. 396.) — Herz rapporte un cas de leucémie lymphatique traité par les rayons Röntgen; le malade mourut au cours du traitement d'une pneumonie. Le traitement avait peu agi sur les globules rouges, dont le nombre était resté stationnaire. Par contre, le nombre des globules blancs était tombé de 496000 à 100000, en même temps que l'état général s'était amélioré et qu'on notait une diminution de volume de la rate et des ganglions lymphatiques.

L'observation de Schleip et Hildebrandt concerne une femme atteinte de leucémie myéloïde. Le traitement a déterminé chez elle une légère augmentation des globules rouges; le nombre des globules blancs est tombé jusqu'ici de 320000 à 28600. La rate, énorme au début, a notablement diminué. Point particulier, la malade qui, avant le traitement, n'avait jamais eu de fièvre, a présenté sous l'influence des rayons Röntgen de véritables accès fébriles intermittents; les auteurs considèrent ce phénomène comme l'indice d'une réaction favorable de l'organisme. Cette observation contient en outre l'étude détaillée des oscillations leucocytaires sous l'influence des séances de radiothérapie.

A. LEMIERRE.

La vaccination antituberculeuse. (M. Heymans. *Procès-verb. Acad. roy. de méd. de Belgique,* 31 déc. 1904.) — L'inhalation ou l'ingestion de bacilles tuberculeux virulents provoque en quelques semaines l'infection chez un sujet non tuberculeux, tandis que chez l'homme ou la bête bovine, atteint, par exemple, d'une phtisie pulmonaire circonscrite unilatérale, le contact prolongé et répété des crachats bacillifères avec la muqueuse respiratoire et digestive ne détermine assez souvent, même après des mois et des années, guère d'infection nouvelle dans les parties restées saines du poumon ou dans les viscères abdominaux. On doit en conclure que l'organisme tuberculeux a acquis une immunité réelle contre l'extension de sa tuberculose, mais une immunité limitée puisqu'il peut succomber par la tuberculose, même après des années. Cette immunité antituberculeuse du tuberculeux permet d'entrevoir la possibilité de la vaccination d'un sujet sain contre l'infection tuberculeuse accidentelle.

Aussi, Behring et Koch, à l'aide du bacille humain; Friedmann, à l'aide d'un bacille tuberculeux retiré de la tortue; Mœller, en Allemagne, à l'aide de son bacille de la timothée, ont-ils déjà tenté de vacciner des mammifères contre l'infection par des bacilles plus virulents.

La méthode de vaccination étudiée par l'auteur est la suivante : du bouillon ou de l'exsudat, ensemencé par des bacilles bovins ou humains les plus viruleuts, est introduit dans des sacs de roseau hermétiquement fermés, et ces sacs sont ensuite placés sous la peau ou dans la cavité péritonéale chez des cobayes, des lapins, des bêtes bovines. Ces sacs s'entourent extérieurement d'une membrane conjonctive bien vascularisée, tandis qu'intérieurement les bacilles se multiplient abondamment; la paroi du sac resté bien fermé ne laisse sortir aucun bacille, ni entrer aucun élément cellulaire. Par contre, les produits de la sécrétion bacillaire diffusent et à travers la paroi du sac vont imprégner l'organisme, comme le font les tuberculines injectées sous la peau, ou les sécrétions des bacilles contenus dans les tubercules. Mais ces derniers bacilles peuvent infecter de plus en plus l'organisme, tandis que les bacilles du sac ne s'en échappent point; six à neuf mois après le placement du sac, les animaux sont encore indemnes de toute tuberculose.

Les animaux porteurs de sac à bacilles très virulents et très nombreux sont-ils plus résistants contre une infectiou tuberculeuse que des animaux témoins? Des expériences instituées jusqu'ici il résulte que les cobayes et les lapins, porteurs de sac depuis deux à huit mois, peuvent encore succomber, parfois rapidement, par tuberculose aiguë, à la suite d'une injection de bacilles, mais qu'un certain nombre survit plus longtemps que les témoins, et peut-être guérirait si la durée d'observation n'était pas trop courte. Ces animaux paraissent donc avoir acquis une certaine immunité antituberculeuse préventive.

Les dix bêtes bovines qui reçurent des sacs à contenu ensemencé par des bacilles bovins bien virulents étaient dûment tuberculeuses. Quatre d'entre elles ont déjà été abattues, soit quatre mois et demi après le placement du sac; chez trois on ne trouva que quelques lésions tuberculeuses, toutes absolument crétifiées et encapsulées; chez la quatrième les lésions, surtout pleurales, étaient étendues, mais probablement en régression. Ces premiers résultats n'excluent donc point la possibilité d'obtenir ainsi la vaccination antituberculeuse curative chez la bête bovine.

L. GAYARD.

OBSTÉTRIQUE

Rupture spontanée de l'utérus pendant la grossesse à travers la cicatrice d'une opération césarienne antérieure. (Munro Kerr. Obst. and gynæk. Soc. of Glascow, in *The Glascow med. Journ.*, déc. 1904, vol. LXII, n° 6, p. 451). — L'auteur rapporte l'observation d'une femme à bassin rachitique, opérée deux ans auparavant à terme par une césarienne. Kerr avait employé l'incision transversale du fond de l'utérus de Fritsch et n'avait pas enlevé les ovaires.

La malade revient enceinte de sept mois et demi dans le but de subir une nouvelle césarienne.

Dans la nuit qui suit son entrée, elle est prise d'une douleur peu vive dans le flanc droit avec une métrorragie peu abondante. Le lendemain matin son état est peu inquiétant. Kerr pense à une rupture utérine incomplète. Dans la journée le pouls s'accélère à 88, un peu de sang s'écoule toujours par le vagin. Une laparotomie est décidée.

On trouve le fœtus mort depuis longtemps contenu dans l'œuf intact dans le péritoine, l'utérus est rétracté dans le bassin et présente une rupture transversale de son fond, hystérectomie sus-vaginale, guérison rapide.

Kerr remarque combien les signes avaient été peu marqués, aucun collapsus, une simple altération du pouls. Il cite deux autres cas de rupture utérine où les phénomènes n'avaient pas été plus inquiétants.

Ce seul fait que l'on sentait les diverses parties fœtales absolument sous la paroi abdominale pouvait faire supposer l'issue de l'œuf dans le péritoine.

Cameron et Jardine insistent sur ce fait que cette observation vient une fois de plus montrer l'infériorité de l'incision du fond de l'utérus sur l'incision longitudinale de la paroi antérieure.

M. LANCE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

LES RÉCOMPENSES DU SERVICE DE LA VACCINE A L'ACADÉMIE

Le Bulletin de l'Académie de médecine, distribué le 20 mars 1905, publie *enfin* (!) la liste des récompenses accordées aux médecins et aux sages-femmes par le service de la vaccine en 1903.

Voici la liste de ces prix et récompenses :

1° Un prix de 300 francs à M. le docteur Hagen, médecin-major de première classe des troupes coloniales, à Pnom-Penh. — Un encouragement de 300 francs à MM. les docteurs Bourges et Borne (de Paris). — Un encouragement de 200 francs à M. le docteur Blin, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales, à Mayotte. — Un encouragement de 200 francs à M. le docteur Rouget, médecin-major de deuxième classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

2° *Médailles d'or à :* MM. les docteurs Dorain (de Nantes), Pitance (de Saint-Moreil), Poujol (d'Aïn-Bessem), de Welling (de Rouen).

3° *Rappels de médailles d'or à :* MM. les docteurs Bossion (de Saint-Arnaud-Eulmas), Busquet, médecin-major de deuxième classe à l'hôpital militaire de Bordeaux; Cassedebat, médecin-major de première classe au 23e d'artillerie, à Toulouse; Chonnaux-Dubisson (de Villers-Bocage), Delobel (de Noyon), Laffage (de Dra-el-Mizan), Lafforgue (Evariste), médecin-major de deuxième classe au 86e d'infanterie, au Puy; Romary, médecin-major de deuxième classe à l'annexe d'Aflou;

M. Cozette, vétérinaire à Noyon.

4° *Médailles de vermeil à :* MM. les docteurs Bonnecaze (de Courbevoie), Camescasse (de Saint-Arnoult), Chabaud (de Lalevade), Duvigneau, médecin principal de deuxième classe des troupes coloniales; Gagnière (de Saint-Chef), Manoël (de Toulon), Michaux (d'Aubervilliers).

Mmes les sages-femmes Aussourd (de Vierzon-Ville), Baudouin (de Vannes) et Dinard (de Bourges).

5° *Rappels de médailles de vermeil à :* MM. les docteurs Courtade (d'Outarville), Denizet (de Château-Landon), Fuzet du Pouget (de Casteljau), Gros, médecin de colonisation à Rébeval, Hellet (de Clichy), Métin, médecin-major de première classe des troupes coloniales; Perrin, médecin aide-major de première classe au Touat; Péthiot (du Conquet), Thibault, médecin aide-major de première classe des troupes coloniales.

Mme la sage-femme Jauze (de Tarascon).

6° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs Alan B. Green (de Londres), Alphant (de Pernes), Barrabé (de Domfront), Bauduin (de Lens), Bermondy (de Nice), Bernou (de Châteaubriant), Bertoye (de Villeurbanne), Borello (de Saint-Paul-de-Fenouillet), Boudriot, médecin aide-major de première classe à Laghouat; Butzbach (de Belfort), Camail, médecin-major de première classe des troupes coloniales; Camino (de Saint-Jean-de-Luz), Capela (de Saulzais-le-Potier), Carpentier (de Fampoux), Castueil (de Marseille), Charasse (de Malaucène), Charpenel (de Narbonne), Clément (de Vitry-aux-Loges), Cleuet (de Vimy), Coqueret (de Troyes), Cotoni (d'Oissel), Coulom (de Sotteville-les-Rouen), Ducournau (de Benesse-Marenne), Dupoux (de Vallon), Esquer, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales; Félix et Fluck (de Lausanne), Gazzola (de Nice), Georgiadès (de Jaulgonne), Gilbert-Lasserre (de Bordeaux), Girod (de Rumilly), Grillière (de Cloyes), Guichamans (d'Arzacq), Guyotat (de Bourg-Argental), Hernu (d'Auchel), Houpert (d'Usson), Laloy (de Paris), Laraussié (de Plouay), Laroque (de Gourdon), Marion (de Digne), Michel (de Carpentras), Montel, médecin aide-major de première classe des troupes coloniales; Morin, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales; Pachot (de Vincennes), Panc (de Lézignan), du Pasquier (du Havre), Pons (de Lunel), Rachet (d'Honfleur), Razemon (d'Oignies), Réfrégé (de Saint-Thibéry), Roig (de Millas), Romieu (de Digne), Rondet (de Neuville), Rouvier (de Voiron), Roux (d'Avignon), Royer (de Bar-sur-Aube), Rozier (des Ponts-de-Cé), Senebier (de Mens), Solles (de Bordeaux), Talent (de Fayence), Tilmann (de Givet), Trutié de Vaucresson, médecin-major de deuxième classe au 4e zouaves.

MM. Vitry et Voisin, internes à l'hospice des Enfants-Assistés (de Paris).

Mmes les sages-femmes veuve Cocu (de Keryado), Lacombe (d'Auch), Miraux (de Soissons), Raux (d'Auxerre), Roumiégoux (de Pissos).

7° *Rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs Azema (d'Aurignac), Bauzon (de Chalon-sur-Saône), Bégusseau (de Secondigny), Billon et Braunberger (de Paris), Brisard, médecin-major de deuxième classe au 64e d'infanterie; Carpentier (de Paris), Cazal (de Toulouse), Chambon, médecin-major de première classe, chef de l'hôpital militaire d'Aumale; Clarac, médecin principal de première classe des troupes coloniales; Deschamps (de Montigny-le-Roi), Doury et Dubreuil (de Paris), Dupuich (d'Arleux-en-Gohelle), Frasey (de Paris), Gilson (d'Angoulême), Gouez (de Plougastel-Daoulas), Laboisne (de Chabanais), Latour (du Puy), de Lavergne (de Confolens), Le Bouteiller (de Valognes), Lejeune (de Meursault), Lemaire (du Tréport), Massonet (de Gouraya), Léon Michel (de Cavaillon), Pactet (de Mont-sous-Vaudrey), Pascalis (de Paris), Piettre (de Saint-Maur), Rebory (de Digne), Rébulet (de Bourg-Théroulde), Regnault, médecin de la marine (de Toulon), Richard (de Paris), Sallefranque (de Saint-Maur), Sandras, médecin-major de deuxième classe à l'Ecole militaire d'infanterie; Springer (d'Alençon), Talazac (d'Isle-en-Dodon), Thiroux, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales à l'Institut Pasteur de Tananarive; Tuefferd (de Montbéliard), Vedel (de Lunel), Weil (de Versailles).

Mmes les sages-femmes Belette (de Lubersac), Benne (de Bordeaux), Bories (de Mazamet), Burelier (de Roanne), Chambonneau (de Vierzon-Ville), Dinant (de Givet), Durvicq (de Pont-l'Evêque), Estiveaux (de Sarlat), Ferré (de Massat), Hannion-Burtaux (de Saint-Dizier), Hénault (de Paris), Mengelle (d'Auch), Mouro (de Saint-Jean-la-Poterie), Noras (de Montcecu-les-Mines), Pauthe (de Lavaur).

8° *Médailles de bronze à :* MM. les docteurs Arnoud, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales; Audebert (de Toulouse), Convers (de La Javie), Costé, médecin aide-major de première classe aux hôpitaux militaires de la division d'Alger; Destieux (de Roquelaure), Guichard et Lascoutx, médecins-majors de deuxième classe; Mazoyer (de Villefort), Loridant (de Brou), Romieu, médecin aide-major de première classe au 1er régiment de spahis; Spire, médecin aide-major de première classe à Ouargla.

Mmes les sages-femmes André (de Saint-Dié), Châtelain (de Tartas), Collot (de Montereau-Faut-Yonne), Cua (de Lencloître), Dabertrand (d'Auriac), Drousset (de Chantonnay), Duret (d'Orléans), Gilg (d'Evreux), Glain (de Lisieux), Larbouret (de Mussidan), Latour-Lévy (de Bernay), Massonie (de Lagraulière), Roussel (de Saint-Lô).

9° *Des rappels de médailles de bronze à :* MM. les docteurs Capdeville (d'Alfortville), Tisserand (de Saint-Jean-de-Losne).

Mme la sage-femme Péguet-Lecorre (d'Antony).

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

SYMPHYSE CARDIAQUE

(CAUSES, SIGNES ET DIAGNOSTIC)

DÉFINITION. — Adhérence plus ou moins complète des feuillets du péricarde. Associée à des adhérences du péricarde aux organes voisins et à l'inflammation chronique du tissu cellulaire du médiastin (*médiastino-péricardite calleuse*), dont relèvent presque tous les symptômes.

Aboutissant de certaines péricardites aiguës ou subaiguës. Quelquefois péricardite chronique d'emblée.

ÉTIOLOGIE. — *a.* CAUSES GÉNÉRALES. — 1. *Rhumatisme.* — Surtout chez les enfants et les adolescents; la péricardite est plus fréquente à cet âge que l'endocardite. Chez l'adulte aussi, après infection virulente et extensive (pancardite).

2. *Tuberculose.* — La symphyse cardiaque est la forme la plus fréquente de la péricardite tuberculeuse; existe à tous les âges, mais surtout chez les enfants et plus encore de quinze à trente ans.

3. *Artério-sclérose, alcoolisme* (G. Sée, Lancereaux); *brightisme.*

b. CAUSES LOCALES, déterminant la symphyse cardiaque par irritation lente et insidieuse de voisinage : *anévrisme de la crosse aortique, adénites* et *tumeurs du médiastin*, etc.

SYMPTOMES. — La symphyse cardiaque reste parfois latente. D'ordinaire elle se traduit par des signes fonctionnels qui attirent l'attention plus vers le foie que vers le cœur et par des signes physiques nombreux et variables, mais dont quelques-uns sont significatifs.

Type de description : *symphyse cardiaque d'origine rhumatismale,* la plus fréquente et la moins latente des symphyses cardiaques. Sujet jeune, ayant eu des attaques de rhumatisme articulaire et présentant des signes d'asystolie tenace.

SIGNES PHYSIQUES. — Révèlent la gêne de la locomotion du cœur fixé par ses adhérences, l'hypertrophie et la dilatation qui en résultent.

Inspection. — *Voussure de la région précordiale,* rare et peu accentuée, quand le cœur est hypertrophié, ou *dépression permanente* de la même région, due aux adhérences péricardo-thoraciques et accompagnée d'une *diminution de la saillie inspiratoire à gauche.*

Exagération de l'impulsion cardiaque dans la partie supérieure, contrastant avec une *dépression ou rétraction systolique de la pointe ;* cette dépression, signe important, mais infidèle, n'a de valeur qu'autant qu'elle occupe la région sterno-costale inférieure et surtout quand elle s'étend à la partie inférieure du sternum, aux côtes attenantes et jusqu'à l'épigastre.

Ondulations de la région précordiale : mouvement de *roulis* dessinant par sa progression de haut en bas et de droite à gauche la locomotion du cœur.

Palpation. — *Affaiblissement du choc de la pointe*, inconstant. *Choc diastolique de la pointe*, ramenée brusquement à la paroi par des adhérences après la systole. *Absence de déplacement de la pointe dans les changements de position du sujet :* très important ; la pointe est déviée et abaissée.

Percussion. — *Matité cardiaque augmentée, ne variant pas avec les attitudes ni les phases respiratoires et coïncidant avec une hépatomégalie permanente* : signe fréquent et de réelle valeur.

Auscultation. — *Rythme cardiaque irrégulier et intermittent.*

Aucun signe propre à la symphyse cardiaque, mais des signes dus à la myocardite (bruits du cœur affaiblis), à la dilatation (dédoublement du deuxième bruit, bruit de galop, bruit de rappel paradoxal de Gilbert et Garnier), aux fausses membranes péricardiques (froissements ou frottements correspondant à des poussées subaiguës, claquements mésosystoliques de brides fibreuses), aux lésions valvulaires (souffle systolique tricuspidien ou mitral, souffle diastolique aortique. associés ou non, dus à des insuffisances relatives ou à des endocardites antérieures); on observe aussi des souffles extracardiaques.

Pouls souvent faible et irrégulier. *Pouls paradoxal* de Kussmaul : affaiblissement inspiratoire du pouls, l'aorte étant tiraillée et rétrécie par des adhérences lors de l'inspiration ; n'a de valeur que quand il coïncide avec le gonflement inspiratoire des veines du cou. *Collapsus veineux diastolique* : affaiblissement diastolique brusque des veines cervicales. *Tuméfaction des veines jugulaires pendant l'inspiration*; inconstant.

Tous ces signes physiques sont inconstants et d'une interprétation difficile.

SIGNES FONCTIONNELS. — Inconstants, souvent vagues, variables, révèlent l'insuffisance du myocarde : *Palpitations, sensation de constriction précordiale, dyspnée, anxiété avec tendance à la syncope, cyanose*, etc. *Douleurs d'angor pectoris* par lésion du plexus cardiaque ou coronarite. Ces troubles fonctionnels aboutissent à l'*asystolie* confirmée, *irréductible, progressive, à prédominance hépatique* d'emblée ou après plusieurs crises (hépatomégalie permanente, péri-hépatite, ascite avec circulation collatérale).

ÉVOLUTION. — Ces cas graves de symphyse cardiaque succèdent à la péricardite rhumatismale rapidement ou à la suite de nouvelles attaques de polyarthrite ou d'une infection intercurrente (grippe, pneumonie, etc.) ou de la ménopause.

Ils se terminent plus ou moins tôt par la mort lente due à l'asystolie progressive, à la cachexie cardiaque, à l'anémie séreuse (ponctions) ou à l'urémie ; la mort peut être subite, par syncope, dans les symphyses cardiaques compliquées d'angine de poitrine.

Mais il y a aussi des cas légers, presque latents, et d'autres avec dyspnée et palpitations d'effort, très compatibles avec la vie.

FORMES. — SYMPHYSE CARDIAQUE TUBERCULEUSE. — Parfois inaperçue. Le plus souvent signes d'asystolie commune ou hépatique, d'emblée ou précédée de signes de péricardite aiguë ou subaiguë. Signes de tuberculinémie (pâleur, état subfébrile, épistaxis). Parfois compliquée de cirrhose cardio-tuberculeuse.

Mêmes signes physiques que la symphyse cardiaque rhumatismale. Evolution subaiguë. Mort en quelques mois par cachexie cardiaque, hâtée parfois par tuberculose des séreuses et des poumons ; peut aboutir à la symphyse fibreuse, dont la marche se rapproche de celle de la symphyse rhumatismale.

SYMPHYSE CARDIAQUE DES ARTÉRIO-SCLÉREUX. — Le plus souvent méconnue ; la matité cardiaque invariable, quelques mouvements anormaux de la région précordiale, certains phénomènes hépatiques, peuvent la faire soupçonner.

DIAGNOSTIC. — *La symphyse cardiaque veut être recherchée.* Chez un sujet jeune ayant souffert de rhumatisme ou soupçonné de tuberculose, ayant présenté des signes de péricardite aiguë et atteint de troubles asystoliques plus ou moins nets et persistants, toujours il faut rechercher les signes physiques de symphyse cardiaque : mouvements anormaux de la région précordiale, matité cardiaque augmentée et invariable, fixité de la pointe, mouvement de roulis, pouls paradoxal etc. On écartera la *myocardite* (sujets âgés surtout, irrégularité et faiblesse du pouls plus accentuées etc.), les *péricardites à grand épanchement* (disparition du choc cardiaque et des bruits du cœur, encoche de Sibson, etc.), les autres causes d'*asystolie.*

Quand les signes d'asystolie hépatique prédominent, c'est la *cirrhose de Laënnec*, et la *péritonite tuberculeuse* que la symphyse cardiaque simule le plus souvent : l'asystolie irréductible et les signes physiques cardiaques dissipent les doutes.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois . 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois . 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Les formes cliniques du pneumothorax, par M. L. GALLIARD.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de chirurgie.
ANALYSES
Médecine : Les érythèmes infectieux, en particulier les érythèmes métadiphtériques et les érythèmes primitifs ; — *Chirurgie :* Les varices de la vessie au point de vue du diagnostic et du traitement des calculs vésicaux ; — Etude expérimentale du drainage du péritoine chez le chat ; — Adénome duodénal à type bruméricn ; perforation ; péritonite généralisée ; laparotomie ; mort ; — *Obstétrique :* Action de certaines substances pharmaceutiques sur les contractions utérines.
LIVRES NOUVEAUX
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous recevons une nouvelle note de M. Plaut (de Hambourg) au sujet de la dernière réponse de M. le professeur Vincent, sur l'angine ulcéro-membraneuse.

La question a été suffisamment exposée ici même par ces deux auteurs (1) pour qu'il soit possible aux bactériologistes de se faire une opinion.

D'autre part, elle a été portée par M. le professeur Vincent devant la Société de biologie (18 mars).

Nous pensons donc qu'il est inutile de prolonger une polémique qui, malgré son haut intérêt scientifique et documentaire, pourrait à la longue lasser nos lecteurs.

Nous nous contenterons donc de signaler les communications qui auront lieu à la Société de biologie.

Notre Premier-Paris de lundi dernier a été entendu. Les internes des hôpitaux de Paris, se rendant compte de la gravité de la situation, se sont réunis à l'hôpital Tenon pour protester contre les mesures qui menacent l'Internat.

A l'issue de la réunion, la lettre suivante nous a été adressée :

« Hôpital Tenon, le 23 mars 1905.

Monsieur le directeur de la *Gazette des hôpitaux*,

Emues par un article paru le 21 mars dans la *Gazette des hôpitaux*, toutes les salles de garde des internes en médecine ont fait parvenir au directeur général de l'Assistance publique leurs protestations signées.

Elles réclament l'application du règlement qui concerne le service de garde dans les hôpitaux, et s'élèvent contre la création d'assistants de chirurgie.

Ces protestations ont été remises également au président de la Société des chirurgiens des hôpitaux.

Comptant sur votre bienveillance pour porter ces faits à la connaissance de vos lecteurs, nous vous prions de recevoir, avec nos remerciements, l'expression de nos meilleurs sentiments.

Pour les internes en médecine :
C. DENIS, GUÉNOT, E. BAUDOUIN. »

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 18, p. 207, et n° 27, pp. 315 et 316.

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de médecine.* — *Admissibilité.* — Epreuve clinique. — Séance du 22 mars 1905 : MM. Garnier, Lœper et Gandy, 20.

Concours de l'Internat. — ORAL. — Séance du 22 mars 1905 : MM. Basset, 15 + 22 = 37 ; — Bailly, 13 + 23 = 36 ; — Rabourdin, 15 + 22 = 37 ; — Ferté, 17 + 18 = 35 ; — Lebras, 15 + 18 = 33.

Question donnée : « Muscles de l'éminence thénar. — Symptômes et diagnostic du mal de Pott sous-occipital. »

Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

1° *Internes titulaires.* — 1. MM. Monier-Vinard, Sezary, Lian, Milhit, Vincent (Clovis), Blairon, Aynaud, Moreau, Harvier, Abrami,

11. Dubois, Perrin, Cotard (Lucien), Gimbert, Lemeland, Rendu (Albert), Bory, Gy, Vincent (René), Bodolec,

21. Laurence, Néel, Boudon, Dupont, Hérisson, Giroux, Sourdat, Doury, Cléret (François), Fayolle,

31. Lew, Roy, Giret, Faroy, Faix, Grandchamps, Brûlé, Hubert, Burcker, Planson,

41. Bord, Reubsaët, Tournay, Trèves, Vouters, Kahn, Clunet, Barbier, Hautefort, Caraven.

51. Descomps, Du Castel, Raymond, Feuillié, Lévy-Franckel.

2° *Internes provisoires.* — 1. MM. Fage, Moulu, Senlecq, Burnier, Guyader, Chenot, Chastagnol, Fabre, Martin, Froget,

11. Hovelacque, Chandesris, Chenier, Brin, Eliot, Basset, Moyrand, Vézard, Boudet, Macé de Lépinay,

31. Stévenin, Flurin, Bailly, Foix, Troisier, Deroide, Vigneron d'Heucqueville, Lasnier (Maurice), Ferté,

41. Chazarain, Broca, Lévy-Valensi, Fernet, Boudol, Collin, Saissi, Deverre, Combier, Rabourdin,

51. Hamel, Bécus, Chéné (Henri), Mlle Bouteil, MM. Lemoine, Guérin, Giraudeau, Bonvoisin, Cornélius, Strœhlin,

61. Benard (René), Pinard, Porée, Guggenheim, Deroye, Lebras, Braun, Petiteau, Joltrain, Tinel,

71. Saiget, Cléret (Maurice), Garban, Privat, Héchemann, Lemarchal, Parturier, Cesbron, Olivier, Glénard,

81. Silbert.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 418.*)

REVUE GÉNÉRALE

LES

FORMES CLINIQUES DU PNEUMOTHORAX

Par M. L. GALLIARD,

Médecin de l'hôpital Lariboisière.

Proposé par Itard en 1803, adopté par Laënnec, le mot pneumothorax désigne « l'épanchement aériforme *dans la cavité de la plèvre* »; mais la notion du vide dans la poitrine paraissait déjà nécessaire, au temps d'Hippocrate, pour expliquer le bruit de fluctuation chez certains sujets atteints d'empyème.

Résultant de la « fonte colliquative du poumon et du séjour prolongé du pus dans une cavité sans ouverture » (Itard), ou formé par « le gaz sorti des vaisseaux exhalans de la plèvre et animalisé » (Laënnec), le pneumothorax *essentiel*, *idiopathique* eut longtemps à côté du pneumothorax *par effraction* sa place indiscutée. Il a résisté aux critiques de Proust et de Béhier. Nous savons aujourd'hui par quels liquides et par quels microbes il peut être produit.

Les symptômes du pneumothorax étant connus, je me bornerai à étudier ici au point de vue pratique, c'est-à-dire avec la constante préoccupation du pronostic et du traitement, les différentes variétés cliniques.

I

Pneumothorax chirurgicaux. — Pour obtenir expérimentalement la rétraction du poumon, il ne suffit pas d'inciser sur une certaine étendue le feuillet pariétal de la plèvre; il faut encore déprimer l'organe avec un instrument mousse. Quant à la simple *piqûre du feuillet pariétal*, telle qu'on l'a conseillée chez l'homme pour créer artificiellement le pneumothorax qui doit guérir la tuberculose du poumon, elle ne réussira que si elle est suivie d'une injection de gaz. On comprend que sa production accidentelle soit rare.

Moins exceptionnellement agissante serait la *piqûre du poumon*. Pratiquée à l'aide d'une aiguille fine ou même d'un fin trocart à thoracentèse, elle est rarement suivie de pneumothorax. Cependant Mongour (Soc. méd. et chir. de Bordeaux, 1903) a signalé l'accident survenu à l'occasion d'une ponction blanche de la plèvre droite.

Au cours des grandes opérations sur la paroi thoracique les chirurgiens sont parfois amenés à inciser le feuillet pariétal de la plèvre saine. Delagénière a même affirmé (Congrès de chir., 1901) que le pneumothorax ainsi déterminé n'avait pas de conséquence fâcheuse, si l'on réussissait à attirer le poumon et à le suturer avant de suturer la plèvre et la paroi thoracique.

Même accident lorsqu'on va à la recherche d'un abcès du poumon, d'une caverne, d'un foyer gangréneux, d'un kyste hydatique, si l'on ne rencontre pas d'adhérences protectrices. Alors le désordre mécanique se complique fatalement de l'infection pleurale.

Les *plaies pénétrantes* avec *blessure du poumon* par armes blanches ou par armes à feu déterminent non seulement le pneumothorax mais l'épanchement de sang : il y a donc *hémopneumothorax* et souvent *emphysème sous-cutané* autour de la plaie, en même temps qu'hémoptysie. Si le poumon est retenu par des adhérences, le pneumothorax fait défaut. D'ailleurs le diagnostic est difficile, car les blessés supportent mal un examen minutieux; et les chirurgiens ont renoncé à combattre le pneumothorax par la pleurotomie : ils le considèrent même comme concourant utilement à l'hémostase. Donc pansement antiseptique et occlusif; immobilisation du thorax. Que s'il survient secondairement un pyopneumothorax, l'intervention sera nécessaire.

Dans les *fractures de côtes*, les fragments acérés retiennent souvent le poumon, le fixent à la paroi thoracique et favorisent ainsi l'emphysème sous-cutané au détriment du pneumothorax. D'ailleurs les deux choses peuvent coexister et alors, l'asphyxie étant menaçante, on peut être tenté de pratiquer la pleurotomie.

En 1767, W. Hewson, décrivant l'autopsie d'un jeune homme qui s'était fracturé le crâne et fracturé une côte en sautant par la fenêtre et dont la plèvre droite contenait de l'air, regrettait qu'on n'eût pas fait la paracentèse du thorax, laquelle a souvent été pratiquée avec succès à Paris « for water and for pus in the cavity of the thorax ».

Encouragés par cet appel, quelques chirurgiens crurent devoir intervenir dans les traumatismes de la poitrine, jusqu'au jour où Malgaigne s'éleva contre les abus de la pleurotomie. Nous accepterions la thoracentèse antiseptique, avec ou sans aspiration.

La *contusion* et la *compression du thorax* causent parfois la rupture du poumon sans plaie de poitrine et sans fracture de côtes (Breschet, Murat, Boyer, Schuh, Gosselin); si le feuillet viscéral de la plèvre cède, le pneumothorax est constitué; s'il résiste, l'air circule dans le tissu conjonctif interlobulaire, sous-pleural, médiastinal, cervical : l'emphysème cervico-sous-cutané, déterminé de cette manière, doit être distingué de l'emphysème thoraco-sous-cutané qui succède aux fractures de côtes.

Pearce Gould, en 1882, a pratiqué la thoracentèse chez un jeune garçon écrasé par une voiture et atteint de pneumothorax sans fracture de côtes et sans emphysème sous-cutané. L'air s'échappa avec grand bruit, suivi de quelques gouttes de sang; guérison en huit jours.

L'hydropneumothorax et le pyopneumothorax d'origine traumatique, révélant une infection modérée ou grave de la séreuse, seront traités comme dans les cas médicaux.

La *pleurotomie* dirigée contre l'empyème permet l'irruption de l'air dans la plèvre. L'étude de cette variété de pneumothorax a fourni à Laënnec de précieux renseignements symptomatologiques.

Quand la *thoracentèse* destinée à évacuer les collections liquides de la plèvre est suivie de pneumothorax, on incrimine parfois la piqûre du poumon par le

trocart ou le refoulement de l'air comprimé malencontreusement dans la bouteille où l'on croyait avoir fait le vide. Il arrive plus souvent que le poumon, atélectasié ou emprisonné par des adhérences, soit inhabile à remplir le vide résultant de l'évacuation du liquide; il cède sur un point faible (vésicules emphysémateuses, cicatrice fragile, tubercule ramolli) à la pression brusque de l'air inspiré. Dans quelques cas, l'effraction du poumon n'a pas été admise; on a invoqué la mise en liberté des gaz contenus dans la collection liquide de la plèvre (Roger, Trousseau, Spadaro, Bucquoy). Or je dis que, la catégorie des pleurésies putrides étant réservée, cette mise en liberté est une vue de l'esprit: on ne l'a démontrée ni par la clinique ni par l'expérimentation.

Le *cathétérisme de l'œsophage* figure parmi les causes rares du pneumothorax. Il en est de même des corps étrangers œsophagiens. On connaît l'aventure du baron de Wassenauer, grand-amiral de Hollande, qui, d'après Boerhaave, eut une rupture de l'œsophage et des deux plèvres, lesquelles contenaient une grande quantité d'air avec 104 onces de liquide. En pareil cas, pleurotomie hâtive.

II

Pneumothorax médicaux. — 1° PNEUMOTHORAX SIMPLE, SUFFOCANT. — Dans le pneumothorax *unilatéral, total,* la suffocation est toujours d'emblée pénible. Elle n'est véritablement grave que si le poumon du côté opposé est préalablement altéré ou gêné dans ses fonctions. Donc je dis que le pronostic *immédiat* du pneumothorax dépend de l'activité fonctionnelle du poumon *du côté opposé*.

Autre chose à considérer : la disposition anatomique de la rupture pleurale. On connaît le mécanisme de la *soupape* qui, permettant l'entrée des gaz dans la plèvre et s'opposant à leur sortie, est responsable de l'augmentation de la pression intrapleurale. Cette pression peut-elle être supérieure à celle de l'atmosphère? Oui d'après les expérimentateurs (Weil, H. Meunier), non d'après Béhier qui refuse à l'air inspiré la faculté de pénétrer, comme l'air chassé par un piston, dans un côté immobilisé en inspiration permanente. Or ce n'est pas pendant l'inspiration, c'est pendant les mouvements expiratoires et surtout pendant les quintes de toux que se produit l'accumulation gazeuse du pneumothorax suffocant (Bouveret, Lorrain, Béclère).

La suffocation est-elle plus menaçante dans le pneumothorax du côté gauche que dans l'autre? Plusieurs auteurs l'ont affirmé. Or les faits démontrent qu'à droite le péril est identique, car si le cœur se trouve moins gêné, c'est sur le plus vaste des deux champs d'hématose que porte l'immobilisation. Gerulanos affirme même que le pneumothorax opératoire est plus dangereux à droite qu'à gauche.

Envisageons d'abord les *tuberculeux*. La tuberculose revendique à elle seule plus de pneumothorax médicaux que toutes les autres causes réunies : 62 p. 100 d'après Saussier; 78 p. 100 d'après Biach; 90 p. 100 d'après West.

Rien n'est plus facile à comprendre que l'effraction des tubercules ramollis, situés à la surface du poumon, non protégés par une plèvre épaissie ou adhérente. C'est au voisinage des lésions tuberculeuses avancées qu'on trouve la symphyse pleurale; les lésions récentes ont donc plus souvent la responsabilité de l'accident. Celui-ci peut constituer le symptôme initial d'une tuberculose latente..

Quelle sera l'évolution des désordres? Dans une série de 47 pneumothorax unilatéraux mortels, West a noté la mort au bout de vingt minutes 1 fois, de trente minutes 1 fois, de quelques heures 8 fois, pendant le premier septenaire 8 fois. Sur 44 cas mortels de Weil, on note 8 décès pendant la première journée.

Chez les *grands emphysémateux* je n'ai relevé, à l'époque où j'ai fait paraître mon livre, c'est-à-dire en 1892, que 12 cas de pneumothorax avec 8 décès. Le premier est celui de Récamier, cité par Laënnec. Puis vient celui de Devilliers (Th. de Paris, 1826), qui fournit des détails anatomiques très précis sur la rupture des vésicules emphysémateuses. Même précision dans les observations de Rheder, de Frœntzel et surtout dans 3 faits de Zahn (1891).

En 1897, j'ai publié, avec le docteur Bruneau (de Bray-sur-Seine), l'observation d'un grand emphysémateux, âgé de soixante-douze ans, qui fut atteint de pneumothorax total à gauche et succomba au bout de quatre jours.

Un *coquelucheux*, âgé de deux ans, subit la thoracentèse pour pneumothorax suffocant; guérison au bout de quarante-huit heures (Rendu). Une fillette de trois ans guérit sans ponction (Comby).

Les *pneumoniques* fournissent ici quelques rares exemples. Deux cas mortels : abcès ouvert dans la plèvre droite (Barrier); broncho-pneumonie morbilleuse compliquée d'abord d'emphysème souscutané puis de pneumothorax *bilatéral* (Tissier). Une femme de trente-deux ans eut son pneumothorax à gauche, c'est-à-dire du côté opposé à la pneumonie lobaire; thoracentèses répétées; guérison en quatre semaines (Talma).

Il y avait un *foyer purulent de siège indéterminé* chez la femme de vingt-cinq ans, récemment accouchée, à qui j'ai fait pratiquer la pleurotomie pour un pneumothorax partiel à gauche, sans liquide dans la plèvre (Soc. méd. des hôpit., 11 janv. 1901). Chose curieuse, l'opération eut pour résultat, non seulement de sauver la malade de l'asphyxie, mais de supprimer la fétidité des crachats. L'opérée quitta l'hôpital six semaines plus tard, améliorée. Chauffard a comparé à cette observation celle d'un malade qu'il voulait faire opérer pour un empyème interlobaire et chez qui le chirurgien ne put inciser que la plèvre remplie de gaz. A l'autopsie, impossible de trouver la communication entre le pneumothorax produit *à distance* et la poche purulente interlobaire qui existait réellement.

Traitement. — Forme suffocante, asphyxiante. Il n'y a donc pas une minute à perdre. Il faut instituer la cure *chirurgicale*. En 1648, Riolan préconisait la paracentèse du thorax, même dans les cas où, au lieu d'eau, on n'aurait qu'une explosion gazeuse : *flatus cum violentia displosus*. Combalusier (*Traité des*

vents, 1747) raconte que « Ribeyrac fit faire la ponction dans le côté à un malade qu'il croyait avoir un empyème purulent, que néanmoins il ne sortit pas une goutte de pus, mais seulement de l'air, qui s'échappa avec bruit, et qu'en conséquence le malade fut entièrement guéri ».

Tandis que les chirurgiens traitaient par la pleurotomie les pneumothorax traumatiques, les médecins hésitaient encore à manier le trocart vanté par Trousseau dans la cure de la pleurésie, en 1843. Cependant Béhier relate une tentative infructueuse de paracentèse suivie de canule à demeure, en 1836, et marque sa préférence pour les ponctions successives, d'après la méthode de John Davy. En 1849, Hamilton Roe déclare 10 succès dus à la thoracentèse sur 19 cas de pneumothorax.

La *thoracentèse* n'est pas seulement nécessaire lorsque la tension des gaz intrapleuraux, mesurée au manomètre, est supérieure à la pression athmosphérique (pneumothorax à soupape). Elle a soulagé considérablement, d'après Ewart, un phtisique chez qui cette tension était équivalente à la pression de l'atmosphère.

On comprend que, dans un pareil cas, l'aspiration soit indispensable. Il faut donc adapter le fin trocart à l'aspirateur de Potain auquel sera annexé un manomètre. Pour se renseigner sur les conditions de l'évacuation des gaz, on peut faire éclater les bulles à la surface de l'eau laissée dans le flacon.

L'opération s'impose dès que l'asphyxie devient menaçante, et, à cet égard, l'observation clinique fournit de suffisants renseignements. Elle a pu n'être nécessaire que plusieurs jours, deux jours (Troisier), trois jours (Galliard), neuf jours (Waller) après le point de côté initial; mais c'est généralement au bout de quelques heures que le sort du patient se décide.

Combien de temps doit durer l'aspiration des gaz? On ne l'interrompra qu'après cessation de la dyspnée. Williams (de Buffalo) l'a pratiquée, sans interruption *pendant quatre jours* et au bout de ce temps il a constaté la guérison complète du pneumothorax.

Béclère, professant que l'aspiration n'est pas nécessaire dans le pneumothorax à soupape, se contente de l'aiguille capillaire, reliée par un long tuyau de caoutchouc au tube de verre long de 15 centimètres qui plonge dans l'eau d'une éprouvette.

Quels sont les *accidents de la thoracentèse*? L'expectoration albumineuse est fort rare. Beaucoup plus fréquent l'*emphysème thoraco-sous-cutané*, peu important dans les cas de Church, Fræntzel, Arnozan, beaucoup plus sérieux dans le fait de S. West où l'infiltration gazeuse s'étendit jusqu'à la région inguinale.

J'ai pratiqué moi-même (Soc. méd. des hôpit., 2 mars 1894) la thoracentèse pour un pneumothorax suffocant chez un phtisique âgé de quarante et un ans. Immédiatement après l'extraction du trocart, je constatai autour de la piqûre une crépitation emphysémateuse et, le malade s'étant mis à tousser, j'entendis l'air sortir en sifflant. Une heure plus tard l'asphyxie était menaçante, l'emphysème s'étendait à toute la poitrine, au dos, au cou, à la face; mon interne, René Marie, pratiquait d'urgence la pleurotomie. L'opéré succombait au bout de six jours.

Plus saisissant encore est le cas observé par Beaufort en 1853. Un phtisique âgé de trente-deux ans est ponctionné dans le septième espace, à l'aide d'un trocart, pour un pneumothorax du côté droit. Deux heures plus tard, « il est gonflé comme une outre; les jambes seules sont intactes; le tronc, le cou, la tête, les bras, les bourses sont distendus par l'air; les paupières proéminent et cachent complètement le globe oculaire; les joues sont distendues par l'air; le cou gonflé se continue avec le menton, les bourses ont acquis le volume d'une tête d'enfant, le creux de l'aisselle a disparu; le thorax et le ventre distendus donnent au malade l'aspect d'une tonne ronde, tendue, sonore et élastique. » On s'empresse de faire des mouchetures sur différents points, puis on réintroduit dans la plèvre la canule qu'on laisse en place. Quatre jours plus tard le malade succombe.

En présence d'une pareille complication, la *pleurotomie* peut être nécessaire. En général la *canule à demeure* suffira; Bouveret la considère comme indispensable dans tout pneumothorax à soupape, même sans complication d'emphysème. Si on l'utilise, il faudra la protéger à l'aide d'un pansement antiseptique, afin d'éviter l'infection pleurale secondaire. Cette infection serait inévitable à la suite de la pleurotomie.

2° Pneumothorax avec emphysème cervico-sous-cutané. — Andral (annotation à la quatrième édition de Laënnec) s'exprime de cette façon :

« Dans le courant du mois de janvier 1836, je fus appelé rue des Boucheries-Saint-Germain auprès d'un jeune homme qui depuis longtemps présentait tous les signes rationnels de la phtisie pulmonaire, et qui, depuis deux jours environ, était devenu beaucoup plus gravement malade. Tout le côté gauche des parois de la poitrine était emphysémateux; la région des lombes et une partie des parois abdominales commençaient à le devenir... Je percutai la poitrine et dans tout le côté gauche je trouvai une sonorité des plus grandes...; je découvris en arrière deux signes qui ne me permirent pas de douter de l'existence d'un pneumothorax... Il me paraît évident que, dans ce cas, l'air atmosphérique, échappé d'une excavation tuberculeuse dans la plèvre, s'était ensuite infiltré à travers la plèvre jusque dans l'épaisseur des parois thoraciques. Je ne revis pas le malade, qui succomba le surlendemain de ma visite et dont l'autopsie ne fut pas faite. »

Le mécanisme invoqué par Andral est discutable. Son malade n'avait ni fracture de côtes ni solution de continuité de la paroi. Pour produire chez lui l'emphysème primitivement *thoraco-sous-cutané*, il aurait donc fallu une caverne adhérente à la paroi thoracique et doublement rompue : 1° dans un espace intercostal; 2° du côté de la plèvre.

Plus vraisemblable est, dans le cas d'Andral, l'emphysème *cervico-sous-cutané*, c'est-à-dire venant du médiastin.

En général on admet deux ruptures distinctes d'une même excavation : abcès pneumonique ouvert

simultanément dans la plèvre et dans les espaces interlobulaires (Chvostek), caverne tuberculeuse du lobe moyen (Heitler), abcès pulmonaire ouvert dans le médiastin postérieur (Patruban).

Les deux accidents successifs dus peut-être à deux lésions différentes du même poumon, voilà ce qu'a nettement constaté Roger (*Union méd.*, 1862). Un coquelucheux de deux ans et demi, atteint passagèrement d'emphysème sous-cutané généralisé, succombe le dix-septième jour. Sauf pendant les trois jours qui ont précédé la mort, l'examen de l'enfant a été pratiqué minutieusement : pas de pneumothorax appréciable. A l'autopsie, on trouve dans le poumon droit, près de la racine du lobe moyen, un petit abcès perforé ayant produit un pneumothorax. L'auteur ajoute : ce furent deux altérations analogues mais de source distincte et indépendantes l'une de l'autre.

Nous pourrions dire : ce furent deux degrés distincts dans l'évolution d'une altération unique.

La *rupture des bulles emphysémateuses* sous-pleurales a été admise, dans un autre cas, par Roger : on sait que l'enfant a facilement l'emphysème « à siège triple », rare chez l'adulte et le vieillard. Elle a paru évidente chez un coquelucheux âgé de deux ans, observé par Gelmo, atteint d'emphysème sous-cutané du cou et de la poitrine, étendu bientôt à la tête, à la totalité du tronc, au scrotum ; l'enfant succomba le cinquième jour.

De même Tissier a invoqué, chez l'enfant de dix-sept mois que j'ai cité, l'éclatement des bulles emphysémateuses ; pneumothorax bilatéral constaté à l'autopsie.

Après la *trachéotomie*, l'emphysème sous-cutané n'est pas rare. J. Schwalbe l'a vu s'accompagner de pneumothorax chez un jeune garçon de six ans et demi, trachéotomisé pour diphtérie. On fit la thoracentèse dans le neuvième espace du côté droit; guérison rapide du pneumothorax. L'emphysème disparut complètement en dix jours.

Traitement. — Forme compliquée, grave. Il faut pratiquer sans retard la thoracentèse.

3° Pneumothorax bilatéral. — Le pneumothorax bilatéral est heureusement rare. Sur 70 cas du relevé d'Andral, en 1836, le pneumothorax existait à gauche 41 fois, à droite 27 fois, des deux côtés 2 fois seulement. Dans ma statistique personnelle de 1896, relative aux seuls phtisiques, je trouve, sur un total de 36 cas, un seul pneumothorax bilatéral, dû à Cocheteux. Sur 318 autopsies de pneumothorax tuberculeux faites à Vienne, Drasche compte 11 cas.

Le fait cité par Laënnec se rapporte, non pas à un phtisique, mais à un grand emphysémateux : « Mon ami, M. le professeur Récamier, a eu dans ses salles un homme d'enviren soixante ans, un peu obèse, qui entra pour une affection qui ressemblait à une attaque d'asthme. Le malade succomba au bout de peu de jours. Une grande quantité d'air s'échappa à l'ouverture de chacun des côtés du thorax. Les poumons, accolés à la colonne vertébrale et raccourcis au point de n'avoir plus que le volume de la main, étaient desséchés à la surface; ils étaient, à cela près, sains et encore un peu crépitants. Les plèvres, d'ailleurs saines, étaient, dans beaucoup de points, détachées des parois thoraciques par des bulles d'air développées dans le tissu cellulaire sous-jacent. »

Laënnec ajoute : « J'ai observé moi-même un cas analogue en 1816. »

En général, c'est la mort *sans phrases*. Un phtisique atteint de pyopneumothorax à gauche veut s'asseoir et meurt en dix minutes; on trouve un second pneumothorax à droite (Duguet). Mort subite chez une phtisique qui, ayant tenté de se cathétériser soi-même pour un rétrécissement de l'œsophage, s'était rompu simultanément deux cavernes, sans perforer d'ailleurs l'œsophage (Ultzmann). Mort brusque dans un cas de Drasche.

Un second malade de Drasche survécut deux heures. Une femme, observée par le même médecin, vécut douze heures, mais son premier pneumothorax, situé à droite, était partiel. Fræntzel a noté un décès au bout d'une heure trois quarts. Chez une phtisique vue par Lasius, les deux pneumothorax étaient partiels; survie de sept jours.

Quel médecin pourra se flatter d'arriver à temps pour pratiquer utilement la thoracentèse bilatérale ?

4° Pneumothorax simple, bénin. — Ici d'abord ce que j'ai dénommé *pneumothorax des conscrits*, celui des hommes de vingt ans environ, non tuberculeux, bons pour le service. J'ai dit encore : *pneumothorax des emphysémateux latents*. Je pourrais dire : pneumothorax *par effort*, en ajoutant : « chez des sujets réputés sains, » car l'effort des valétudinaires détermine souvent le pneumothorax suffocant ou infectant.

Quels sont les efforts signalés? Action de jeter à terre un lourd fardeau (Ferrari), de soulever une baignoire (Vogel) ou une poutre (Bernutz et Desnos), de marteler (Dutil), de soulever un enfant (Galliard, Chauffard), de sonner du clairon (V. Widal), de danser (Biermer), de ramer (Thornburn), de vomir (Barrier), d'éternuer (Stiller). La toux quinteuse est souvent incriminée; celle de la coqueluche, qui cause si fréquemment l'emphysème sous-cutané, provoque rarement le pneumothorax (cas de Baron, G. Burrows, Roger, Gelmo, Rendu). Chose curieuse, les efforts de l'accouchement n'ont jamais, à ma connaissance, causé le pneumothorax.

Lorsque j'ai publié, en 1892, mon relevé de 37 cas de « pneumothorax des conscrits », j'ai noté que 20 observations, c'est-à-dire plus de la moitié, étaient dues à des médecins anglais. L'Angleterre, pays du sport et des exercices violents, serait donc aussi la terre classique de cette maladie.

En 1902, Maillart et Lasserre (*Rev. méd. de la Suisse romande*) ont ajouté à mes 37 cas 13 faits empruntés à la littérature médicale et un fait personnel; en tout 6 femmes seulement, 45 hommes presque toujours jeunes. Sur ces 51 cas, 5 décès : le « pneumothorax des conscrits » n'est donc pas toujours bénin.

Dans cette catégorie bénigne, on comprend que les *grands emphysémateux* soient très rares : je citerai, comme ayant guéri sans thoracentèse, une

femme de soixante-treize ans chez qui le pneumothorax dura six semaines (Galliard et Barbe).

Les *phtisiques* peuvent-ils être admis, aux aussi, au bénéfice du pneumothorax bénin, sans liquide? On l'a observé chez des sujets âgés de douze à trente-quatre ans, qui ont guéri au bout de cinq semaines (Vallin), six semaines (Hill, Villemin, S. West), sept semaines (Legendre), deux mois (Barrier, Ricker), neuf semaines (S. West), onze semaines (Schrœtter); ici, frottement pleurétique à la fin, jamais de bruit de succussion.

Comment expliquer cette favorable évolution sans invoquer, au lieu de la vulgaire rupture tuberculeuse, l'effraction d'un îlot emphysémateux?

D'ailleurs, il ne s'agit pas là d'une pure hypothèse; la rupture des vésicules emphysémateuses a été démontrée, à l'autopsie de certains phtisiques, par Rilliet et Barthez, Cornil, Ewart, Steffen, Pignol.

Même pathogénie, d'après Roger (*Recherches cliniques*, t. I, p. 104), du pneumothorax simple bénin qui survient au cours de la *pneumonie*; il l'avait observé chez un enfant de quinze à vingt mois. Un enfant de trois ans, atteint de pneumothorax simple de même côté que la pneumonie, guérit en trente jours (Rilliet et Barthez). Guérison en trois semaines chez une femme affectée de pneumonie à résolution lente et de pneumothorax du même côté (Hirschfeld).

Que demandons-nous pour conserver au pneumothorax sa simplicité et sa bénignité? Il faut une plaie pulmonaire *de bonne nature*; il faut un poumon qui, filtrant l'air inspiré, fasse bonne garde contre les germes infectants. Si la cicatrisation de la plaie pulmonaire s'effectue régulièrement, la cicatrice acquiert dans un délai de cinq à huit jours assez de solidité pour que le pneumothorax *ouvert* se transforme en pneumothorax *fermé* et la résorption des gaz s'accomplit.

Cette résorption est favorisée par la transformation du contenu gazeux. Dans le pneumothorax ouvert, on trouve les produits de l'exhalation pulmonaire mélangés à l'air, c'est-à-dire que la proportion de CO^2 est considérable et la proportion d'oxygène faible.

Dans le pneumothorax fermé, l'oxygène décroît tandis que l'acide carbonique augmente (Demarquay et Leconte, Hoppe-Seyler, Ewald, H. Meunier).

J'ai fixé vingt-huit jours comme délai habituel de guérison du « pneumothorax des conscrits ». Mais ce délai peut être abrégé : huit jours (Delgrange), quelques jours (Oppolzer), quinze jours (Lundie).

Traitement. — La première chose à faire, c'est de calmer la douleur et la dyspnée à l'aide d'une injection de morphine. On y ajoutera les inhalations d'oxygène ou d'éther, les ventouses sèches, les cataplasmes sinapisés. Contre le collapsus cardiaque, injections d'éther ou de caféine. Si tout cela ne suffit pas, thoracentèse. (*A suivre*.)

AVIS. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 10 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi coûte 25 centimes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 22 MARS 1905)

Enfoncement cranien. — M. DEMOULIN fait un rapport sur une observation adressée par M. Lenormand : un garçon de trente-cinq ans reçoit sur la région pariéto-temporale droite un violent coup d'une de ces grandes barres qui se trouvent sur les tramways du système à trolley. Il a une plaie, se fait porter chez un pharmacien, il fait encore 200 mètres pour rentrer chez lui. Il se couche, souffre pendant la nuit, vomit et, le lendemain matin, un de ses camarades le trouvant assez mal l'engage à se faire transporter à Lariboisière où M. Lenormand le voit vingt-six heures après l'accident. Il porte, sur la région temporo-pariétale droite, une plaie avec un énorme gonflement au-dessous duquel existe un épanchement sanguin et un enfoncement des os du crâne. Le blessé n'est pas dans un état comateux, il est seulement somnolent; il a une paralysie faciale complète, une certaine incoordination des mouvements du membre supérieur gauche, un peu d'embarras de la parole; la température est à 38°2. M. Lenormand n'hésite pas à intervenir immédiatement. Il taille un large lambeau, trouve le muscle temporal en bouillie et constate un enfoncement cranien considérable; il enlève les esquilles petites et nombreuses et crée ainsi une perte de substance de l'étendue de la paume de la main. La plaie est linéaire et au niveau de la partie supérieure existe une déchirure de la dure-mère que M. Lenormand suture. Il referme la plaie, après avoir placé une mèche. Dès le soir même la paralysie faciale a disparu, mais la parésie du membre supérieur gauche augmente sous l'influence de la mèche qui comprime le cerveau. Mais, la mèche enlevée, tous les symptômes disparaissent et le malade guérit avec une complète apyrexie.

M. Demoulin fait quelques observations et quelques critiques au sujet de ce cas. Il fait d'abord remarquer que ce blessé, avec un traumatisme cranien aussi considérable, a présenté très peu de symptômes au début; il n'y eut même pas de commotion cérébrale; pas de perte de connaissance; pas de symptômes diffus. Contrairement à M. Lenormand, M. Demoulin ne pense pas que la paralysie faciale fût complète. Quant à la conduite chirurgicale suivie par M. Lenormand, M. Demoulin l'approuve avec cette restriction qu'il eût été peut-être plus prudent de ne pas suturer complètement la dure-mère et de la drainer. Dans cette opération, il y a eu deux étapes, l'étape cranienne et l'étape cérébrale; pour la première M. Lenormand a bien fait d'enlever toutes les esquilles, pour la seconde il eût peut-être été mieux de prendre quelques précautions contre l'infection toujours possible.

M. BROCA partage l'avis de M. Demoulin sur le point que dans le cas de M. Lenormand, la paralysie n'a pas dû être complète. En effet, dans un cas semblable qu'il a observé chez un enfant et dans lequel il dut intervenir de la même façon, il n'y avait qu'une paralysie faciale inférieure.

Perforation du duodénum. — M. TUFFIER analyse une observation de M. de Rouville (de Montpellier). Il s'agit d'un jeune homme de vingt-deux ans qui, à trois heures du matin, est pris d'une douleur violente dans le ventre et de vomissements. Le pouls était à 160, la température à 37°2. Le maximum de la douleur était dans la fosse iliaque droite. Le

diagnostic fut : péritonite diffuse, appendicite. M. de Rouville intervint aussitôt, il fit une incision, donna issue à une quantité considérable de pus et, vu l'état grave du malade, n'alla pas plus loin, draina et referma le ventre. Le malade succomba trente-six heures après ; à l'autopsie on trouva une perforation triangulaire du duodénum au centre d'un ulcère bulbaire induré. Il n'y avait pas d'appendicite. Ce malade n'avait jamais présenté aucun symptôme intestinal malgré la présence de cet ulcère duodénal. Ces ulcères ont été bien décrits par M. Letulle, d'autre part M. Hayem a montré que certains ulcères de l'estomac forment de véritables tumeurs, des périadénomes, au centre desquels se font ces ulcères aboutissant à la perforation. Dans le cas de M. de Rouville on a retrouvé les mêmes caractères anatomiques.

M. de Rouville a pris une perforation du duodénum pour une appendicite. L'erreur est excusable. Dans 3 cas analogues M. Tuffier a fait un diagnostic suspensif. Dans la littérature médicale, il a pu réunir 23 cas de laparotomies pour ulcères du duodénum. Sur ces 23 cas, 9 fois les accidents gastriques ont manqué, 9 fois ils ont été positifs. La douleur initiale a manqué 18 fois. Souvent il y a une douleur diffuse dans tout l'abdomen. Dans tous les cas, d'ailleurs, on a trouvé de la péritonite diffuse. Dans 15 cas tous les caractères ont été ceux de l'appendicite, 6 fois le diagnostic a été douteux. On peut donc dire que le diagnostic différentiel de l'appendicite et de la perforation duodénale est difficile.

M. Routier a observé un cas tout à fait opposé à celui de M. de Rouville. Il s'agissait d'une jeune fille qui avait présenté des troubles gastriques et chez laquelle M. Rendu avait diagnostiqué un ulcère du duodénum. Cette jeune fille ayant été prise d'accidents fort graves, M. Rendu la fit transporter dans le service de M. Routier qui osait à peine l'opérer, tant son état semblait désespéré. Cependant l'ayant examinée avec grand soin, il hésita entre une appendicite et le diagnostic de M. Rendu, il l'opéra; c'était une appendicite. Contre toute attente, la malade guérit.

M. Faure fait observer qu'au point de vue du diagnostic de de l'appendicite et de l'ulcère gastrique ou duodénal, la douleur thoracique a une grande importance.

Extirpation des anévrismes poplités. — M. Faure a opéré un homme de cinquante-trois ans qui était atteint d'un anévrisme du creux poplité. Il appliqua la bande d'Esmarck, fit une incision sur le creux poplité, plaça une pince sur le vaisseau, au-dessus et au-dessous de la poche et enleva celle-ci. Il y eut une gangrène de la jambe qui obligea M. Faure à l'amputer douze jours après. Il y eut un peu de gangrène du lambeau d'amputation. La pièce fut disséquée, l'anévrisme siégeait très haut. Peut-être la bande d'Esmarck a-t-elle été ici défavorable.

M. Guinard a opéré il y a trois semaines un anévrisme de la fémorale à la naissance de la poplitée. La tumeur était énorme; le sujet était très athéromateux. Ainsi que le montraient les tracés sphygmographiques, M. Guinard, pour extirper cet anévrisme, a eu soin d'abord de lier l'artère audessous. Il attache une grande importance à cette précaution pour éviter les embolies possibles et la gangrène. Le malade a très bien guéri et n'a pas eu de gangrène. M. Guinard redouterait plutôt l'emploi de la bande d'Esmarck.

M. Poirier, dans un cas, a pris soin de lier d'abord audessous de la tumeur, ce qui n'a pas empêché le malade d'avoir de la gangrène et d'être amputé ensuite par M. Tuffier. Aussi M. Poirier préfère-t-il la ligature à l'ablation totale.

M. Quénu se montre, au contraire, partisan absolu de l'ablation.

M. Faure ne voit aucun inconvénient à commencer par la ligature supérieure; mais il fait observer, avec juste raison, qu'au point de vue de l'oblitération possible ultérieure, la ligature seule doit exposer aux mêmes dangers que l'ablation.

ANALYSES

MÉDECINE

Les érythèmes infectieux, en particulier les érythèmes métadiphtériques et les érythèmes primitifs. (E. Detot. Th. de Paris, 1904.) — Après avoir donné une vue d'ensemble des érythèmes infectieux, nom sous lequel il faut entendre les éruptions qui surviennent dans les maladies infectieuses, mais qui ne font pas partie du tableau clinique régulier de la maladie, ainsi que certains érythèmes survenant sans cause étiologique appréciable, l'auteur indique dans son excellente thèse les caractères communs qui permettent de rapprocher dans un même cadre ces faits à première vue assez disparates. Puis il donne une description des éruptions survenant au cours de la diphtérie, spécialement de la variété scarlatiniforme, s'attachant à montrer les caractères distinctifs, au point de vue clinique et au point de vue pathogénique, de l'éruption scarlatinoïde qui doit être différenciée à la fois des éruptions sériques à type scarlatiniforme et de la scarlatine vraie associée à la diphterie. Ensuite, M. Detot résume les caractères de ce qu'on peut appeler l'érythème infectieux primitif (particulièrement dans sa variété scarlatiniforme); c'est un véritable syndrôme morbide, qui apparaît en dehors de tout état pathologique antérieur déterminé, caractérisé d'une part par une éruption à type éruptif variable, souvent mixte, et, d'autre part, par un ensemble de signes généraux d'allure nettement infectieuse; dans certaines formes, ceux-ci prennent une importance prédominante et l'affection se termine par la mort. Ces érythèmes forment un groupe dont les limites sont assez difficiles à fixer, mais dont l'infection constitue le caractère pathogénique commun et qui, par là, possède une certaine autonomie.

L. Babonneix.

CHIRURGIE

Les varices de la vessie au point de vue du diagnostic et du traitement des calculs vésicaux. (*Il Policlinico*, sect. de chir., fasc. 11, novembre 1904.) — Voici quelles sont sur ce sujet les conclusions d'un article de Leotta :

1° Les varices de la vessie sont le plus fréquemment limitées au col, ou tout au plus étendues au bas-fond viscéral, mais elles peuvent aussi, contrairement à l'opinion émise par beaucoup d'auteurs, être uniformément distribuées sur toute la paroi;

2° Il faut songer à la possibilité des varices toutes les fois qu'on intervient sur la vessie car elles peuvent provoquer des hémorragies plus ou moins graves capables parfois de mettre en danger par elles-mêmes la vie du malade;

3° Il faut reconnaître le développement de la vascularisation des parois surtout sur une vessie renfermant un calcul, car c'est à ce diagnostic précis que sera subordonné le choix du procédé chirurgical à mettre en œuvre;

4° Pour se rendre un compte exact de ce développement de la vascularisation le moyen le plus sûr est l'examen cytoscopique; les signes cliniques peuvent au contraire induire en erreur;

5° L'existence de varices de la paroi vésicale, même si elles sont circonscrites au point d'élection, et à bien plus forte raison si elles sont étendues à toute la paroi, constitue une contre-indication absolue à la litholopaxie. Il sera donc nécessaire dans ces cas de recourir à l'extraction du calcul par une voie artificielle, suprapubienne ou périnéale selon les indications et les contre-indications de l'une ou de l'autre voie. On préfère si possible la voie sus-pubienne;

6° S'il se produit une hémorragie vésicale par varices circonscrites, on essaie d'abord de l'arrêter par des moyens non sanglants, tels que l'introduction d'un gros cathéter et des lavages à l'eau froide, le soulèvement du bassin, l'application d'une vessie de glace à l'extérieur et l'administration d'hémostatiques à l'intérieur; mais si on ne parvient pas à arrêter l'hémorragie par ces moyens, il ne faut pas persister dans une expectation toujours dangereuse, mais on devra recourir à la cystostomie sus-pubienne qui permettra de vider la vessie du sang coagulé;

7° Cette intervention fera cesser l'hémorragie par l'action pure et simple de la taille si l'écoulement sanguin était peu abondant et provenait de varices circonscrites; elle continuera si elle provenait de varices multiples et diffuses, on n'obtiendra alors l'hémostase que par un tamponnement forcé de la cavité vésicale.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Étude expérimentale du drainage du péritoine chez le chat. (F. T. Murphy. *The Boston med. and surg. Journ.*, 12 janv. 1905, vol. CLII, n° 2.) — Lorsque l'on draine la cavité péritonéale, on peut se proposer l'un des buts suivants, très différents l'un de l'autre :

1° Soit de favoriser l'enkystement par des adhérences d'une petite portion de la cavité péritonéale qui est infectée;

2° Soit de drainer au dehors, le plus longtemps possible, le contenu de la grande cavité libre d'adhérences.

Murphy s'est proposé de rechercher par l'expérimentation si on pouvait atteindre ces deux résultats presque opposés et par quels moyens.

D'une façon générale on sait que deux surfaces péritonéales accolées sont solidement réunies au bout de vingt-quatre heures. De même un corps étranger introduit dans le péritoine s'enkyste rapidement dans des adhérences. Mais le temps de cet enkystement varie selon la nature du corps étranger et l'état antérieur du péritoine aseptique ou non. Ses expériences sur le chat peuvent se résumer ainsi : L'animal est endormi à l'éther, on pratique une laparotomie sous-ombilicale gauche, on place un drainage s'étendant au petit bassin. Après un nombre d'heures variant pour chaque expérience, on couche l'animal sur un plan incliné, on l'endort à nouveau, on fait une laparotomie gauche sus-ombilicale, et avec un entonnoir on remplit le péritoine de gélatine chaude, liquide, colorée de carmin.

On étudie alors la sortie du liquide par le drain, la quantité, la rapidité de son apparition. S'il ne s'écoule rien, on sacrifie l'animal, on laisse refroidir la masse de gélatine qui se prend et on peut étudier les obstacles à son écoulement au dehors.

Les résultats de ces expériences montrent que les mèches de gaze ou les mèches contenues dans un tube (drainage en cigarette) ne drainent plus après dix-huit heures. Les tubes de caoutchouc ou de verre drainent jusque vers le troisième jour. Dans tous les cas, c'est l'épiploon qui joue le rôle capital dans l'enkystement.

L'infection générale du péritoine semble retarder l'enkystement. L'abandon de sérum dans la séreuse ne semble jouer aucun rôle, car la résorption doit être très rapide.

Il semble donc que, lorsque par le drainage on cherche à isoler une portion septique du péritoine en créant rapidement des adhérences, on doive se servir de mèches de gaze. Si au contraire on cherche à drainer le plus longtemps possible toute la cavité péritonéale, on doit employer les tubes de verre ou de caoutchouc. Encore ce drainage ne semble-t-il pas devoir être efficace pendant plus de soixante-deux heures au maximum.

M. LANCE.

Adénome duodénal à type brumérien; perforation; péritonite généralisée; laparotomie; mort. (De Rouville et Martin. *Bull. de la Soc. anat.*, 1904, p. 689.) — Un homme de vingt-deux ans est pris en pleine santé d'une péritonite généralisée, que l'opération montre purulente, sans permettre d'en découvrir la cause; l'autopsie fit voir un ulcère du duodénum, né aux dépens d'un adénome à type brumérien, et perforé.

L. ALQUIER.

OBSTÉTRIQUE

Action de certaines substances pharmaceutiques sur les contractions utérines. (*Arch. Ital. di gynecol.*, 30 sept. 1904.) — M. Chidichimo, à la suite de longues recherches, est arrivé aux conclusions suivantes :

La *nicotine* à petites ou à fortes doses amène un état tétanique de l'utérus et rend les contractions utérines plus lentes et plus énergiques qu'à la normale. Son action s'exerce aussi bien sur l'utérus vide que sur l'utérus gravide.

Le *chloral* à doses thérapeutiques rend les mouvements de l'utérus plus lents, mais plus énergiques; avec des doses fortes ils deviennent plus lents, mais leur énergie ne s'accroît pas au-dessus de la normale.

L'énergie des contractions utérines n'est pas modifiée par le *salicylate de soude*, mais elles deviennent un peu plus rares surtout avec des doses toxiques.

L'extrait fluide d'*hydrastis canadensis* et l'*hydrastinine* rendent les mouvements de l'utérus, vide ou gravide, plus lents et plus énergiques que les mouvements physiologiques.

Les doses thérapeutiques d'extrait fluide de *viburnum prunifolium* ne modifient pas notablement les contractions utérines quant à leur énergie, mais elles deviennent plus lentes; les doses considérables les rendent plus rares et moins énergiques.

Avec l'*euquinine* les mouvements de l'utérus gravide sont plus lents et plus énergiques. Il y a cependant quelquefois une augmentation de la fréquence des contractions.

La *digitaline* rend les contractions utérines plus rares et un peu plus énergiques.

Le *sulfate de spartéine* à très petites doses détermine un tétanisme peu accentué de l'utérus et rend ses mouvements un peu moins énergiques et un peu plus lents qu'à l'état physiologique. Avec des doses moyennes et fortes, il se produit un tétanisme marqué de l'utérus dont les contractions deviennent très rares, mais, alors qu'avec les doses moyennes de ce médicament les mouvements de l'utérus conservent leur énergie normale, avec les doses fortes ils deviennent un peu moins énergiques qu'à l'état physiologique.

L'*ergotine Yvon* à doses thérapeutiques ou à doses toxiques ne produit pas la tétanisation de l'utérus gravide et rend ses contractions un peu plus énergiques et beaucoup plus rares que les contractions physiologiques. Les contractions utérines deviennent rythmiques et régulières même après l'administration de fortes doses de ce médicament.

L'ergotine dyalisée n'a pas d'influence sur les mouvements utérins quant à leur fréquence ; elle diminue leur énergie d'une façon presque insensible.

L'*éther sulfurique* administré en injection hypodermique, soit à dose thérapeutique, soit à forte dose, amène une tétanisation de l'utérus et rend ses contractions plus énergiques mais plus rares. Avec des doses très fortes les mouvements de l'utérus cessent de devenir plus lents mais deviennent un peu plus faibles qu'à l'état physiologique.

L'éthérisation pendant la première période, c'est-à-dire la période cérébrale, ne modifie pas l'énergie des contractions utérines mais les rend plus rares ; à la seconde période, période médullaire, les mouvements deviennent non seulement plus lents, mais aussi plus faibles que normalement.

Si à ce moment on suspend l'éthérisation, les contractions utérines deviennent rapidement plus énergiques et plus fréquentes, mais ne reviennent à la normale qu'au bout de quelques heures. A la troisième période, période bulbaire, les mouvements utérins sont paralysés.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

LIVRES NOUVEAUX

Hygiène de la grossesse et puériculture intra-utérine (1), par le docteur BOUCHACOURT, avec une préface du professeur BUDIN.

L'accueil fait par le public à l'intéressant volume du docteur Bouchacourt a nécessité la publication d'une deuxième édition. Je ne doute pas qu'elle n'ait un succès égal à la première, car ce livre si documenté ne s'adresse pas seulement au médecin ; il intéresse toute personne soucieuse du bien de l'humanité et de l'amélioration de notre race. C'est une œuvre essentiellement philanthropique. MARCEL DELESTRE.

Les méthodes de rééducation en thérapeutique (2), par le docteur CONTET.

Il existe encore peu de traités consacrés aux méthodes de rééducation thérapeutique. Aussi beaucoup de médecins ont-ils à peine entendu parler du traitement de l'ataxie par la méthode de Frenkel, de l'éducation de l'idiot, de la suppression des tics, de la thérapeutique des névroses par la psychothérapie. *A fortiori*, la technique générale de ces méthodes leur est-elle complètement étrangère. Or, dit l'auteur, au milieu des nécessités de la lutte pour la vie comment se documenter ? Pour satisfaire ce qui, à première vue, peut sembler une simple curiosité, il faudrait presque toujours une bibliothèque spéciale.

L'idée est donc venue au docteur Contet de faire profiter ses confrères de ses connaissances spéciales sur le sujet. Après avoir rappelé les *principes généraux et les bases de la rééducation*, il aborde les méthodes de rééducation et décrit successivement la *rééducation psychique*, la *rééducation motrice*, la *rééducation sensorielle*, la *rééducation organique*, la *rééducation dans l'idiotie*. Laissant de côté les détails de technique trop minutieux, il se contente d'exposer les faits actuellement acquis, et dont chaque praticien peut tirer parti pour le plus grand bénéfice des malades. L. BABONNEIX.

(1) In-18 jésus (2e éd.). Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.
(2) In-18 jésus. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

LA LOI DE DEUX ANS. — Le *Journal officiel* du 23 mars publie la loi modifiant la loi du 15 juillet 1889, sur le recrutement de l'armée et réduisant à deux ans la durée du service dans l'armée active.

La loi a été promulguée le 21 mars 1905.

Voici les articles 25 et 26 visant les étudiants en médecine :

« ART. 25. — Les docteurs ou les étudiants en médecine, munis de douze inscriptions, qui ont subi avec succès, à la fin de leur première année de service, l'examen de médecin auxiliaire, sont nommés à cet emploi et accomplissent leur deuxième année de service comme médecins auxiliaires.

Les jeunes gens pourvus du diplôme de vétérinaire civil ou admis en quatrième année, qui ont subi avec succès, à la fin de leur première année de service, l'examen de vétérinaire auxiliaire, sont nommés à cet emploi et accomplissent leur deuxième année de service comme vétérinaires auxiliaires.

Les jeunes gens visés aux deux alinéas précédents, qui auront pris l'engagement d'accomplir trois périodes supplémentaires d'instruction pendant leur séjour dans la réserve et qui auront subi avec succès à la fin du troisième semestre les épreuves d'un concours pour le grade d'aide-major ou d'aide-vétérinaire de réserve, sont nommés à ce grade, dans la limite des besoins, et accomplissent en cette qualité leur quatrième semestre de service dans l'armée active.

ART. 26. — Les jeunes gens admis à l'école du service de santé militaire devront faire une année de service dans un corps de troupe aux conditions ordinaires avant leur entrée dans cette école.

Ceux qui ont subi avec succès le concours d'admission à l'emploi d'élève en pharmacie du service de santé ou à l'emploi d'aide-vétérinaire stagiaire devront faire une année de service dans les mêmes conditions avant d'être affectés à ces emplois.

Ils contractent, dès leur entrée à l'école ou leur nomination à l'emploi, l'engagement de servir dans l'armée active pendant six ans au moins à dater de leur nomination au grade de médecin ou de pharmacien aide-major de deuxième classe ou d'aide-vétérinaire.

Ceux qui n'obtiendraient pas le grade d'aide-major ou d'aide-vétérinaire ou qui ne réaliseraient pas l'engagement sexennal, accomplissent leur deuxième année de service dans les conditions prévues à l'article précédent.

Ces dispositions sont également applicables aux élèves de l'école de médecine navale, aux élèves de l'école d'administration de la marine et aux administrateurs stagiaires de l'inscription maritime. »

CONGRÈS. — Un Congrès contre l'exercice illégal de la médecine s'ouvrira à Paris, le 8 mai prochain, sous la présidence de M. Brouardel.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Ligier, directeur de l'asile d'aliénés du Rhône, et Charles Appell, le grand patriote alsacien, décédé à Strasbourg.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 36. — MARDI 28 MARS 1905. 78e ANNÉE. MARDI 28 MARS 1905. — N° 36.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Écoliers mentalement anormaux. Les asthéniques, par MM. G. PAUL-BONCOUR et Jean PHILIPPE.
Laryngo-sténose aiguë syphilitique, guérison par les injections de biiodure de mercure, par M. P. MALAFOSSE.
MÉDECINE PRATIQUE
Traitement des gastro-entérites intestinales par le babeurre.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences. — Société médicale des hôpitaux. — Société de biologie.
LIVRES NOUVEAUX
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

LEÇON D'OUVERTURE DU PROFESSEUR SEGOND. — Depuis longtemps on n'avait vu à la Faculté un public aussi nombreux et aussi enthousiaste que celui qui s'écrasait vendredi dans le grand amphithéâtre pour assister à la première leçon du professeur Segond.

Nous n'essaierons pas de dire combien fut goûtée la parole du professeur par ses innombrables élèves et amis. Tous ceux qui l'ont entendu dans ses fonctions de secrétaire général de la Société de chirurgie connaissent le charme de sa parole.

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de médecine. — Admissibilité.* — Epreuve clinique. — Séance du 24 mars 1905 : MM. Jousset, E. Terrien et Comte, 20; Decloux, absent.

Ont été déclarés admissibles :

MM. Milian, Kahn, Jousset, Terrien, Gandy, Ravaut, Rist, Lortat-Jacob, Ramond, Lœper, Coyon, L. Lavastine et Garnier.

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Une place de médecin-adjoint des hôpitaux et hospices est mise au concours. Les épreuves commenceront le mardi 20 juin 1905, à huit heures du matin.

INSTRUCTION PUBLIQUE. — M. le docteur Moniez, docteur ès sciences, inspecteur de l'académie de Paris en résidence à Paris, est nommé recteur de l'académie de Grenoble.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — M. le docteur Roche est nommé, après concours, chef de clinique gynécologique à la Faculté de médecine de Bordeaux.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — Un concours s'ouvrira le 6 novembre 1905 devant l'école supérieure de pharmacie de l'Université de Paris, pour un emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — M. Cousin, chef des travaux pratiques de chimie (première année) est nommé, du 1er mars au 31 octobre 1905, chef des travaux pratiques de chimie (deuxième et troisième années), en remplacement de M. Lextrait, admis à la retraite.

M. Defacqz, préparateur de chimie, est nommé, du 1er mars au 31 octobre 1905, chef des travaux pratiques de chimie (première année), en remplacement de M. Cousin.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret du président de la République en date du 24 mars 1905, est promu au grade de médecin-inspecteur, M. le médecin principal de première classe Geschwind, directeur du service de santé du 17e corps d'armée, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Claudot, promu médecin-inspecteur général.

Par décision ministérielle du 24 mars 1905, M. le médecin-inspecteur Geschwind, nouvellement promu, est maintenu dans ses fonctions de directeur du service de santé du 17e corps d'armée à Toulouse.

M. Mellies, médecin-major de deuxième classe au 160e d'infanterie, est désigné pour le 146e d'infanterie; — M. Blot, médecin aide-major de deuxième classe au 146e d'infanterie, est désigné pour le 160e d'infanterie.

CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décision ministérielle du 24 mars 1905, M. le médecin aide-major de deuxième classe Bongrand, du 1er d'artillerie coloniale, a été placé hors cadres, en mission pour le service, et mis à la disposition de M. le ministre des Affaires étrangères.

Par décision ministérielle du 24 mars 1905, M. le médecin aide-major de première classe Ribot, du cadre de l'Afrique occidentale, a été mis en activité hors cadres, pour occuper les fonctions de chef du service municipal d'hygiène de Dakar.

MARINE. — Le ministre de la Marine a décidé la mise en service de l'hôpital de Sidi-Abdallah à Bizerte, à compter du 15 avril 1905.

M. le médecin principal Labadens est désigné comme chef

de service, et M. le médecin de deuxième classe Lestage est désigné comme médecin résidant.

— Sont désignés pour servir à la division navale de Tunisie :

M. le médecin de première classe Seguin, qui remplira lesfonctions de médecin divisionnaire.

MM. les médecins de deuxième classe Quéré et Hutin.

LE CENTENAIRE DE MANUEL GARCIA. — Le centenaire de Manuel Garcia, l'inventeur du laryngoscope, a été célébré en grande pompe à Londres, il y a huit jours. Garcia, qui fut un professeur de chant illustre en même temps qu'un physiologiste trop longtemps méconnu, appartenait à une famille de musiciens célèbres.

Il est le frère de la Malibran, immortalisée par Musset, et de l'inoubliable Pauline Viardot, qui porte allègrement ses quatre-vingt-cinq ans.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON. — Dans sa séance annuelle, la Société vient de décerner les prix suivants :

Prix Bouchacourt : MM. Challaye et Trillat.

Prix Diday : M. Dennery.

ÉCOLIERS MENTALEMENT ANORMAUX

LES ASTHÉNIQUES [1]

PAR

G. PAUL-BONCOUR,
Ancien interne des hôpitaux, médecin du service biologique à l'École Théophile-Roussel.

JEAN PHILIPPE,
Chef des travaux au laboratoire de psychologie physiologique à la Sorbonne, professeur à l'École Arago.

De même qu'il y a des écoliers dont la souffrance nerveuse se manifeste par une excitation excessive, une suractivité morbide, de l'instabilité, de même chez d'autres elle se traduit au contraire par une diminution de l'activité, par de la dépression, de l'asthénie, de l'apathie morbide.

A la même école où l'on cataloguait les élèves du premier genre parmi les indisciplinés, les élèves du second sont tout naturellement rangés parmi les paresseux. Mais il importe de faire ici une distinction pratique : il y a des paresseux volontaires, il y a des paresseux malades.

Les aliénistes n'assignent guère de place à cette dernière catégorie d'anormaux. Ils n'en font pas mention à côté des instables et des arriérés, précisément parce que ces écoliers ne sont pas des sujets d'asile. La tare dont ils souffrent fait partie des anomalies mineures, elle leur permet donc de séjourner dans la famille près de frères et sœurs, ou à l'école au milieu de leurs camarades; et de plus ils sont partout mieux supportés que les indisciplinés. En effet l'asthénique ne gêne personne, sa tranquillité n'attire pas l'attention ; on ne se plaint pas de lui en classe, il ne vagabonde pas comme l'indiscipliné et n'est pas de ceux qu'on conduit chez le commissaire.

Et cependant, c'est dans le groupe des plus mauvais élèves que l'on trouve l'asthénique, le pire des paresseux, rebut des classes, crétin et cancre dont il n'y a rien à tirer. Une étude attentive de ces enfants décèle bientôt leur infirmité nerveuse : c'est une inertie mentale presque complète, souvent alliée à une non moins complète atonie organique.

Chez ces écoliers, ce qui domine, c'est l'inactivité profonde de toutes les fonctions psychiques : leur attention ne peut agir, se concentrer, ni surtout se maintenir concentrée. Non pas qu'elle se déplace constamment et change d'objet comme chez l'instable, mais elle est incapable de se maintenir longtemps fixée, toute fixation amenant immédiatement la fatigue par un épuisement rapide et durable. D'ailleurs à cause même de cette impotence cérébrale leur attention évite de se fixer longtemps, et de préférence recherche spontanément les périodes d'inaction et il en est de même pour toutes les facultés : mémoire, imagination, volonté, etc. Ajoutons même qu'il en va ainsi pour toutes les autres fonctions de l'organisme ; c'est l'individu tout entier qui éprouve un besoin constant de repos, et c'est pourquoi ces écoliers se complaisent dans une apathie perpétuelle, en classe, dans les jeux, dans leur famille, pendant les vacances, partout. Ce qui règle tous leurs actes, c'est la loi du moindre effort, ils sentent qu'ils sont capables de peu, et ils se ménagent.

Composée d'anormaux de cette espèce, une classe serait toute tranquille, et d'une parfaite discipline. De ce côté aucun souci pour le maître; mais par contre aucune satisfaction du côté des devoirs, des progrès intellectuels, etc.

En récréation l'attitude générale reste la même : ces écoliers s'occupent à des riens, s'absorbent en des puérilités bien au-dessous de leur âge; leurs jeux même sont inertes et sans rien des joyeux entraînements de la saine enfance qui aime se sentir vivre et agir. A voir la lenteur de leurs mouvements, l'indifférence aux punitions, aux reproches comme aux encouragements, on comprend quelle intensité de fatigue leur cause tout effort, même pour le plaisir.

L'arriération mentale qui coexiste souvent avec l'instabilité se rencontre plus fréquemment encore avec l'asthénie. N'est-il pas d'ailleurs tout naturel que des facultés toujours en besoin de repos se développent lentement et mal?

Un mot vient spontanément à l'esprit pour caractériser ces enfants. Ne sont-ce pas des neurasthéniques? M. Maurice de Fleury (1), en observateur avisé, a bien vu quelles analogies les rapprochaient de ce groupe et l'analyse des éléments constitutifs de la paresse chez l'enfant l'a conduit à admettre, « avec les éducateurs les plus expérimentés et les philosophes les plus éminents de ce temps, que l'indolence d'esprit, conséquence fréquente d'une culture malhabile, dépend encore bien souvent d'un fonctionnement morbide du cerveau, d'un ralentissement de sa nutrition, et pour tout dire, d'une maladie très banale du système nerveux en voie de développement : la neurasthénie infantile. »

Ainsi formulée, cette description d'une neurasthénie infantile ne saurait être contestée. Il n'en est plus de même, lorsqu'on lui attribue comme l'ont fait la plupart de ceux qui se sont occupés de ces questions, tous les caractères de la neurasthénie chez l'adulte; c'est oublier quelle différence il faut faire entre l'enfant et l'adulte, et entre deux entités morbides aussi différentes que l'inertie nerveuse dont nous venons de parler, et la neurasthénie chez l'adulte. Aussi préférons-nous, pour éviter toute amphibologie et toute confusion, employer le mot d'asthénie.

Sans doute, la neurasthénie de l'écolier arrivé à l'adolescence ou aux approches, est bien une maladie nerveuse assimilable de tous points à la neurasthénie de l'adulte. Elle en présente, en dehors des symptômes que nous avons énumérés, les signes spécifiques : la préoccupation, l'anxiété, l'aboulie, la céphalée, l'insomnie, etc Et les causes qui provoquent tous ces accidents sont bien les mêmes que celles qui agissent chez l'adulte : surmenage intellectuel ou physique, inquiétude d'un examen, ambition, jalousie, etc.

(1) Ce travail formera un chapitre de l'*Introduction à l'étude des écoliers mentalement anormaux*. — Sous presse in *Bibliothèque de philosophie contemporaine*, Paris, F. Alcan, 1905.

(1) Maurice DE FLEURY. *Le corps et l'âme de l'enfant*, Colin, 1899.

toutes causes surajoutées : cet état n'a donc rien de foncièrement congénital.

Mais chez l'écolier plus jeune, les causes de la fatigue nerveuse sont profondément différentes de celles qui agissent chez l'adulte. Celui-ci a exagéré l'effort de son cerveau; l'enfant asthénique, au contraire, non seulement n'exagère jamais son travail cérébral ou physique et ne lutte pas pour donner plus qu'il ne peut, mais encore il reste radicalement incapable de fournir un effort moyen, parce qu'il est constitutionnellement asthénique et né fatigué. Le neurasthénique ne peut dormir; l'asthénique, au contraire, a constamment de longs sommeils pour réparer les déficits même faibles de son organisme. C'est chez lui affaire de tempérament, au lieu d'être, comme chez l'adulte, le résultat d'un surmenage. Le neurasthénique adulte et l'écolier asthénique, quoique tous deux frappés d'impotence cérébrale, le sont pour des raisons bien différentes, l'adulte souffrant d'une exagération d'efforts voulue : il s'est forcé.

Si nous insistons sur ces détails, c'est pour bien montrer que parmi les écoliers qui présentent de la fatigue mentale, on doit toujours distinguer entre ceux qui se sont fatigués par excès de travail, et ceux dont la fatigue est au contraire congénitale et antérieure à tout effort. Ces derniers ne sont ni des surmenés, ni des anormaux transitoires, mais de véritables anormaux, et c'est souvent leur organisme tout entier qui participe à la fatigue manifestée à l'école par de l'inertie mentale. Le plus souvent en effet, « un cerveau sans entrain s'accompagne d'un estomac tardif et dilaté, d'un cœur aux battements mous, d'une pression artérielle basse et d'un ralentissement notable dans l'activité des échanges qui constituent la nutrition. Ce n'est donc pas l'esprit seulement, mais bien tout l'organisme qui se relâche (M. de Fleury) », ou du moins c'est partout cet ensemble que se manifeste très fréquemment l'inertie générale de ces écoliers asthéniques. On peut rencontrer quantité d'autres signes : le fond commun est toujours cette atonie générale; elle reste, sous ses multiples manifestations, la caractéristique fondamentale de cet état morbide, qu'il importe de définir et d'isoler à l'âge où cette anomalie est encore curable chez les écoliers dont nous nous occupons.

LARYNGO-STÉNOSE AIGUE SYPHILITIQUE

GUÉRISON PAR LES INJECTIONS DE BIIODURE DE MERCURE

Par M. P. MALAFOSSE,

Médecin-major de deuxième classe.

Au mois de février 1904, la famille O..., habitant Géryville, venait nous consulter à l'hôpital pour des accidents syphilitiques secondaires.

La mère nous racontait que, dans le courant de l'année 1902, elle et deux de ses enfants avaient contracté la syphilis en buvant après une négresse qui leur servait de bonne. Ils avaient eu d'abord sur les lèvres une plaie assez longue à guérir et plus tard étaient survenues des plaques dans la bouche qui avaient été diagnostiquées d'origine syphilitique par le docteur Coste, notre prédécesseur.

Pour plus de certitude la famille O... était allée consulter un docteur, à Mascara, qui avait confirmé le diagnostic et prescrit des pilules de proto-iodure de mercure à la mère et du sirop de Gibert aux enfants.

Au mois d'octobre 1904, Mme O... nous ramène son jeune enfant, alors âgé de six ans, qui présentait les symptômes d'une laryngite aiguë caractérisée par l'enrouement de la voix et une légère toux rauque. Pas de fièvre. L'auscultation était d'autre part absolument négative.

Un examen des plus minutieux ne révélait aucun accident syphilitique sur les diverses parties du corps et notamment dans la cavité buccale.

Nous prescrivons une révulsion locale sous forme de teinture d'iode, de cataplasmes sinapisés et une potion antispasmodique. En même temps nous conseillons la reprise du traitement spécifique.

Dix jours environ après, l'enfant nous est représenté ayant toujours les mêmes symptômes de laryngite, mais plus accentués, surtout du côté de la voix qui est presque aphone. Il n'y a cependant aucun trouble respiratoire; l'appétit est conservé et l'état général est excellent. Au traitement précédent nous joignons des inhalations de vapeur d'eau additionnée de menthol et nous doublons la dose de sirop de Gibert qui est portée à deux cuillerées à café par jour.

Dans la nuit du 26 au 27 octobre, le père vient précipitamment nous chercher pour son enfant qui, nous dit-il, est sur le point d'asphyxier. Nous trouvons le petit malade assis sur son lit, en proie à une gêne respiratoire très marquée; l'inspiration est difficile, bruyante et accompagnée d'un tirage épigastrique prononcé, l'expiration est toutefois moins pénible; pas de fièvre; pas d'engorgement ganglionnaire et absolument rien dans la bouche, notamment sur les amygdales ou le voile du palais. La palpation du larynx n'éveille aucune sensation douloureuse.

Un vomitif est administré immédiatement et une serviette imbibée d'eau chaude est appliquée autour du cou. L'enfant paraît soulagé et s'endort, mais toujours avec une respiration des plus pénibles.

Nous revoyons le malade le lendemain matin. L'état général est bon, le visage coloré normal, le pouls calme, pas d'abattement, pas de fièvre, mais la toux et la voix sont voilées, on distingue difficilement les paroles que prononce le petit malade. L'inspiration est toujours laborieuse, sifflante, mais cependant la difficulté respiratoire est moins prononcée que pendant la nuit; le tirage épigastrique persiste, mais diminue.

Les parents nous racontent que l'enfant, qui pendant le jour se trouvait relativement bien, mangeant et s'amusant comme d'habitude, avait depuis quelque temps pendant son sommeil une respiration bruyante qui les effrayait, ils le réveillaient et les symptômes de dyspnée s'amélioraient momentanément. Pour la première fois la nuit dernière il s'était brusquement réveillé avec un accès de suffocation.

Un examen laryngoscopique aurait pu être d'un très grand intérêt, mais l'enfant étant très indocile il n'a pas été possible de recourir à ce moyen précieux de diagnostic. C'est avec beaucoup de peine que nous avons pu arriver à faire une exploration digitale du côté du pharynx et de l'arrière-cavité des fosses nasales. La vue et le toucher ne nous ont du reste révélé aucune lésion pouvant expliquer les troubles respiratoires intenses que nous observions; d'autre part l'analyse

de l'urine n'avait pas permis de découvrir la moindre trace d'albumine.

Nous avons dû baser notre diagnostic de laryngite œdémateuse syphilitique sur les antécédents du malade et les symptômes de sténose brusquement présentés.

Nous ne cachons pas à la famille la gravité de la complication actuelle et nous insistons tout particulièrement sur l'urgence d'un traitement immédiat par des injections, au lieu d'administrer le mercure sons forme de sirop. Nous faisons le matin même, dans le tissu cellulaire de la région fessière, une injection d'un centimètre cube d'huile biiodurée d'après la formule de Panas, soit 4 milligrammes de biiodure de mercure. Le traitement est continué tous les jours à la même dose. La température prise régulièrement ne dépasse jamais 37 degrés. L'enfant qui est vu, matin et soir, ne présente aucun accident d'intoxication soit du côté de la cavité buccale, soit du côté de l'intestin.

Dès la quatième injection une amélioration manifeste se produit, non seulement les accès de suffocation disparaissent, mais la gêne de la respiration diminue notablement. Le tirage épigastrique n'existe plus; le cornage est encore appréciable surtout pendant le sommeil, mais il s'atténue graduellement. Nous faisons ainsi 11 injections consécutives jusqu'à la disparition complète des troubles respiratoires. Il ne persiste alors qu'un enrouement, toutefois assez accentué, de la voix et de la toux.

Après la suspension des injections, le traitement spécifique est continué sous forme de sirop de Gibert, avec des intervalles de repos. Deux mois après, l'enfant avait un timbre de voix à peu près normal, et depuis cette époque il a toujours joui d'une excellente santé.

Cette observation nous a paru intéressante à relater tant au point de vue clinique que thérapeutique.

Si nous n'avions pas, en effet, connu les antécédents du malade et la marche de la maladie, le diagnostic n'était pas sans présenter quelques difficultés. On aurait pu tout d'abord penser à un spasme de la glotte, à une laryngite striduleuse, bien que la toux aboyante, si caractéristique dans ce cas, fît complètement défaut.

Dès le lendemain matin, en voyant l'enfant toujours en état de dyspnée, avec du cornage et du tirage, une voie éteinte, on n'aurait pu s'empêcher de poser l'hypothèse de croup. Cependant on n'avait pas les symptômes de l'intoxication aiguë (abattement, pâleur du visage, fièvre); localement nous n'avions découvert aucun signe d'angine membraneuse et pas le moindre engorgement ganglionnaire de la région sous-maxillaire.

Cette ressemblance de la laryngite syphilitique œdémateuse avec le croup est signalée par plusieurs auteurs, notamment par Dieulafoy (13e édition, page 91) : « Les symptômes de la syphilis laryngée simulent si bien le croup que des erreurs de diagnostic ont été commises... Il faut toujours penser, dit-il, à la possibilité de la syphilis laryngée chez un enfant, qui sans angine diphtérique préalable, sans engorgement ganglionnaire, présente des symptômes analogues à ceux du croup. »

Il semble probable que dans le cas de notre petit malade des syphilides érosives ou ulcéreuses siégeaient sur le muqueuse laryngée et provoquaient une congestion plus ou moins intense, autour de laquelle s'était formé un œdème, qui tendait à diminuer de plus en plus le calibre de l'organe. Suivant la remarque de Krishaber et Peter (*Dictionnaire encyclopédique*), la respiration étant plus lente et plus faible pendant le sommeil, un rétrécissement relativement bien toléré pendant le jour devenait pendant la nuit une cause de dyspnée progressive. En dernier lieu, la gêne respiratoire s'annonçait avec des symptômes tellement accusés que l'on aurait pu recourir à la trachéotomie, si les accidents asphyxiques n'avaient cédé rapidement au traitement spécifique.

C'est dans ces cas d'extrême urgence, mettant en danger la vie du malade, que les injections mercurielles à dose élevée peuvent donner des résultats inespérés. Dès la quatrième injection nous étions en effet à peu près maître de la situation, et il est à remarquer que cet enfant de six ans a pu supporter, sans le moindre symptôme d'intoxication, 11 injections consécutives de 4 milligrammes de biiodure. La formule de Panas, dont la teneur en mercure est trop faible pour réaliser la mercurialisation intensive chez l'adulte, semble être une ressource précieuse dans le jeune âge.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DES GASTRO-ENTÉRITES INFANTILES PAR LE BABEURRE

Le babeurre, ou lait de beurre, ou lait battu, est le résidu du barattage de la crème ou du lait aigri après que le beurre a été recueilli. Il a été employé dans le traitement des gastro-entérites infantiles par de nombreux auteurs, et particulièrement par M. Decherf, auquel nous empruntons la plupart des détails qui vont suivre (1).

Le babeurre a été donné cru par certains auteurs; actuellement, tous les médecins le donnent cuit. Il suffit de diluer une cuillerée à bouche de farine de froment par litre de babeurre; on fait cuire lentement dans une casserole émaillée ou en porcelaine, en ayant soin d'agiter sans cesse pour éviter que la caséine ne se prenne en gros grumeaux. M. Decherf laisse bouillir le babeurre pendant quelques minutes, puis, après ébullition, ajoute environ 75 grammes de sucre de betterave : l'aliment peut être ainsi donné à l'enfant.

Pour MM. Méry et Guillemot (2), la préparation du lait de beurre comprend trois temps : la fermentation, le barattage et la cuisson.

La fermentation est une fermentation lactique naturelle qu'on obtient en laissant aigrir un lait cru de bonne qualité. Elle est due à un streptocoque spécial qui attaque la lactose plus énergiquement encore que le bacille lactique. Pour éviter cet excès d'acidité, qui n'est pas sans inconvénients, on aura soin que la fermentation s'effectue à une température de 20 degrés; on l'arrêtera au bout de vingt-quatre heures.

Le barattage se fait dans une baratte de ménage, en verre, qui contient de 5 à 6 litres de lait. Une fois le beurre séparé — ce qui prend en moyenne trente à quarante minutes — on additionne le lait de beurre ainsi obtenu de 10 grammes de

(1) *Arch. de méd. des enf.*, 1905, n° 1.
(2) *Pédiâtrie prat.*, 15 déc. 1904.

farine de riz par litre, préalablement délayée en bouillie dans quelques cuillerées de lait, et on met cuire le tout à feu doux dans une casserole en porcelaine (Jacobson). Pendant toute la durée de la cuisson — qui demande environ quarante minutes — le lait doit être agité sans cesse avec un fouet à crème. Commencée à feu doux, l'opération est terminée par deux ou trois « bouillons », et, au dernier, on ajoute 90 grammes de sucre ordinaire par litre de babeurre. Le babeurre bien réussi est un liquide laiteux, d'odeur agréable et aigrelette; il se sépare par le repos en deux couches, une inférieure, qui contient la caséine, une supérieure, constituée par le sérum du lait.

Le babeurre peut être donné comme le lait, soit au biberon — et alors il faut que les ouvertures des tétines soient assez grandes pour laisser passer les grumeaux de caséine — soit à la cuiller, soit à la tasse. Chez les enfants atteints de gastro-entérite, il convient de donner un biberon de babeurre toutes les trois heures, aux mêmes doses que le lait. Au début, et lorsqu'on a affaire à de tout jeunes enfants, il est parfois utile de donner le babeurre par cuillerée à dessert ou par cuillerée à bouche toutes les dix minutes.

Au babeurre faut-il associer les médications usitées en cas d'entérite : grands lavages intestinaux, calomel, tannigène, etc.? Après avoir essayé ce système, M. Decherf l'a complètement abandonné et, à tous ses petits malades, s'est contenté de donner uniquement du babeurre.

L'administration de ce précieux aliment est donc des plus simples : grâce à lui, on peut supprimer, dans le traitement des gastro-entérites, les différentes médications associées jusqu'à ce jour à la diète hydrique. Le babeurre sera seul prescrit à l'enfant jusqu'au jour où les selles seront redevenues moulées : on pourra alors recommencer prudemment le lait et donner, par exemple, alternativement un biberon de babeurre et un biberon de lait coupé toutes les trois heures. Les accidents reprennent-ils, on supprime le lait pour revenir à l'usage exclusif du babeurre.

Quelles sont les indications du babeurre? Dans le choléra infantile, il réussit lorsque toutes les méthodes classiques, y compris la diète hydrique, ont échoué; dans les gastro-entérites aiguës graves fébriles, il se montre également très efficace et, en moins de vingt-quatre heures après le début du traitement, les enfants présentent tous les signes d'une indéniable amélioration. Dans les gastro-entérites aiguës ordinaires, mêmes résultats : « Le babeurre modifie en quelques heures les selles des enfants, et, le plus souvent, en quarante-huit heures, la diarrhée est, sinon guérie, du moins très améliorée. L'amélioration de l'état général est encore plus rapide et plus surprenante; l'enfant a encore de la diarrhée, et déjà il est gai, rit, ne pousse plus de cris plaintifs, et dort d'un sommeil calme et réparateur (1). »

Tous les médecins hollandais qui ont étudié les effets du babeurre dans le traitement des gastro-entérites chroniques sont unanimes à reconnaître que, dans la plupart des cas, cette substance se comporte, non seulement comme un aliment de premier ordre, mais aussi comme un médicament spécifique qui amène la guérison en quelques jours. De ses recherches personnelles, M. Decherf tire les mêmes conclusions. Il remarque que le babeurre améliore presque instantanément l'état général et modifie les selles qui acquièrent de plus en plus de consistance pour devenir bientôt moulées. Si, dans le cours du traitement, survient une rechute, c'est que, dans la plupart des cas, le babeurre absorbé n'était pas frais. Il est donc indispensable de donner à l'enfant du babeurre tout à fait frais, de le prendre directement chez un bon producteur.

(1) Loc. cit., p. 25.

Comment agit le babeurre? Assurément, l'acide lactique qu'il contient en grande quantité doit jouer un rôle prépondérant dans l'atténuation et la disparition des fermentations intestinales. Mais pourquoi l'acide lactique, donné seul, ne produit-il pas les mêmes résultats favorables? Le babeurre n'agit donc pas uniquement par son acidité. Sans doute, la faible proportion de graisse qu'il contient, la division de la caséine en fines particules sont de nature à rendre cet aliment très digestible. Mais ce n'est pas tout, et les discussions passionnées qui se sont élevées entre pédiâtres montrent combien nous sommes peu fixés sur cette action spécique du babeurre dans les gastro-entérites infantiles.

L. BABONNEIX.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 20 MARS 1905)

Chloroformisation. — M. TISSOT poursuivant ses expériences montre que :

1° L'augmentation passagère de la pression artérielle qui se produit au début de la période d'excitation du chloroforme n'est pas due, au moins dans la plupart des cas, à une vaso-constriction périphérique, mais à l'influence connue de l'exagération du rythme et de l'augmentation de l'amplitude des mouvements respiratoires sur la pression artérielle;

2° La chute brusque de la pression artérielle qui accompagne la période d'excitation du chloroforme est due, non pas à une vaso-dilatation périphérique, mais uniquement à une intoxication rapide du cœur ou des centres cardiaques provoquée indirectement par la polypnée;

3° La période d'excitation n'est pas dangereuse par elle-même, mais par la polypnée qui l'accompagne et l'intoxication rapide qui en résulte;

4° La méthode d'anesthésie par les mélanges titrés de chloroforme à 8 p. 100 et au-dessus est une méthode sidératrice; son influence sur le raccourcissement de la période d'excitation est due à la polypnée.

Avec le procédé de la compresse, si l'on effectue cette diminution progressive, à mesure que la polypnée de la période d'excitation diminue, en supprimant même le chloroforme quand la ventilation pulmonaire est redevenue normale, on réalise l'anesthésie sans plus de danger d'intoxication qu'avec les mélanges titrés à 6 ou 8 p. 100.

Pratiquée de cette manière, la chloroformisation au compte-goutte est exempte de danger. Il suffit que l'opérateur, donnant toujours le chloroforme prudemment *goutte par goutte*, n'oublie pas ces deux indications fondamentales :

1° Une période d'excitation longue est préférable à une période d'excitation courte, parce que la première ne s'accompagne jamais d'une chute de la pression artérielle, c'est-à-dire d'intoxication inutile et dangereuse;

2° Toute période de polypnée est une période dangereuse pendant laquelle il convient d'administrer l'anesthésique avec prudence.

L'aire cardiaque chez les tuberculeux guéris. — M. GUILLEMINOT, en collaboration avec M. Chiron, a mesuré, au moyen

de son orthodiagraphe, l'aire du cœur chez des sujets sains de vingt-trois à trente ans, et chez des sujets du même âge ayant été atteints antérieurement de tuberculose pulmonaire avec bacilles constatés et actuellement complètement guéris.

La conclusion de leurs observations est la suivante : tandis que chez les tuberculeux au début, ou chez les prétuberculeux, le cœur est plus petit que la normale, ainsi que l'ont établi les mensurations orthodiagraphiques de MM. Bouchard et Balthazard, au contraire, chez les tuberculeux qui ont guéri leurs lésions, le cœur paraît être au-dessus de la normale. La mensuration de la surface du cœur chez les tuberculeux au début et les prétuberculeux aurait ainsi une grande importance; non seulement elle serait un élément de diagnostic en ce sens qu'un cœur petit est un des signes de l'évolution tuberculeuse au début, mais encore elle permettrait, dans une certaine limite, de prévoir un pronostic favorable lorsqu'on constate un cœur au-dessus de la normale dans l'évolution d'une tuberculose confirmée mais débutante.

Autres communications :

Sur la mesure de l'énergie disponible par un dynamomètre totaliseur enregistreur, par M. Charles Henry;

Durée des processus d'excitation pour différents muscles, par M. et Mme L. Lapicque;

Effets du phosphore sur la coagulabilité du sang. Origine du glycogène, par MM. Doyon, Morel et Kareff;

Sur l'indépendance anatomique et fonctionnelle des lobes du foie, par M. Sérégé.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 24 mars 1905)

Pathogénie des accidents sérothérapiques. — MM. Marfan et Le Play ont apporté à la Société le résultat de leurs patientes recherches sur la pathogénie des accidents sérothérapiques. Nous ne pouvons résumer cette intéressante communication, il nous faut seulement en donner les conclusions.

Elles sont les suivantes :

1° Dans les cas où l'injection du sérum antidiphtérique n'est suivie d'aucun accident imputable à la médication, le mélange aseptique du sérum du malade et du sérum de cheval, placé à l'étuve à 37 degrés, pendant quelques heures, ne donne aucune précipitation;

2° Dans les cas où l'injection du sérum antidiphtérique est suivie d'accidents que la clinique tend à rejeter hors du cadre des accidents sériques, c'est-à-dire d'érythèmes scarlatiniformes et morbilliformes généralisés fébriles, on ne peut constater de séro-précipitation;

3° Lorsque l'injection de sérum antidiphtérique est suivie d'accidents qui sont indubitablement la conséquence de cette injection, c'est-à-dire d'urticaire, d'érythème partiel, de phénomènes douloureux (arthralgies et myalgies), deux cas doivent être distingués :

a. Dans les cas d'accidents légers, fugaces, apyrétiques, on n'observe pas de séro-précipitation ;

b. Dans les cas d'accidents intenses, généralisés, fébriles, on constate la séro-précipitation; celle-ci n'est appréciable qu'à partir du moment où se montrent les accidents, parfois le premier jour, plus souvent le deuxième ou le troisième jour après leur début. Elle persiste plusieurs jours.

Il est permis de supposer que dans les cas du groupe *a* la réaction n'est pas appréciable à nos sens parce qu'elle est trop faible. Si on accepte cette supposition, on pourra admettre qu'il y a une relation entre les accidents sériques et les phénomènes de séro-précipitation;

4° Les injections de sérum antidiphtérique, répétées plus ou moins fréquemment et à intervalles variables, ne provoquent pas chez l'homme, dans les conditions où elles sont faites pour la thérapeutique de la diphtérie, des réactions locales analogues à celles que M. Arthus a observées chez le lapin à qui on injecte d'une façon systématiquement répétée du sérum de cheval.

5° Toutefois, on peut, chez l'homme, provoquer des phénomènes analogues à ceux que M. Arthus a constatés chez les animaux lorsqu'on réinjecte du sérum à un sujet qui vient d'avoir, à la suite d'une injection antérieure, une urticaire intense, généralisée, fébrile, avec formation de précipitines; dans ces conditions, on voit apparaître, en moins de vingt-quatre heures, au niveau de la nouvelle injection, une tuméfaction œdémateuse étendue avec douleur, chaleur, rougeur et parfois teinte ecchymotique; la tuméfaction peut s'étendre parfois jusqu'aux ganglions correspondants et déterminer une poussée fébrile. Ces accidents ne durent pas longtemps, ils se dissipent sans suppuration et sans laisser de suite.

Ils semblent dus à la précipitation presque immédiate du sérum injecté dans les mailles du tissu cellulaire sous-cutané. Lorsqu'ils se produisent, il n'y a jamais d'urticaire, de douleurs, en un mot pas d'accidents sériques généralisés;

6° Chez l'homme, les accidents sériques ne s'opposent pas toujours progressivement par la répétition des injections, et on ne peut les attribuer sans réserves à une hypersensibilisation ou anaphylaxie;

7° Un cas unique, dans lequel des circonstances particulières ont obligé à pratiquer des injections antidiphtériques, durant près de trois ans, tous les mois ou tous les deux mois, prouve que des phénomènes de réaction locale peuvent se produire au niveau du point de réinjection sans qu'on trouve de précipitines dans le sang; mais certaines recherches permettent de supposer que, dans ce cas, la formation des précipitines est surtout locale et n'a guère lieu qu'au niveau du point de réinjection.

Cette communication a été le point de départ d'une discussion importante.

M. Variot estime qu'il ne faut pas éliminer du cadre des accidents sériques les érythèmes scarlatiniformes et morbilliformes.

M. Comby est du même avis, car il croit que ces érythèmes se rencontrent dans la proportion de 15 à 16 p. 100.

M. Triboulet, qui a expérimenté maintes fois d'autres sérums que le sérum antidiphtérique, affirme que jamais avec ces autres sérums il n'a observé d'érythèmes scarlatiniformes.

M. Marfan répond, que sur 600 cas d'injections préventives il n'a jamais observé d'érythème soit morbilliforme, soit scarlatiniforme. Les autres accidents pour lui seraient seuls des accidents sériques.

Méningite chronique avec contracture généralisée à forme rare. — M. D'Espine (de Genève) fait une communication sur ce sujet. Il rapporte le cas d'un enfant chez lequel on constata d'abord une broncho-pneumonie, et chez qui à la convalescence apparurent des convulsions suivies de contractures. L'enfant était contracturé comme une barre de fer et gardait une attitude spéciale en pleurostothonos. La ponction lombaire, plusieurs fois pratiquée, fut toujours négative. L'enfant

succomba à la suite d'une rougeole et l'autopsie montra qu'il n'y avait pas trace de tuberculose.

M. Marfan fait constater que la raideur constatée dans ce cas est fréquente dans la méningite hémorragique subaiguë avec hydrocéphalie chez le nouveau-né.

Spondylose guérie par l'acide phosphorique. — M. Paul Claisse. Ce malade avait été présenté le 23 décembre dernier. A ce moment il tenait la tête penchée en avant, les mouvements du cou étaient très douloureux. Les lésions articulaires de la colonne vertébrale et des épaules avaient résisté à toutes les tentatives thérapeutiques. L'administration quotidienne d'acide phosphorique à haute dose a supprimé les douleurs; les mouvements sont amples et faciles. Bref c'est une guérison presque complète en moins de trois mois.

M. le docteur Golesceano (de Paris), présenté par M. Barié, fait une **démonstration et une présentation d'un appareil destiné aux irrigations et inhalations des voies respiratoires supérieures**.

Endocardite tuberculeuse végétante. — M. H. Barbier. L'endocardite tuberculeuse végétante, considérée comme une rareté chez l'adulte, est loin d'être exceptionnelle chez l'enfant. Presque tous ceux qui succombent à la granulie présentent, sur les valvules du cœur gauche en particulier, des végétations d'endocardite aiguë. Ce qui lui paraît intéressant à mettre en relief, c'est que chez les enfants qui guérissent de leur granulie atténuée, ces lésions se sclérosent et plus tard on trouve, lorsque ces malades succombent ultérieurement, des valvules épaissies, à bords rétractés, avec des taches jaunâtres dans leur épaisseur. Ces lésions se manifestent chez les jeunes enfants tuberculeux par des signes physiques extrêmement nets et fréquents, de sorte qu'on doit considérer la tuberculose comme un facteur étiologique probable des lésions valvulaires de l'adulte.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 25 mars 1905)

Influence du radium sur le psoriasis. — Pour MM. Paul Salmon et Jules Relins, le psoriasis est une affection cutanée très sensible à l'action des substances radioactives. L'hypersensibilité de la tache psoriasique nécessite des séances très courtes : deux ou trois minutes au maximum. Une seule séance peut amener la guérison d'une plaque; la rougeur s'efface, la desquamation cesse de se reproduire. Il ne subsiste qu'une légère pigmentation qui finit par disparaître. L'emploi du radium, dans les psoriasis à petites taches, se montre beaucoup plus pratique que l'utilisation des appareils à rayons Röntgen. Les vaselines rendues radioactives et lumineuses, employées dans les psoriasis à grands éléments, ont paru moins efficaces.

Influence de la dyscrasie produite par les acides organiques sur les échanges nutritifs. — M. Desgrez et Mlle Gueude ont recherché l'influence de la fonction acide organique sur les échanges nutritifs. Nos expériences ont porté sur trois acides aromatiques de constitution générale identique, mais présentant des modes de saturation différents; ce sont l'*acide phénylpropionique*, corps saturé; l'*acide cinnamique*, composé éthylénique, et l'*acide phénylpropiolique*, composé acétylénique.

Ingérés par le cobaye à la dose quotidienne de 0gr05, ces trois composés engendrent très rapidement une modification des échanges qui se manifeste par une diminution marquée de l'élaboration de l'albumine, du coefficient d'utilisation azotée et une augmentation corrélative du rapport de l'acide phosphorique à l'azote total. La qualité de l'élaboration est donc également réduite, mais les albumines phosphorées se trouvent désintégrées de façon très prépondérante, ce qui signifie une destruction exagérée des noyaux cellulaires. Les cellules conservent à distance, soixante-quinze jours encore après suspension de l'administration des acides, la nouvelle modalité vitale qui leur est ainsi imprimée par la dyscrasie une fois constituée. Si la molécule acide n'est pas saturée, le résultat est très différent selon qu'il s'agit d'une liaison éthylénique ou acétylinique. La double liaison, en effet, exerce une influence favorable dans l'acide cinnamique, car elle compense, au point de vue de la qualité de l'élaboration azotée, l'influence nocive de la fonction carboxylée. Il semble que cette double liaison puisse servir de vecteur d'oxygène en donnant naissance à un oxyde ou à un glycol, et par là favoriser le métabolisme. La liaison acétylénique accroît, au contraire, toutes les perturbations imputables à la fonction acide organique.

Lésions des neuro-fibrilles dans certains états pathologiques. — M. G. Marinesco a examiné l'état des neuro-fibrilles dans différents états pathologiques et a pu confirmer le fait que toutes les fois que les corpuscules de Nissl sont altérés, les neuro-fibrilles le sont également. Dans un cas de myélite aiguë, ayant évolué sous forme de paralysie de Landry, il n'a pas trouvé de cellule ayant conservé intactes les neuro-fibrilles, mais, en général, celles des prolongements étaient moins altérées que celles de la cellule. Dans un cas de méningite aiguë suppurée, les cellules géantes ne présentent que des lésions légères des neuro-fibrilles, consistant en leur pâleur et un état légèrement granuleux. Les lésions des neuro-fibrilles, dans ce cas, sont plus accusées dans les couches superficielles du cerveau; néanmoins il existe un contraste frappant entre les lésions étendues que montre la méthode de Nissl et celle des neuro-fibrilles. Dans les paraplégies et dans les hémiplégies organiques, il a pu observer avec la méthode de Cajal des lésions des neuro-fibrilles dans les cellules géantes; leur intensité dépend essentiellement de deux facteurs : le siège de la lésion et sa gravité. Lorsque la lésion siège dans la substance sous-corticale ou dans la capsule interne, on observe l'atrophie et la dégénérescence rapide des neuro-fibrilles qui commence dans le centre pour gagner ensuite toute la cellule et ses prolongements. Ici, comme ailleurs, le réseau du cytoplasma est beaucoup plus vulnérable que les neuro-fibrilles des prolongements de sorte qu'on peut rencontrer des cellules dépourvues complètement de neuro-fibrilles alors qu'elles persistent encore dans les prolongements. Dans les dégénérescences lentes du faisceau pyramidal (paraplégie par compression), on peut observer des lésions des neuro-fibrilles comparables à celle que détermine la section des nerfs périphériques. Dans les cellules géantes en achromatose (pellagre, ramollissement, hémiplégie, etc.), il n'y a plus trace de neuro-fibrilles.

L'auscultation bifoculaire. — M. G. Rosenthal décrit, sous le nom de *stétoscope bifoculaire*, un dispositif qui permet d'ausculter simultanément ou séparément deux bruits de foyer et, par conséquent, de les identifier ou de les séparer.

Avis. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 10 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi coûte 25 centimes.

LIVRES NOUVEAUX

De l'endométrite et de la métrite parenchymateuse infectieuses [étude clinique et thérapeutique (1)], par le docteur E. Ozenne, ancien interne des hôpitaux, ancien chef de clinique adjoint de la Faculté, chirurgien de Saint-Lazare.

Le travail très conciencieux du docteur Ozenne met en vive lumière la nature infectieuse de ces deux grandes divisions de *la métrite* : l'endométrite d'une part, la métrite parenchymateuse ou inflammation totale d'autre part.

Il suffit d'un coup d'œil sur les divisions de ce livre pour avoir une juste idée de la valeur pratique des développements fournis par son auteur.

La genèse de la maladie se présente en effet, tout d'abord, avec, en première ligne, l'étude de l'étiologie microbienne; celle-ci considérée dans les germes et dans les causes adjuvantes de leur évolution. — La partie anatomique vient ensuite avec d'intéressants développements macroscopiques et microscopiques au sujet des lésions du col et du corps. — Ensuite, l'exposé net, précis et très complet des symptômes fonctionnels et des signes physiques est fort utilement précédé d'une bonne exposition des modes de l'exploration gynécologique.

La partie thérapeutique vient enfin. Elle apporte de très grands développements. Très complète et non surchargée, elle montre d'abord les causes des insuccès, elle étudie ensuite les moyens d'action aux différentes périodes de la maladie; elle traite enfin l'état local sans oublier les altérations de la santé générale.

Ce simple et bref aperçu montrera, je l'espère, l'importance pratique de ce guide, qui se recommande encore par son style sobre, précis, et d'une lecture très attachante.

BATIGNE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 3 AU 8 AVRIL 1905)

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 3 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Gaucher et Legry.

1er (oral), *Salle Pasteur* (1re série) : MM. Terrier, Retterer et Pierre Duval; — *Salle Dubois* (2e série) : MM. Kirmisson, Sébileau et Proust; — (3e série) : MM. Tuffier, Rieffel et Branca; — M. Legueu, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Segond, Mauclaire et Gosset; — (2e partie, 1re série) : MM. Brissaud, Claude et Macaigne; — (2e série) : MM. Dejerine, Balthazard et Labbé (Marcel); — M. Teissier, suppléant.

Mardi 4 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Joffroy, Bezançon et Maillard.

1er (oral), *Salle Pasteur* (1re série) : MM. Poirier, Launois et Morestin; — *Salle Corvisart* (2e série) : MM. Thiéry, Auvray et Rieffel.

3e (2e partie, oral), *Salle Broussais* : MM. Dieulafoy, Vaquez et Guiart.

4e, *Salle Béclard* : MM. Gilbert, Dupré et Langlois; — M. Richaud, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Pozzi et Schwartz; — (2e série) : MM. Berger, de Lapersonne et Marion; — (2e partie) : MM. Cornil, G. Ballet et Gouget; — M. Méry, suppléant.

Mercredi 5 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique* : MM. Blanchard, Déjerine et Desgrez.

1er (oral), *Salle Pasteur* (1re série) : MM. Reclus, Retterer et Cunéo; — *Salle Richet* (2e série) : MM. Delens, Sébileau et Pierre Duval; — *Salle Velpeau* (3e série) : MM. Tuffier, Rieffel et Branca.

3e (2e partie, oral), *Salle Broussais* (1re série) : MM. Hayem, Gaucher et Legry; — *Salle Thouret* (2e série) : MM. Landouzy, Teissier et Claude; — M. Labbé (Marcel), suppléant.

Jeudi 6 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Guiart et Richaud.

1er (oral, 1re série) : MM. Berger, Thiéry et Rieffel; — (2e série) : MM. Poirier, Auvray et Morestin.

3e (2e partie, oral) : MM. Troisier, Méry et Jeanselme; — M. Méry, suppléant.

Vendredi 7 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Landouzy, Desgrez et Labbé (Marcel).

1er (oral), *Salle Thouret* (1re série) : MM. Terrier, Gosset et Rieffel; — *Salle Dubois* (2e série) ; MM. Retterer, Cunéo et Pierre Duval; — (3e série) : MM. Sébileau, Proust et Branca.

4e : MM. Pouchet, Balthazard et Macaigne; — M. Broca (André), suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Reclus, Delens et Legueu; — (2e série) : MM. Segond, Broca (Aug.) et Mauclaire; — M. Claude, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Wallich et Potocki; — M. Legry, suppléant.

Samedi 8 avril, à une heure. — 3e, *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Hutinel, Jeanselme et Maillard.

1er (oral), *Salle Béclard* : MM. Poirier, Launois et Marion.

4e : MM. Joffroy, Gley et Richaud; — M. Langlois, suppléant.

5e (chirurgie, 2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Gilbert, Thiroloix et Bezançon; — (2e série) : MM. Achard, Renon et Carnot; — M. Gouget, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Bar, Bonnaire et Brindeau; — M. Guiart, suppléant.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

DES POSTES MÉDICAUX sont vacants sur les travaux de construction du chemin de fer du Yunnan (Chine), prolongement du chemin de fer du Tonkin (Haiphong-Laokay).

S'adresser au siège social (6, boulevard de la Madeleine) où on fournira tous les jours de quatre heures à cinq heures et demie tous les renseignements.

(1) In-18. Prix : 14 francs. — Paris, A. Maloine.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives générales de médecine. — (N° 12, 21 mars 1905.) E. Lefas. L'anémie corpusculaire. — J. Regnault : Fistules pleuro-sous-cutanées et abcès en bouton de chemise dans un cas de pleurésie purulente enkystée à pneumocoques simulant la tuberculose pulmonaire.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 10, 15 mars 1905.) A. Robin : Le traitement de l'intoxication saturnine. — (N° 11, 23 mars.) E. Rochard : Guérison d'une lithiase vésiculaire. — A. Robin : L'acholie post-ictérique.

Bulletin médical. — (N° 22, 22 mars 1905.) J. Dupuy : Locaux sanitaires dans les maisons d'habitation privée. — H. Mayet et Berruyer : La ponction des abcès par congestion. — (N° 23, 25 mars.) E. Dupré : La mythomanie. Etude psychologique et médico-légale du mensonge et de la fabulation morbides.

British medical Journal. — (N° 2306, 11 mars 1905.) James Taylor : Leçon clinique sur la myosthénie grave. — James Mackenzie : Les nouvelles méthodes pour étudier les affections cardiaques. — Freeland Fergus : Quelques points de vue pratiques de la bactériologie conjonctivale. — William Hunter : Un cas d'endocardite aiguë due au gonocoque. — Percy Warner : Discours intitulé : Vingt ans après. — Legge : L'anthrax « industriel ».

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 10, 11 mars 1905.) Merkel : Sur un cas rare de phlegmon diffus de l'estomac, comme complication d'un ulcère chronique de l'estomac. — (N° 11, 18 mars.) Axisa : La leucopénie dans la fièvre de Malte.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 10, 9 mars 1905.) O. Binswanger : Principes du traitement des maladies mentales. — Barth : Nos progrès dans le traitement de la péritonite par perforation. — Dirk : Sur la narcose par la scopolamine et la morphine. — Kaiserling : Sur l'emploi du panendophone pour la délimitation des organes. — Goldscheider : Sur la percussion du cœur. — Brüning : Sur la signification des taches de Köplick pour le diagnostic de la rougeole. — Meinicke : Coup d'œil sur les recherches bactériologiques qui sont d'intérêt général pendant l'année 1904. — (N° 11, 16 mars.) Minkowski : Le traitement de la goutte. — Ibrahim : Sur les injections préventives de sérum antidiphtérique. — Bruck : Contribution à l'étude du sommeil hystérique. — Croce : Sur la fracture des vertèbres. — Bæcker : Le sulfate de quinine comme médicament tonique. — Scholz : L'inclusion rapide à l'acétone celloïdine. — Ziemann : Sur la filariose de l'homme et des animaux dans les régions tropicales. — Meinicke . Revue des travaux bactériologiques de l'année 1904, qui sont d'intérêt général.

Medical Record. — (N° 9, 4 mars 1905.) Thomas Southworth : La digestion des caséines et sa relation avec certains problèmes de l'alimentation infantile. — Ayer : Etude sur quinze cas d'érysipèle traités par des injections de sérum antistreptococciques. — Sinclair Tousey : Traitement du rhumatisme chronique, de la goutte et autres manifestations de la diathèse urique par les rayons X, les courants à haute fréquence et le massage vibratoire. — François Ashley Faugth : Traitement prothétique des fractures de la mâchoire inférieure. — Edward Peterson : Intussusception aiguë chez un nourrisson. — Aramion : Emploi d'un extrait bactéricide dans la diphtérie.

Lyon médical. — (N° 12, 19 mars 1905.) Dufourt : De la valeur biologique du coefficient azoturique. — Rafin : La néphrectomie dans la tuberculose rénale.

Marseille médical. — (N° 6, 15 mars 1905.) Raybaud : Un cas d'actinomycose. — J. Livon : Accouchement spontané chez une femme ayant déjà subi une symphyséotomie. — Dupeyrac : La radiographie dans le traitement des teignes.

Münchener med. Wochenschrift. — (N° 11, 14 mars 1905 : Von Düring : Sur l'action du mercure. — Stumpf : Sur l'évaluation quantitative de l'air contenu dans le poumon, en particulier chez le nouveau-né. — Revenstorf : Contribution à l'étude du diagnostic médico-légal de la mort par immersion. — Ellinger : Influence de la fièvre, de l'infection et des altérations rénales sur la glycosurie par suprarénine. — Helber : Sur la sigmoïdite chronique granuleuse. — Lohr : Sur la question de la formation d'hémolysines par les races de staphylocoques. — Galewski : Un calomel soluble. — Flatau : Le cancer de l'utérus à Nüremberg. — Schwerdt : Un cas de sclérodermie circonscrite traitée par l'administration de ganglions mésentériques. — Peters : Trois cas de maladie de Basedow. — Koerber : Courte communication sur le phénomène des orteils de Strümpel. — Neck : Rupture de la rate normale et son traitement chirurgical. — Alter : Sur le véronal. — Foges : Le colposcope. — Hertzka : Pinces en trois parties. — Aschoff : Le radium dans les sources de Kreuznach. — (N° 12, 21 mars.) Lenhartz : Le traitement de la méningite cérébro-spinale épidémique. — Wesener : Résultat de l'injection préventive de sérum antidiphtérique à l'hôpital « Mariahilf » à Aix-la-Chapelle. — Arneth : Recherches hématologiques dans la tuberculose pulmonaire et pendant la cure de tuberculine. — Schmaus : Sur les « espaces en clairière » dans le système nerveux central. — Fraenkel : Sur les streptocoques pathogènes de l'homme. — Zimmermann : Sur le traitement hydroélectrique des troubles fonctionnels du cœur. — Reizenstein : Sur la dilatation des sténoses cicatricielles de l'œsophage avec l'œsophagoscope. — Hörmann : La pseudo-ascite dans les tumeurs de l'ovaire et sa signification clinique. — Habs : Un cas de genu recurvatum. — Dreydorff : Une tumeur du mamelon. — Salzer : Rougeole sans exanthème. — Revenstorff : Contribution à l'étude du diagnostic médico-légal de la mort par immersion (*fin*).

Presse médicale. — (N° 23, 22 mars 1905.) Achard et Paisseau : Rupture de l'aorte. — (N° 24, 25 mars.) Lermoyez : Le centenaire de Manuel Garcia, inventeur du laryngoscope. — E. Barié : Artérite aiguë rhumatismale.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 10, 9 mars 1905.) Weichselbaum et Bartel : Sur la question de la tuberculose latente. — Wagner von Jauregg : Les indications psychiatriques et neurologiques pour l'interruption prématurée de la grossesse. — Haberda : Sur la justification de l'accouchement prématuré provoqué. — Gross : Dans quelle mesure l'existence d'une névrose ou d'une psychose indique-t-elle et justifie-t-elle l'interruption de la grossesse? — Ruff : Sur la question du cancer diabétique après les interventions chirurgicales. — (N° 11, 16 mars.) Celler et Hamburger : Sur la formation d'anticorps spécifiques après l'absorption d'albumine. — Fleischmann : Sur la périnéotomie médiane. — Haberer : Un cas de guérison opératoire d'une hernie de Treitz. — Fink : Expériences faites sur le traitement hydrominéral et opératoire de la lithiase biliaire. — Englænder : Fixation du poids spécifique des exsudats et transsudats à la température du corps. — Rueff : Sur la question du coma diabétique après les interventions opératoires (*fin*).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 37. — JEUDI 30 MARS 1905. 78e ANNÉE. JEUDI 30 MARS 1905. — N° 37.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.......	3 mois : **4 fr. 50.**	— 6 mois : **8 fr.**	— 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE..	3 mois : **7 fr.**	». — 6 mois : **13 fr.**	— 1 an : **25 fr.**

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CLINIQUE CHIRURGICALE
De la fluctuation, par M. le professeur Reclus.
TRAVAUX ORIGINAUX
Le nucléinate de fer, par M. L. Dor.
MÉDECINE PRATIQUE
Le traitement du coryza syphilitique des nouveau-nés.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine.
ANALYSES
Médecine : Thrombophlébite mésaraïque, complication de l'appendicite; — Les données de la bactériologie dans la paralysie ascendante aiguë de Landry; — Œdème angio-neurotique avec localisation gastrique; — *Chirurgie :* Traitement du bec de lièvre et de la fissure palatine; — *Thérapeutique* : Traitement de la méningite cérébro-spinale épidémique par le sérum antidiphtérique; — *Physiologie :* Les fonctions du cæcum et de l'appendice.
LIVRES NOUVEAUX

Paris, le 29 mars 1905.

S'il est bon de vulgariser par le livre, par les conférences, par le théâtre même, les moyens de lutte contre la syphilis, il semble cependant qu'il y ait depuis quelque temps, à cet égard, une tendance à l'exagération.

On parle, en effet, d'organiser dans les hôpitaux de nouvelles consultations du soir, réservées aux vénériens et assurées par un corps spécial de médecins : les *vénéréologues des hôpitaux*.

Nous aurons l'occasion de revenir sur l'opportunité de la création d'une nouvelle catégorie de médecins des hôpitaux.

Envisageons simplement pour l'instant les consultations elles-mêmes. Répondent-elles à un besoin réel?

On nous dit qu'elles seraient fort utiles à certains employés occupés pendant la journée; qu'elles permettraient à ces malades de venir commodément et discrètement consulter les spécialistes.

Or, il existe déjà, dans ce but, des consultations du dimanche, assurées avec régularité et dévouement par les médecins et les assistants de l'hôpital Saint-Louis.

Il est d'autre part certain que les syphilitiques ne sont pas des malades que l'on ait besoin d'examiner quotidiennement. Un examen hebdomadaire est amplement suffisant pour les suivre et les bien traiter.

Les consultations du soir seraient-elles au moins plus discrètes?

Cet argument est sans valeur. On saura vite dans le public que les consultations du soir ne sont fréquentées que par les vénériens. Leur fréquentation même constituera un aveu de syphilis.

Ces consultations sont donc très loin d'atteindre le but proposé, elles iront même contre ce but.

En revanche, nous voyons fort bien qu'elles enlèveront aux praticiens, déjà si éprouvés, actuellement, par les conditions très dures de l'existence professionnelle, toute une catégorie de clients modestes, il est vrai, mais pouvant cependant payer leur médecin.

Il y a là une question d'intérêt professionnel qui mérite un examen approfondi et sur laquelle nous reviendrons. Mais il paraît certain, dès maintenant, que les consultations projetées sont, pour le moins, parfaitement inutiles. N'y a-t-il pas déjà trop de consultations spéciales... et gratuites!

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de médecine. — Admission.* — Le jury est composé de MM. Dalché, Souques, Babinski, Boulloche, Brocq, Tapret, Dupré, Faisans et Perier.

Concours pour trois places de chirurgien des hôpitaux. — Epreuve écrite (séance du 27 mars). Question donnée: « Nerf obturateur. — Fractures et décollements épiphysaires de l'extrémité inférieure du fémur. »

Liste des candidats : MM. Alexandre, Alglave, Baudet, Armand Bernard, Dujarrier, Pierre Duval, Fredet, Guibé, Iselin, Kendirdjy, Labey, Lapointe, Lecène, Marcille, Mouchet, Pasteau, Proust, Schwartz, Veau et Wiart,

MARINE. — Ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer pour compter du jour de leur radiation des contrôles de l'activité :

Au grade de médecin en chef de première classe de réserve. — M. Dhoste, médecin en chef de première classe, retraité.

Au grade de médecin de deuxième classe de réserve. — M. Chabal, médecin de deuxième classe, démissionnaire.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort MM. les docteurs Parinaud, médecin oculiste, décédé à Paris, et Pierre Saint-Monribot (d'Épinay).

LES NOUVELLES MÉDICATIONS

Monsieur le Docteur,

Je prends la liberté d'attirer votre attention sur les nucléinates de fer.

Ainsi que vous le savez, ces sels, qui réunissent les avantages de la médication phosphorée et martiale, conviennent admirablement aux neurasthéniques et à tous les affaiblis du système nerveux. Véritables agents biologiques, ils s'adressent en même temps aux anémiques chlorotiques et trouvent leur indication dans toutes les dyscrasies sanguines. D'une administration facile, ils ne fatiguent pas l'estomac, puisque le nucléinate de fer se caractérise par son insolubilité dans le milieu gastrique. Dix pilules de nucléinate de fer de 0,10 centigrammes correspondent à l'absorption de 30 jaunes d'œufs. Il suffit de signaler ce détail pour faire toucher du doigt toute la valeur de ces sels organiques nouveaux, étudiés par MM. Dor dans le *Lyon médical* (20 avril 1902), Lœvi (*Arch. f. exper. Pathol.*, XLVI, p. 157), Marcel et H. Labbé (*Presse méd.*, 11 fév. 1905), Martinet (*Id.*).

La plupart des expériences faites ont été réalisées avec les produits que nous préparons depuis plus de trois ans dans notre laboratoire, et que nous avons présentés au public médical sous le nom de *Nucléo-fer Girard*. Nos préparations, bien différentes des nombreux corps que l'on a cherché, depuis nous, à réaliser, sont d'une composition constante, d'une teneur toujours égale en phosphore et en fer. C'est précisément parce qu'elles offrent aux praticiens toutes les garanties désirables, que le corps médical français a bien voulu, dès leur apparition, les accueillir avec faveur. Ayant été les premiers à obtenir un nucléinate de fer chimiquement pur et d'action efficace, il nous a paru équitable de rappeler aux lecteurs que le meilleur agent de la médication par les nucléinates de fer, n'était autre que le *Nucléo-fer Girard*. C'est d'ailleurs l'opinion de quantité de nos correspondants ainsi qu'en témoignent les nombreuses lettres que nous avons reçues de toutes parts depuis près de trois ans.

Veuillez agréer, monsieur le docteur, l'assurance de notre considération très distinguée.

A. GIRARD.

M. A. GIRARD (22, rue de Condé, Paris) sera très heureux d'adresser à MM. les docteurs qui voudront bien lui en faire la demande des flacons de NUCLÉO-FER, afin qu'ils puissent juger par eux-mêmes de la valeur thérapeutique de son produit.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA CHARITÉ

DE LA FLUCTUATION

Par M. le professeur RECLUS.

La recherche de la fluctuation est une des plus grosses difficultés où se heurtent les commençants; c'est le tourment de tous les bénévoles, et les vieux praticiens eux-mêmes y sont arrêtés quelquefois. Je me rappelle, à mes premiers débuts, Gosselin examinant un phlegmon et déclarant que la fluctuation y était évidente. Je m'essayais aux mêmes manœuvres et classais la sensation perçue que, quelques jours après, je ne retrouvais plus du tout ni sur un ventre distendu par une ascite ni sur un testicule à collection vaginale. Et dans ces deux cas cependant le maître avait prononcé le même mot de fluctuation. Mes incertitudes augmentèrent encore lorsque, à propos d'un lipome il nous parla de « fausse fluctuation ». Je consultai mes livres : ils me parurent obscurs. Aussi, pour vous éviter mes anciens déboires, vais-je essayer d'éclaircir pour vous cette question délicate.

La grande cause de tous ces malentendus vient de ce que les débutants s'imaginent qu'à un mot unique correspond une chose unique. Or, il n'en est rien, et le mot de « fluctuation » s'applique à des sensations nombreuses et très différentes ; aussi vous proposerai-je, au seuil de cet entretien, la définition suivante : « On applique indistinctement le mot de fluctuation à chacune des sensations diverses qui révèlent, aux doigts du chirurgien, la présence d'une collection liquide dans les tissus. » Certes, il eût mieux valu donner un nom spécial à chacune de ces sensations spéciales, mais puisqu'un usage universel, dans le temps et dans l'espace, a rendu intangible le mot de fluctuation, conservons-le, quitte à étudier de plus près ses multiples modalités :

1° Il en est une à laquelle le mot de *fluctuation* convient parfaitement : seul le mot *ondulation* lui serait préférable. Par malheur pour la nomenclature cette variété est des plus exceptionnelles. Pour qu'elle se produise, il faut que le liquide soit contenu dans une cavité trop large, et à paroi souple. Nous ne connaissons guère que l'ascite, les épanchements traumatiques de sérosité et certains abcès ossifluents qui nous donnent cette sensation. Lorsqu'on frappe en un point de ces tumeurs, l'œil voit et la main sent le liquide refoulé de ce point onduler dans toutes les directions; la paroi « flotte et tremble à l'œil » comme si une série de petites vagues passaient en la soulevant pour la laisser retomber.

2° Une deuxième variété de fluctuation, plus rare encore et fort différente de la première, est la sensation de *choc*. On ne l'observe que dans les ascites et, pour qu'elle se produise, il faut, au contraire de ce qui se passe dans la variété précédente, que la collection soit très abondante et la cavité très remplie. Dans ces conditions lorsqu'en un point de la tumeur le chirurgien donne un coup sec, une chiquenaude par exemple, après avoir appliqué la main à plat sur le segment opposé, cette main ressent immédiatement un choc brusque, net, absolument en rapport avec l'intensité de la chiquenaude donnée. Chassaignac, un des très rares auteurs qui aient essayé de mettre de l'ordre dans l'étude de la fluctuation, fait remarquer que l'ondulation et le choc, les deux variétés que nous venons d'examiner, sont seules pathognomoniques de la présence d'une collection liquide dans les tissus. Les autres variétés prêtent parfois à confusion et la sensation doit alors être bien nette pour assurer le diagnostic.

3° Une troisième variété de sensation est désignée sous le nom de *choc en retour* : on la perçoit dans certaines collections profondes difficilement accessibles au doigt et où la cavité qui renferme le liquide repose sur des os; les abcès péri-pharyngiens en sont l'exemple classique. Lorsque la paroi postérieure du pharynx est soulevée par une tumeur on enfonce le doigt explorateur dans la bouche du malade et d'un coup sec on l'appuie sur la tumeur ; le doigt s'enfonce d'abord; mais si ce mouvement est contrarié, si le doigt est arrêté, puis lui-même refoulé, s'il y a, en un mot « choc en retour », c'est que la tuméfaction est due à une collection liquide. Le pus d'abord repoussé par le doigt heurte en arrière la paroi postérieure rigide qui le renvoie et à son tour repousse le doigt.

4° Une quatrième variété, moins connue, est caractérisée par une *sensation de fuite* : on la perçoit autour des grandes cavités naturelles, le thorax et l'abdomen, dans les collections à plusieurs poches, à diverticules nombreux, dans les fusées purulentes comme en fournissent les phlegmons diffus des membres. On presse sur la tumeur qui ne résiste pas, la paroi s'affaisse et le contenu s'enfuit. On en comprend le mécanisme : les cavités profondes sont larges et peu distendues; mais la moindre pression extérieure suffit pour refouler le liquide des poches superficielles dans les poches profondes. Tous les abcès en bouton de chemise, toutes les collections à plusieurs cavités peuvent vous donner cette sensation, et je l'ai observée deux fois dans une péritonite purulente dont le liquide distendait un sac herniaire deshabité. Les phénomènes généraux avaient fait croire à une hernie étranglée, mais, à la moindre pression, la tumeur inguinale très volumineuse s'évanouissait dans le ventre.

5° Une cinquième variété est fournie par certains abcès du sein qui donnent la sensation d'une paroi *trépanée*. La pulpe du doigt explorateur s'enfonce dans un orifice en général très étroit, d'un demi-centimètre de diamètre tout au plus et que limite un bord net et résistant. Ici encore vous pouvez éprouver, en pressant de la pulpe du doigt, la sensation de fuite; mais si vous prenez alors la mamelle à pleine main et si vous la comprimez, le doigt est au contraire soulevé. Vous comprenez, n'est-ce pas, que le liquide — toujours du pus dans l'espèce — qui a perforé la coque mammaire, pour venir s'étaler au dehors, fuit dans la cavité profonde lorsque le doigt le chasse et revient dans la loge superficielle lorsque la cavité profonde est affaissée par la pression de la main.

6° Une sixième variété de beaucoup la plus impor-

tante, parce que c'est elle qu'on rencontre le plus souvent dans la pratique, n'a rien qui rappelle les variétés précédentes; c'est la fluctuation par *bascule* ou par *balancement*. Pour percevoir cette sensation, on met un doigt de la main droite sur la tuméfaction et un doigt de la main gauche sur la même tuméfaction et à une distance plus ou moins grande l'un de l'autre suivant que la tuméfaction est plus ou moins large. On imprime alors avec le doigts de la main droite, doigt devenu actif, une pression qui se transmet au doigt de la main gauche resté passif et le soulève; le doigt de la main gauche peut devenir actif à son tour et presser sur la tumeur; le doigt droit, passif dans l'occurrence, est alors soulevé à son tour. On peut ainsi exercer du doigt gauche au doigt droit une série de mouvements « de bascule », un « balancement » alternatif qu'on nomme fluctuation, bien qu'il n'ait rien à voir avec la variété de fluctuation que nous avons étudié plus haut.

Nous pouvons rapprocher de cette fluctuation par bascule la fluctuation par *pincement*, ainsi nommée par Chassaignac. On ne la perçoit guère que dans les tumeurs très saillantes comme certains hygromas prérotuliens, certaines hémarthroses ou certaines hydarthroses du genou, et dans les collections pédiculées, tels les kystes du cordon, de l'épididyme et de la tunique vaginale. Pour l'obtenir on saisit un segment de la tumeur entre le pouce et l'index d'une main et un autre segment entre le pouce et l'index de l'autre main. Ceux-ci, en se rapprochant, pincent la tumeur et refoulent le liquide qu'elle contient et qui réagit en écartant l'un de l'autre l'index et le pouce de la première main. Mais, en somme, cette manœuvre ne constitue pas une variété spéciale et n'est qu'un mode de la fluctuation par bascule ou par balancement.

Nous en dirons autant de la manœuvre qui permet de reconnaître la présence d'une collection liquide dans la profondeur des membres. C'est ainsi que pour percevoir la fluctuation d'un abcès sous-musculaire de la cuisse on applique à plat les deux paumes des mains sur la cuisse et à une certaine distance l'une de l'autre. Puis l'on presse avec une main et l'on sent bientôt, lorsqu'il existe un abcès profond, que l'autre main, la main passive, est légèrement soulevée comme par « un corps souple et rond » qui s'insinuerait au-dessous. Mais, on le voit, cette manœuvre rappelle trait pour trait celle de « la bascule » et ne diffère que parce que la pulpe digitale est remplacée par la paume de la main.

Le liquide révélé par ces diverses manœuvres, est le plus souvent du pus : tous les phlegmons, tous les adéno-phlegmons des membres, du tronc, de la tête, nous donnent ces « balancements » dès que les sécrétions purulentes se sont accumulées dans une cavité; les collections sanguines, les hématomes donnent une sensation analogue et aussi les sérosités des kystes, kystes du cou, kystes de l'aisselle, kystes de la mamelle. Il ne faut pas croire que toutes les fois que ces collections purulentes, sanguines ou séreuses existent, vous obtiendrez la sensation indiquée, le jeu de bascule des doigts. Et pour ne parler que des kystes de la mamelle que je connais bien, pour peu que le kyste soit petit, distendu par le liquide et recouvert d'une paroi assez dense, d'une épaisseur assez grande des tissus de la glande, le kyste ne « fluctue » pas; les doigts ne balancent ni ne basculent : la tumeur a une dureté ligneuse qui la fait confondre par les cliniciens les plus experts à des néoplasmes, fibromes ou cancers.

Certes cette fluctuation par bascule ou par balancement n'en reste pas moins un signe bien précieux; il l'était surtout autrefois où un coup de bistouri inopportun pouvait entraîner la mort de l'opéré; il ne fallait donc intervenir qu'à bon escient et dans les concours des hôpitaux tout ce qui touchait à la fluctuation était, aux yeux de nos juges, d'une importance capitale. Pour l'être moins à cette heure, il faut savoir la reconnaître et la distinguer des fausses fluctuations.

Vous savez que lorsqu'on pratique sur la pulpe des doigts, sur certaines masses musculaires, sur certaines tumeurs solides, lipome, sarcomes médullaires, lymphadénomes mous, myxomes, masses fongueuses des tumeurs blanches, la manœuvre indiquée pour rechercher la présence du liquide dans les tissus, le chirurgien constate une « fluctuation » des plus nettes. Mais les auteurs semblent insinuer qu'il y a eu insuffisance d'examen et Chassaignac affirme qu'avec de « l'habitude et du tact » on doit toujours distinguer la *vraie* de la *fausse* fluctuation.

Nous croyons plutôt avec Trélat, qui fut un maître en diagnostic, que ces nuances n'existent pas et que l'habitude et le tact ne peuvent permettre de distinguer entre deux sensations qui sont absolument identiques. Je l'ai vu s'y tromper lui-même et plonger jusqu'à la garde un trocart dans un scrotum distendu par un sarcome mou et pris pour une hydrocèle. Or qui plus que ce maître avait les deux qualités requises par Chassaignac pour éviter toute erreur : « l'habitude et le tact? »

Prenons l'exemple classique, la « fluctuation » de l'abcès froid et « la fausse fluctuation » du lipome. Les chirurgiens qui prétendent faire la différence s'illusionnent le plus souvent : le palper leur donne le même balancement aussi net, aussi précis dans un cas que dans l'autre et si cependant ils arrivent à diagnostiquer et le lipome et l'abcès, c'est qu'ils ont fait intervenir, sans s'en douter, quelques signes concomitants, capitonnage de la peau, lobulation de la tumeur, indolence ou douleur, et aussi le mode d'évolution. La fluctuation les pousserait à dire : collection liquide, mais leur jugement intervient qui suggère l'idée de la tumeur solide et à leur insu modifie leur impression première et leur fait prononcer le mot de fausse fluctuation. Celà ne vous rappelle-t-il pas ce vers de La Fontaine :

Quand l'eau courbe un bâton, ma raison le redresse.

Que d'histoires je pourrais vous raconter qui prouvent que les plus habiles, les plus instruits, s'y trompent et, malgré l'habitude et le tact, ils ne peuvent distinguer la fausse fluctuation de la vraie, séparer deux sensations absolument identiques. Un jour Denonvilliers, je crois, déposait sur la table de

la Société de chirurgie une tumeur sous-cutanée largement enlevée sur un mort. Etait-ce un lipome, s'agissait-il d'un abcès froid? Chacun examina la tumeur, chercha la fluctuation et, en fin de compte, une moitié de la Société opta pour le lipome, une autre moitié pour l'abcès froid. Il n'y eut pas de membres assez sages pour déclarer le problème insoluble par la seule recherche de la fluctuation.

J'ai vu mieux encore : il y a quelque trente ans, un agrégé de notre Faculté, M. Houël, conservateur du musée Dupuytren, avait donné un coup de bistouri dans l'avant-bras d'un malade sur une tuméfaction qu'il croyait être un abcès froid, mais une masse graisseuse vint faire hernie à travers les lèvres de la plaie; c'était donc un lipome, et M. Houël qui, depuis de nombreuses années, ne se livrait plus à la chirurgie, en trouva l'extirpation trop audacieuse pour lui. Il envoya le malade à l'hôpital dans le service de mon maître Broca. Broca, qui croyait la fausse fluctuation distincte de la fluctuation, nous fit une leçon pour expliquer l'erreur de son collègue et nous répéta comme Chassaignac, qu'avec un peu de tact et d'habitude on ne s'y trompait pas. Il donne un large coup de pointe pour dégager la tumeur et un flot de pus lui jaillit au visage : le lipome était un abcès froid recouvert d'une enveloppe graisseuse que le bistouri timide de M. Houël n'avait pu traverser pour arriver jusqu'au liquide.

En résumé, Messieurs, fluctuation et fausse fluctuation ce sont deux mots différents qui correspondent à une sensation unique — et, pour ce qui est de la fluctuation, je termine comme j'avais commencé en vous disant : on désigne sous ce nom générique un ensemble de sensations fort différentes les unes des autres qui révèlent au doigt explorateur la présence d'un liquide collecté dans les tissus.

LE NUCLÉINATE DE FER

Par le docteur L. DOR,

Chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Lyon.

(Laboratoire de M. le professeur A. Poncet.)

Il y a trois ans nous avons montré dans un article du *Lyon méd.* (20 avril 1902) l'avantage que la thérapeutique pouvait retirer de l'administration du fer sous la forme de sel nucléinique.

Notre idée directrice avait été d'imiter la nature; puisque c'est sous forme de nucléinate de fer que se trouve dans nos aliments la totalité des sels de fer qui nous sont indispensables et grâce auxquels nous maintenons intacte la proportion de 3 grammes de fer qui entre dans la constitution chimique de nos organes (Bunge. *Cours de chimie biologique*), nous pensions que c'était aussi sous la forme de nucléinate que l'organisme particulièrement apauvri des chlorotiques assimilerait le plus facilement la quantité de fer qui lui manque.

Nous disions dans notre article en nous appuyant sur l'autorité de Herlant (*Arch. f. exper. Pathol.*, XLIV) que l'acide nucléinique avait toujours la même formule, soit qu'il provienne du thymus, de la rate, du testicule ou du foie, soit qu'il ait été préparé avec des laitances de poissons, soit enfin qu'il soit extrait de l'embryon de froment. Or, une série d'articles parus dans les *Zeitsch. f. physiol. Chemie* depuis deux ans, ont, au contraire, établi que si l'acide provenant du thymus (thymo-nucléinique) contenait un sucre, deux bases puriques (adénine et guanine), deux bases pyrimidiques (cytosine et thymine), le tout combiné à de l'acide phosphorique, on ne trouvait dans l'acide provenant de l'embryon de froment (tritico-nucléinique), en fait de base pyrimidique, que de l'uracile et en fait de sucre qu'une pentose (Osborne et Harris). D'autres caractères différencient entre eux les acides nucléiniques du pancréas (Bang, Levenne) de la rate, du foie, et tous ces acides diffèrent notablement de celui que l'on trouve dans la levure de bière, l'acide myco-nucléinique.

Ainsi l'expression de « nucléinate de fer » ne correspond pas à un sel bien défini au point de vue chimique, puisqu'il existe un thymo-nucléinate, un tritico-nucléinate, un myco-nucléinate, un spermo-nucléinate, et encore une grande quantité d'autres nucléinates de fer.

Notre article ayant été de ceux sur lesquels les pharmaciens ont pu s'appuyer pour adopter l'expression insuffisante de « nucléinate de fer » et par contre-coup l'expression non moins insuffisante d' « acide nucléinique », qui constitue la base de nombreuses spécialités en *ol* et en *ine*, nous devons nous demander si l'on peut sans inconvénient laisser subsister ces expressions.

Nous trouverons la réponse à cette question dans une série de recherches tout à fait modernes qui nous ont appris comment étaient assimilées les nucléines dans l'organisme. Divers travaux parus dans les *Zeitsch. f. physiol. Chemie* ont montré que les nucléinates doivent tout d'abord être décomposés dans l'intestin par un premier ferment auquel Schittenhelm a donné le nom de « nucléase »; après cette première décomposition il se trouve une « adénase » pour décomposer l'adénine, une « guanase » pour décomposer la guanine, une « xanthinase » pour décomposer la xanthine et chacun de ces ferments oxyde ou hydrate d'une façon exclusive l'une des bases xanthiques qui se trouvent dans le noyau nucléinique (Jones et Partridge).

Il en résulte que la composition chimique de l'acide nucléinique n'a pas en réalité une grande importance au point de vue alimentaire, puisque cet acide est décomposé, que chacun des corps qui le composent est lui-même oxydé et qu'aucune des bases puriques ou pyrimidiques qui constituent le noyau des divers acides nucléiniques ne subsiste dans l'organisme sous sa forme initiale.

Les divers acides nucléiniques semblent se comporter de même au point de vue de leur assimilation. Ils s'accompagnent tous d'une abondante excrétion d'acide urique et d'une rétention de phosphore par l'organisme. Seuls les acides impurs qui ont été étudiés au début des recherches sur ces corps ont donné lieu à quelques légers phénomènes toxiques (Herlant, Germain Sée).

Mais si les acides nucléiniques sont ainsi décom-

posés, on est en droit de se demander s'il subsiste un avantage au point de vue thérapeutique à recourir aux nucléinates.

Nous allons montrer que cet avantage subsiste tel que nous l'avons exposé dans notre premier article.

En effet les nucléinates ont beau être différents les uns des autres, ils ont tous une propriété commune qui est très importante, c'est leur complète insolubilité dans l'acide chlorhydrique et dans le suc gastrique. Que les nucléinates de fer soient inattaquables par le suc gastrique, c'est un fait non douteux, puisque c'est sur ce fait même que repose la préparation industrielle de ces sels. Que cette insolubilité constitue au point de vue thérapeutique un avantage, c'est ce que nous allons rappeler en deux mots.

Lorsqu'un sel de fer ordinaire arrive dans l'estomac, il se transforme immédiatement en chlorure de fer et c'est sous cette forme qu'il est partiellement résorbé alors que la plus grande partie passe dans le duodénum où l'oxyde de fer est immédiatement mis en liberté et où l'acide chlorhydrique devenu libre se combine aux bases libres de la bile et du suc pancréatique. Le chlorure de fer résorbé à l'état de chlorure est également précipité aussitôt qu'il pénètre dans le torrent circulatoire et là également, il y a mise en liberté d'acide chlorhydrique qui se combine aux bases libres du sang. Mais la pénétration d'acide chlorhydrique dans le sang et dans le duodénum n'est pas sans inconvénients. Il se produit à sa suite une altération dans la fonction chlorhydrique physiologique, laquelle se manifeste par des troubles dyspeptiques variés que tous les cliniciens connaissent et qui apparaissent aussitôt que l'on prescrit une dose un peu élevée de fer. Si donc il existe un sel de fer qui peut traverser l'estomac sans être transformé en chlorure, la proportion d'acide chlorhydrique du suc gastrique ne sera pas altérée après son ingestion et les troubles dyspeptiques qui reconnaissent pour cause l'utilisation intempestive de l'acide chlorhydrique n'apparaîtront pas.

C'est là que se trouve le principal avantage des nucléinates de fer. Jamais ils ne provoquent la moindre intolérance gastrique à quelque dose qu'on les prescrive et ils sont sous ce rapport tous identiques les uns aux autres. Les estomacs sensibles qui ne tolèrent que les nucléinates de fer à l'exclusion de toute autre préparation martiale ne font pas la différence entre les thymo-nucléinates, les spermonucléinates et les tritico-nucléinates. Nous en avons fait plusieurs fois l'expérience.

Mais les nucléinates de fer n'ont pas le seul avantage d'être insolubles dans le suc gastrique, ils ont encore cet autre avantage d'être des sels nucléiniques.

Or les recherches de Loevi ont nettement établi que l'emploi thérapeutique des acides nucléiniques constituait une méthode remarquable de faire absorber du phosphore par l'organisme (*Arch. f. exper. Pathol.*, XLVI, 157) et tout récemment Marcel et Henri Labbé n'ont-ils pas rappelé (*Presse méd.*, 11 fév. 1905) que l'acide nucléinique n'engendrait nullement la goutte, ainsi que le faisait redouter le fait de l'augmentation d'acide urique éliminé? Le fait pathologique, disent ces auteurs, c'est non pas l'augmentation d'acide urique, mais sa précipitation et après l'ingestion d'acide nucléinique, les urines éliminent beaucoup d'acide urique, c'est vrai, mais cet acide n'est pas précipité et il provient non de l'organisme, mais de l'oxydation des bases puriques de l'acide ingéré.

La médication nucléinique est par elle-même une médication phosphorée de premier ordre, comparable à la médication lécithinique, ainsi qu'en témoigne la dernière communication d'Aly-Zaky et Desgrez (Soc. de biol., p. 392 et 440, 1904).

Les neurasthéniques, les convalescents et nombre de chlorotiques ont avantage à associer la médication martiale à la médication phosphorée et pour toute cette catégorie de malades, il ne saurait exister de meilleure préparation que les nucléinates de fer, sels physiologiques qui se trouvent dans les aliments, dans le foie, dans le lait, et en particulier dans le jaune d'œuf.

Malheureusement la proportion qui se trouve dans les aliments n'est pas suffisante pour réparer des pertes pathologiques un peu importantes et elle se borne à réparer les déchets physiologiques.

Un calcul bien simple permet d'établir ce fait d'une façon mathématique. Supposons un chlorotique qui aurait besoin de faire reprendre à son organisme 1 gramme de fer. Les nucléinates de fer ne contiennent pas tous la même proportion de fer, mais en prenant la moyenne qui est de 10 p. 100 de fer, il serait nécessaire d'absorber 10 grammes de nucléinate de fer. En pilules de 10 centigrammes cela équivaudrait à prendre 100 pilules, en supposant que toutes fussent assimilées, soit 10 pendant dix jours. Un jaune d'œuf renferme environ 0g003 de fer ou 0g03 de nucléinate de fer. Pour trouver 10 grammes de nucléinate de fer dans des jaunes d'œufs, le calcul montre qu'il faudrait en absorber environ 333 en supposant encore que la totalité du fer fût absorbée. Pour ingérer 1 gramme de fer en prenant 10 œufs par jour, il faudrait trentre-trois jours (1). On a donc tout avantage à prendre des pilules. En résumé nous concluons :

1° Il n'existe pas au point de vue chimique un acide nucléinique, mais bien une série d'acides nucléiniques, tous légèrement différents les uns des autres, et par conséquent une série de nucléinates de fer;

2° Les nucléinates de fer ont au point de vue physiologique une propriété qui leur est commune et qui est l'insolubilité dans l'acide chlorhydrique, alors que tous les autres sels de fer sont solubles dans cet acide;

3° La non-formation de chlorure de fer dans l'estomac après l'ingestion de nucléinates de fer explique le fait d'observation que les nucléinates ne déterminent jamais les troubles dyspeptiques que l'on constate après l'ingestion de doses élevées de préparations martiales ordinaires;

(1) D'après un travail tout récent de MM. Hugounenq et Morel (*Lyon méd.* fév. 1905) il n'y aurait même que 0g001 de fer dans un jaune d'œuf.

4° Les nucléinates de fer présentent, au point de vue thérapeutique, un autre avantage qui est celui de l'association de la médication martiale avec la médication phosphorée;

5° Une pilule de 10 centigrammes de nucléinate de fer renferme autant de nucléinate de fer que 3 jaunes d'œufs (1). Il y a donc avantage, lorsqu'on veut faire ingérer une dose un peu élevée de fer en supplément de celle qui se trouve dans la ration alimentaire et qui ne peut que remplacer les déchets quotidiens, à la prescrire sous la forme pilulaire, car un estomac supporte facilement 10 pilules de 10 centigrammes de nucléinate de fer et il ne supporterait pas un supplément alimentaire de 30 jaunes d'œufs par jour (2).

MÉDECINE PRATIQUE

LE TRAITEMENT DU CORYZA SYPHILITIQUE DES NOUVEAU-NÉS

M. Laurens (de Paris) résume ainsi la conduite à tenir dans le coryza syphilitique des nouveau-nés (3).

La principale indication est de rétablir la perméabilité du nez dont l'encombrement par les croûtes gêne la respiration et les tétées. Il faut donc procéder à de fréquents nettoyages pour ramollir et évacuer les sécrétions nasales.

Ce qu'on doit éviter de faire. — On s'abstiendra de lavages avec le bock, et même avec la vulgaire seringue urétrale; on n'emploiera aucune solution antiseptique, sublimé, etc., en raison du danger d'intoxication. Toute injection dans les fosses nasales, si modérée soit-elle, est dangereuse chez le nouveau-né car elle risque de faire pénétrer par effraction dans la trompe d'Eustache des mucosités purulentes, et d'autre part la chute du liquide dans le larynx peut provoquer un spasme glottique avec ses conséquences. Bien éviter la cocaïne.

Ce qu'il faut faire. — M. Laurens emploie la pratique suivante : instillation dans chaque narine trois à quatre fois par jour, au moyen d'un compte-gouttes, de IV à V gouttes d'eau oxygénée à 12 volumes, coupée de quatre fois son volume d'eau. C'est un excellent moyen pour désagréger les croûtes et faire l'antisepsie des fosses nasales. Ces instillations d'eau oxygénée devront alterner avec d'autres pratiquées avec de l'huile de vaseline stérilisée.

Eviter d'introduire des stylets et des porte-coton dans le nez du nouveau-né pour le nettoyer, en raison de l'extrême difficulté qu'il y a à lui maintenir la tête immobile.

Pour obvier à l'obstruction nasale et faciliter l'alimentation on se trouvera bien, cinq minutes avant les tétées, d'instiller dans chaque fosse III à IV gouttes d'une solution de chlorhydrate d'adrénaline au dix-millième qui, en amenant une vaso-constriction de la muqueuse, rétablira pour un moment la perméabilité respiratoire.

Si le moyen échoue, nourrir l'enfant à la cuillère, ou au besoin à la sonde œsophagienne.

(1) D'après la dernière analyse de MM. Hugounenq et Morel ce seraient 10 jaunes d'œufs et non 3 qui contiendraient un centigramme de fer.

(2) D'autant plus que ce supplément devrait être porté à 100 jaunes d'œufs si l'on admet qu'il n'y a qu'un milligramme de fer par jaune d'œuf.

(3) Cf. Paul Gastou. *Le coryza syphilitique des nouveau-nés.* 1 vol. in-8°. — Paris, O. Doin.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 28 MARS 1905)

La discussion sur les rapports de la paralysie générale et de la syphilis (1). — Reprenons dans son ensemble l'importante discussion soulevée par la communication de M. Fournier. Après avoir eu l'opinion du représentant le plus autorisé de la syphiligraphie, il était intéressant de connaître celle de l'un des neurologistes les plus compétents : nous avons nommé M. Raymond.

Les observations du professeur Raymond le conduisent aux mêmes conclusions que M. Fournier, relativement à la date de l'échéance de la paralysie générale après la contamination syphilitique, à ce fait que très généralement la paralysie générale succède à une syphilis bénigne, surtout si cette syphilis n'a pas été convenablement traitée, relativement aussi à l'impuissance radicale du traitement spécifique pour enrayer la maladie, voire même aux dangers que l'on fait courir aux malades par un traitement mercuriel ou ioduré intensif.

Mais il est un point sur lequel M. Raymond se sépare de M. Fournier, c'est celui de l'hérédité. M. Raymond a fait connaître depuis longtemps, dans ses leçons, ce qu'il entend par hérédité pathologique. Plus il étudie les maladies nerveuses, plus il s'aperçoit que la loi d'hérédité domine leur étiologie. L'influence de l'hérédité nerveuse, dans la pathogénie du tabes syphilitique, ne rencontre plus beaucoup de contradicteurs. Pourquoi les choses se passeraient-elles autrement dans la paralysie générale syphilitique? Le professeur Raymond est convaincu que, comme pour le tabes, la méningite produit l'encéphalite diffuse, la paralysie générale seulement chez des prédisposés, par l'hérédité de naissance ou par l'hérédité acquise. Il est d'ailleurs une variété clinique de paralysie générale qui montre bien l'influence réciproque du terrain et de la syphilis, c'est celle qui survient chez les enfants. Relativement à l'anatomie pathologique, il existe de nombreux cas dans lesquels on trouve sur le même cerveau les lésions de la syphilis cérébrale et celles de la paralysie générale. M. Raymond estime qu'avec les moyens d'investigation histologique qu'on possède aujourd'hui, on pourra arriver à différencier entre eux les cas de paralysie générale.

M. Raymond se rallie sans réserve à l'opinion de M. Fournier au point de vue du traitement. « Si nous parvenions, ajoute-t-il, à supprimer la syphilis et l'alcoolisme, du même coup, nous supprimerions le plus grand nombre des maladies nerveuses, en particulier la paralysie générale et le tabes, et les médecins neurologistes seraient réduits à changer de spécialité. »

M. Joffroy est convaincu que la syphilis et la paralysie générale sont deux affections distinctes; l'une n'engendre pas l'autre; elles sont de nature différente. On observe bien, dit-il, la paralysie générale chez les syphilitiques, mais il n'y a pas de paralysie générale syphilitique. La syphilis est, à elle seule, insuffisante à faire la paralysie générale; elle est un bon engrais favorisant l'éclosion de la paralysie générale; toutes les statistiques le prouvent, mais elle ne renferme pas le germe de la maladie.

A l'appui de cette manière de voir, M. Joffroy fait remar-

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, n° 22, p. 260; n° 25, p. 296; n° 28, p. 331; n° 31, p. 367; n° 34, p. 403.

quer que la distribution géographique de la syphilis et celle de la paralysie générale ne sont nullement identiques. M. Joffroy cite des pays où la syphilis est très fréquente et la paralysie générale très rare.

D'autre part, dans les cas de lésions syphilitiques tertiaires chez des paralytiques généraux, le traitement mercuriel guérit ces lésions, sans améliorer la paralysie générale. Celle-ci peut s'observer à des dates très variables, très éloignées ou très rapprochées du chancre syphilitique. Quant à l'influence préventive du traitement de la syphilis sur le développement ultérieur de la paralysie générale, elle n'existe pas pour M. Joffroy.

M. Pinard envisage la syphilis, non plus dans l'individu, mais dans l'espèce. Jusqu'ici on a surtout considéré les méfaits de la syphilis dans l'individu; or il faut savoir qu'il y a une vérole spermatique. Nous savons que la syphilis paternelle est héréditaire; mais elle peut se manifester de deux façons; il y a la syphilis héréditaire virulente et la syphilis héréditaire dystrophique. C'est, aux yeux de M. Pinard, une grosse erreur de croire que le syphilitique qui s'est traité, qui s'est marié et qui a eu deux ou trois enfants sains soit à tout jamais indemne de syphilis, lui et sa descendance ultérieure. Il est parfaitement exact qu'un syphilitique qui s'est traité, qui s'est marié avec l'autorisation de son médecin, n'infecte pas sa femme; mais sa syphilis pourra toujours exercer son action sur les enfants. Aussi chaque fois que M. Pinard est consulté par un ancien syphilitique dont la femme va avoir un enfant, il estime qu'il faut soumettre cet homme et sa femme à un traitement mercuriel pendant six mois avant la procréation de l'enfant. M. Pinard attache la plus grande importance à ce traitement mercuriel de six mois imposé à l'ancien syphilitique et à sa femme avant la procréation. Il est absolument convaincu qu'en agissant ainsi ces deux êtres s'éviteront bien des malheurs, bien des souffrances et pourront ainsi donner le jour à des enfants viables et sains.

M. Lancereaux combat l'opinion de M. Fournier et ne croit pas que la syphilis soit la cause unique ni même une des causes les plus fréquentes de la paralysie générale. Il pense qu'il y a lieu d'établir une distinction très nette entre les deux affections.

M. Hallopeau au contraire considère comme établie l'origine syphilitique fréquente de la paralysie générale. Il cherche même à l'expliquer anatomiquement. Quant au traitement préventif institué par M. Fournier, M. Hallopeau se montrerait volontiers plus sévère encore que lui.

Dans cette dernière séance (28 mars), la discussion se poursuit non sans passion, M. Fournier, et avec lui M. Raymond, continuant à accorder à la syphilis une action prépondérante, peut-être même unique, sur la production de la paralysie générale, MM. Joffroy et Lancereaux tendant au contraire à distinguer complètement la paralysie générale de la syphilis.

M. Motet, tout en reconnaissant que la grande majorité des paralytiques généraux ont eu des antécédents syphilitiques, admet qu'il y a une paralysie générale où la syphilis n'est pour rien.

M. Cornil, se plaçant uniquement sur le terrain de l'anatomie pathologique, démontre, pour ainsi dire pièces en mains, que les lésions gommeuses syphilitiques du cerveau n'ont rien de commun avec la méningo-encéphalite diffuse de la paralysie générale. Toutefois, il déclare qu'on peut assez fréquemment rencontrer ces deux sortes de lésions sur le même individu.

Voici d'ailleurs les conclusions de M. Cornil : 1° Il faut établir une distinction absolue entre les lésions cérébrales de la syphilis et celles de la paralysie générale; 2° la syphilis est une des causes les plus communes de la paralysie générale, mais elle n'exclut pas les autres causes de cette affection, telles que l'hérédité, le surmenage cérébral, les émotions morales, l'alcoolisme.

M. Raymond est tout à fait d'accord avec M. Cornil sur la distinction à établir entre les lésions cérébrales de la syphilis et celles de la paralysie générale, mais il n'existe pas moins un grand nombre de faits brutaux dans lesquels l'influence de la syphilis sur la production de la paralysie générale est indéniable.

Quant à la nouvelle argumentation de M. Fournier, elle est surtout basée, comme la première, sur des statistiques. Mais il faut reconnaître, malgré le dédain de M. Lancereaux pour ces statistiques, qu'elles nous donnent des chiffres bien troublants et bien en faveur de la thèse soutenue par M. Fournier. Pour répondre à MM. Joffroy et Lancereaux, il rappelle les faits de son premier mémoire présenté à l'Académie en 1894 et d'où il résultait déjà que 90 p. 100 des paralysies générales observées par lui existaient chez des syphilitiques. Il invoqua donc à l'appui de sa thèse la grande fréquence de la paralysie générale chez les syphilitiques, sa rareté chez la femme, son existence chez l'enfant. Il rappelle également les opinions de MM. Marie, Brissaud qui confirment la sienne. M. Fournier laisse même entrevoir l'époque prochaine, selon lui, où la paralysie générale, comme le tabes, sera reconnue pour affection toujours et uniquement syphilitique.

La discussion se poursuivra dans la prochaine séance.

Sur le formiate de soude. — M. le professeur N. Gréhant apporte les résultats des premières expériences qu'il a faites pour déterminer la dose de formiate de soude qui est mortelle pour les animaux; ces recherches lui ont été suggérées par la récente communication de M. Huchard qui utilise ce sel en thérapeutique; elles ont consisté à injecter dans l'estomac par une fistule œsophagienne des doses massives de formiate.

Un chien qui a reçu 6g66 de ce sel par kilogramme de son poids, est mort en deux heures quatorze minutes, après avoir présenté des efforts de vomissement, des convulsions épileptiformes et un arrêt de la respiration qui démontrent une action directe sur le système nerveux central et particulièrement sur le bulbe rachidien.

Un autre chien qui a reçu une dose moitié de la précédente ou 3g33 par kilogramme est mort au bout de vingt-trois heures et demie.

La dose employée par M. Huchard chez l'homme étant de 3 grammes, si l'on admet le poids du corps égal à 90 kilogrammes, le premier chien avait reçu par kilogramme 155 fois plus de formiate que l'homme, et le second chien 77,5 fois plus du même sel que l'homme.

La toxicité de ce nouveau médicament est donc très faible.

M. Chauvel fait un rapport sur un travail de M. Lagrange (de Bordeaux) **sur les modifications physiologiques de la cornée chez les enfants de cinq à quinze ans.**

A l'occasion des travaux de M. Guglielminetti (de Monte-Carlo), M. Josias lit un rapport sur **la poussière des routes** et les mérites respectifs du pétrolage, du goudronnage et du westrumitage. Ce dernier procédé, peut-être moins durable, semble soulever moins de critiques que le goudronnage.

ANALYSES

MÉDECINE

Thrombophlébite mésaraïque, complication de l'appendicite. (Eug. Polya. *Deutsche med. Wochenschrift*, 1905, nos 7, 8 et 9, p. 257, 299 et 341.) — Le travail de Polya repose sur quatre observations personnelles dont il donne le détail; à l'aide de ces observations et des cas épars dans la littérature, il a tracé l'histoire anatomique et clinique de la thrombophlébite mésaraïque, complication de l'appendicite. La veine mésentérique supérieure est atteinte la première: l'inflammation gagne les veines du mésentère et même les veines jéjunales supérieures.

Cette complication évolue parfois sans troubles anatomiques et cliniques de l'intestin; elle réalise le tableau de la pyohémie par la phlébite suppurée. Dans d'autres cas elle détermine la stase sanguine et la gangrène dans la partie correspondante de l'intestin et provoque des symptômes d'occlusion intestinale.

La localisation de la maladie à la partie supérieure du jéjunum donne naissance à un symptôme presque pathognomonique de cette complication : c'est l'apparition, sous le rebord costal gauche, dans la région de l'ombilic, d'une résistance douloureuse, parfois même d'une tumeur; celle-ci survient après des symptômes d'appendicite en même temps que des phénomènes de pyohémie ou d'occlusion intestinale.

Cette complication de l'appendicite, constituée par la formation de véritables abcès à l'intérieur de la veine mésaraïque, est au-dessus des ressources opératoires. Le seul moyen de l'éviter consiste à opérer les appendicites aussi tôt que possible. A. LEMIERRE.

Les données de la bactériologie dans la paralysie ascendante aiguë de Landry. (*Il Policlinico*, sect. méd., fasc. VIII, 1904.) — A. Nazarri, après avoir retracé le tableau clinique de la paralysie de Landry, rappelle que dans les premiers cas décrits on ne put constater aucune lésion anatomique. Il semble résulter de travaux plus récents qu'il s'agit d'une myélite transversale d'origine infectieuse, à laquelle viennent s'associer dans certains cas d'autres altérations de la moelle allongée, de la protubérance et même du cerveau. A côté de la forme médullaire, il y aurait aussi la forme névritique, due à une polynévrite. Il est établi, enfin, que dans certains cas la maladie semble absolument autochtone, alors que dans d'autres elle est secondaire à des processus infectieux, tels que la typhoïde, la rougeole, la variole, etc. L'auteur a passé en revue les cas où les recherches bactériologiques ont eu un résultat positif; il en a recueilli quatorze dans la littérature et en cite un personnel. Voici quels sont les agents microbiens qui ont été rencontrés dans ces quinze cas : le streptocoque trois fois, le bacille du charbon deux fois, le diplocoque deux fois, le bacille d'Eberth et le staphylocoque chacun une fois; dans six cas, il s'agissait de bacilles ou de microcoques indéterminés. A. GAULLIEUR L'HARDY.

Œdème angio-neurotique avec localisation gastrique. (S. Morris. *Amer. Journ. of med. Sc.*, 1904, p. 812.) — Les troubles gastriques sont fréquents dans l'œdème angio-neurotique, et il est légitime de supposer qu'ils sont dus à l'œdème de la muqueuse gastrique. Cette manière de voir se trouve confirmée par l'observation suivante. Il s'agit d'un homme de vingt et un ans, atteint d'œdème des mains, des jambes, du larynx et présentant des symptômes gastriques. Sa mère présentait des troubles analogues. Chez le malade en question, la première apparition de l'œdème remontait à la douzième année. Il siégeait alors au niveau des mains, survenait à l'occasion des fatigues et disparaissait ordinairement dans l'espace de quarante-huit heures. Dans la suite, les œdèmes se localisèrent aux pieds, aux coudes, aux genoux, et les symptômes augmentaient peu à peu de gravité. Vers l'âge de dix-sept ans, au cours d'une poussée d'œdème de la glotte, on dut pratiquer une trachéotomie. Il y a un an une nouvelle attaque d'œdème de la glotte survint un matin; l'après-midi, le malade ne pouvait rien avaler, et le soir une seconde trachéotomie fut faite.

Lors de son admission à l'hôpital, le 23 octobre, le patient venait d'avoir une nouvelle obstruction de la glotte qui avait cédé à des inhalations. Il présentait des nausées, des vomissements et une douleur épigastrique très intense. L'œdème cutané siégeait à la main droite et au pied; sur le thorax et l'abdomen on notait des taches rouges légèrement papuleuses. Le lendemain, la muqueuse du larynx était rouge et un peu tuméfiée. On fit un lavage de l'estomac : le liquide retiré contenait un peu de sang et un lambeau de tissu qui fut placé dans l'alcool absolu. On reconnut, à l'examen microscopique, qu'il s'agissait d'un fragment de muqueuse gastrique œdématiée : les espaces lymphatiques, les vaisseaux étaient très dilatés et les cellules du chorion étaient séparées par de nombreuses vacuoles.

L'auteur se demande si les vomissements périodiques décrits par Leyden ne reconnaîtraient pas pour cause des poussées d'œdème angio-neurotique. A. HOUSQUAINS.

CHIRURGIE

Traitement du bec de lièvre et de la fissure palatine. (Brown. *Journ. Am. med. Ass.*, 18 mars 1905.) — L'auteur insiste beaucoup sur l'originalité de sa méthode, mais c'est bien moins par la nouveauté des procédés que par le soin extrême dans l'application de procédés déjà connus qu'il a obtenu les résultats remarquables dont font foi de nombreuses photographies. Il a opéré à tout âge, même chez des adultes. Cependant, il n'opère pas les tout jeunes enfants : il attend, sans toutefois laisser arriver le moment où risquent d'être prises de mauvaises habitudes phonétiques. Dès la naissance de l'enfant, cependant, il applique une bande adhésive sur la lèvre supérieure et autour du massif maxillaire pour empêcher la mâchoire inférieure d'augmenter l'écartement de ce massif. Cette même bande fait que, lorsque l'enfant crie ou pleure, les muscles, au lieu d'écarter les os, tendent à les rapprocher. Enfin, tout cela étire et assouplit la peau et les muscles des lèvres, ce qui donne plus d'étoffe pour l'opération ultérieure. Eviter tout mouvement de succion de la part de l'enfant. Plus tard, l'auteur applique un appareil qui tire sur les prémolaires de chaque côté; cet appareil est formé de deux tiges qu'on manœuvre de manière à rapprocher les extrémités en serrant un petit écrou que l'on tourne légèrement trois ou quatre fois par jour. Pendant ce temps, soins extrêmes d'asepsie bucco-nasale. Si les os ne cèdent pas suffisamment chez l'adulte, il faut procéder à des sections osseuses le long des parois externes du maxillaire supérieur de manière à amener les os au contact. Il est bon, avant de faire l'opération à lambeau définitive, de faire un avivement préalable ostéo-muqueux quand les os sont amenés pour la première fois au contact. Cela évite la gangrène au moment de l'opération finale. Après cette opération, lavages *d'heure en heure* avec de l'eau oxygénée aussi peu acide que possible et spray huileux dans les fosses nasales. L'auteur cite 11 cas remar-

quables. L'éducation phonétique post-opératoire a été grandement aidée par l'usage des tracés phonographiques et des palatogrammes. FOXTON E. GARDNER.

THERAPEUTIQUE

Traitement de la méningite cérébro-spinale épidémique par le sérum antidiphtérique. (WAITZFELDER. *Medical Record*, 11 mars 1905.) — Il y a à New-York, depuis janvier 1904, une épidémie de méningite cérébro-spinale épidémique qui a déjà causé plus de 1 000 décès, semble aller en augmentant et commence à inquiéter les hygiénistes officiels. Wolff (de Hartford), ayant constaté un antagonisme marqué entre le bacille de Lœffler et le méningocoque, ayant trouvé que l'antitoxine diphtérique tuait ce dernier microbe et produisait l'agglutination tant dans les cultures mortes que dans les cultures vivantes, Waitzfelder tenta d'appliquer cette donnée à la clinique. Il eut l'occasion de traiter 17 cas par les injections de sérum antidiphtérique. La dose injectée fut de 6000 unités antitoxiques pour les enfants au-dessous de cinq ans, de 8 000 entre cinq et douze ans et de 10000 pour les adultes. Dans tous les cas, il y eut au moins amélioration remarquable des symptômes. Parmi ceux-ci, la température élevée fut toujours la plus tenace. Sur 17 cas, la guérison fut absolument complète dans 5; la mort survint dans 3 dont l'un avait été traité tardivement; au moment où l'article parut, 5 autres étaient en convalescence et 4 restaient dans un état critique à pronostic incertain. Etant donné qu'il ne s'agit pas des formes atténuées du déclin d'une épidémie, mais de cas graves dans une épidémie dont la mortalité jusqu'à présent a été environ des deux tiers, l'auteur estime ces résultats encourageants.

FOXTON E. GARDNER.

PHYSIOLOGIE

Les fonctions du cæcum et de l'appendice. (William MACEWEN. *The Canadian Practitioner and Review*, janv. 1905, vol. XXX, n° 1, p. 26.) — Macewen s'efforce de démontrer que contrairement à l'opinion classique, le cæcum et l'appendice ont des fonctions bien définies dans la digestion intestinale. Ce rôle est bien plus important dans certaines espèces animales que chez l'homme. Chez ce dernier il n'est cependant pas négligeable. Il est de deux sortes différentes. Tout d'abord le cæcum et l'appendice sont le siège d'une sécrétion profuse de suc intestinal originaire des cryptes de Lieberkuhn nombreuses que contient leur muqueuse. Sur un malade qui avait perdu la paroi antérieure du cæcum par suite d'une explosion, on voyait que peu de temps après le repas la cavité cæcale s'imprégnait d'une abondante sécrétion alcaline issue des cryptes de la muqueuse et à travers l'orifice de l'appendice. Cette sécrétion augmentait juste au moment où le contenu intestinal était déversé à travers la valvule iléocæcale. Cette dernière possède un rôle de contention réflexe analogue au pylore. Elle ne verse le contenu intestinal dans le cæcum que par petites quantités, et lorsque le contenu cæcal a été saturé par le suc intestinal. Pendant ce temps le cæcum est le siège de mouvements qui brassent son contenu et le ramènent au fond de l'organe et vers l'orifice appendiculaire.

Outre ce rôle, le cæcum et l'appendice possèdent une flore microbienne extrêmement riche qui doit jouer un rôle important dans la digestion intestinale. L'appendice, dit Macewen, est un véritable tube de culture humain.

Ces données éclairent singulièrement la pathologie de l'appendicite. L'auteur énumère les causes fonctionnelles, physiques qui peuvent détruire ces fonctions. Dès lors, la porte est ouverte à la stagnation des matières et à l'inflammation. Il insiste sur le rôle de ces indigestions cæcales dans l'étiologie de l'appendicite.

Il montre ensuite que si l'ablation de l'appendice n'entraîne pas de troubles apparents dans l'organisme, cela ne prouve pas son inutilité. Il n'est pas le seul viscère qui soit dans le même cas. Pour Macewen l'appendice a conquis son rang dans les organes à sécrétion interne et dans les organes digestifs, aussi bien par sa sécrétion propre que par les produits des micro-organismes qu'il contient. M. LANCE.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

EXTRAIT DU FORMULAIRE DES « MÉDICAMENTS NOUVEAUX », 1905

Le « Lusoforme » est une combinaison de savon et de formol contenant 20 p. 100 de solution commerciale d'aldéhyde formique, liquide jaune clair, *sans odeur*, légèrement alcalin, *non toxique*, soluble en toutes proportions dans l'eau et dans l'alcool. Produit stable, bactéricide énergique, non irritant et ne coagulant pas les matières albuminoïdes, *désodorisant* et détergeant.

Le lusoforme s'emploie à la dose de 1 p. 100 pour lavages antiseptiques, surtout en obstétrique, en gynécologie, dans les métrites, vaginites, rétentions placentaires, prurits, etc.; à la dose de 2 à 3 p. 100 dans les hyperhydroses, pour la stérilisation des mains, de tous genres d'instruments et dans la désinfection du linge, des objets de toilette, des hôpitaux, etc.

CONTRE LES HÉMOPTYSIES

Chlorure de calcium......	4	grammes.
Sirop d'opium...........	30	—
Eau distillée de tilleul....	120	—

Une cuillerée à soupe toutes les heures (A. Robin).

LIVRES NOUVEAUX

Nouveau traité de médecine et de thérapeutique, publié en fascicules sous la direction de MM. BROUARDEL et GILBERT.

Le deuxième fascicule, *Fièvres éruptives*, vient de paraître. L'énumération des chapitres et les noms des auteurs montrera suffisamment que le nouveau traité est conçu dans une forme absolument pratique, ainsi que nous avons eu l'occasion de le dire ici même (1): Variole, par B. Auché. — Vaccine, par H. Surmont. — Varicelle, par L. Galliard. — Scarlatine, par R. Wurtz. — Rougeole, par Grancher. — Rubéole, par Netter. — Suette miliaire, par Thoinot.

(1) 1 vol. gr. in-8°. Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Les formes cliniques du pneumothorax (fin), par M. L. GALLIARD.
MÉDECINE PRATIQUE
Traitement de la grippe. Forme nerveuse commune.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de l'internat des hôpitaux de Paris.
ANALYSES
Médecine : Névrites multiples dues à l'alcool méthylique ; — Chancres syphilitiques doubles à période d'incubation différente ; — *Obstétrique :* Césarienne vaginale.
LIVRES NOUVEAUX
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours pour trois places de chirurgien des hôpitaux.* — Epreuve écrite. Ordre de lecture des copies :

MM. Lapointe, Mouchet, Dujarrier, Proust, Kendirdjy, Wiart, Duval, Lecène, Baudet, Fredet, Bernard, Veau, Schwartz, Marcille, Labey, Guibé et Alexandre.

Se sont retirés : MM. Alglave et Iselin.

Séance du 29 mars. — MM. Lapointe, 25 1/2, Mouchet 22, Dujarier, 26.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — CAEN. — Un concours s'ouvrira le 6 novembre 1905 devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Sont promus :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Reverchon et Pouchet.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Jarry, Villedary et Berthier.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Bardot, Guillabert, Barthélemy, Rocheblave, Mendès-Bonito, Dalphin, Sturel et Cot.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. le médecin-major de deuxième classe en non-activité Barudel.

MM. les médecins aides-majors de première classe Pigeon, Leguelinel de Lignerolles, Josse, Sousselier, Boulin, Grenier de Cardenal, Chaudoye, Ga dit Gentil, Sirot et Jojot.

Au grade de pharmacien principal de première classe. — M. le pharmacien principal de deuxième classe Roman.

Au grade de pharmacien principal de deuxième classe. — M. le pharmacien-major de première classe Péré.

Au grade de pharmacien-major de première classe. — M. le pharmacien-major de deuxième classe Boutineau.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens aides-majors de première classe Lecomte et Bertrand.

— CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Sont promus :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. le médecin-major de première classe Birolleau.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Poumayrac, Hutre, Cognacq, Damiens, Houillon, Nogué, Blin et Lairac.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Robert, Revault, Normet, Noc, Tardif, Vallet, Bernard, Thomas-Derevoge, Chapeyrou et Ribot.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — MM. les docteurs Drouineau, Faisans, Vincent Griffon, A.-J. Martin, J. Renault, J. Voisin, Weill-Mantou et Wurtz (de Paris) sont nommés membres du comité consultatif d'hygiène pénitentiaire dont nous avons déjà annoncé la formation au ministère de l'Intérieur.

— Des récompenses sont décernées à MM. les docteurs ci-après, désignés pour leur participation aux travaux des commissions d'hygiène et de salubrité des arrondissements de Paris :

Médaille de vermeil. — M. Tapié.

Médailles d'argent. — MM. Audigé, Billon, Daumas, Le Coin, Maestrati, Rafrisasque, Royer, Schwebisch et Séailles.

Médaille de bronze. — M. Mouton.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Théophile Collinot, sénateur de l'Yonne, et Winsback, ancien médecin des hospices civils de Metz, membre de la Landesausschuss, décédé à Nancy.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 454.*)

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Écho médical du Nord. — (N° 12, 19 mars 1905.) Folet et Lambret : Les premières chloroformisations à l'aide de l'appareil de Ricard.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 12, 19 mars 1905.) Labougle : Le dédoublement du premier temps du cœur dans son rapport avec la fatigue commençante de cet organe.

Journal de médecine de Bruxelles. — (N° 12, 23 mars 1905.) Marique : La mortalité infantile et les œuvres qui la combattent (*suite*).

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 12, 19 mars 1905.) Rocher : A propos du kyste salivaire parotidien. — Verdelet : Grippe et toux coqueluchoïde.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (N° 6, 25 mars 1905.) Trousseau : Evaluation de la perte d'un œil dans les accidents du travail.

Journal des praticiens. — (N° 12, 25 mars 1905.) Reclus : Traitement du furoncle et de l'anthrax.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 11, 18 mars 1905.) Delobel : Paralysies laryngées d'origine centrale (*fin*).

Médecine moderne. — (N° 12, 22 mars 1905.) Legueu : Le cancer de la prostate.

Montpellier médical. — (N° 11, 12 mars 1905.) Vallois : Vomissements incoercibles. Avortement provoqué. Guérison. — Hédon : L'eau de mer milieu vital.

Nord médical. — (N° 250, 1er mars 1905.) O. Pasteau : La décapsulation dans les néphrites médicales. — Courtellemont. Paralysie saturnine généralisée par intoxication professionnelle chez une ramasseuse de sacs. — (N° 251, 15 mars.) Baudry : De l'exploration des paupières et des parties antéro-externes de l'œil. — Bué : L'examen clinique du détroit supérieur.

Revue de la tuberculose. — (N° 1, mars 1905.) Letulle : Appendicite et tuberculose de l'appendice. — Villaret : Les travaux de la commission permanente de préservation contre la tuberculose.

Semaine gynécologique. — (N° 12, 21 mars 1905.) Pichevin : Fausse grossesse tubaire.

Tribune médicale. — (N° 11, 18 mars 1905.) Trolard : Hernie diaphragmatique congénitale chez un vieillard.

REVUE GÉNÉRALE

LES

FORMES CLINIQUES DU PNEUMOTHORAX (1)

Par M. L. GALLIARD,
Médecin de l'hôpital Lariboisière.

5° PNEUMOTHORAX SUIVI D'INFECTION MODÉRÉE DE LA PLÈVRE. — La « pneumopleurite subaiguë » n'est pas exceptionnelle dans le *pneumothorax des conscrits*. Sur 37 cas, j'ai noté : 1° six fois les frottements pleuraux retardant trois fois la guérison jusqu'au quarante-deuxième, quarante-cinquième et soixantième jour; 2° trois épanchements de sérosité, se résorbant en quelques jours (Ferrari), quatre semaines (Biermer), trois mois (Fœrster).

Dans la *pneumonie*, la chose est rare. Voici cependant une fillette de trois ans et demi dont l'hydropneumothorax survenu du côté de la bronchopneumonie guérit complètement en un mois (Vallin). Guérison en quinze mois chez un pneumonique âgé de trente et un ans, qui eut, à la suite de deux thoracentèses pour hydropneumothorax, un écoulement de sérosité par une fistule du cinquième espace intercostal (Rodsajewski).

Dans la *tuberculose*, le bruit de succussion se manifeste généralement au bout de quelques jours. La sérosité s'accumule lentement dans la plèvre. Si l'on ponctionne, on trouve dans le liquide des leucocytes (polynucléaires ou mononucléaires), des microcoques, le bacille de Koch démontré par l'examen microscopique du sédiment ou par l'inoculation au cobaye, les microbes pyogènes ou saprogènes (Netter). Les microorganismes sont susceptibles de se détruire ou de perdre leur virulence dans l'hydropneumothorax chronique : Widal a vu le liquide séro-fibrineux d'un phtisique fournir des cultures pures de streptocoques, et cependant cinq ponctions successives pratiquées en l'espace de trois mois furent absolument amicrobiennes; le liquide resta limpide.

Quelle sera l'évolution de la pneumopleurite subaiguë chez les tuberculeux?

1. L'*hydropneumothorax chronique* est banal, plus commun d'après quelques statistiques que le pyopneumothorax : on le constate 27 fois sur 43 cas (Weil), 17 fois sur 27 (West), 13 fois sur 16 (Netter). La durée de la maladie, subordonnée à l'évolution de la cachexie tuberculeuse, peut être de deux ans et demi (Weil), de quatre ans (Duguet, Netter). Quelques auteurs affirment qu'elle exerce sur la tuberculose pulmonaire une influence favorable (Woillez, Béhier, Czernicki, Hérard, Bernheim, Leplat, Potain etc.); j'ai protesté (*Sem. méd.*, 1897) contre la doctrine du pneumothorax *providentiel*;

2. La *transformation de l'hydropneumothorax en hydrothorax* ne peut s'effectuer que grâce à l'oblitération de la fistule broncho-pleurale, soit par cicatrice, soit par fausse membrane organisée, soit par adhérence au feuillet pariétal de la séreuse. Elle a été démontrée anatomiquement par Andral, Woillez et d'autres; cliniquement par Béhier (phtisique âgé de trente-huit ans guéri en quatre mois), par Grisolle (fille de vingt et un ans confiée aux soins de Trousseau, Hérard et Grisolle, conservant le bruit de succussion pendant plusieurs mois puis seulement les signes de l'épanchement liquide), par Rendu, Hanot, Moutard-Martin, André Petit, etc. J'ai soigné en 1897 un phtisique atteint d'hydropneumothorax le 5 juin; la fluctuation hippocratique persista jusqu'à la fin d'août; le 18 octobre, résorption complète de l'épanchement liquide.

Donc la *résorption de l'hydrothorax* consécutif à l'hydropneumothorax tuberculeux est possible. Elle peut même s'effectuer rapidement, puisque Woillez a constaté une guérison complète en vingt-deux jours, Guttman en six ou huit semaines, Nonne en six semaines. Mais on se défiera toujours, même en lisant les faits publiés par des observateurs autorisés, des guérisons *apparentes*. Pour que la guérison *réelle* soit proclamée, il faut exiger les frottements pleuraux, le retour du cœur à sa situation normale, l'insuccès des ponctions exploratrices avec l'aiguille fine, la vérification radioscopique ou radiographique. J'ai insisté (Soc. méd. des hôpit., 2 déc. 1904) sur la rareté des guérisons authentiques en citant un exemple : chez un tuberculeux soigné par moi depuis cinq mois et demi, la cure paraissait terminée; or cinq mois plus tard, lorsque le malade revint me voir, je constatai un *empyème*.

Traitement. — Si l'hydropneumothorax est *incommode*, il faut pratiquer la thoracentèse. S'il est *toléré*, il faut s'abstenir. L'intervention retarderait la transformation désirée de l'hydropneumothorax en hydrothorax. On surveillera la température : la fièvre peut être due à l'infection pleurale aggravée aussi bien qu'à la tuberculose pulmonaire.

J'ai coutume de dire que, d'une façon générale, l'hydropneumothorax tuberculeux chronique est un *noli me tangere*.

Lorsque l'hydrothorax a succédé à l'hydropneumothorax, la temporisation est encore de rigueur : les thoracentèses exposent toujours à la rupture des cicatrices, et, par conséquent, à la *récidive* du pneumothorax. Potain a préconisé, avec démonstration à l'appui, les injections d'air stérilisé, Vaquez les injections d'azote. L'oxygène serait peut-être un topique plus favorable contre les tubercules pleuraux.

6° PNEUMOTHORAX SUIVI D'INFECTION GRAVE DE LA PLÈVRE. — La gravité de l'infection secondaire dépend de la nature de la perforation et de la nature des germes.

La « pneumonie-pleurite aiguë grave » est banale dans la *tuberculose*; la sécrétion d'un liquide louche succède rapidement à la rupture des cavernules.

Elle est causée, dans la *pneumonie* (où j'ai cité quelques cas bénins), par l'effraction des foyers suppuratifs.

Les phases successives de l'infection ont été bien étudiées dans l'observation d'Antony (Soc. méd. des hôpit., 1899) : cuirassier atteint de pneumothorax le

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 35, p. 411.

17 juin, bruit de succussion le 20 juin; le 21, thoracentèse fournissant 1 100 grammes de liquide sérofibrineux louche qui contient de nombreux *pneumocoques lancéolés*, sans autres espèces microbiennes; le 27 juin, 1 200 grammes de pus non fétide; pleurotomie; mort.

Trousseau a montré à sa clinique le poumon gauche d'un homme de vingt-six ans; grand abcès du lobe supérieur consécutif à la pneumonie, communiquant avec la plèvre qui contenait du pus blanc, crémeux, inodore et des gaz.

Le *ramollissement des infarctus pulmonaires* figure 4 fois sur 918 pneumothorax dans la statistique de Biach : 2 fois chez des typhiques (Biermer, Ritter), 1 fois chez un cardiaque (Lebert), 1 fois de cause inconnue (Rokitansky). Consécutif à une phlébite de la veine humérale gauche, il a provoqué un épanchement purulent avec pneumocoques, streptocoques et bacilles indéterminés; mort (Fernet).

La rupture des *kystes hydatiques du poumon* est signalée par Williams (1828), Fouquier, Mercier.

La *gangrène pulmonaire* est une cause relativement fréquente du pneumothorax : 7 cas sur 130 dans la statistique de Saussier; 65 cas sur 918 pneumothorax dans le relevé de Biach. L'exsudat séreux, séro-purulent ou purulent existe parfois avant la rupture.

Laënnec vit entrer à l'hôpital Necker, le 30 mai 1818, un homme âgé de quarante-deux ans, chez qui il porta le diagnostic de péripneumonie chronique légère, occupant le centre du poumon gauche. Le 7 juin, il ajouta : pleurésie avec épanchement séro-purulent dans la plèvre gauche. Le 16 juin, pneumothorax. Mort le 1er août. Dans la plèvre, un gaz fétide et du pus. A la face inférieure du poumon gauche, ouverture située au centre d'une escare et conduisant à la cavité gangréneuse capable de loger une grosse noix. Pas de tubercules. Laënnec emprunte à Cayol (juin 1811) un autre cas où le poumon présentait des « escares gangréneuses détachées et formant bourbillon ».

En 1822, cas d'Andral. En 1839, cas de Taupin chez un typhique. Gangrène consécutive à la pneumonie dans les faits de Chavignez, Grapin, Monneret, Selenski, Heitler, Biach, Kernig, Gaucher, Bouveret; faits de Ganzinotti et de Haushalter (Th. de Desjardin, Nancy, 1900). Letulle a cité 2 cas mortels dus à la gangrène diabétique. J'ai observé avec Ozenne un pyopneumothorax par gangrène pulmonaire consécutive à l'intoxication par l'oxyde de carbone. Le malade reçut les soins de Millard à Beaujon, puis fut pleurotomisé avec succès par Tuffier.

Le diagnostic est facile si l'on constate la fétidité de l'haleine et des crachats. Mais on connaît, depuis Corbin (1830), la gangrène superficielle du poumon caractérisée par l'absence d'expectoration fétide, vue par Bucquoy, décrite par Millard à la suite de l'opération pratiquée chez le professeur Dolbeau ; les escares détachées étaient des lambeaux pulmonaires, que Sappey et Potain vérifièrent au microscope. Ailleurs la plèvre est seule gangrenée, le poumon sain (E. Besnier, Netter).

Les *ruptures des voies digestives* ne peuvent causer, si elles intéressent la plèvre, que des pneumothorax infectants, graves; perforation de l'*œsophage* résultant de l'action des caustiques, d'un cathétérisme intempestif, d'un corps étranger ou d'un ulcère simple (pyopneumothorax bilatéral cité par Lindenmann, en 1887); perforation de l'*estomac* résultant du cancer (Cruveilhier, Beau) ou de l'ulcère simple, aboutissant à la plèvre, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un abcès gazeux sous-phrénique; ulcère du *duodénum* (Limbeck); *appendicite* (Bamberger, Nothnagel, Vollert) : dans un cas d'Eisenlohr, l'appendicite avait provoqué d'abord un abcès gazeux sous-diaphragmatique, ensuite une perforation pleurale sans lésion pulmonaire; rupture du *côlon descendant* chez un malade atteint de hernie diaphragmatique de cet intestin et de l'S iliaque (Béraud et Gallois).

Traitement. — Il ne s'agit plus seulement ici de la gêne mécaniquement causée par l'accumulation des liquides et des gaz. L'infection de la plèvre se révèle par les frissons, la fièvre, l'adynamie, l'état typhoïde. Il faut demander rapidement un diagnostic à la thoracentèse exploratrice.

Obtenez-vous de la *sérosité louche* ou du *pus non fétide?* Vous pouvez tenter les injections intrapleurales de solution iodo-iodurée (Moizart), de liqueur de von Swieten (Renaut), de permanganate faible, d'eau naphtolée, etc., sans oublier les accidents que causerait le rejet de ces liquides par les bronches.

Obtenez-vous du *pus fétide?* Pratiquez hâtivement la pleurotomie avec ou sans résection costale. Dans le pyopneumothorax gangréneux, cette opération sera suivie de lavages à l'eau oxygénée.

7° Pyopneumothorax putride. — Ici les gaz naissent dans la plèvre. Pas d'effraction du poumon : donc pas de fétidité de l'haleine, pas de fétidité des crachats.

Le début est souvent marqué par une douleur subite et atroce. Frissons, fièvre vive. Cependant Rendu a vu la température osciller, au début, entre 36 et 38 degrés pour s'élever à 39 degrés après la pleurotomie. Phénomènes généraux graves, délire, ataxo-adynamie, prostration.

Lorsque, renseigné par les bruits amphoriques et la commotion hippocratique, on a voulu préciser le diagnostic en pratiquant la thoracentèse, il faut s'attendre à voir naître très rapidement sous la paroi du thorax le *phlegmon septique emphysémateux* dû aux germes semés par le trocart retiré de la plèvre (Netter, Widal, Achard, Courtois-Suffit).

Cette grave complication indique la *pleurotomie immédiate*, unique traitement du pyopneumothorax putride. Elle doit être suivie du drainage et des lavages au permanganate de potasse (Rendu et Rist) ou à l'eau oxygénée.

Pronostic toujours très grave. La guérison a été obtenue cependant dans les cas d'Achard, de Rendu et Rist. Un malade traité par Boinet avait une pleurésie multiloculaire, partiellement inaccessible au bistouri.

C'est à Leriche (1878) que nous devons la pre-

mière observation bien démonstrative de pleurésie putride sans gangrène, puis sont venus les travaux de Boncour, Sepet, Netter, Dieulafoy.

En 1893 et en 1897, Netter a insisté sur la nécessité de distinguer les pleurésies putrides des pleurésies par gangrène pulmonaire. Il les a attribuées à un bacille filiforme, ressemblant au *leptothrix buccalis*, rencontré chez les animaux au voisinage de la mâchoire, microbe anaérobie. Ce bacille pénètre donc par la bouche; il existe peut-être dans la bouche à l'état normal.

En 1897, Widal et Nobécourt ayant trouvé, dans un cas mortel, un grand nombre de germes, parmi lesquels le bacille filiforme de Netter, ont réussi à isoler, par l'inoculation du pus au cobaye, un *proteus vulgaris* dont les cultures dégageaient une odeur fétide.

En 1899, important travail de Rendu et Rist. En 1901, observation de Barth et Rist sur un cas mortel d'origine biliaire; confirmation des découvertes antécédentes : multiplicité des microbes anaérobies dans un même pus; espèces identiques à celles qu'on trouve dans les infections d'origine buccale et intestinale.

8° Pyopneumothorax chronique. — « J'ai vu en 1820, écrit Laënnec, un employé des douanes qui fit seul 30 lieues à cheval par des chemins de traverse très difficiles pour venir me consulter à la campagne. Le côté droit de la poitrine donnait tous les signes d'un épanchement gazeux et liquide avec communication fistuleuse dans les bronches. La maladie datait de deux ans. J'ai su depuis que cet homme existait encore en 1824, qu'il vaquait à ses affaires et qu'il était mieux portant, mais toujours valétudinaire. »

En dehors de la tuberculose, la survie peut être de longue durée. Roser cite un soldat qui, blessé au côté, porta pendant dix ans un pneumothorax ouvert. Un médecin nommé Wendelstadt, dont l'histoire est relatée dans le journal d'Hufeland (1831 et 1844), exerça son art *pendant vingt-sept années* avec un pneumothorax ouvert à la suite d'une opération d'empyème; à l'autopsie, fistules pulmonaires multiples.

Chez les tuberculeux, la situation est bien différente. Quel sera le sort du pyopneumothorax?

Tout à fait exceptionnelle est la *transformation en hydropneumothorax*. S. West cite un homme de vingt-deux ans qui eut successivement dans la plèvre du pus, de la sérosité purulente, de la sérosité. Il guérit complètement, de sorte que l'auteur ne put démontrer chez lui la tuberculose. Hanot m'a communiqué en 1896 l'observation d'un phtisique de son service chez qui l'épanchement d'abord séreux devint ensuite purulent avec streptocoques, puis redevint séreux et enfin disparut. « A partir de l'épanchement, m'écrivait Hanot, la fièvre a diminué puis a cessé depuis plusieurs mois. Le malade a repris des forces, de l'embonpoint. Il ne tousse presque plus aujourd'hui. »

Moins rare est, grâce à l'oblitération de la fistule, la *transformation en empyème*. Béclère a présenté, en 1894, à la Société des hôpitaux de Paris, comme atteint d'empyème pulsatile à gauche sans pneumothorax, un homme âgé de trente et un ans chez qui pendant deux ans et demi le bruit de succussion avait été nettement perçu; l'extraction de 2 800 grammes de pus ne provoqua pas de récidive du pneumothorax. Dans un cas de Bœtz, les gaz ayant disparu au bout de deux mois et demi, on constata sept mois plus tard la *résorption* presque complète de l'épanchement purulent; il y eut dans la suite une récidive mortelle.

J'observe moi-même depuis deux ans un phtisique à qui j'ai pratiqué plusieurs ponctions pour un énorme épanchement purulent consécutif au pneumothorax. Deux fois j'ai constaté l'irruption récidivante de l'air dans la plèvre et deux fois la fistule s'est oblitérée. L'état général du malade paraît excellent malgré la persistance de l'empyème qui n'a aucune tendance à se résorber et malgré l'existence d'une caverne pulmonaire.

C'est au cours des pyopneumothorax chroniques qu'on observe parfois, comme dans les empyèmes chroniques, la *migration spontanée* du pus hors de la plèvre.

Rullier (Dict. en 60 vol.) cite, d'après Diemerbrock, « un marchand de Nimègue, dans la poitrine duquel on entendait distinctement la fluctuation du gaz, qui rendit dans l'espace de deux jours, par les urines, avec quelques douleurs le long des uretères, plein deux pots de chambre d'un pus blanc bien cuit, médiocrement épais, et fut ainsi délivré de sa maladie. » Fisher a observé une femme chez qui, l'empyème s'étant partiellement vidé par deux fistules externes, le pneumothorax était manifeste; en dernier lieu, l'évacuation du pus s'effectua par l'intestin.

J'ai relaté (Soc. méd. des hôpit., 15 nov. 1895) un cas de migration spontanée du pus à travers le diaphragme et les muscles lombaires. Le malade était un phtisique âgé de quarante ans, soigné d'abord par moi pour un pyopneumothorax total du côté droit et revenant ensuite à l'hôpital avec une tumeur fluctuante, molle, partiellement réductible de la région lombaire droite. Après ponction de cette tumeur, on vit s'écouler 1 litre de pus et plus tard l'air s'échappa en sifflant. L'autopsie, pratiquée deux mois plus tard, montra que la collection purulente s'était vidée par l'hiatus costo-lombaire.

Le *pyopneumothorax de nécessité* a maintenant une histoire. J'avais essayé de l'écrire (*Méd. mod.*, 19 fév. 1896), d'après les faits de Conan (1810), Bayle (1824), Gendrin (1826), Bonnet, Pezerat (1829), Héron (1881). J'ai trouvé ensuite les cas de Chavignez (1837) et de Toussaint (1880), auxquels j'ai ajouté (*Semaine méd.*, 8 fév. 1899) un fait personnel.

Par analogie avec l' « empyème de nécessité » je désigne ainsi l'abcès gazeux qui résulte de la migration du pyopneumothorax à travers les espaces intercostaux.

Il peut compliquer toutes les variétés de pyopneumothorax : métapneumonique dans 5 cas, gangréneux dans 1 cas, tuberculeux dans 3 cas sur 9 observations publiées.

On considérera comme causes prédisposantes à cet accident les traumatismes de la paroi, les frac-

tures de côtes, les solutions de continuité des espaces intercostaux. On pourra le prévoir quand l'emphysème sous-cutané initial aura coïncidé, comme chez ma malade, avec un pneumothorax.

Le pyopneumothorax de nécessité est caractérisé par l'apparition d'une tumeur au niveau des premiers espaces, en avant, ou dans la région du mamelon. Cette tumeur est généralement indolente, molle, fluctuante; elle augmente de volume sous l'influence des efforts ou des quintes de toux; elle est réductible, parfois pulsatile.

Dans le décubitus dorsal, elle donne à la main et à l'oreille des sensations qui varient avec sa dimension, la tension de ses parois, la qualité du mélange pyopneumonique qu'elle renferme. Poche petite avec une faible collection gazeuse : crépitation fine. Poche spacieuse avec une faible collection liquide : clapotis, bruit de succussion, gargouillement, et, lorsqu'on opère la réduction, glouglou, bruit de soupape, etc.

Dans la position genu-pectorale, elle est susceptible de se remplir complètement de liquide et de simuler ainsi l'empyème de nécessité.

Quand on incise la tumeur, on voit s'échapper les gaz et le pus. Si on l'abandonne à elle-même, elle augmente progressivement de volume, s'étale, atteint les régions inférieures du thorax et dépasse même les limites de la paroi thoracique. Elle peut fuser sous les téguments de l'abdomen ou, comme dans le cas de Gendrin, à la région lombaire.

Parfois la poche s'ouvre spontanément au dehors. Il y a des douleurs; la peau s'amincit et devient rouge ou violacée; un jet de pus suivi d'un sifflement caractéristique annonce la rupture.

Le pyopneumothorax de nécessité se compliquera parfois secondairement d'emphysème sous-cutané généralisé : la chose s'est produite dans les cas de Bonnet et de Héron.

Le diagnostic sera facile pour les observateurs prévenus. Le pyopneumothorax de nécessité, surtout s'il dérive d'un pyopneumothorax partiel, risque cependant d'être confondu avec un abcès gazeux dérivant d'une caverne pulmonaire (tuberculeuse, actinomycosique, gangréneuse). Cette seconde variété d'abcès emphysémateux est moins rare et par conséquent mieux connue que la première.

D'ailleurs, dans l'un et l'autre cas, il faut se garder d'attendre la rupture spontanée de l'abcès; l'intervention chirurgicale s'impose : incision de l'abcès et de l'espace intercostal correspondant.

Le *pyopneumopéricarde* a été reconnu pendant la vie chez un phtisique observé par Eisenlohr (1873), dont la pleurésie séreuse du côté droit s'était transformée, après une ponction, en pyopneumothorax fétide; malgré l'incision dans le sixième espace et les lavages de la plèvre, la rupture s'effectua du côté du péricarde qui offrit, à l'autopsie, une perte de substance de la dimension d'un groschen.

La *terminaison* banale du pyopneumothorax chronique est la cachexie avec son cortège : fièvre hectique, diarrhée, phlegmatia, anasarque, etc. On surveillera l'épanchement qui peut devenir fétide sous l'influence d'infections surajoutées.

Le dénouement peut être brusqué par la syncope (Letulle insiste sur sa fréquence), les hémorragies, la pleurésie ou le pneumothorax du côté opposé.

Traitement. — La *thoracentèse* n'est ici qu'une opération palliative. Revilliod préconise l'aspiration permanente à l'aide du *siphon*, qui lui a procuré, en cinq mois, la guérison complète du pyopneumothorax chez un phtisique âgé de quarante-six ans.

Il suffit d'avoir fait quelques autopsies de pyopneumothorax tuberculeux pour savoir qu'au bout de cinq à six mois le poumon atélectasié s'entoure d'une écorce pleurale épaisse et rigide qui l'empêche de se porter à la rencontre de la paroi thoracique même si l'on réussit, à l'exemple de Gérard-Marchant, à gratter et à suturer la fistule.

Dès lors la pleurotomie est insuffisante; il faut réséquer plusieurs côtes. Quel sera le résultat de la thoracotomie? Les tuberculeux qui ont eu le privilège de résister au choc font difficilement les frais de l'intarissable suppuration. Ils sont épuisés et succombent. Donc les insuccès ne se comptent pas. Les succès se comptent. J'enregistre ceux de Leyden, Guttmann, Merklen, Richardière, dans lesquels la survie des opérés a été constatée au bout de plusieurs années.

L'échec de la cure chirurgicale est à prévoir si l'on n'a pas affaire : 1° à un pyopneumothorax de récente date; 2° à un poumon faiblement altéré. Si l'on est en présence d'un pyopneumothorax d'ancienne date, apyrétique, sans vomique, sans fétidité du pus, sans complication, coïncidant avec une tuberculose pulmonaire avancée, il n'y a qu'un parti à prendre : *s'abstenir*.

9° Pneumothorax par vomique. — Au chapitre de la pleurésie, Ambroise Paré écrit l'histoire de Bénédict de la Vallée, âgé de vingt-cinq ans, atteint d'empyème, « jetant la boue par la bouche, la crachant en grande abondance, fort fétide et puante, par l'espace de six semaines; puis elle s'arrêta vingt jours après; au moyen de quoi, lorsqu'il se baissait et remuait, on oyait un bruit de son corps comme d'une bouteille à demi pleine. Et pour la guérison de ce, appela plusieurs médecins à savoir : Le Grand, le Gros, Duret, Thiébaud, Violaine, Malmedy; enfin, un jour, m'envoya quérir; et, ayant considéré son mal, lui conseillai d'ouvrir le côté pour donner issue à la matière purulente : ce qu'il m'accorda lorsqu'il serait un peu plus fort. Quelques jours après, nature fit expulsion de la dite matière par grands vomissements, en sorte que tôt après fut du tout guéri par la grâce de Dieu et de nature, et se porte bien pour le présent, étant en bon point comme s'il n'eût eu jamais mal. »

Remarquable observation! Diagnostic, indication thérapeutique, rien n'y manque. Pourquoi Laënnec, parlant de l'évacuation des épanchements pleurétiques par les bronches, omet-il le fait d'Ambroise Paré? « Je crois, dit-il, que Bayle est le premier qui l'ait constatée d'une manière positive. »

Sous le nom de *vomiques péripneumoniques* Trousseau groupe les vomiques pulmonaires et les vomiques pleurales, ces dernières étant plus tardives

et plus copieuses, se produisant chez l'enfant vers le quinzième, le dix-huitième, le vingtième jour de la maladie.

Réservant aujourd'hui le mot vomique pour le rejet des liquides d'origine *extra-pulmonaire*, nous connaissons quelques rares observations de *vomiques séreuses*. Dans un cas, la perforation du tubercule ramolli fut démontrée à l'autopsie (Ogier). Un pleurétique, ayant rejeté 2 litres de sérosité, eut de l'*hydropneumothorax*, puis de l'*hydrothorax* sans tuberculose démontrée (Harris). Douteuse fut aussi la tuberculose chez une fillette de onze ans qui eut d'abord une vomique séreuse, puis des crachats fétides, mais se remit presque complètement (Variot). Chez le phtisique âgé de quarante-deux ans qu'a observé Toussaint, les vomiques séreuses réitérées furent suivies de pyopneumothorax non fétide; pleurotomie; survie de deux ans. Donc le pronostic de la vomique séreuse est grave; l'infection pleurale secondaire est à redouter.

Les *vomiques purulentes* sont, au contraire, très communes, spécialement à la suite des pleurésies interlobaires (Dieulafoy), diaphragmatiques, médiastinales, enkystées, et aussi dans les empyèmes cloisonnés, multiloculaires. On les constate 26 fois sur 100 dans l'empyème métapneumonique, moins souvent dans les autres variétés d'empyème (Netter), considérées dans bien des cas comme favorables.

Pourquoi ne sont-elles pas toujours suivies de pneumothorax? Barthez invoquait, chez l'enfant, la flexibilité des côtes susceptibles de porter la paroi à la rencontre du poumon. Nous préférons admettre une disposition particulière de l'orifice ou des fausses membranes formant valvule, une sorte de soupape analogue, en sens inverse, à celle qui cause le pneumothorax suffocant, permettant la sortie du liquide et fermant la porte à l'air inspiré. La localisation exacte du foyer purulent est souvent fort difficile. Le pyopneumothorax du sommet peut se confondre avec une grande caverne tuberculeuse ou gangréneuse; la variété inférieure avec l'abcès gazeux sousphrénique, avec l'abcès du foie ou le kyste hydatique du foie ouvert dans les bronches. On multipliera les investigations, on aura recours à la radioscopie et à la radiographie.

Traitement. — Si le foyer n'est pas inaccessible au bistouri, il faut l'ouvrir et le drainer. On agira de cette façon, même chez les tuberculeux. S'abstenir d'injecter des liquides antiseptiques qui, passant par les bronches, empoisonneraient les opérés.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DE LA GRIPPE. FORME NERVEUSE COMMUNE

Le professeur Lemoine en formule ainsi le traitement :

Hygiène sévère, isolement, le malade doit garder la chambre; antisepsie buccale et nasale ayant pour but d'éviter les infections secondaires; dans ce but, il faut :

1° Toucher la gorge trois fois par jour avec de l'eau oxygénée à 1/10.

2° Mettre dans les narines, matin et soir, une pommade :

Vaseline	20 grammes.
Salophène	2 —
Oxyde de zinc	2 —

3° Faire des lavages de la bouche avec :

Eau phéniquée à	25 p. 1000.

Une cuillerée à soupe dans un verre d'eau tiède.

4° Faire, s'il y a du catarrhe, des pulvérisations du nez et de la gorge.

Solution.

Phénosalyl	0g50
Chlorure de sodium	3 grammes.
Eau distillée bouillie	500 —

5° Purgatif salin huileux abondant.

Antipyrine par cachets de 0g50, quatre par jour à quatre heures d'intervalle, ou en potion.

Potion.

Antipyrine	5 grammes.
Cognac ou rhum	30 —
Teinture de cannelle	10 —
Sirop de groseille	50 —
Eau	60 —

Une cuilllerée à soupe contient 0g50 d'antipyrine.

Si la fièvre domine, associer la quinine à l'antipyrine.

S'il survient du catarrhe bronchique, faire de la révulsion sur le thorax avec des ventouses, des frictions alcooliques ou des sinapismes. Prescrire de l'alcool pour combattre l'adynamie; donner une purgation légère quand la grippe touche à sa fin. (Lemoine et Gérard.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 23 MARS 1905)

M. PÉRAIRE apporte deux communications : l'une en collaboration avec M. Mahé sur la **fracture de l'angle du maxillaire inférieur** et son traitement par la suture osseuse, qui lui apparaît le meilleur élément de contention, à condition qu'il n'y ait pas d'autres traits de fractures sur la diaphyse; l'autre sur les **pieds-bots paralytiques traités par la greffe anatomique tendino-musculaire**.

Traitement chirurgical de l'anthrax. — M. DELAUNAY conseille d'opérer les anthrax en faisant une série d'incisions venant toutes tomber perpendiculairement sur une première incision longitudinale parcourant toute la longueur de l'anthrax et entamant même largement le tissu sain.

On crée ainsi une série de lambeaux cutanés que l'on curette comme le fond de l'anthrax largement et complètement. On cautérise ensuite partout et l'on rabat les volets de la peau qui se cicatrisent merveilleusement.

On entend ensuite d'autres communications :

Tumeur du cæcum, anus iliaque, guérie par transplantation de l'iléon dans le côlon transverse, guérison, par M. LE BEC.

Neurasthénie grave guérie par la rééducation, par M. P.-E. LÉVY.

Gymnastique thoracique et rééducation respiratoire, par M. Maurice FAURE (de Lamalou).

La conférence fut faite par M. Vaquez sur les **états anémiques.** Après un rapide historique de la façon dont on envisageait autrefois les anémies, M. Vaquez montre que, dans toutes les déglobulisations, il se fait un travail médullaire prouvé anatomiquement par l'état de congestion médullaire, expérimentalement par l'état de la moelle des lapins méthodiquement anémiés, cliniquement enfin par l'examen répété du sang qui possède des éléments de la série rouge, globules nucléés, et des éléments de la série blanche, leucocytes granuleux dont l'origine médullaire est actuellement incontestable.

D'où la division des anémies en deux grandes catégories : les anémies plastiques (cancer de l'estomac, botryocéphalose par exemple), dans lesquelles l'anémie est plus ou moins compensée par une réaction médullaire constatée hématologiquement — ce sont des anémies par « excès de dépenses », dont le terme est d'autant plus grave que l'on assiste à la reviviscence d'éléments médullaires plus précoces dans leur apparition fœtale; et les anémies aplastiques, où la moelle ne réagit pas, dans lesquelles on n'assiste pas par conséquent à l'apparition d'éléments nouveaux dans le sang circulant — ce sont des anémies « par absence de recettes », dont la gravité du pronostic même est liée à cette inertie médullaire. Ce pronostic, on le conçoit, sera beaucoup plus grave dans les formes aplastiques que dans les formes plastiques.

M. Vaquez passe ensuite en revue les différents procédés thérapeutiques employés contre ces anémies et les divise en deux catégories :

1° Ceux qui luttent contre la destruction globulaire et conservent les globules existants : médication arsenicale et ferrugineuse;

2° Ceux qui sollicitent l'organisme à former de nouveaux éléments. Ce sont l'opothérapie médullaire, le sérum hémolytique à petites doses et enfin la radiothérapie dont l'influence heureuse est incontestable.

ANALYSES

MÉDECINE

Névrites multiples dues à l'alcool méthylique. (S. E. Jelliffe. *Medical News*, 4 mars 1905.) — On s'est beaucoup occupé récemment en Amérique des effets toxiques de l'alcool méthylique depuis qu'on a constaté qu'il remplaçait l'alcool éthylique dans les préparations de pas mal de peu scrupuleux pharmaciens, et qu'il entrait pour une bonne part dans la fabrication (!) des whiskys à bon marché. Il y a trois sortes d'accidents graves : polynévrites, cécité, mort.

Jelliffe a observé trois cas de polynévrites. Le premier malade était un buveur de whisky de fabrication fantaisiste. Il commença par souffrir d'intolérance gastrique, puis d'hyperesthésie dans les membres supérieurs. Paralysie incomplète des extenseurs et chute du poignet. Un peu de ptosis, amblyopie partielle. Guérison en quatre mois. Les deux autres malades étaient des vernisseurs de meubles, employant un vernis dissous dans l'alcool méthylique et travaillant dans une atmosphère confinée. Tous deux eurent une forme hyperesthésique limitée aussi aux seuls membres supérieurs. Douleur intense à la pression sur le trajet des troncs nerveux. Ils n'étaient buveurs ni l'un, ni l'autre.

La névrite méthylique serait plus fréquente si la cécité ou la mort ne survenaient fréquemment avant qu'elle ait eu le temps de se développer. Elle n'a pu être jusqu'ici reproduite sur les animaux. Foxton E. Gardner.

Chancres syphilitiques doubles à période d'incubation différente. (Étienne. *Revue médicale de l'Est*, n° 4, 15 février 1905.) — Une femme, voyant son fils arriver dans sa vingtième année, jugea opportun de le faire convoler en justes noces. Elle se rendit dans un bureau de placement et en ramena à son fils une épouse selon son choix. Sous la surveillance maternelle, les fiançailles se passèrent très convenablement, et la noce eut lieu le 2 juillet dernier. Le 4 juillet, le nouveau marié, inquiet d'une angine de sa femme, la conduisit chez un médecin, qui constata l'existence indéniable d'une syphilis en pleine évolution secondaire, avec plaques muqueuses vulvaires et buccales, et le 5, la nouvelle épouse entrait à la Maison de secours.

Le résultat de ce placement de mère de famille fut l'apparition, le 29 juillet, chez le mari, qui est gaucher, d'une petite ulcération au niveau du rebord de l'ongle de l'index gauche, qui grandit progressivement. Le 20 août, s'établissait aussi une lésion du sillon balano-préputial.

L'auteur examine ces lésions le 20 septembre; celle du doigt était un chancre induré bien caractérisé, en voie de régression; celle de la verge, un chancre induré à la phase d'état. Roséole.

L'intérêt de cette observation est dans le fait de l'apparition, à trois semaines d'intervalle, de deux chancres syphilitiques dus à une contamination simultanée ou au moins très rapprochée, puisque les anamnestiques permettent de réduire avec une grande précision, à deux jours, l'espace possible pour la contagion. L. Gayard.

OBSTÉTRIQUE

Césarienne vaginale. (Strauss. *Medical Record*, 18 mars 1905.) — Strauss décrit ainsi la technique de cette opération : le col est saisi et fixé avec deux pinces, une incision longitudinale est faite sur la paroi vaginale antérieure, commençant à 2 ou 3 centimètres du méat urinaire et s'étendant jusqu'à l'orifice externe du museau de tanche.

La vessie est séparée et refoulée loin de l'utérus et le corps utérin est incisé sur sa face antérieure depuis l'orifice du col jusqu'au cul-de-sac péritonéal utérin qui n'est pas ouvert. Incisions analogues du vagin et de l'utérus sur la face postérieure, toujours sans ouvrir le péritoine. Les membranes font alors hernie, on saisit un pied et on pratique la version; ou bien on peut extraire l'enfant au forceps. Après la délivrance, on suture l'utérus à points séparés et le vagin par un surjet.

A l'appui de cette technique, l'auteur cite un cas où il l'employa. Femme de trente-six ans ayant subi une opération qui avait déterminé une sténose cicatricielle du col. A sept mois et demi, le travail commença. Strauss fut appelé deux jours après; l'enfant était mort : la température était de 40 degrés. Strauss ne voulut pas opérer par l'abdomen. Après l'opération, la température redevint normale en trois jours. Comme indication, l'auteur reconnaît les anomalies du col, l'épuisement de la mère, les hémorragies soudaines avec col fermé. La plus sérieuse indication serait l'infection du contenu utérin : mais, comme l'opération vaginale n'est possible qu'avec un bassin peu ou pas rétréci (conjugué au moins de 8 centimètres, dit Strauss), il ne semble pas que cette opération puisse souvent, comme l'espère l'auteur, supplanter la césarienne abdominale. Foxton E. Gardner.

LIVRES NOUVEAUX

Atlas-manuel des maladies nerveuses. Diagnostic et traitement (1), par W. Seiffer et G. Gasne.

L'ouvrage de Seiffer est divisé en deux parties : dans la première, consacrée au diagnostic général des maladies nerveuses, l'auteur passe successivement en revue les diverses altérations de la motilité, de la sensibilité, des réflexes, les troubles vaso-moteurs trophiques, sécrétoires et viscéraux, et termine par l'énumération des signes de dégénérescence. Chaque symptôme est brièvement décrit avec ses diverses variétés et sa valeur séméiologique : de nombreuses figures montrant comme sur le vif chacun de ces symptômes en rendent la description bien plus facile et plus compréhensible. La seconde partie est remplie par une étude générale de la thérapeutique des maladies nerveuses.

La traduction française de Gasne est remarquable par la clarté et l'élégance du style, tout en reproduisant avec une scrupuleuse fidélité le texte allemand dont quelques notes, placées entre crochets, viennent heureusement compléter certains points. ALQUIER.

Atlas-manuel des maladies externes de l'œil (2), par Haab et Terson.

C'est avec plaisir que nous avons parcouru cette deuxième édition de l'*Atlas manuel des maladies externes de l'œil* traduit en français par le docteur Terson, qui a su avec beaucoup de justesse ajouter çà et là entre guillemets quelques notes personnelles, qui font de ce manuel un des ouvrages les plus utiles pour l'ophtalmologiste au début de ses études et pour le praticien.

Les planches dessinées et peintes avec art donnent une idée exacte de ce que sont les affections externes qui sont décrites, d'autre part, succinctement, mais très clairement dans le texte.

Cette seconde édition diffère de la première par l'addition d'une douzième partie où sont signalés et décrits les rapports qui existent entre les affections générales de l'organisme et certaines affections externes de l'œil. Ce chapitre manquait certainement à la première édition, et désormais, ce livre, complété par l'atlas ophtalmoscopique des mêmes auteurs, constitue un ensemble appelé à rendre les plus grands services aux médecins praticiens en leur permettant de faire des diagnostics justes, grâce à la perfection des planches que ces livres contiennent et à l'exactitude des descriptions contenues dans le texte. LOUIS ROCHE.

Technique chirurgicale (3), par MM. A. Ricard et P. Launay.

Ces deux volumes sont, comme les auteurs le disent dans leur préface, le complément de l'excellent traité de thérapeutique qu'ils ont publié il y a deux ans et dont nous avons signalé alors l'heureuse apparition.

MM. Ricard et Launay nous donnent aujourd'hui une description technique de ces interventions dont ils nous montraient les indications et la valeur thérapeutique dans leur livre précédent.

Ils ont fait un choix judicieux parmi ces si nombreux procédés opératoires éclos depuis quinze ans, passant sous silence tous ceux, médiocres, qui sont tombés en désuétude, pour ne décrire que ceux qui ont une réelle valeur et sont, par suite, couramment employés aujourd'hui. Aussi le praticien, en lisant cette *Technique chirurgicale*, ne courra pas le risque de se perdre au milieu de tant de procédés mort-nés, il trouvera du premier coup les meilleurs méthodes à employer, la compétence et l'expérience des auteurs l'assurant de leur choix judicieux.

MM. Ricard et Launay étudient dans une première partie la technique générale : préparation du matériel chirurgical, salle d'opération, anesthésie etc., toutes choses dont l'importance est si grande aujourd'hui.

Ils passent ensuite en revue les opérations qui se font sur la peau (insistant sur les différentes méthodes d'autoplastie), sur les os, les articulations, les muscles, les vaisseaux et les nerfs.

Dans une deuxième partie, les auteurs s'occupent de la technique particulière aux différentes régions. Ils ont donné une importance prépondérante aux organes sur lesquels on intervient si fréquemment maintenant, nous signalerons les chapitres consacrés à l'estomac, aux voies biliaires, aux organes urinaires, enfin et surtout aux organes génitaux de la femme. Tous ces procédés sont décrits en un style clair et concis qui en facilitent la lecture, de plus, de très nombreuses figures (1886, dont 213 en couleurs) viennent encore éclairer ce que la description pourrait avoir d'aride.

La maison Doin a, suivant son habitude, luxueusement édité cet ouvrage dont le succès est assuré.

ÉTIENNE LE SOURD.

Le massage des membres (1), par Dagron, ancien interne des hôpitaux, ancien aide d'anatomie.

Voici un livre excellent et qui vient à son heure. Le massage n'est plus repoussé par les médecins aujourd'hui comme autrefois; mais, s'il est admis comme méthode, il n'est pas appliqué comme il devrait l'être : trop souvent il ne sert qu'à parfaire une guérison et son application est confiée à des ignorants. Il est à cela de nombreuses raisons : certains traités ont voulu démontrer que la massothérapie est universelle, qu'on ne saurait trop la généraliser et qu'elle prime toute autre méthode : il n'en fallait pas davantage pour faire considérer le massage comme une fumisterie. Les manœuvres ont été multipliées à l'infini et la méthode a été présentée comme pouvant être appliquée seulement par ceux qui avaient été élevés dans le temple : les médecins, animés des meilleures intentions, ont été effrayés par de telles difficultés. Le résultat a été désastreux, et pour nous, et pour les malades. Pour nous, nous avons été accusés de n'être pas très ferrés sur le traitement des affections articulaires. Et nos malades ont fait masser des ostéo-sarcomes ou des tumeurs blanches, des appendicites ou des ulcères de l'estomac.

Grâce à des livres comme celui-ci, il est permis d'espérer qu'il n'en sera plus ainsi à l'avenir. Dagron ne s'occupe que du massage de la pratique courante, du massage des membres. Après un chapitre de technique générale, il étudie le massage et ses indications par régions, prenant comme centre chaque articulation.

(1) In-16 de 356 p., avec 26 pl. color. et 264 fig.; relié mar. souple. Prix : 18 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) In-16. Prix : 16 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(3) 2 vol. in-18 colomb. (Bibliot. de chir. contemp.), cart. toile, tête rouge, formant 1 100 p. avec 1 086 fig., dont 213 en coul., dans le texte. — Prix : 15 francs. — Paris, O. Doin.

(1) In-8° raisin de 484 p. avec 101 fig. dans le texte. Prix : 12 francs. — Paris, G. Steinheil.

L'anatomie et la physiologie de la région et de l'article sont exposées de façon concise, mais suffisante pour préciser les différentes manœuvres commandées par les différentes lésions, aiguës ou chroniques, dont le traitement par le massage est discuté, rejeté s'il y a lieu ou expliqué avec figures à l'appui. Tout cela avec clarté, dans un style agréable. Les praticiens liront sans ennui et avec grand profit ce livre dont l'auteur aura droit à des remerciements, comme d'un service rendu au corps médical en général, à nombre de confrères en particulier.

MARCHAIS.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 3 AU 8 AVRIL 1905)

THÈSES

Mercredi 5 avril 1905. — M. REINBURG. Les accès dits éclamptiques. Étude statistique générale et traitement d'après les documents de la clinique Baudelocque, du 1er janvier 1890 au 31 décembre 1904. (MM. Pinard, président; Brissaud, Roger et Lepage.) — M. HÉLIE. Influence des rayons X sur l'évolution des néoplasies cutanées. (MM. Brissaud, président; Pinard, Roger et Lepage.) — M. VARNIÈRE. Coup d'œil sur les conditions d'hygiène des nourrissons du premier âge dans le département de la Seine-Inférieure. (MM. Roger, président; Pinard, Brissaud et Lepage.) — M. BELLET. Influence des traumatismes des nerfs sur le développement et la nutrition des os longs. Étude expérimentale. (MM. Terrier, président; Kirmisson, Broca (Aug.) et Gosset.) — M. CORMON. De l'anesthésie par les mélanges d'oxygène et de chloroforme par l'appareil de Roth. (MM. Kirmisson, président; Terrier, Broca (Aug.) et Gosset.)

Jeudi 6 avril 1905. — M. DURAND. Du rôle des vaisseaux anormaux dans la pathogénie de l'hydronéphrose. (MM. Guyon, président; Le Dentu, de Lapersonne et Schwartz.) — M. COLLIÈRE. Dangers du tamponnement antérieur et postérieur des fosses nasales. (MM. Le Dentu, président; Guyon, de Lapersonne et Schwartz.) — M. CANTONNET. Contribution à l'étude des échanges osmotiques entre les humeurs intra-oculaires et le plasma sanguin. (MM. de Lapersonne, président; Guyon, Le Dentu et Schwartz.) — M. COUSIN. Essai sur les origines de la médecine légale. (MM. Brouardel, président; Raymond, Thiroloix et Dupré.) — M. BELTRAMI. Anesthésie générale par le protoxyde d'azote. (MM. Brouardel, président; Raymond, Thiroloix et Dupré.) — M. PETIT. Paralysies faciales récidivantes et paralysies faciales à bascule. (MM. Raymond, président; Brouardel, Thiroloix et Dupré.) — M. RANJARD. Le vertige auriculaire. (MM. Raymond, président; Brouardel, Thiroloix et Dupré.) — M. MAZOUX. Thrombose de l'aorte. (MM. Dieulafoy, président; Hutinel, Pozzi et Renon.) — M. BONNIS. Réaction de l'organisme à la balnéation froide dans les maladies infectieuses aiguës. (MM. Hutinel, président; Dieulafoy, Pozzi et Renon.) — M. GUELLEC. Quelques réflexions suscitées par le traitement des traumatismes dans les campagnes. (MM. Hutinel, président; Dieulafoy, Pozzi et Renon.) — M. REDDE. Étude des dérivés de l'oxygène et leur emploi dans le traitement des plaies superficielles. (MM. Pozzi, président; Dieulafoy, Hutinel et Renon.) — M. PIÉDALLU. Contribution à l'étude de la stovaïne. (MM. Pouchet, président; Gilbert, Desgrez et Carnot.) — M. MAUBAN. Contribution à l'étude de l'acétonurie au point de vue clinique. (MM. Gilbert, président; Pouchet, Desgrez et Carnot.) — M. BRIDANT. Du foyer de propagation xiphoïdien des souffles aortiques. (MM. Gilbert, président; Pouchet, Desgrez et Carnot.) — M. SPANELLY. Du naphtol β camphré, sa toxicité, sa posologie et ses applications thérapeutiques. (MM. Gilbert, président; Pouchet, Desgrez et Carnot.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

XVe CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE. — Le XVe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra cette année à Rennes, du 1er au 7 août, sous la présidence de M. le docteur A. Giraud, directeur médecin de l'asile d'aliénées de Saint-Yon (Seine-Inférieure).

Questions à l'ordre du jour :

1° *Psychiâtrie.* — « De l'hypocondrie. » Rapporteur : M. le docteur Roy (de Paris);

2° *Neurologie.* — « Des névrites ascendantes. » Rapporteur : M. le docteur Sicard (de Paris);

3° *Assistance.* — « Balnéation et hydrothérapie dans le traitement des maladies mentales. » Rapporteur : M. le docteur Pailhas (d'Albi).

Une place importante est réservée aux communications originales sur des sujets de psychiâtrie et de neurologie, et aux présentations de malades, de pièces anatomiques et microscopiques. Les titres et les résumés des communications doivent parvenir au secrétaire général avant le 1er juillet.

Un programme détaillé des travaux et des excursions sera publié dès qu'il sera possible et adressé à tous les membres du Congrès.

Le Congrès comprend : 1° des membres adhérents; 2° des membres associés (dames, membres de la famille ou étudiants en médecine, présentés par un membre adhérent).

Les asiles qui s'inscriront pour le Congrès figureront parmi les membres adhérents.

Les médecins de toutes nationalités peuvent assister à ce Congrès, mais il y a obligation à ne faire les communications ou discussions qu'en langue française.

Le prix de la cotisation est de 20 francs pour les membres adhérents, de 10 francs pour les membres associés.

Les membres adhérents recevront avant l'ouverture du Congrès, les trois rapports. Ils recevront, après le Congrès le volume des comptes rendus.

Prière d'adresser le plus tôt possible les adhésions avec le montant des cotisations, à M. le docteur J. Sizaret, secrétaire général du Congrès, médecin en chef de l'asile public des aliénés de Rennes.

CLINIQUE APOSTOLI-LAQUERRIÈRE (45, rue Montmartre). — MM. les docteurs Laquerrière, directeur de la clinique, et Delherm, ancien interne des hôpitaux de Paris, commenceront le 1er mai une série de 12 conférences pratiques d'électrothérapie.

Programme. — I et II. Electrophysique et appareils. — III. Electrophysiologie. — IV et V. Gynécologie. — VI et VII. Tube digestif. — VIII et IX. Maladies nerveuses. — X. Dermatoses. — XI. Maladies de la nutrition. — XII. Applications diverses (voies urinaires, affections articulaires, etc.).

Le prix de la série des 12 conférences est de 50 francs.

Ces conférences auront lieu à huit heures et demie.

On est prier de s'inscrire d'avance. S'adresser à la clinique, les mardis, jeudis, samedis de trois à six heures.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Action locale du sérum antidiphtérique, par M. Dopter.
Anévrisme de l'artère fémorale dans le canal de Hunter. Extirpation. Guérison, par M. Le Roy des Barres.
MÉDECINE PRATIQUE
Le diagnostic des épanchements pleuraux chez les vieillards.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences. — Société médicale des hôpitaux. — Société de biologie.
ANALYSES
Médecine : Sur un cas de nécrose disséminée du tissu cellulo-graisseux à la suite d'une blessure du pancréas par coup de feu ; — *Chirurgie* : Fractures du sternum par contre-coup ; — *Thérapeutique* : Traitement du lupus érythémateux par la réfrigération au moyen du chlorure d'éthyle.
LIVRES NOUVEAUX
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours pour trois places de chirurgien des hôpitaux.* — Epreuve écrite. Lecture des copies : Séance du 31 mars. — MM. Proust, 25 ; Kendirdjy, 23 ; Wiart, 23 1/2.

— *Répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes et externes en médecine pour l'année 1905-1906.* — MM. les élèves internes et externes en médecine actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49, à leur répartition dans les établissements de l'Administration, pour l'année 1905-1906, savoir :

MM. les élèves internes (pour entrer en fonctions le 1er mai 1905) : internes et internes provisoires, le jeudi 27 avril, à deux heures.

MM. les élèves externes (pour entrer en fonctions le 15 mai 1905) : ceux de la quatrième année (externes réinvestis pour l'année 1905-1906), le mercredi 3 mai, à deux heures ; ceux de la troisième années (externes ayant concouru ou reconcouru en 1902), le vendredi 5 mai, à deux heures ; ceux de la deuxième année (externes ayant concouru ou reconcouru en 1903), le samedi 6 mai, à deux heures ; ceux de la première année (externes ayant concouru en 1904), le mercredi 10 mai, à deux heures.

MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de M. Bonnet.

— M. Hermann Sabran, l'éminent président du conseil d'administration des hôpitaux de Lyon vient de donner sa démission pour raisons de santé. Sa retraite cause d'unanimes regrets.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Alger. — Le concours pour une place de professeur suppléant des chaires de clinique chirurgicale, obstétricale et optalmologique à l'école d'Alger, ouverte le 13 mars devant la Faculté de Montpellier, s'est terminée par la nomination de M. le docteur Cabannes.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle du 29 mars 1905 les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour être détachés pednant les saisons thermales de 1905, savoir :

Hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains (du 15 mai au 15 septembre). — M. le médecin principal de deuxième classe Salle, médecin-chef ; — M. les médecins-majors de première classe Darde et Lévy ; — M. le médecin aide-major de première classe Pierre ; — M. le pharmacien-major de deuxième classe Vrignaud.

Hôpital militaire de Vichy (du 14 mai au 13 septembre). — M. le médecin principal de deuxième classe Lambert, médecin-chef ; — MM. les médecins-majors de première classe Loup, Bodinier et Petit (P.-C.) ; — M. le médecin-major de deuxième classe Raymond ; — MM. les médecins aides-majors de première classe Wyart, Petit (R.-A.) et Cahuzac ; — M. le pharmacien-major de deuxième ciasse Verdier.

Hôpital thermal de Bourbon-l'Archambault (du 15 mai au 15 septembre). — M. le médecin-major de première classe Sanglé-Ferrière, médecin-chef ; — M. le médecin aide-major de première classe Armeilla.

Hôpital militaire de Barèges (du 12 juin au 15 septembre). — M. le médecin principal de deuxième classe de Santi, médecin-chef ; — MM. les médecins-majors de première classe Vielle et Godin ; — MM. les médecins aides-majors de première classe Humbert et Roudié ; — M. le pharmacien-major de deuxième classe Sabria.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 3, mars 1905.) Brocq, Lenglet et Ayrignac : Recherches sur l'alopécie atrophiante, variété pseudo-pelade (*fin*). — Audry : De quelques altérations cutanées déterminées par l'enveloppement humide (sudamina de macération). — H. Français : Un cas de sarcoïdes sous-cutanés multiples.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 3, mars 1905.) Th. Heunain : Indications pour l'ouverture de l'apophyse mastoïde dans les otites moyennes, purulentes aiguës. — E. Lombard : Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique des mastoïdites. — Jörgen Möller : Quelques remarques sur l'otosclérose à propos d'un cas d'autopsie. — A. de Lins : Hernie de la caisse du tympan. — Rozier : Diagnostic de la syphilis par l'otologiste. — Massier : Mastoïdite double à réactions cérébrales au cours d'une infection puerpérale; guérison sans trépanation.

Archives générales de médecine. — (N° 13, 28 mars 1905.) P. Bonnier : Scopasthénie d'origine labyrinthique et quelques irradiations singulières du noyau de Deiters. — Icard : Comment on doit procéder à la vérification des décès dans les hôpitaux. Nécessité d'un diagnostic précoce permettant la pratique hâtive des autopsies (*fin*). — Brissaud : L'enseignement de la pathologie interne.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLII, n° 9, 16 mars 1905.) George W. Gay : La médecine charitable. — Hasket Derby : De quelques abus de la médecine charitable. — J. W. Elliot : Les abus de la médecine charitable à Boston. — Alfred Worcester : L'hôpital public et l'hôpital privé. — Farrar Cobb : La réglementation de la médecine charitable. — John C. Munro : Le remède possible. — Frederic A. Washburn : La médecine charitable au Massachussets General Hopital. — E. W. Cushing : Le médecin et le malade de l'hôpital privé. — Samuel Crowell : Quelques fautes dans la médecine charitable. — Charles H. Cook : Les abris de la médecine charitable dans les districts suburbains.

Bulletin médical. — (N° 24, 29 mars 1905.) Nicolas : La sclérodermie. — Gourichon : L'hygiène de l'enfant à l'école. — (N° 25, 1er avril 1905.) E. Dupré : La mythomanie (*suite*). — G. Carlier : Péritonite par perforation dans le cours d'une fièvre typhoïde à forme ambulatoire. Laparotomie. Mort. Autopsie.

Écho médical du Nord. — (N° 13, 26 mars 1905.) Bernson : L'œuvre de la Goutte de lait du Nord. — Jacquey : Accidents du travail, simulation, escroquerie.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 13, 26 mars 1905.) Sellier et Henry Gravellat : Sur la valeur du chimisme stomacal chez les malades atteints de signes subjectifs d'hyperchlorhydrie. — L. Mathis : Note sur le nuoc-mam et le régime des Annamites.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 13, 26 mars 1905.) Bouvier : Traumatisme cranien. Broncho-pneumonie grippale. Algie mastoïdienne gauche. Aphasie. Diagnostic d'abcès cérébral. Guérison subite pendant les préparatifs d'une trépanation.

Journal de médecine de Bruxelles. — (N° 13, 30 mars 1905.) Jacques : Leucémie et pseudoleucémie. — Debray : Pathogénie de la déviation conjuguée des yeux et de la tête.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 12, 25 mars 1905.) Henri Desplats : De l'utilité de la radioscopie pour le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. — D'Halluin : Nouvel appareil pour l'anesthésie chloroformique.

Lyon médical. — (N° 13, 26 mars 1905.) Villard : Rôle de la compression de la veine porte dans certains accidents graves consécutifs aux opérations sur le hile du foie. — Rafin : La néphrectomie dans la tuberculose rénale.

Medical Record. — (N° 10, 11 mars 1905.) Waitzfelder : Traitement de la méningite cérébro-spinale épidémique par l'antitoxine diphtérique. — Norstrom (de Stockholm) : Myosite rhumatismale chronique et son traitement par le massage. — Lederman : Opération radicale pour l'extraction d'une balle encastrée dans l'oreille moyenne. — Medwin Leale : Insuffisance aortique et tuberculose miliaire chronique chez un homme de trente-deux ans. — Atherton : Un cas de rétrécissement cicatriciel de l'œsophage.

Presse médicale. — (N° 25, 29 mars 1905.) Vincent : De la fréquence de l'angine à spirilles et bacilles fusiformes. — H. Surmont : L'inspection sanitaire des écoles. Participation des pères de famille à cette inspection. — (N° 26, 1er avril.) Ombrédanne : Application de l'extension continue aux fractures obliques de jambe. — Léon Meunier : Lab-ferment et digestion lactée.

Revue générale des sciences. — (N° 5, 15 mars 1905.) Jeanselme : Hygiène et vie matérielle en Chine. — Mazé : L'humus et l'alimentation carbonée de la cellule végétale. 2e partie : L'assimilation des substances ternaires. — F. Regnault : La morphogénie osseuse expliquée par l'anatomie pathologique.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 9, 4 mars 1905.) Lermoyez et Mahu. L'état actuel de l'aérothermothérapie en thérapeutique oto-rhinologique. — (N° 10, 11 mars.) Massei : Lupus (tuberculose) du nez. — Brindel : Un cas d'atrésie de la trachée et des grosses bronches par néoformation sclérémateuse d'origine traumatique. — (N° 11, 18 mars.) Capart : A propos du traitement de la syphilis. — (N° 12, 25 mars.) Marbaix : A propos d'un cas de cholestéatome du conduit auditif externe.

Revue médicale de l'Est. — (N° 5, 1er mars 1905.) Michel : Kyste para-rénal et juxta-intestinal d'origine lymphatique. Laparotomie, énucléation, guérison. — (N° 6, 15 mars.) Marix : Quelques observations d'amnésie passagère avec conservation apparente de l'intégrité psychique, consécutive à un traumatisme cérébral.

Revue mensuelle des maladies de l'enfance. — (Avril 1905.) Rieffel : Sur les appendices branchiaux du cou. — E. Terrien : Deux nouveaux cas de mort subite ou rapide dans la pneumonie de l'enfant. — Quintrie et Guiraud : Nécessité de l'analyse chimique du lait des nourrissons.

Revue neurologique. — (N° 5, 15 mars 1905.) E. Hirtz et Henri Lemaire : Etude critique sur le tabes infantile juvénile. — Ferrio : Vitiligo et tumeur névroglique centrale de la moelle.

Revue scientifique. — (N° 11, 18 mars 1905.) Chesneau : Evolution de l'analyse minérale. — Ph. Tissié : Gymnastes et sportifs. — (N° 12, 25 mars.) G. Bohn : Les causes actuelles et les causes passées. — Chesneau : Evolution de l'analyse minérale (*fin*). — (N° 13, 1er avril.) Gautrelet : Montesquieu physiologiste. — G. Bohn : Les causes actuelles et les causes passées (*fin*).

Semaine médicale. — (N° 11, 15 mars 1905.) Barié. Pathogénie et variétés cliniques du rétrécissement mitral. — (N° 12, 22 mars.) Ambard et Beaujard : La rétention chlorurée sèche. — (N° 13, 29 mars.) Cheinisse : L'identité de la « quatrième maladie » avec la « rubéole scarlatineuse. »

ACTION LOCALE
DU
SÉRUM ANTIDIPHTÉRIQUE

Par M. DOPTER,
Médecin-major de deuxième classe,
Professeur agrégé au Val-de-Grâce.

La persistance parfois très prolongée du bacille de Löffler au niveau de la muqueuse de la gorge, atteinte de diphtérie, est connue de tous; si, en certains cas, le bacille diphtérique disparaît rapidement, en même temps que la fausse membrane, en de nombreuses circonstances, l'ensemencement peut rester positif après quinze, vingt jours, un, deux, trois mois et même davantage. Le sérum antitoxique injecté sous la peau n'a donc aucune action sur le germe. Pour tenter d'écourter le temps d'isolement de cette catégorie de contagieux, isolement qui semble rationnel, tant que les malades sont porteurs de bacilles de Löffler, virulents ou non, on a préconisé les gargarismes antiseptiques, voire même, comme devant être plus actifs, des badigeonnages à la glycérine iodée, au nitrate d'argent, etc., etc., sans que les résultats en aient été bien satisfaisants.

En 1903, M. Martin (1) faisait connaître ses essais d'application locale du sérum antidiphtérique. L'action de ce sérum, à l'état liquide, n'était pas suffisamment prolongée pour que la persistance du bacille de Löffler puisse être diminuée. Par contre des résultats infiniment meilleurs purent être obtenus par lui, à l'aide du sérum desséché non pas antitoxique, mais antimicrobien, incorporé dans de la gomme, et administré sous forme de pastilles.

J'ai essayé, chez mes malades, l'action locale de ce sérum desséché, non seulement au niveau de la muqueuse de la gorge, mais encore au niveau de celle des fosses nasales, où le bacille diphtérique persiste plus longtemps encore que sur le pharynx.

Action sur le bacille diphtérique de la gorge. — Chaque malade avait à sucer 12 pastilles par jour, à raison d'une par heure. Le matin des deuxième, troisième, quatrième, cinquième jours, etc., suivant les cas, l'ensemencement était pratiqué.

D'une façon générale, on constate que, le lendemain du début de ce traitement, la douleur pharyngée est diminuée, les fausses membranes se gonflent, deviennent jaunâtres; enfin, en pratiquant les examens en série, au jour le jour, on assiste à la diminution graduelle et rapide des colonies de bacilles diphtériques, jusqu'à leur disparition complète (2).

J'ai traité ainsi 72 malades : 25 présentaient des diphtéries vraies, avec bacilles virulents, 47 étaient porteurs d'angines pseudo-membraneuses à bacilles poussant en cultures pures, mais peu ou non virulents. L'une d'entre elles était une angine rouge sans fausses membranes.

Dans les 25 diphtéries vraies, les bacilles de Löffler disparurent :

Dans	3	cas, en	2	jours		
—	17	—	3	—	}	25 cas.
—	3	—	4	—		
—	2	—	5	—		

Dans les 47 autres ils disparurent :

Dans	17	cas, en	3	jours		
—	3	—	4	—	}	47 cas.
—	25	—	5	—		
—	2	—	6	—		

En totalisant, on obtient :

Dans	3	cas, disparition en	2	jours,	4,10	p. 100
—	34	—	3	—	47,10	—
—	6	—	4	—	8,33	—
—	27	—	5	—	37,05	—
—	2	—	6	—	2,77	—
	72 cas.					

Pensant à la possibilité de récidives, j'ai continué à ensemencer la gorge de tous les malades dans les jours qui suivirent la cessation du traitement; sur les 72 cas, deux fois le bacille put être de nouveau décelé, l'une au bout du dixième jour, l'autre du douzième jour après le début de l'administration de ces pastilles. Certains sujets, infirmiers au Val-de-Grâce, et traités dans mon service pour diphtérie, ont été examinés après leur guérison complète et leur sortie définitive, pendant deux, trois et quatre mois, sans que des récidives se soient présentées.

Par conséquent, il est permis de conclure que, dans la grande majorité des cas, *les pastilles de sérum desséché de Martin assurent la disparition du bacille diphtérique, au plus tard en cinq jours*; *un délai inférieur est l'exception*; *les récidives sont rares.*

Mais, pour obtenir ces résultats, certains détails doivent ne pas être négligés :

1° Le malade ne doit pas croquer les pastilles, mais les laisser fondre dans la bouche, le contact de la muqueuse avec le sérum étant ainsi plus prolongé;

2° Le malade doit sucer ses pastilles régulièrement, à raison d'une par heure; ce détail a son importance, car certains sujets, désireux de guérir plus rapidement, croient bien faire en en prenant plusieurs à la fois; aussi convient-il de le surveiller ou de le faire surveiller dans le courant de la journée pour s'assurer de l'exécution rigoureuse de cette prescription;

3° Enfin, il convient de supprimer tout gargarisme ou lavage qui contribuerait à diluer, au niveau de la gorge, le sérum dont l'action deviendrait ainsi moins efficace.

Ces mesures sont de rigueur; il importe, au plus haut point, que le praticien les observe et les fasse observer.

(1) Martin. Société de biologie, 16 mai 1903.

(2) Une cause d'erreur demandait à être évitée : si l'ensemencement avait été pratiqué lors du contact immédiat du sérum avec la muqueuse de la gorge, le pouvoir bactéricide de ce sérum aurait pu être accusé d'empêcher momentanément le développement des colonies microbiennes. Aussi les ensemencements ont-ils toujours été effectués le matin, avant que les malades aient pris la première pastille, la muqueuse pharyngée étant ainsi restée pendant douze heures environ libérée de toute action sérique.

Action du sérum desséché sur le bacille siégeant au niveau de la muqueuse des fosses nasales. — Connaissant les heureux résultats de l'action locale du sérum antidiphtérique antimicrobien sur la muqueuse pharyngée, j'en ai tenté l'emploi vis-à-vis du bacille qui pullule sur les muqueuses des fosses nasales, où sa persistance est reconnue comme étant toujours de très longue durée. Je l'ai employé sous forme de poudre de sérum desséché, que je faisais priser à mes malades, à raison d'une prise par heure : dans 4 cas de rhinite diphtéritique primitive, à bacilles virulents, et 25 cas où le bacille de Löffler existait simultanément dans les fosses nasales et dans la gorge : sur ces 25 cas, 15 fois les bacilles avaient été trouvés virulents.

Dans les cas de rhinite primitive, la disparition du bacille s'est effectuée :

1 fois en 12 jours.
1 — 18 —
1 — 8 —

Dans les 25 autres :

Dans 2	cas, disparition	en 3	jours.
— 4	—	5	—
— 5	—	6	—
— 5	—	8	—
— 4	—	9	—
— 3	—	10	—
— 2	—	12	—

La disparition du bacille de Löffler des fosses nasales est donc plus tardive que pour le bacille de le gorge. Il y a, à ce fait, plusieurs raisons :

Tout d'abord, la prise de sérum desséché est peu agréable pour le malade qui tâche de s'y soustraire le plus qu'il peut. Puis, il en est qui prisent mal et qui font pénétrer le sérum à une distance insuffisante de l'orifice de la narine. Enfin, il faut considérer que le sérum ne peut pénétrer que difficilement dans les replis tortueux que forment les fosses nasales.

Néanmoins, l'influence thérapeutique de ces prises de sérum desséché est évidente : elle contribue à diminuer, dans une certaine mesure, la persistance du germe diphtérique que l'on peut retrouver parfois au bout de longs mois. Ce qui le prouve, c'est une véritable contre-expérience qui s'est présentée d'elle-même à mon examen, au cours de mes essais de traitement :

Deux malades étaient atteints de rhumatisme articulaire aigu, quand la diphtérie s'est déclarée; ne pouvant mobiliser leurs membres supérieurs, ils n'ont pu suivre le traitement : l'un d'eux vit son bacille persister pendant trente-huit jours, l'autre quarante-cinq. Un autre qui m'a avoué n'avoir jamais effectué les prises qui lui avaient été prescrites, le conserva pendant trente-cinq jours.

Malgré des résultats moins satisfaisants qu'avec les pastilles destinées à la gorge, le sérum desséché a donc une action indéniable sur les bacilles des fosses nasales.

L'application locale du sérum antidiphtérique antimicrobien présente donc un grand intérêt au point de vue de la rapidité de la disparition du bacille de Löffler sur les muqueuses qu'il imprègne. Les avantages qui en résultent ne sont pas à dédaigner :

1° *Pour le malade.* — La guérison est plus prompte, et le malade est soustrait rapidement à l'action nocive de la toxine constamment élaborée par des germes sans cesse en activité.

Par là même, il semble que l'on puisse espérer prévenir les formes prolongées de diphtérie, les formes à rechutes et les accidents toxiques graves qui surviennent après la chute des fausses membranes.

La méthode de Martin m'a paru encore éviter les paralysies et parésies du voile du palais que j'avais observées en assez forte proportion avant son emploi. Cette conséquence n'a rien que de très rationnel, depuis que M. Rist a démontré que ces paralysies étaient dues à l'action de l'endotoxine contenue dans les corps microbiens : or, le sérum utilisé par M. Martin est du sérum antimicrobien capable de lutter contre la pullulation microbienne et, par conséquent, de limiter la diffusion de l'endotoxine.

Enfin, elle diminue notablement la période de contagiosité, partant, la durée de l'isolement.

2° *Au point de vue des budgets administratifs hospitaliers.* — La durée du séjour à l'hôpital est ainsi fortement réduite, puisqu'il faut admettre en principe, que tout malade qui, après une diphtérie, conserve, sur ses muqueuses, du bacille de Löffler, doit être tenu pour contagieux et doit être isolé. Le budget hospitalier pourra donc ainsi réaliser de notables économies.

Enfin, à un autre point de vue, cette action du sérum antimicrobien s'opposant au développement du bacille diphtérique, aussi bien que des bacilles dits pseudo-diphtériques, démontre une fois de plus l'unité de ces germes admise par l'école française (Roux et Yersin) et qui fut, et est encore si combattue par l'école allemande.

ANÉVRISME DE L'ARTÈRE FÉMORALE DANS LE CANAL DE HUNTER

EXTIRPATION. GUÉRISON

Par le docteur LE ROY DES BARRES,
Professeur à l'École de médecine de Hanoï.

M. B..., âgé de cinquante-cinq ans, vient nous consulter en février 1903 pour une tuméfaction siégeant à la face interne de la cuisse gauche partie inférieure, tuméfaction non douloureuse, mais qui l'intrigue beaucoup plus qu'elle ne l'inquiète, et dont il s'est aperçu par hasard. Cette tuméfaction, de la grosseur d'une petite noix, est relativement mobile, dépressible, animée de battements et d'expansions systoliques; nous portons le diagnostic d'anévrisme de l'artère fémorale dans le canal de Hunter, et vu son petit volume, l'absence de gêne, nous prescrivons un pansement légèrement compressif, des frictions mercurielles et l'administration d'iodure de potassium à l'intérieur; nous réservant d'intervenir plus

activement à une date ultérieure, si le besoin s'en faisait sentir; fondant d'ailleurs peu d'espoir sur ce traitement médical, et en particulier sur le traitement antisyphilitique. D'ailleurs ce malade niait toute syphilis, et encore aurait-il été syphilitique, nous savons trop le peu d'action du traitement spécifique sur des lésions artérielles constituées.

Mais avant d'aller plus loin, il est utile de rapporter l'observation de notre malade.

M. B... est né à Allevard-les-Bains, le dernier de treize enfants. Dans sa première enfance il eut, dit-il, des convulsions, ensuite il fut atteint successivement de la coqueluche, de la rougeole, puis de la scarlatine. A l'âge de dix-sept ans, étant en Espagne, il eut de violents accès fébriles de nature paludéenne. En 1870, atteint de variole hémorragique pendant qu'il était soldat, il fut laissé pendant plus de vingt-quatre heures presque enseveli sous la neige, et malgré cela guérit de son infection et de nombreuses gelures qu'il présenta en outre.

A l'âge de cinquante ans, il eut une perte de connaissance, qu'il qualifie d'attaque d'apoplexie, et qui dura un jour; mais il est impossible de savoir exactement ce dont il s'agit.

Il y a deux ans, il eut une insolation, qui fut suivie pendant plusieurs semaines d'une céphalée atroce.

M. B... n'a, déclare-t-il, jamais eu la syphilis, il ne présente d'ailleurs aucune cicatrice, pouvant être rattachée à cette affection.

Nous ajouterons que notre malade est un gros fumeur, qui a présenté mainte fois des crises de fausse angine de poitrine et qui à un certain moment de son existence n'était pas ennemi d'un apéritif bi-quotidien. Il est de plus emphysémateux, et artério-scléreux (claquement du deuxième bruit; artères dures).

Tels sont les antécédents personnels; quant aux antécédents héréditaires ils ne présentent aucune particularité; ses parents sont morts de vieillesse; tous ses frères et sœurs, sauf une encore vivante, sont morts sans qu'il puisse fournir de renseignements bien précis à leur égard, à l'exception d'un frère mort de tuberculose pulmonaire, et d'une sœur qui succomba à une tumeur abdominale de nature probablement maligne.

Le traitement, conseillé par nous et suivi consciencieusement par le malade, eut le résultat auquel nous nous attendions, c'est-à-dire que le bénéfice en fut nul, et que la tumeur continua à augmenter peu à peu de volume.

Au mois de juillet 1903, à la suite d'une marche un peu longue, la tumeur devient douloureuse, la peau rougit à son niveau. M. B... vient alors nous consulter; le volume de la tumeur est celui d'une grosse noix, les battements et les mouvements d'expansion sont devenus des plus nets. Sous l'influence du repos et de la compression les phénomènes douloureux s'amendent, puis disparaissent, et la tumeur subit même un léger mouvement de régression.

En février 1904, à la suite également d'une marche trop prolongée, nouvelle poussée, qui se calme par le repos, mais la gêne ne disparaît pas complètement; la marche reste moins facile, la jambe est lourde.

En octobre et novembre 1904, la tumeur augmente beaucoup de volume; la marche devient plus difficile; le malade perçoit les battements de la tumeur. Il vient alors nous trouver dans les premiers jours de décembre.

A ce moment la tumeur a acquis le volume et la forme d'un citron de volume moyen; les battements sont visibles à l'œil nu. La peau, normale, est mobile sur la tumeur; celle-ci à la palpation est élastique, les battements sont forts. La compression exercée au-dessus d'elle sur la fémorale ne supprime pas complètement ces derniers. La compression de la poplitée paraît abolir complètement les pulsations de la pédieuse. La jambe n'est le siège d'aucun œdème.

Un examen complet du malade ne révélant aucune contre-indication à une intervention, nous lui proposons l'extirpation de cette tumeur anévrismale, en l'avertissant des dangers de sphacèle possible. Mais M. B... souffre, cette tumeur l'inquiète et il nous prie de l'opérer.

L'intervention est pratiquée le 22 décembre, avec l'aide des docteurs Degorce, Gaide et Lafaurie.

Une incision longitudinale légèrement oblique sur l'axe du membre est pratiquée, au niveau de la tumeur, la dépassant en haut et en bas de deux travers de doigt, ce qui lui donne une longueur de sept travers de doigt environ. La peau et l'aponévrose superficielles étant incisées, on écarte les fibres musculaires qui masquent la tumeur, celle-ci apparaît adhérant intimement aux plans voisins et à la veine fémorale. Quelques artères callatérales insignifiantes sont déchirées dans les manœuvres d'isolement. Ces manœuvres sont particulièrement difficiles, à la face profonde de la tumeur, et à un moment donné le sac se rompt; deux pinces sont alors placées l'une au-dessus, l'autre au-dessous du sac, sur l'artère fémorale déjà partiellement isolée.

Le sac est alors fendu dans toute sa longueur, son contenu consistant en caillots fibrineux est évacué. Un doigt, introduit dans le sac, permet alors de le disséquer, de le séparer des tissus voisins et de l'enlever comme s'il s'agissait d'un sac de hernie. La dissection est poussée sur l'artère en haut et en bas, jusqu'à ce que la consistance de celle-ci semble normale. On remplace alors les pinces hémostatiques par deux ligatures espacées d'un demi-centimètre pour le bout supérieur; et une ligature sur le bout inférieur. Ces ligatures sont faites au catgut n° 3. Quelques ligatures au catgut n° 1 sont placées sur des petites veinules au artérioles qui avaient été déchirées au cours des manœuvres d'extirpation.

La plaie est réunie en deux plans: un profond musculaire au catgut n° 2, un superficiel cutané au crin de Florence. Un drainage avec une petite mèche de gaze stérilisée est établi. Pansement ordinaire à la gaze stérilisée etc.

Pendant le cours de l'intervention il se produisit une alerte chloroformique assez grave au moment où, le sac ayant été ouvert, l'artère fémorale fut pincée. La perte de sang avait été insignifiante: une cuillerée environ; ce n'est donc pas sur le compte de l'hémor-

ragie qu'il faut mettre la syncope cardiaque qui se produisit alors, et qui céda d'ailleurs à des piqûres de caféine et d'éther et à des tractions rythmées de la langue. La chloroformisation avait été normale jusqu'alors, il semble donc qu'il y ait eu un phénomème d'inhibition d'origine réflexe.

Les suites opératoires furent des plus simples ; à la fin de l'intervention le pied du côté opéré était légèrement plus froid que celui du côté opposé. Le lendemain toute différence avait disparu, et les battements de la pédieuse étaient perceptibles; aucun trouble de la sensibilité; aucun œdème. Le deuxième jour la mèche fut enlevée ; le sixième jour, l'ablation des crins fut pratiquée ; la plaie était complètement réunie. Le quinzième jour le malade se levait.

Notre opéré a été revu depuis; sa jambe ne le fait pas souffrir, il marche facilement, et ne présente pas d'œdème du pied. La teinte des téguments au niveau du membre opéré est normale. Il se plaint seulement de fourmillements lorsqu'il est resté trop longtemps assis, fourmillements qui disparaissent lorsqu'il étend la jambe ou dans la station debout.

La tumeur extirpée était un anévrisme fusiforme, dont la paroi par places était fort amincie; il existait, à la face interne et supérieure de cette poche, quelques plaques d'athérome. Aucune collatérale importante ne naissait au niveau de l'anévrisme.

La longueur du segment artériel réséqué atteignait environ six travers de doigt.

Cette observation montre une fois de plus l'utilité qu'il y a à intervenir par l'extirpation en cas d'anévrisme datant de quelques mois, lorsque l'on peut supposer que les anastomoses artérielles se sont développées suffisamment. L'existence de poussées inflammatoires au niveau de la poche, en favorisant la formation de caillots dans son intérieur et en produisant ainsi une diminution de capacité, doit accélérer le développement du réseau anastomotique; c'est ce qui a eu lieu très certainement dans notre cas; la poche anévrismale ne datait pas encore de deux ans, était de petit volume et avait subi déjà deux poussées inflammatoires. Un autre point qui nous paraît intéressant dans cette observation est l'absence de syphilis, mais par contre l'existence de nombreuses autres infections antérieures.

MÉDECINE PRATIQUE

LE DIAGNOSTIC DES ÉPANCHEMENTS PLEURAUX CHEZ LES VIEILLARDS

On sait les difficultés du diagnostic de la pleurésie chez les vieillards. M. Halipré, médecin des hôpitaux de Rouen, et M. Chevallier, son interne, viennent de publier deux observations qui apportent à cet égard des remarques intéressantes (1).

Dans l'une des observations la matité, la diminution du murmure vésiculaire, l'abaissement du foie devaient faire penser à l'existence d'une collection liquide assez abondante. De fait deux ponctions donnèrent l'une 1200 grammes, l'autre 800 grammes de liquide. Cependant un certain nombre de signes manquaient. Il n'y avait ni souffle, ni égophonie. Le murmure vésiculaire était seulement atténué. *Les vibratious étaient affaiblies mais restaient nettement perceptibles.* Or, dans les conditions habituelles, un épanchement de cette importance donne des signes très nets, ne laissant aucune place à l'incertitude.

Dans la seconde observation, les symptômes de la pleurésie étaient des plus précis; la matité, le souffle présentaient le caractère classique. Et pourtant, malgré l'importance de l'épanchement (deux ponctions donnent en effet 1600 et 1200 grammes de liquide), un signe de haute valeur n'existait pas : *les vibrations n'étaient pas abolies.*

Ces deux observations montrent que, dans certaines circonstances, les signes stéthoscopiques habituels des épanchement pleuraux peuvent se trouver modifiés, que, dans d'autres termes, la conservation du murmure vésiculaire et des vibrations vocales ne suffit pas toujours à éliminer le diagnostic de pleurésie.

Le fait était depuis longtemps connu pour la pleurésie de l'enfant. Chez le vieillard, il ne paraît pas avoir été fréquemment signalé, et, pour la plupart des classiques, « les signes stéthoscopiques de la pleurésie, chez le vieillard, sont ceux de la pleurésie de l'adulte. » Comment convient-il de l'interpréter ?

MM. Halipré et Chevallier pensent que les modifications observées sont dues à des lésions anciennes que l'on ne peut cliniquement constater d'une façon certaine mais qui n'existent pas moins anatomiquement.

En effet, *chez tous les vieillards sans exception*, le poumon présente des lésions macroscopiques, reliquats d'affections pulmonaires anciennes ou lésions torpides évoluant insidieusement sans donner lieu à aucun symptôme marquant. C'est à ces lésions qu'il faut attribuer les modifications observées dans les signes stéthoscopiques et, particulièrement, la conservation des vibrations vocales et la persistance du murmure vésiculaire.

(1) *Revue méd. de Normandie*, 25 mars 1905.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 27 MARS 1905)

Sur le surra et sur la différenciation des trypanosomiases, par MM. Laveran et Mesnil. — On désigne sous le nom de *surra* des maladies épizootiques ou enzootiques des Equidés, des Camélidés, des Bovidés et des Canidés de l'Inde, de la Birmanie, de l'Indo-Chine, des Indes néerlandaises, des îles Philippines et de Maurice, dues à un tripanosome vu pour la première fois par G. Evans aux Indes en 1880.

MM. Laveran et Mesnil ont fait porter leur étude sur le surra de Maurice et ils ont pu établir que :

1° Le surra de Maurice est de même espèce que le surra de l'Inde;

2° On peut admettre à l'heure actuelle, pour le surra, trois variétés qui sont, par ordre de virulence décroissante : le surra de l'Inde, le surra de Maurice et la Mbori.

Sur un cas d'ostéomalacie ayant déterminé des déformations extrêmes du squelette et terminé par une rétrocession spontanée des lésions. — M. P. Berger apporte l'observa-

tion d'un malade chez lequel le processus ostéomalacique paraît avoir passé par deux phases successives.

Par une période de décalcification et de production des déformations osseuses, pendant quatre ans, puis par une période de recalcification et de fixation des déformations par une sorte de reconsolidation qui est encore très incomplète.

Cette tendance à l'amélioration, qu'on observe bien rarement dans l'ostéomalacie, n'a jamais été constatée, à ce qu'il semble, dans des cas aussi graves et où la déformation ait été aussi prononcée; elle s'est produite ici spontanément, car tous les traitements ont été employés sans succès, depuis le traitement classique par l'huile phosphorée jusqu'à l'action répétée du chloroforme que l'on avait considéré comme un agent spécifique.

Notons chez ce malade l'existence d'une lithiase rénale et vésicale survenue au cours de l'ostéomalacie. Fait qui n'avait jamais été observé.

Sur l'action nettement favorable des rayons X dans les adénopathies tuberculeuses non suppurées. — M. Bergonié a constaté, dans des cas de polyadénopathies tuberculeuses non suppurées, l'action nettement favorable des rayons X.

Elle a amené la régression de tous les ganglions tuméfiés traités, mais rarement leur disparition complète.

Les ganglions voisins non traités et protégés contre l'action des rayons X n'ont pas été modifiés.

Les radiations les plus efficaces paraissent être celles qui, soit par leur quantité soit par leur qualité, produisent une inflammation marquée de la peau.

Autres communications :

M. J. Baudran. **Action du permanganate de calcium sur les toxines tétaniques, diphtéritiques et la tuberculine.**

M. A. Desgrez et Mlle Guende. **Contribution à l'étude de la dyscrasie acide.**

M. B. Kuriloff adresse une note sur le **peroxyde de zinc.**

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 31 mars 1905)

Quelques symptômes nerveux au cours de la scarlatine. Leucocytose du liquide céphalo-rachidien. — MM. Dufour et Giroux. Plusieurs observateurs ont montré par la ponction lombaire, que les oreillons, malgré leur bénignité, pouvaient agir sur les méninges. Les faits rapportés par MM. Dufour et Giroux prouvent qu'il en est de même pour la scarlatine, même pour la plus légère.

Une première malade atteinte de scarlatine présente de l'herpès naso-labial; elle a une céphalée intense, un peu de raideur de la nuque; le pouls à 51; la température décroît régulièrement chaque jour; au neuvième jour, ponction lombaire qui diminue la céphalée et qui dénote une lymphocytose très abondante. La pression fut normale.

Une deuxième malade scarlatineuse est au septième jour de sa maladie. Elle a comme tout symptôme nerveux un rétrécissement de la fente palpébrale du côté droit avec enfoncement du globe oculaire; un léger myosis bilatéral sans inégalité pupillaire.

Il y a aussi un léger degré de parésie faciale; le onzième jour on pratique la ponction lombaire; dans le liquide céphalo-rachidien on trouve de l'albumine, des lymphocytes et des polynucléaires, guérison.

Le troisième malade, le vingt-cinquième jour d'une scarlatine, est pris de fièvre élevée avec céphalée et rétrécissement de la pupille gauche. Le liquide céphalo-rachidien en hypertension contient de nombreux lymphocytes, guérison.

Lichen sur les zones d'irradiations douloureuses dans un cas d'insuffisance aortique avec crises angineuses. — MM. Gasne et Chiray présentent un malade atteint d'insuffisance aortique avec crises angineuses propagées au bras gauche. Ce malade, qui est un nerveux, présente une éruption de lichen localisée au territoire du brachial cutané interne gauche et sur le thorax au niveau d'un des premiers espaces intercostaux. Ces zones sont hyperesthésiques au tact, à la douleur, à la température.

Il s'agit sans doute là d'un trouble trophique réflexe non encore signalé dans les crises angineuses.

Action locale du sérum antidiphtérique. — M. Dopter fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 459.)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 1er avril 1905)

Application de l'imprégnation argentique de Cajal à l'étude histo-chimique de la cellule médullo-surrénale. — M. Laigniel-Lavastine montre des coupes de surrénales de lapin, traitées par l'azotate d'argent, où la substance médullaire colorée en noir tranche fortement sur le corticule jaune pâle; les cellules des couches médullaires ont leur protoplasma bourré de grains brun noir. Ces grains laissent libre la région nucléaire. Selon l'épaisseur de la coupe, ils apparaissent régulièrement sphériques et séparés les uns des autres ou par leur confluence forment une masse noire opaque.

Ces signes résultent de la réduction de l'azotate d'argent par l'adrénaline. Cette réaction se produit aussi in vitro. Elle s'ajoute aux réactions par l'osmain, les chromates et le perchlorure de fer pour caractériser les cellules médullo-surrénales. Mais à l'inverse de la réaction du perchlorure de fer, et comme les réactions osmique et chimique, si elle est élective, elle n'est pas spécifique. Elle signale seulement la présence d'un corps réducteur dans les granulations des cellules médullo-surrénales.

Du rôle de la castration dans la production de l'athérome expérimental. — MM. Lortat-Jacob et Sabareanu ont établi précédemment que la suppression du corps thyroïde entravait la formation de l'athérome expérimental. Partant de ce fait, ils ont pensé que les autres glandes à sécrétion interne intervenaient dans la production de cette lésion.

Ayant, dans ce but, expérimenté comparativement la même adrénaline chez des animaux normaux et des châtrés, ils ont constaté, chez ces derniers, la production plus rapide et plus intense d'athérome que chez les animaux témoins.

La sécrétion testiculaire semble donc jouer un rôle dans la défense de l'organisme contre l'athérome.

Kystes hydatiques du foie et cholémie familiale. — MM. A. Gilbert et P. Lereboullet rapportent plusieurs faits qui montrent que les kystes hydatiques du foie ne se développent le plus souvent que chez des sujets antérieurement atteints de cholémie familiale. Il ne s'agit pas là d'une simple coïncidence, et ces faits peuvent être rapprochés de ceux où a été notée l'association d'un kyste hydatique avec une cirrhose alcoolique, avec un cancer du foie, avec la lithiase biliaire, affections se développant également sur le terrain de

la cholémie familiale. Cette notion étiologique montre bien que, si dans certaines circonstances, alors que la contamination par les œufs d'échinocoque est massive et incessante, comme en Islande, le kyste hydatique du foie extrêmement fréquent se développe en dehors de toute prédisposition personnelle, le plus souvent il faut un terrain spécial pour que la contamination soit efficace. Ce terrain hydatique est comparable au terrain tuberculeux, comme lui nécessaire dans la majorité des cas, comme lui inutile lorsqu'il y a inoculation tuberculeuse à doses massives et continuelles, lors de tuberculose conjugale par exemple. La notion de la cholémie familiale antérieure, sans contredire aucune des notions étiologiques actuellement établies, permet donc de préciser les raisons du développement des kystes hydatiques du foie chez certains sujets. Elle permet en outre de comprendre les cas où l'on voit, comme dans deux observations de MM. Gilbert et Lereboullet, un kyste hydatique et une cirrhose biliaire évoluer parallèlement, et ceux où le kyste s'associe à la lithiase biliaire, au cancer du foie ou à la cirrhose alcoolique.

Passage pylorique de l'ovalbumine. — MM. P. Carnot et A. Chassevant ont étudié le passage pylorique de l'ovalbumine, et les variations que l'on observe dans la vitesse de ce passage suivant les états physiques où se trouve cette albumine.

L'ovalbumine crue en dissolution dans l'eau passe rapidement dans l'intestin et sans modifications appréciables, en vingt à vingt-cinq minutes. L'albumine chauffée après une dilution suffisante pour éviter sa coagulation passe aussi très rapidement et sans modifications. Au contraire l'albumine coagulée, finement rapée et mise en suspension dans l'eau, se dépose dans l'estomac, l'eau s'écoule presque claire, et comme filtrée.

La digestion de l'albumine ne se fait dans l'estomac qu'après l'évacuation immédiate de l'eau ingérée, ce qui évite la dilution du suc gastrique et la diminution parallèle de son activité. L'albumine ainsi dissoute dans l'estomac ne traverse le pylore qu'après un temps beaucoup plus éloigné.

Phlébites bilharziennes. — M. Letulle, étudiant les altérations intestinales dans la bilharziose, signale des lésions vasculaires intéressantes. Surtout marquées sur les radicules de la veine porte, ces lésions prennent le type de la phlébite végétante, avec prolifération conjonctive vasculaire énorme. Il n'y a jamais de caillots, jamais de thromboses.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur un cas de nécrose disséminée du tissu cellulo-graisseux à la suite d'une blessure du pancréas par coup de feu. (R. Kindt.) — Un homme se tira un coup de révolver dans la région épigastrique ; la laparotomie pratiquée quelques heures plus tard permit de suturer une double perforation de l'estomac. Après l'opération survinrent de violentes douleurs dans la région épigastrique, du météorisme, des vomissements, de l'agitation avec sensation d'angoisse. La température ne monta pas au-dessus de 38 degrés ; le pouls petit et rapide devint bientôt irrégulier et la mort survint au bout de deux jours, le malade étant en pleine connaissance.

L'autopsie montra l'absence complète de péritonite, diagnostic fait pendant la vie. Mais il existait une perforation complète du pancréas ; de plus on constatait de nombreux foyers de nécrose, de la grosseur d'un point à celle d'une lentille, d'une couleur jaunâtre ou grisâtre, disséminés dans le tissu graisseux entourant le pancréas, dans le péritoine, dans le mésentère et dans la capsule adipeuse du rein gauche.

Un certain nombre d'observations semblables ont été publiées ; Kindt se rallie à la théorie émise par plusieurs auteurs, théorie qui met les foyers de nécrose sur le compte du suc pancréatique épanché par la blessure. Il pense que, dans les cas exceptionnels où de semblables foyers de nécrose sont notés en même temps qu'une intégrité du pancréas, les lésions de cet organe ont passé inaperçu.

Depuis le premier cas qu'il rapporte, Kindt a observé deux faits nouveaux absolument identiques, consécutifs à des blessures du pancréas.

A. LEMIERRE.

CHIRURGIE

Fractures du sternum par contre-coup. (Tarnowsky. *Annals of Surgery*, février 1905.) — Un homme de quarante-trois ans tombe d'une échelle en exécutant une culbute le corps plié en deux. Saillie marquée du sternum au niveau de la deuxième et de la troisième articulation chondrosternale. Pas de contusions extérieures : sensibilité exquise et crépitation. Le blessé se rétablit peu à peu ; une semaine après l'accident, il commence à se plaindre de crampes dans les deux membres supérieurs, ce qui fait croire à une compression de la moelle cervicale inférieure, mais l'on ne trouve ni traces extérieures de lésion, ni déformation quelconque. Deux semaines après, l'on constate à la palpation une crête nette au niveau des deuxièmes cartilages costaux, crête due au léger chevauchement du fragment inférieur sur le supérieur, et au cal solide. Les symptômes médullaires ont disparu. Suit une étude basée sur l'analyse des 16 cas antérieurement publiés dans la littérature. Le mécanisme de ces fractures peut se résumer de la façon suivante : 1° une chute sur la tête ou sur les épaules repousse les côtes en avant et en haut, l'amplitude du mouvement allant en augmentant de la première côte à la septième ; 2° la clavicule joue quelquefois le rôle d'un levier qui contribue à arracher le manubrium du corps du sternum, par exemple dans les cas de chute sur les mains, les bras étant étendus ; 3° la pression intrathoracique au moment de la chute exerce une pression positive sur la paroi thoracique ; 4° enfin les deuxièmes cartilages costaux agissent comme des coins qui tendent à séparer la poignée du corps du sternum.

FOXTON E. GARDNER.

THERAPEUTIQUE

Traitement du lupus érythémateux par la réfrigération au moyen du chlorure d'éthyle. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 31 déc. 1904, p. 2016.) — D'après M. Hartzell, en pulvérisant du chlorure d'éthyle, à intervalles rapprochés, sur les plaques de lupus érythémateux, on interviendrait utilement dans des cas où les autres traitements ont échoué. La réfrigération doit être faite soigneusement, maintenue pendant cinq à huit minutes et répétée tous les deux ou trois jours. Dans certains cas il se produit une réaction inflammatoire assez vive ; il est utile, en pareille circonstance, d'espacer les séances de quatre à cinq jours, davantage s'il le faut. Au bout de dix à quatorze jours on observe une desquamation considérable et les plaques commencent à pâlir. Après six à huit semaines de traitement celles qui ne sont pas trop anciennes peuvent disparaître totalement.

L'auteur cite plusieurs observations qui confirment l'effica-

cité de ce traitement. Il recommande l'emploi de la quinine à haute dose simultanément avec les applications de chlorure d'éthyle.

A. HOUSQUAINS.

LIVRES NOUVEAUX

L'œuf humain et les premiers stades de son développement. — Éléments d'embryogénie (1), par J. POTOCKI et A. BRANCA, avec une préface de M. le professeur PINARD.

Voici comment les auteurs définissent eux-mêmes dans leur avant-propos le but et le plan de leur livre.

Ce petit livre a été écrit pour servir d'introduction à l'étude de l'obstétrique. On y a mis au point les questions principales qui, de près ou de loin se rattachent à l'histoire de la fécondation et du développement de l'œuf. Ces questions sont encore insuffisamment connues des médecins, parce que les travaux qui s'y rapportent sont, pour la plupart, publiés dans des périodiques de science pure, que les médecins et les étudiants n'ont pas entre les mains.

L'étude de l'œuf humain comporte une difficulté primordiale : la rareté des pièces anatomiques recueillies au hasard des autopsies et des opérations. Aussi a-t-on cherché à suppléer à cette insuffisance par les constatations faites sur les animaux.

MM. Potocki et Branca se sont adressés au lapin : on peut se convaincre, en effet, par la comparaison des stades correspondants de l'évolution des annexes chez l'homme et chez le lapin, qu'au point de vue embryogénique, il y a une grande analogie entre les deux espèces.

Toutes les fois donc qu'ils ne seront pas en mesure de décrire, d'après les constatations directes, les phénomènes du développement tels qu'ils se présentent dans l'espèce humaine, les auteurs les décriront chez le lapin et, de celui-ci, concluront à l'homme.

C'est par l'étude du spermatozoïde et de l'ovule que commence l'ouvrage.

Les auteurs passent ensuite en revue les phénomènes épisodiques de la vie génitale, c'est-à-dire la menstruation et l'ovulation, rattachant à l'histoire de l'ovulation celle du corps jaune.

Deux chapitres sont consacrés à l'étude des organes génitaux pendant la grossesse et dans les suites de couches.

Puis vient l'étude des premiers stades du développement de l'embryon.

Les auteurs terminent par l'histoire des annexes de l'embryon. Dans ce dernier chapitre, ils se sont astreints à décrire les annexes fœtales, chez le lapin d'abord, chez l'homme eusuite, allant ainsi du simple au complexe, du connu à l'inconnu.

Les nombreuses illustrations que contient cet ouvrage en font le livre le plus clair en même temps que le plus nouveau paru sur ce sujet.

MARCEL DELESTRE.

Les rayons de Rœntgen (2), par Edmond LOISON, médecin-major de première classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Cet important volume est un véritable traité de radiographie chirurgicale, surtout rédigé au point de vue clinique, mais également très complet dans l'exposé des notions physiques et techniques qui précède la partie chirurgicale proprement dite.

Nous insistons peu sur le livre premier, cependant intéressant parce que dégagé de toute formule mathématique complexe ou inutile; il résume les notions d'électricité nécessaires à la compréhension des appareils producteurs des rayons de Rœntgen, et est agrémenté de figures schématiques simples et claires.

Le deuxième livre contient l'étude des appareils, de leur mise en marche, de leur fonctionnement, il renferme de nombreux détails pratiques tant sur l'appareillage que sur les accessoires souvent oubliés dans les traités spéciaux; nous signalerons comme particulièrement intéressants les chapitres consacrés à l'étude des positions préconisées pour la radiographie des différents segments des membres et du tronc, au choix des incidences, à la détermination des distances, au temps de pose, à la conduite générale d'une opération radiographique, au repérage des corps étrangers dans l'organisme.

Le troisième livre entièrement personnel à l'auteur est la partie la plus importante de l'ouvrage, c'est un recueil d'observations chirurgicales cliniques et radiologiques suivies de déductions pratiques sur le diagnostic et le traitement.

De nombreuses figures accompagnent ce livre, elles sont la reproduction fidèle quoique très simplifiée des radiographies faites par l'auteur pour chacun des cas étudiés. Ces cas sont assez nombreux pour qu'on soit assuré de trouver sur un point quelconque de la pathologie chirurgicale osseuse ou articulaire d'origine traumatique une ou plusieurs observations intéressantes appuyées de dessins démonstratifs et faciles à interpréter.

Ce livre intéressera également les chirurgiens et les radiographes.

G. LEGROS.

Exode rural et tuberculose (1), par le docteur Georges BOURGEOIS, secrétaire de la Commission permanente de la tuberculose.

Nous voudrions avoir assez d'espace disponible pour analyser ici, comme il mériterait de l'être, le remarquable et consciencieux travail que vient de publier le docteur Georges Bourgeois sous ce titre : *Exode rural et tuberculose*. Ce n'est pas en effet en quelques lignes que l'on peut songer à résumer un pareil ouvrage; tout ce que nous pouvons dire, c'est qu'il a une portée sociale et philanthropique de premier ordre. Tous ceux qui s'intéressent aux destinées, non seulement de la France, mais de l'humanité, liront avec fruit le livre de M. Georges Bourgeois, car l'exode rural est un mal qui sévit aussi bien à l'étranger que chez nous.

L'auteur nous montre la ville énorme et jamais assouvie, attirant à elle la plus grande partie des populations rurales; puis il nous enseigne par des chiffres précis que c'est sur les immigrés que s'abat de préférence la tuberculose sous toutes ses formes; or ces immigrés forment les deux tiers de la population parisienne globale. Si maintenant nous considérons la mortalité par tuberculose dans les services de médecine des hôpitaux de Paris, nous voyons qu'elle équivaut à peu près à la moitié de la mortalité générale; de plus, sur cent de ces cas de mort par bacillose, il y en a 62 portant sur les immigrés.

L'ouvrage de M. Georges Bourgeois est un livre à encourager et à répandre; d'autant plus, qu'écrit d'une plume élé-

(1) In-8° gr. jésus de 196 p. avec 100 fig. et 7 pl. en coul. Prix : 10 francs. — Paris, Steinheil.

(2) Un vol. in-8° de 675 p. avec 1191 fig. dans le texte. Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.

(1) Gr. in-8°, avec de nombr. tableaux et graphiques. Prix : 5 francs. — Paris, F. Alcan.

gante, précise et claire, il est facile et agréable à lire malgré le haut esprit scientifique dont il est empreint. Enrichi qu'il est de nombreux tableaux et de cartogrammes, il constitue une source de renseignements à laquelle viendront sûrement puiser nombre d'écrivains ultérieurs.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Les indications des interventions chirurgicales dans les maladies internes (1), à l'usage des médecins praticiens, par le professeur Hermann SHLESINGER (de Vienne); traduction française de MM. les docteurs LICHTWITZ et SABRAZÈS, professeur agrégé, médecin des hôpitaux de Bordeaux. — Première partie : « Maladies du système nerveux, des os et des articulations, de la plèvre, du médiastin, du système circulatoire et du tube digestif. »

MM. les docteurs L. Lichtwitz et J. Sabrazès viennent de traduire en français le livre du professeur H. Schlesinger sur les indications opératoires dans les maladies internes.

Cet ouvrage n'a pas d'analogue dans notre littérature médicale. Il répond à l'heure actuelle à un impérieux besoin. Il sera certainement accueilli chez nous avec la même faveur et le même empressement de la part des praticiens, médecins et chirurgiens, et des étudiants, qu'en Autriche et en Allemagne, où les deux premiers volumes déjà parus ont obtenu tant de succès. C'est là, en effet, une œuvre éminemment clinique qui tient et au delà les promesses de son titre, car, en outre de la discussion des indications opératoires, elle comprend la discussion du diagnostic avec mise en valeur des symptômes essentiels dans les divers cas envisagés. Toute la pathologie médicale est ainsi passée en revue dans des pages d'une lecture facile, quoique substantielles, remplies d'exemples concrets tirés pour la plupart de la pratique de l'auteur qui s'est depuis longtemps spécialisé dans ces études.

H. Schlesinger n'a pas seulement condensé dans son livre les fruits de son expérience clinique; il a dégagé des travaux les plus importants publiés dans les divers pays sur ce sujet, l'opinion la plus judicieuse, qui servira de ligne de conduite au médecin et au chirurgien appelés à juger de l'opportunité d'une intervention.

L. GAYARD.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 10 AU 15 AVRIL 1905)

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 10 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Roger et Desgrez.

1er (oral), *Salle Pasteur* (1re série) : MM. Kirmisson, Sébileau et Pierre Duval; — *Salle Dubois* (2e série) : MM. Reclus, Rieffel et Proust; — *Salle Corvisart* (3e série) : MM. Tuffier, Cunéo et Branca.

2e : MM. Gautier, Retterer et Gley.

3e (2e partie, oral) : MM. Hayem, Teissier et Macaigne; — M. Broca (André), suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Segond, Broca (Aug.) et Mauclaire; — (2e série) : MM. Delens, Legueu et Gosset; — (2e partie) : MM. Dejerine, Legry et Claude; — M. Balthazard, suppléant.

Mardi 11 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Jeanselme et Richaud.

1er (oral), *Salle Pasteur* (1re série) : MM. Poirier, Launois et Morestin.

3e (2e partie, oral), *Salle Richet* : MM. Dieulafoy, Méry et Gouget.

4e, *Salle Broussais* (1re série) : MM. Gilbert, Dupré et Langlois; — *Salle Dubois* (2e série) : MM. G. Ballet, Vaquez et Guiart; — M. Maillard, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Le Dentu, Thiéry et Auvray; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Marion et Rieffel; — (2e partie) : MM. Joffroy, Achard et Carnot; — M. Renon, suppléant.

Mercredi 12 avril, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Sébileau et Pierre Duval.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Déjerine et Legry.

1er (oral), *Salle Pasteur* (1re série) : MM. Brissaud, Retterer et Cunéo; — *Salle Richet* (2e série) : MM. Poirier, Delens et Branca; — *Salle Velpeau* (3e série) : MM. Segond, Rieffel et Proust.

3e (2e partie, oral), *Salle Broussais* : MM. Gaucher, Achard et Claude.

4e, *Salle Corvisart* : MM. Pouchet, Balthazard et Macaigne; — M. Broca (André), suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* : MM. Tuffier, Legueu et Gosset; — M. Desgrez, suppléant.

Jeudi 13 avril, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Berger, Auvray et Morestin.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Dieulafoy, Guiart et Maillard.

1er (oral), *Salle Béclard* : MM. Pozzi, Thiéry et Rieffel.

3e (1re partie, oral), *Salle Broussais* : MM. Schwartz, Launois et Brindeau; — (2e partie), *Salle Corvisart* : MM. Troisier, Bezançon et Carnot; — M. Gouget, suppléant.

Vendredi 14 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Hayem, Teissier et Desgrez.

1er (oral, 1re série) : MM. Sébileau, Legueu et Rieffel; — *Salle Broussais* (2e série) : MM. Broca (Aug.), Cunéo et Pierre Duval.

2e, *Salle Trousseau* : MM. Gariel, Ch. Richet et Branca.

3e (1re partie, oral), *Salle Richet* : MM. Retterer, Wallich et Proust; (2e partie), *Salle Thouret* : MM. Landouzy, Roger et Labbé (Marcel); — M. Claude, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmissons, Delens et Mauclaire; — (2e série) : MM. Reclus, Tuffier et Gosset; — M. Macaigne, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Potocki; — M. Balthazard, suppléant.

Samedi 15 avril, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. de Lapersonne, Thiéry et Marion.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gilbert, Bezançon et Maillard.

1er (oral), *Salle Béclard* (1re série) : MM. Le Dentu, Launois et Auvray; — *Salle Broussais* (2e série) : MM. Poirier, Schwartz et Morestin; — M. Vaquez, suppléant.

5e (chirurgie, 2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Achard et Méry; — (2e série) : MM. Hutinel, Thiroloix et Renon; — M. Jeanselme, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Bar, Bonnaire et Brindeau; — M. Dupré, suppléant.

(1) In-18 jésus. Prix : 4 francs. — Paris, Vigot frères.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.


AK


ZÔMOL
Z
SUC DE VIANDE DESSÉCHÉ

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Scarron et Couthon atteints de rhumatisme tuberculeux, par MM. le professeur Antonin Poncet et René Leriche.
Des méningites à évolution insidieuse comme cause d'aliénation mentale, par M. L. Marchand.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine. — Société de chirurgie.
ANALYSES
Médecine : Paralysie des deux hémioculomoteurs, tubercule de la protubérance; — Importance de l'éruption au point de vue du diagnostic et du pronostic du typhus exanthématique; — Agglutination du streptocoque dans la scarlatine; — Valeur du procédé de Ficker pour le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde; — *Radiumthérapie :* A propos de la radiumthérapie; — *Thérapeutique* : L'usage du véronal en thérapeutique.
FORMULAIRE
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)
Hémiplégies.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

RÉCEPTION DES MÉDECINS ANGLAIS A PARIS. — Au mois de septembre dernier un certain nombre de médecins français firent à Londres un voyage d'études dont nos lecteurs n'ont pas perdu le souvenir. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1904, nos 119 et 122.)

Dans les premiers jours de mai, nos confrères anglais doivent nous rendre cette visite.

Les circonstances aidant, leur arrivée va prendre une importance considérable.

Aussi le comité exécutif français, désireux de ménager à ses hôtes un accueil aussi large et aussi cordial que celui que nous avons reçu nous-mêmes, a-t-il fait appel à tous les médecins parisiens pour l'aider dans son œuvre.

Les souscriptions ont afflué et on peut être certain maintenant que la réception faite à nos confrères sera exceptionnellement brillante et amicale.

Le programme, qui comporte notamment, outre les visites universitaires, une visite à Chantilly, un banquet et une représentation théâtrale dans l'élégante salle de l'Automobile Club de France, sera arrêté définitivement à la fin de cette semaine.

Nous le publierons aussitôt.

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours pour trois places de chirurgien des hôpitaux.* — Epreuve écrite. Lecture des copies : Séance du 3 avril. — MM. Duval, 27 1/2; Lecène, 22 1/2; Baudet, 27 1/2.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Angers. — Le concours de l'externat vient de se terminer par la nomination de MM. Bougeant, Birotheau, Closier, Gazeau, Dufossé, Martin, Falloux, Foucault et Collet.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — A l'occasion de l'Exposition de Vienne (alcools et industries de la fermentation, 1904), sont nommés chevaliers du Mérite agricole : M. le docteur Bousquet, MM. Lancosme, Martinet, Midy, Robin et Sabatier, pharmaciens à Paris; M. Wolff, préparateur à l'Institut Pasteur.

— La médaille de bronze des épidémies a été décernée à Mme Deutscher, infirmière à l'hôpital Saint-Antoine (fièvre typhoïde).

NOMINATION. — M. le docteur Hirigoyen, membre du conseil départemental d'hygiène, chirurgien en chef de la Maternité de Bordeaux, est nommé médecin des épidémies de l'arrondissement de Bordeaux en remplacement de M. le docteur Vergely, démissionnaire.

MISSION. — Par un arrêté de M. le ministre de l'Instruction publique, en date du 24 mars, M. le docteur Lavaux est chargé d'une mission gratuite en Belgique, en Suisse et au Canada, à l'effet d'y poursuivre des recherches relatives à l'enseignement de la pathologie rénale et de la chirurgie des voies urinaires.

L'ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE organise pour le jeudi 6 avril 1905, à huit heures et demie du soir, une grande réunion à la salle de l'Athénée Saint-Germain, 21, rue du Vieux-Colombier.

Ordre du jour : 1° Les incidents de la Faculté; 2° Discussion sur l'enseignement des sciences accessoires à la Faculté de médecine.

La carte d'étudiant en médecine de l'Association corporative ou d'élève des hôpitaux sera exigée à l'entrée.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Hervieux, ancien président de l'Académie de médecine, ancien médecin de la Maternité, directeur du service de la vaccine à l'Académie de médecine; Landeau (d'Eysines).

SCARRON ET COUTHON
ATTEINTS DE RHUMATISME TUBERCULEUX

Par MM. Antonin PONCET,
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon,
et René LERICHE,
Interne des hôpitaux de Lyon.

Parmi les malades historiques, dont la critique médicale contemporaine a ingénieusement échafaudé les observations et auxquels elle a, rétrospectivement, fourni un diagnostic, deux illustres culs-de-jatte, Scarron et Couthon, ont joui d'une faveur particulière et éveillé un intérêt tout spécial. Cet intérêt leur est venu, non point des conséquences politiques de leur maladie, mais du succès que celle-ci même leur a valu. Comme on l'a dit, leur difformité n'a pas été sans servir leur célébrité posthume.

Tous deux, bizarres et contrefaits, après avoir entretenu leurs contemporains de leurs maux, après avoir eu, de nos jours, les honneurs de la rampe, sont restés des curiosités et leurs misères physiques sont du domaine public.

Ils ont, d'ailleurs, réuni les mêmes médecins à leur chevet. Tous deux ont eu une consultation du professeur Brissaud, tous deux ont eu leurs tares argumentées par Cabanès.

Mais il y a de cela plus de quinze ans. Il nous a paru que l'on pouvait, aujourd'hui, aller au delà des diagnostics portés, et préciser encore la pathogénie de leurs maux.

C'est, d'ailleurs, aux si vivantes études de Brissaud (1), et aux mémoires documentés de Cabanès que nous avons pris les principaux éléments de cette courte note. A les lire, il nous a semblé que les deux culs-de-jatte avaient eu deux formes peu différentes de la même maladie, non débrouillée encore lors de la consultation de M. Brissaud, et qu'il y avait lieu de les mettre au gré de la science du jour.

Voici tout d'abord le résumé de l'observation de Couthon, telle qu'on la trouve dans les travaux précités :

Né en 1756 à Orcet (Puy-de-Dôme), avec une *constitution faible et délicate*, on ne sait rien de ses antécédents héréditaires.

Vers douze ans, *gale* guérie par un onguent mercuriel. Dès sa tendre jeunesse, il s'adonna aux plaisirs solitaires avec excès; aux approches de l'adolescence, il *fut atteint de fièvres*, surtout *pendant les mauvaises saisons*.

A seize ans, violente crise d'hémorroïdes. C'est à la fin de cette crise qu'il *fut pris des douleurs* et de *l'incapacité progressive des membres inférieurs*, qui, depuis lors, ne cessa d'empirer. Jusqu'alors ses membres avaient été bien proportionnés, « tant par rapport aux os que par rapport aux muscles. » Les choses changent à partir du jour où il commença d'éprouver des « *douleurs articulaires* ».

Le premier avertissement qu'il en eut, date d'une période de sa vie galante : après un bain froid forcé, il fut pris des *douleurs de rhumatisme particulièrement vives dans les lombes*. Lui-même fait remarquer qu'elles sont venues sans effort violent. Ces douleurs étaient accompagnées de *tumeurs passagères*, mais souvent *répétées*, *au pied droit*, surtout sur *la malléole interne qui était gonflée*. Les mêmes phénomènes se produisirent *au genou*, *à la hanche*, plus souvent à la hanche qu'aux autres articulations, et le gonflement à ce niveau coïncida avec de la *tuméfaction des glandes inguinales*.

Jamais les douleurs n'eurent le caractère de vivacité et de promptitude qui appartient à la goutte proprement dite (non plus qu'au rhumatisme articulaire aigu)

Couthon avait alors dix-sept ans. Son état général était très médiocre.

En 1782, à vingt-six ans, « *une fluxion violente survint au col*, » à la suite d'un refroidissement. Cette fluxion occupait certainement, dit Brissaud, les ganglions lymphatiques, car deux ans plus tard, il se forma un *abcès à la glande maxillaire*, abcès qui produisit une grande quantité de pus mais dont la formation, la suppuration très prolongée et la guérison subite ne parurent être accompagnées, ni suivies d'aucun changement dans les *douleurs articulares* toujours *subsistantes*. Il est à noter que la *fluxion du col paraissant céder aux émolliens* s'était portée aussitôt au genou alors déjà malade, deux ans avant cette suppuration.

Entre temps, saison à Néris, sans effet d'ailleurs. Dans les années qui suivent, les événements l'obligent à négliger son mal qui semble progresser par à coups, mais il a de la peine à marcher, tant par rapport à la faiblesse, que par rapport aux douleurs des membres inférieurs.

Effectivement en 1791, à bref délai, deux graves consultations, dont le détail nous est resté, indiquent que la situation s'est aggravée.

Le membre inférieur droit a perdu presque complètement la mobilité. Il s'est atrophié, non pas seulement par inertie fonctionnelle, mais les « muscles desséchés n'ont plus aucune action ». La jambe a un mouvement de pendule et le malade ne marche plus qu'avec des béquilles. Malgré un cautère mis sur le bras, l'atrophie augmente.

De plus, des douleurs se montrent au membre inférieur, sous l'influence des béquilles, et c'est alors qu'on vit apparaître la fameuse brouette qui le mène partout à ses affaires.

Deux mois plus tard, la jambe saine paraît avoir maigri beaucoup et ne se meut plus qu'avec peine.

Un nouveau diagnostic s'impose, celui de *paraplégie*.

Aux douleurs articulaires sont venues s'ajouter des douleurs non localisées s'étendant le long des muscles, augmentant dans le lit. Ce sont certainement des douleurs radiculaires. « Le siège actuel du mal est dans les nerfs sacrés du côté droit, » disent les membres de la Société de médecine de Paris. La sensibilité subsiste presque en entier.

Mais déjà depuis plus de deux mois, le malade a des *troubles sphinctériens* : atonie intestinale et atonie vésicale. Il urine avec lenteur; à peine peut-il contracter le sphincter de la vessie. Ce n'est qu'en comprimant le bas-ventre qu'il parvient à lui faire faire le jet.

Un peu plus tard, la miction semble devenir plus facile et surtout plus fréquente.

Bref, rétention puis incontinence, miction par regorgement.

D'ailleurs, l'état général était irréprochable, l'appétit ouvert, la digestion excellente, et Couthon disait lui-même qu'il avait une santé parfaite depuis la tête jusqu'au siège.

(1) Brissaud. La maladie de Scarron, in *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, p. 159, Paris, 1885, et *Le cabinet secret de l'histoire*, par le docteur Cabanès, Paris, 1898. « Deux culs-de-jatte » illustres. Couthon et Scarron, p. 225.

Pourtant en mai 1793, après avoir prononcé un discours véhément contre Guadet qui avait tonné contre les factieux de la Montagne, il sort de l'assemblée *en crachant le sang*. En 1794, son état général a beaucoup empiré. Il garde le lit pendant des semaines entières; dès que survient une amélioration, il se hâte de reparaître au milieu de ses collègues, mais ce ne sont que des lueurs. La maladie dont il était atteint en était arrivée à son ultime période, et « l'on peut dire que le couperet de la guillotine n'avança le fatal dénouement que de quelques jours » (Cabanès).

Reprenant les divers éléments de cette observation, Brissaud formule le diagnostic de : *paraplégie déterminée* par une *pachyméningite spinale du renflement lombaire*, qu'il semble rattacher au *rhumatisme chronique*.

Toutefois bien des points lui paraissent douteux dans ce diagnostic et il ajoute :

« Il resterait à se demander si, à un moment donné, le rhumatisme chronique, fixé sur les jointures du membre inférieur droit, ne se serait pas transformé *en tuberculose*; si, en d'autres termes, les arthrites de la hanche, du genou, de l'articulation tibio-tarsienne ne seraient pas devenues des tumeurs blanches... Couthon eut des écrouelles suppurées, et c'en est assez pour croire à la possibilité de la tuberculisation des jointures déjà malades. Outre les écrouelles cervicales, il eut une adénopathie inguinale qui n'est guère le fait de rhumatisme simple... Les fièvres auxquelles il fut sujet après la disparition de sa gale n'ont-elles pas été des *accès de fièvre prétuberculeuse*? La gale elle-même n'était-elle *pas quelque scrofulide*? Car le mot gale, dans le texte des consultations, n'a pas la signification exclusive qu'il a aujourd'hui et qui ne date que de la découverte de l'acare, c'est-à-dire d'une époque ultérieure de vingt ans à la mort de Couthon. »

Si nous ajoutons à ces divers renseignements ce fait, échappé à Brissaud, de *l'hémoptysie de 1793*, le diagnostic s'éclaire singulièrement. Il devient évident que Couthon, porteur d'adénites cervicales, à un moment donné fistuleuses; plus tard hémoptysique, eut un *rhumatisme tuberculeux polyarticulaire primitif*, suivi à brève échéance d'une paraplégie prédominante à droite, avec troubles sphinctériens. Celle-ci relève évidemment d'une pachyméningite spinale du renflement lombaire, dont la nature tuberculeuse ne paraît plus discutable.

Étant donné le début des troubles vers l'âge de la puberté, par une vive douleur spontanée dans les lombes qui fut, dit Portal, « supportable assez longtemps, mais qui se termina par augmenter et par se faire ressentir dans les membres inférieurs, » il est bien tentant de la rattacher à un mal de Pott lombaire. Sans doute Couthon ne fut pas gibbeux, mais la localisation de ses lésions vertébrales l'explique facilement : « Le malade étant habillé, dit Kirmisson à propos de l'ostéite vertébrale lombaire, la déformation est insaisissable. C'est seulement, quand on l'examine à nu, que l'on reconnaît l'existence d'une petite gibbosité angulaire et médiane, sur le trajet des apophyses épineuses. » Si elle a existé, il n'y a rien d'étonnant à ce que cette faible saillie ait échappé aux membres de la Société de médecine en 1791, la description de Pott est de 1783, et son livre ne fut traduit en français qu'en 1792!

Nous savons d'autre part que la gibbosité, si commune chez les jeunes sujets, surtout chez les enfants, peut manquer et fait souvent défaut chez les adultes. Or c'est de trente à trente-cinq ans environ que Couthon fut atteint de mal vertébral.

Dès lors le diagnostic si remarquablement précis de Geoffroy, Mauduyt, Audry, Hallé et Crochet, contresigné par Brissaud, s'explique aisément et se complète; il devient facile de résumer l'histoire médicale de Couthon : c'est celle d'un pottique, atteint tout d'abord d'un : *rhumatisme polyarticulaire tuberculeux*.

C'est un diagnostic de même genre, et surtout *de même nature*, qu'il faut porter en présence de Scarron.

Il est tellement revenu lui-même sur ses maux, il les a si souvent chantés qu'ils sont connus de tous.

Vers l'âge de vingt-cinq ans, après une maladie longue et douloureuse (on a tout lieu, dit Brissaud, de soupçonner un rhumatisme articulaire aigu), Scarron commence à se déformer, plutôt à s'ankyloser en position vicieuse. En moins d'un an, ses jambes amaigries, pliées sur les cuisses à angle droit, l'obligent à garder sans cesse « la position d'un pénitent ». Puis les cuisses s'infléchirent sur le bassin. Un peu plus tard, ce sont les articulations cervicales qui se prennent :

Mon pauvre corps est raccourcy
Et j'ay la teste sur l'oreille,
Mais cela me sied à merveille
Et parmi les torticolis
Je passe pour des plus jolis.

Malgré les soins de Guénaut, malgré une saison à Bourbon-l'Archambault, après s'être inutilement mis entre les mains d'un empirique et pris des bains de tripes, au voisinage de la Charité, il ne lui reste de libre que les membres supérieurs.

Les jambes sont très amaigries, les épiphyses proéminent en tous sens, « déjà l'os la peau lui perce. » Il y a six ans que la maladie dure.

Un peu plus tard, les membres supérieurs sont touchés; les jointures s'ankylosent aussi, l'atrophie fait disparaître les muscles du bras et de l'avant-bras.

Pendant ce temps, l'ankylose vertébrale semblait marcher elle aussi.

Ma poitrine est toute convexe
Enfin je suis tout circonflexe.

Il avait trente-six ans!

Bientôt, décharné, contrefait, ankylosé des quatre membres *à l'exception des phalanges*, il ne peut plus rien, que rimer.

C'est alors qu'il va pourtant songer à se marier. La première fois que Françoise d'Aubigné le voit, elle est obligée de se baisser pour apercevoir son visage, l'arthropathie vertébrale progresse, « son dos s'arrondissait en dôme, » et pour regarder autour de lui, il est obligé de s'incliner.

Pendant onze années encore, il vécut ainsi : de plus en plus rabougri, transformé en un bloc rigide, bizarrement contourné, ne dormant plus, souffrant horriblement, s'ankylosant encore par conséquent; *ses phalanges seules restent saines*. C'est seulement quelque temps avant sa mort qu'elles se prennent. Alors, il ne lui restait plus qu'à mourir.

Et, en effet, en octobre 1660, à l'âge de cinquante ans, il meurt après des accès de suffocation avec hoquet.

Reprenant toute cette observation, Brissaud a bien montré que cette histoire était celle d'un rhumatisme, chronique, déformant, à marche rapide, compliqué d'atrophie musculaire, tel que Charcot venait de le décrire.

Pourtant entre le rhumatisme diathésique vrai et la maladie de Scarron, il y a bien quelques légères différences. Le rhumatisme diathésique commence rarement d'aussi bonne heure, ne marche pas d'ordinaire aussi vite, et surtout n'ankylose pas, comme il l'aurait fait de Scarron.

De plus, il débute d'ordinaire par les articulations des phalanges. Chez Scarron, elles furent les dernières touchées.

A l'époque où écrivait Brissaud, ces divers documents que nous venons de citer, ne permettraient guère, en effet, que d'admettre un rhumatisme, chronique, déformant, avec évolution plus ou moins anormale. En 1885, le bloc du rhumatisme chronique était compact et il ne s'y montrait pas la moindre fissure. Aujourd'hui, il n'en va plus de même, et l'on se méfie des rhumatismes à allures anormales et de ceux qui marchent vite.

D'autre part, ce sont surtout les pseudo-rhumatismes qui ankylosent et parmi ceux-là c'est avant tout le rhumatisme tuberculeux.

Nous avons, nous-même, montré (1) qu'il devait être rendu responsable de la plupart des ankyloses dites rhumatismales, mono ou polyarticulaires, et qu'en particulier la spondylose, rhizomélique ou non, l'avait, dans le plus grand nombre des cas, comme agent.

Spondylosique et ankylosé des quatre membres, Scarron n'était-il pas tuberculeux?

Il est difficile d'être très affirmatif; on était encore loin de Laënnec à cette époque. Mais bien des détails permettent de le penser. Sans parler des allures de son rhumatisme qui sont toutes celles du rhumatisme ankylosant, et pour ne pas faire de pétition de principe, ne nous dit-il pas, dès 1641, à l'age de trente et un ans qu'il a :

De fièvre toujours quelque accès,
De rhume toujours par excès.
. . . .
Aux nerfs souvent contorsion
Et partout ailleurs fluxion.

Il n'est guère dans les habitudes du rhumatisme chronique habituel de donner des élévations thermiques. Les contorsions de ses nerfs pourraient bien être ces troubles nerveux à distance si fréquents chez les turberculeux. Enfin il tousse et cela depuis longtemps. L'auteur de la *Vie de Costar* parle, lui aussi, de ce rhume persistant, sur lequel les détails manquent. D'autre part, malgré un appétit assez bien conservé, il est amaigri, « décharné. » Bref sa mort dans des accès de suffocation ne s'expliquerait-elle pas plus aisément, par des lésions pulmonaires que par « de la compression du pneumogastrique? »

Avec ces quelques présomptions, et étant donnée l'allure même de sa maladie, nous dirons volontiers que Scarron était atteint de : *rhumatisme tuberculeux ankylosant*.

La chose paraît plus que vraisemblable. Il était intéressant de le faire remarquer.

Du reste, dans sa fameuse lettre qu'il a écrite contre *Ronscar* (lire Scarron), Cyrano de Bergerac n'avait-il pas pressenti ce diagnostic, lorsqu'il parlait *des bras pétrifiés sur ses hanches* du poète et de sa « carcasse vidée »?

(1) Poncet et Leriche. Rhumatisme tuberculeux ankylosant, *Revue de chir.*, 1905, n° 1.

DES

MÉNINGITES A ÉVOLUTION INSIDIEUSE

COMME CAUSE D'ALIÉNATION MENTALE

Par L. MARCHAND,
Médecin-adjoint de l'asile de Blois.

Les maladies mentales n'ont pas encore d'anatomie pathologique; la clinique d'ailleurs montre qu'il n'existe que des syndromes mentaux. L'histologie, loin de déceler des lésions propres à chacun de ceux-ci, montre au contraire des lésions semblables dans des syndromes mentaux différents. Cela tient à ce que l'intensité et la nature des lésions d'une part, leur localisation et leur étendue d'autre part, enfin l'âge auquel elles apparaissent, déterminent dans la vie intellectuelle des sujets des modifications spéciales suivant chacune de ces conditions.

Le mot prédisposition doit être aujourd'hui rattaché à une modification des éléments psychiques. Il est certain que chez certains individus les cellules psychiques naissent chétives, amoindries; c'est la prédisposition congénitale. Chez d'autres, elles naissent normales, mais sont lésées par une maladie quelconque survenant après la naissance; c'est la prédisposition acquise.

Cette prédisposition acquise est donc le résultat d'une maladie qui peut porter primitivement sur le système nerveux de l'individu ou, au contraire, être le résultat d'un trouble de nutrition des cellules psychiques survenu à l'occasion d'une maladie toxi-infectieuse générale. Nos nombreux examens histologiques des centres nerveux d'aliénés nous permettent d'attribuer à des méningites insidieuses, passées inaperçues, divers syndromes mentaux qui doivent surtout leur physionomie particulière à l'époque de la vie à laquelle est apparue la lésion méningée.

Idiotie congénitale avec épilepsie, idiotie acquise avec ou sans épilepsie, démence avec ou sans épilepsie, débilité mentale avec idées délirantes diverses, démence chez des alcooliques chroniques, stupeur mélancolique (démence précoce), folie intermittente, tels sont les syndromes mentaux que nous avons observés chez des sujets à l'autopsie desquels nous avons constaté de la méningite chronique. Nous avons passé sous silence la paralysie générale, car ses lésions sont nettement définies maintenant.

Il semble étonnant tout d'abord qu'une même maladie cérébrale puisse donner lieu à des syndromes

mentaux si différents; mais, comme nous le disions plus haut, en présence d'une lésion cérébrale il faut tenir compte de son époque d'apparition, de sa localisation, de son étendue, de sa nature et de son intensité. C'est ainsi que, chez un jeune sujet, une méningite peut, suivant son intensité, donner lieu à l'idiotie, à l'imbécillité, à la débilité mentale. Chez un adolescent, elle pourra produire la démence précoce, chez l'adulte un affaiblissement intellectuel ou une confusion mentale avec idées délirantes et hallucinations diverses.

Il est plus difficile d'expliquer comment une telle maladie a pu produire la folie à double forme. Cependant, la rapidité avec laquelle certains sujets passent d'une période de mélancolie à une période d'excitation maniaque permet de supposer que les lésions du cerveau peuvent être semblables dans les deux syndromes. Dans tous les cas, c'est un fait d'observation que nous apportons aujourd'hui dans la question encore si peu avancée des lésions cérébrales des aliénés.

A l'autopsie, les lésions méningées demandent à être recherchées et on comprend qu'elles aient pu échapper à des observateurs consciencieux. Elles consistent en épaississements méningés qui apparaissent sous la forme de travées opalescentes. Presque toujours, à leur niveau, on ne constate pas macroscopiquement d'adhérences des méninges au cortex, et c'est une raison pour laquelle on n'attache pas d'importance à ces lésions qui paraissent légères. Elles peuvent siéger partout, et dans les différentes autopsies où nous les avons rencontrées, nous les avons vues occuper plusieurs régions éloignées les unes des autres et différentes suivant chacun des cas.

Si, macroscopiquement, ces lésions paraissent peu profondes, il en est autrement à l'examen histologique, puisque dans certains cas l'épaississement méningé a pu atteindre 3 millimètres. Deux formes principales, mais ayant entre elles de nombreux intermédiaires, peuvent se présenter suivant que la lésion est le reliquat d'une inflammation disparue ou que la lésion est encore en évolution. Dans le premier cas, les méninges molles se trouvent épaissies et l'épaississement porte surtout sur la pie-mère. Le tissu néoformé est composé de couches de tissu conjonctif étagées les unes au-dessus des autres et très souvent parcourues par des vaisseaux à parois bien formées. On ne rencontre dans ce tissu que très peu de lymphocytes, et les parois vasculaires ne sont le siège d'aucune diapédèse. La pie-mère altérée n'acquiert que rarement des adhérences au cortex.

Dans la seconde forme, l'épaississement méningé est dû à une prolifération de tissu conjonctif avec néoformation vasculaire. De nombreuses cellules embryonnaires en amas ou dispersées s'observent dans tout le tissu et souvent autour des parois vasculaires. La lésion diffère de la précédente par ses signes d'inflammation chronique. Dans le premier cas, il s'agit d'une lésion dont l'évolution est arrêtée; dans le second, d'une lésion qui progresse encore.

Qu'il s'agisse du premier ou du second mode de lésion que nous venons de décrire, les altérations secondaires du cortex sous ces plaques de méningite sont des plus importantes. C'est ce que permettent d'affirmer les méthodes fines d'examen, que nous possédons aujourd'hui. Le tissu névroglique de la couche moléculaire devient très dense, il ne s'agit pas d'une sclérose comparable à celle que l'on rencontre dans la paralysie générale, où les cellules névrogliques géantes sont nombreuses, mais d'une sclérose due surtout à une augmentation des fibrilles névrogliques; on y rencontre peu de noyaux, aucune de ces grosses fibrilles qui sont si communes dans le voisinage des corps cellulaires névrogliques au cours de la méningo-encéphalite diffuse subaiguë. La bordure névroglique que l'on rencontre normalement à la partie la plus superficielle de la couche moléculaire est elle-même très épaissie. Les cellules pyramidales sont lésées; raréfaction des primitives fibrilles et souvent pigmentation, telles sont leurs principales lésions. Les fibres tangentielles sont légèrement diminuées de nombre et ce n'est que par comparaison avec des coupes de cerveau sain que l'on peut apprécier leur disparition. Quant aux vaisseaux du cortex, ils paraissent normaux, et même dans les cas où les méninges molles présentent encore des traces d'inflammation on n'observe autour d'eux aucune diapédèse.

A ces lésions ne correspond aucune dégénérescence descendante; les faisceaux blancs de la moelle et du bulbe ont été trouvés normaux dans la plupart de nos observations.

Ainsi, on trouve chez certains aliénés chroniques des lésions des méninges molles. Ces lésions sont encore le siège d'une inflammation évidente ou au contraire sont arrêtées dans leur évolution. Aux premières correspond une démence à marche progressive mais lente avec ou sans épilepsie; aux secondes, des syndromes mentaux divers qui n'aboutissent jamais du fait des lésions méningées à une démence telle que celle des paralytiques généraux. Il s'agit dans ces derniers cas de lésions guéries, si ce terme ne pouvait paraître impropre; mais les troubles secondaires que ces lésions ont déterminés dans le cortex donnent lieu à des syndromes mentaux qui pourront rester stationnaires pendant de nombreuses années. Le cerveau ne peut être comparé à tout autre organe; la moindre lésion fausse son fonctionnement et on comprend qu'une lésion quoique guérie puisse par ses altérations de voisinage irréparables laisser un trouble dans les conceptions intellectuelles.

Ces constatations histologiques permettent d'expliquer pourquoi on n'observe aucune réaction méningée chez ces aliénés chroniques; l'inflammation des méninges est en effet complètement disparue ou réduite au minimum. Si on examinait le liquide céphalo-rachidien au début même de la maladie, il est probable qu'on rencontrerait de la lymphocytose. MM. Dufour et Brelet (1), Mosny (2) dans plusieurs cas de confusion mentale aiguë viennent d'ailleurs d'observer de la réaction méningée.

---

(1) Dufour et Brelet. Confusion mentale primitive avec réaction méningée, Soc. méd. des hôpit., 3 fév. 1905.

(2) Mosny, Soc. méd. des hôpit., 3 fév. 1905.

Chez l'adulte, aucun trouble moteur n'est produit par ces méningites qui passent ainsi inaperçues. Chez l'enfant, elles provoquent souvent l'épilepsie. Dans nos observations, les faisceaux pyramidaux étaient normaux. Ces méningites donnent des lésions de voisinage qui altèrent les cellules nerveuses secondairement, mais qui entraînent surtout des lésions des régions superficielles du cortex, principalement de la couche moléculaire.

Il existe des cas bien observés dans lesquels les lésions du cortex n'ont pas entraîné de troubles intellectuels. On pourrait objecter ce fait à nos constatations et nier ainsi tout rapport entre la lésion et les troubles mentaux. Les lésions du cortex qui n'entraînent pas d'affaiblissement intellectuel sont avant tout des lésions très circonscrites. Dans nos observations, les lésions sont toujours étendues car il se produit sous ces plaques de méningite un travail de sclérose, et l'altération des divers prolongements protoplasmiques, qui viennent se terminer dans la couche moléculaire, entraîne des troubles dans des corps cellulaires éloignés.

Aucune idée délirante spéciale ne se retrouve dans les observations de nos malades. Cette constatation prouve que l'idée délirante tient moins à la lésion du cerveau qu'à certaines conditions de la vie psychique antérieure du sujet. Les idées délirantes qui tiennent une si grande place en clinique mentale ne peuvent être en rapport avec une lésion déterminée du cerveau ; la mobilité même des idées délirantes des paralytiques généraux, chez lesquels les lésions de méningo-encéphalite sont toujours les mêmes, en est une preuve. Si les idées de grandeur sont fréquentes chez de tels malades, on rencontre également chez eux d'autres idées délirantes. De plus, la transformation rapide des idées délirantes dans des psychoses à évolution extrêmement lente (délire chronique de persécution) montre bien que les idées délirantes ne sauraient être rattachées à une lésion définie du cerveau.

Nous avons montré qu'il existe des méningites insidieuses qui donnent lieu à des troubles mentaux. Il nous est difficile de dire quelle est la nature de ces lésions. Dans nos observations, il s'agit de lésions arrêtées dans leur évolution ou à évolution lente et nous ne pourrions faire à ce sujet que des hypothèses.

Conclusions : 1° Une même lésion cérébrale peut provoquer des syndromes mentaux différents. La nature, l'intensité, la localisation, l'étendue d'une lésion, l'âge auquel elle survient sont autant de conditions dont il faut tenir compte ;

2° Il existe des méningites à évolution insidieuse qui ne donnent naissance chez l'adulte qu'à des troubles mentaux. Chez l'enfant, elles provoquent souvent l'épilepsie ;

3° Ces méningites revêtent surtout deux formes ayant entre elles de nombreux intermédiaires. Dans une première forme, il s'agit d'une lésion méningée dans laquelle l'inflammation est encore évidente ; dans une seconde, d'une lésion méningée arrêtée dans son évolution ;

4° Ces méningites entraînent des altérations de la couche superficielle du cortex, sans dégénérescence dans le centre ovale et des faisceaux pyramidaux ;

5° Aux méningites répondant à la première forme, correspond une démence à marche progressive mais lente ; aux méningites arrêtées dans leur évolution, des syndromes mentaux qui restent stationnaires pendant de longues années ;

6° Il est difficile de préciser la nature de ces méningites qui sont ou arrêtées dans leur évolution ou à évolution lente.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 4 AVRIL 1905)

M. le Président rend hommage au regretté Hervieux qui vient de disparaître. Il rappelle qu'à l'époque où la fièvre puerpérale régnait à la Maternité, Hervieux fût l'un de ceux qui la combattirent avec le plus d'énergie et de dévouement.

Devenu médecin honoraire des hôpitaux, Hervieux se consacra entièrement au service de la vaccine de l'Académie, qu'il dirigeait avec le zèle fe plus éclairé.

La séance est levée en signe de deuil.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 29 MARS 1905)

Traitement des prolapsus génitaux chez la femme par la myorraphie antérieure du releveur de l'anus. — M. CHAPUT fait une communication sur ce sujet. A la suture postérieure proposée par Delbet il ajoute la myorraphie antérieure. Voici comment il procède : incision horizontale sur la paroi antérieure du vagin, dissection de la lèvre supérieure de cette incision pour isoler la vessie du vagin, décollement avec le doigt de chaque côté de cette incision, jusqu'à la paroi latérale du bassin. Là on trouve le bord interne du releveur de l'anus. On accroche ce bord, on y place deux ou trois sutures et on les noue. La lèvre supérieure de l'incision vaginale est réséquée en partie et suturée à la lèvre inférieure. On fait ensuite la colpopérinéorraphie postérieure avec suture de la portion recto-vaginale des releveurs. M. Chaput a été très satisfait de cette opération.

Albuminurie prémonitoire de la tuberculose rénale. — M. BAZY croit cette albuminurie plus fréquente qu'on ne l'a dit. Il en rapporte quatre observations. Quand il y a de l'albumine, elle peut coïncider avec de la pollakiurie sans présence de pus dans l'urine. Aussi dans ce cas elle dépend d'une lésion rénale. Quand il y a du pus, il y a lieu de rechercher quelle est la véritable origine de l'albumine.

De l'emploi de la scopolamine. — M. Terrier a eu recours à la scopolamine pour endormir une malade atteinte d'une tumeur rénale chez laquelle il voulait pratiquer la séparation des urines avec l'appareil de Luys. L'introduction de l'instrument tentée une première fois était trop douloureuse. Grâce à une injection de 1 centimètre cube de scapolamine, l'examen a pu être fait très facilement.

Tumeurs artérielles pulsatiles de la région parotidienne. — La présence du nerf facial dans la région occupée par ces tumeurs est un obstacle à leur ablation. Pour tourner cette difficulté, M. TUFFIER a recours à l'électro-puncture. Cela lui a réussi dans un cas, mais ayant échoué dans un autre cas, il fit la ligature de la carotide externe et l'oblitération de la tumeur de la façon suivante :

La carotide ayant été découverte, il passa un fil au-dessous et le laissa en place sans le lier. Il plaça ensuite la tumeur dans l'anneau d'une clef, afin de la comprimer sur sa périphérie et y injecta VI gouttes de liqueur de Piazza. Cela fait il serra la ligature de l'artère. La malade est restée guérie.

Il eut le même succès dans un troisième cas.

ANALYSES

MÉDECINE

Paralysie des deux hémioculomoteurs, tubercule de la protubérance. (GRASSET et GAUSSEL. *Revue neurol.*, 1905, p. 69-76.) — Une jeune fille, qui présentait des signes nets de tumeur cérébelleuse et protubérantielle avec cécité complète, avait conservé tous les mouvements des yeux, sauf les mouvements de latéralité qui ne pouvaient se faire ni des deux côtés simultanément, ni d'un seul œil isolément. Conservation de la convergence.

A l'autopsie, on trouva, outre un tubercule cérébelleux, un autre, plus petit, situé au-dessous des tubercules quadrijumeaux, détruisant les noyaux de la sixième paire, mais respectant ceux de la troisième; il s'agit donc d'une paralysie supranucléaire.

Ce fait confirmerait la conception des « oculogyres » formulée par Grasset et justifierait cette proposition que *chaque hémisphère voit et regarde, avec les deux yeux, du côté opposé.*

L. ALQUIER.

Importance de l'éruption au point de vue du diagnostic et du pronostic du typhus exanthématique. (P. KIREÏEV. *Meditzinskoïe Obozrenie*, 1905, n° 1.) — L'auteur attire l'attention sur le parti que l'on peut tirer des caractères de la roséole pour le diagnostic différentiel entre le typhus exanthématique et la fièvre typhoïde avec roséole abondante. Ainsi qu'il s'en est assuré dans un grand nombre de cas la roséole dans le typhus exanthématique se présente toujours sous forme de taches plus ou moins étendues, ne dépassant jamais le niveau de la peau saine. L'existence de roséole papuloïde, quelque minime en soit la saillie, plaide toujours en faveur d'une fièvre typhoïde.

Chemin faisant, l'auteur indique que dans deux cas de typhus exanthématique il a observé la localisation extrêmement rare de l'éruption à la face.

L'éruption présente aussi un grand intérêt au point de vue du pronostic du typhus exanthématique. L'éruption pétéchiale abondante assombrit le pronostic; si les pétéchies persistent longtemps, le cas doit être considéré comme très grave. La persistance des pétéchies, après la chute de la fièvre, témoigne de l'imminence d'une issue fatale. EM. WASSERBERG.

Agglutination du streptocoque dans la scarlatine. (*Revue des mal. de l'enf.*, fév. et mars 1905.) — Pour MM. DETOT et BOURCART, l'agglutination du streptocoque, recueilli chez des malades atteints de scarlatine, par le sérum scarlatineux, peut être nettement positive; mais cette réaction est variable et inconstante. Inversement, tout sérum, dans certaines conditions, peut agglutiner un streptocoque de scarlatine. Les résultats obtenus ne peuvent donc pas conduire à une application pratique du séro-diagnostic des infections streptococciques, ni à des conclusions au sujet de la spécificité du streptocoque dans la scarlatine. L. BABONNEIX.

Valeur du procédé de Ficker pour le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (MAKAROV. *Annales de l'Académie médico-militaire de Saint-Pétersbourg*, sept. 1904.) — L'auteur s'est servi parallèlement dans la fièvre typhoïde des procédés de Widal et du diagnosticum Ficker. Voici comment il procédait pour ce dernier. Le sérum du malade est dilué avec le décuple de son volume d'une solution salée physiologique stérilisée, après quoi on verse dans trois éprouvettes le diagnosticum Ficker à la dose de 0g8, de 0g9 et de 1 gramme. On ajoute à la première éprouvette 0g2, à la deuxième 0g1 de sérum additionné de solution physiologique, de sorte qu'on a, dans la première éprouvette, une dilution de 1 p. 50 et dans la seconde de 1 p. 100. La troisième éprouvette sert de témoin. Après avoir agité soigneusement les trois éprouvettes on les laisse reposer dans l'obscurité et à la température de la chambre pendant douze à quatorze heures.

Les résultats s'observent déjà après douze à quatorze heures. Les éprouvettes contenant le sérum se clarifient et un précipité se forme au fond, tandis que l'éprouvette de contrôle reste trouble. Les résultats doivent être considérés comme négatifs, si après vingt heures toutes les éprouvettes demeurent troubles.

L'auteur croit le procédé de Ficker comme satisfaisant. Il le recommande dans tous les cas où il est impossible de recourir à la réaction de Widal. Le diagnosticum ne demande ni emploi de microscope, ni installation de laboratoire, ce qui en rend la pratique facile. EM. WASSERBERG.

RADIUMTHÉRAPIE

A propos de la radiumthérapie. (P. MEYJES. *Revue hebd. de laryngol.*, n° 6, p. 154, 11 fév. 1905.) — M. P. Meyjes, à la Société néerlandaise de laryngologie, cite trois cas de lupus traités par le radium, mais à ces observations manque le contrôle de l'examen histologique. Il semble ne pas y avoir eu de résultat bien net, cependant deux de ces cas d'ailleurs bénins paraissent avoir été améliorés par l'application d'un tube de 25 milligrammes de bromure de radium pendant environ deux mois, ces applications ont d'abord été quotidiennes de deux à dix minutes, puis deux fois par semaine de trente minutes. L'auteur constate que les applications longues et espacées donnent un résultat meilleur que celles plus courtes et plus rapprochées.

M. P. Meyjes relate aussi deux cas d'ozène dont la sécrétion a diminué après le traitement par le radium.

P. VIOLLET.

THÉRAPEUTIQUE

L'usage du véronal en thérapeutique. (*Gazz. degli osped. e delle clin.*, 4 déc. 1904, n° 145.) — Le véronal est un hypnotique qui tend à se répandre rapidement dans la pratique, quoique son apparition soit de date assez récente. CAVAZZONI qui l'a beaucoup expérimenté affirme que son action sédative est excellente dans les névroses et notamment dans l'hystérie; c'est un hypnotique d'effet très sûr dans toutes les formes d'insomnie. D'autre part il présente des avantages considérables sur les autres agents du même ordre en ce sens qu'il est absolument inoffensif, qu'il agit à doses moindres et que son prix de revient est peu élevé. Par contre il ne possède aucune action analgésique. A. GAULLIEUR L'HARDY.

FORMULAIRE

SIROP DE DENTITION

Stovaïne	0g10 centigr.
Teinture de safran	X gouttes.
Sirop	10 grammes.

En frictions sur les gencives plusieurs fois par jour.

(Gauran.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LOI MODIFIANT DIVERS ARTICLES DE LA LOI DU 9 AVRIL 1898 SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL (voir *Journal officiel*, 2 avril 1905). — « Art. 4. — Le chef d'entreprise supporte, en outre, les frais médicaux et pharmaceutiques et les frais funéraires. Ces derniers sont évalués à la somme de 100 francs au maximum.

La victime peut toujours faire choix elle-même de son médecin et de son pharmacien. Dans ce cas, le chef d'entreprise ne peut être tenu des frais médicaux et pharmaceutiques que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton où est survenu l'accident, conformément à un tarif qui sera établi par un arrêté du ministre du Commerce, après avis d'une commission spéciale comprenant des représentants de syndicats de médecins et de pharmaciens, de syndicats professionnels ouvriers et patronaux, de sociétés d'assurances contre les accidents du travail et de syndicats de garantie, et qui ne pourra être modifié qu'à intervalles de deux ans.

Le chef d'entreprise est seul tenu dans tous les cas, en outre des obligations contenues en l'article 3, des frais d'hospitalisation qui, tout compris, ne pourront dépasser le tarif établi pour l'application de l'article 24 de la loi du 15 juillet 1893 majoré de 50 p. 100, ni excéder jamais 4 francs par jour pour Paris, ou 3 fr. 50 partout ailleurs.

Les médecins et pharmaciens ou les établissements hospitaliers peuvent actionner directement le chef d'entreprise.

Au cours du traitement, le chef d'entreprise pourra désigner au juge de paix un médecin chargé de le renseigner sur l'état de la victime. Cette désignation, dûment visée par le juge de paix, donnera audit médecin accès hebdomadaire auprès de la victime en présence du médecin traitant, prévenu deux jours à l'avance par lettre recommandée.

Faute par la victime de se prêter à cette visite, le payement de l'indemnité journalière sera suspendu par décision du juge de paix, qui convoquera la victime par simple lettre recommandée.

Si le médecin certifie que la victime est en état de reprendre son travail et que celle-ci le conteste, le chef d'entreprise peut, lorsqu'il s'agit d'une incapacité temporaire, requérir du juge de paix une expertise médicale qui devra avoir lieu dans les cinq jours. »

« Art. 15. — .... Le juge de paix connaît des demandes relatives au payement des frais médicaux et pharmaceutiques jusqu'à 300 francs en dernier ressort et à quelque chiffre que ces demandes s'élèvent, à charge d'appel dans la quinzaine de la décision... »

« Art. 19. — .... Au cours des trois années pendant lesquelles peut s'exercer l'action en revision, le chef d'entreprise pourra désigner au président du tribunal un médecin chargé de le renseigner sur l'état de la victime.

Cette désignation, dûment visée par le président, donnera audit médecin accès trimestriel auprès de la victime. »

« Art. 30. — .... Est passible d'une amende de 16 à 300 francs et, en cas de récidive dans l'année de la condamnation, d'une amende de 500 francs à 2000 francs, sous réserve de l'application de l'article 463 du Code pénal : ... 3° toute personne qui, soit par menace de renvoi, soit par refus ou menace de refus des indemnités dues en vertu de la présente loi, aura porté atteinte ou tenté de porter atteinte au droit de la victime de choisir son médecin ; 4° tout médecin ayant, dans des certificats délivrés pour l'application de la présente loi, sciemment dénaturé les conséquences des accidents. »

La présente loi — en ce qui concerne les frais d'hospitalisation — n'entrera en vigueur que trente jours après sa promulgation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 10 au 15 avril 1905)

THÈSES

Mardi 11 avril 1905. — M. Haim. Contribution à l'étude du traitement des cystites, notamment des cystites tuberculeuses par les instillations d'huile goménolée. (MM. Guyon, président ; Berger, Pozzi et Schwartz.) — M. Dupont. De l'anesthésie par les mélanges titrés d'air et de chloroforme. (MM. Berger, président ; Guyon, Pozzi et Schwartz.) — M. Mauxion. Contribution à l'étude de l'épithélioma de la vulve. (MM. Pozzi, président ; Guyon, Berger et Schwartz.) — M. Combris. Coïncidence des fibromes avec le cancer du corps de l'utérus. (MM. Pozzi, président ; Guyon, Berger et Schwartz.)

Mercredi 12 avril 1905. — M. Miodet. Les formes chroniques du purpura hémorragique. [MM. Hayem, président ; Terrier, Blanchard et Broca (Aug.).] — M. Cresson. Sur le traitement des tuberculoses du genou chez l'enfant. [MM. Terrier, président ; Hayem, Blanchard et Broca (Aug.).] — M. Letourneur. Les hôtes habituels de nos appartements (chiens, chats, oiseaux), et du danger qu'ils présentent. [MM. Blanchard, président ; Hayem, Terrier et Broca (Aug.).] — M. Casalis. Le problème de la durée de la grossesse. (MM. Pinard, président ; Reclus, Mauclaire et Wallich.) — M. Faucheux. Fréquence et pronostic de l'application du forceps à la Clinique Baudelocque. (MM. Pinard, président ; Reclus, Mauclaire et Wallich.) — M. Bazalgette. Des grossesses tubaires méconnues. (MM. Reclus, président ; Pinard, Mauclaire et Wallich.) — M. Diel. De l'isthmectomie thyroïdienne comme traitement des goitres parenchymateux. (MM. Reclus, président ; Pinard, Mauclaire et Wallich.) — M. Miqueu-Rey. Contribution à l'histoire de la phtisie pulmonaire dans l'Inde ancienne, d'après l'Ayurveda de Suçruta. [MM. Landouzy, président ; Roger, Teissier et Labbé (Marcel).] — M. Rabutot. Hémorragies intestinales dans l'entérocolite muco-membraneuse chez les vieillards. [MM. Landouzy, président ; Roger, Teissier et Labbé (Marcel).] — M. Bourguet. Contribution à l'étude des épanchements chyleux de la cavité pleurale. [MM. Landouzy, président ; Roger, Teissier et Labbé (Marcel).]

Jeudi 13 avril 1905. — M. Lamoureux. Du fœticide. (MM. Brouardel, président ; Joffroy, Chantemesse et Langlois.) — M. Martin. Étude psychologique d'un cas de délire des grandeurs. (MM. Joffroy, président ; Brouardel, Chantemesse et Langlois.) — M. Clergier. La ponction lombaire chez les paralytiques généraux, sa valeur clinique, pronostique, thérapeutique, médico-légale. (MM. Joffroy, président ; Brouardel, Chantemesse et Langlois.) — M. Beaufils. Action des peintures murales sur les microbes. (MM. Chantemesse, président ; Brouardel, Joffroy et Langlois.) — M. Chiron. De la radioscopie du cœur et particulièrement de la mensuration de l'aire cardiaque à l'aide des rayons X. (MM. Cornil, président ; Raymond, Gilbert et Dupré.) — M. Baron. Le tabes supérieur et ses formes cliniques. (MM. Raymond, président ; Cornil, Gilbert et Dupré.) — M. Dreyfus-Rose. Du tonus et des réflexes dans les sections et les compressions supérieures de la moelle. (MM. Raymond, président ; Cornil, Gilbert et Dupré.) — M. Juillet. Contribution à l'étude des selles blanches chez les nourrissons. (MM. Gilbert, président ; Cornil, Raymond et Dupré.) — M. Rollin. Les tumeurs solides et primitives du vagin. (MM. Le Dentu, président ; Poirier, Bar et Marion.) — M. Etcheverry. Contribution à l'étude des kystes hématiques des reins. (MM. Le Dentu, président ; Poirier, Bar et Marion.) — M. Cocural. Des procédés de dédoublement dans le traitement des fistules vésico-vaginales. Essai sur leur valeur comparative. (MM. Le Dentu, président ; Poirier, Bar et Marion.)

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

HÉMIPLÉGIES

DÉFINITION. GÉNÉRALITÉS. — L'hémiplégie est l'abolition de la motilité volontaire dans une moitié du corps : face, membre supérieur, membre inférieur du même côté. Elle peut être *fonctionnelle* ou *organique*. Celle-là relève surtout de l'hystérie, celle-ci est toujours due à une lésion portant sur le faisceau pyramidal. Il existe donc deux variétés principales d'hémiplégie organique, une d'origine *cérébrale, croisée* par rapport à la lésion (décussation des fibres pyramidales), une d'origine *spinale, directe*. Fonctionnelle ou organique, l'hémiplégie peut frapper tout un côté du corps ou se localiser à un membre, ou même à certains groupes musculaires (*monoplégie*).

ÉTUDE CLINIQUE. — A. TROUBLES MOTEURS DU COTÉ HÉMIPLÉGIQUE. — Le type complet de l'hémiplégie, c'est l'hémiplégie par hémorragie cérébrale, dont l'évolution passe par *trois phases distinctes* :

Début (*phase préhémiplégique*). — Le début peut se caractériser : *a.* par un *ictus apoplectique* complet ou incomplet. *Complet*, il consiste en résolution musculaire totale, avec abolition des réflexes, incontinence des sphincters, stertor, perte absolue de connaissance, decubitus acutus (v. plus loin); *incomplet*, il se manifeste par un simple étourdissement avec chute, la connaissance étant plus ou moins conservée ; *b.* par des *contractures* et des *convulsions*, indiquant, les premières une violente irritation du cortex, les secondes une inondation ventriculaire.

Etat (*hémiplégie flasque*). — La paralysie flasque est complète ou incomplète.

a. FACE. — α. *Facial inférieur.* — Toute une moitié de la face est paralysée ; sur cette moitié, qui paraît reportée en avant, les sillons et les rides sont effacés, la joue plus pleine. La commissure labiale est tirée du côté sain, plus élevée que du côté malade. Du côté paralysé, au contraire, les lèvres sont entr'ouvertes (*bouche en point d'exclamation*, Charcot). Le bout du nez est parfois dévié du côté sain ; la narine correspondante au côté malade ne se gonfle plus dans les grandes inspirations. L'asymétrie faciale s'exagère encore lorsque le malade parle, rit ou pleure.

La langue paraît normale, mais le malade vient-il à la sortir de la bouche, elle se dévie du côté paralysé (action du génioglosse); le voile du palais subit quelquefois un affaissement unilatéral, la luette se dévie du côté sain sous l'influence du palato-staphylin resté intact.

Ces différentes paralysies entraînent des troubles de la succion, de la mastication ; les aliments s'accumulent dans le sillon gingivo-labial, de la déglutition, de la phonation (labiales), de la respiration ; la joue se soulève à chaque expiration (*le malade fume sa pipe*), fait dû à la paralysie du buccinateur. Enfin, pour la même raison, les malades ne peuvent siffler.

β. *Facial supérieur.* — 1. D'après une théorie longtemps classique, le facial supérieur (frontal, orbiculaire et sourcilier) est intact dans les hémiplégies faciales d'origine centrale, ce que l'on a attribué au trajet spécial, suivi par les fibres de ce nerf; 2. Pour Pugliesi et Mills, Déjerine et Mirallié, au contraire, il est toujours pris, mais moins que le facial supérieur ; du côté paralysé, les rides du front s'effacent un peu, la courbe du sourcil s'atténue, la fente palpébrale paraît plus large que du côté sain (1); les mouvements du sourcil sont difficiles, la tonicité du sourcilier diminuée (v. Déjerine, *Traité de pathologie générale*, t. V, p. 474).

(1) Plus tard elle devient au contraire plus étroite, soit que l'orbiculaire se contracture, soit que le releveur perde de sa tonicité (Mirallié).

Il existe souvent de la *déviation conjuguée de la tête et des yeux*, Vulpian et Prévost). Pour Landouzy et Grasset, dans les cas d'une lésion hémisphérique telle qu'une hémorragie cérébrale, le malade regarde ses membres convulsés, s'il y a excitation, et sa lésion s'il y a paralysie. Pour les lésions du mésocéphale, c'est l'inverse (1).

b. Membres. — Les membres sont flasques, privés de mouvements volontaires ; les soulève-t-on, ils retombent lourdement sur le plan du lit.

c. Tronc. — Les muscles du cou, du dos et de l'abdomen sont atteints, mais légèrement, parce que ce sont des muscles à action synergique.

d. Yeux et larynx. — Les muscles des yeux et du larynx sont très généralement intacts (exceptions : cas de Garel, Déjerine, Bonzio).

e. Vessie et rectum. — La rétention des matières et des urines est fréquente.

Durée. — Cette période d'hémiplégie flasque peut persister indéfiniment, fait exceptionnel (Bouchard) : le plus souvent, au bout d'un temps variant de quelques semaines à trois mois, la paraplégie flasque disparaît pour faire place à la paralysie avec contracture.

3° Période de contracture. — La contracture s'établit lentement et progressivement. Annoncée par l'exagération des réflexes tendineux du côté paralysé, elle est d'abord latente, ne se révélant qu'à certaines occasions (émotions, mouvements volontaires, absorption de médicaments convulsivants) ; puis, elle finit par être permanente. Variables d'un moment à l'autre, elles sont surtout accusées aux membres supérieurs, et plus à leur périphérie qu'à leur racine ; le chloroforme ne les supprime pas complètement.

Exceptionnellement, la contracture peut être précoce, apparaissant en même temps que la paralysie, ou quelques jours après.

a. Face. — La contracture des muscles de la face se traduit par une déviation des traits du côté atteint. Très rare, elle respecte habituellement le facial supérieur.

b. Membres supérieurs. — Deux types principaux. α. *Type de flexion*. L'épaule est plus élevée que du côté sain, le bras accolé au corps, en adduction forcée avec rotation en dedans, l'avant-bras en flexion sur le bras, la main sur l'avant-bras, les doigts fortement fermés dans la paume (*poing fermé des hémiplégiques*). β. *Type d'extension.* Les doigts sont encore fléchis sur la main et la main sur l'avant-bras, mais l'avant-bras est en extension sur le bras.

Les mouvements actifs sont très pénibles et très limités.

c. Membres inférieurs. — On n'y observe guère que le *type d'extension.* La cuisse est en extension sur le bassin, la jambe sur la cuisse, le pied sur la jambe, seuls les orteils sont fléchis en crochet sous la plante.

La paralysie et la contracture y sont beaucoup moins accusées qu'aux membres supérieurs : « Tout hémiplégique, arrivé à la période de contracture, peut marcher. » (Déjerine, *loco citato.*) En marchant, le malade ne fléchit ni les genoux, ni le cou-de-pied. Il ne peut porter en avant son membre inférieur (qu'allonge l'équinisme), qu'en lui faisant décrire un arc de cercle : le malade marche en *fauchant* (Todd), le pied rasant le sol par sa pointe et par son bord interne.

L'équinisme est-il très marqué, le malade ne fauche plus, mais marche à petits pas en avançant son pied malade, qui frotte le sol par sa pointe puis, au moment de l'arrêt, s'appuie sur le sol d'abord par la pointe, et ensuite par le talon. Le pied sain est ensuite ramené d'arrière en avant jusqu'au niveau du pied malade (v. Déjerine, *loco citato*). (*A suivre.*)

(1) Pour la pathogénie, v. Grasset, *Les centres nerveux*, p. 374.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 41. — SAMEDI 8 AVRIL 1905. 78e ANNÉE. SAMEDI 8 AVRIL 1905. — N° 41.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
La maladie de Quincke, œdème aigu angioneurotique, par MM. Ch. Armand et Fr. Sarvonat.
FORMULAIRE
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FERMETURE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE. — A la suite des incidents qui se sont produits ces jours derniers, le Doyen vient d'adresser la communication suivante à MM. les professeurs et agrégés :

« Paris, 6 avril.

Mon cher collègue, je reçois de M. le recteur la lettre suivante :

« J'ai l'honneur de vous informer que par décision de ce jour, M. le ministre de l'Instruction publique a prononcé, conformément à l'avis du conseil de l'Université et par application de l'article 40 du décret du 21 juillet 1897, la fermeture de la Faculté de médecine jusqu'au congé de Pâques. Aux termes des règlements, pendant la durée de la fermeture, les actes de la Faculté, cours, conférences et travaux pratiques sont suspendus. » *Signé* : Debove. »

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de médecine.* — *Admission.* — Le jury définitif est composé de MM. Dalché, Souques, Babinski, Boulloche, Brocq, Tapret, Dupré, Faisans et Th. Anger.

Concours pour trois places de chirurgien des hôpitaux. — Epreuve écrite. Lecture des copies :

Séance du 5 avril 1905. — MM. Fredet, 22; Veau, 24; Schwartz, 24.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Oran. — M. le docteur Glatard est nommé médecin traitant de l'hôpital d'Oran, en remplacement de M. Lescure, décédé.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Alger. — Après concours, M. Pélissard est nommé chef de clinique obstétricale.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — La médaille d'honneur en argent des épidémies est décernée à MM. les docteurs Calmette (de Beyrouth), Néjib-Daieh (d'Ehden), Kaouly (de Tripoli), et à M. Saadé, pharmacien à Ehden.

La médaille de bronze est décernée à : MM. les docteurs Lochon (de Thonon), Olive (de Paris), Antoun effendi Khouri (d'Ehden); M. Coqueret, externe à l'hôpital Boucicaut; M. Dumesnil, interne des hôpitaux de Rouen, et à Mmes Bleuzé et Guilloux, infirmières à Paris.

LA CHAIRE DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET L'ÉCOLE DE LA MATERNITÉ. — Le 14 novembre dernier, M. Villejean avait présenté à la Chambre des députés un projet de résolution invitant le gouvernemeut à prévoir dans le budget de 1906 un crédit suffisant pour créer, à la Faculté de médecine de Paris, une chaire spéciale d'enseignement clinique d'accouchements destiné aux sages-femmes.

Mercredi dernier, au Sénat, M. Léon Labbé, à l'occasion de la discussion du budget du ministère de l'Intérieur, a posé une question à ce sujet à M. le ministre de l'Intérieur.

Ému par l'exposé de M. Villejean qui, dit-il, « n'est pas autre chose qu'un véritable réquisitoire contre l'École d'accouchements de la Maternité de Paris, » M. Léon Labbé a défendu vigoureusement à la tribune cette organisation qui a rendu jusqu'ici de si grands services.

Le ministre de l'Intérieur, en lui répondant, a associé le Gouvernement aux éloges adressés par M. Léon Labbé à l'École de la Maternité.

« Le Gouvernement, a-t-il ajouté, n'a nullement l'intention de procéder à la suppression de cette école qui a rendu tant de services et qui en rendra tant encore dans l'avenir. Je me hâte d'ajouter que si le ministre de l'Instruction publique juge bon de déposer un projet de loi tendant à créer une chaire de clinique d'accouchements, il appartiendra aux deux Chambres de statuer. »

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA TUBERCULOSE. — Le *Journal officiel* publie une loi ouvrant au ministère de l'Intérieur un crédit extraordinaire de 100 000 francs pour subvention au Congrès international de la tuberculose, qui se réunira à Paris au mois d'octobre 1905.

MINISTÈRE DES COLONIES. — Il est créé en Afrique occidentale française un service d'assistance médicale indigène, assuré par des médecins de l'armée coloniale hors cadres ou des médecins civils, munis du brevet spécial des Instituts de médecine coloniale (Paris, Marseille, Bordeaux) ou présentant des garanties équivalentes.

Les engagements sont de cinq ans, la solde annuelle de 10 000 francs, plus une allocation de 2 000 francs par an pour frais de déplacements.

REVUE GÉNÉRALE

LA MALADIE DE QUINCKE

ŒDÈME AIGU ANGIONEUROTIQUE

Par MM. Ch. ARMAND et Fr. SARVONAT,
Internes des hôpitaux de Lyon.

I

Huxham (1), Stoll (2), Stolpertus, au XVIIIe siècle, Graves en 1848, Lewin et Cuntz (3), Thomas Watson ont les premiers décrit des accidents que l'on rangerait aujourd'hui sous le nom de maladie de Quincke. Mais ce ne furent que Quincke (4) et son élève Dinkelacker (5) qui firent un faisceau de ces observations éparses et qui élevèrent cet ensemble symptomatique à la hauteur d'une entité morbide et la firent entrer dans la pathologie. La description de Quincke renferme en quelques lignes les caractères essentiels de la maladie et elle en constitue une véritable définition : « Dans la peau et dans le tissu cellulaire sous-cutané, apparaissent en certains points des tuméfactions œdémateuses de deux à dix centimètres de diamètre. Les extrémités sont atteintes de préférence, surtout au voisinage des articulations, mais la face et le tronc peuvent être également frappés. Ces tuméfactions ne semblent pas nettement limitées; la coloration de la peau n'est pas sensiblement modifiée; quelquefois elle est un peu pâle ou un peu rouge. Il y a un peu de tension et de prurit. Les muqueuses peuvent être également frappées : les lèvres, le voile du palais, le pharynx, le larynx, l'estomac et l'intestin. Ces tuméfactions apparaissent et disparaissent rapidement, en quelques heures, au plus en quelques jours, mais récidivent très souvent. L'état général est peu ou pas troublé. La maladie semble voisine de l'urticaire. »

Quincke avait ainsi reconnu les caractères majeurs de l'affection : la mobilité des phénomènes morbides, leur indolence à peu près absolue, leur rapidité d'évolution et aussi leur parenté nosographique avec l'urticaire.

Depuis les travaux de Quincke, la question a été à l'étude; les observations se sont multipliées et les auteurs se sont efforcés de chercher une pathogénie de ces phénomènes. Nous ne retiendrons parmi leurs noms que les principaux d'entre eux : Bœrner (6), Joseph (7) publièrent des cas intéressants : Strübing (8) décrivit avec soin les accidents viscéraux et surtout laryngés que Quincke avait déjà entrevus. Rapin (9), Bengué (10), Le Calvé (11) et Crépin (12) décrivirent la maladie en France, mais en se rattachant les uns et les autres à des idées théoriques diverses. Plus récemment Schlesinger (1) en Allemagne lui consacra différents travaux en 1898-99. Collins (2) en Amérique, en 1892, fit de la maladie une étude générale et parvint à en rassembler 75 cas.

(1) Huxham. *Ratio medendi in nosocomio practico Vendobonensi*, Vienne 1772.
(2) Stoll. *De aere et morbis epidemicis observationes annorum* 1727-1730, Londres 1752, cité par Ferrand.
(3) Lewin et Cuntz. *Nor. med. Arch.*, 1874, t. VII, p. 16.
(4) Quincke. Ueber acutes umschriebenes Œdem, *Monats. f. prakt. Dermatol.*, 1882.
(5) Dinkelacker. *Veber acutes OEdem*, in Diss. Kiel, 1887.
(6) Bœrner. *Volkmans Hefte*, nº 312.
(7) Joseph. *Berl. klin. Wochens.*, 1890.
(8) Strubing. *Zeitschrift f. klin. Med.*, 1885.
(9) Rapin. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1886.
(10) Bengué. Th. de Paris, 1891.
(11) Le Calvé. Th. de Paris, 1901.
(12) Crépin. Th. de Paris, 1902.

II

La symptomatologie de cette maladie est excessivement complexe, polymorphe et variable : certains cas consistent simplement en un œdème localisé, superficiel et fugace; d'autres s'accompagnent de retentissement sur les organes internes : estomac, larynx, avec un cortège symptomatique d'une gravité telle qu'il peut entraîner la mort du malade. Pour mettre quelque ordre dans cette description, nous envisagerons successivement les sympômes cutanés, les symptômes de localisation du côté des organes profonds et enfin les symptômes sans localisation nette soit du côté du système nerveux soit du côté de l'appareil urinaire et dont la pathogénie demeure encore obscure.

Du coté de la peau, la maladie de Quincke est caractérisée essentiellement par les éléments éruptifs qu'avait décrits cet auteur. Ce sont des tuméfactions localisées de dimensions variables, de consistance élastique, résistantes au doigt, de coloration identique à celle des téguments normaux, ou un peu plus pâles ; ces nodules évoluent rapidement, en quelques heures, au plus quelques jours; ils ne s'accompagnent ni de douleur ni de prurit, à peine d'une légère tension subjective. Dans un cas [Forssberg (3)], l'éruption était suivie de l'apparition de vésicules sur les parties atteintes.

Les dimensions des éléments sont très variables. Quincke leur attribue de 2 à 10 centimètres. Favier (4) en a vu de 15 centimètres, Kirsch (5) a vu dans un cas des nodules d'abord distincts se fusionner pour donner naissance à une plaque grande comme la paume de la main. Les tuméfactions sont un peu surélevées par rapport au niveau de la peau, généralement de quelques millimètres. Ce n'est qu'exceptionnellement, au scrotum en particulier, qu'on observe une tuméfaction énorme (cas de Rapin). Le plus souvent ces nodules sont nettement limités, quoique Küssnev (6), Strübing (7), Courtois-Suffit (8) aient vu la transition se faire insensiblement. Enfin la consistance de ces tumeurs est généralement assez ferme. Milton (9) la compare à celle du biceps moyennement contracté, et la plupart des auteurs décrivent cet œdème comme ne gardant pas l'empreinte du doigt.

Un autre caractère de la maladie de Quincke, c'est qu'elle ne s'accompagne pas de rougeur des tégu-

(1) Schlesinger. *Centralbl. f. die Grenzgebite zur med. Chir.*, 1898.
(2) Collins. *American J. of med. Sc.*, 1892.
(3) Forssberg. *Hygiea*, janv. 1892.
(4) Favier. *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, 1892, p. 507.
(5) Kirsch. Th. de Greifswald, 1889.
(6) Kussnev. *Berl. klin. Wochens.*, 1889, nº 16.
(7) Strubing. *Zeitsch. f. klin. Med.*, 1885, p. 381.
(8) Courtois-Suffit. *Ann. de dermatol.*, 1889, nº 17.
(9) Milton. *Edinb. med. Journ.*, 1876, p. 513.

ments. Presque toujours la peau est pâle, décolorée, d'une blancheur de cire dans quelques cas. Exceptionnellement, Milton, Kirsch, Hallopeau (1) ont vu la peau plus ou moins rouge; Dinkelacker dans un cas a vu le pénis devenir progressivement gros et rouge. De même l'officier supérieur dont Salle (2) raconte l'histoire, voyait son pénis atteindre un diamètre de cinq centimètres.

En règle générale, la maladie de Quincke ne s'accompagne d'aucun symptôme subjectif. C'est le plus souvent par hasard que le malade découvre son existence. Cependant la tension des téguments, le prurit se font quelquefois sentir avec plus ou moins d'intensité : c'est ce qui avait lieu dans les cas de Mortons (3), Rapin (4), Napier (5), Kirsch (6); Strebel (7) a noté une sensation de fourmillement assez douloureuse. Lowett (8) a observé un malade chez qui le prurit était très intense. Il est plus fréquent d'observer une sensation d'engourdissement qui se développe dès que la tuméfaction atteint un certain volume : c'est le « wooden feeling » des auteurs américains; plus exceptionnellement les douleurs deviennent très vives [cas de Du Castel (9)].

Un troisième caractère de la maladie de Quincke, c'est la rapidité de son évolution; en quelques heures, même en quelques minutes, s'établissent les lésions : elles persistent avec quelques oscillations pendant plusieurs heures, puis disparaissent rapidement sans laisser aucune trace. Dans les cas où l'on a vu persister un certain degré de relâchement [Riehl (10)], ou d'épaississement [Deschamps (11), Follet (12)] de la peau, on peut se demander s'il s'agit véritablement de maladie de Quincke.

Quelquefois aux manifestations œdémateuses s'associent des accidents hémorragiques. Schlesinger, Ormerod (13), Strübing (14), Jamieson (15) ont vu se produire de petits épanchements sanguins sous-cutanés; dans d'autres cas, il s'agissait de véritable purpura; enfin Küstner (16) a observé des hémorragies, soit par le nez, soit par les voies respiratoires.

La répartition des œdèmes dans la maladie de Quincke est excessivement variable : il n'est pas de partie du corps qui en soit exempte. Le visage est peut-être un peu plus souvent atteint que le reste du corps, particulièrement au niveau des joues, des lèvres et surtout des paupières [Courtois-Suffit (17)]. La statistique de Collins (18) aboutit aux mêmes conclusions : sur 71 cas, la maladie a débuté 29 fois à la face, 22 aux extrémités, 5 au larynx, 3 au niveau des organes génitaux, 6 sur le tronc, 1 dans la bouche, 3 dans l'estomac, 1 sur le cou, et 1 derrière l'oreille. Parmi les cas qui ont débuté à la face, 3 étaient localisés au front, 3 sur les paupières, 7 sur les lèvres et le reste sur les autres parties de la face.

Parmi les extrémités, dans les cas observés par Collins, c'étaient les mains qui étaient atteintes presque toujours en premier lieu. Une telle statistique montre bien la prédilection de la maladie de Quincke pour les parties découvertes, et nous verrons que cette localisation s'explique vraisemblablement par l'action du froid. La répartition est rarement symétrique. Bregmann (1), Legendre (2), Widowitz (3) sont à peu près les seuls à avoir observé une symétrie parfaite. Bancke (4), dans deux cas, a observé une répartition unilatérale du côté droit.

La localisation de l'œdème peut donner naissance à des troubles fonctionnels plus ou moins marqués. La tuméfaction des paupières ou des lèvres peut gêner le fonctionnement de ces organes; de même celle du scrotum; les œdèmes des mains peuvent entraver quelque temps l'usage des doigts. Il est juste cependant de reconnaître qu'en raison de la fugacité des œdèmes, les troubles fonctionnels, au moins pour les organes externes, sont généralement négligeables.

A côté de ces troubles cutanés, il existe, avons-nous dit, des phénomènes du côté des muqueuses; parmi ces localisations nous distinguerons deux groupes que la clinique nous oblige à établir : dans le premier, nous rangerons toutes les manifestations qui atteignent le pourtour des orifices naturels et en parculier la cavité bucco-pharyngienne; dans le second nous ferons rentrer les manifestations broncho-pulmonaires et gastro-intestinales que l'examen direct est impuissant à percevoir.

Du côté de la pituitaire et de la conjonctive, on a observé parfois des manifestations œdémateuses qui par leur périodicité et leur alternance avec les œdèmes cutanés semblent bien se rattacher à la maladie de Quincke. Cuntz (5), Colleville (6), ont vu du chémosis : Widowitz (7) a vu évoluer des accès d'enrouement avec obstruction nasale, otalgie, hyperréaction lacrymale et salivaire; le tout durant à peine quelques minutes.

Dans la bouche, la muqueuse des joues peut être atteinte [cas de Higier (8), Mumford (9)], d'autres fois ce sont les gencives [cas de Bœrner (10)], mais c'est surtout la langue qui est le siège de l'affection. Rapin en a vu deux cas, Joseph, Wills et Cowper (11), Dinkelacker en ont observé d'autres. Du reste, toute la muqueuse pharyngée, la luette, les piliers, les amygdales, peuvent être le siège de l'affection. Dans ces cas, les symptômes sont naturellement très va-

(1) Hallopeau. *Ann. de dermatol.*, 1891, p. 320.
(2) Salle. *Journ. de méd et chir. mat.*, 1885.
(3) Mortons. *New York med. Journ.*, 1897, p. 450.
(4) Rapin. Loc. cit.
(5) Napier. *Glasgow med. Journ.*, 1899, p. 310.
(6) Kirsch. Loc. cit.
(7) Srebel. In Diss. Wurtzbourg, 1893.
(8) Lowett. *Boston Journ.*, oct. 1896.
(9) Du Castel. *Ann. de dermatol.*, 1899.
(10) Riehl. *Wiener med. Presse*, 1888.
(11) Deschamp. *Clin. ophtalmol.*, août 1898.
(12) Follet. Th. de Paris, 1895.
(13) Ormerod. *Transaction of the ophtalmol. Soc.*, t. VII, p. 101.
(14) Strubing. Loc. cit.
(15) Jamieson. *Edinb. med Journ.*, 1883, t. I, p. 1090.
(16) Kustnev. *Berliner klin. Wochens.*, 1889, nº 16.
(17) Courtois-Suffit. *Ann. de dermatol.*, 1889, nº 11.
(18) Collins. *Intern. Journ. of the med. Sc.*, 1892, t. CIV, p. 654.

(1) Bregmann. *Wien. med. Wochens.*, 1895, p. 1894.
(2) Legendre. *Ann. de dermatol.*, 1893, p. 779.
(3) Widowitz. *Jahrb. f. Kunderheilk.*, t. XXV, p. 252.
(4) Bancke. *Berl. klin. Wochens.*, 1891, p. 114.
(5) Cuntz. *Arch. fur Heilkund*, 1874, p. 63.
(6) Colleville. Th. de Paris, 1883.
(7) Widowitz. Loc. cit.
(8) Higier. *Petersbourg med. Yorch.*, 1894, p. 443.
(9) Mumford. *Boston Journal*, 1891, p. 235.
(10) Bœrner. *Volkmans Samchung*, 1888, nº 312.
(11) Wills et Cowper. *Brain*, 1893, p. 382.

riables, suivant la localisation : c'est un peu de gêne fonctionnelle, ce sont aussi des déformations directement perceptibles.

Garel et Bonamour (1) ont étudié la localisation laryngée de la maladie de Quincke. Entrevue par Quincke, observée par Strübing (2), Collins, Joseph, cette forme semble être relativement fréquente. Landgraf (3) l'observait 5 fois sur 17 maladies de Quincke; Garel et Bonamour en rassemblaient 25 observations.

Après quelques vagues prodromes, la dyspnée prend rapidement une allure dramatique; l'aphonie est parfois complète, mais au bout de quelques heures tout rentre dans l'ordre, si le malade n'a pas succombé à l'asphyxie. L'examen laryngoscopique montre un œdème séreux, tremblotant, non transparent, prédominant sur les replis aryténo-épiglottiques. On peut observer en même temps les symptômes cutanés, gastro-intestinaux ou généraux de la maladie de Quincke. L'autopsie a montré à Griffiths (4) et à Le Calvé (5) un œdème inflammatoire de la muqueuse avec diapédèse dans l'épithélium et œdème des couches profondes.

Quand la maladie de Quincke cause la mort, c'est presque toujours par ses localisations laryngées : Mendel (6) a observé une famille dont 9 membres sur 12 étaient sujets à cette maladie et dont 6 moururent d'asphyxie. Sträussler (7), Vervaeck (8) ont publié d'autres cas d'œdème laryngé mortel de ce genre.

Le malade de Le Calvé (9), un des malades d'Apert (10) n'ont échappé à la mort que grâce à la trachéotomie.

Les localisations bronchiques [Delbrel (11), Schlesinger, Wright (12)], l'œdème pulmonaire (Jamieson) n'ont été rencontrés que dans des observations incomplètes et dont la place nosographique reste bien discutable.

Dans un tiers des cas (Collins), la maladie s'accompagne un jour ou l'autre de manifestations gastro-intestinales. C'est d'abord une sensation de tension épigastrique avec perte de l'appétit et constipation; puis des douleurs parfois assez vives pour exiger l'emploi de la morphine [cas de Osler (13)]. Les vomissements d'abord alimentaires deviennent aqueux et bilieux. Dans un cas de Strübing, ils renfermaient du mucus, quelques cellules épithéliales, 0,81 p. 1000 d'HCl. Les vomissements se répètent incessamment pendant les quelques heures que dure l'accès : c'est en somme un tableau qui rappelle assez celui des crises gastriques du tabes. La crise gastrique se termine assez souvent par des symptômes intestinaux : coliques, météorisme, diarrhée; comme conséquence, la soif devient vive, la quantité d'urines diminue et le malade après l'accès reste considérablement épuisé.

Les différentes localisations sur la peau, sur la cavité pharyngienne, sur l'estomac sont tantôt consécutives au cours d'un même accès, tantôt simultanées, c'est ce qui arriva dans un cas de Jeanneret et Quincke (1), il s'agissait d'un jeune mécanicien qui avait des attaques périodiques, le vendredi, le samedi et le dimanche jusqu'à l'âge de sept ans; les accès étaient purement gastro-intestinaux. Entre sept et quatorze ans, il fut absolument indemne; puis il commença à avoir des accidents cutanés; plus tard s'y ajoutèrent des lésions laryngées, avec dyspepsie et cyanose extrêmes.

Schlesinger a décrit sous le nom d'*hydrops hypostrophos tendovaginorum et articulorum* une tuméfaction passagère des articulations et des gaines tendineuses qu'il rapproche de la maladie de Quincke. Il en distingue une forme symptomatique, précurseur d'une arthropathie plus ou moins grave, et une forme idiopathique, véritable angioneurose, associée aux autres manifestations de la maladie de Quincke, survenant chez des malades jeunes, atteints de tares nerveuses. Sans cause apparente, les jointures se tuméfient, deviennent parfois un peu rouges et douloureuses, puis tout se dissipe au bout de quelques jours, mais pour récidiver très facilement. Cette affection s'accompagne fréquemment de phénomènes nerveux : tachycardie, exophtalmie, accès syncopaux, polyurie, etc. Weiss (2) l'a vue associée à la maladie de Raynaud, Chvosteck (3) à l'acromégalie.

Parmi les symptômes cérébraux, nous signalerons principalement la céphalée, la somnolence, les convulsions cloniques et toniques généralisées [Ullmann (4)], quelquefois des troubles psychiques survenant au moment des accès (Joseph, Dinkelacker, Schlesinger). L'origine de ces symptômes est du reste très obscure. Ullmann, Strübing auraient tendance à les attribuer à une méningite séreuse analogue pour eux aux épanchements articulaires et aux tuméfactions sous-cutanées.

Les symptômes cardiaques sont assez rares. Seibert (5), Schlesinger, Solis Cohen (6) ont observé de la tachycardie paroxystique, Müller (7) la dilatation du cœur.

Plus intéressants au point de vue pathogénique sont les symptômes urinaires, l'oligurie, la polyurie, parfois l'albuminurie [Higier, Ricochon (8), Garel et Bonamour (9)] ou l'association avec l'hémoglobinurie [Joseph, Roques (10), Wende (11)].

Les symptômes généraux passent généralement au second plan, ils sont ou absents ou négligeables, tel est du moins l'avis de la plupart des auteurs. Mais Le Calvé fait remarquer que toutes les fois

(1) GAREL et BONAMOUR. *Ann. des mal. de l'oreille*, XXIX, p. 1.
(2) STRUBING. *Zeits. f. klin. Med.*, 1885, p. 381.
(3) LANDGRAF. *Verhandl. d. laryng. Gesellsch.*, Berlin, VI, p. 8.
(4) GRIFFITHS. *Brit. med. Journ.*, 1902, I, p. 1470.
(5) LE CALVÉ. Th. de Paris, 1902.
(6) MENDEL. *Berl. klin. Woch.*, 1902, nº 48.
(7) STRÆUSSLER. *Prag. med. Woch.*, 12 nov. 1903.
(8) VERVAECK. *Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, 1903, p. 545.
(9) LE CALVÉ. Loc. cit.
(10) APERT. Soc. méd. des hôpit. de Paris, 3 novembre 1904.
(11) DELBREL. *Journ. de méd.*, juillet 1896.
(12) WRIGHT. *Brit. med. Journ.*, 1896, t. II, p. 750.
(13) OSLER. *Amer. Journ.*, 1888.

(1) JEANNERET et QUINCKE. Cités d'après Collins.
(2) WEISS. *Mitteil. aus. der Greng. der Med. und Chir.*, p. 441.
(3) CHVOSTECK. *Wien. klin. Woch.*, novembre 1899.
(4) ULLMANN. *Arch. f. Schiff und Troppenhygien*, 1899, t. III, p. 176.
(5) SEIBERT. *New York med. Record*, janvier 1885.
(6) SOLIS COHEN. *Amer. Journ. of med. Sc.*, 1894, t. CVII, p. 130.
(7) MULLER. *Correspond.-Blatt f. Schweizer Œrtze*, 1892, p. 412.
(8) RICOCHON. *Semaine méd.*, 1895.
(9) GAREL et BONAMOUR. Loc. cit.
(10) ROQUES. Soc. méd. des hôpit. de Paris, février 1898.
(11) WENDE. *Journ. of cut. and gen. ur. dis.*, 1899, p. 178.

qu'on a pris la peine de la chercher, il existait une légère élévation thermique. Quincke, Rapin ont trouvé dans plusieurs cas 38 degrés. Le malade de Garel et Bonamour avait 38°5 cinq heures après le début de l'accès, 37°7 vingt-quatre heures après et, comme le disent ces auteurs, c'est peut-être la courte durée de cette fièvre qui a fait qu'elle a échappé à beaucoup d'observateurs.

III

Évolution. — Nous venons de voir quelles sont les particularités que présentent les différents symptômes de la maladie de Quincke. Reste à savoir comment se groupent ces divers phénomènes, quelle est l'évolution de l'affection, quelles en sont les terminaisons.

Généralement il n'y a aucun prodrome : très brusquement, à la suite d'une intoxication digestive, sous l'influence du froid, au cours d'une affection nerveuse, ou même sans cause occasionnelle, le malade s'aperçoit de la présence de quelques tuméfactions cutanées; chacune d'elles évolue en quelques heures, rarement quelques jours, quatre semaines dans un cas de Lowet (1); puis, avant même que ces tuméfactions aient disparu, on en voit apparaître de nouvelles sur d'autres points du corps. Rarement l'extension se fait par voie continue [cas de Brown (2), Stephen (3)]. Les manifestations viscérales et muqueuses s'associent aux symptômes cutanés sans aucune régularité : elles peuvent apparaître dans certains accès, manquer dans d'autres et exister même séparément. L'observation de Jeanneret et Quincke, que nous avons citée plus haut, nous en fournit un exemple bien typique.

La durée de l'accès est le plus souvent très courte : tout rentre dans l'ordre jusqu'à ce qu'apparaisse un nouvel accès. On les a vus se succéder pendant vingt-cinq ans [Sallès (4)], trente-cinq ans (Wright), même cinquante et un ans [Yaran (5)]. Leur fréquence est du reste excessivement variable : Sallès en avait vu quatre en vingt-cinq ans, Bœrner et beaucoup d'autres auteurs les ont vu reparaître à chaque époque menstruelle; Riehl en a vu quatre en quatorze jours; Milton un par semaine; Fuchs tous les deux jours; Higier, Hallopeau, Joseph tous les jours. Un caractère important, c'est cette récidive à peu près fatale tant que dure la vie : pour Apert, ce serait un des caractères importants de la maladie, affection chronique à manifestations aiguës.

IV

Pronostic. — Nous avons peu de choses à dire sur le pronostic : cette affection menace rarement la vie du malade, sauf dans les cas d'œdème laryngé. Les crises gastro-intestinales sont plus effrayantes que dangereuses. Quant aux manifestations cutanées, elles sont généralement assez fugaces et assez indolores pour ne constituer qu'une infirmité légère. Du reste, l'affection tout entière semble s'atténuer à mesure que l'âge avance. D'autres fois, les accès se répètent pendant la vie entière avec des rémissions parfois de plusieurs années [Loiman (1)], mais jamais, en dehors des cas laryngés, ils ne semblent avoir abrégé la vie du malade.

(1) Lowet. *Boston med. Journ.*, 1890, p. 409.
(2) Brown. *Brit. med. Journ.*, 1897, t. II, p. 803.
(3) Stephen. *Idem*, p. 827.
(4) Sallès. *Med. News*, 1896, p. 238.
(5) Yaran. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, nov. 1885.

V

Étiologie. — L'œdème aigu angioneurotique est loin d'être une affection rare, il en existe près de 200 observations dans la littérature médicale. Il serait deux fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme, d'après Collins; d'après Roth, le sexe féminin serait plus prédisposé; Collins ajoute que la plupart des cas rencontrés chez la femme sont dus à des auteurs américains, ce qu'il attribue à la fréquence plus grande des maladies nerveuses au Nouveau-Monde. L'âge moyen de la vie semble plus exposé : d'après le même auteur, c'est autour de vingt-sept ans que l'affection se montrerait avec le plus de fréquence. Cependant, Dinkelaker, Crozer, Griffiths (2), Widowitz (3), Goltz (4) en ont rapporté quelques cas dans la première année et même dans les premiers mois de la vie. Apert, dans une série de cas familiaux, en cite deux au-dessous de sept ans. La profession semble exercer son influence à un double point de vue : tantôt elle exige l'exposition au froid, tantôt elle provoque le surmenage intellectuel : un des malades de Collins était un médecin chez lequel les accidents apparaissaient toutes les fois qu'il se surmenait. Plusieurs autres cas concernent des médecins, et nous-même avons eu l'occasion d'en observer un cas typique chez un de nos maîtres. D'autres fois elle agit en créant une prédisposition locale : le malade de Garel et Bonnamour, qui eut de l'œdème laryngé, était crieur aux Halles et exposé au froid.

L'hérédité, qui fut pour la première fois signalée par Valentin (5), est un caractère frappant de cette affection : elle peut atteindre trois générations (Ricochon), quatre (Schlesinger), cinq même (Osler). Comme exemples, nous nous bornerons à rapporter les cas familiaux d'Osler (6), d'Apert et Delille (7), de Mendel (8). [Voir page suivante, 1re colonne.)

D'autres fois l'hérédité s'accuse d'une façon indirecte : c'est la migraine, l'épilepsie, la paralysie générale, la chorée que l'on retrouve dans la famille du malade.

Très souvent l'état antérieur du sujet était parfait; dans les antécédents on relève peut-être avec une fréquence un peu grande, la présence d'accidents rhumatismaux. Jamieson (9), Seibert (10) ont vu les manifestations rhumatoïdes coïncider ou alterner avec l'œdème.

Les malades de Kussner (11), de Strebel (12) avaient

(1) Loiman. *Wien. med. Wochens.*, 1888.
(2) Griffiths. *Med. News*, 1897, t. II, p. 428.
(3) Widowitz. *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1889.
(4) Goltz. *Deuts. med. Wochens.*, 1897.
(5) Valentin. *Berl. klin. Wochens.*, 1885, n° 10, p. 150.
(6) Osler. *Internat. Journ. of med. Sc.*, 1888.
(7) Apert et Delille. Soc. méd. des hôpit. de Paris, nov. 1904.
(8) Mendel. *Berl. klin. Wochens.*, 1902, n° 48.
(9) Jamieson. *Edinb. med. Journ.*, t. XXVIII, p. 1090.
(10) Seibert. Loc. cit.
(11) Kussnev. *Berl. klin. Wochens.*
(12) Strebel. Loc. cit.

également souffert d'accidents rhumatismaux. S'agit-il dans ces cas de maladie de Quincke véritable évoluant chez un arthritique ou d'œdème péliosique? nous reviendrons sur cette question à propos du diagnostic.

Cas familiaux d'Osler, d'Apert et Delille et de Mendel.

Cas d'Osler (les noms des individus atteints de maladie de Quincke sont soulignés) :

Ire génération. — IIe. — IIIe. — IVe. — Ve.

- *Margaret* . .
  - Samuel . . . .
    - 3 *enfants malades*, dont *l'un est mort* de l'affection.
      - *Une fille* malade.
  - Stacey.
  - *Allan*. . . . . .
    - *George.*
    - *Emma* . . . .
      - *Hamilon* . .
        - *Thoma.*
        - *Lizzie.*
      - *Rebecca*. . .
        - 2 enf., dont *1 malade.*
      - Almira.
      - Mary.
      - *Julia.*
      - *Katie.*
      - *Edward.*
      - *Magay.*
      - *George.*
    - *Sallie.*
    - + 7 autres enfants.
  - *John* . . . . . .
    - 4 enf., dont *1 malade.*

Cas d'Apert et Delille :

- Père et mère communs sains.
  - ♂ 30 ans, *œdémateux.*
  - ♀ saine.
    - ♀ saine.
    - ♀ saine.
    - ♀ saine.
  - ♂ 38 ans, *œdémateux.*
    - d'un premier lit.
      - ♂ 11 ans, *œdémateux.*
      - ♂ 9 ans, *œdémateux.*
    - d'un second lit.
      - ♀ saine.
      - ♀ saine.
  - ♂ 40 ans, *œdémateux.*

Cas de Mendel :

- Arrière-grand-père ♂ *mort d'œdème du larynx.*
  - ♀ *morte* d'œdème du larynx.
    - ♀ *morte à 22 ans* d'œdème du larynx.
      - ♀ *18 ans, malade de Mendel.*
      - ♂ sain.
      - ♂ choréique rhumatisant.
    - ♀ *morte à 33 ans* d'œdème du larynx.
      - *2 frères malades.*
  - ♂ *mort à 40 ans* d'œdème du larynx.
    - ♀ saine.
    - ♂ *malade.*
    - ♂ *malade.*
    - ♂ *mort à 22 ans* d'œdème du larynx.

Les intoxications semblent jouer un certain rôle, l'alcool [Joseph, Oppenheimer, Drummond (1)]; l'oxyde de carbone [Mathieu et Sikora (2)], la morphine [Bancke (3)]. L'alimentation ne semble avoir qu'un rôle bien secondaire, le cas de Guim, celui d'Osler survenant chez un malade qui avait mangé des pommes, sont plus voisins de l'urticaire que de l'affection qui nous occupe.

Il en est de même des cas survenus après l'ingestion de poissons, de crustacés comme celui de Heidenhain survenant chez une femme qui avait mangé du crabe.

La malaria se retrouve quelquefois dans les antécédents : mais nous ne connaissons que les cas de Keefé (1) et de Matas (2) où la périodicité des manifestations, l'influence de la quinine aient montré nettement la nature paludéenne des accidents. Cette forme d'œdème se rencontrerait surtout dans les Etat-Unis du sud; on la trouve du reste dans tous les pays de paludisme : le cas de Matas concernait une femme italienne vivant à la Nouvelle-Orléans et qui tous les après-midi présentait de la tuméfaction de la lèvre supérieure. Collins en rapporte un autre cas concernant un étudiant en médecine, ancien paludéen, chez lequel la maladie frappait principalement les doigts de la main droite.

La maladie de Quincke s'associe souvent aux affections nerveuses les plus diverses soit organiques, soit surtout fonctionnelles. On l'a vue dans le tabes, dans la compression de la moelle (Calman (3), Schlesinger (4), Mathieu et Veil (5)]; un caractère de cette forme d'œdème, c'est que toujours ou presque toujours, il correspond aux territoires nerveux dans lesquels se manifestent soit les signes de compression, soit les douleurs fulgurantes. L'œdème aigu angioneurotique s'associe aussi aux diverses névroses; il semble que dans ces cas les deux ordres de phénomènes ne soient l'un et l'autre que la traduction de l'état nerveux du sujet. La migraine, les névralgies, s'accompagnent quelquefois de manifestations œdémateuses plus ou moins fugaces. Dans l'hystérie on observe des œdèmes plus voisins de la maladie de Quincke que de l'œdème hystérique de Charcot. Dans la maladie de Basedow, on a vu également des œdèmes fugaces qu'on serait assez tenté de rattacher à cette affection. Le myxœdème [Kick (6)], les psychoses [Wils et Cowper (7), Mainheimer (8)], l'épilepsie [Carl Rad (9)] se sont également rencontrés quelquefois dans l'étiologie de l'œdème angioneurotique.

Mais ici se pose une question. S'agit-il, dans tous les cas, de maladie de Quincke vraie ou bien ne sont-ce que les manifestations œdémateuses symptomatiques de l'état nerveux général? Les troubles vaso-moteurs sons tellement fréquents et tellement polymorphes au cours de ces diverses affections qu'on ne voit pas pourquoi ils ne pourraient pas affecter la forme d'œdèmes fugaces, indolores, mobiles tels qu'ils rappellent la maladie de Quincke. A côté de ces cas, il en est d'autres où les œdèmes

(1) Drummond. *Brit. med. Journ.*, 1897.
(2) Mathieu et Sikora. *Gaz. des hôpit.*, 1898, p. 739.
(3) Bancke. *Berl. med. Wochens.*, 1891, p. 114.

(1) Keefé. *Boston med. Journ.*, t. CXX, p. 481.
(2) Matas. *New Orleans med. Journ.*, oct. 1887.
(3) Calman. *Jahrb. f. Psychiat.*, t. XV, p. 43.
(4) Schlesinger. *Beitrage f. Klin. der Ruckenmarkestumeren*, 1898.
(5) Mathieu et Veil. *Arch. gén. de méd.*, 1895.
(6) Kick. *Glasg. med. Journ.*, 1894, t. I, p. 75.
(7) Wils et Cowper. *Brain*, 1893, p. 382.
(8) Mainheimer. *Tribune méd.*, 1896.
(9) Carl Rad. *Munch. med. Wochens.*, 1902, nº 8.

semblent acquérir une prédominance toute spéciale : où ils évoluent sans parallélisme avec la névrose, et persistent même après que celle-ci a disparu. Nous croyons que dans ces cas on est autorisé à parler de maladie de Quincke, survenant chez un nerveux, facilitée peut-être par l'état névrosique, mais gardant néanmoins son individualité.

Les émotions psychiques semblent également jouer un certain rôle et l'on voit l'œdème apparaître à la suite d'un chagrin, d'un effroi, d'une période de surmenage. Une malade de Strübing, à partir de quinze ans, avait à la suite de chaque émotion vive des vomissements que l'auteur rattache à la maladie de Quincke. Lacker (1) observe l'œdème à la suite d'une séance d'hypnotisme; Starr (2), chez une femme qui venait de perdre successivement ses trois enfants.

Wills et Cowper (3) dans deux cas personnels ont cru pouvoir faire jouer un certain rôle à la masturbation : il est vrai qu'il s'agissait de deux individus dégénérés et il se peut qu'onanisme et œdème soient deux phénomènes concomitants mais non subordonnés l'un à l'autre.

Les traumatismes même les plus légers jouent très souvent un rôle occasionnel, comme chez le malade de Graham (4). Sorrey et Collins ont également rapporté des cas où l'influence du traumatisme semble évidente.

Chez la femme les diverses étapes de la vie génitale, menstruation, gravidité, suites de couches, sont souvent marquées par des récidives ou des recrudescences de la maladie. Bœrner, qui s'est particulièrement occupé de ces cas, en distingue deux groupes : tantôt tes organes génitaux sont le siège d'une affection douloureuse avec irradiations névralgiques, et alors l'œdème se localise sur le trajet des nerfs atteints : tantôt l'intermédiaire nerveux ne peut pas être décelé. Bœrner admet une corrélation intime entre les vaisseaux cutanés et la circulation génitale de la femme : la turgescence et les troubles vaso-moteurs réflexes suffiraient pour lui à tout expliquer. Chez une malade de Collins, chez une autre de Lewin (5), il semblait y avoir balancement entre le flux cataménial et les œdèmes.

Les auteurs sont unanimes à reconnaître l'action du froid. Courtois-Suffit, Collins, Joseph ont vu dans certains cas l'œdème n'apparaître que sur les parties découvertes. Tantôt il suffit d'une action très passagère du froid, pour provoquer l'œdème : une malade de Starr (6) avait de l'œdème des fesses toutes les fois qu'elle allait à la selle. Tantôt il faut une action plus prolongée : une longue séance de patinage comme dans le cas de Widowitz. Rappelons ici l'association assez fréquente de la maladie de Quincke avec l'hémoglobinurie dont l'étiologie *a frigore* paraît un fait établi. Le malade de Roques (7) avait de l'hémoglobinurie et de l'œdème des parties découvertes, surtout des mains quand il s'exposait à l'action du froid. Par contre dans des cas de Joseph, Oppenheimer, Dinkelacker, l'œdème n'apparaissait que l'été.

(1) LACKER. *Berl. klin. Wochens.*, 1885, nº 40.
(2) STARR. *New York med. Journ.*, 17 sept. 1892.
(3) WILLS et COWPER. Loc. cit.
(4) GRAHAM. *Canadian Pract.*, 1885, p. 33.
(5) LEWIN. *Nord med. Arck.*, 1874, p. 16.
(6) STARR. Cité par Collins.
(7) ROQUES. Soc. méd. des hôpit., 18 fév. 1898.

VI

PATHOGÉNIE. — La personnalité clinique de la maladie de Quincke étant admise, nous ne nous attarderons pas à rapporter et discuter les opinions des auteurs qui, voyant dans cette affection simplement un syndrome, ont voulu la rapporter à une maladie ayant déjà conquis une place dans la nosographie clinique, tels Goltz (1) en faisant une sorte d'érythème, Chauvet (2) [de Royat] la rapprochant du rhumatisme, Rapin (3) la rattachant à l'urticaire avec lequel elle a du reste, de l'avis de tous, une parenté manifeste.

Quincke et Dinkelacker regardaient déjà cette maladie comme une angioneurose : sous le nom d'angioneuroses on désigne en effet des modifications temporaires dans l'état du système vaso-moteur ayant leur point de départ soit dans les centres nerveux, soit dans une excitation périphérique. Le résultat de ces modifications, c'est la dilatation des petits vaisseaux cutanés et les tuméfactions que l'on constate objectivement du côté de la peau. L'angioneurose une fois admise, il devient très facile de comprendre pourquoi la maladie apparaît sous les influences les plus diverses, pourquoi elle procède par poussées paroxystiques et pourquoi elle se déplace avec tant de facilité d'un point de la peau en un autre sans qu'il y ait entre les deux de connexions vasculaires.

Quincke se rattache aussi à l'opinion de l'angio-neurose, s'appuyant sur une expérience d'Ostroumoff (4) citée par Conheim (5) : l'excitation du bout périphérique du nerf lingual par un courant d'induction pendant un certain temps produisait une hyperémie intense, puis un œdème assez durable de la moitié de la langue soumise à l'expérience. D'autre part Gergens (6), détruisant la moelle des grenouilles, a constaté que les vaisseaux laissaient alors filtrer beaucoup plus de liquide et un peu de pigment sanguin; expérience qui tendrait à prouver que le système nerveux peut produire des modifications de la perméabilité des endothéliums vasculaires, modifications susceptibles d'aider à la production des œdèmes.

Mais dans ces expériences, deux hypothèses doivent être prises en considération. S'agit-il d'une paralysie des vaso-constricteurs? s'agit-il d'une excitation des vaso-dilatateurs? Strübing croit qu'il faut chercher l'explication de l'œdème aigu dans une excitation anormale des vaso-dilatateurs. En effet, la clinique nous apprend que l'œdème ne s'accompagne d'aucune des manifestations congestives ou hyperémiques, qu'on s'attendait à voir à la suite de

(1) GOLTZ. *Deuts. med. Wochens.*, 1880, p. 225.
(2) CHAUVET. Soc. méd. des hôpit., 1884.
(3) RAPIN. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1886.
(4) OSTROUMOFF. *Arch. f. d. ges. Phy..*, 1876, t. XII, p. 25.
(5) CONHEIM. *Allgem. Path.*, t. I, p. 445.
(6) GERGENS. *Pflügers Arch.*, t. XIII, p. 591.

la paralysie des constricteurs et, d'autre part, l'expérience d'Ostroumoff semble démontrer l'existence d'œdème lié à l'excitation de certains nerfs.

Pour Bœrner (1), cet œdème « est simplement le résultat de l'élévation de la pression provenant des gros vaisseaux, élévation qui se fait trop vite pour pouvoir être compensée suffisamment. Avant que s'établisse la compensation, l'élévation de la pression a eu le temps de provoquer la formation d'un transsudat dans les tissus concomitants ». Mais comment expliquer la persistance de l'œdème pendant des jours entiers, alors que sa propre tension doit diminuer progressivement la transsudation des vaisseaux?

Unna (2), pour résoudre cette difficulté, a cherché à montrer l'existence d'une insuffisance relative des voies efférentes, c'est-à-dire d'un rétrécissement partiel des vaisseaux veineux : il s'agirait en somme d'une excitation des vaso-constricteurs des veines provoquant un véritable œdème de stase. Le caractère passager de l'œdème s'expliquerait très simplement en admettant que le tonus veineux ne tarde pas à se relâcher. A cela Cassirer (3) objecte qu'il n'y a pas de cyanose, ce qui devrait exister, s'il y avait réellement de la stase veineuse, et que la musculature des veines semble trop peu développée pour pouvoir amener de l'œdème. Cassirer fait encore remarquer qu'on ne peut guère invoquer un rétrécissement des lymphatiques d'origine nerveuse, car expérimentalement la ligature des gros troncs lymphatiques est impuissante à produire l'œdème.

Reste une seule hypothèse : celle qui porte l'action du système nerveux sur la cellule endothéliale, soit qu'elle en modifie les propriétés sécrétoires [théorie d'Heidenhain (4)], soit qu'elle en augmente simplement la perméabilité purement physique (hypothèse de Ludwig); on ne peut pas trancher le mécanisme de ce trouble nerveux, l'action des nerfs sur les lymphatiques étant trop mal connue.

Cependant, Löbe (5) a émis l'hypothèse que l'action du système nerveux se traduirait dans l'intimité des tissus par des phénomènes chimiques qui entraînent des modifications osmotiques et, par suite, des déplacements de liquide.

Où doit se placer le point de départ de cette angionévrose? Pour Riehl, elle est d'origine centrale : il appuie cette affirmation sur la généralisation de l'œdème et la possibilité de son apparition à la suite de troubles psychiques. Par contre Schlesinger ne trouve pas de raisons suffisantes pour faire intervenir les centres situés au-dessus de la moelle; enfin les lésions périphériques auraient peut-être suffi dans quelques cas, soit dans le système cérébro-spinal (Krause), soit dans le système sympathique [Lewinsky (6)].

Nous avons vu dans la séméiologie quel rôle important jouent les phénomènes gastro-intestinaux.

(1) Bœrner. Loc. cit.
(2) Unna. *Monats. f. prakt. Dermat.*, 1890.
(3) Cassirer. *Die vaso-mot-trophischen Neurosen,* Berlin 1901.
(4) Heidenhain *Pflügers Arch.*, t. XXXXIX, p. 209.
(5) Löbe. *Berl. klin. Wochens.*, 1885, p. 355.
(6) Lewinsky. *Pflügers Arch.*, t. LXXI.

Il était rationnel de les faire intervenir dans la pathogénie, c'est ce qu'avaient déjà fait Courtois-Suffit, Galliard, Barié, c'est ce que disait aussi Rapin s'appuyant sur les cas qui succèdent manifestement à des auto-intoxications et qui guérissent par une purgation [cas d'Elliot (1) et de Schlesinger (2)] liés à la constipation [cas de Millard (3) où l'œdème disparut quand s'installa la diarrhée]. Vervaeck (4) insiste également sur ce point.

Heidenhain (5) se rattache jusqu'à un certain point à cette théorie : pour lui les modifications de l'état de tension des lymphatiques sont dues à l'action lymphagogue de certains produits alimentaires; il appuie cette opinion sur un cas de maladie de Quincke survenant chez une femme après l'ingestion d'écrevisses. Starlig (6) a montré du reste que le suc de certains mollusques est un lymphagogue puissant; mais pour lui il agit en augmentant non la formation de la lymphe mais la perméabilité des vaisseaux.

Les expériences de Le Calvé montrent l'importance qu'il faut attribuer à l'auto-intoxication : après avoir signalé la débâcle d'urée qui suit les accès, la production exagérée de l'indol, du scatol et de l'indican chez ses malades, il soumit des lapins à des injections de ces produits et constata que, si les altérations nerveuses et vasculaires ne produisaient rien chez les animaux sains, par contre il pouvait par les mêmes lésions produire de l'œdème analogue à celui de l'homme chez ceux à qui il injectait de l'indol et du scatol : par l'excitation du sympathique cervical chez un animal ainsi injecté, il a pu reproduire de l'œdème de la lèvre supérieure du même côté et de l'œdème laryngé et trachéal. Il conclut son étude de la pathogénie de la maladie de Quincke en disant que l'intoxication n'est pas le seul facteur à incriminer et que cette affection est fonction de la réunion des causes suivantes :

Névropathie. Intoxication. Ebranlement nerveux.	Névropathie. Intoxication.	Intoxication. Ebranlement nerveux.	Névropathie. Ebranlement nerveux.

Mendel admet trois facteurs principaux : une cause prédisposante : l'idiosyncrasie nerveuse ; les fermentations intestinales qui sont une cause efficiente commandant la production de l'accès (ceci est prouvé par l'oscillation simultanée des œdèmes et des troubles digestifs, l'action de l'aspirine, antiseptique intestinal) et enfin l'action du trauma et du froid pour localiser les lésions cntanées au moment où les autres causes provoquent l'accès. Les produits de putréfaction intestinale agiraient comme des lymphagogues. L'hérédité agirait en créant chez l'individu un manque de résistance contre ces produits de fermentation.

Comme conclusion il semble que l'on puisse distinguer avec Cassirer deux ordres de faits parmi ceux qui ont été publiés. Les uns se rattachant à une

(1) Elliot. *Med. Record,* 1891.
(2) Schlesinger. Loc. cit.
(3) Millard. Th. de Paris, 1888.
(4) Vervaeck. Loc. cit.
(5) Heidenhain. *Pflügers Arch.*, t. XXXXIX, p. 209.
(6) Starlig. Cité par Hamburger. *Zeits. f. Biol.*, 1894, p. 143.

cause toxi-infectieuse évoluant d'une façon aiguë sans antécédents bien nets et ne manifestant aucune tendance à la récidive tant que leur cause efficiente ne se reproduisait pas : ce sont des faits qui avec certaines particularités cliniques, semblent se ranger à côté de l'urticaire et de certains purpuras. Les autres seraient caractérisés par l'hérédité directe ou indirecte, par la prédominance des phénomènes nerveux, l'indépendance à l'égard des circonstances extérieures, la régularité à peu près fatale avec laquelle reprennent les accès : ils se rangeraient nettement dans les affections nerveuses. Ce groupe se subdivise à son tour en deux catégories : dans la première nous rangerons les tuméfactions revêtant le type clinique décrit par Quincke et qui apparaissent au cours d'une affection nerveuse nettement individualisée : leur évolution, leur pronostic, leur traitement sont alors sous la dépendance immédiate de l'affection qui les a provoquées. La seconde catégorie comprendrait les cas où la maladie de Quincke semble exister comme seule manifestation de la diathèse nerveuse.

Reste à expliquer les symptômes accessoires du côté des organes internes. Strübing disait : « Il est possible que l'œdème soit la cause de ces manifestations. Mais, ajoute-t-il, le malade présente souvent au cours de l'accès une série de phénomènes qui se laissent difficilement rattacher à l'œdème. » Il est difficile de savoir si la crise gastrique, avec ses douleurs et ses vomissements incessants, est d'origine œdémateuse ou nerveuse, mais quand on voit l'abdomen rétracté, la constipation opiniâtre, la douleur généralisée à tout l'abdomen, on comprend que Strübing ait cherché à expliquer ce syndrome par une excitation pathologique du sympathique abdominal et du plexus myentérique. Quant aux manifestations rénales, elles semblent être d'ordres divers : l'hémoglobinurie observée par Joseph se rattacherait, d'après cet auteur, à l'hématolyse qui se passerait au niveau des nodosités œdémateuses sous l'action du froid. Quant aux modifications quantitatives de l'urine, on pourrait les rattacher, toujours avec Strübing, à des troubles de l'innervation des vaisseaux du rein.

VI

Diagnostic. — Les signes positifs sur lesquels on appuiera le diagnostic et qui sont les caractères cliniques les plus importants de la maladie de Quincke peuvent se résumer ainsi : nature et aspect de l'œdème de coloration normale ou rarement rosée, ne gardant pas l'empreinte du doigt, absence de prurit, indolence à peu près complète, développement rapide, localisations multiples, évolution brusque en quelques heures, enfin tendance aux récidives.

Ces caractères permettront dans la grande majorité des cas de distinguer la maladie de Quincke de certains œdèmes avec lesquels elle présente plus ou moins des rapports. La plupart des auteurs font le diagnostic avec tous les œdèmes nerveux : parmi ceux-ci, il en est qui par leur chronicité et leur extension s'éliminent nettement, tels l'œdème familial neuropathique de Milroi et Meige, l'œdème vasomoteur de Tchirkoff (1); l'œdème stable de Lassar et Riehl (2), le pseudo-œdème catatonique de Dide (3) le trophœdème des affections médullaires ou le myxœdème. L'œdème hystérique se présente généralement sous la forme d'œdème bleu ou d'œdème blanc : il est rare que son évolution prenne l'acuité de la maladie de Quincke ; une fois installé il persiste généralement pendant des jours, des semaines. Gilles de la Tourette (4), Collins, Higier ont insisté ou les principaux éléments de ce diagnostic. L'œdème hystérique respecte la face, sauf dans un cas de Fabre (5) et un cas de Wills et Cowper : il s'accompagne de manifestations hystériques, quelquefois prédominantes au niveau du membre atteint; il est généralement unilatéral.

Les œdèmes des cardiaques, des néphrites aiguës, des brightiques, des cirrhoses ont pour eux leur distribution, leur persistance, leur diffusion et la présence de signes viscéraux de la maladie causale, de même ceux des phlébites.

Restent les œdèmes qui peuvent survenir au cours des affections nerveuses. Dans la maladie de Basedow, dans le tabes [Merklen et Heitz (6), Mathieu et Veil (7)], dans la syringomyélie (Schlesinger), dans la migraine [Etienne (8)], Rapin, Holovtschiner (9)], on observe des variétés d'œdèmes fugaces qui revêtent des types divers; ce sont des œdèmes symptomatiques, qui peuvent prendre l'allure clinique de la maladie de Quincke et qui sont apparemment d'origine nerveuse : ce sont des maladies de Quincke symptomatiques.

Le véritable diagnostic ne se pose en clinique qu'avec deux ordres d'affections : l'urticaire et le groupe des œdèmes rhumatismaux. L'urticaire, dans la grande majorité des cas, se présente avec des caractères suffisamment tranchés qui permettent d'en reconnaître la nature ; l'urticaire a pour lui, dit Joseph, prurit, rougeur et chaleur ; l'œdème angioneurotique au contraire, pâleur, fraîcheur et absence de phénomènes subjectifs : l'origine autotoxique est aussi un caractère différentiel. Dans beaucoup de cas, le diagnostic est difficile et il existe des cas intermédiaires des malades présentant une alternance des deux sortes d'éruption. Collins, Favier (10), Russel (11) ont admis la proche parenté des deux affections ; il semble que dans l'une et l'autre, on doive voir la traduction d'une instabilité vasomotrice, relevant de la même étiologie générale, mais se manifestant de façon différente et sur un territoire d'inégale étendue.

Parmi les œdèmes rhumastimaux, l'œdème diffus ne peut guère être confondu avec l'affection dont nous parlons : c'est un œdème étendu à tout un membre, dur, blanc ou rouge, suivant les cas, s'accompagnant de manifestations générales ou articulaires en rapport

(1) Tchirkoff. *Revue méd.*, 1895.
(2) Lassar et Riehl. *Wien. med. Presse*, 1888.
(3) Dide. *Iconogr. de la Salpêtrière*, déc. 1903.
(4) Gilles de la Tourette. *Traité de l'hystérie.*
(5) Fabre, cité par Gilles de la Tourette.
(6) Merklen et Heitz. Soc. méd. des hôpit. de Paris, 1902.
(7) Mathieu et Veil. *Arch. gén. de méd.*, 1895.
(8) Étienne. *Gaz. hebd.*, 1894.
(9) Holovtschiner. *Allgem. med. Centralbl.*, 1885 p. 1605.
(10) Favier. *Journ. de méd. et de chir. milit.*, 1892.
(11) Russel. *Journ. of gen. ur. diseases*, 1893.

avec la maladie initiale. L'œdème aigu partiel, auquel nous rattacherons le cas d'œdème aigu des paupières de Trousseau (1), débute brusquement, sans prodromes, chez des arthritiques héréditaires ou en puissance de poussées rhumatismales aiguës; il n'a guère comme caractère spécifique que d'évoluer chez des rhumatisants.

Les nodosités rhumatismales de Froriep, Jaccoud, Meynet, occupent le voisinage des articulations frappées par le rhumatisme à plusieurs reprises, comme les nodosités arthritiques du cuir chevelu, elles sont des affections chroniques que l'on n'aura guère à éliminer.

Une forme d'œdème rhumatismal se rapproche davantage de la maladie de Quincke, c'est la péliose, sur laquelle Apert (2) attire l'attention comme ayant été trop souvent confondue avec la maladie de Quincke. Il donne les caractères différentiels suivants. L'œdème angioneurotique est une maladie chronique à manifestations aiguës, héréditaire et familiale, récidivant tant que dure la vie, caractérisée par un œdème blanc, rarement rosé, pouvant atteindre les muqueuses et évoluant sans température ni troubles généraux. La péliose, au contraire, est une maladie accidentelle, ni héréditaire ni familiale, évoluant par poussée unique ou en séries, puis guérissant définitivement, caractérisée par de l'œdème variant de l'œdème blanc à l'œdème pourpré ou pseudo-phlegmoneux avec alternances d'erythème et de purpura, respectant les muqueuses mais s'accompagnant de troubles généraux. En somme, dit-il, il y a entre ces deux maladies les mêmes différences qu'entre l'hémophilie, maladie familiale, et le purpura exanthématique, maladie occasionnelle.

Nous n'insistons pas sur les œdèmes encore mal connus, tels que l'œdème grippal décrit par Le Clerc [de Saint-Lô (3)] qui n'a pas encore une place bien nette dans la nosographie clinique.

Le diagnostic des formes à localisations intestinales ou gastriques nous arrêtera peu; l'intensité et l'allure rapide des douleurs gastriques peuvent faire penser à toutes les affections douloureuses de l'abdomen, toutes les formes de coliques, hépatique, néphrétique, intestinale etc.; les vomissements répétés pourront en imposer pour des crises gastriques du tabes, du vomissement périodique de Leyden; une seule chose pourra diriger l'examen clinique, la présence des manifestations œdémateuses superficielles, qui posera le diagnostic.

VII

Traitement. — Le traitement de la maladie de Quincke donne peu de consolation au praticien. L'affection étant chronique, on peut avoir des rémissions plus ou moins longues, qui peuvent en imposer pour une guérison véritable, mais celle-ci se produit rarement d'une façon définitive.

Le traitement devra d'abord viser l'état nerveux du sujet, il devra s'attaquer à l'hystérie, à l'épilepsie, à ces affections nerveuses organiques ou non que nous avons vues dans l'étiologie préexister si souvent aux accidents cutanés. On surveillera le fonctionnement des organes digestifs, pour éviter toute cause d'auto-inxication; les antiseptiques intestinaux, les purgatifs légers, la diététique, dans la combinaison d'un régime analogue à celui des malades sujets à l'urticaire, c'est-à-dire évitant les poissons, les crustacés, les condiments, le gibier, l'alcool [Onuf (1)], le tabac, pourront être utilisés dans l'intervalle des accès.

Les traitements médicamenteux les plus divers ont donné quelques succès inconstants aux différents auteurs. Elliot (2) recommande la cascara sagrada et la noix vomique; Hartzell (3) les laxatifs répétés tous les jours et associés au salicylate de soude; Matas (4) les doses fortes et répétées d'arsenic, ou la quinine, et a eu deux excellents résultats; Milton un mélange de fer et d'arsenic en même temps que des pilules bleues et des bains de vapeur, le tout combiné au régime général. Higier, Mendel insistent sur l'antisepsie intestinale, qu'ils essaient de réaliser, le premier avec un mélange de camphre et de menthol, le second avec de l'aspirine. Collins donne de l'ergotine qui à haute dose agit comme vasomoteur et tonique général; Dinkelacker de l'atropine, Higier de l'arsenic, d'autres emploient la belladone, l'antipyrine, le fer. Les agents physiques, la chaleur sous forme de bains répétés, de bains de vapeur, le froid, la glace en applications (Roth), les frictions, le massage (Starr), l'électricité ne semblent pas avoir donné de meilleurs résultats. Le traitement local essayé par Deschamps (5) sous forme d'injection de chlorure de zinc dans les paupières œdématiées, la compression employée par d'autres restent également sans succès. En somme de cette énumération thérapeutique dont la richesse n'est qu'apparente, nous conclurons qu'il n'existe pas de traitement spécifique de l'œdème angioneurotique; on devra s'appliquer à surveiller l'hygiène du malade, son état nerveux, l'état de ses fonctions digestives, et s'inspirant des circonstances, employer, sans grand espoir, les divers procédés médicamenteux.

(1) Trousseau. *Presse méd.*, mars 1901.
(2) Apert. Soc. méd. des hôpit. de Paris, déc. 1904.
(3) Le Clerc. Soc. méd. des hôpit. de Paris, 14 oct. 1904.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DES PLAIES DOULOUREUSES, DES ULCÈRES ET DES CREVASSES

Stovaïne	0gr25 centigrammes.
Goménol	5 grammes.
Lanoline	10 —
Vaseline	10 —

(Paul Lemaire.)

(1) Onuf. *Med. Record*, 1899.
(2) Elliot. Loc. cit.
(3) Hartzell. *Wien. med. Mag.*, 1890.
(4) Matas. *New Orleans med. Journ.*, oct. 1887.
(5) Deschamps. *Clin. ophtalm.*, 1898.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

PREMIER-PARIS
TRAVAUX ORIGINAUX
Quantité de sel marin indispensable à l'homme, remplacement des sels, cryoscopie urinaire, par M. AMBARD.
De la coexistence des grossesses intra et extra-utérines, par M. Charles BOURRET.
MÉDECINE PRATIQUE
Mode d'administration de l'antipyrine chez les enfants.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — Société de biologie.
VISITE DES MÉDECINS ANGLAIS
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Paris, le 10 avril 1905.

A la suite d'incidents tumultueux au cours de M. le professeur Gariel, la Faculté de médecine a fermé ses portes.

Le « chahut » fait au distingué professeur de physique, s'il a entraîné cette grave mesure, ne diffère cependant pas sensiblement des autres manifestations dont lui-même et plusieurs de ses collègues furent l'objet à diverses reprises. La Faculté ne nous avait pas habitués à prendre ainsi les choses au tragique.

On reproche à M. Gariel, comme presque toujours en pareille circonstance, sa sévérité aux examens.

Si nous ne nous trompons, M. le professeur Gariel n'a cependant pas sur la conscience plus de refus que tel examinateur de *sciences médicales pures* que personne ne songe à incriminer.

C'est, qu'en effet, l'affaire Gariel est un simple prétexte.

Les étudiants sont mécontents du régime actuel des études qui est, en réalité, aussi imparfait que possible. Ils ne peuvent comprendre, et non sans raison, qu'ils soient obligés de passer devant la Faculté de médecine les mêmes examens qu'ils ont déjà subis devant la Faculté des sciences. Enfin, ils commencent à s'apercevoir que le P. C. N., d'une utilité incontestable pour la Faculté des sciences à laquelle il procure des élèves qu'elle n'avait pas, est d'un intérêt plus que médiocre pour de futurs praticiens, auxquels il reste tout à apprendre en physique et chimie *médicales*.

C'est donc, en somme, sur un terrain de réformes que doivent se placer résolument et *exclusivement* les étudiants.

L'ancien régime des études avait du bon, il avait simplement besoin d'être modifié, *modernisé*, nous ne voyons pas pourquoi on n'y reviendrait pas.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours pour trois places de chirurgien des hôpitaux.* — Epreuve écrite. Lecture des copies : Séance du 7 avril 1905. — MM. Marcille, 23; Labey, 24; Guibé, 26 1/2.

La première épreuve clinique aura lieu le mercredi 3 mai, à quatre heures et demie, à la Charité.

Nota. — Les hôpitaux suivants : l'Hôtel-Dieu, la Charité, Cochin, Necker, sont consignés à partir du 15 avril à MM. les candidats, excepté toutefois pour ceux d'entre eux qui sont attachés à ces hôpitaux.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — M. le docteur Villeneuve, professeur de clinique chirurgicale, est nommé, sur sa demande, professeur de pathologie externe.

M. le docteur Delanglade, professeur de pathologie externe, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique chirurgicale.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — La médaille d'honneur des épidémies ou la mention honorable a été décernée aux personnes ci-après désignées en récompense du dévouement dont elles ont fait preuve à l'occasion de maladies épidémiques :

Médaille d'or. — M. le docteur Verne (de Cadenet).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Petit et Vernet (de Moulins), Huguin (de Tourteron), Puistienne (de Chennebrun), et Mougeot (de Saïgon).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Fabre (de Saint-Rome-de-Tarn), Dubarry (de Montferran-Savès), Frébault (de Paris), Coulom (de Sotteville-les-Rouen), MM. Favreul et Ameuille (de Paris).

Mentions honorables. — MM. les docteurs Vermersch (de Lille), Febvre (de Clichy), et Chastenet (de Puteaux).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur F. de Ribier, médecin à Haï-Duong, décédé au Havre.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fêtes de Pâques.* — A l'occasion des fêtes de Pâques, les coupons de retour des billets d'aller et retour, délivrés à partir du 15 avril, seront tous valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 4 mai 1905.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale. — (N° 162, 25 mars 1905.) H. JUDET : De la radiographie dans le diagnostic, le pronostic et le traitement des luxations congénitales de la hanche. — A. BÉCLÈRE : Note sur l'emploi thérapeutique des sels de radium. — A. MOUTIER et A. CHALLAMEL : Étude comparative sur l'action de la cage autoconductrice et du lit condensateur dans le traitement de l'hypertension artérielle par la d'Arsonvalisation. — J.-R. COSTA : La pratique de la radiographie et de la radiothérapie en Angleterre (*suite*).

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLII, n° 12, 23 mars 1905.) C. A. PORTER : Devons-nous attendre la localisation quand la grande cavité péritonéale est atteinte dans l'appendicite ? — Maurice H. RICHARDSON : Remarques sur l'appendicite. — R. H. FITZ : Quelques observations sur l'appendicite. — Francis B. HARRINGTON : Du choix de la méthode d'incision de l'abdomen dans l'appendicite (avec 2 fig.). — Herbert L. BURRELL : Les abcès sous-phréniques compliquant l'appendicite. — G. W. W. BREWSTER : Opération immédiate ou tardive dans l'appendicite aiguë. — Thomas J. MANAHAN : La bactériologie de la péritonite généralisée. — William C. QUINLEY : Les résultats du traitement opératoire de la péritonite généralisée compliquant l'appendicite, au Massachusetts general Hospital, pendant les cinq dernières années.

Bulletin médical. — (N° 26, 5 avril 1905.) Paul BERGER : Sur une forme encore peu connue d'affection ankylosante (maladie ankylosante, symétrique et progressive). — ANTONIU : Sur un cas d'aphasie et hémiplégie droite transitoires dans la convalescence d'une pneumonie. — (N° 27, 8 avril.) E. DUPRÉ : La mythomanie (*fin*). — GALLOIS : Hérédo-syphilis et scrofule.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 12, 25 mars 1905.) HOFBAUER : Mécanisme des troubles respiratoires dans les affections pleurales. Les causes des troubles respiratoires dans le pneumothorax. — (N° 13, 1er avril.) CHRISTEN : Recherches sur l'ascite et la sérosité péricardique.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 12, 23 mars 1905.) KOLLE : Etat de la question des inoculations préventives de bacille d'Eberth. — KNAUTH : Observations cliniques et expériences avec le sérum pneumococcique de Rœmer dans la pneumonie fibrineuse. — LANGSTEIN : Contribution à l'étude du diabète sucré de l'enfance. — Ludwig MENDELSSOHN : Expériences sur le traitement de la scarlatine par le sérum antistreptococcique. — ENGELKEN : Nouvelle contribution à l'étude de la narcose sous pression. — BAISCH : Pour et contre l'accouchement prématuré artificiel. — (N° 13, 30 mars.) DEYCKE pacha et RESCHAD bey : Nouveaux points de vue sur la lèpre. — POSNER et RAPOPORT : Sécrétion prostatique et prostatite. Contribution à l'étude de l'inflammation. — BUSCHKE et SCHMIDT : Sur l'action des rayons Röntgen sur les glandes. — ROSENBERG : Sur le sondage de l'intestin. — STENGER : Les signes prémonitoires des tumeurs malignes des fosses nasales. — RISSMANN : Kyste dermoïde de l'ovaire droit infecté par le pneumocoque. — JACOBSOHN : Les bains d'air chaud dans les maladies nerveuses. (*Voir la suite, p. 502.*)

QUANTITÉ DE SEL MARIN

INDISPENSABLE A L'HOMME

REMPLACEMENT DES SELS, CRYOSCOPIE URINAIRE

Par M. AMBARD,
Interne des hôpitaux de Paris.

Bien des auteurs ont nié l'indispensabilité du sel dans l'alimentation. Ils allèguent en général l'exemple de ces congrégations qui n'ajouteraient jamais de sel en nature à leurs aliments. Ce n'est pas là une preuve de l'inutilité du sel dans l'alimentation; c'est simplement une preuve contre l'inutilité de l'adjonction du sel en nature. Mais tous les aliments naturels contiennent du sel dans leurs éléments constitutifs; on mange toujours du sel, sinon sans le savoir, du moins sans le vouloir. Lorsqu'on étudie la quantité de sel nécessaire à l'organisme, la seule question intéressante est donc de rechercher quelle est *la quantité de sel totale* qui est nécessaire dans l'alimentation.

Une pareille étude a nécessairement pour point de départ la considération des rapports du chlore ingéré et du chlore excrété chez l'individu soumis à un régime hyperchloruré. Lorsque l'individu soumis à un régime hypochloruré élimine autant de chlore qu'il en absorbe, lorsqu'il n'en retient pas sur son alimentation, il y a une présomption en faveur de cette hypothèse que le chlore administré est suffisant. De même lorsqu'à un régime hypochloruré, l'individu n'élimine pas plus de sel qu'il n'en absorbe, il peut y avoir lieu de croire que le chlore administré est suffisant pour les phénomènes d'élaboration.

MM. Widal et Javal (1) ont étudié la mise en équilibre de plusieurs sujets passant brusquement d'un régime ordinaire à un régime hypochloruré. Ils ont démontré que ces individus se mettaient en quatre ou cinq jours exactement en équilibre chloruré lorsqu'ils passent d'un régime ordinaire à un régime contenant de 0g50 à 1 gramme de NaCl. Ces expériences sont d'une importance capitale au point de vue clinique. Elles permettent en effet de dire que tout malade qui, au bout de quatre ou cinq jours, n'est pas en équilibre chloruré à quelques décigrammes près, est ou un malade qui était préalablement en état de rétention ou un malade qui fraude sur son régime. Mieux encore elles permettent de porter cette double affirmation d'une façon péremptoire parce que le régime imposé par M. Widal est un régime hypochloruré minimum : la plupart des régimes hypochlorurés courants comprennent davantage de chlorure, en général de 1 gramme à 1g50; si donc une mise en équilibre chlorurée exacte et rapide est compatible avec un régime ne contenant que de 0g50 à 1 gramme de sel, à plus forte raison cette mise en équilibre sera-t-elle encore plus rapide et plus certaine avec un régime contenant de 1 gramme à 1g50 de chlorure. Nous avons eu l'occasion de répéter les expériences de M. Widal sur divers malades qui ne nous paraissaient présenter aucune affection susceptible de s'accompagner de rétentions chlorurées et nous avons constaté de notre côté cette mise en équilibre exacte et rapide.

Malgré la concordance de ces observations on peut cependant se demander si ce fait est général. Le malade d'hôpital ne prend que peu d'exercice. L'individu normal qui vaque à ses occupations ordinaires en faisant un exercice physique modéré se mettra-t-il en équilibre comme le malade d'hôpital inactif?

C'est pour répondre à cette question que nous nous sommes mis, M. Mayer et moi, à un régime hypochloruré sans rien changer à nos occupations ordinaires. Dans l'observation de M. Mayer, on voit que la mise en équilibre ne s'est effectuée qu'après dix jours d'expériences. Dans mon observation cette mise en équilibre fut encore plus lente à se réaliser. Or, nous ingérions respectivement 1g25 et 1g75 de sel. Nous n'apportons à l'appui de la mise en équilibre lente chez l'individu actif que deux observations; mais ces deux observations sont tellement concordantes qu'elles méritent considération. Aussi, sans vouloir interpréter les faits, pensons-nous que l'activité ou le repos physiques peuvent accélérer ou ralentir la mise en équilibre chloruré. Cet élément nous semble très important à considérer lorsqu'on veut étudier la ration de sel nécessaire à l'homme.

Pour le malade qui, au repos, se met en équilibre chloruré très exactement dès le quatrième jour de régime hypochloruré, il est à peu près certain que la rapidité de sa mise en équilibre est la preuve même que son régime est suffisamment riche en chlorures : ses dépenses n'excèdent pas ses recettes; donc ses recettes sont suffisantes.

Mais pour M. Mayer et moi (1), qui ne nous sommes mis en équilibre que tardivement, notre régime était au contraire insuffisamment chloruré, puisque nos dépenses excédèrent pendant longtemps nos recettes.

Nous pensâmes donc que puisque vis-à-vis d'un même régime hypochloruré, nous nous comportions, M. Mayer et moi, différemment des malades d'hôpitaux, la raison n'en pouvait être attribuée qu'à ce fait, que les malades étaient à un repos relatif, tandis que nous conservions une activité ordinaire.

Cette hypothèse peut paraître un peu fragile puisqu'elle repose sur des différences de chlorures ingérés et excrétés dépassant à peine 50 centigrammes, et l'on sait combien il est difficile d'évaluer un régime alimentaire varié, sous le rapport de sa teneur en chlorure de sodium.

Cette hypothèse nous a cependant paru très nettement confirmée par ce fait qu'au moment où l'équilibre chloruré était près de se faire, l'ingestion supplémentaire de 10 grammes de sulfate de soude fit très nettement tomber l'excrétion chlorée au-dessous du taux des chlorures ingérés. Alors que j'éliminais en moyenne 2g35 depuis quinze jours, mon élimination tomba brusquement à 1g35 lorsque je pris du sulfate de soude; dans une deuxième

(1) WIDAL et JAVAL. Soc. de biol., 19 mars 1904.

(1) MAYER et AMBARD. Soc. de biol., 25 fév. 1904.

épreuve elle tomba de 2g20 à 0g98. N'était-ce pas là une preuve que l'organisme se *déchlorurait* au sens propre du mot? La mise en équilibre chloruré au moment où elle allait se produire, ne cachait-elle pas, en fait, une accommodation forcée et involontaire à un régime insuffisamment chloruré, puisque par l'artifice des sulfates l'organisme réalisa temporairement de véritables rétentions chlorurées sur un régime déjà si peu riche en chlorure?

Si nous cherchons maintenant d'autres preuves de l'insuffisance d'un régime ne contenant que 1g50 de sel pour un individu actif, nous n'en trouverons aucune.

L'organisme s'accommode merveilleusement à ce peu de sel ingéré. L'abaissement de poids est insignifiant, l'albuminurie n'est notée à aucun jour de l'observation, l'appétit reste le même, les digestions s'effectuent comme précédemment, aucune asthénie ni psychique ni physique.

La question de la ration de sel nécessaire à l'homme est donc différente, à notre avis, si on l'étudie chez l'homme actif et l'homme au repos.

Il est encore un autre élément qui la complique singulièrement sans que nous y prêtions attention, c'est la concomitance des divers autres sels ingérés. A côté du sel marin nous ingérons encore normalement des sulfates, des phosphates et des oxalates, anormalement des bromures et des iodures. Quelle est l'épreuve de l'ingestion de ces sels sur l'élimination du NaCl?

Cette question est encore mal connue. MM. Lesné et Richet (1) ont montré que les accidents bromiques étaient plus graves chez les animaux déchlorurés que chez les animaux soumis à une alimentation ordinaire. Ils concluent à un remplacement du chlore par le brome dans l'organisme. Hypothèse vraisemblable, mais qui malheureusement manque d'une confirmation indispensable : à savoir la preuve de la rétention bromée par l'examen des éliminations urinaires.

Nous n'ignorons pas que MM. Toulouse et Reynier (2) ont tenté d'apporter cette preuve. Mais le malade qu'ils ont étudié présentait des bilans chlorurés si peu en rapport avec leur régime alimentaire qu'il est difficile de tirer une conclusion de leurs travaux. Leur malade ingérait 1g50 de NaCl par périodes et éliminait de 12 à 19 grammes de sel marin!

Par nos observations nous pensons avoir démontré que l'adjonction de sulfate de soude à un régime hypochloruré diminuait notablement les dépenses de l'organisme en chlore.

Quant aux hypothèses anciennes de Bunge sur la suppléance des sels de soude par les sels de potasse, elles ne reposent sur aucune étude précise ni des ingesta ni des excreta.

Le remplacement des sels dans l'organisme a donc été très peu étudié.

La cryoscopie urinaire est une méthode aujourd'hui constamment appliquée à l'étude des éliminations urinaires. D'après nos observations il nous a semblé que les déductions qu'on en tirait trop souvent étaient sujettes à quelques critiques.

(1) Lesné et Richet. Soc. de biol., 21 mars 1903.

(2) Toulouse et Reynier. Soc. méd. des hôpit., 11 nov. 1904.

La cryoscopie urinaire est l'étude du point de congélation d'une urine : elle indique globalement le nombre d'ions et de molécules contenus dans une urine; lorsque de ce point de congélation Δ on retranche le point de congélation que déterminerait à lui seul le chlorure de sodium contenu dans l'urine, on a un nouveau point de congélation *hypothétique* δ déterminé par les substances non chlorurées. Koranyi a prétendu que $\frac{\Delta}{NaCl}$ (NaCl évalué en pour 100 de chlorure de sodium) présentait un rapport absolument fixe chez l'individu normal *quelle que soit l'alimentation du sujet* (1)! Il était difficile d'émettre une hypothèse plus éloignée de la vérité. L'expérience a prouvé bien des fois que le rapport $\frac{\Delta}{NaCl}$ était un pur néant; que ce rapport devenait *ad libitum* aussi petit qu'on le voulait si l'on ingérait beaucoup de sel, aussi grand qu'on le voulait si l'on ingérait peu de sel. L'hypothèse de Koranyi nous semble donc avoir été insuffisamment critiquée, puisqu'elle n'est pas encore oubliée aujourd'hui.

MM. Claude et Balthazard ont rejeté de la cryoscopie l'élément d'erreur qu'y avait introduit Koranyi pour n'en garder que l'indication nette et certaine qu'elle donne toujours, à savoir le point d'abaissement de congélation Δ de l'urine.

MM. Claude et Balthazard disent en effet qu'il faut tenir compte du régime alimentaire.

Dans ces conditions la cryoscopie urinaire apparaît comme un excellent procédé capable de renseigner rapidement d'une façon approximative sur la quantité des matières azotées de l'urine, lorsqu'au préalable on a dosé le chlore urinaire.

En effet $\Delta - NaCl =$ molécules azotées (plus quelques sels peu abondants).

Nous nous permettrons seulement de remarquer que si la méthode de MM. Claude et Balthazard est intéressante en ce qu'elle renseigne assez rapidement, elle ne saurait en tout cas être regardée ni comme très précise, ni comme susceptible de nous donner des renseignements nouveaux, autres que ceux que nous donnait l'analyse chimique ordinaire.

En admettant en effet que $\Delta - NaCl =$ des « molécules élaborées » on néglige de 5 à 6 grammes de sulfates et de phosphates : cette négligence a exagéré le nombre des molécules élaborées d'autant. Il nous semble donc qu'un simple dosage d'azote total ou d'urée nous donne sur le nombre des molécules élaborées des renseignements pour le moins aussi précis que la cryoscopie.

D'autre part, lorsque l'on compare $\frac{\Delta}{NaCl}$ on compare l'azote urinaire au chlore urinaire. C'est là une comparaison dont nous ne voulons pas ici discuter l'intérêt, car elle soulève la question des bilans azotés, question des plus complexes; mais ce que

(1) Koranyi. Cité d'après Hamburger, *Osmoticher Druck und Jonen Lehre*, II, p. 520.

nous voudrions remarquer, c'est que c'est une comparaison qui ne nécessite en rien l'application de la cryoscopie; l'analyse chimique en donne exactement les éléments, et par conséquent il ne faut pas voir en la cryoscopie urinaire une méthode donnant des renseignements nouveaux, mais bien une méthode nouvelle donnant des renseignements déjà donnés par la chimie.

En clinique l'intérêt de la cryoscopie urinaire se résume donc uniquement en cette proposition : est-il plus vite fait de faire une cryoscopie qu'un dosage d'urée ?

DE LA COEXISTENCE DES GROSSESSES INTRA ET EXTRA-UTÉRINES

Par Charles BOURRET,

Interne des hôpitaux de Lyon.

Nous comprenons, sous ce titre, l'étude des seuls cas où les deux grossesses se sont développées simultanément, l'une dans la cavité utérine, l'autre en dehors d'elle.

Le début des deux grossesses peut parfaitement ne pas remonter exactement au même moment. Ce qui est essentiel pour permettre de grouper tel cas particulier dans le cadre de notre étude, c'est que les deux fœtus ont vécu simultanément au moins pendant un certain temps.

De là, la distinction de trois variétés de cas, bien établie par Simpson :

a. *Premier cas.* — La conception ectopique précède l'utérine, les deux embryons vivent simultanément pendant un temps variable.

b. *Deuxième cas.* — La conception ectopique suit l'utérine, ce serait l'exception.

c. *Troisième cas.* — La conception se fait simultanément dans l'utérus et hors de l'utérus. Il s'agit en somme alors d'une simple variété, un peu particulière, de grossesse gémellaire. Dans les deux premiers cas on a plutôt affaire à une véritable superfœtation, une nouvelle fécondation se produisant chez une femme déjà porteur d'une grossesse en évolution.

Quoi qu'il en soit nous excluons de cette étude tous les faits qui se rapportent à des grossesses intra-utérines survenues après une grossesse extra-utérine plus ou moins ancienne, mais dont le produit de conception a cessé de vivre.

L'étude de ces variétés de grossesses a du reste été faite dans les thèses de Schull (de Nancy) 1883 et de Funck-Brentano (de Paris) 1897.

I

La question de la simultanéité des grossesses intra et extra-utérines est longtemps restée dans l'obscurité. Les travaux se rapportant à ce sujet ne sont pas très nombreux, surtout dans la littérature médicale française.

Il est bon de signaler pourtant que les premières observations publiées paraissent l'avoir été en France : les plus anciennes sont celles de Duverney 1708 et celle de Mme Lachapelle.

Pinard, dans le *Dictionnaire encyclopédique*, article GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE, signale, sans y attacher une très grande importance, cette variété de grossesse. De plus, au mois de juin 1897 il communique à l'Académie de médecine une observation de Tuffier se rapportant à la coexistence d'une grossesse intra-utérine et d'une grossesse ectopique.

Tarnier et Chantreuil, dans leur *Traité des accouchements*, consacrent quelques pages aux faits semblables; mais ils les considèrent en quelque sorte comme une simple complication ou plus exactement une simple variété de grossesse extra-utérine banale.

Le premier travail d'ensemble publié en France nous paraît être la thèse de Pacalin, inspirée par M. Auguste Pollosson et soutenue le 19 janvier 1903 devant la Faculté de médecine de Lyon.

Quelques mois plus tard parut, dans la *Revue de gynécologie* de juin 1903, une nouvelle étude de Bichat (de Nancy).

Enfin le travail français le plus récent est sans doute la thèse de Dupouy (Paris 1903-1904).

A l'étranger les publications semblent avoir été plus nombreuses et plus précoces.

Signalons parmi les plus importantes, la statistique de John Parry, publiée en 1876 et qui, sur 500 grossesses, en signale 22 combinées à une grossesse ectopique; celle de Browne en 1881, celle de Rosthorn en 1890; les travaux de Gutzwiller, de Wili Strauss, de Zinke, le mémoire important d'Hanna Christer Nilsson de la clinique gynécologique du docteur Engström (d'Helsingfors), et enfin le travail plus récent publié à l'occasion d'un cas personnel par Simpson (de Pittsbury), dans l'*American Journal of Obstetric* de mars 1904.

A citer aussi toute une série d'observations isolées publiées dans différents journaux par Kohanow, Varnek, Boyd, Couturel, Perkins, Geil, Meyer, Reifferscheid, etc.

II

L'ombre dans laquelle est restée longtemps la question de la coexistence des grossesses intra et extra-utérines s'explique facilement par la rareté relative des cas observés. Bichat en remontant à l'année 1708 n'est parvenu à réunir que 49 observations nettement établies.

Gutzwiller à l'occasion d'un cas personnel a pu grouper 17 cas semblables.

Zinke arrive à un total de 88 observations.

Pacalin en fouillant les différentes statistiques et en s'inspirant surtout du travail de Nilsson, publie 78 cas auquel il en ajoute 1 personnel observé à la clinique de M. Auguste Pollosson.

Simpson enfin signale un total de 113 cas.

Les causes étiologiques proprement dites, qui paraissent jouer un rôle dans la formation des grossesses intra et extra-utérines concomitantes, sont difficiles à déterminer.

L'âge de la malade ne paraît pas avoir plus d'influence que sur le développement d'une grossesse normale. Les cas sont naturellement observés dans

la période la plus active de la vie génitale, c'est-à-dire entre vingt et quarante ans.

Par contre les antécédents obstétricaux paraissent avoir une importance plus manifeste ; dans la majorité des cas, il s'agit de femmes ayant eu des grossesses multiples.

Des grossesses antérieures gémellaires ou trigémellaires constitueraient aussi, d'après quelques observations, une prédisposition à cause des pontes ovariques multiples qu'elles indiquent.

III

C'est en effet à la fécondation de deux ovules, et à leur développement consécutif, dans la cavité utérine pour l'un, dans la trompe pour l'autre, qu'il faut rattacher les faits de grossesses intra et extra-utérine concomitantes.

Deux ovules fécondés au même moment ou à une époque rapprochée peuvent, suivant le point où ils vont se greffer et se développer, créer toute une série de variétés de grossesses gémellaires.

Si les deux ovules arrivent l'un et l'autre dans la cavité utérine, on assiste au développement d'une grossesse gémellaire banale.

S'ils restent tous les deux dans la même trompe, on a affaire à une grossesse tubaire gémellaire unilatérale.

Celle-ci est dite bilatérale si chacun des ovules occupe une trompe différente.

Enfin, dans une quatrième variété de faits, il est facile de concevoir la descente d'un seul ovule dans la cavité de l'utérus, le second continuant son évolution dans l'une des trompes : on aura alors le cas qui nous intéresse, le développement simultané d'une grossesse extra-utérine et d'une grossesse intra-utérine.

Reste à expliquer pourquoi les deux ovules ne descendent pas l'un et l'autre dans la cavité utérine pour s'y greffer. L'explication n'est certes pas facile à donner, et nous ne pouvons qu'invoquer les causes étiologiques plus ou moins vagues signalées dans la pathogénie de la grossesse ectopique banale.

Les adhérences péritonéales, les malformations salpingiennes jouent sans doute un certain rôle, mais dont l'importance et l'influence immédiate n'est pas toujours bien évidente.

Barnes, pour expliquer l'arrêt de l'un des ovules en dehors de la cavité utérine, a émis une ingénieuse théorie : pour lui, les deux ovules cheminant en même temps dans la trompe vers l'ostium uterinum se gêneraient mutuellement, soit directement, soit par suite des phénomènes de congestion provoqués par le début de développement du premier ovule. Celui-ci continuerait son chemin et se développerait normalement, tandis que l'autre ayant sa marche entravée par le premier resterait dans la trompe ou tomberait dans la cavité abdominale.

Peut-être aussi ne faudrait-il voir dans la coexistence des grossesses intra et extra-utérines, ainsi que le fait remarquer Dupouy, qu'un des stigmates obstétricaux de dégénérescence étudiés par Larger dans sa thèse (Paris 1900). Si l'on admet avec cet auteur que les grossesses gémellaires en général, de même que les grossesses ectopiques, ne sont en somme dues qu'à un défaut ou à un vice de développement, à plus forte raison peut-on faire rentrer dans la catégorie de ces stigmates les grossesses où il y a à la fois gémellité et ectopie.

IV

Les symptômes de la coexistence d'une grossesse intra-utérine et d'une grossesse ectopique sont loin d'être caractéristiques.

Les signes habituels d'une grossesse banale existent d'abord : arrêt des règles, vomissements matutinaux, pigmentation de la peau, présence de colostrum au niveau des mamelons, augmentation de l'utérus, ramollissement du col; mais comme ils existent également dans les cas de grossesse utérine ou extra-utérine simple, ils ne sont pour ainsi dire d'aucune utilité pour faire soupçonner l'existence d'une double grossesse.

Existe-t-il des symptômes propres à faire dépister celle-ci? Pour Pacalin, les hémorragies et les douleurs seraient parfois susceptibles d'éveiller l'attention d'un esprit prévenu de la possibilité des cas de grossesse que nous étudions.

« Les premières sont tantôt sans signification et constituent des écoulements irréguliers se produisant pendant les trois ou quatre premiers mois de la grossesse; le plus souvent, au contraire, elles coïncident avec l'avortement de l'œuf utérin ou l'interruption de la grossesse ectopique.

Les *douleurs* sont dues, le plus souvent, à la compression des organes abdominaux ou à une hémorragie produite à l'intérieur du sac fœtal ou à une rupture du sac lui-même. Dans tous les cas, elles seraient plus intenses que lorsqu'il n'existe qu'une grossesse normale. »

V

Somme toute, les signes précédents n'ont rien d'absolu, rien de bien caractéristique, et dans la grande majorité des cas, le diagnostic ne pourra résulter que du rapprochement de certaines circonstances qui créent une série de tableaux cliniques différents.

I. Dans une première catégorie de cas, les deux grossesses intra et extra-utérines évoluent sans présenter d'accidents. Au début, la grossesse intra-utérine sera habituellement seule reconnue.

Puis le développement de l'abdomen, la multiplicité des pôles fœtaux, l'existence de deux foyers de battements cardiaques permettront, à partir de quatre mois et demi à cinq mois, d'établir le diagnostic de grossesse gémellaire. Il ne restera plus qu'à déterminer le siège extra-utérin de l'une des deux grossesses.

On y parviendra, surtout si l'on songe à la possibilité de cet accident, par l'examen minutieux du siège de la tumeur, que l'on reconnaîtra juxta-utérine.

On conçoit que le diagnostic différentiel avec une grossesse gémellaire, dans un utérus anormal, soit en général extrêmement délicat, souvent même à peu près impossible.

II. Dans une deuxième catégorie, nous pouvons ranger les cas où la grossesse intra-utérine encore, seule, diagnostiquée au début, arrive à terme ou est interrompue à un moment donné, soit par une cause accidentelle, soit, en apparence tout au moins, spontanément, la grossesse extra-utérine restant silencieuse.

Ce n'est qu'après la délivrance de la cavité utérine que l'attention pourra être appelée du côté de cette deuxième grossesse, soit par la persistance des hémorragies, soit par l'existence de douleurs.

Le toucher vaginal permettra alors de reconnaître au voisinage de l'utérus, soit l'œuf continuant à se développer, soit beaucoup plus fréquemment l'existence d'une collection dans le cul-de-sac de Douglas, résultat d'une rupture tubaire ayant abouti à une hématocèle restée silencieuse et à la résorption de l'œuf.

III. Enfin, dans nombre des cas rapportés, il semble que ce soit la grossesse extra-utérine qui ait surtout attiré l'attention.

Le diagnostic de grossesse intra et extra-utérine sera relativement aisé lorsque, après avoir reconnu le développement d'une grossesse utérine, considérée jusque-là comme normale, on verra survenir des accidents révélateurs d'une rupture de grossesse tubaire.

Mais il n'en sera pas de même lorsque, chez une malade visitée pour la première fois, on se trouvera en face du tableau clinique de l'hématocèle banale. Celle-ci, dans la majorité des cas, sera parfaitement susceptible de masquer complètement la grossesse utérine concomitante, l'hypertrophie de l'utérus, le ramollissement du col et tous les signes de grossesse étant naturellement mis sur le compte de la grossesse anormale.

Le diagnostic de la double grossesse, ne sera le plus souvent, dans ces cas-là, posé qu'au cours de l'intervention chirurgicale dirigée contre l'hématocèle.

Wili Strauss indique cependant comme élément important de diagnostic clinique, la différence de volume très sensible qui existerait à l'époque de l'examen, entre un utérus réellement gravide et un utérus simplement hypertrophié et non gravide à côté d'une grossesse ectopique.

De ces quelques considérations il est facile de déduire la difficulté habituelle du diagnostic. Il faut remarquer en outre que, dans le cas même où l'on reconnaît l'existence à la fois d'une grossesse intra-utérine et d'une tumeur juxta-utérine, le diagnostic n'en est pas toujours, pour cela, tranché d'une façon nette.

La coexistence d'une grossesse utérine et d'une tumeur de l'utérus ou de l'ovaire peut en effet prêter à confusion. Le diagnostic se basera sur l'histoire de la malade, sur les phénomènes douloureux, sur les crises successives, enfin surtout sur les caractères objectifs de la tumeur ou collection juxta-utérine.

VI

La marche de l'affection est variable.

Tantôt la grossesse intra-utérine arrive à terme, que la grossesse ectopique concomitante ait été reconnue ou non. Ce n'est qu'après l'accouchement que l'on intervient sur l'hématocèle.

Dans quelques cas cependant, les deux fœtus seraient venus vivants à terme, l'un par voies naturelles, l'autre par laparotomie.

Très souvent enfin, on est obligé d'intervenir pour un accident de la grossesse ectopique : l'avortement de la grossesse intra-utérine s'ensuit habituellement.

VII

La question du traitement des grossesses intra-utérines et extra-utérines concomitantes prête souvent à discussion, la question si débattue jusqu'à nos jours, du traitement de la grossesse extra-utérine simple, se trouvant ici compliquée par l'existence d'une grossesse utérine qui peut être très facilement interrompue par une intervention pratiquée au voisinage.

Il importe cependant de remarquer qu'en pratique, la question se trouve le plus souvent simplifiée, soit que le diagnostic exact de la double grossesse n'ait pas été établi, soit que la conduite du chirurgien lui soit en quelque sorte dictée par des circonstances graves.

Aussi nous contenterons-nous d'exposer brièvement quelques règles générales de conduite, celles-ci devant varier presque dans chaque cas particulier.

Polosson, dans la thèse de Pacalin, pose d'abord les principes suivants :

I. *Premier principe.* — Il faut sauver la mère plutôt que les enfants ; il ne faut pas exposer la mère à des dangers imminents et graves pour favoriser l'évolution problématique de la grossesse extra-utérine.

II. *Second principe.* — « La conservation et la préservation du fœtus utérin doit passer avant la conservation du fœtus extra-utérin. »

De ces deux principes découlent, d'après le même auteur, les règles suivantes :

I. Dans les premiers mois, le traitement sera en quelque sorte préventif des accidents d'hémorragie et de péritonite qui peuvent être considérés comme étant la règle dans les cas de grossesse tubaire; l'ablation du sac fœtal extra-utérin par voie abdominale sera la méthode de choix.

Très souvent cette ablation sera suivie de l'avortement du fœtus utérin, mais dans d'autres cas elle sera au contraire la meilleure condition de conservation de la grossesse utérine.

II. A partir du quatrième et du cinquième mois la conduite paraît peut-être plus discutable; pour les uns il faudrait encore « attaquer la grossesse extra-utérine »; pour les autres l'intervention ne serait indiquée que dans les cas où il se produit quelque accident du côté de la grossesse juxta-utérine.

Cette conduite de l'expectation, en quelque sorte armée, est du reste encouragée par les statistiques des différents auteurs, qui rapportent nombre de cas où les deux grossesses, ainsi que nous l'avons dit, ont pu arriver à terme.

Dans ces cas-là, le fœtus extra-utérin sera extrait chirurgicalement immédiatement après l'accouchement du fœtus utérin.

Telles nous paraissent être les règles générales dont le chirurgien doit s'inspirer; mais elles sont loin d'être formelles, l'intervention étant, comme nous l'avons vu, le plus souvent dictée par des circonstances indépendantes du diagnostic de grossesse double intra et extra-utérine, et qui, habituellement, ne permettent guère au chirurgien d'avoir des doutes sur la conduite à tenir.

BIBLIOGRAPHIE

Nous n'avons pas jugé utile de signaler chacune des observations rapportées isolément; nous nous sommes contenté de signaler les plus intéressantes et d'indiquer surtout les travaux renfermant quelques considérations sur le sujet que nous avons exposé.

Duverney. *Œuvres anatomiques*, 1761. — Mme Lachapelle. *Pratique des accouchements*, 1825. — Ambrosiani Galtano. *Gaz. med. di Milano*, 1846. — Dumollard. Grossesse double intra-utérine et extra-utérine (*Journ. de méd. et de pharm. de l'Isère*, 1879). — Pinard. *Dict. encyclopéd.* et *Bull. de l'Acad. de méd.*, juin 1897. — Browne. A contrib. to the history of combined intra-uterine and extra-uterine twin pregnancy (*Transact. of the Amer. gynecol. Soc.*, vol. VI, 1882). — Tarnier et Chantreuil. *Traité des accouchements.* — Rhosthan. Primär Tubarsecundäre abdominal schwangerschaft Zwillinge. Arbeit aus des klinik Prof Chrobak (*Wien. klin. Wochens.*, 1890). — Gutzwiller. *Arch. f. Gynec.*, 1893. — Strauss. Tubärgravidität bei gleichzeitiger Intra-uteringravidität (*Zeitsc. f. Geburt und Gyn.*, XLIV, 1900). — Hanna Chuster Nilsson. *Ueber gleichzeitige extra-uterine und intra-uterine Schwangerschaft Mitheil. aus der gynakologischen klinik* von Prof. Otto Engström, in Helsingfors, IV, 1901. — Boyd. *Brit. med. journ.*, octobre 1901. — Contwel. *New-York med. Rec.*, avril 1901. — Zinke. *Americ. Journ. of obstet.*, 1902. — Pacalin. Th. de Lyon, 1901-1903, n° 133. — Bichat. *Revue de gynécol. et de chir. abdom.*, 10 juin 1903. — Geyl et Meyer. *Zentralbl. f. Gyn.* Leipzig, 1903. — Morrisson. *New York med. Journ.*, juin 1903. — Perkins. *Boston med. and surg. Journ.*, 1902. — Reifferscheid. *Zentrabl. f. Gynec.*, 1903. — Simpson. *Amer. Journ. of obstet.*, mars 1904. — Dupouy. Th. de Paris, 1903-1904.

MÉDECINE PRATIQUE

MODE D'ADMINISTRATION DE L'ANTIPYRINE CHEZ LES ENFANTS

Le professeur Pouchet, dans ses *Leçons de pharmacodynamie et de matière médicale* (O. Doin, Paris 1904), attire l'attention sur une méthode excellente pour donner l'antipyrine. Elle consiste dans l'adjonction de l'antipyrine à l'une des deux potions de Rivière. Cette formule que recommande M. Variot dans la *Clinique infantile* est due à M. Brissemoret, la voici :

Antipyrine .... de $0^{gr}50$ à	2	grammes
(suivant l'âge).		
Bi-carbonate de potasse	2	—
Sirop de sucre	15	—
Eau distillée	45	—

Ceci constitue, avec l'antipyrine en plus, la potion n° 1 de Rivière. La potion n° 2 reste la potion de Rivière non modifiée, c'est-à-dire :

Acide citrique	2	grammes
Eau distillée	50	—
Sirop de limons	15	—

On administre successivement et immédiatement l'une après l'autre une cuillerée à soupe de la potion n° 1 et une cuillerée de la potion n° 2. Dans ces conditions se produit une réaction semblable à ce qui se passe dans l'administration de la potion de Rivière; le carbonate de potasse de la potion n° 1 est décomposé dans l'estomac par l'acide de la potion n° 2; il se fait du citrate de potasse et un dégagement d'acide carbonique qui facilite précisément la tolérance de la muqueuse gastrique pour l'antipyrine; puis, après la formation du citrate de potasse dans l'estomac, il se fait ultérieurement dans l'organisme une transformation de ce citrate en carbonate et cela revient à l'administration de l'antipyrine dans une solution alcaline, avec cette différence avantageuse, toutefois, que la formation du carbonate alcalin au sein même de l'organisme stimule et facilite les phénomènes intimes de nutrition des tissus.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 7 avril 1905)

Recherches sur le pouls cérébral. — Au début de la séance le professeur Roger, en collaboration avec M. Hébert, apporte le résultat d'intéressantes études sur le pouls cérébral. Ces recherches ont été faites dans son service sur un malade qui, à la suite d'une chute de cheval, présentait un enfoncement du pariétal et qui pour cette lésion avait subi plusieurs fois la trépanation. La dernière avait été suivie de suppuration et il existait une perte de substance de la largeur de la paume de la main, le cuir chevelu était adhérent aux méninges. En plaçant un appareil enregistreur au niveau de la lésion, on pouvait étudier le pouls cérébral.

Les conclusions de ce travail, au moins les principales, sont les suivantes :

Sous l'influence d'une respiration calme, il n'y a pas une grande différence dans la tension à l'inspiration et à l'expiration. Il n'en est plus de même dans les grands mouvements respiratoires.

Lors de l'effort produit par la pression manuelle d'un dynamomètre la tension s'élève progressivement.

Dans la toux, l'expansion est telle que le cerveau semble projeté au-dessus de l'os, et il est impossible de maintenir un appareil en place.

Le rire détermine une élévation énorme de la pression.

Dans le travail cérébral, la pression est en corrélation avec l'effort produit.

Les auteurs firent dire une fable au malade, qui est artiste dramatique, et ils constatèrent que pendant les passages pathétiques il y avait élévation de pression.

Dans la fable de La Fontaine *Le loup et l'agneau*, on voyait la pression s'élever quand le malade arrivait à ces mots : « l'animal plein de rage. »

Enfin, il est constant que l'examen fait dans la station verticale donnait des résultats très différents de ceux obtenus quand le malade était assis.

Endocardite térébrante et végétante pneumonique. — M. L. Galliard rapporte l'observation dont le résumé suit :

Un homme de trente-sept ans entre à Lariboisière pour une pneumonie du sommet droit au dixième jour. La défervescence s'effectue le onzième jour. Le dix-huitième jour, la température s'élève à nouveau à 40 degrés. L'auscultation du cœur jusque-là normale montre qu'une insuffisance aortique vient

de se constituer. Le malade meurt huit jours après. A l'autopsie on trouve trois végétations importantes dans trois cavités cardiaques distinctes. La plus volumineuse est accolée à la valvule droite antérieure et à la valvule postérieure, au-dessous desquelles elle s'implante sur la paroi ventriculaire par une base qui atteint la dimension d'une pièce de 2 francs. A la limite inférieure de cette base d'implantation on trouve deux petits orifices. Le premier conduit dans l'oreillette gauche au centre d'une végétation grosse comme une noisette siégeant au niveau du bord adhérent de la mitrale. Le second conduit dans l'oreillette droite au niveau du bord adhérent de la tricuspide, au centre d'une végétation de la grosseur d'une mûre. Le processus destructif a donc produit deux perforations distinctes de la cloison ventriculaire.

Anémie pernicieuse et opothérapie médullaire. — MM. Ménétrier, Aubertin et Bloch ont traité, par l'opothérapie médullaire, un certain nombre de cas d'anémies graves, cryptogénétiques, mais n'ont observé de résultats favorables que dans un cas. Il s'agissait d'une anémie du type pernicieux avec réaction myéloïde marquée.

En cinq semaines, sous l'influence de la seule opothérapie, le nombre des globules monta de 680000 à 3 millions, en même temps que disparaissaient tous les symptômes morbides : la malade, cliniquement guérie, quitta l'hôpital. Si l'opothérapie a agi dans ce cas, c'est à cause de l'intensité remarquable de la réaction myéloïde (5 p. 100 de myélocytes ; 5 globules nucléés par 100 leucocytes).

L'étude du sang montre qu'elle a agi en renforçant et en régularisant l'effort de la moelle. Sous l'influence de l'opothérapie, il y a eu : leucocytose légère avec augmentation des myélocytes ; augmentation des globules à noyau avec remplacement des mégaloblastes par des normoblastes, éosinophilie, augmentation de la valeur globulaire.

A partir d'un certain moment, les globules nucléés ont disparu du sang et les polynucléaires ont augmenté en même temps que disparaissaient la poïkilocytose et la polychromatophilie. L'opothérapie médullaire, impuissante dans la forme aplastique de l'anémie pernicieuse, est indiquée chaque fois qu'il y a une réaction myéloïde, si faible soit-elle ; mais elle ne semble donner de résultats que quand cette réaction myéloïde est assez marquée.

Recherches sur les modifications de la pression artérielle au cours de la menstruation. — M. Siredey. Les graphiques montrent nettement que la pression, prise chaque jour, subit une ascension la veille ou le premier jour des règles, au plus tard le deuxième. Elle redescend ensuite pour tomber au-dessous de la normale à la fin de la période ; quand celle-ci est terminée la tension revient à la normale.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 5 avril 1905)

Myorraphie antérieure des releveurs de l'anus. — A propos de la communication de M. Chaput sur ce sujet, M. Delanglade (de Marseille) écrit qu'il a, depuis longtemps déjà, eu recours à ce mode d'intervention.

Luxation traumatique des cunéiformes. — Suit un rapport de M. Kirmisson sur une observation de M. Toussaint, de l'hôpital Bégin. Voici les faits : un jeune sous-officier de vingt-cinq ans fait une chute de cheval, sa jambe droite prise sous l'animal qui a manqué des quatre pieds. Il sent aussitôt une douleur vive dans le pied et peut à peine s'appuyer dessus. On le soutient jusqu'au quartier de cavalerie, peu éloigné du lieu de l'accident. On constate sur le dos du pied une vaste ecchymose et un gonflement notable, qui rend le diagnostic de la lésion très difficile. On se contente d'appliquer un bandage légèrement compressif. Neuf jours après on fit la radiographie et on constata un déplacement du second cunéiforme du côté de la face dorsale du pied. M. Toussaint, à l'aide d'une pression énergique avec les deux pouces, réduisit la luxation, mais pas complètement, ainsi que le montre une seconde radiographie. On y voit, en effet, par comparaison avec la première, que la déformation est considérablement réduite, mais pas complètement corrigée. Toutefois le malade est guéri et a pu reprendre son service.

M. Toussaint a recherché les cas analogues. Dans l'article pied du *Dictionnaire de Jaccoud*, M. Delorme rapporte trois faits du même genre. Il en existe un autre dans un mémoire de Behr, ce qui porte à cinq, avec celui de M. Toussaint, le nombre des cas connus de luxation des cunéiformes.

A l'examen des radiographies, M. Kirmisson pense que le premier cunéiforme a pris aussi une certaine part à la déformation.

C'est aussi l'avis de M. Berger.

M. Delorme pense que les luxations des cunéiformes sont plus fréquentes qu'on ne l'a dit, mais il est exceptionnel de trouver ces luxations isolées. En général, les os voisins prennent part aussi à la déformation.

M. Monod fait remarquer que des lésions, même très graves, des os du pied n'entraînent pas toujours des troubles fonctionnels en rapport avec elles. Il cite l'exemple d'un jeune homme qui a eu, en Amérique, un écrasement du pied tel que la question de l'amputation de la jambe a dû se poser. Ce jeune homme a fini par se remettre, et marcher ; il a repris le cours de ses voyages et, en allant au Japon, est mort dans un naufrage.

M. Rieffel partage les doutes de M. Berger. Il a fait de nombreuses expériences qui lui ont montré qu'il était très difficile de limiter la lésion, par le traumatisme, à un seul cunéiforme. Il insiste aussi sur l'importance de l'action musculaire du jambier antérieur sur la déformation. M. Rieffel croit bien que dans le cas de M. Toussaint il y a eu traumatisme simultané du premier et du deuxième cunéiformes.

M. Chevassu, qui a assisté à l'opération pratiquée par M. Toussaint sur son malade, déclare que la réduction a été des plus nettes et des plus faciles.

Inflammation du diverticule de Meckel. — De quelles complications peuvent s'accompagner les hernies de la partie de l'intestin où s'insère ce diverticule ? Telle est la question que cherche à résoudre M. Brin (d'Angers) qui adresse à ce sujet une observation qu'analyse M. Broca. Il s'agissait d'un enfant qui fut pris de coliques violentes, avec vomissements, ballonnement du ventre et qui portait une petite tumeur dans l'aine droite. M. Brin opéra, il arriva sur un intestin cylindrique faisant corps avec le sac et en avançant dans sa dissection il parvint sur l'anse où s'insérait le diverticule de Meckel, il la réséqua, fit sa suture et le malade guérit après une légère phlébite de la jambe gauche, bien que ce fût le côté droit qui ait été opéré. Il y avait, dans ce cas, inflammation du diverticule de Meckel avec étranglement. On peut dire que la pathologie du diverticule de Meckel ressemble à celle de l'appendice vermiculaire. M. Brin a bien fait de le réséquer. C'est ce qu'il faut faire en pareil cas.

Parmi les présentations signalons un **enchondrome de la langue** opéré chez une femme, par M. Routier; un volumineux **anévrisme** de la sous-clavière droite, chez un homme de trente-neuf ans présenté par M. Moty; un **kyste dermoïde** de l'ovaire par M. Potherat et un **corps étranger articulaire** chez une jeune fille de vingt ans, pris pour une tumeur blanche et opéré par M. Chaput.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 8 AVRIL 1905)

De la faim. — Pour M. Léopold-Lévi, l'activité diastasique, dont dépend la nutrition extérieure, subit la régulation du système nerveux subordonné lui-même aux actes diastasiques. C'est le mécanisme nerveux régulateur des actions diastasiques.

Les centres siègent en différentes régions du névraxe : moelle, bulbe et cerveau.

Les cellules, à leur optimum de disponibilité diastasique, actionnent les centres, et parviennent jusqu'au cerveau. La sensation de faim prend naissance.

La faim est donc la sensation consciente d'un appel adressé suivant un mode paroxystique au centre général de régulation de l'activité diastasique. Le siège du centre bulbaire peut être précisé d'après ses connexions. Le centre cérébral est encore mal connu.

L'estomac, le goût contribuent à spécifier la faim, le cerveau la discipline, la perfectionne ou la pervertit.

Tous ces rouages sont actionnés en sens inverse dans la production de la sensation de satiété.

Le même mécanisme est mis en jeu dans les variations de la faim.

Parmi les viciations de la faim, il faut envisager la faim bulbaire dans ses variétés : aphagie, polyphagie, paraphagie, et la faim cérébrale : anorexie, hyperorexie, dysorexie.

Autres communications :

Note sur un nouveau parasite de l'homme, par M. Raillet.

Note sur deux nouveaux trypanosomes, par M. Mesnil.

VISITE DES MÉDECINS ANGLAIS

(11, 12, 13 MAI 1903)

Ainsi que nous l'avions annoncé, le comité exécutif du comité de patronage pour la réception des médecins anglais à Paris s'est réuni vendredi soir à l'hôtel de la Société de chirurgie sous la présidence de M. le professeur Bouchard.

Les dispositions suivantes ont été arrêtées :

Nos confrères anglais arriveront le 10 mai à six heures du soir à la gare du Nord, où une délégation du comité exécutif les attendra.

A neuf heures du soir, réception à la Sorbonne par M. Liard, vice-recteur, et la Société des Amis de l'Université que préside M. Casimir-Perier, ancien président de la République.

Jeudi 11 mai. — Matinée : visite des hôpitaux, *ad libitum.*

A deux heures et demie visite de la Faculté, puis réception à l'Assistance publique par M. Mesureur, et à l'Hôtel de Ville par le président du Conseil municipal et le préfet de la Seine.

Le soir, réception ouverte chez M. le professeur Bouchard.

Vendredi 12 mai. — Matinée : visite des hôpitaux *ad libitum.*

Vers deux heures, départ pour Chantilly par train spécial. (Le train spécial ne contenant que 225 places, les médecins français qui désireront se rendre à Chantilly devront soit se faire inscrire auprès du docteur Teissier, trésorier, soit prendre un des trains précédents.) Visite du château. Lunch.

A neuf heures, représentation de gala dans la salle de théâtre de l'Automobile Club de France, place de la Concorde. Le programme n'est pas encore définitivement arrêté.

Les médecins français qui désireront assister à cette représentation devront également se faire inscrire auprès du trésorier.

Notons que pendant la durée du séjour des médecins anglais à Paris, l'Automobile Club de France mettra à leur disposition une salle de réunion et de correspondance.

Samedi 13 mai. — Matinée, visite des hôpitaux; après-midi, visite de l'Institut Pasteur.

Le soir, à huit heures, banquet au Grand-Hôtel; cotisation : 25 francs.

Ce même soir les dames anglaises seront invitées à une représentation de l'Opéra.

SUITE DES SOMMAIRES

Medical Record. — (N° 11, 18 mars 1905.) W. Bull et W. Coley : Résultats de quinze cents opérations pour la cure radicale de la hernie chez les enfants. — George Jackson : L'acné et son traitement. — Loomis : Limites de la valeur de la nitroglycérine comme agent thérapeutique. — Simon Strauss : Un cas de section césarienne vaginale suivie de guérison.

Münchener med. Wochenschrift. — (N° 13, 28 mars 1905.) K. Alt : Traitement de l'état de mal épileptique. — Volhard : Sur le pouls alternant et pseudo-alternant. — Bauereisen : Sur un cas de pénétration d'un myome utérin par une tumeur carcinomateuse de l'ovaire. — Erwin von Graff : Hyperplasie congénitale d'un poumon avec développement rudimentaire de l'autre. — Habs : Sur les blessures du rein. — Rosenbach : Coïncidences entre des troubles du côté de l'œil et des symptômes dans le territoire du nerf pneumogastrique. — Rammstedt : Un cas de fracture longitudinale d'un os de la main. — Lieven : Sur le traitement de la syphilis. — Unschuld : Un mot sur le baume du Pérou. — Walter : Sur les tubes Röntgen de Köhler; leur application au dosage des rayons Röntgen.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 12, 23 mars 1905.) Chrobak : Sur l'emploi des médicaments. — Polland : Un cas de pemphigus iodique avec participation de la muqueuse stomacale. — Zirm : Sur nos connaissances actuelles sur la nutrition et les troubles de la nutrition du cristallin. — Pollak : Sur de nouveaux médicaments en phtiséothérapie. — Pick : Variole et varicelle. — Okuniewski : Fistule de l'ouraque. Incarcération interne, laparotomie, guérison. — (N° 13, 30 mars.) Schlesinger : Sur la paralysie périodique. — Infeld : Un cas de paralysie périodique. — Pfeiffer : Sur l'action des substances fluorescentes sur le sérum normal et sur les globules rouges. — Lang : Dermatose épithéliale dégénérative circonscrite eczématiforme. Maladie de Paget. — Hödlmoser : Contribution à l'étude des corps étrangers du larynx. — Stegmann : Traitement des cicatrices de variole par la vaseline et l'huile de vaseline.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 43. — JEUDI 13 AVRIL 1905. 78e ANNÉE. JEUDI 13 AVRIL 1905. — N° 43

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Entérite et douleur, par M. Charles Esmonet.
MÉDECINE PRATIQUE
A propos du diagnostic des épanchements pleuraux chez les vieillards, par MM. Coutois-Suffit et Beaufumé.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine. — Société de neurologie.
FORMULAIRE
LIVRES NOUVEAUX
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)
Hémiplégies (suite).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de médecine. — Admission.* — Epreuve de consultation écrite :

Séance du 11 avril. — MM. Tissier, 16; Boix, 16; Ramond, 18.

La prochaine séance aura lieu le vendredi 14 avril à neuf heures et demie du matin, à Lariboisière.

Les hôpitaux suivants sont interdits aux candidats : Beaujon, Lariboisière, la Charité, l'Hôtel-Dieu.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Nantes. — Le concours pour l'internat en pharmacie s'est terminé par les nominations suivantes : Internes titulaires, MM. Pontdevie, Talvard, Bailly et Papin ; — internes provisoires, MM. Chassé, Gaglet et Guérineau.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — *Programme des concours.* — 1904-1905 : Déterminer par des recherches originales la signification de la neuronophagie dans les diverses parties du système nerveux. Prix : 1000 francs; clôture du concours, 15 décembre 1905.

1904-1906 : De la simulation au point de vue médico-légal en ce qui concerne les traumatismes et les névroses, et des moyens de la déceler. Prix : 1 000 francs; clôture du concours, 1er juillet 1906.

1905-1906 : Faire l'étude des poisons normaux (toxines) de l'intestin chez l'homme au point de vue de la pathogénie et déterminer les moyens de défense de l'organisme contre ces poisons. Prix : 1000 francs; clôture du concours, 15 septembre 1906.

1905-1906 (Prix fondé par le docteur da Costa Alvarenga) : Ce prix sera décerné, à l'anniversaire du décès (21 juillet 1883) du fondateur, à l'auteur du meilleur mémoire ou ouvrage inédit (dont le sujet sera au choix de l'auteur), sur n'importe quelle branche de la médecine. Si aucun des ouvrages n'était digne d'être recompensé, la valeur du prix serait ajoutée au capital. Prix : 800 francs; clôture du concours, 15 janvier 1906.

1903-1905 (Prix fondé par un anonyme) : Elucider par des faits cliniques et au besoin par des expériences la pathogénie et la thérapeutique des maladies des centres nerveux et principalement de l'épilepsie. Prix : 10000 francs; clôture du concours, 15 décembre 1905.

Des encouragements de 300 à 3 000 francs pourront être décernés à des auteurs qui n'auraient pas mérité le prix, mais dont les travaux seraient jugés dignes de récompense.

Une somme de 5 000 francs et une de 25 000 francs pourront être données, en outre du prix de 10 000 francs, à l'auteur qui aurait réalisé un progrès capital dans la thérapeutique des maladies des centres nerveux, tel que serait, par exemple, la découverte d'un remède curatif de l'épilepsie.

RADIOLOGIE MÉDICALE. — *Cours de vacances*, par le docteur A. Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. — Tous les jours de la semaine avant Pâques, dimanche 16 avril au samedi 22 avril :

Matin, dix heures : Enseignement des notions théoriques et techniques indispensables à la pratique de la radioscopie et de la radiothérapie.

Matin, onze heures : Exercices pratiques de radioscopie, particulièrement appliqués à l'exploration des organes thoraciques.

Soir, deux heures : Exercices pratiques de radiographie simple et stéréoscopique des diverses régions.

Le cours théorique est librement ouvert à tous les étudiants et docteurs en médecine, il commencera le *dimanche 16 avril à dix heures du matin* dans le laboratoire du docteur Béclère à l'hôpital Saint-Antoine.

Le droit d'inscription pour les exercices pratiques est de 100 francs, ils auront lieu à partir du lundi 17 avril, dans le laboratoire du docteur Béclère (en raison du nombre forcément très restreint des personnes qui pourront y participer, on est prié de s'inscrire le plus tôt possible).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort M. le docteur Hacquart (de Saint-Meslin-du-Boc).

LA « POUDRE D'ANIODOL »

MONSIEUR LE DOCTEUR,

Il n'est pas de praticien qui n'ait, à un certain moment, maudit l'odeur si tenace, si révélatrice et si répugnante de l'iodoforme et ne se soit promis à lui-même de le mettre de côté, tant les malades sont incommodés par l'exhalaison, que le médecin qui a touché tant soit peu à de l'iodoforme transporte sur son passage, toute sa personne, mains, vêtements, chemise, voire même sa barbe en étant imprégnés.

Cette constatation a poussé depuis des années à rechercher une poudre qui pût suppléer à ces inconvénients tout en présentant, au point de vue thérapeutique, les garanties suffisantes. Problème simple, en apparence, mais hérissé de difficultés sans nombre, au point que bien des médecins ou chirurgiens étaient revenus, devant l'insuffisance des moyens à eux proposés, à l'iodoforme jusqu'au jour où le docteur Sedan, l'inventeur du puissant antiseptique l'*Aniodol* préconisé, comme on le sait, tout d'abord par les professeurs Queirel (de Marseille), Pinard, à la Maternité de Paris, et Guillemet, dans son service d'hôpital à Nantes, a été adopté par les plus éminents maîtres et l'Assistance publique, jusqu'au jour où le docteur Sedan est arrivé, après plusieurs années de tâtonnements et d'essais, à obtenir la *Poudre d'Aniodol* qui, dès son apparition, a reçu un accueil enthousiaste de la part du corps médical.

Comment en serait-il autrement? Fine, légère, pulvérulente, d'une jolie couleur chair de femme, sans odeur, impalpable, dépourvue de toxicité et de causticité, adhérant parfaitement aux surfaces, et poussant à la cicatrisation avec une rapidité qui étonne, lorsqu'on a le soin de laver au préalable les plaies avec la solution d'aniodol, la poudre d'aniodol se trouvait donc d'emblée posséder toutes les qualités de l'iodoforme sans présenter aucun de ses inconvénients.

Nous considérons donc que c'est un service à rendre que de proclamer bien haut de telles propriétés que tout praticien peut aussitôt contrôler en expérimentant la POUDRE D'ANIODOL dans les plaies anfractueuses, simples ou de nature tuberculeuse, l'Aniodol ayant, on peut dire, une action spécifique dans ces cas, de même que dans les ulcères variqueux, si difficiles à modifier : les chancres mous, les cancers de l'utérus, du vagin ou du rectum où, à son pouvoir antiseptique, se joint son action spéciale désodorisante.

On voit, par ce court aperçu, les services que peuvent rendre au corps médical l'Aniodol et son dérivé la POUDRE D'ANIODOL.

Dr SLAV.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

La Compagnie organise, avec le concours de l'Agence Lubin, les excursions suivantes :

Italie : Semaine sainte à Rome. — Départ de Paris le 17 avril. Retour le 5 mai 1905. Durée de l'excursion : 19 jours. Prix (tous frais compris) : 2e classe, 525 francs.

Littoral de la Méditerranée. — Départ de Paris le 21 avril. Retour le 6 mai 1905. Durée de l'excursion : 16 jours. Prix (tous frais compris) : 1re classe, 515 francs ; 2e classe, 465 francs.

S'adresser pour renseignements et billets, aux bureaux de l'Agence Lubin, 36, boulevard Haussmann, à Paris.

Vacances de Pâques. — Billets d'aller et retour de 1re et de 2e classe, à prix réduits, de Paris pour Cannes, Nice et Menton, délivrés du 15 au 27 avril 1905.

Les billets sont valables 20 jours et la validité peut être prolongée une ou deux fois de 10 jours moyennant 10 o/o du prix du billet. Ils donnent droit à deux arrêts en cours de route, tant à l'aller qu'au retour.

De Paris à Nice, viâ Dijon, Lyon, Marseille : 1re classe, 182 fr. 60 ; 2e classe, 131 fr. 50.

ENTÉRITE ET DOULEUR

Par Charles ESMONET (de Châtel-Guyon).
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Sur quelques coliques.— Pour Lasègue, « dans toute affection du gros intestin le phénomène colique permet d'affirmer la participation du côlon transverse à la maladie. » Avec M. Galliard, nous n'exigerons pas une précision si grande et nous appliquerons d'autant plus volontiers cette dénomination de colique à l'expression des souffrances retenties sur toute la longueur du tractus intestinal que, ce faisant, nous serons encore en deçà de l'usage habituel de ce terme, devenu en quelque sorte synonyme de douleur abdominale, puisque nous le voyons détourné de son acception primitive « au profit de la nosographie utérine, rénale, hépatique ».

Ce sont les anamnestiques, les symptômes concomitants ressortissant aux appareils de l'exécrétion biliaire, urinaire — ou aux organes génitaux — ou au tube digestif (vomissement, diarrhée, constipation, muco-membranes, morphologie intestinale, etc.) qui permettent de poser un diagnostic, car le symptôme « colique » peut être doublement trompeur, de par la disproportion entre son intensité et les lésions dont il relève, de par ses fausses localisations.

C'est ainsi qu'il peut manquer presque complètement dans les plus graves affections de l'intestin. Le cancer, par exemple, surtout lorsqu'il ne siège point en un endroit resserré tel que la valvule iléo-cœcale, peut pendant plusieurs années évoluer sans manifestations douloureuses, et c'est par hasard, au cours d'une affection intercurrente ou à l'occasion d'une obstruction à allure le plus ordinairement chronique, que se découvre la tumeur. Il est d'ailleurs des exceptions et la douleur sacrée a été signalée comme symptôme précoce dans quelques cas de néoplasie rectale.

De même en ce qui concerne la tuberculose intestinale. C'est moins la lésion elle-même qui semble provoquer la douleur que les modifications par elle apportées dans les modes sécrétoire et surtout contractile de l'intestin. En effet, les douleurs coïncident d'ordinaire avec des flux diarrhéiques et nous considérons ces deux ordres de phénomènes bien plutôt comme des réactions de l'intestin tout entier à des excitations parties des points ulcérés, que comme des douleurs locales et des lymphorragies par effraction des tissus muqueux et sous-muqueux.

C'est surtout l'ingestion — ou le passage — des aliments qui réveille la douleur, et cela par l'intermédiaire du spasme. Qu'on supprime le contact des aliments avec les surfaces ulcérées, sans toucher en rien à ces dernières, spasme et douleurs disparaîtront; qu'on lève ou tourne l'obstacle sténosant la lumière du tube digestif, même résultat. Les importants travaux de MM. Hartmann et Soupault ont fixé ce point de séméiologie et de traitement.

Qu'il s'agisse de l'estomac ou de l'intestin en ses divers segments, il semble qu'il existe, comme le font pressentir les travaux de Pawlow et de son école, une adaptation en quelque sorte intelligente des viscères digestifs. Comme les écluses séparant les biefs d'un canal, des pylores successifs retiennent au passage tous les éléments de transit qui ne réalisent pas les conditions de volume, de chimisme exigées, nécessaires pour permettre aux segments sous-jacents de fournir leur part de travail digestif avec l'effort minimum et le rendement optimum. Mettre au repos, par un artifice diététique, à défaut d'intervention chirurgicale, l'estomac, l'intestin — en tant du moins que le permettent les nécessités de l'alimentation — c'est l'explication du succès réel — et, avouons-le, souvent empirique — de bien des régimes alimentaires.

La coïncidence entre le spasme et la douleur nous apparaît aussi dans les cas d'étranglement interne, de hernie étranglée, dans les volvulus, les invaginations, etc. Le début en est souvent signalé, pourvu que l'obstruction ne siège point trop bas, par des évacuations diarrhéiques. Tel le choléra herniaire de Malgaigne, accompagné d'un péristaltisme, d'une hypercrinie, qui cessent bientôt d'ailleurs quand l'infection a poursuivi son œuvre, quand la paroi s'est laissé traverser par les agents ou produits infectieux, soit à la faveur d'une perforation, soit par la perméabilisation des parois modifiées dans leur trophicité et leur régime vaso-moteur.

De même encore, dans ces infections dont le siège initial ou la localisation principale sont à l'intestin, tels le choléra, les gastro-entérites des adultes et des enfants, la dysentérie. Mais pour ces affections il semble que le poison n'épuise pas son action spasmante sur la fibre lisse intestinale; les muscles striés, aux mollets, aux bras, sont aussi le siège de crampes toujours très douloureuses; un hoquet, souvent de triste présage, indique l'atteinte portée au diaphragme lui-même.

Par ce même processus du spasme, de la crampe intestinale, peuvent s'expliquer les troubles digestifs, coliques, diarrhées, déterminés par les parasites intestinaux, tænias, bothriocéphales, ascarides, oxyures, etc.

Enfin, dans l'entérite muco-membraneuse, ou dans l'entérisme muco-membraneux, si l'on préfère ce terme qui a pour but de ramener à une plus juste mesure le rôle de l'infection par trop exagéré, on constate le plus ordinairement la superposition du spasme et de la douleur.

De ce qui précède peut-on conclure que le spasme et la douleur sont si fréquemment associés qu'ils sont en quelque sorte synonymes, et sous la dépendance absolue l'un de l'autre? Nous ne le pensons point; le spasme s'accompagne le plus ordinairement d'une douleur, mais à ce point variable dans l'appréciation subjective qu'elle peut passer inaperçue — et, dans bien des cas, la douleur que le malade localise à l'intestin ne s'accompagne pas de spasme. C'est donc que ces deux phénomènes peuvent être indépendants l'un de l'autre, naître en des points différents, et c'est ce qui nous amène à rechercher dans quels appareils on a tenté de localiser le siège de la production de la douleur.

Lieu de production de la douleur. — Ce problème était insoluble tant qu'on a été réduit aux seules

données expérimentales obtenues dans les laboratoires. Mais depuis les interventions faites à la cocaïne sur l'homme, on peut aborder les viscères abdominaux, en supprimant la douleur des incisions pariétales, et les chirurgiens nous donnent de très intéressants renseignements sur la sensibilité normale des viscères.

M. Reclus a constaté que le péritoine pariétal paraissait sensible à la section du bistouri, mais que, après l'avoir ouvert, la plupart des interventions abdominales pouvaient être tentées (gastrostomie, cholécystostomie, anus artificiel, oophorectomie, cure radicale de hernies, etc.) sans déterminer de douleur marquée. Par contre, l'existence de phénomènes inflammatoires, d'adhérences récentes, etc., rend immédiatement l'intervention douloureuse et commande l'anesthésie générale.

M. Chaput a remarqué la sensibilité du péritoine pariétal. Il a vu l'intestin absolument insensible aux piqûres et aux sections, mais en revanche il est sensible aux écrasements, pincements et torsions. L'amputation supra-cervicale de l'utérus a pu être pratiquée sans douleur après simple insensibilisation de la paroi abdominale.

« Le péritoine viscéral, dit M. Vaquez, n'est pas plus sensible que l'intestin lui-même.

Par contre, le péritoine pariétal et le mésentère sont doués d'une sensibilité développée. Lorsqu'il s'agit d'inflammation péritonéale, la douleur siège habituellement au point enflammé et se transmet alors par le péritoine pariétal. Telle la douleur de la péricystite au cours de la colique hépatique. Dans d'autres cas, les plus nombreux sans contredit, la colique résulte de spasmes intestinaux, de crampes, et la douleur qui l'accompagne peut avoir son siège loin de la portion de l'intestin qui en est la source. Ainsi s'explique la localisation para-ombilicale d'un grand nombre de coliques abdominales.

C'est qu'alors la douleur est provoquée par le tiraillement du mésentère, qu'elle se transmet également par l'intermédiaire des plexus sous-séreux et cela explique très suffisamment, à la fois, sa diffusion et sa répercussion loin du point atteint (1). »

Dans son importante étude sur « La colique intestinale », M. le professeur Pal (de Vienne), basant ses recherches sur les constatations faites au cours des coliques de plomb, considère comme facteurs à discuter dans la pathogénie de la douleur, trois éléments principaux : 1° la crampe intestinale; 2° l'augmentation de la pression sanguine; 3° la névralgie.

La crampe intestinale ne saurait être douloureuse de par la compression des nerfs dans l'épaisseur même des parois intestinales, puisqu'il semble établi que cette paroi ne possède pas de fibres sensibles à la douleur. C'est donc à l'hypothèse du tiraillement des filets nerveux du mésentère et du péritoine pariétal qu'il faut s'arrêter dans les cas d'entérites, d'entérisme muco-membraneux, dans les entéroptoses, et dans les ptoses — lorsque intestin, foie, rein, organes génitaux, etc., sont en quelque sorte luxés par l'atonie des ligaments et la défaillance des coussins viscéraux ou des parois musculaires sur lesquels ils prennent normalement point d'appui.

L'augmentation de la tension artérielle, dont M. Vaquez signale l'extrême importance dans le saturnisme, peut atteindre 50 p. 100, quelquefois 150 p. 100. Serait-elle la conséquence de la crampe, de la constriction d'un territoire intestinal très étendu ? C'était l'hypothèse soutenue par Von Bezold, mais que Pal a montrée fausse. Il a pu, en effet, en injectant à un animal *atropinisé* de la nicotine, c'est-à-dire un poison qui agit sur les mêmes ganglions que le plomb et contracte violemment l'intestin du sujet normal, constater qu'il ne se produit pas de contractures intestinales — et cependant la pression sanguine augmente d'une façon considérable. Ainsi hypertension artérielle et spasme intestinal sont des phénomènes indépendants.

Pal a montré par contre que hypertension et colique marchent toujours ensemble dans le saturnisme. Il a constaté que l'excitation des splanchniques, ou bien l'injection d'un poison qui excite et fait contracter les vaisseaux de la paroi intestinale, comme par exemple l'adrénaline, a pour résultat de mettre aussitôt en état de forte réplétion les vaisseaux du mésentère ; les artères distendues battent de façon intense. La douleur naîtrait, pour Pal, de cette distension des vaisseaux et de leurs gaines nerveuses, comme de la compression des troncs nerveux voisins — et la sensibilité serait particulièrement intense dans la colique de plomb, parce que les vaisseaux y sont déjà malades.

Cette pathogénie peut satisfaire en ce qui concerne la colique de plomb, mais pour nombre de malades elle ne saurait convenir. Bien loin de présenter des tensions élevées, certains, et c'est le cas des entérismeux, présentent le plus souvent de l'hypotension et même, chez certains, M. Moutier a pu faire avorter des crises douloureuses en relevant la tension par divers artifices électriques, quelques heures avant le moment où se déclarait leur crise. Nous-même avons assisté à toute l'évolution d'une crise d'entérite muco-membraneuse sans constater aucune modification importante de la tension.

Nous ne prétendons point, pour avoir constaté cette permanence de la tension artérielle au cours d'une crise, qu'il en soit toujours ainsi. D'ailleurs, même en l'absence de modifications de la pression au niveau des artères périphériques, nous ne nous croirions pas en droit d'affirmer que les pressions locales viscérales n'ont point, non plus, été modifiées. Comme le dit M. François Franck, en ce qui concerne la répartition des réflexes vaso-moteurs des excitations sensitives il ne faut point accepter la formule hâtive dite « loi du balancement » entre la circulation superficielle et la circulation profonde (1).

(1) Vaquez. La tension artérielle dans le saturnisme aigu et chronique, *Semaine méd.*, 30 nov. 1904. — Nous remercions M. Vaquez d'avoir bien voulu mettre ses notes à notre disposition.

(1) L'examen des très nombreux tracés obtenus par Hallion au cours d'excitations douloureuses permet de reconnaître comme phénomène tonométrique *immédiat* l'élévation de la tension artérielle. Jamais, même après les plus violentes excitations douloureuses, il n'a constaté de chute immédiate de la tension. *Secon-*

Enfin, il est une troisième pathogénie qui peut être invoquée pour la colique ; c'est celle qui mettrait le siège de la douleur dans l'appareil nerveux de l'intestin lui-même, en dehors de tout tiraillement des filets nerveux de cet intestin par un spasme, en dehors de toute striction ou distension de ces filets par des vaisseaux eux-mêmes distendus. Le siège en pourrait être dans les systèmes de neurones inclus soit dans la paroi intestinale, soit à un échelon plus élevé, dans les ganglions répartis dans l'épaisseur du mésentère, soit enfin, au niveau des gros ganglions du plexus solaire. C'est là que se trouverait perçue la sensation initiale, de qualité probablement inférieure, mais susceptible : 1° de commander à la contraction, aux sécrétions, aux vaso-moteurs, à la trophicité intestinale par un arc réflexe entièrement maintenu dans les limites du sympathique (1) ; 2° d'entraîner des réactions éloignées, de par la contiguïté avec des rameaux venus de neurones dont le corps appartient à des régions bien différentes du sympathique (2) ; 3° d'ébranler les centres médullaires et bulbaires, et peut-être directement les centres encéphaliques. Les effets obtenus seront utiles ou nuisibles, selon que ledit appareil sympathique sera en état de transmettre normalement *ses* impressions ou que, déréglé, il constituera une sorte d'épine irritative vis-à-vis du reste du système nerveux. « Si, au lieu d'être maintenue dans une limite physiologique, la stimulation sensitive viscérale dépasse la normale et devient une véritable irritation pathologique, la réaction se proportionne à la valeur exagérée de la provocation et l'on voit alors apparaître les congestions réflexes abdominales » (Fr. Franck) et tout un cortège de troubles moteurs et sécrétoires.

D'ailleurs, sans même qu'il existe de nouvelle excitation, le centre sympathique pourra y suppléer *par souvenir*. Il suffit à un centre du système nerveux, à tous les centres, d'avoir éprouvé un ébranlement initial pour que celui-ci soit comme emmagasiné et que le type de la manifestation réactionnelle se reproduise, à plus ou moins longue échéance, sans que le neurone ait été de nouveau sollicité (3).

dairement, la tension peut rester au-dessus de la normale pendant un temps parfois assez long, ou au contraire tomber au-dessous. Au moment où la chute de la tension n'est plus compatible avec la conservation de la conscience survient la *syncope*.

(1) Les recherches de Fr. Franck et de ses élèves, Hallion, Enriquez, Comte, Courtade, J.-F. Guyon, « conduisent à admettre que les organes qui reçoivent des filets moteurs ou inhibitoires des ganglions sympathiques envoient à ces ganglions des filets sensibles, excito-réflexes, aboutissant aux cellules ganglionnaires, et suffisant à entretenir le réglage fonctionnel, sans l'intervention du bulbe ou de la moelle. »

(2) Laignel-Lavastine a décrit sous le nom de *syndromes solaires* et de *symptômes d'irradiation* les troubles résultant de l'excitation et de l'ablation expérimentale du plexus solaire et que l'on retrouve en clinique.

(3) Une excitation auditive ou sensitive générale ayant déterminé chez un animal *curarisé* le resserrement réflexe des vaisseaux des reins, de la rate, de l'intestin, des extrémités des membres, avec élévation de la pression et accélération du cœur, la même série se reproduit, au même degré ou même plus activement, une première fois au bout d'une demi-minute, puis plusieurs autres fois après trois, cinq, dix minutes (Fr. Franck).

Au même groupe pathogénique — mais ce n'est là qu'une hypothèse — pourraient se rattacher les phénomènes douloureux des crises gastriques et des crises intestinales du tabes. M. Fournier en a indiqué les principales manifestations, les vomissements et les diarrhées, les gastrorragies et les entérorragies, et par-dessus tout, ces douleurs atroces qui semblent ne se calmer qu'à l'apparition, et peut-être à la faveur, de ces flux sécrétoires ou hémorragiques — comme on voit les ecchymoses cutanées du tabes coïncider avec une sédation des douleurs fulgurantes. J.-C. Roux, dans sa remarquable thèse sur *Les lésions du grand sympathique dans le tabes et leurs rapports avec les troubles de la sensibilité viscérale*, a montré que la lésion des racines postérieures entraîne à sa suite l'atrophie partielle des petites fibres à myéline des troncs du sympathique, et que les lésions du sympathique étaient d'autant plus intenses que les racines médullaires étaient plus altérées. Mais quelle est la part prise dans la genèse des douleurs par les lésions des neurones ? Sont-elles dues à des spasmes concomitants ? Survient-il une hypertension ? Est-elle susceptible à elle seule d'entraîner l'apparition du phénomène douleur ? Autant de questions sur lesquelles nous ne possédons encore que des renseignements incomplets.

C'est aussi à une névralgie du plexus solaire qu'on pourrait rattacher les cas signalés par M. Page (Congrès des neurologistes, Pau 1904), de crise épigastrique suraiguë chez des neurasthéniques.

En somme, si le deuxième mode pathogénique de la douleur, l'hypertension artérielle, nous semble avoir été invoqué à juste titre par Pal et Vaquez dans des cas bien déterminés, tels que la colique saturnine, il semble au contraire, pour la plupart des affections que nous avons passées en revue, qu'on pourrait se rallier à l'un ou à l'autre, parfois aux deux, des processus suivants : tiraillement mésentérique par spasme intestinal, névralgie des neurones sympathiques (1).

Topographie de la douleur. — La plupart des sensations douloureuses perçues dans l'abdomen sont rapportées par les malades à la région péri-ombilicale. Parfois ils les localisent à la fosse iliaque droite. Il peut en être ainsi même avec des excitations douloureuses dont le point de départ peut être fort éloigné, dans le thorax par exemple, dans la plèvre, dans le poumon.

A la lecture de la discussion soulevée en 1904 à la Société de chirurgie, à propos de l'appendicalgie, il semble qu'on ait attribué par trop de valeur au point de Mac Burney, en tant que témoin indiscutable de lésions appendiculaires, et à ce propos nous ne saurions trop rappeler l'excellent travail de A. Mirande sur le « syndrome appendiculaire ». Cet auteur a fait une étude critique très approfondie du

(1) Nothnagel estime par contre que ce sont bien les filets nerveux de l'intestin lui-même qui sont douloureusement impressionnés par l'anémie de la paroi intestinale consécutive à la contracture intestinale comprimant les vaisseaux. Cette communication (Soc. méd. intern., Vienne, 9 mars 1905) ne nous était pas connue lors de l'exposé de la question à la Société médico-chirurgicale (13 mars 1905).

point de Mac Burney et de sa séméiologie. S'appuyant sur les travaux de Head, de Ross, il montre comment les fibres sensitives des organes internes pénètrent dans la moelle par l'intermédiaire des rami communicantes et des racines postérieures. Ces fibres portent les irradiations douloureuses dans le segment correspondant de la moelle, d'où elles irradient dans les nerfs périphériques tributaires de ce segment. Ainsi, dans les cas de douleurs viscérales, la douleur se trouve rapportée aux parties innervées par les fibres somatiques sensitives ayant leur origine dans les nerfs qui contiennent les fibres sensitives des organes viscéraux malades.

Le point de départ de la douleur appendiculaire est le plus ordinairement rapporté à l'appendice lui-même, ou au péritoine qui l'entoure. Nous savons ce qu'il faut penser de l'origine appendiculaire elle-même. Ce que nous avons dit de l'intestin est vrai de l'appendice, lequel, considéré isolément, doit être insensible. Mais il n'en est pas de même pour le péritoine pariétal avoisinant, il n'en est pas de même pour le court méso appendiculaire, et l'on doit admettre l'existence d'une douleur d'origine péri-appendiculaire, douleur qui, pour Talamon, ne se manifesterait qu'à *la pression* et serait démontrée par les déviations du point douloureux dans les cas de situation anormale de l'appendice.

Cependant dans les cas de déviation de l'appendice, la recherche de la douleur n'en permet pas moins de retrouver le point de Mac Burney et Mlle Gordon, dans sa thèse sur « l'appendicite chez les enfants », en était arrivée à douter de la relation anatomique admise entre le siège de la douleur et la projection de l'appendice sur la paroi abdominale.

Puis ce fut toute une série de cas où Routier, Vanverts, Vouzelle, Termet, Pichevin, etc., trouvèrent le foyer douloureux *à gauche*. Les uns l'expliquèrent par propagation lymphangitique à distance, les autres par péritonite généralisée avec prédominance à gauche, l'appendice étant manifestement lésé dans ces divers cas. Mais que penser lorsque l'on ne pouvait relever dans la fosse iliaque gauche nulle trace d'infection ?

Mirande a fourni matière à l'éclaircissement de ces faits en mettant en lumière l'existence des deux foyers superposés : le superficiel, sous-cutané, névralgique ; l'autre, profond, appendiculaire.

« Le foyer superficiel est exquis ; on l'émeut par la moindre pression. Il a d'ailleurs tous les caractères de la douleur névralgique; continu, avec paroxysmes provoqués par les mouvements respiratoires, la toux. Diffus au point de vue subjectif, le malade le rapportant à toute la région péri-ombilicale, il se précise merveilleusement à la pression en un point, véritable point de Valleix, qui répond au milieu de la ligne ilio-ombilicale ; il irradie aux lombes, à la racine de la cuisse gauche, au testicule droit (Maurin). Il est atténué d'une façon considérable par l'application cutanée de liniments thérapeutiques. »

Ce point existe alors même que la défense musculaire empêche la palpation profonde. Il existe dans des cas où l'appendice a été trouvé parfaitement intact : il n'est autre qu'*un point névralgique* sur le trajet du douzième nerf intercostal, à l'émergence de la première branche perforante antérieure, au niveau du bord externe du grand droit. Les autres points douloureux observés s'expliquent par les anastomoses entre ce nerf et le grand abdomino-génital et le premier nerf lombaire.

Enfin, le foyer profond est bien péri-appendiculaire, mais il est de sensibilité beaucoup plus obtuse. Ses limites sont variables et M. le professeur Dieulafoy a signalé les cas où on voit la douleur, cessant de se limiter à la zone strictement appendiculaire, devenir la *douleur cœco-appendiculaire*, susceptible à l'occasion d'entraîner des erreurs diagnostiques et du même coup des décisions hâtives ou des temporisations qui peuvent être également intempestives.

Si nous nous reportons à ce que nous ont appris les travaux de Head et de Ross, il s'agirait, en ce qui concerne le point de Mac Burney, d'un phénomène analogue au point de côté qui suit les lésions pulmonaires ou pleurales. C'est un point de côté abdominal, avec le double caractère d'être à la fois douloureux spontament et à la pression. Dès lors, on conçoit qu'à la faveur d'une connexion anatomique, d'une anostomose nerveuse, *le point de Mac Burney, simple névralgie intercostale bas située*, puisse être une des manifestations de lésions bien éloignées de la zone appendiculaire, telles par exemple une pneumonie, une pleurésie, etc., et qu'on puisse le rencontrer aussi sur le trajet du douzième nerf intercostal gauche, en un point absolument symétrique.

En somme, pour peu précises que puissent encore paraître les données acquises sur la pathogénie des coliques intestinales, et pour déconcertantes que soient certaines de leurs localisations, nous n'en sommes pas moins en droit d'espérer des résultats utiles au point de vue thérapeutique. Déjà, la connaissance de la connexion de l'hypertension artérielle et de la douleur dans le saturnisme amène à soulager, par l'emploi des vaso-dilatateurs, des coliques atrocement douloureuses et permet d'instituer un traitement vraiment pathogénique. Pour la crampe intestinale, pour les névralgies sympathiques — toute une diététique, toute une hygiène, des médicaments nervins modérateurs ou modificateurs des sécrétions et de la trophicité, une recherche et une connaissance plus approfondies de l'action des agents physiques, nous permettront de lutter plus efficacement contre des affections dont la chronicité est parfois désespérante. Certes, malgré les recherches des physiologistes, des médecins, des chirurgiens, les données définitivement acquises sont encore trop peu nombreuses. Mais n'avons-nous pas vu, en France, en ce dernier quart de siècle, sortir du chaos de la pathologie nerveuse une œuvre grandiose ? Il y a suffi, avec le génie, du goût de la fine anatomie, et de l'observation patiente des malades. Pour poursuivre avec succès l'étude de la pathologie digestive, il y faut joindre l'expérimentation, doubler les histologistes de chimistes, et rester cliniciens.

MÉDECINE PRATIQUE

A PROPOS DU DIAGNOSTIC DES ÉPANCHEMENTS PLEURAUX CHEZ LES VIEILLARDS

Par MM. le docteur COURTOIS-SUFFIT,
Médecin de l'hôpital Dubois,
et BEAUFUMÉ,
Interne des hôpitaux de Paris.

Dans le numéro de la *Gazette des hôpitaux* du 4 avril dernier, une courte note résumait, sous forme de « Médecine pratique », un article de MM. Halipré et Chevallier paru dans la *Revue médicale de Normandie* du 25 mars 1905, sur le diagnostic des épanchements pleuraux chez les vieillards. Ces auteurs, à propos de deux observations de pleurésie, d'ailleurs un peu incomplètes, insistent sur l'absence ou l'atténuation de certains symptômes classiques des épanchements pleuraux chez les vieillards, notamment la *conservation du murmure vésiculaire* et la *persistance des vibrations thoraciques*.

Ce travail, auquel nous nous sommes reportés, n'est peut-être pas à l'abri de toute critique. D'abord il est d'observation fréquente, aussi bien chez les vieillards que chez les adultes, de voir des épanchements pleuraux inflammatoires dans lesquels les signes classiques ne sont pas au complet; le souffle et l'égophonie notamment ne s'entendent bien le plus souvent avec leurs caractères habituels qu'au début de l'affection; plus tard ils disparaissent ou deviennent moins nets. De plus, il nous semble que MM. Halipré et Chevallier font une confusion en envisageant globalement, au point de vue clinique, tous les épanchements pleuraux chez les vieillards. Nous différons absolument d'opinion s'ils prétendent que les pleurésies vraies, séro-fibrineuses, tuberculeuses, offrent un aspect dissemblable chez l'adulte et chez le vieillard. Mais, nous sommes absolument de leur avis pour admettre que les épanchements pleuraux mécaniques, les hydrothorax, qui sont certes plus fréquents chez les vieillards que les vraies pleurésies, affectent dans la règle, même lorsqu'ils sont assez abondants, une symptomatologie fruste, plus ou moins latente; et alors dans ces cas il est fréquent d'entendre jusqu'à la base le murmure vésiculaire accompagné ou non de râles et d'y percevoir également des vibrations thoraciques à peine affaiblies. Or, le premier cas relaté par MM. Halipré et Chevallier peut fort bien se rapporter à une pleurésie séro-fibrineuse; mais rien ne prouve que ce n'était pas un hydrothorax; car ni le cytodiagnostic, ni l'inoculation au cobaye n'ont été pratiqués; d'autre part, la température du malade était normale et l'épanchement en question siégeait à droite, ce qui est presque toujours la règle chez les individus âgés artérioscléreux, alors qu'il n'existe aucun autre phénomène d'hyposystolie.

Est-ce à dire que dans les pleurésies séro-fibrineuses, les remarques de MM. Halipré et Chevallier soient sans intérêt? Loin de nous cette pensée : nous l'avons déjà dit. Mais nous voudrions faire observer cependant que, si presque tous les symptômes des épanchements pleuraux peuvent être absents ou frustes, nous tenons à insister sur ce fait que le plus constant à notre avis est certainement la *matité*, et c'est parfois le seul signe appréciable. Aussi, de parti pris, chaque fois que nous constatons à l'une des bases de la matité ou même seulement de la submatité, si nous ne trouvons pas une lésion évidente, manifeste, qui puisse l'expliquer, avons-nous l'habitude de pratiquer très bas une ponction exploratrice, et dans l'immense majorité des cas, il nous arrive de retirer du liquide.

Et cependant nous avons précisément l'occasion de suivre actuellement un malade atteint de *pleurésie* séro-fibrineuse gauche *totale*, chez qui les seuls indices locaux de l'épanchement ont été une voussure du côté malade et une légère submatité localisée à la base en arrière. *Le murmure vésiculaire était conservé ainsi que les vibrations thoraciques* dans toute la hauteur du côté malade en avant et en arrière; l'espace de Traube était sonore; le cœur ne dépassait le bord droit du sternum que de 1 centimètre; le signe de Banti et la submatité au niveau du triangle paravertébral de Grocco étaient absents. Néanmoins plusieurs ponctions exploratrices pratiquées en arrière, latéralement et en avant, suivies de thoracentèses, nous ont montré l'existence d'un épanchement très abondant que la clinique seule ne pouvait pas nous faire soupçonner. C'est là un fait absolument exceptionnel que nous avons cru très intéressant de rapporter et de rapprocher des cas observés par MM. Halipré et Chevallier, en raison de la difficulté du diagnostic et de l'évaluation approximative de la quantité de liquide épanché. Voici cette observation :

« Le nommé P... (Antoine), âgé de quarante-trois ans, boulanger, entre à l'hôpital Dubois le 25 mars 1905. Bien que toussant et crachant depuis plusieurs années, sa santé a toujours été bonne en apparence et il n'a jamais eu d'hémoptysie. Vers le commencement du mois de janvier dernier, il éprouva une oppression anormale, qui le gênait notablement dans l'exercice de sa profession. Cette oppression s'accentuant, accompagnée de mouvement fébrile vers le soir, il s'alita vers la fin de janvier. Depuis cette époque il fut soigné chez lui par le régime lacté mixte et par des potions calmantes. Inquiet de cette dyspnée continue et ne constatant aucune amélioration dans son état, il entre le 25 mars à l'hôpital Dubois, au moment de la visite.

Aussitôt couché nous procédons à son examen. Il repose sur le dos et il est facile de constater qu'il est dyspnéique. Respiration : 32 par minute. A part cette oppression, il n'accuse aucun trouble fonctionnel particulier. Température : 38°8; pouls : 94, régulier, bien frappé. Urines foncées, non albumineuses.

A l'examen physique du thorax, il existe une voussure appréciable, mais cependant peu prononcée, du côté gauche du thorax, et pendant l'inspiration ce côté se dilate moins que le côté droit. Le sternum est légèrement dévié vers la gauche, ainsi que la ligne blanche abdominale, ce qu'il est facile de constater pour cette dernière, car elle est recouverte de poils. Léger tirage sus-sternal.

Les vibrations thoraciques sont conservées dans toute la hauteur du côté gauche, en arrière, latéralement et en avant; il n'y a aucune différence appréciable avec celles du côté opposé. La palpation bi-manuelle décèle un écartement antéro-postérieur plus grand entre les deux mains appliquées sur le côté malade.

La percussion donne seulement une légère submatité à la base gauche et en arrière, disparaissant progressivement avant d'atteindre la pointe de l'omoplate. Pas de skodisme sous-claviculaire. L'espace de Traube est sonore. Les signes de Banti et de Grocco n'existent pas. La pointe du cœur bat à 3 centimètres en dedans du mamelon gauche dans le cinquième espace intercostal; le bord droit du cœur dépasse le bord droit du sternum de 1 centimètre à la hauteur du quatrième espace intercostal. Le foie n'est pas abaissé.

A l'auscultation, le murmure vésiculaire est conservé dans toute l'étendue du poumon gauche et ne semble pas diminué comparativement au côté droit; il n'y a ni souffle, ni égophonie, ni pectoriloquie aphone. Dans la fosse sus-épineuse gauche, on perçoit des râles sous-crépitants moyens. Au sommet du poumon droit existent en arrière et en avant de gros râles humides sous-crépitants, indice de ramollissement.

Des ponctions exploratrices sont pratiquées dans les dixième et cinquième espaces intercostaux en arrière, dans le quatrième espace au niveau de la région axillaire et dans le deuxième espace en avant sur la ligne mamelonnaire; elles sont toutes positives : il s'agit donc de toute évidence d'un épanchement pleural total séro-fibrineux.

Une thoracentèse est pratiquée d'urgence au niveau du neuvième espace intercostal à 14 centimètres de la ligne des apophyses épineuses : 1400 centimètres cubes. Le cyto-diagnostic montre dans ce liquide une très abondante lymphocytose.

Le 27 mars, nouvelle thoracentèse au niveau du dixième espace intercostal, à 12 centimètres de la ligne épineuse : 1850 centimètres cubes. Inoculation d'un cobaye.

Le 5 avril, troisième thoracentèse au même endroit que le 27 mars : 1200 centimètres cubes.

A la suite de ces thoracentèses, la dyspnée a presque complètement disparu; mais, le 8 avril, le malade conserve encore du liquide dans sa plèvre qui nécessitera vraisemblablement une nouvelle thoracentèse. Les lésions pulmonaires tuberculeuses des sommets sont maintenant nettement perceptibles. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 11 AVRIL 1905)

Paralysie générale et syphilis. — Nous revenons à la discussion sur les rapports de la paralysie générale avec la syphilis. M. JOFFROY répond, à son tour, à M. Fournier. Il déclare tout d'abord reconnaître, avec lui, que beaucoup de paralytiques généraux sont d'anciens syphilitiques. C'est là un fait incontestable. Mais M. Joffroy n'est plus d'accord avec M. Fournier sur l'interprétation de ce fait. Il y a entre les deux maladies des relations évidentes, mais quelles sont ces relations? M. Joffroy ne croit pas à la relation de cause à effet. Pour lui la syphilis est une maladie, la paralysie générale en est une autre. On sait que la tuberculose peut succéder à la rougeole; dira-t-on pour cela que c'est la rougeole qui est la cause de la tuberculose? L'alcoolique devient facilement tuberculeux; en déduit-on que la tuberculose est une maladie d'origine alcoolique? Or la paralysie générale peut avoir ses origines dans la syphilis, comme la tuberculose peut avoir les siennes dans l'alcoolisme. La syphilis n'intervient dans l'étiologie de la paralysie générale que comme cause adjuvante. La syphilis est un bon engrais pour le développement de la paralysie générale. Mais M. Joffroy n'admet pas que la paralysie générale soit une émanation de la syphilis. Quant à la paralysie générale infantile, son étiologie est à reviser; il est bien certain que l'hérédité y joue un rôle capital.

M. Joffroy étudie ici le rôle de l'hérédité névropathique dans l'étiologie de la paralysie générale. Il rappelle ce qu'il a écrit à ce sujet : « Pour faire du tabes ou de la paralysie générale, il faut venir au monde avec de mauvais cordons postérieurs ou un mauvais axe cérébro-spinal. » M. Joffroy maintient plus que jamais cette opinion. Il invoque également à l'encontre de la thèse soutenue par M. Fournier la co-existence sur le même individu des lésions de la méningo-encéphalite diffuse et de gommes cérébrales. Il rappelle aussi ces faits de paralytiques généraux contractant un chancre et infectant de syphilis d'autres femmes, ce qui prouve bien que ces paralytiques généraux n'étaient pas antérieurement syphilitiques. Cela prouve aussi que la paralysie générale n'a pas besoin de la syphilis pour se développer.

M. Joffroy a dit, dans une première communication, que le traitement mercuriel ne possédait aucune action prophylactique contre la paralysie générale. Il appuie cette opinion sur des faits. Il rappelle, à ce propos, que les peuplades d'Asie, infestées de syphilis, n'ont connu la paralysie générale qu'après l'introduction chez elles de la civilisation européenne. Ce n'est, en effet, qu'à partir de l'époque où cette civilisation s'est introduite chez ces peuplades avec le traitement mercuriel de la syphilis, qu'est apparue la paralysie générale, ce qui démontre bien que celle-ci est bien plutôt le résultat de la civilisation que de la syphilis. Il y a bien des chances pour qu'il en soit de même en Occident qu'en Orient.

Reprenant, à son tour, les statistiques fournies par M. Fournier, M. Joffroy s'applique à démontrer qu'on en pourrait tirer des conclusions tout autres que celles qu'a formulées M. Fournier.

Anévrisme traumatique du tronc tibio-péronier ou de la tibiale postérieure à son origine, guérie par des injections sous-cutanées de sérum gélatiné. — M. LE DENTU apporte l'intéressante observation d'un jeune homme atteint d'un anévrisme artériel. Après une tentative infructueuse de flexion de la jambe sur la cuisse, M. Le Dentu pratiqua six injections sous-cutanées de sérum gélatiné, suivant la méthode de MM. Lancereaux et Paulesco.

Après six injections de la solution saline à 7 p. 1000 additionnée de 2 p. 100 de gélatine et stérilisée à 115 degrés, à la dose de 200 centimètres cubes par injection, le souffle et les battements avaient disparu.

La guérison fut complète après une septième injection; le traitement avait donc duré deux mois en tout.

Ce succès, fort encourageant, doit attirer l'attention des chirurgiens, et il faut espérer que de nombreux faits viendront bientôt, à l'appui de la communication de M. Le Dentu, éclairer une question de pratique du plus haut intérêt.

Au début de la séance M. Farabeuf a déposé, sur le bureau de l'Académie, un volume sur les vaisseaux sanguins des organes génito-urinaires, du périnée et du pelvis.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 6 AVRIL 1905)

Eloge du docteur Parinaud, par M. BRISSAUD, président.

Spasmes et tics de la face. — M. SOUQUES. MM. BABINSKI, MEIGE, HUET. Un malade, présenté par M. Souques, est atteint de crises vertigineuses depuis un an; on constate actuellement une hémiatrophie linguale avec hémispasme facial; M. Babinski, dans le service duquel le malade a fait un séjour, décrit avec de nombreux détails les caractères de ce spasme qu'il attribue à un trouble du fonctionnement du nerf facial ou de son noyau bulbaire, hypothèse corroborée par une observation de M. Meige : à la suite d'une adénite suppurée, traitée par incision et injection d'éther iodoformé, apparut un spasme des muscles du menton, ne se produisant que lors des

mouvements de la partie inférieure du visage, et qui semble en rapport avec une lésion de l'un des filets du facial inférieur. M. Meige fait ressortir que, de l'étude que vient de faire M. Babinski du spasme facial, se dégagent les conclusions suivantes, au point de vue du diagnostic entre les spasmes et les tics convulsifs : le tic est bilatéral, l'attention, la volonté, le font disparaître; le spasme, ordinairement unilatéral, ne peut être réalisé par la volonté; les contractions sont parcellaires, c'est une sorte de frémissement. M. Huet ajoute que, dans la contractura consécutive à la paralysie faciale, on observe, du côté contracturé, des mouvements associés tels que : occlusion palpébrale quand le malade rit, élévation de la commissure quand il ferme les yeux; le frontal est, d'ordinaire, paralysé, et ne se contracture pas, comme dans le cas étudié par M. Babinski; il y a donc, conclut M. Babinski, un grand nombre de variétés cliniques de spasmes faciaux.

Syndrome probablement d'origine bulbaire. — M. Babinski. Le malade présente à la fois le syndrome oculaire sympathique (énophtalmie, myosis) et du côté droit une cryesthésie particulière, prédominante aux extrémités, avec vaso-constriction.

Appareil permettant d'enregistrer les variations de volume du doigt, et de mesurer les troubles vaso-moteurs. — M. Hallion. Présentation d'appareil.

Paralysie asthénique bulbo-spinale. — MM. Oulmont et Beaudouin. Après une chute qui nécessita l'application d'un appareil plâtré pendant un mois, le malade présenta les signes du syndrome d'Erb avec polyurie de 8 à 10 litres par jour. Guérison en trois mois.

Abcès cérébral double, avec nécrose corticale diffuse chez un tuberculeux. — M. Devaux. Présentation d'un cerveau sur lequel existaient : un premier abcès gros comme une noix, du lobe frontal, et un second, du volume d'une orange, dans le lobe pariétal. Ces deux abcès ont l'aspect de lésions tuberculeuses. Histologiquement, lésions dégénératives diffuses de tous les éléments de l'écorce cérébrale.

Sclérose médullaire sans lésions dégénératives. — M. Gauckler. Présentation de coupes d'une moelle atteinte de sclérose, autour de la substance grise; l'aspect est celui d'un foyer ancien de myélite transverse, ou d'une plaque de sclérose uniloculaire. A 2 millimètres du foyer, on ne trouve pas de trace de lésions dégénératives, soit au-dessus, soit au-dessous.

Sclérose latérale amyotrophique anormale. — M. Eggre. Elle s'accompagne de paralysie des quatre membres avec intégrité des mouvements respiratoires; abolition du sens des attitudes pour toutes les articulations, sauf la hanche et l'épaule; douleurs fulgurantes, légère hypotonie musculaire.

Nouvelle méthode de fixation et de durcissement rapides pour l'étude du système nerveux central. — M. Renaud. Cette méthode rendrait les plus grands services aux neurologistes à cause de sa rapidité, de l'absence de rétraction, et parce qu'elle permettrait les principales colorations habituellement employées; la formule complète doit être publiée prochainement.

FORMULAIRE

GARGARISME IODO-IODURÉ

Iodure de potassium	} ââ	0g50	centig.
Iode métallique			
Laudanum de Sydenham		4	grammes.
Glycérine neutre à 30°		120	—

Trois fois par jour une cuillerée à café dans un verre d'eau tiède (Torchut).

THÉRAPEUTIQUE ÉTRANGÈRE

CHLORO-ANÉMIE

L'École de Vienne recommande de réveiller les fibres musculaires du tube digestif pour hâter l'assimilation d'un ferrugineux dans le traitement de la chloro-anémie.

L'idée directrice est que « tout ferrugineux qui n'est pas associé à des médicaments donnant de l'appétit est incomplet et son action est lente ou nulle ».

La formule employée comprend : artemisine, quassine cristallisée et protoxalate de fer. Cette formule (spécialisée sous le nom de Dragées Briss) réussit même dans les chloro-anémies graves qui, jusqu'à présent, étaient rebelles à tout traitement.

LIVRES NOUVEAUX

Les nerfs du cœur; anatomie et physiologie, avec une préface sur les rapports de la médecine avec la physiologie et la bactériologie (1), par E. de Cyon.

L'ouvrage de E. de Cyon contient en réalité deux parties; dans la première, qu'il intitule préface, l'auteur met en lumière l'état déplorable d'infériorité où végètent les laboratoires de physiologie en France; locaux, appareils, fonds disponibles, tout leur fait défaut alors que les laboratoires de l'étranger sont riches et bien montés. Mettre fin à cet état de choses serait, pour l'initiative privée, faire œuvre vraiment nationale, mais cette forme élevée de patriotisme n'est, hélas ! pas courante. Dans la même préface l'auteur s'élève vigoureusement contre les tendances actuelles de la bactériologie; nous n'avons pas à discuter ici la justesse de ces appréciations, disons seulement qu'elles sont marquées au coin d'un esprit vraiment humoristique.

Dans la seconde partie de l'ouvrage, qui est de beaucoup la plus longue, E. de Cyon étudie successivement le système nerveux intracardiaque, le système extracardiaque et les nerfs centrifuges du cœur; puis il consacre naturellement un long et intéressant chapitre au nerf dépresseur. Dans le suivant on lira avec fruit ce qui a trait aux poisons physiologiques du cœur et à l'origine des arythmies cardiaques; enfin dans le dernier chapitre on s'arrêtera longuement à la palpitante question de la résurrection des centres cérébraux cardiaques.

Cet ouvrage n'est pas seulement théorique et expérimental, il est rempli de déductions pratiques dont le médecin pourra chaque jour s'inspirer au lit du malade; se borner à lire ce livre serait insuffisant, il faut l'étudier et l'approfondir.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) 1 vol. de 255 p. avec 45 fig. dans le texte. Prix : 6 francs. — Paris, Alcan Lévy, 1905.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

HÉMIPLÉGIES (1)

Les membres ainsi contracturés peuvent, à l'occasion des mouvements du côté opposé, effectuer des mouvements involontaires : ces *mouvements associés* sont surtout accusés chez les sujets jeunes, et lorsque la contracture n'est pas très intense; plus nets aux membres supérieurs qu'aux inférieurs, il sont d'autant plus amples que le mouvement effectué par le côté sain l'est davantage. Aux membres supérieurs, lorsqu'il se produit un mouvement du côté sain, le membre paralysé s'élève en masse d'une façon saccadée; le coude s'écarte du tronc, l'avant-bras se fléchit davantage sur le bras, les doigts sur la main. Aux membres inférieurs, les mouvements associés peuvent présenter diverses modalités (v. classiques). Inversement, si l'on fait exécuter des mouvements aux membres paralysés, on peut observer des mouvements associés du côté sain.

En plus des troubles paralytiques, on peut, du côté atteint, observer un certain nombre de **troubles moteurs préhémiplégiques** : *contractures, convulsions*, ou **posthémiplégiques** : 1. *tremblement*, prenant le type du tremblement de la paralysie agitante ou de la sclérose en plaques; 2. *hémiataxie*, surtout accusée aux doigts, toujours associée à de l'anesthésie et à de la perte du sens stéréognostique (2), phénomènes qui en seraient la condition indispensable (Déjerine); 3. *hémichorée*, tardive, limitée, respectant habituellement la face, persistante; 4. *hémiathétose*, localisée aux extrémités, existant au repos, mais exagérée par les mouvements volontaires, les émotions etc. Ces différents troubles moteurs posthémiplégiques peuvent s'associer ou se transformer l'un en l'autre; ils ont été attribués : α. à l'irritation d'une partie limitée de la capsule interne (Charcot); β. à la lésion de la partie postérieure de la couche optique (Hammonds, Gower, Nothnagel); γ. à une irritation de faisceau pyramidal.

B. Troubles de la réflectivité, du coté hémiplégique. — A la période de contracture, les *réflexes tendineux* sont *très exagérés*. Il peut y avoir de la trépidation spinale, palmaire, rotulienne. Le *réflexe cutané plantaire* est exagéré. Le *signe de Babinski* (mouvement réflexe des orteils consécutif à l'excitation de la plante du pied) se fait *en extension*, c'est-à-dire que les orteils, au lieu de se fléchir, comme à l'état normal, s'étendent sur le métatarse (3).

C. Troubles de la sensibilité du côté hémiplégique. — 1. *Précoces*, ils annoncent souvent l'apparition de l'hémiplégie; 2. *consécutifs* à l'attaque, ils portent et sur la sensibilité objective et sur la sensibilité subjective.

D. Troubles vaso-moteurs et trophiques du coté hémiplégique. — 1. **Coloration rouge violacé, œdème des extrémités**, abaissement de la température, diminution de la courbe sphygmographique (Lorain); tendance aux infections cutanées, etc.

2. **Escares.** — Se produisent aux points de pression. *Précoces* (decubitus acutus), elles surviennent du deuxième au quatrième jour et consistent en une plaque érythémateuse mal limitée, qui devient ecchymotique. Bientôt apparaît à sa place une escare sèche, entourée d'un sillon d'élimination. La température s'élève, des phénomènes généraux apparaissent, et la mort survient presque fatalement. Les escares *tardives* ne se voient que chez de vieux hémiplégiques; leur évolution est lente.

3. **Atrophie musculaire.** — Peut être aussi *précoce* ou *tardive*. Elle débute par les petits muscles des mains et s'étend plus ou moins rapidement à l'avant-bras, aux bras et aux muscles de la racine de l'épaule. Elle est toujours moins accusée aux membres inférieurs. On l'a attribuée : α. à une lésion des grandes cellules radiculaires (Charcot, Pitres, etc.); β. à des névrites périphériques (Déjerine); γ. à une arthrite concomitante (Gilles de la Tourette).

4. Les **arthropathies**, précoces, frappent surtout les articulations du membre supérieur. Evoluant rapidement, à la façon d'une arthrite rhumatismale aiguë, elles comportent un pronostic très grave. Quelquefois elles prennent nne allure subaiguë ou même chronique. Elles sont dues à une synovite, à l'origine de laquelle on a invoqué : α. le traumatisme (Hitzig); β. l'immobilisation prolongée; γ. un trouble trophique d'origine cérébrale (Brown-Séquard); δ. une infection.

5. Les **ecchymoses viscérales** sont fréquentes, habituellement tardives. Les infections aiguës qui frappent, chez un hémiplégique, un organe pair, tel que les poumons, prédominent sur celui qui répond au côté paralysé.

6. Les **troubles osseux** ne s'observent guère que chez les enfants. Chez ceux-ci, l'hémiplégie est suivie d'un arrêt de développement portant sur tous les tissus du membre : tissu musculaire, cutané, osseux, nerveux, etc. Elle détermine ainsi des déformations irréparables.

7. Exceptionnellement, il existe des **troubles sympathiques** du côté paralysé.

E. Troubles du coté sain. — Les membres du côté sain sont souvent parésiés (Brown-Séquard). Quelquefois, ils participent à l'état spasmodique, ce que l'on a expliqué : α. soit par une dégénérescence bilatérale des faisceaux pyramidaux sous l'influence d'une lésion cérébrale unilatérale; soit plutôt β. par l'existence d'un faisceau pyramidal homolatéral (Muratow, Déjerine et Thomas).

F. Troubles mentaux. — Avec l'*hémiplégie droite* coïncide fréquemment de l'*aphasie motrice*, quelquefois de la dysarthrie. L'*état intellectuel* est variable ; il est rare, cependant, qu'après l'attaque, il ne soit pas plus ou moins altéré.

Diagnostic. Valeur séméiologique. — Si le *diagnostic essentiel* de l'hémiplégie est habituellement aisé, il est parfois moins facile d'en déterminer la *cause*. Cliniquement, en présence d'une hémiplégie donnée, la première question à résoudre est la suivante :

A. **L'hémiplégie est-elle organique ou hystérique** (1)? 1. Dans la première, la paralysie est limitée à une moitié du corps; dans la seconde, elle n'est pas toujours exactement unilatérale (face); 2. La paralysie organique n'est pas, la paralysie hystérique est parfois systématique; 3. La paralysie organique atteint les mouvements inconscients aussi bien que les conscients; de là résultent deux phénomènes : α. *phénomène du peaucier* : dans certains actes où le peaucier entre en jeu, la contraction de ce muscle est plus énergique du côté sain que du côté paralysé (parésie du peaucier du côté malade); β. *flexion combinée de la cuisse et du tronc* : « lorsque, étendu sur un plan résistant horizontal, dans le décubitus dorsal, les bras croisés sur sa poitrine, le malade fait un effort pour se mettre sur son séant, du côté paralysé, la cuisse exécute un mouvement de flexion sur le bassin et le talon se détache du sol, tandis que, du côté opposé, le membre inférieur reste immobile ou que la flexion de la cuisse et le soulèvement du talon n'apparaissent que plus tardivement et sont bien moins marqués qu'au membre atteint de paralysie » (Babinski).

Ce phénomène est dû à la parésie des extenseurs de la cuisse sur le bassin, qui, normalement, immobilisent la cuisse lorsque le psoas, prenant son point d'appui à son extrémité inférieure, fléchit le bassin sur la cuisse. Pas plus que le signe du peaucier, il ne s'observe dans l'hystérie, où les mouvements subconscients ne sont pas troublés; 4. La langue est, dans l'hémiplégie organique, légèrement déviée du côté paralysé, fait beaucoup moins constant dans l'hémiplégie hystérique; 5. Dans la première, l'hypotonicité musculaire est constante (*flexion exagérée de l'avant-bras*). Dans la seconde, il n'y a pas d'hypotonicité musculaire et, s'il existe de l'asymétrie faciale, elle est due au spasme; 6. Dans la première, existence constante, dans la seconde, absence constante de troubles de la réflectivité tendineuse, osseuse et cutanée. Le phénomène des orteils, constant dans l'hémiplégie organique, fait défaut dans l'hémiplégie hystérique; 7. La forme de la contracture peut, dans l'hystérie, ne peut pas, en cas de lésion organique, être reproduite par une contraction volontaire des muscles; 8. L'évolution de l'hémiplégie organique est régulière, et celle de l'hémiplégie hystérique est essentiellement capricieuse. *(A suivre.)*

(1) Suite. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 40, p. 478.

(2) Le sens stéréognostique nous permet de nous rendre compte, par le toucher, de la forme d'un objet.

(3) V. *Gaz. des hôpit.*, 1900, nos 52 et 53.

(1) Nous reproduisons textuellement les caractères donnés par M. Babinski dans la *Gazette des hôpitaux* (1900, nos 52 et 53 [épuisés].

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 44. — SAMEDI 15 AVRIL 1905. 78e ANNÉE. SAMEDI 15 AVRIL 1905. — N° 44.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
La maladie de Barlow, par M. B. Weill-Hallé.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de chirurgie.
ANALYSES
Dermatologie : Ulcères scrofuleux des jambes (maladie de Bazin) traités avec succès par les courants à haute fréquence; — Traitement du lupus; — *Obstétrique* : Quelques particularités de l'appendice dans le sexe féminin; — Influence de l'intoxication professionnelle par le tabac sur l'évolution de la grossesse; — *Thérapeutique* : Action secondaire fâcheuse de l'aspirine.
HYDROLOGIE
Eaux bicarbonatées sodiques et eaux bicarbonatées calciques.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Quelques observations au sujet du futur tarif applicable aux accidents du travail.
FORMULAIRE
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de médecine.* — *Admission.* — Epreuve de consultation écrite :

Séance du 14 avril. — MM. Laignel-Lavastine, 17; Rist, 19; Lortat-Jacob, 15.

La prochaine séance aura lieu le 3 mai à neuf heures et demie du matin, à Lariboisière.

GUERRE. — Par décision ministérielle du 9 avril 1905, MM. les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été nommés ou désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins principaux de deuxième classe Bruam, désigné pour les salles militaires de l'hospice mixte de Besançon (service); — Sudour, pour l'hôpital militaire du Dey à Alger (service).

MM. les médecins-majors de première classe Perrin, désigné pour les salles militaires de l'hospice mixte d'Orléans (service); — Salètes, pour l'hôpital militaire de Marseille (service); — Frilet, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Nimes (service); — d'Audibert Caille du Bourguel, pour le 141e d'infanterie; — Odile, nommé médecin-chef de l'hôpital militaire de Givet (service); — Ruotte, médecin-chef de l'hôpital militaire de Blida (service); — Chêne, désigné pour le 3e tirailleurs algériens (service).

MM. les médecins-majors de deuxième classe Marignac, désigné pour le 38e d'infanterie (service); — Breton, pour le 7e d'infanterie (service); — Jantet, pour le 8e d'infanterie (service); — Leniez, pour l'École spéciale militaire de Saint-Cyr (service); — Lévêque, pour le 5e bataillon d'infanterie légère (service); — Montagne, pour le 8e bataillon de chasseurs à pied; — Job, pour le 1er escadron du train des équipages militaires (service); — Bertelé, pour le 30e bataillon de chasseurs à pied (service); — Duchêne-Marullaz, pour la direction du service de santé du 14e corps d'armée et du gouvernement militaire de Lyon (service).

MM. les médecins aides-majors de première classe Alix, pour le 26e d'infanterie (service); — Fabre, pour le 66e d'infanterie (service); — Duguet, maintenu au 18e dragons; — Talon, au 27e dragons; — Feldmuller, désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Bergé, pour le 5e chasseurs d'Afrique; — Verdeau, pour le 20e d'artillerie.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL PROFESSIONNEL. — *Cours de vacances* (6e série, Pâques 1905). — Du 17 au 29 avril se feront les cours et démonstrations dont la liste suit :

I. *A l'hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente.* — Thérapeutique dermatologique et syphiligraphique, M. Leredde; — Massage, M. Marchais; — Maladies des voies urinaires, M. Nogués; — Electrothérapie, M. Zimmern; — Accouchements, M. Dubrisay; — Maladies nerveuses, M. Léri; — Thérapeutique appliquée, M. Landowski; — Hygiène et thérapeutique infantiles, M. Lesné.

II. *Dans différents services.* — Gynécologie, M. Launay (Saint-Antoine); — Chirurgie pratique, M. Souligoux (Lariboisière); — Auscultation, M. Caussade (Tenon); — Oto-rhino-laryngologie, M. G. Laurens (Clinique de la Trinité); — Ophtalmologie, M. Morax (Lariboisière); — Chirurgie dentaire, M. Siffre (Clinique odontologique).

Tous les cours commenceront le lundi 17, aux lieu et heure indiqués pour chacun d'eux. Repos le dimanche 23 et le lundi 24.

Les inscriptions sont reçues dès maintenant. Chaque élève recevra une carte d'admission qu'il devra produire à l'entrée des cours. Le droit d'inscription de chaque cours (comprenant en moyenne 8 à 10 leçons) est fixé à 20 francs, payables en s'inscrivant. On peut s'inscrire par correspondance.

Pour les inscriptions et tous renseignements, s'adresser au docteur Marchais, 3, rue Cambacérès, Paris.

(*Voir la suite des* Nouvelles, *p. 526*)

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives internationales de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 2, mars-avril 1905.) SCHMIEGELOW : Contribution à la pathologie des abcès du cerveau d'origine otique. — CHAVASSE : Perforation de la membrane du tympan de l'oreille droite par la pointe d'un sabre de cavalerie. — H. ZWILLINGER : Tuberculose latente de l'amygdale pharyngée hyperplasiée. — MARFAN : Cornage congénital chronique, hypertrophie du thymus, syphilis héréditaire. — CALAMIDA : Carcinome du sinus sphénoïdal. — CASTANEDA : Kyste paradentaire infecté du plancher de la bouche simulant une angine de Ludwig. — BOBONE : Obstruction totale d'origine congénitale de la narine gauche par un kyste ostéo-cartilagineux du cornet inférieur. Guérison après une série d'interventions. — NEVEU : La voûte palatine en ogive. Ses causes, ses conséquences, son traitement. — C. CHAUVEAU : Déterminations syphilitiques des sinus frontaux et maxillaires. — OKOUNEFF : Un essai de traitement des affections tuberculeuses du pharynx et du larynx par l'acide trichloracétique — BROECKAERT : Prothèse nasale par l'action combinée d'une opération autoplastique et d'injections de paraffine. — BREYRE : La cure radicale de la sinusite frontale chronique. — TOMMASI : Les inhalations d'eaux mères chloro-bromo-iodo-lithinées de Montecatini combinées avec le traitement interne par ces eaux dans les affections des voies respiratoires supérieures et de l'oreille. — GELLÉ : La réforme de l'orthographe et la physiologie. — GUILLEMIN : Théorie de l'audition. — FREDERICI : Sur le mécanisme et la signification probable de l'émigration des leucocytes à travers l'épithélium des amygdales palatines. — G. LAURENS : Chirurgie du nerf facial et de l'aqueduc de Fallope. — ZUND-BURGUET : Etude physiologique et pratique sur les troubles externes ou mécaniques de la parole. — TOMMASI : Mécanisme des traumatismes de l'oreille et leur influence sur cet organe, particulièrement au point de vue médico-légal (*suite*). — C. CHAUVEAU : Le traité des angines de Lasègue (*suite*).

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 12, 30 mars 1905.) VALUDE : Les troubles du corps vitré.

(*Voir la suite, p. 526.*)

REVUE GÉNÉRALE

LA MALADIE DE BARLOW

Par le docteur B. WEILL-HALLÉ,
Ancien interne des hôpitaux.

La maladie de Barlow semble bien mériter le nom de maladie moderne. Avant 1859 en effet, c'est à peine si l'on retrouve tel protocole d'autopsie d'enfant rachitique que l'on puisse, avec quelque vraisemblance, rapprocher de cette affection. Par contre, sa fréquence progressivement croissante, dans ces dernières années surtout, la variabilité décevante de son expression clinique, la gravité réelle de son évolution, faute du diagnostic et du traitement simple qu'il entraîne, ce sont là des motifs suffisants pour imposer aujourd'hui à tout médecin la nécessité de connaître cette affection naguère ignorée des pédiâtres eux-mêmes.

En 1859, Mœller étudia sous le nom de rachitisme aigu un état morbide qui répond, sans aucun doute, aux observations actuelles de la maladie de Barlow. D'autres auteurs après lui publièrent des cas analogues. Mais c'est à Barlow que revient le mérite d'avoir, en 1883, rapproché d'une étude clinique très complète la preuve anatomique, et établi sur des bases incontestables la réalité de cette entité morbide. Le titre de cette étude mémorable était ainsi conçu : « Sur des cas décrits comme rachitisme aigu et qui sont probablement une combinaison de scorbut et de rachitisme, le scorbut étant un élément essentiel, le rachitisme un élément variable. »

Suivant les théories étiologiques et pathogéniques adoptées, on l'a décrite sous le nom de rachitisme aigu (Mœller), rachitisme hémorragique, scorbut infantile (Ingerslev). Heubner, en 1892, lui attribua le nom de maladie de Barlow qui ne préjuge point de la nature, encore discutée, de cette affection, et a presque partout prévalu. D'autres auteurs allemands l'appellent encore volontiers maladie de Mœller-Barlow.

Avant 1883, l'histoire, purement clinique, de la maladie de Barlow, est assez brève. Il convient néanmoins de rappeler, à côté du nom de Mœller, ceux d'Ingerslev (médecin danois), de Thomas Smith, et de Cheadle en Angleterre.

Après les recherches de Barlow, de nouvelles autopsies confirmatives sont rapportées par S. Mackensie, Colcott Fox, Sutherland, Northrup.

En 1894, Northrup, Starr, Rotch, Holt présentent, à l'Académie de New-York, 106 observations de cette maladie.

En Allemagne, Rehn, Heubner, Baginsky publient également des observations et des relevés importants.

En France, l'attention est attirée sur ce sujet par une leçon de Marfan, publiée en 1895 sur le « scorbut des rachitiques ». Dès lors, les observations se succèdent, rares d'abord et de plus en plus fréquentes par la suite. En 1899, Netter publie à ce sujet, dans la *Semaine médicale*, une revue générale très documentée. La thèse de Pugam, en 1901, entreprise sous la direction de Variot, a fort bien résumé l'ensemble des connaissances acquises à cette époque.

Dans ces dernières années, cette question a provoqué au sein de la Société de pédiâtrie de longues discussions auxquelles ont pris part un grand nombre de pédiâtres français et dont nous retrouverons les noms plus loin.

Toutes les observations et communications publiées jusqu'à ce jour ont permis d'établir un tableau clinique très précis et que Barlow, le plus qualifié de tous, a fort bien tracé dans le *Traité des maladies de l'enfance*; nous lui ferons de nombreux emprunts.

I

Etude clinique. — La maladie de Barlow est une affection du premier âge, caractérisée essentiellement par une anémie intense, des douleurs vives exaltées par le mouvement et le contact, et siégeant surtout aux membres inférieurs; enfin, si l'affection survient après la première éruption dentaire, par des ecchymoses gingivales.

Ces phénomènes cliniques sont subordonnés aux hémorragies sous-périostées ou gingivales qui constituent le substratum anatomique capital du scorbut infantile.

La régression nécessaire des phénomènes morbides, sous l'influence d'un régime spécial, offre la preuve thérapeutique du diagnostic de la maladie de Barlow.

Le *début* de la maladie est généralement assez rapide. Un nourrisson, élevé au biberon et âgé de cinq à douze mois le plus souvent, présente, depuis un certain temps, une pâleur progressive et qui peut contraster même avec un embonpoint satisfaisant. Son humeur paraît s'altérer bientôt; il gémit sans raison apparente et la mère ou la nourrice ne parviennent point à l'apaiser. Bien plus, dès qu'elles s'approchent et qu'elles veulent le saisir, l'enfant que leurs caresses avaient toujours calmé, se met à crier de plus belle. Il souffre, en effet, et il a l'appréhension du moindre contact, du moindre mouvement qui exalte sa douleur.

L'examine-t-on de plus près, on ne tarde pas à reconnaître au voisinage d'un genou, d'une cheville, une tuméfaction d'abord minime, mais qui augmente peu à peu. Une tuméfaction analogue frappe bientôt le membre opposé, où elle occupe souvent un siège identique; parfois, au contraire, c'est un segment différent qui est atteint; d'un côté, c'est la cheville qui est gonflée; de l'autre, la partie supérieure de la jambe ou la partie inférieure de la cuisse. On note peu d'œdème, pas d'augmentation de la température locale.

La douleur détermine chez le nourrisson un habitus spécial. La tête, les bras, indemnes le plus souvent, sont encore mobiles; mais l'enfant fixe instinctivement les membres inférieurs douloureux. Il est couché sur le dos, les cuisses repliées sur l'abdomen et écartées, les genoux sont fléchis : il est, selon l'expression de M. Netter, dans une attitude de défense.

Le saisit-on sous les aisselles, il crie et se débat, mais avec les bras seulement, et les membres inférieurs restent tombants, immobiles et comme paralysés.

Peu à peu les phénomènes objectifs s'accentuent: la pâleur augmente et l'enfant semble atteint d'une anémie profonde. La tuméfaction progresse, envahissant souvent les autres segments des membres. Aux cuisses, on observe un empâtement étendu juxta-épiphysaire, très douloureux à la pression et paraissant indiquer un « épanchement profond » et formant fourreau autour de l'os (Barlow).

L'hyperesthésie, toujours prédominante aux membres inférieurs, peut envahir les jours suivants le reste du corps. Le tronc, les membres supérieurs, la tête deviennent douloureux spontanément ou sous la pression; un gonflement peut se montrer au-dessous de l'épiphyse supérieure du radius, ou au-dessus de l'épiphyse inférieure de l'humérus, voire autour de la diaphyse humérale.

Mais tous ces phénomènes restent le plus souvent modérés et parfois ils sont absents. On a pu remarquer exceptionnellement une pseudo-paralysie des bras analogue à celle des membres inférieurs.

Au thorax, certaines déformations peuvent aussi affecter le squelette; sous l'influence de fractures intéressant l'extrémité antérieure des côtes sternales, on voit se dessiner une dépression de la partie médiane comprenant le sternum et les cartilages costaux, les extrémités des côtes semblant, au contraire, proéminer.

Si l'on est en présence d'une forme particulièrement grave ou prolongée, d'autres signes vont se montrer. Tantôt il s'agit d'une hyperesthésie du tronc, qui coïncide avec un peu d'empâtement profond dans la région des gouttières vertébrales. Tantôt ce sont des crépitations osseuses qui se produisent au niveau des épiphyses fémorales, de l'épiphyse supérieure du tibia; exceptionnellement, on observe des fractures presque spontanées siégeant sur la diaphyse des os longs.

Certains os de la face, les régions temporo-pariétales présentent parfois une grande sensibilité.

Il est encore une forme très spéciale de l'hématome sous-périosté qui, par sa localisation, mérite une mention particulière, c'est l'hématome orbitaire. Généralement associé et postérieur à des hématomes d'autres régions, l'hématome orbitaire et son expression clinique, l'exophtalmie, a été le premier symptôme de la maladie dans une observation de Nicolaï: Thomas Spicer a indiqué également qu'elle pouvait être le seul signe du scorbut infantile. Ce symptôme n'est d'ailleurs pas une rareté; Nicolaï l'a relevé 49 fois sur 772 cas. Cette exophtalmie qui augmente pendant vingt-quatre heures et reste toujours modérée s'accompagne généralement d'une ecchymose siégeant à la partie profonde de la paupière supérieure, et atteignant rarement la conjonctive. Elle est tout à fait analogue, dit Barlow, à l'exophtalmie qui traduit la fracture de l'étage antérieur de la base du crâne. La douleur qui l'accompagne, déterminée par la compression légère du globe oculaire, et la réaction de son pédicule, provoque des plaintes continuelles.

La tension intra-oculaire n'est pas augmentée, il n'y a pas de signes d'inflammation. La lésion est fréquemment bilatérale et entraîne la déviation en bas des globes oculaires, atteints simultanément ou plutôt successivement.

Si l'enfant ne présente pas encore de dents, ces symptômes, joints parfois à quelques rares pétéchies, dans les régions inguinales, constituent toute la symptomatologie, très suffisante au médecin prévenu pour poser le diagnostic, surtout si ce syndrome, même incomplet, apparaît chez un enfant rachitique, et nourri d'aliments de conserve ou de certains laits modifiés.

Mais il est un signe capital, l'enfant n'eût-il qu'une incisive en éruption, et qui doit attirer l'attention : c'est le gonflement et l'ecchymose des gencives.

Quand les dents sont encore rares, les gencives présentent de petites granulations hémorragiques, contemporaines, d'après Barlow, des premières lésions des membres et, selon lui, absolument subordonnées à la présence nécessaire de dents dans la cavité buccale. Dans les cas de gravité moyenne, et bientôt traités, les lésions en restent, d'ailleurs, à cette première période.

Quand les dents sont nombreuses, l'aspect devient vite très caractéristique. Les gencives, tuméfiées à la base des dents, les cachent à moitié d'un bourrelet ecchymotique, donnant une odeur fétide.

Il y a un suintement sanglant aux commissures et le moindre contact fait saigner la gencive. A un degré avancé, les granulations peuvent même saillir hors de la bouche.

Les phénomènes généraux sont relativement peu importants. La fièvre atteint, lors de l'invasion des principaux symptômes, 38 à 39 degrés, mais elle est fugace et la température est ensuite égale ou fréquemment un peu inférieure à la normale. La nutrition est en effet troublée; les lésions locales de la bouche peuvent entraver l'alimentation et diminuer d'autant les forces de résistance. On observe quelquefois une diarrhée modérée; on a pu constater aussi un léger melæna. L'appétit reste en général conservé.

L'examen des urines révèle une augmentation notable du taux de l'acide urique et, dans certains cas, divers caractères subordonnés à l'existence de foyers plus ou moins importants d'apoplexie rénale.

L'examen microscopique du sang donne peu de résultats. On retrouve ici les lésions essentielles de l'anémie du type chlorotique : diminution des globules et diminution du taux de l'hémoglobine.

L'appareil respiratoire est généralement indemne. Des troubles fonctionnels, dyspnée et polypnée, s'associent aux lésions du thorax. Des complications congestives, broncho-pneumoniques ou apoplectiques peuvent provoquer la mort dans les formes graves à anémie profonde.

Le cœur et les vaisseaux n'offrent aucun signe spécial.

Quant au système nerveux il est souvent d'une excitabilité exagérée. Le spasme de la glotte et la tétanie, apanages fréquents du rachitisme, ne sont pas rares dans la maladie de Barlow et cet auteur

indique justement que ce fait a contribué à motiver pour les anciens auteurs l'épithète de rachitisme aigu.

Les convulsions peuvent apparaître dans des cas de pronostic variable ; le coma enfin est parfois provoqué par des hémorragies sous-dure-mériennes.

L'évolution de la maladie est très remarquablement enrayée sous l'influence du traitement approprié. L'amélioration s'observe très rapidement dans les formes légères ou de gravité modérée et quelques semaines suffisent souvent à transformer l'aspect général du petit malade. Les douleurs disparaissent d'abord, les couleurs reviennent peu à peu, les déformations s'effacent plus lentement et d'autant plus que les lésions étaient plus avancées. Il faut, dans les cas graves, plusieurs mois pour obtenir le retour complet à l'état de santé.

Quand le régime convenable fait défaut, la mort survient généralement par suite de complications, broncho-pulmonaires ou intestinales, ou par une fièvre éruptive facilement contractée.

II

Formes cliniques. — L'aspect clinique de la maladie de Barlow est loin d'être toujours aussi complet que nous l'avons décrit, et par contre certains phénomènes surajoutés peuvent modifier le syndrome habituel. Ainsi a-t-on pu signaler des formes frustes et des formes anormales dont le diagnostic sera plus délicat.

Les formes frustes répondent à ces cas qui n'offrent qu'une partie des signes primordiaux de la maladie et sur lesquels M. Hutinel a récemment encore attiré l'attention.

Parfois l'affection se présente sous l'aspect d'une simple paraplégie douloureuse (Variot, Guinon). Les lésions caractéristiques des gencives sont absentes dans un certain nombre de cas; dans la statistique de Heubner qui porte sur 65 cas, 6 offraient cette particularité. Mais l'habitus spécial, l'anémie et les conditions étiologiques mettent sur la voie du diagnostic.

Hutinel, Triboulet, Cautley ont rapporté des observations de la maladie de Barlow caractérisées seulement par des hématomes douloureux et qui simulaient à s'y méprendre des ostéomyélites. La difficulté serait plus grande encore si l'on se trouvait en présence d'un malade tel que celui d'Aviragnet où une ostéomyélite suppurée fut l'aboutissant de la maladie de Barlow.

La maladie de Barlow se traduit parfois par des signes supplémentaires où les hématomes multiples peuvent se manifester non seulement aux membres inférieurs, mais aux côtes, aux membres supérieurs, au niveau des orbites. Sutherland et d'autres auteurs ont même recueilli des cas d'hématomes dure-mériens. La tendance hémorragique peut affecter quelques localisations exceptionnelles à la peau, intéresser des cicatrices fraîches de vaccine (Heubner), se traduire comme dans une observation du même professeur de Berlin sous forme de bulles hémorragiques au niveau d'un pouce habituellement sucé par l'enfant; elle peut atteindre les muqueuses, notamment la langue, mais surtout les viscères profonds, et l'hématurie, le melæna ont été signalés assez souvent. Bien plus, Neter et de Lange ont rapporté chacun un cas de maladie de Barlow où le seul symptôme de l'affection a consisté dans l'hématurie, dont l'origine reconnue, grâce à la notion du régime alimentaire, a pu être confirmée par le succès thérapeutique. Coleman, Morse signalent également des faits analogues et il semble que ce tableau fruste de la maladie de Barlow ne soit pas très exceptionnel. D'après les observations de Morse, le scorbut infantile serait la cause la plus fréquente de l'hématurie des enfants en bas âge.

III

Diagnostic. — La revue rapide de ces formes frustes et anormales permet de comprendre la difficulté réelle du diagnostic de la maladie de Barlow.

Quand le syndrome est au complet rien n'est plus simple pour le médecin avisé. Hyperesthésie douloureuse, anémie intense, tuméfactions profondes des membres inférieurs apparaissant chez un enfant nourri artificiellement, il n'en faut pas plus, même en l'absence de dents et partant de lésions gingivales, pour affirmer la maladie de Barlow. La recherche de ces hémorragies gingivales souvent minimes, faite minutieusement, permettra souvent de poser le diagnostic véritable en présence d'une ostéomyélite douteuse, ou d'une pseudo-paraplégie sans cause appréciable.

Quand la douleur et l'impotence dominent, on songera au rhumatisme, exceptionnel à cet âge, à la paralysie spinale. La durée des prodromes, l'absence ou le faible degré d'élévation thermique, et la localisation précise, la vivacité des douleurs feront exclure ces deux diagnostics.

La confusion a pu s'établir aussi avec la pseudo-paralysie syphilitique. Un cas, rapporté par Marfan, offrait une paralysie des quatre membres qui y ressemblait tout à fait. Il faudra se souvenir que la maladie de Parrot, fréquente dans les trois premiers mois de la vie, devient déjà rare à l'âge où s'observe le plus souvent la maladie de Barlow.

Les diagnostics de coxalgie et surtout d'ostéomyélite constituent des erreurs assez fréquemment commises au cas de maladie de Barlow et quand il existe un hématome du fémur. Mais la coxalgie est assez rare dans les dix-huit premiers mois de la vie. Quant à l'ostéomyélite, assez fréquente chez le nourrisson d'après Broca, elle se distingue par son début généralement aigu, et son évolution très fébrile le plus souvent. Pourtant nombre de cas ont été traités comme tels avant qu'un médecin éclairé n'ait institué le traitement efficace.

Certains hématomes de la cuisse atteignent des dimensions considérables et Heubner cite notamment le cas d'un enfant qu'il a heureusement soustrait au bistouri d'un chirurgien prêt à l'amputer pour ostéosarcome et qui guérit rapidement par un régime diététique convenable.

On a pu prendre également certaines formes paraplégiques avec hématome fémoral pour un mal de Pott compliqué d'abcès par congestion. L'état des

réflexes qui sont normaux ou diminués, l'absence de douleurs vertébrales nettement localisées, le siège électif des douleurs dans la continuité des membres sont autant de signes différentiels qui permettront d'éviter cette erreur.

IV

Anatomie pathologique. — Entre les trois autopsies fondamentales et les confirmations successives des auteurs anglais ou américains, il y a eu, dans ces dernières années, des travaux allemands assez importants concernant l'anatomie pathologique de cette affection. Il convient de citer notamment ceux de Schmorl, de Nauwerck et de leurs élèves, puis de Jacobsthal et Nœgeli. Des radiographies ont été également pratiquées par M. Ausset, par Lehndorff.

Les lésions essentielles de la maladie de Barlow intéressent les os, et dans leur structure anatomique, et sans doute aussi dans leur rôle physiologique.

Ce sont les os longs des membres inférieurs, le fémur en première ligne, puis le tibia, qui sont le plus souvent atteints. Le péroné est généralement indemne. Heubner, sur 54 cas comportant des lésions des membres inférieurs, a noté 33 fois l'atteinte de la cuisse seule, 14 fois l'atteinte de la cuisse et de la jambe; dans 7 cas la jambe était seule affectée. Macroscopiquement, on constate un coagulum enveloppant la diaphyse au voisinage de l'épiphyse. Si l'hématome est abondant, la diaphyse tout entière peut être engainée ; d'autres fois il existe un foyer hémorragique à chaque extrémité. Le périoste est soulevé et constitue un fourreau au caillot sanguin. Il est épaissi et congestionné, rougeâtre. De la face profonde, très vascularisée, des brides fibrineuses se détachent qui l'unissent au caillot; par places on y observe des plaquettes osseuses de nouvelle formation et qui forment pafois un véritable étui osseux recouvrant l'hématome (Barlow).

L'os débarrassé du sang qui le tapisse apparaît blanc, dénudé et sans signes inflammatoires. On y peut observer des fractures, généralement sans grand déplacement, et qui coïncident alors avec des signes manifestes de rachitisme. Il y a lieu de les rapprocher des cas que MM. Brun et J. Renault ont bien étudiés et où la fracture produite accidentellement chez des enfants rachitiques a pu entraîner secondairement un hématome sous-périosté. Ces fractures sont loin d'être rares, mais elles ne sont pas constantes. M. Ausset, dans ses épreuves radiographiques, a mis en évidence une seule fracture, alors que les deux fémurs étaient atteints. MM. Schædel et Nauwerck ont constaté plusieurs fois, malgré des hématomes assez abondants, l'intégrité des os sous-jacents.

Quand les fractures existent, le trait siège soit au-dessous de l'épiphyse supérieure, soit au-dessus de l'épiphyse inférieure. Le déplacement est minime tant que le périoste n'est pas incisé et il semble très plausible que ces fractures passent facilement inaperçues. Il n'y a généralement pas de cal visible à cette période.

Si l'on sectionne l'os dans sa longueur, on constate fréquemment une hémorragie dans la substance médullaire; de plus la trame osseuse a subi généralement une résorption importante et les parois de la diaphyse sont réduites à une simple lame.

L'étude histologique montre au niveau du périoste une vascularisation intense sans infiltration cellulaire. Dans le corps de l'os on constate l'augmentation notable des espaces intertrabéculaires. Les cellules médullaires perdent la faculté de se transformer en ostéoblastes.

Au tissu spongieux normal se substitue un tissu très fragile. Comme le périoste est atteint dans son fonctionnement la substance corticale elle-même s'atrophie, devient ostéoporotique. L'ensemble de ces lésions explique la facilité des décollements, des fractures ou fêlures au voisinage de l'épiphyse (Heubner).

Ces altérations sont identiques, quel que soit le siège des hématomes, et on a pu les rencontrer aux membres supérieurs, aux côtes qui sont parfois dénudées sur une grande étendue; on les a signalées aux omoplates, au niveau des os du crâne, où elles pourraient être le point de départ, d'après Barlow, d'une pachyméningite hémorragique notée dans quelques observations.

Les articulations voisines des os atteints sont indemnes; exceptionnellement on a pu constater un petit épanchement sanguin dans la synoviale de la hanche.

Les muscles qui recouvrent les hématomes sont souvent le siège, dans les cas avancés, d'hémorragies importantes. Enfin on a constaté des épanchements profonds dans la plèvre, le parenchyme pulmonaire avec ou sans lésions inflammatoires, dans la rate, les reins, les ganglions et les divers appareils lymphoïdes.

Barlow admet en outre l'existence fréquente, mais variable, de lésions rachitiques des os, « de l'ossification spongoïde de la région de soudure épiphysaire. » Pourtant, dit-il, parmi les cas mortels les lésions rachitiques n'ont pas été constantes et ces lésions ont été souvent absentes dans les cas bénins.

Schædel et Nauwerck, dans les autopsies qu'ils ont pratiquées, ont toujours trouvé par un examen attentif du squelette des lésions rachitiques incontestables.

Nægeli et Schmorl contestent cette opinion et, pour eux, les altérations rachitiques des os manquent complètement.

(A suivre.)

FORMULAIRE

DÉSINFECTANT DE LA BOUCHE

Alcoolat de cochléaria	50	grammes.
Teinture de quinquina	50	—
Salol	2	—
Teinture de gaiac	10	—
Alcool de menthe	20	—

Demi-cuillerée à café dans demi-verre d'eau tiède comme dentifrice antiseptique de la bouche.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 12 AVRIL 1905)

Adénome congénital. — Séance de rapports et de présentations. Nous entendons d'abord un rapport de M. FÉLIZET sur une observation fort rare d'adénome congénital du cou, chez une fillette de six semaines née avant terme. M. Villemin, l'auteur de cette observation, a extirpé avec succès cette tumeur.

Néphrite calculeuse. — M. TUFFIER analyse une observation de M. Guibal (de Béziers). Il s'agit d'un homme de cinquante-quatre ans, pesant plus de 100 kilogs, qui, depuis 1887, a présenté une série de coliques néphrétiques du côté gauche. Le 29 septembre 1904, il a été pris d'une colique à droite, et, cette fois, avec anurie absolue. Ce n'est qu'après huit jours d'anurie complète qu'il se décide à venir consulter M. Guibal, qui constate un bon état général, mais les pupilles rétrécies, le pouls très lent, les extrémités froides et cyanosées, enfin des signes d'urémie. En même temps, il existe un hydrothorax à droite et une ascite abdominale considérable. Le lendemain, c'est-à-dire le neuvième jour d'anurie complète, M. Guibal pratiqua la néphrectomie à droite, le dernier rein atteint, et ne trouva rien, ni dans le bassinet, ni dans les calces; il fait le cathétérisme de l'uretère, de haut en bas, et ne rencontre aucun calcul, aucun obstacle oblitérant ce canal; il place un drain et fait une suture partielle du rein; peu de temps après l'opération, il eut une véritable inondation d'urine; il en rendit, par le drain, 4 litres en trente-six heures. Sept jours après l'opération, il eut une miction par la vessie; deux mois après, il rendit deux petits calculs par l'urètre.

M. Guibal pense qu'il s'agissait ici d'une anurie réflexe. M. Tuffier partage cette opinion, tout en faisant cependant quelques réserves. Quant à l'hydrothorax et à l'ascite, ce sont là des complications rares.

Nous arrivons aux présentations :

Amputation interscapulo-thoracique. — M. BERGER présente un malade déjà opéré deux fois par Péan, une fois par M. Bousquet et deux fois à l'hôpital Péan pour un chondrome périostique du membre supérieur gauche. La dernière récidive entourait complètement toute l'épaule. M. Berger pratiqua l'amputation interscapulo-thoracique, selon le procédé qu'il a décrit. Le malade va très bien.

Il montre les pièces provenant d'une autre malade qui était atteinte d'une tumeur sarcomateuse de l'épaule, et à laquelle il pratiqua la même opération. Un mois après, elle a succombé en trois jours à une pleurésie hémorragique, qui n'était évidemment qu'une généralisation de l'affection sarcomateuse.

M. Berger insiste sur la simplicité et la rapidité de cette opération. L'hémostase toutefois demande de grandes précautions et un peu de temps.

Clavicule à ressort. — M. MOTY présente un soldat qui, en faisant des mouvements de circumduction de l'épaule droite, produit très nettement le phénomène de la clavicule à ressort.

Affections du pharynx. — M. SÉBILEAU présente deux malades, l'une atteinte d'un polype dermoïde du pharynx, l'autre d'un angiome de la partie postérieure de la langue.

Radiothérapie. — M. WALTHER présente de nouveau un malade atteint d'un sarcome de la paroi orbitaire qui se trouve très amélioré après plusieurs séances de radiothérapie.

Ankylose du coude. Hémirésection. — M. KIRMISSON montre une jeune fille qui était atteinte d'ankylose à angle droit du coude droit. Il lui a fait une hémirésection qui lui a rendu tous ses mouvements et lui permet de jouer du piano et du violon.

Anévrisme de l'artère fémorale, ablation. — M. GUINARD présente un homme âgé, athéromateux, avec double souffle cardiaque, qu'il a opéré avec succès, par l'extirpation, d'un anévrisme sacciforme de l'artère fémorale. Il a eu soin de lier d'abord l'artère au-dessous de la poche. M. Guinard attache une grande importance à cette précaution, qui consiste à commencer par lier l'artère au-dessous de la poche.

Appendicite avec épiploïte. — M. WALTHER montre des lésions d'épiploïte coexistant avec l'appendicite ou lui succédant, ce qui explique que des malades continuent à souffrir après l'ablation de l'appendice. A côté de cette affection, il faut donc tenir compte de l'épiploïte qui peut l'accompagner.

M. TUFFIER fait observer que ces souffrances consécutives à l'ablation d'un appendice malade peuvent aussi être causées par des adhérences intestinales.

Élections. — M. Peyrot est nommé membre honoraire; M. Villemin est élu membre titulaire.

Vacances. — La Société ne tiendra pas de séance le mercredi de la semaine sainte, ni le mercredi après Pâques.

ANALYSES

DERMATOLOGIE

Ulcères scrofuleux des jambes (maladie de Bazin) traités avec succès par les courants à haute fréquence. (SOMERVILLE. *Brit. med. Journ.*, n° 2301, 4 fév. 1905, p. 244.) — La maladie décrite par Bazin consiste en des ulcérations multiples survenant principalement chez les jeunes femmes et occupant la région des jambes; l'aspect des lésions permet de les confondre avec des ulcérations syphilitiques; le traitement en est difficile et les récidives sont fréquentes. C'est un cas de ce genre que M. Somerville s'est trouvé appelé à soigner. La malade, de tempérament lymphatique, ne présentait aucun symptôme de maladie caractérisée, à l'exception d'un certain nombre d'ulcérations au niveau des jambes; les extrémités étaient le siège d'un certain degré de refroidissement. Aucun signe n'autorisait l'hypothèse de la syphilis, héréditaire ou acquise. La famille était également indemne de tuberculose.

Les ulcères, de dimensions variables, étaient irréguliers, entourés d'une zone violacée et absolument indolores. La malade avait suivi un traitement général prolongé; on avait essayé sur ses lésions les pansements les plus variés : malgré le repos au lit on n'avait pu obtenir la guérison.

L'auteur soumit alors le sujet au traitement par les courants à haute fréquence. On fit quarante et une séances d'application; chacune d'elles durait huit minutes. Peu après le début du traitement les ulcérations commencèrent à prendre meilleur aspect, devinrent moins profondes et, finalement, se recouvrirent de peau saine.

La malade fut revue huit mois après; la guérison s'était parfaitement maintenue. La peau était souple, sans trace d'induration. Des marches prolongées étaient possibles sans cau-

ser le moindre trouble au niveau des membres inférieurs.

A. HOUSQUAINS.

Traitement du lupus. (*Therapie der Gegenwart*, janv. 1905, p. 19.) — P. G. UNNA (de Hambourg) passe en revue les différentes méthodes de traitement du lupus et convient que le lupus limité et qui n'atteint pas les muqueuses guérit facilement et complètement, avec de bons résultats esthétiques par les méthodes variées usuellement employées aujourd'hui; le choix est grand entre les procédés à mettre en œuvre suivant le cas particulier : Röntgen, Finsen, extirpation radicale, cautérisations chimiques et procédés délicats des dermatologistes, etc. Il n'en est pas de même des lupus mal placés, lupus de la muqueuse du nez, par exemple, de la bouche, du pharynx, du larynx, ni des lupus cutanés par trop étendus ou à localisations multiples. Pour ces derniers se marque un retour à la tuberculine associée aux moyens de destruction microbienne. Pour les autres, chirurgiens, dermatologistes et radiothérapeutes ne peuvent se passer des rhinologistes et laryngologistes et les méthodes en vogue doivent céder le pas aux méthodes de cautérisation chimique, de galvanocaustie associées ou non à la tuberculine, moyens qui se montrent le plus efficaces en pareil cas.

A ce propos Unna rappelle l'emploi fait autrefois par Doutrelepont et par lui du sublimé en crayon composé à 1/5 après curetage des surfaces lupiques; Köbner s'était autrefois servi du chlorure de zinc; Canquoin lui adjoignait le chlorure d'antimoine; d'autres chlorures ont été également employés dans ce but. L'auteur est d'avis que ces divers agents thérapeutiques agissent par le chlore qui entre dans leur composition; il y a quelques années, l'auteur donnait la préférence aux solutions de chlorure d'antimoine plus faciles à concentrer et moins toxiques que le sublimé.

Le chlorure d'antimoine liquide contenant de l'acide chlorhydrique, l'auteur s'était demandé si cet acide n'était pas l'agent actif du traitement.

A priori, il ne le croyait pas : d'une part, parce que les autres composés du chlore ont la même action et que l'action du sel de cuisine, de l'eau de mer, des eaux-mères de Kreuznach ne pouvait s'expliquer également que par l'action du chlore combiné aux bases. Cependant des expériences faites sur le bacille de la lèpre lui ont démontré que l'acide chlorhydrique avait une action particulièrement nuisible sur ce bacille, fait d'autant plus remarquable que l'acide nitrique est sans action sur lui. Ces résultats lui ont paru applicables au bacille de la tuberculose.

Depuis ce moment l'auteur a substitué au chlorure d'antimoine, l'acide chlorhydrique et de préférence l'acide chlorhydrique brut, plus actif; il a même employé l'acide chlorhydrique saturé de chlore.

Les bons effets dans le lupus de cette médication associée au chloræthyl ont été bien étudiés par Dreuw (Ueber die Behandlung des Lupus durch den praktischen Arzt, *Berl. klin. Woch.*, 1904).

P. VIOLLET.

OBSTÉTRIQUE

Quelques particularités de l'appendicite dans le sexe féminin. (George HEATON. *Brit. med. Journ.*, 4 mars 1905.) — L'appendicite est environ trois fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme. On a donné de ce fait bien des explications, il est très probable qu'il est en rapport avec des différences de développement ou de configuration anatomique. La grossesse ne semble pas prédisposer à l'apparition de l'appendicite, mais, chez les femmes qui, ayant eu une ou plusieurs attaques de cette affection, deviennent enceintes, la grossesse peut déterminer une nouvelle poussée. En pareil cas l'appendicite est plus grave et d'un pronostic plus aléatoire. Celui-ci dépend de l'âge de la grossesse et de la sévérité de l'attaque. Plus la grossesse est avancée plus la situation est inquiétante; la formation de pus compromet beaucoup la vie du sujet. D'après Abraham la mortalité serait de 58 p. 100 pour la mère et de 90 p. 100 pour le fœtus lorsqu'il se fait une appendicite perforante, même quand on opère sans retard. Néanmoins on observe des attaques bénignes dans les premiers mois de la grossesse et la marche normale de cette dernière ne s'en trouve pas compromise.

L'auteur est d'avis que, en cas de grossesse compliquée d'appendicite, on doit intervenir dans la plupart des cas aussitôt que le diagnostic est posé. Toutes les fois qu'une femme est atteinte d'appendicite, on s'assure d'abord de savoir si elle est enceinte ou non, cette considération étant de nature à influencer à la fois le pronostic et le traitement. D'après M. G. Heaton, l'appendicite est très probablement responsable de la plupart des attaques de péritonite pelvienne siégeant du côté droit; d'autre part, si la salpingo-ovarite est plus fréquente à droite, la raison en est qu'il s'agit souvent d'une inflammation consécutive à des troubles appendiculaires. Il est indiqué, toutes les fois qu'on résèque l'appendice chez la femme, de contrôler l'état des annexes du côté droit avant de fermer l'abdomen.

A. HOUSQUAINS.

Influence de l'intoxication professionnelle par le tabac sur l'évolution de la grossesse. (*La Clinica moderna*, 4 janvier 1905, n° 1.) — M. Guido PIERACCINI a dépouillé les observations de 89 femmes employées à la manufacture des tabacs, de Florence, et hospitalisées à la clinique obstétricale de cette ville de 1894 et 1903. Sauf une albuminurique et éclamptique il n'y avait aucune d'elles qui présentât une affection syphilitique ou autre capable d'interrompre la grossesse; or l'auteur a relevé 49 cas accouchements à terme, 16 accouchements prématurés, 15 avortements, 4 menaces d'avortement. En laissant de côté les 4 derniers cas qui n'ont pas été suivis, on voit que 31 fois sur 89, c'est-à-dire dans une proportion de 36,90 p. 100, la grossesse a été interrompue; ce chiffre est considérable comparé à celui de 20 p. 100 que donne Tarnier comme représentant celui des grossesses interrompues en général et que l'auteur considère comme exact. Reprenant l'histoire clinique antérieure de ces 89 femmes, Pieraccini a vu qu'elles avaient déjà présenté 469 grossesses sur lesquelles il y avait eu 386 accouchements à terme, 31 accouchements prématurés, 47 avortements, 5 menaces d'avortement, soit 21 p. 100 de grossesses interrompues; cette proportion est très inférieure à la précédente et se rapproche de la normale. Si maintenant on calcule sur l'ensemble on trouve que sur les 558 grossesses présentées par ces 89 femmes il y a eu 435 accouchements à terme et 118 grossesses anormales, soit 25,10 p. 100 de ces dernières.

L'auteur fait remarquer avec juste raison que ces faits tendent à démontrer l'action nocive du tabac, puisque rien ne prouve que ces 89 ouvrières travaillassent aux tabacs lors de leurs premières grossesses, et à supposer que l'affirmative fût vraie le nombre des grossesses interrompues va chez elles en augmentant, ce qui peut provenir d'une intoxication chronique plus profonde de l'organisme. D'autre part ces ouvrières comptent parmi les plus privilégiées au point de vue des salaires et des conditons matérielles de l'existence; il semble donc bien que ce soit le tabac qui doive être incriminé en l'espèce.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

THÉRAPEUTIQUE

Action secondaire fâcheuse de l'aspirine. (Poulavski. *Gazeta lexaroka,* 20 oct. 1904.) — L'auteur administra à un artério-scléreux âgé de soixante-quatre ans, avec insuffisance mitrale compensée, 0g6 d'aspirine contre la sensation de courbature dans les membres inférieurs qui disparut en effet. Mais immédiatement après survinrent des phénomènes secondaires graves : la langue se tuméfia au point de gêner la parole; la face (surtout les lèvres et les paupières), les oreilles et le cuir chevelu se tuméfièrent également et prirent une coloration rouge. La rougeur s'étendit aussi sur le cou, le tronc et les membres. L'exanthème, scarlatiniforme, était prurigineux. Température : 38 degrés; pouls 100. Pas de glycosurie ni albuminurie. Quelques heures après, la tuméfaction diminua et l'éruption pâlit. Le lendemain il y eut de nouveau exacerbation de tous les phénomènes, sauf la température qui resta normale. Nouvelle amélioration le soir. Le surlendemain les mêmes manifestations se renouvelèrent, mais beaucoup moins accusées. Le quatrième jour tout rentra dans l'ordre.

Em. Wasserberg.

HYDROLOGIE

EAUX BICARBONATÉES SODIQUES ET EAUX BICARBONATÉES CALCIQUES

La médecine est riche en contradictions. On enseigne couramment que les eaux potables trop calcaires sont coupables de nombreux méfaits : on leur reconnaît une action fâcheuse sur les reins, et on les accuse de hâter l'évolution de l'artério-sclérose et de l'athérome artériel. Or, quand la crainte, trop souvent justifiée, de la contamination des eaux potables leur fait substituer des eaux minérales, c'est surtout à des eaux bicarbonatées calciques que l'on s'adresse : on ne réfléchit pas que l'on condamne ainsi l'organisme à l'ingestion de doses de carbonate de chaux bien supérieures à celles que renferment les plus calcaires des eaux de rivière, de sources ou de puits, des doses qui feraient rejeter ces dernières comme malsaines par tous les hygiénistes.

C'est une erreur qu'il suffit de connaître pour l'éviter. L'innocuité du bicarbonate de soude, même à doses élevées, est aujourd'hui bien démontrée : il suffit donc de choisir une eau de table parmi les eaux bicarbonatées sodiques pures. Ces eaux sont à coup sûr moins répandues que les eaux calciques ou mixtes. Vals est la seule station en France qui en présente des types répondant à toutes les indications, mais elle est assez riche pour satisfaire à tous les besoins.

La source Saint-Jean, alcaline faible, représente le type le plus parfait des eaux de table. Elle a sur les eaux dites indifférentes l'avantage d'une sapidité agréable, d'une action légèrement excitante de la sécrétion et de la motilité gastrique, et d'une action alcalinisante modérée. Est-il nécessaire de répéter une fois de plus que l'usage régulier des alcalins est devenu un correctif indispensable de notre alimentation trop carnée? La proportion de bicarbonate de chaux contenue dans l'eau de Saint-Jean ne dépasse pas celle des meilleures eaux potables.

La source Précieuse, alcaline moyenne, avec 6 grammes environ de bicarbonates divers, répond à toutes les indications de l'eau de Vichy. Elle est froide à l'émergence, plus riche en acide carbonique, ce qui lui assure une meilleure conservation; elle a aussi l'avantage d'une action laxative légère due à sa richesse en magnésie.

Enfin, la source Magdeleine, par sa minéralisation exceptionnelle (9 grammes environ de bicarbonates divers), permet de réaliser une alcalinisation énergique de l'organisme, sous un volume restreint. Cette alcalinisation, précieuse dans un grand nombre d'états morbides (diabète, goutte, maladies du foie, hyperchlorhydrie), ne saurait être obtenue avec la même facilité par aucune eau minérale connue.

Mais ces deux dernières sources, Précieuse et Magdeleine, sont essentiellement des eaux médicinales. L'eau de Vals Saint-Jean est une eau de table, et c'est à elle surtout que s'appliquent les réflexions énoncées au début de cet article.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

QUELQUES OBSERVATIONS AU SUJET DU FUTUR TARIF APPLICABLE AUX ACCIDENTS DU TRAVAIL

La Commission du Syndicat des médecins de l'arrondissement de Béziers nous adresse les réflexions suivantes :

La nouvelle loi modifiant divers articles de la loi du 9 avril 1888 sur les accidents du travail contient quelques détails relatifs au tarif des frais médicaux :

Art. 4. — Le chef d'entreprise supporte en outre les frais médicaux et pharmaceutiques et les frais funéraires. Ces derniers sont évalués à la somme de 100 francs au maximum.

La victime peut toujours faire choix elle-même de son médecin et de son pharmacien. Dans ce cas, le chef d'entreprise ne peut être tenu des frais médicaux et pharmaceutiques que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton où est survenu l'accident, conformément à un tarif qui sera établi par arrêté du ministre du Commerce, après avis d'une commission spéciale comprenant des représentants de syndicats de médecins et de pharmaciens, de syndicats professionnels ouvriers et patronaux, de sociétés d'assurances contre les accidents du travail et de syndicats de garantis, et qui ne pourra être modifié qu'à intervalles de deux ans...

Le tarif visé à l'article 4 de la loi du 9 avril 1888, ci-dessus modifié, devra être établi dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi et publié au *Journal officiel*. Il sera appliqué un mois après cette publication et jusque-là les tarifs d'assistance médicale gratuits resteront transitoirement applicables.

Si l'on se reporte d'autre part au journal *Le Concours médical* du 26 novembre 1904 on peut prendre connaissance du tarif minimum, dit « tarif ouvrier des syndicats médicaux », qui, comme l'explique une annotation, « se trouve reproduit dans la forme définitive où il a été présenté à la Commission sénatoriale des accidents du travail. »

C'est donc ce tarif qui paraît devoir servir de base « aux représentants des syndicats de médecins « chargés de défendre les intérêts du corps médical au sein de la commission instituée par la nouvelle loi. Quelques observations d'un intérêt général s'imposent à ce sujet et il n'est vraisemblablement pas trop tard pour les formuler.

Si les syndicats médicaux veulent réellement faire œuvre utile, en la circonstance, et sauvegarder non seulement les intérêts immédiats mais encore les intérêts éloignés de la profession, ce tarif doit *être absolument limité* aux seuls traumatismes et aux seules affections pouvant être considérées comme accidents du travail et à leurs suites.

C'est là un principe qui s'impose, si l'on songe que le tarif ouvrier que la nouvelle loi va consacrer, va devenir la première codification officielle des honoraires médicaux décrétés par une commission composée en majeure partie de personnes étrangères à la profession médicale, et si l'on remarque que la *revision de ce tarif légal* est rendue possible tous les deux ans.

Faire de ce tarif, un tarif ouvrier général, et non un tarif simplement applicable aux accidents du travail, c'est reconnaître et consacrer l'ingérence d'une autorité extra-médicale dans la détermination des chiffres d'honoraires en dehors même des cas dans lesquels la nouvelle loi nous plie à ses exigences.

Il semble élémentaire de ne pas restreindre nous-mêmes

notre liberté au moment précis où l'on commence à lui porter une première atteinte. Quels que puissent être les chiffres admis par le tarif officiel et quelque satisfaction qu'ils puissent *momentanément* donner au corps médical, les syndicats ne doivent point oublier qu'en proposant un tarif ouvrier général au lieu d'un tarif d'accidents du travail ils étendent le champ des déconvenues que l'avenir peut nous réserver.

Que la revision du tarif légal entraîne, en effet, dans plusieurs années une réduction considérable des honoraires, et cette réduction se trouvera étendue à tous les cas prévus dans ce tarif, car c'est lui qui fournira, en cas de contestations devant les tribunaux, la base d'appréciation, dont les juges s'inspireront.

Limiter actuellement le tarif qui doit être soumis à la commission mobilisée par la loi, c'est donc limiter les réductions éventuelles qu'il pourrait vous faire subir par suite de revisions successives.

Il convient, en outre, de laisser aux syndicats de médecins la liberté de déterminer leurs tarifs ouvriers pour tous les cas qui n'ont aucun rapport avec les accidents du travail.

Entre les tarifs locaux des différents syndicats, il existe des différences généralement justifiées par des considérations également locales et l'autonomie de chaque syndicat, à ce point de vue, doit rester entière.

Ces quelques observations sont parfaitement résumées dans la conclusion suivante :

Un tarif légal pour les accidents du travail doit être proposé par tous les syndicats médicaux, mais chaque syndicat consacrera ses tarifs ouvriers locaux.

Il appartient aux syndicats de prendre le plus rapidement possible les mesures nécessaires pour que les médecins qui feront partie de la commission reçoivent à cet égard un mandat déterminé.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

VOYAGES D'ÉTUDES MÉDICALES, 1905. — Le VII[e] voyage d'études médicales aura lieu sous la direction scientifique du professeur Landouzy, du 1[er] au 14 septembre 1005.

Il comprendra les *stations du sud-ouest de la France* : Luchon, Siradan, Barbazan, Capvern, Bagnères-de-Bigorre, Argèles, Barèges, Saint-Sauveur, Cauterets, Pau, Eaux-Bonnes, Eaux-Chaudes, Saint-Christau, Salies-de-Béarn, Biarritz, Cambo, Hendaye (sanatorium), Dax, Arcachon.

Le programme détaillé sera publié en mai 1905.

Cinq bourses de voyage données au V. E. M. de 1905 seront attribuées :

1° Celle du professeur Henrot (de Reims) à un interne des hôpitaux de province;

2° Celle de la Société de Châtel-Guyon à un membre de la Société de l'internat des hôpitaux de Paris;

3° Celle de la Société d'Evaux à un médecin de la Société professionnelle du Concours médical;

4° Celle de la Société d'Évian à un médecin de Belgique;

5° Celle de la Compagnie de Vichy à un jeune médecin ayant passé sa thèse de doctorat à la Faculté de médecine de Paris, dans l'année scolaire 1904-1905.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Carron de la Carrière, organisateur des V. E. M., 2, rue Lincoln, Paris.

SUITE DES SOMMAIRES

Écho médical du Nord. — (N° 14, 2 avril 1905.) CALMETTE et BRETON : Ankylostomiase, maladie sociale, diagnostic et traitement. — E. GÉRARD : Solubilité de la cholestérine animale dans quelques éléments de la bile, contribution à l'étude de la formation des calculs biliaires.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 14, 2 avril 1905.) Léon RÉJON : Traitement hydrothérapique de la neurasthénie d'origine arthritique. — CAVALIÉ et ROLLAND : Pathogénie de la carie d'après les recherches récentes.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 14, 2 avril 1905.) ANDÉRODIAS : Vomissements graves de la grossesse.

Journal de médecine de Bruxelles. — (N° 14, 6 avril 1905.) SANO : A propos d'actynomycose. — LORAND : Contribution à la pathogénie de l'obésité.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 13, 1[er] avril 1905.) DESPLATS et FAIDHERBE : Angiome grave de la langue guéri en deux séances d'électro-puncture bipolaire.

Languedoc médico-chirurgical. — (N° 3, 25 mars 1905.) COULONJOIE : Mélancolie anxieuse de la ménopause, traitement par la morphine. Guérison sans internement.

Lyon médical. — (N° 14, 2 avril 1905.) HORAND : De la protection des enfants du premier âge. — Paul GAUTHIER : Rhumatisme tuberculeux primitif. — René HORAND : Absence congénitale du rein droit.

Médecine moderne. — (N° 13, 29 mars 1905.) Madeleine PELLETIER : L'idéation chez les débiles. — (N° 14, 5 avril.) JOSIAS : La poussière des routes.

Montpellier médical. — (N° 13, 26 mars 1905.) VALLOIS : Grossesse extra-utérine abdominale; rupture du kyste fœtal; laparotomie; ablation du kyste fœtal; accidents post-opératoires; guérison.

Revue générale des sciences. — (N° 6, 30 mars 1905.) SULZER-ZIEGLER : Le percement du tunnel du Simplon. — LANGEVIN : La physique des électrons. — LE DANTEC : L'enseignement des sciences naturelles comme instrument d'éducation philosophique.

Revue générale d'ophtalmologie. — (N° 3, 31 mars 1905.) TRUC : Masque opératoire buccal en oculistique.

Revue neurologique. — (N° 6, 30 mars 1905.) MM. DEJERINE et GAUCKLER : Contribution à l'étude des localisations motrices dans la moelle épinière. Un cas d'hémiplégie spinale à topographie radiculaire dans le membre supérieur avec anesthésie croisée et consécutif à une hématomyélie spontanée. — DUPRÉ et CAMUS : Hémiplégie homolatérale gauche chez un débile gaucher, ancien hémiplégique infantile droit.

Semaine gynécologique. — (N° 13, 28 mars 1905.) PICHEVIN : Laparotomie pour rupture d'une grossesse tubaire développée dans la première partie de la trompe. Traitement de la congestion pulmonaire post-opératoire par la saignée. — (N° 14, 4 avril.) PICHEVIN : Des applications de glace dans le traitement des affections des femmes.

Tribune médicale. — (N° 12, 25 mars 1905.) LUC : De l'ostéomyélite envahissante du crâne, secondaire à la sinusite frontale suppurée. — (N° 13, 1[er] avril.) CATHELIN : La méthode épidurale en tant que voie d'introduction médicamenteuse.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 6, 30 mars 1905.) JACQUIN : Diagnostic de la syphilis par inoculation fortuite.

Le Directeur-gérant : D[r] François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 45. — MARDI 18 AVRIL 1905. 78e ANNÉE. MARDI 18 AVRIL 1905. — N° 45.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE
Les praticiens et la bouche, par M. Paul Le Gendre.
TRAVAUX ORIGINAUX
Un nouveau procédé de cure radicale de la hernie inguinale (avec 3 fig.), par M. E. Rochard.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences. — Société médicale des hôpitaux. — Société de biologie.
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lille. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Brasseur et Butruille (Achille), internes titulaires; Dérémaux et Castiaux, internes provisoires.

GUERRE. — Par décision ministérielle du 9 avril 1905, MM. les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été nommés ou désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins aides-majors de première classe Pouponneau, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger (service); — Etienne, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran (service).

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Frizac, désigné pour le 96e d'infanterie (service); — Touzet, pour le 64e d'infanterie (service); — Bailly, maintenu à l'hôpital militaire de Lille; — Rabaloye, désigné pour le 17e bataillon de chasseurs à pied (service); — Dargein, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran (service).

— M. le médecin principal de première classe Billet, sous-directeur de l'École d'application du service de santé, médecin-chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, est promu au grade de médecin-inspecteur dans le cadre du corps de santé militaire, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Robert, promu médecin-inspecteur général.

M. le médecin-inspecteur Billet est nommé directeur du service de santé du 7e corps d'armée à Besançon, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Annequin, placé dans la section de réserve.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Il sera ouvert le mardi 22 mai prochain au ministère de l'Intérieur, salle Telmon, un concours pour l'internat de l'Asile national des convalescents (ancien asile de Vincennes) de Saint-Maurice (Seine).

On trouvera au secrétariat de l'Asile et chez le concierge de la Faculté de médecine, des exemplaires de l'arrêté ministériel, qui fixe les conditions d'admissibilité et le programme du concours.

EXPOSITION UNIVERSELLE DE LIÈGE. — *Congrès français de médecine* (Liège, 25, 26, 27 septembre 1905). — Le VIIIe Congrès français de médecine se tiendra cette année à Liège, du 25 au 27 septembre inclusivement, sous la présidence du professeur R. Lépine (de Lyon).

Les questions suivantes ont été choisies par le Congrès de Paris pour faire l'objet de rapports et de discussions :

1. *Des formes cliniques du rhumatisme chronique.* — Rapporteurs : M. le professeur Teissier (de Lyon); M. le docteur E. Verhoogen (de Bruxelles).

2. *Du régime déchloruré.* — Rapporteurs : M. le docteur Fern. Widal, professeur agrégé (de Paris); M. le professeur Luc. Beco (de Liège).

3. *Du rôle des sécrétions pancréatiques en pathologie.* — Rapporteurs : M. le docteur Hallion (de Paris); M. le docteur A. Falloise, assistant à l'Université de Liège.

Le comité local a décidé, après avis du Comité français, de créer une section de parasitologie où sera étudiée la question de l'ankylostomiase. Le comité a pensé qu'il serait utile de montrer aux membres du Congrès ce qui a été fait au point de vue de la prophylaxie et du traitement dans nos régions où règne cette maladie.

Plusieurs séances seront consacrées à l'exposé et à la discussion des communications particulières que voudront bien faire les membres du Congrès.

Le prix de la cotisation est fixé à 20 francs. (Étudiants et dames : 10 francs.)

Des demandes sont adressées à l'État belge et aux Compagnies françaises de chemins de fer pour obtenir les réductions habituelles.

Pour les renseignements et communications, s'adresser aux secrétaires généraux : MM. Henrijean, rue Fabry, 11, et Honoré, rue Paradis, 98, Liège.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Denouh, médecin du bureau de bienfaisance, de l'état-civil et de la délégation cantonale du XIe arrondissement de Paris; et David (de Montpellier).

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (N° 3, avril 1905.) P. BROUARDEL : Injection de cocaïne dans une hydrocèle. — OGIER et BONJEAN : Stérilisation des eaux. — STŒNESCOU : Diagnostic de la submersion. — G. BROUARDEL : Cas d'anévrisme traumatique. — GUÉRIN et QUIRIN : La recherche de l'arsenic.

Archives d'électricité médicale expérimentale et clinique. — (N° 163, 10 avril 1905.) GUILLEMINOT : Les rayons X ne paraissent pas influencer la résistivité du sélénium, ni modifier l'influence de cette lumière sur cette résistivité. — BELOT : Le facteur distance en radiothérapie. — BENOIST : Méthode et appareil de dosage dans les applications médicales de l'électricité statique. — MOLLARET : Sur une modification pratique du radio-limitateur de Dean. — Jaime R. COSTA : La pratique de la radiographie et de la radiothérapie en Angleterre (*fin*).

Archives de médecine des enfants. — (N° 4, avril 1905.) Olinto DE OLIVEIRA : Dysenterie amibienne. — ALLARIA : Propriétés physico-chimiques du liquide cérébro-spinal.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 4, avril 1905.) BATUT : Considérations sur la chirurgie militaire française en temps de paix, 1881-1900. — WAGNER : De l'addition de l'acide sulfurique et de l'acide chlorhydrique au vin, de leur recherche et de leur dosage. — COSTE : Note relative au réveil du paludisme en Algérie, en 1904.

Archives générales de médecine. — (N° 14, 4 avril 1905.) SOULIGOUX et GOUGET : Contribution à l'étude des grands kystes hématiques simples du rein. — RÉNON : Rétrécissement mitral, aortite, coronarite et tabes chez une syphilitique. — GRENET : Traitement des vers intestinaux. — (N° 15, 11 avril.) EDHEM : La prétuberculose. — MARCOU : Retrait brusque d'un gros foie cardiaque à la suite d'une hémorragie gastrique mortelle perforante sans réaction péritonéale.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLII, n° 13, 30 mars 1905.) George G. SEARS : Les résultats du traitement médical de l'ulcère peptique de l'estomac au Boston City Hospital. — Francis B. HARRINGTON : Œdème angioneurotique. Observation d'un malade opéré pendant une crise abdominale. — Daniel E. KIEFE : Observations de pneumonie dont deux compliquées de suppuration extrapulmonaire mortelle. Réflexions suggérées par ces faits pour le traitement. — Warren R. GILMAN : De l'éclampsie. — Edith R. MEEK : Un cas de neurofibromatose (maladie de Recklinghausen).

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 13, 8 avril 1905.) ROCHARD : A propos des avariés. — DÉDET : La cure-taxe.

Bulletin médical. — (N° 28, 12 avril 1905.) JOFFROY : De la nature de la paralysie générale et de la valeur prophylactique du traitement mercuriel dans cette affection. — (N° 29, 15 avril.) RECLUS : Traitement des appendicites. — GRANJUX : L'inspection médicale des écoles.

Bulletins et mémoires de la société anatomique de Paris. — (N° 2, février 1905.) P. NAU : Le développement du lobe gauche du foie.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 14, 8 avril 1905.) ROSENFELD : Notice sur le dosage des graisses. — SCHILLING : Fluorescence de l'urine dans le diabète grave.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 14, 6 avril 1905.) GANGHOFNER : Traitement de la scarlatine par le sérum antistreptococcique. — DETERMANN : Remarques sur le diagnostic et le traitement précoces du tabès. — THOMASS : Palpation simple pour fixer la position profonde de la tête de l'enfant dans le petit bassin. — REINECKE : Extirpation abdominale totale de l'utérus avec section sagittale du col dans le myome du col. — KLINGMÜLLER et HEILBERSTAEDTER : Sur l'action bactéricide de la lumière dans la méthode de Finsen. — PORGES : Excrétion sulfatée pendant l'usage des sources alcalines-salines. — GERBER : Modifications des parois dans les suppurations des cavités osseuses à parois rigides. — DEYCKE pacha et RESCHAD bey : Nouveaux points de vue sur la lèpre (*fin*).

Écho médical du Nord. — (N° 15, 9 avril 1905.) SURMONT : L'inspection sanitaire des écoles, participation des pères de famille à cette inspection. — R. LE FORT : Pseudarthrose de l'avant-bras ; suture osseuse.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 15, 9 avril 1905.) ANGLADE et JACQUIN : Epilepsie totale d'origine traumatique.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 14, 9 avril 1905.) CHAVANNAZ : Un cas de myxo-épithélioma papillaire de l'ovaire avec ascite gélatineuse. — MONGOUR : Résultats statistiques du sanatorium de Feuillas.

Journal de médecine de Bruxelles. — (N° 15, 13 avril 1905.) A. BAYET : Les rayons X dans le traitement de l'épithéliomatose cutanée. — HAUCHAMPS : Technique de la radiothérapie.

Journal des praticiens. — (N° 13, 1er avril 1905.) DEBOVE : La grippe. — DE BEURMANN et Léon EGGER : Septicopyohémie par infection du sinus caverneux d'origine otitique. — (N° 14, 8 avril.) A. BROCA : Torticolis obstétrical. — LALESQUE : L'hygiène antituberculeuse dans la ville d'Arcachon. — (N° 15, 15 avril.) RECLUS : Traitement du panaris. — E. SCHOULL : Traitement de la tuberculose pulmonaire.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 14, 8 avril 1905.) R. BOSQUIER : Gastrosucchorée continue légère ; sténose « sous-pylorique » probable.

Lyon médical. — (N° 15, 9 avril 1905.) E. VILLARD : Hydropisie intermittente de la vésicule biliaire par calcul du canal cystique. — HORAND : De la protection des enfants du premier âge. — CADET : Pleurésie purulente méta-pneumonique gauche ; empyème ; phlegmon de la paroi consécutif ; guérison.

Marseille médical. — (N° 7, 1er avril 1905.) QUEIREL : Accouchement spontané chez une primipare rétrécie. — LOISON : La luxation verticale de l'extrémité supérieure du péroné. — BENET et RISS : Opération césarienne, suivie de l'opération de Porro pour un cas de viciation pelvienne rare.

Médecine moderne. — (N° 15, 12 avril 1905.) Paul GAUTHIER : Rhumatisme tuberculeux articulaire subaigu concomitant d'un lupus érythémateux de la face et du cuir chevelu.

Medical Record. — (N° 12, 25 mars 1905.) J. NEWCOMB : Manuel Garcia, le professeur, le savant et l'homme. — W. MORTON : Radiothérapie et chirurgie. — Robert MORRIS : Adhérences des canaux biliaires. — GLEISTMANN : Injections intratrachéales. — SONDERN : Etat actuel de la question de l'examen du sang dans le diagnostic chirurgical. — W. ARTHUR : Rapport préliminaire sur le traitement de la dysenterie chronique au moyen de l'irrigation du côlon par l'appendice vermiculaire ou par une boutonnière cæcale. — A. HOLDING : Un protecteur contre les rayons X.

(Voir la suite, p. 538.)

CONFÉRENCES DE PRATIQUE MÉDICALE

LES PRATICIENS ET LA BOUCHE [1]

Par M. Paul LE GENDRE,
Médecin de l'hôpital Lariboisière.

Messieurs,

Je voudrais attirer, aujourd'hui, votre attention sur l'importance que présente pour le praticien l'examen systématique et minutieux de la bouche, non seulement lorsqu'il existe une maladie de cette région, ce qui alors va de soi, mais encore dans les diverses affections soumises à son observation. Cet examen s'impose d'ailleurs à tous les âges de la vie, qu'il s'agisse d'un nourrisson, d'un adulte ou d'un vieillard.

Chez le nourrisson, l'évolution dentaire joue un rôle assez considérable, et il est fâcheux que bon nombre de médecins encore célibataires paraissent ignorer les diverses étapes de cette évolution : ils sont exposés à recevoir sur ce point les leçons des mères, nourrices et bonnes femmes de l'entourage.

Je ne crois donc pas inutile de vous rappeler qu'en général on voit apparaître les *deux incisives médianes inférieures* entre le *quatrième* et le *septième* mois; leur apparition est rarement antérieure au quatrième mois. On voit bien quelques enfants venir au monde avec une dent; ces *dents prématurées* sont souvent rudimentaires et ne tardent pas à tomber, d'autres au contraire sont constituées normalement et persistent jusqu'au moment de la seconde dentition.

On voit apparaître en second lieu, du *huitième* au *dixième* mois, les *quatre incisives supérieures*, soit deux incisives *médianes* et deux incisives *latérales*.

Du *douzième* au *quatorzième* mois se montrent les *deux incisives latérales inférieures* et les *quatre prémolaires*.

Il se produit alors dans l'évolution dentaire un temps d'arrêt de quatre mois, puis du *dix-huitième* au *vingtième* mois apparaissent les quatre *canines*, et parmi elles les fameuses dents de l'œil si redoutées des mères. Enfin, du *vingt-huitième* au *trente-quatrième* mois on voit émerger les *quatre molaires externes*.

Lorsque l'enfant a ainsi acquis vingt dents, on peut commencer à *modifier son régime alimentaire* composé jusque-là de lait, de farines, et d'œufs, y ajouter un peu de viande finement divisée.

Les choses restent en l'état jusque vers quatre ans, puis entre quatre et cinq ans et demi poussent les quatre premières grosses molaires, lesquelles sont permanentes. C'est seulement après, c'est-à-dire vers six ans, que commence la chute de la première dentition; le remplacement de la première dentition par la seconde s'étend sur une longue période de temps qui peut durer de la sixième à la quinzième année. Quant aux quatre dernières grosses molaires, connues sous le nom de dents de sagesse, leur date d'apparition n'a rien de fixe, et on peut les voir évoluer à dix-huit ans comme à une période dépassant de beaucoup l'âge moyen de la vie.

(1) Leçon recueillie par M. le docteur Gaullieur L'Hardy.

Ces faits bien établis, nous pouvons nous demander s'il existe réellement chez le nourrisson des maladies de dentition. Non, il n'existe pas de maladies de dentition, mais par contre un certain nombre d'affections peuvent survenir *à l'occasion de la dentition*; je me hâte d'ajouter qu'elles sont loin d'être aussi nombreuses qu'on le supposait autrefois.

Nous pouvons d'une part assister à des phénomènes nerveux réflexes, provoqués par la douleur; tels sont les cris, l'insomnie, et même les convulsions chez les névropathes héréditaires. D'autre part il peut exister des accidents locaux; telle est la gingivite purement congestive avec rougeur et gonflement de la muqueuse; ce processus s'accompagne d'hypersécrétion salivaire et ce fait n'est pas sans importance. En effet, de deux choses l'une, ou l'enfant déglutit la salive ou bien elle s'écoule à l'extérieur, dans le premier cas cette quantité inusitée de liquide salivaire inonde l'estomac, en dilue les sucs digestifs et il y a dyspepsie (vomissements, diarrhée); dans le second cas il y a encore dyspepsie, car la salive s'écoulant au dehors n'imprègne plus les aliments; or, on sait quelle importance possède la salive pour la digestion des féculents.

La gingivite peut se diffuser et s'accompagner d'infection secondaire de la cavité buccale. A ce propos je ne saurais trop attirer votre attention sur les dangers que présentent les hochets, quels qu'ils soient; ces objets tombent en effet fréquemment à terre, on les ramasse, on les rend à l'enfant qui les porte de nouveau à la bouche tout souillés des poussières et des microbes du sol.

Le classique bâton de guimauve, que l'on voit entre les mains de tant de petits enfants, excorie presque toujours la gencive et, malgré son apparence inoffensive, peut devenir un agent d'infection.

Que faut-il donc faire pour éviter ces complications? Tout d'abord il faut éviter de laisser excorier les gencives; presque tous les médecins ont renoncé à inciser la gencive au niveau d'une dent qui pointe, car c'est ouvrir la porte à l'infection; d'ailleurs, si l'incision est faite un peu prématurément, la cicatrisation se fait rapidement et il en résulte la formation d'un tissu fibreux dur que la dent aura plus de peine à perforer.

Il fautra faire des lavages soigneux de la bouche avec de l'eau bouillie additionnée de borax ou d'acide borique. On peut également utiliser le bromure de potassium, qui a une action vaso-constrictive, le safran, et même la cocaïne, en prenant pour cette dernière substance des précautions minutieuses. Vous pourrez par exemple formuler le collutoire suivant avec lequel, plusieurs fois par jour, on touchera la gencive :

Glycérine	} *ââ* 15	grammes.
Eau		
Bromure de potassium	1	—
Borate de soude	2	—
Teinture de safran	v	gouttes.

Vous pouvez formuler en outre une solution de cocaïne au centième qu'on se gardera bien de confier aux nourrices, bonnes ou autres personnes ignorantes, et avec laquelle on pourra faire des attouchements rares, dans les périodes où l'enfant paraît souffrir le plus.

Je vous parlais tout à l'heure des convulsions provoquées par la douleur, mais il faut avoir présent à l'esprit qu'il y a des méningites qui débutent à l'occasion de la dentition; il faut donc se défier si on voit les convulsions persister et se répéter, et surtout si d'autres symptômes se montrent, appartenant au tableau clinique de la méningite. Il y a des familles où il existe malheureusement une prédisposition à la méningite tuberculeuse et on voit fréquemment celle-ci apparaître au moment de la dentition; dans quelle mesure cette dernière agit-elle, comme circonstance occasionnelle ou provocatrice, je ne sais. Mais j'ai connu, entre autres, une jeune femme présentant un petit lupus et un sommet douteux, qui a perdu successivement deux enfants de méningite tuberculeuse pendant l'année de leur évolution dentaire, entre douze et dix-huit mois.

On est également en droit de se demander si la stomatite et l'entérite, qui peuvent survenir au cours de la dentition, ne créent pas des portes d'entrée pour des microbes capables de se localiser sur les méninges (colibacilles, pneumocoques ou autres).

Si, maintenant, nous quittons le nourrisson ou le jeune enfant pour voir ce qui se passe chez l'adulte, nous constatons que l'évolution de la dent de sagesse est loin d'être toujours bénigne. Je vous rappellerai qu'il peut y avoir de la tuméfaction de la gencive, des ulcérations gingivales et de la périostite chez les personnes dont le maxillaire est étroit, ou chez qui la dent de sagesse est mal placée; ces phénomènes s'accompagnent souvent de trismus et l'on est alors forcé d'enlever la dent, si on le peut, pour parer aux accidents.

Mais en dehors de ces faits bien connus, on peut voir survenir des angines congestives à répétition chez des sujets dont la dent de sagesse évolue. D'autre part M. Jacquet a bien montré que cette évolution entraîne parfois la formation d'une plaque de pelade unilatérale correspondant à un territoire nerveux déterminé. Vous devrez donc rechercher une carie dentaire ou une dent de sagesse en voie d'évolution, quand vous vous trouverez en présence d'un cas de pelade inexplicable par d'autres influences nerveuses. Comme complication exceptionnelle des accidents de la dent de sagesse, je pourrais même citer la chute d'un ministère, car j'ai connu un ministre de grand talent qui, harcelé depuis quinze jours par les douleurs atroces et l'insomnie que provoquait une dent de sagesse, ne put, au cours d'une séance orageuse, dominer assez ses nerfs pour user de la diplomatie nécessaire et se fit mettre en minorité.

Nous allons maintenant étudier la carie et ses complications, et nous devons d'abord nous demander si on peut éviter la carie dentaire. Oui, dans l'immense majorité des cas. Cependant certaines races et certaines familles présentent à cet égard une prédisposition particulière; d'autre part il y a des alimentations et des boissons qui paraissent exercer une influence considérable. J'ai connu une famille où il y avait plusieurs enfants; les uns ont été élevés en Beauce, les autres en Normandie; or, les premiers avaient tous de bonnes dents alors que les seconds ont tous eu de la carie précoce. Il est d'ailleurs établi que la carie dentaire, très fréquente en Normandie, est relativement rare en Beauce, et il est vraisemblable que dans la première de ces deux régions c'est l'usage courant du cidre qu'il faut incriminer. N'oubliez pas non plus que les substances sucrées prises en excès aboutissent à des fermentations acides qui favorisent le développement de la carie.

C'est dès la première enfance qu'il faut organiser l'hygiène de la cavité buccale; plus tard on n'apprend pas la propreté plus que l'antisepsie et l'asepsie lorsqu'on n'a pas pris l'habitude de ces dernières dès le début de ses études. On peut dire en quelque sorte que le développement de l'hygiène buccale chez un peuple est une mesure de son degré de civilisation, aphorisme qui est également vrai pour les individus. Je vous citerai à ce propos quelques lignes de la curieuse autobiographie de Booker J. Washington, mulâtre américain que le président Roosevelt reçut à sa table au risque de compromettre sa popularité, et qui s'est acquis une juste illustration par une existence d'efforts consacrés à relever et à éduquer la race nègre aux États-Unis; or voici ce qu'il dit à propos de la brosse à dents : « Je m'appliquais surtout à montrer à nos élèves la nécessité du bain et de la brosse à dents, et pendant toute ma carrière dans l'enseignement j'ai été et je reste convaincu que la brosse à dents est un des plus puissants agents de civilisation. L'*Évangile de la brosse à dents*, comme l'appelait le général Armstrong, fait partie de notre confession de foi. Pour avoir le droit de rester élève à Tuskegee (c'est l'école fondée par Booker J. Washington pour les nègres des deux sexes), il faut avoir une brosse à dents et s'en servir. Parfois il nous est arrivé de voir des élèves ne nous apporter, en fait de bagage, qu'une simple brosse à dents. Ils avaient appris par d'anciens élèves l'importance que nous attachions à la brosse à dents et pour produire une bonne impression ils apportaient au moins cet article-là. Je me rappelle qu'un jour, en faisant une tournée avec la directrice, nous passâmes en revue les chambres des jeunes filles; il y en avait une, entre autres, qui était habitée par trois jeunes filles nouvellement arrivées. A ma question si elles avaient des brosses à dents l'une d'elles me répondit en m'en montrant une : « Oui, monsieur, nous l'avons achetée « ensemble hier. » Elles ne tardèrent pas à apprendre que cela ne suffisait pas. Il n'a pas été sans intérêt pour nous de constater les effets de la brosse à dents sur le degré de civilisation de nos élèves. A peu d'exceptions près, j'ai remarqué que nous pouvons augurer bien de l'avenir d'un élève que nous avons amené à renouveler de sa propre initiative sa première ou deuxième brosse à dents quand elle disparaît. »

Ces lignes pourraient souvent s'appliquer aux blancs, car on a parfois un mal extrême à imposer

la brosse à dents aux adultes qui n'en ont pas pris l'habitude dès l'enfance; il suffit, pour s'en convaincre, de considérer ce qui se passe dans les hopitaux et les casernes.

Pour en revenir à la carie dentaire nous dirons qu'elle peut entraîner la chute des dents et l'apparition de périostites variées; elle provoque aussi une mauvaise odeur de la bouche. Il ne faudrait pas croire cependant que c'est là l'unique cause de mauvaise odeur buccale; cette cause est en effet souvent difficile à diagnostiquer. Lorsqu'on a éliminé la carie par exemple, il faut songer à l'amygdalite cryptique et rechercher s'il n'existe pas, dans les amygdales anfractueuses, d'amas caséeux en voie de putréfaction, qu'on peut facilement enlever en dilacérant les amygdales. Certaines bronchites produisent également la fétidité de l'haleine et vous savez avec quelle fréquence cette fétidité est consécutive à des troubles de la digestion. Dans ce dernier cas il ne faut pas croire que les mauvaises odeurs viennent directement de l'estomac, elles résultent le plus souvent de l'élimination par la muqueuse respiratoire de produits volatils puisés dans le tube digestif; le même phénomène a lieu lorsque l'haleine prend l'odeur alliacée à la suite d'injections hypodermiques de cacodylate. On constate aussi très souvent une odeur désagréable de l'haleine chez des sujets lymphatiques d'aspect bouffi et qui ont du ralentissement de la nutrition; il suffit d'envoyer ces sujets au bord de la mer, c'est-à-dire d'activer leurs échanges nutritifs, pour faire disparaître la mauvaise odeur, c'est là un fait que l'on peut souvent constater chez des enfants travaillant dans des ouvroirs ou autres institutions où l'air est confiné, l'alimentation défectueuse et la nutrition pervertie. Enfin, il faut se garder de confondre la fétidité de l'haleine avec l'ozène, c'est-à-dire avec l'odeur repoussante provenant du nez et qui accompagne la rhinite atrophique.

La carie dentaire entraîne souvent la dyspepsie à sa suite, et cela pour deux raisons, d'abord l'insuffisance de la mastication, puis l'insuffisance de l'insalivation; le bol alimentaire arrive au contact de la muqueuse gastrique sans avoir été réduit en parcelles assez menues et par suite sans avoir été imbibé de façon convenable par la salive. Il en résulte pour l'estomac un surcroît de travail et une fatigue dont la dyspepsie est la conséquence. C'est une des causes les plus fréquentes de la dyspepsie chez les vieillards. Le meilleur moyen de parer à ces accidents est de recourir à une bonne prothèse ou de se servir de masticateurs artificiels ou moulins à viande. Une bouche en mauvais état peut être le point de départ d'infections graves de l'appareil respiratoire, et je connais pour ma part tout un groupe de faits où des broncho-pneumonies sérieuses et même quelques-unes mortelles se sont produites dans ces conditions.

Ailleurs on voit des sujets à dents cariées s'infecter et résorber des produits toxiques qui retentissent sur leur état général; je me rappelle avoir soigné deux dames qui présentaient des troubles accusés et tenaces de l'état général, troubles qui n'ont cédé que lorsque les malades se sont décidées sur mon conseil à faire extraire toutes leurs mauvaises dents et à les remplacer par un appareil prothétique bien fait. Ces deux personnes étaient évidemment infectées par de la stomatite et de la gingivite purulente.

On voit encore, consécutivement à la carie dentaire, se développer des infections de voisinage, des angines ulcéreuses secondaires à la stomatite, l'angine chancriforme, dont la cause immédiate est la symbiose d'un spirille et du bacille en forme de navette décrit par Vincent, des sinusites maxillaires et même des phlegmons du plancher de la bouche et du cou.

De tout ce qui précède il résulte qu'on ne saurait prendre trop de précautions pour éviter le développement de la carie; dès que les enfants commencent à manger, on doit leur enseigner à faire une fois par jour le brossage de leurs dents et de leurs gencives, puis à se laver la bouche après tous les repas. Il ne faut pas cependant tomber dans l'excès contraire et pratiquer des brossages trop fréquents, car alors on détermine une gingivite traumatique et le décollement des gencives. Il ne faut pas non plus choisir une brosse trop dure qui offenserait les tissus; d'autre part une brosse trop molle serait insuffisante, les soies de la brosse doivent donc être flexibles, mais résistantes. Cette brosse à dents sera maintenue aseptique autant que faire se pourra; on construit aujourd'hui des récipients de verre où les brosses sont soumises à l'action de vapeurs de formol. En tout cas elles doivent être conservées dans des récipients fermés afin d'éviter les contacts multipliés avec les autres objets, comme le peigne et la bros[se] à cheveux qui voisinent trop souvent avec la bros[se] à dents dans les tiroirs de toilette des écoliers.

Certains sujets ont la salive trop acide, ce sont généralement des arthritiques dont la transpiration possède également une odeur aigre; cette acidité de la salive prédispose à la carie, il est donc nécessaire de la combattre par des gargarismes et des poudres dentifrices anti-acides dans la composition desquels on fera entrer notamment le bicarbonate de soude et le carbonate de chaux.

Le meilleur de tous les antiseptiques buccaux est le sublimé, que Galippe recommande même dans la stomatite mercurielle; on l'emploie dans la proportion de 1 p. 5000. On peut encore avoir recours à l'acide phénique à 1 p. 500, à l'hydrate de chloral à 1 ou 2 p. 100, au permanganate de potasse à 1 p. 1000, enfin à l'eau oxygénée. Le plus simple dans la grande majorité des cas est de se servir de l'acide borique ou du borate de soude à raison de 30 grammes p. 1000 d'eau aromatisée. Je vous recommande également la solution suivante :

Acide thymique......	0,10 centigr.
Acide benzoïque.....	3 grammes.
Teinture d'eucalyptus.	10 —
Eau..................	1000 —

Les pâtes dentifrices à base de glycérine sont très répandues, il faut plutôt les éviter, car elles ont tendance à acidifier la bouche. On donnera la préférence aux poudres dentifrices qui devront être à la

fois antiseptiques, astringentes et anti-acides; vous réaliserez ces trois conditions avec la formule ci-après :

Acide borique porphyrisé...........		10 gr.
Craie préparée.....................	} *ââ*	20 —
Carbonate de magnésie..............	}	
Quinquina pulvérisé ou poudre de gaïac.		5 —
Chlorate de potasse (au besoin).......		5 —

Vous pourrez aromatiser cette poudre en y ajoutant de II à V gouttes d'essence de menthe, de roses ou de géraniums.

Je crois vous avoir démontré que ces soins minutieux de la bouche sont indispensables et qu'en les recommandant à vos clients vous leur permettrez d'éviter une foule d'accidents dont beaucoup sont simplement gênants, mais dont quelques-uns peuvent devenir graves.

UN NOUVEAU PROCÉDÉ DE CURE RADICALE DE LA HERNIE INGUINALE

Par E. ROCHARD,
Chirurgien de l'hôpital Tenon.

Voilà bientôt deux ans que je mets en pratique le procédé de cure radicale de hernie inguinale que je vais décrire. Auparavant j'avais adopté la technique de Bassini et même dans un livre paru récemment sur les hernies, faisant l'appréciation des différentes méthodes opératoires, j'écrivais que la technique préconisée par le chirurgien de Padoue était celle qui, sans conteste, exposait le moins à la récidive. Depuis, je lui ai reconnu des inconvénients que j'exposerai tout à l'heure, dus au tiraillement du cordon exigé par la réfection de la paroi postérieure du canal et je ne me sers plus maintenant que du procédé suivant qui ne touche pas au cordon et qui refait anatomiquement, par-dessus ce dernier, une paroi forte et solide.

L'incision de la peau est la même que celle de Bassini, c'est-à-dire absolument abdominale et n'empiétant en rien sur le scrotum. Elle est pratiquée sur le trajet du canal inguinal en dépassant un peu en haut et en bas ses limites.

Cette incision menée, je découvre l'aponévrose du grand oblique et l'orifice extérieur du canal inguinal, l'index est engagé dans l'anneau et décolle par des pressions douces et successives les différents éléments du cordon, de ses rapports avec la paroi antérieure, cela fait, deux pinces de Kocher sont introduites parallèlement dans le canal et l'aponévrose est incisée entre ces deux pinces.

Le sac est alors recherché puis, comme dans tous les autres procédés, dégagé sur une assez grande étendue pour qu'après ligature du pédicule, ce dernier se réduise lui-même dans l'abdomen. A ce moment dans le Bassini, on dégage complètement le cordon de façon à le recliner en dedans sur l'abdomen comme le montre la figure 1. C'est ainsi, dans ce cas, que se produit l'étirement du cordon (4), étirement qui impressionne fatalement les vaisseaux et même le canal déférent.

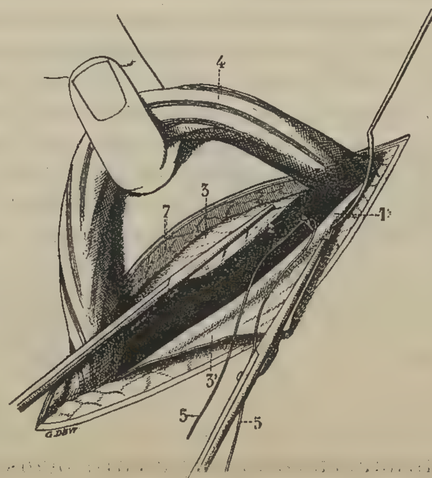


Fig. 1.

Dans le procédé que je présente aux chirurgiens, une fois l'aponévrose du grand oblique incisée, une fois le sac réséqué, on ne touche pas au cordon qu'on laisse en place. On repère alors le muscle petit oblique, l'arcade de Fallope qu'on va réunir l'un à l'autre par des points en U, comme cela est représenté dans la figure 2, de façon que les fils passent dans l'arcade et laissent libre le feuillet de l'aponévrose du grand oblique qui sera suturée plus tard.

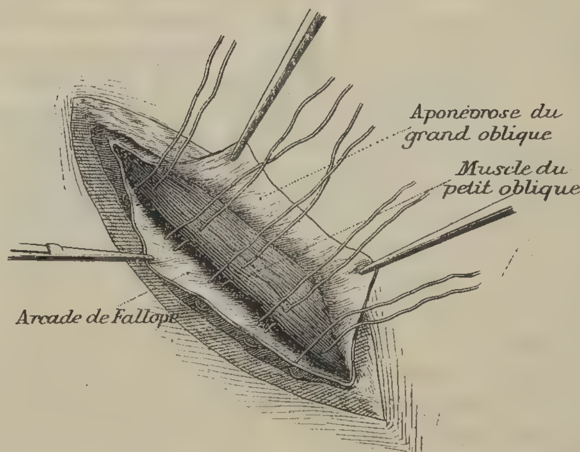


Fig. 2.

Quand il existe un crémaster bien musclé, je le fais passer sous le petit oblique et je le suture au corps de ce dernier par des points en U, puis le bord du petit oblique est suturé à l'arcade comme je viens de le dire.

Trois ou quatre points en U sont ainsi placés, unissant le petit oblique à l'arcade de Fallope. La lèvre inférieure de l'incision de l'aponévrose du grand oblique est alors passée sous la lèvre supérieure, et ces deux aponévroses superposées l'une à l'autre sont alors fixées l'une contre l'autre à l'aide d'une double rangée de points en U, comme cela est représenté dans le schema de la figure 3.

On obtient aussi une paroi solide reconstituée par le chevauchement des muscles et des aponévroses,

formant une couche de tissus bien doublés, susceptibles de résister à la sortie des viscères.

Le cordon spermatique sort dans l'angle inférieur de l'incision, sans avoir été touché et par conséquent tiraillé.

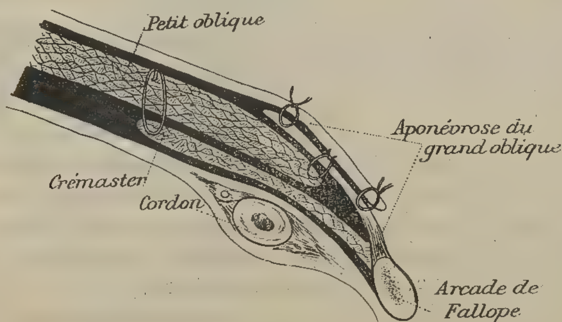


Fig. 3.

Enfin, cette superposition de quatre plans musculaires et aponévrotiques, comme on le voit bien dans le schema ci-joint, maintenus par des points de suture en U donne toutes les garanties possibles.

On pourra me dire que ce procédé est analogue à ceux déjà nombreux qui laissent le cordon en arrière; d'accord, mais dans aucun autre la réfection de la paroi n'est aussi soigneusement faite et ne donne, par conséquent, autant de garanties.

Ce procédé est, du reste, celui actuellement adopté par W. H. S. Halsted; mais le chirurgien américain résèque, de plus, les veines dilatées du cordon.

Halsted insiste, en effet, sur la dilatation des veines du cordon qu'il a rencontrée dans presque toutes ses interventions. Il donne même à ce propos, dans l'étiologie de la hernie inguinale, une cause dont jusqu'ici je n'avais pas entendu parler et qui n'est du reste signalée dans aucun des auteurs français. Ces veines dilatées joueraient un grand rôle dans l'élargissement du canal inguinal. En se gonflant à certains moments outre mesure, elles dilateraient le canal et les anneaux, et quand elles se vident, laisseraient la place libre pour le passage de l'intestin.

Je me demande si cette théorie partant d'une observation juste, qui est la fréquente dilatation des veines du cordon, est bien exacte, et si par hasard, en expliquant la formation de la hernie de cette sorte, on ne prend pas l'effet pour la cause.

Ce sont les veines qui dilatent le canal inguinal, nous dit le chirurgien américain, et alors il se produit une hernie; ne pourrait-on pas dire : il y a commencement de hernie, pointe herniaire, gêne dans la circulation de retour et alors dilatation veineuse? La chose a une certaine importance, car, partant de la dilatation veineuse observée et lui donnant comme cause la hernie, W. S. Halsted non seulement propose de réséquer les veines du cordon, mais le fait dans presque toutes ses nouvelles opérations et non pas pour faire disparaître un varicocèle ou même une tendance à cette affection, mais pour s'opposer à la récidive; car il a observé que les cas de récidive étaient moins fréquents chez les malades sur lesquels les veines avaient été réséquées que chez les opérés où on n'avait pas touché au cordon.

Il est bien entendu qu'en France tous les chirurgiens ont pour règle, quand ils ont affaire à un varicocèle compliquant une hernie inguinale, de profiter de l'opération de la cure radicale pour réséquer à leur origine les troncs des veines qui vont former le paquet variqueux.

Mais doit-on ériger en principe que, sous prétexte de s'opposer à la récidive, on doit de parti pris réséquer les veines parce qu'elles sont dilatées? Ceci demande discussion.

Tout d'abord, j'estime pour ma part que par le fait même de la guérison de la hernie, c'est-à-dire de l'ablation du sac et de la réfection de la paroi, la dilatation veineuse doit disparaître, si elle existe, par ce fait qu'on a supprimé avec la hernie une cause de compression dans la circulation de retour, et que cela, joint à la réfection de la paroi, a changé les conditions de la statique veineuse. Je n'ai jamais observé de troubles dans la circulation du testicule chez mes opérés par le procédé de Bassini et, quant à ce qui est de la récidive, elle est tellement rare aujourd'hui qu'on peut dire qu'on ne l'observe que lorsque tout ne s'est pas passé régulièrement : qu'il y a eu infection de la plaie par un fil ou un catgut, ou une complication pulmonaire qui a fait tousser le malade et tiraillé les sutures. De ce côté, jusqu'à plus ample informé, je ne vois donc pas là de raison pour aller de parti pris réséquer les veines du cordon.

Mais je pense, avec beaucoup de chirurgiens, qu'il faut toucher au cordon le moins possible. Ses éléments ne sont pas faciles à démêler les uns des autres, rien ne ressemble à une de ses artères comme une de ses veines ectasiées; ces dernières se déchirent avec la plus grande facilité, le sang y masque alors les parties, et il est difficile parfois de s'y reconnaître. Or rien ne serait plus préjudiciable au malade que de lui sectionner ou son artère déférentielle, ou la funiculaire et surtout la spermatique.

J'en reviens au tiraillement du cordon.

En pratiquant le procédé de Bassini, j'ai toujours été impressionné de l'élongation que faisait subir aux éléments du cordon spermatique la manœuvre nécessaire pour le récliner en dedans et permettre la réfection de la paroi postérieure.

De plus, l'observation attentive de mes opérés m'a fait reconnaître très souvent un gonflement, une induration de ce cordon persistant jusqu'à la sortie des malades et ne pouvant s'expliquer que par le traumatisme dû à l'élongation, car les suites opératoires avaient été complètement aseptiques.

Ce fait, je l'ai tout dernièrement contrôlé encore sur des malades opérés par mes internes à l'aide du procédé de Bassini, tandis que je n'ai jamais constaté cette espèce de funiculite sur les opérés par la méthode que je viens de décrire.

Et voilà que dans un article de W. H. S. Halsted, publié dans les *Bulletins de John's Hopkins Hospital*, je trouve signalée par cet auteur l'atrophie possible du testicule chez les malades sur lesquels l'élongation avait été pratiquée afin de refaire la paroi postérieure.

C'était la première fois que j'entendais parler de cette grave conséquence de l'intervention ainsi con-

duite, et je me suis même demandé si Halsted n'avait pas observé plus d'atrophies du testicule que les autres chirurgiens à cause même de la nature de son procédé primitif. On sait, en effet, qu'il déplaçait complètement le cordon en le faisant sortir à la partie supérieure de son incision et en le laissant en avant dans un plan superficiel, tandis qu'il refait complètement la paroi inguinale en arrière. Il y a là, en effet, un grand changement dans les rapports anatomiques, changement qui n'existe pas dans le procédé de Bassini qui n'a qu'un but : c'est de refaire les plans anatomiques qui ont été déplacés par le passage de la hernie.

En rapprochant ces cas d'atrophie du testicule des lésions du cordon qui m'avaient frappé chez plusieurs de mes opérés, je me suis dit que les manœuvres d'élongation pouvaient bien aboutir à ces tristes conséquences, et je me suis convaincu que la méthode du chirurgien italien pouvait, dans des cas exceptionnels, il est vrai, mais signalés, produire l'atrophie de la glande séminale.

De plus, on a signalé des cas de névralgie testiculaire reconnus chez des malades opérés par le Bassini et qu'il est peut-être logique d'attribuer encore à l'élongation du cordon.

Enfin, il n'y a aucun inconvénient à laisser en arrière les vaisseaux spermatiques et le canal déférent, comme dans le procédé que je viens de décrire; je crois donc qu'il y a là une petite modification heureuse, et, depuis bientôt près de deux ans que j'ai adopté cette manière de faire, je n'ai eu qu'à m'en louer.

J'insisterai, en terminant, sur l'avantage de créer un plan résistant à l'aide des muscles et des aponévroses se recouvrant réciproquement dans les hernies par glissement, où le sac est incomplet et où sa réduction haut dans l'abdomen n'est pas possible.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 3 AVRIL 1905)

Variations des spectres de bandes de carbone avec la pression, et sur les nouveaux spectres de bandes de carbone, par MM. DESLANDRES et D'AZAMBUJA.

(SÉANCE DU 10 AVRIL 1905)

Sur la présence normale de l'alcool et de l'acétone dans les tissus et liquides de l'organisme, par M. F. MAIGNON. — La présence de l'alcool a déjà été signalée dans un certain nombre de tissus et liquides de l'organisme (Béchamp, Bajewsky, A. Gautier). De même l'existence normale de l'acétone dans l'urine est un fait admis aujourd'hui (Jaksch, Argenson, Cotton).

M. Maignon a entrepris de nouvelles recherches sur ce sujet, et a décelé la présence de l'alcool et de l'acétone à l'état normal et d'une façon constante dans tous les tissus de l'organisme, dans le sang et dans l'urine. Il admet que ce sont des produits normaux de l'économie.

Ces deux substances préexistent bien pendant la vie de l'animal, car en prélevant les tissus sur le sujet vivant, et en les tuant immédiatement dans l'eau bouillante, la recherche de l'alcool et de l'acétone donne toujours des résultats positifs.

Dyscrasie acide expérimentale. — M. CHARRIN a pu, par l'expérimentation, obtenir dans le domaine des faits relatifs à la *dyscrasie acide*, des résultats intéressants.

A notre époque, des coutumes alimentaires ou thérapeutiques récemment développées font qu'on consomme abondamment des produits tels que le képhir, le lait caillé, les pâtes alimentaires, etc., susceptibles de livrer une notable proportion d'acide lactique. Sans doute, au point de vue des fermentations digestives, les heureux effets de cet acide sont mis en évidence par les améliorations enregistrées pendant certaines gastro entérites; néanmoins il convient de se tenir en garde contre les conséquences d'un usage excessif.

L'expérimentation a montré (Arloing, Nocard et Roux) que consécutivement aux injections d'acide lactique dans l'organisme, il se produit un abaissement de la résistance de l'organisme aux infections. M. Charrin établit que cet abaissement peut être considérable à l'égard de la tuberculose.

De même que l'acide lactique, dont il provoque d'ailleurs la formation, surtout dans les cavernes pulmonaires, le virus tuberculeux entraîne dans son évolution la diminution de l'alcalinité humaine et la déminéralisation. Les processus bacillaires produisent par ce mécanisme une sorte d'anaphylaxie. Il s'ensuit qu'une première atteinte du mal prédispose à des poussées ultérieures.

Autres communications :

Le conflit de l'image primaire et de l'image accidentelle, appliqué à la théorie de l'inévitable variabilité des impressions rétiniennes qu'excitent les objets éclairés par des sources lumineuses de valeur constante, par M. A. CHAUVEAU.

Sur la réduction de l'oxyhémoglobine, par MM. R. LÉPINE et BOULUD.

Spectroscopie du sang et de l'oxyhémoglobine, par MM. PIETTRE et VILA.

Recherches sur l'hématogène, par MM. HUGOUNENQ et MOREL.

Influence de l'état de liquéfaction de l'amidon sur sa transformation par les diastases saccharifiantes, par MM. A. FERNBACH et J. WOLFF.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 14 AVRIL 1905)

Traitement des arthropathies blennoragiques. — M. QUEYRAT présente un malade atteint d'arthrite blennorragique du genou, chez lequel il a pratiqué de parti pris la ponction, suivie d'applications de pointes de feu; mobilisation rapide et massage. Le malade marchait au bout de quatorze jours. Au cinquante-troisième il a fait de la bicyclette et recommence monter à cheval.

M. Queyrat proteste contre la temporisation dans le traitement de l'arthrite blennorragique. Il demande que la ponction devienne la règle et soit précoce. A ce prix on évitera non seulement l'ankylose, mais aussi les raideurs articulaires.

Traitement des hémoptysies par les inhalations de nitrite d'amyle. — M. ROUGET (du Val-de-Grâce) résume dix observations où les hémoptysies, après avoir résisté à tous les traitements usités en pareil cas, ont cédé aux inhalations

de nitrite d'amyle. Le médicament a montré, non seulement une action curative, mais aussi un pouvoir préventif chez un malade qui connaissait bien les signes avant-coureurs de l'hémoptysie, saveur nauséeuse, gêne spéciale dans la poitrine. Chez lui les inhalations de nitrite d'amyle faites à ce moment empêchaient les hémoptysies de se produire. L'action médicamenteuse de cette substance s'explique parce qu'elle abaisse la tension et qu'elle constitue par la vasodilatation périphérique une véritable révulsion. M. Lemoine a observé des faits absolument superposables.

Syndrome cutané d'origine gastro-intestinale. Guérison par l'hygiène alimentaire. — M. L. Jacquet. Une jeune fille présente depuis longtemps une abondante dépilation diffuse accompagnée de séborrhée, d'hyperidrose, de pityriasis, d'hyperesthésie et de prurit, du cuir chevelu, le tout joint à une forte érythrose faciale.

Et comme cette malade est *gastralgique*, qu'elle mange *précipitamment, sans mâcher*, l'auteur attribue ce syndrome à l'excitation *traumatique* de la muqueuse gastro-intestinale, réfléchie et propagée par l'intermédiaire du grand sympathique et du vague.

M. Jacquet institue alors, comme traitement *unique*, le régime lacté *exclusif*, à raison d'une tasse toutes les deux heures.

Trois jours après, les sueurs ont disparu, l'hyperesthésie a beaucoup diminué et en trois semaines environ il obtient la rétrocession de ce syndrome complexe et grave.

Depuis lors, il a recommandé l'usage de quatre *petits* repas faits avec une extrême lenteur, et cette précaution a suffi au maintien de la guérison, acquise aujourd'hui depuis plus de *trois* ans.

Cette expérience clinique contribue à prouver, que certains des troubles constitutifs de ce syndrome, considérés comme des *entités dermatologiques* et attribués à une cause microbienne, ne sont que des *fonctions cutanées*, actionnées par l'excitation de la muqueuse gastro-intestinale.

Rétrécissement mitral. Embolies multiples dans le territoire de l'aorte abdominale. — MM. Paul Claisse et Abrami. Une femme de cinquante-deux ans est atteinte depuis plusieurs années d'un rétrécissement mitral, résultant d'une endocardite rhumatismale.

Trois jours après son entrée à la Pitié, sans cause apparente, elle éprouve subitement des douleurs terribles dans l'abdomen, surtout au niveau du cæcum, et rend bientôt des selles sanguinolentes. On fait le diagnostic d'embolie mésentérique.

La circulation disparaît au niveau des membres inférieurs, et la mort survient en quelques heures.

On trouve à l'autopsie un rétrécissement très serré de l'orifice mitral; d'antre part des lésions nécrotiques très étendues de l'intestin. En examinant l'aorte abdominale et ses branches, on constate la présence de caillots nombreux; notamment dans la splénique, la rénale gauche, la mésentérique supérieure. Le tronc même de l'aorte est obstrué au niveau de sa terminaison.

Infection généralisée mortelle à gonocoques et à staphylocoques. — MM. Courtois-Suffit et Beaufumé rapportent l'histoire d'un malade qui, à la suite d'une intervention bénigne sur l'urètre et de plusieurs cathétérismes, présenta un état infectieux grave avec suppurations multiples et terminaison mortelle. Dans tous les abcès et dans le sang existait le staphylocoque; mais de plus le gonocoque fut trouvé avec tous ses caractères classiques dans le pus d'abcès situés au niveau du triceps brachial et du triceps sural droits, de la face postérieure du sternum, de la cuisse gauche, ainsi qu'au niveau du testicule et de l'épididyme gauches abcédés.

Or il est très rare d'observer des septicémies gonococciennes et il est aussi exceptionnel qu'une infection généralisée à gonocoques se termine par la mort. De plus il est à remarquer que le gonocoque en se généralisant semble aimer les muscles; ainsi le malade en question présentait deux abcès intramusculaires, comme dans le cas de O. Bujwid et dans celui de John Hopkins.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 15 avril 1905)

Influence de l'orthostatisme sur le fonctionnement du rein à la fin de la grossesse. — MM. Linossier et G.-H. Lemoine ont montré, jadis, que la position debout est défavorable au fonctionnement normal du rein, surtout quand celui-ci est insuffisant, et en établissant l'existence d'une *oligurie orthostatique* normale, ils avaient fait de l'exagération de cette oligurie un signe particulièrement délicat d'insuffisance rénale. Ils avaient expliqué ce phénomène par une flexion légère du pédicule rénal se produisant pendant la station debout et entraînant une diminution du calibre des vaisseaux et notamment de la veine rénale.

Au cours de la grossesse, les conditions de soutien du rein sont tout à fait modifiées : on peut supposer *à priori* que l'utérus gravide qui, dans la position verticale, soutient le rein, le comprime et le refoule dans la position horizontale. C'est donc dans cette position, que le fonctionnement du rein serait le plus gêné, et l'oligurie orthostatique devrait faire place à une *oligurie clinostatique*. C'est ce que l'expérience a vérifié dans un certain nombre de cas. La diminution de la sécrétion urinaire dans la station couchée n'est pas constante; quand elle existe elle fait place à l'oligurie orthostatique après l'accouchement et même dans les derniers jours de la grossesse après l'engagement de la tête fœtale.

Ces faits confirment l'interprétation jadis donnée de l'oligurie orthostatique.

Cirrhoses biliaires d'origine éberthienne. — MM. A. Gilbert et P. Lereboullet montrent que, parmi les conséquences de l'infection éberthienne des voies biliaires, à côté des angiocholites catarrhales et suppurées, à côté de la lithiase biliaire, une place doit être faite aux cirrhoses biliaires. Ils ont en effet observé plusieurs cas de cirrhose biliaire dans lesquels la fièvre typhoïde antérieure leur a paru jouer un rôle déterminant. L'intervalle souvent assez considérable qui dans ces faits sépare la fièvre typhoïde du début apparent de la cirrhose biliaire ne peut surprendre quand on le rapproche de celui parfois fort long qu'on observe entre la fièvre typhoïde et certaines de ses complications, comme l'ostéomyélite ou la lithiase biliaire.

Dans tous les cas rapportés la fièvre typhoïde est le seul antécédent pathologique important; si, dans nombre d'entre eux, on retrouve, comme dans les autres cas de cirrhose biliaire, des antécédents témoignant d'une prédisposition biliaire héréditaire ou personnelle, ces antécédents y semblent toutefois moins accusés; peut-être s'agit-il seulement de faits exceptionnels; peut-être aussi l'hétéro-infection nécessite-t-elle, moins que l'auto-infection, cause ordinaire des cirrhoses biliaires, un terrain spécial. Le rôle de la fièvre typhoïde doit

de toute façon être retenu à l'origine de certains faits de cirrhose biliaire.

Des viciations de la faim bulbaire. — Pour M. Léopold-Lévi, la physiologie démontre l'existence d'un centre bulbaire de la faim, la pathologie le confirme.

La dissociation du désir de manger et de la possibilité nerveuse de la faim caractérise l'*aphagie*.

La polyphagie se rencontre au cours de nombre d'états nerveux intéressant le bulbe (migraine, asthme des foins, goitre exophtalmique, névrose réflexe de Rosenbach).

Dans la faim *déviée* (*paraphagie*) les formes sont frustes (dégoût, faim nauséeuse, émétisante) et associées : faim syncopale, défaillante, avec anxiété, tachycardie, migraine, etc.

M. Nattan-Larrier, étudiant la **cytologie des pleurésies cancéreuses**, arrive aux conclusions suivantes : la présence de bourgeons cellulaires polymorphes, si petits soient-ils, la présence de cellules réfringentes, vacuolaires, irrégulières, à noyaux multiples et d'aspect variable, la rareté ou l'absence des placards endothéliaux, des polynucléaires et des lymphocytes, l'absence des éosinophiles, tels sont les caractères qui permettent de reconnaître la pleurésie cancéreuse, primitive ou secondaire, hémorragique ou séro-fibrineuse.

Présentation d'instruments. — M. Cathelin présente un nouveau cytoscope à air sans partie optique, à lampe renversée, au plafond permettant l'examen direct de la vessie, avec vision droite des objets et facilitant le cathétérisme des uretères et les opérations intravésicales non sanglantes.

SUITE DES SOMMAIRES

Montpellier médical. — (N° 14, 2 avril 1905.) F.-J. Bosc : Essais de sérothérapie antisyphilitique. — H. Truc : Statistiques de la clinique ophtalmologique de Montpellier.

Münchener med. Wochenschrift. — (N° 14, 4 avril 1905.) Schmaltz : Sur le tremblement familial. — Von Hoesslin : Sur les paralysies périphériques de la grossesse. — Richhartz : Sur les aphtes tropicaux. — Hess : Études expérimentales sur la nécrose du pancréas et du tissu adipeux. — Flatau : Sur la stase papillaire dans les tumeurs du cerveau. — Landau : Cancer et sarcome chez le même homme. — Ludwig : Sur l'emploi de la solution stable d'acétate d'alumine boriqué. — Dölgein : Surdité droite hystérique avec hyperesthésie concomitante de l'oreille externe. — Meissen : Les prétendues modifications du sang sur les montagnes. — Felluer : Contribution à l'étude de la phtisie laryngée des femmes enceintes. — Heugge : Sur la question de la respiration artificielle. — Richter : Influence de la fièvre, des infections et des altérations rénales sur la glycosurie par suprarénine. — (N° 15, 11 avril.) Moritz : Sur la dilatation du cœur. — Dietlen : Sur la dilatation du cœur dans la diphtérie. — Liepmann : Etiologie de l'éclampsie. — Helber et Luiser : Recherches expérimentales sur l'action des rayons Röntgen sur le sang. — Werner : Imitation chimique de l'action biologique des rayons. — Fleischmann : Les substances séparées par précipitation dans leurs rapports avec les matières photodynamiques. — Ostmann : La prophylaxie de l'oreille dans les maladies infectieuses aiguës. — Reiche : Résultats des cures de sanatorium chez les phtisiques. — Schottelius : Technique de réaction de Grüber Widal. — Martineck : Dispositif pour la réaction de Grüber Widal par le typhusdiagnosticum de Ficker. — Bleibtren : Etudes sur le neuronal. — Fränkel : Sur la rupture traumatique des valvules du cœur. — Lotze : Tumeur de l'épiploon. — Ehrlich : Extraction d'un éclat d'os hors de l'œsophage par l'œsophagoscopie inférieure. — Freund : Eruption médicamenteuse due à l'aspirine. — Schütz : Un nouvel appareil pour l'examen des matières fécales. — Neumayer : Appareil protecteur pour le médecin pendant l'examen des voies respiratoires supérieures.

Nord médical. — (N° 252, 1er avril 1905.) Carrière : Sur un cas de pneumothorax consécutif à un accès d'asthme de Kopp-Millar, chez un nourrisson. — Debève : Un cas de syncope cardiaque primitive dans l'anesthésie chloroformique. — Labouré : Principaux types cliniques des végétations adénoïdes.

Pédiâtrie pratique. — (N° 7, 1er avril 1905.) Lambret : Deux observations d'ostéotomie sous-trochantérienne. — Ausset : Sur l'emploi du citrate de soude dans les vomissements des nourrissons. — (N° 8, 15 avril 1905.) H. Gaudier : Luxation iliaque gauche spontanée au début d'une coxalgie. — Arthur Delille : Méningite suppurée à bacilles d'Eberth. Hémorragies intestinales tardives.

Presse médicale. — (N° 27, 5 avril 1905.) J.-L. Faure : L'intervention chirurgicale dans l'appendicite. — A. Martinet : Foie flottant. — (N° 28, 8 avril.) L. Marchand : Paralysie générale et syphilis. — (N° 29, 12 avril.) Sicard et Dopter : Cytologie parotidienne des oreillons. — P.-A. Lop : Obstétrique et médecine légale. Conférences sur le secret professionnel et l'avortement criminel. — (N° 30, 15 avril 1905.) W. Dubreuilh : L'ankylostomiase cutanée. — H. Labbé : La boisson qualitativement et quantitativement envisagée chez les malades et les gens bien portants.

Revue de chirurgie. — (N° 4, 10 avril 1905.) Cornil et Coudray : Des corps étrangers articulaires et en particulier des corps traumatiques, au point de vue expérimental et histologique. — Pacheco Mendes : A propos des anévrismes carotidiens. — Tuffier et Jeanne : Les gastrorragies dans l'ulcère simple de l'estomac. — Sauvé : Des hémorragies intestinales consécutives à l'opération des hernies en général. — Mally et Richon : Contribution à l'étude des impotences fonctionnelles consécutives aux traumatismes articulaires.

Revue de médecine. — (N° 4, 10 avril 1905.) Teissier : Classification et valeur pathogénique des albuminuries orthostatiques. — Labbé et Morchoisne : Le métabolisme de l'eau et des chlorures. — Féré : Auréoles névropathiques. — Cottet : De l'oligurie habituelle physiologique.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 13, 1er avril 1905.) Bezold : La distance maxima d'audition de la voie chuchotée. — Brunel : Otorrhée double ; thrombo-phlébite des deux sinus latéraux. Mort. Autopsie. — (N° 14, 8 avril.) Politzer : Joseph Toynbee, esquisse historique-bibliographique.

Revue scientifique. — (N° 14, 8 avril 1905.) A. Calmette : Le rôle des sciences médicales dans la colonisation. — Gautrelet : Montesquieu physiologiste (*fin*). — Bridou : Le rôle des glandes dans l'émotion. — (N° 15, 15 avril.) Harry H. Johnston : Pygmées et hommes simiesques de la frontière de l'Ouganda. — Lucien Libert : L'activité volcanique lunaire.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Tuberculose inflammatoire du cœur et du péricarde, par M. L. Thévenot.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine.
ANALYSES
Médecine infantile : Arthrites aiguës des nouveau-nés; — *Chirurgie :* Etude clinique et thérapeutique sur la tuberculose chirurgicale de la région iléo-cæcale; — *Obstétrique :* Le traitement du cancer du col compliquant une grossesse avancée; — *Physiologie :* Les fonctions gastriques dans la vieillesse; — *Thérapeutique :* De l'iboga et de l'ibogaïne.
LIVRES NOUVEAUX
NOTES DE THÉRAPEUTIQUE
NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)
Hémiplégies (suite).
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Un concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le lundi 5 juin 1905, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (service du personnel), de midi à trois heures, du lundi 8 mai au samedi 20 mai inclusivement.

— Le concours annuel pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sera ouvert le mercredi 7 juin, à midi précis, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saint-Pères, n° 49.

MM. les internes en pharmacie sont prévenus qu'en exécution des dispositions du règlement général sur le service de santé, tous les internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sont tenus de prendre part à ce concours, sous peine d'être considérés comme démissionnaires et, comme tels, d'être privés du droit de continuer leur service dans les hôpitaux.

Ils devront, en conséquence, se faire inscrire à l'Administration centrale (service du personnel) de onze heures à trois heures, du lundi 8 mai au samedi 20, du même mois, inclusivement.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — M. Jules Petit, ancien ingénieur en chef des ponts et chaussées, a été nommé président du Conseil général des hospices civils de Lyon, en remplacement de M. Hermann Sabran, démissionnaire.

— Grenoble. — Le concours de chirurgien-dentiste des hôpitaux de Grenoble s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs S. Besson et L. Dalbans.

MINISTÈRE DES TRAVAUX PUBLICS. — M. Carnot, agrégé, médecin des hôpitaux, médecin de l'Ecole nationale supérieure des mines, est chargé de faire des conférences aux élèves de cette école sur les premiers soins à donner aux ouvriers en cas d'accidents.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Maurice Soupault, médecin des hôpitaux de Paris. Soupault succombe dans sa quarantième année victime du surmenage professionnel. Tout en ayant une situation des plus brillantes comme spécialiste des maladies de l'estomac, Soupault travaillait sans relâche, et quelques jours seulement avant sa mort achevait les dernières pages d'un important traité des maladies de l'estomac et des voies digestives aujourd'hui sous presse. Soupault sera unanimement regretté par tous ceux qui l'ont connu.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS. — La prochaine séance aura lieu le jeudi 20 avril, à quatre heures et demie, 12, rue de Seine, dans les locaux de la Société de chirurgie.

TARIF DES HOPITAUX DE LYON. — Le *Lyon médical* publie le tarif fixé à partir du 1er janvier 1905 pour le traitement des malades payants dans les hospices civils de Lyon.

Malades adultes : services de médecine, 2 fr. 50 par jour; services de chirurgie et d'ophtalmologie, 3 fr. 50; service de maternité, 2 fr. 50.

Enfants malades au-dessous de l'âge de quinze ans : services de médecine, 2 francs; services de chirurgie, 2 fr. 50.

En outre à la date de 9 janvier 1905, a été approuvée une délibération du Conseil général d'administration des hospices civils de Lyon, du 28 décembre 1904, fixant comme suit les versements provisionnels à faire à partir du 1er janvier 1905, pour assurer les frais de séjour, dans les hôpitaux de Lyon, des différentes catégories des malades :

Malades adultes : services de chirurgie et d'ophtalmologie, 87 fr. 50; service de médecine, 75 francs.

Enfants malades au-dessous de l'âge de quinze ans : services de chirurgie, 62 fr. 50; services de médecine, 50 francs.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Vacances de Pâques. — La Compagnie émettra, jusqu'au lundi de Pâques (24 avril) inclus, de toute gare à toute gare de son réseau, distante d'au moins 300 kilomètres du point de départ, des billets d'aller et retour collectifs de toutes classes, dits « de vacances », aux familles d'au moins trois personnes.

Validité 33 jours et faculté de prolongation d'une ou plusieurs périodes de 15 jours moyennant paiement d'un supplément de 10 p. 100.

Le prix s'obtiendra en ajoutant au prix de 4 billets simples pour les deux premières personnes, le prix d'un billet simple pour la troisième personne, la moitié de ce billet pour la quatrième et chacune des suivantes.

Trois des titulaires d'un billet collectif sont tenus de voyager ensemble, les autres peuvent, s'ils le demandent, être autorisés à voyager isolément au tarif militaire.

De plus, un ou plusieurs des titulaires peuvent obtenir, en même temps que le billet collectif, une carte donnant droit à voyager au demi-tarif entre la gare de départ et le lieu de villégiature de la famille pendant le séjour de cette dernière.

TUBERCULOSE INFLAMMATOIRE
DU CŒUR ET DU PÉRICARDE

Par L. THÉVENOT,
Assistant de Clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu de Lyon
(M. le professeur A. PONCET).

Dès ses premières publications sur le rhumatisme articulaire tuberculeux, M. Poncet signalait le caractère, la plupart du temps, *exclusivement inflammatoire*, des arthrites, des sérosites, constituant cette nouvelle entité pathologique. Il put affirmer, dès ce moment, qu'il existait une forme de tuberculose, simplement réactionnelle, et, comme il l'a répété maintes fois depuis, sans caractères spécifiques, c'est-à-dire sans la morphologie macroscopique et microscopique des lésions, considérées jusqu'alors, comme seules tuberculeuses.

Cette notion d'une deuxième variété de tuberculose, qu'il avait dénommée : *Tuberculose inflammatoire*, a été souvent développée par lui, par ses élèves, dans divers articles, et surtout dans de nombreuses thèses de la Faculté de Lyon.

Le champ de la tuberculose inflammatoire est, en effet, non moins étendu que celui de la tuberculose classique. Elle frappe tous les appareils, tous les organes, tous les tissus. Le rhumatisme tuberculeux articulaire n'est, au point de vue auquel nous nous plaçons, que la démonstration, pour les jointures, de cette vaste donnée de pathologie générale.

Parmi les travaux sortis depuis peu de la Clinique, il en est qui mettent plus particulièrement en relief le rôle de cette tuberculose dans les cardiopathies. Malgré ces études et d'autres plus récentes, cette question est encore à peine ébauchée. Aussi nous a-t-il paru utile de passer rapidement en revue ce qui a été fait dans cet ordre d'idées, et surtout de montrer l'importance de recherches suivies, au point de vue des maladies du cœur et du système vasculaire, maladies précisément si communes chez les tuberculeux.

L'expression que nous employons de : *tuberculose inflammatoire du cœur et du péricarde*, est un peu pompeuse, car nous n'avons en vue que des endocardites, des péricardites. Elles exigent encore, les unes et les autres, de nombreuses investigations, et nous laissons, d'autre part, de côté les myocardites d'origine tuberculeuse, les aortites, les coronarites, etc. (qui doivent exister au même titre que les autres lésions cardiaques), par la bonne raison que les cliniciens et les anatomopathologistes s'en sont encore fort peu préoccupés.

Le premier travail d'ensemble sur ce sujet est la thèse de Chambelland (1), qui a montré la fréquence des cardiopathies chez les malades atteints de tuberculoses médicales et chirurgicales.

Chez 100 tuberculeux médicaux pris au hasard, l'examen de leur cœur lui a fourni les résultats suivants :

(1) CHAMBELLAND. *Rhumatisme tuberculeux. De la fréquence des cardiopathies dans les tuberculoses médicales et dans les tuberculoses chirurgicales*, Th. de Lyon, 1902-1903.

Chez 11 d'entre eux, on trouvait des signes d'endocardite valvulaire. Trois avaient, en outre, de la péricardite. Nous signalons, en passant, cette coexistence d'une péricardite et d'une endocardite, coexistence sur laquelle Braillon, dans sa thèse, appelle également l'attention.

En outre, chez 43 de ces malades, Chambelland notait des modifications légères dans le rythme, l'intensité et le timbre des bruits du cœur.

Sur 100 malades porteurs de tuberculoses chirurgicales, il a trouvé 6 fois des lésions valvulaires, 1 fois de la péricardite et 28 fois des modifications légères, dans le rythme, l'intensité, le timbre, etc., des bruits du cœur.

Une telle fréquence de lésions cardiaques ne pouvait s'expliquer que par une relation de cause à effet entre elles et la tuberculose. C'est dans cet ordre d'idées que furent dirigées les recherches de Verdeau et de Moynet (1).

Verdeau (2) s'est attaché à l'étude des *Cardiopathies inflammatoires d'origine tuberculeuse.*

Après avoir exposé les résultats des recherches de P. Teissier, d'Etienne, etc., il établit par des constatations cliniques la fréquence de ces lésions (3).

Qu'elles soient simplement exsudatives ou scléreuses, qu'elles aient un aspect végétant ou qu'elles s'ulcèrent à la longue, elles sont essentiellement, pour ne pas dire exclusivement, caractérisées par des *lésions inflammatoires banales*, sans les signes que revêtent les lésions bacillaires ordinaires.

Il réunit 25 observations d'endocardite inflammatoire chez des tuberculeux, sans lésions spécifiques, et insiste sur les difficultés du diagnostic de leur nature. Il se base sur l'existence d'une tuberculose concomitante, sur l'inefficacité, dans les cas de douleurs articulaires, de la médication salicylée, la tendance à l'ankylose, etc.

Quant aux péricardites inflammatoires, elles ont fait l'objet de la thèse de Moynet (4), qui en a rassemblé 13 cas.

S'il s'agit le plus souvent de formes sèches, on observe aussi quelquefois des péricardites avec épanchement. On les différenciera des péricardites rhumatismales simples, en se basant sur les antécédents du malade, sur la présence de lésions arti-

(1) Les examens de Chambelland n'avaient porté que sur des adultes. A la Société médicale des hôpitaux de Paris, du 24 mars dernier, M. le docteur H. Barbier a montré que l'endocardite tuberculeuse se rencontrait souvent aussi chez les enfants : *L'endocardite tuberculeuse est*, dit-il, *très fréquente chez les enfants.*

(2) VERDEAU. *Cardiopathies inflammatoires d'origine tuberculeuse*, Th. de Lyon, 1902-1903.

(3) Nous nous contenterons de cette brève mention de l'importante thèse de P. Teissier, développant les *Cliniques de la Charité* de Potain, et apportant une très intéressante contribution à l'étiologie tuberculeuse du rétrécissement mitral pur (maladie de Duroziez). Nous n'avons pas qualité pour parler longuement d'une question aussi médicale, mais nous voyons, avec une réelle satisfaction, les travaux les plus récents (Barié, etc. ; Crémadells, Th. de Lyon, 1904) reconnaître à la tuberculose un rôle prépondérant dans la production du *rétrécissement mitral pur.*

(4) MOYNET. *Péricardite inflammatoire d'origine tuberculeuse*, Th. de Lyon, 1904-1905.

culaires et autres, non influencées par le salicylate, etc.

Enfin, quel que soit le siège des lésions (endocarde ou péricarde), on tranchera parfois le diagnostic de leur nature, en utilisant les méthodes de laboratoire (séro-réaction, cyto-diagnostic, inoculation au cobaye, etc.).

L'étude de ces faits cliniques a ainsi permis à M. Poncet de soutenir l'existence et la fréquence de la tuberculose inflammatoire du cœur. La thèse récente de Braillon (1), inspirée par M. le professeur Hutinel, complétant les recherches entreprises avec Œttinger, Jousset, etc., confirme cette démonstration. Elle la renforce, dans tous les cas, par des observations nouvelles et importantes (cas de Lion, Londe, Petit, etc.).

Braillon distingue 3 formes de tuberculose de l'endocarde : la tuberculose caséeuse, la tuberculose granulique, et la tuberculose inflammatoire dont il rapporte 29 observations (l'une d'entre elles concernant une tuberculose inflammatoire primitive).

Ce travail est particulièrement intéressant en raison des recherches histologiques multiples et des constatations expérimentales qui ont été faites à propos de la plupart des malades. Elles complètent les données que nous avions déjà sur la tuberculose inflammatoire.

C'est à ce titre que pour le chirurgien un pareil sujet mérite de retenir l'attention. A peu près tout ce qui a été écrit, en dehors de Lyon, sur la tuberculose inflammatoire concerne la tuberculose inflammatoire du cœur. En réalité, la question de l'organe importe peu. De même que sur n'importe quel point de l'organisme la tuberculose spécifique revêt les mêmes formes anatomiques : granulations, follicules tuberculeux, ulcérations, fonte caséeuse, etc., de même, la tuberculose inflammatoire est partout analogue à elle-même.

Macroscopiquement, elle se présente sous l'aspect de végétations, d'exsudats, de scléroses, etc., qui ont tous les caractères des lésions inflammatoires banales (lésions du rhumatisme franc, par exemple).

Comparables à celles d'un grand nombre de pleurésies, de sérosites, etc., elles n'ont aucune formation histologiquement spécifique : follicules tuberculeux, cellules géantes, etc.

La signature de l'affection, lorsqu'elle existe, consiste dans la présence de quelques rares bacilles, perdus au milieu de blocs fibrineux, ou d'un tissu conjonctif de nouvelle formation.

C'est dire que l'histologie ne peut le plus souvent lever les doutes d'un observateur indécis, qui doit chercher ailleurs la solution pathogénique.

L'expérimentation la lui fournira, dans une proportion que nous ignorons encore, pour les formes, aiguës, subaiguës. M. L. Dor, prenant une végétation papillaire sur la valvule mitrale d'un sujet mort de tuberculose pulmonaire, après avoir constaté l'absence de granulations tuberculeuses, de produits spécifiques, en inocula un fragment à des cobayes. Les animaux, sacrifiés quelques semaines après, présentaient de nombreux tubercules, et l'un d'eux avait des végétations valvulaires analogues à celle qui avait été inoculée.

Cette observation, communiquée par M. Poncet à l'Académie de médecine le 23 juillet 1901, puis publiée par le docteur Patel dans la *Revue de chirurgie* (déc. 1901), confirmait des expériences plus anciennes de MM. Courmont et L. Dor, dans lesquelles des exsudats de tuberculose atténuée, injectés à des lapins, produisirent, sur certaines jointures, des tumeurs blanches, et sur d'autres, des *arthrites n'ayant aucun des caractères des arthrites tuberculeuses*. La thèse de Braillon renferme également plusieurs cas d'inoculations positives de tuberculose inflammatoire.

Les expériences de Bernard et Salomon (1) sont la contre-partie des précédentes. En injectant dans le ventricule des chiens ou des lapins de l'émulsion de bacilles de Koch, ou en les inoculant par la voie carotidienne, ces auteurs ont produit, chez ces animaux, des granulations et des végétations qui n'avaient aucun caractère spécifique. Leur structure histologique était identique à celle des lésions inflammatoires banales, et les quelques bacilles qui siégeaient dans leur profondeur avaient provoqué, non des follicules et des cellules géantes, etc.; mais un processus inflammatoire ordinaire. Ces diverses recherches expérimentales, d'une importance capitale, établissent ainsi, d'une façon irréfutable, l'*existence de la tuberculose inflammatoire*.

Aussi MM. Bernard et Salomon ont-ils pu écrire dans ce dernier article (*loc. cit.*, p. 56) : « On peut conclure de tout ce qui précède, tant de nos expériences que des constatations nécropsiques de Jousset, Œttinger et Braillon, qu'elles confirment et consolident, que les lésions tuberculeuses de l'endocarde — et nous pouvons ajouter de l'endaorte — ne se différencient par aucun caractère histologique des inflammations banales de ces membranes. Elles viennent, à côté d'autres faits, montrer qu'on ne peut plus conserver la notion classique de la spécificité du follicule tuberculeux; d'autres agents animés ou inanimés peuvent le reproduire : *et, en outre, le bacille de Koch peut provoquer, par sa présence, les processus inflammatoires communs.* »

Si les inoculations étaient toujours positives, elles constitueraient le critérium de la nature tuberculeuse de lésions d'aspect simplement inflammatoire, mais l'inoculation peut échouer. Pour qu'elle soit couronnée de succès, la présence de quelques bacilles inclus dans les tissus malades est indispensable; or nous savons qu'ils manquent volontiers et que dans les tuberculoses inflammatoires surtout chroniques, il s'agit, comme l'enseigne M. Poncet, de lésions plutôt *toxiniques que directement bacillaires*.

D'autres procédés d'investigation permettent, à la rigueur, de se passer de l'expérimentation. La séro-réaction du sang (Arloing et P. Courmont), l'inoscopie (Jousset), l'épreuve par la sérosité des

(1) Braillon. *De l'endocardite tuberculeuse simple*, Th. de Paris, 1904-1905.

(1) Bernard et Salomon. Tuberculose expérimentale du cœur et de l'aorte, *Revue de méd.*, janv. 1905.

vésicatoires (Merieux) etc., doivent être mises à contribution, sans leur demander, cependant, plus qu'elles ne peuvent donner. On peut encore recourir aux injections sous-cutanées de tuberculine, dont la valeur diagnostique est connue de tous.

Cette preuve a besoin d'être faite pour la *tuberculose inflammatoire primitive,* dans laquelle les lésions cardiaques sont la première manifestation de l'infection bacillaire, mais chez un malade indemne de toute tare infectieuse, autre que la tuberculose, il est naturel d'incriminer cette dernière, et les recherches de ces dernières années démontrent le bien fondé de cette manière de voir.

Des divers travaux que nous avons mentionnés, se dégage donc cette notion importante : *qu'il existe une tuberculose inflammatoire du cœur et du péricarde, tuberculose dont la fréquence est également démontrée.* De nouveaux faits, de nouvelles preuves de cette variété de cardiopathies tuberculeuses sont venus, de divers côtés, s'ajouter aux observations publiées par M. Poncet et ses élèves.

Ces faits avaient été englobés par lui, au début, dans le cadre du rhumatisme tuberculeux abarticulaire (1). Ces endocardites, ces péricardites inflammatoires surviennent, en effet, volontiers, dans le cours, ou après des attaques de rhumatisme articulaire tuberculeux, mais elles peuvent aussi survenir sans arthropathies passées ou présentes, sans avoir l'allure fluxionnaire, métastatique etc., qui distingue les manifestations dites rhumatismales. La dénomination de : *cardiopathies inflammatoires*, paraît donc être l'expression de choix, et cela d'autant mieux que la tuberculose inflammatoire peut frapper tous les tissus, tous les organes, et que ce qui est vrai pour le cœur, pour le péricarde, l'est non moins, pour l'œil, pour la peau, pour les reins, pour le foie, pour les méninges, pour les centres nerveux, etc. C'est ainsi que le docteur Anglade, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Bordeaux, a publié l'année dernière (2) une très intéressante étude sur la paralysie générale et la tuberculose.

Il établit d'abord, d'après 54 autopsies pratiquées en 1903, que la proportion des tuberculeux est plus forte chez les paralytiques généraux que chez les autres aliénés.

		Tuberculeux.
Paralytiques généraux..	21	14
Epileptiques	2	3
Aliénés divers.........	31	8
Total.....	54	24

Histologiquement, il la considère comme une méningo-encéphalite interstitielle diffuse, au sens rigoureux des termes, et il n'attribue à ces lésions aucun des caractères spécifiques de la tuberculose : cellules géantes, bacilles, tubercules proprement dits.

« La tuberculose, ajoute-t-il, se révèle chaque jour, comme suspecte de réaliser par d'autres moyens, sans doute par ses divers poisons, des hyperplasies conjonctives ou névrogliques. Elle est ouvertement accusée de produire des cirrhoses du foie et des scléroses des reins.

Nous la croyons parfaitement capable de déterminer des *scléroses névrogliques* dans le système nerveux.

Les lésions de la paralysie générale peuvent fort bien être les effets d'un poison tuberculeux.

Ce poison, sclérosant, s'élaborerait au niveau des tubercules fibro-caséeux, qui se logent dans les sommets du poumon. »

Il s'agit, on le voit, de lésions inflammatoires du même ordre que dans les cardiopathies, dont nous nous occupons. Déjà en 1903, un élève de M. Poncet, le docteur Bouclier, soutenait une thèse intitulée : *Rhumatisme tuberculeux. Méningopathies inflammatoires et autres d'origine tuberculeuse* (Th. de Lyon). Depuis ont paru nombre de travaux similaires.

Une conclusion s'impose : la nécessité de poursuivre l'étude de la tuberculose inflammatoire, si fréquente, si variée, dans son siège, dans ses modalités.

Elle offre un champ d'observation des plus vastes et des plus importants (1).

Avec la tuberculose classique, spécifique, et la tuberculose septicémique, sans lésions, elle constitue une trinité pathologique dont une forme, la première, seule, est bien connue.

(1) Poncet. Rhumatisme tuberculeux abarticulaire. Localisations viscérales et autres du rhumatisme tuberculeux, Acad. de méd., 15 juillet 1902.

(2) Anglade. *Gaz. hebd. de Bordeaux,* 1904, n° 41.

Dans un récent mémoire : « Myélites par toxines tuberculeuses » (*Lyon méd.*, 12 mars 1906), M. le docteur Clément a développé les mêmes idées pathogéniques.

(1) A. Poncet. Tuberculose : septicémique, rhumatismale, spécifique. Trilogie anatomique et clinique de l'infection bacillaire, *Arch. internat. de chir.*. vol. I, Gand 1903.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 18 avril 1905)

Paralysie générale et syphilis. — La discussion sur les rapports de la paralysie générale et de la syphilis touche à sa fin, nous n'étonnerons personne en disant que chacun reste sur ses positions ou que chaque orateur garde ses opinions et les défend même avec d'autant plus d'énergie qu'elles ont été plus vivement attaquées. Dans la dernière séance, M. Joffroy a plaidé, non moins éloquemment que la première fois, l'indépendance de la paralysie générale à l'égard de la syphilis. Dans cette séance M. Lancereaux, se basant sur l'anatomie pathologique, défend la même cause que M. Joffroy avec non moins d'ardeur. Par contre MM. Raymond et Fournier soutiennent plus que jamais l'influence étiologique de la syphilis sur la paralysie générale.

M. Raymond vient apporter de nouveaux faits à l'appui de la thèse qu'il a déjà soutenue. Il rappelle que, dans certains cas, on a trouvé, sur le même individu, les lésions de la paralysie générale et des lésions syphilitiques évoluant simultanément. Il en est de même d'ailleurs pour le tabes; on a relaté de nombreuses autopsies dans lesquelles on a trouvé, sur le même sujet, les lésions de la maladie de Duchenne et des lésions syphilitiques. On peut dire que l'ataxie locomotrice et la paralysie générale sont deux sœurs jumelles, subissant

toutes deux la même action de la syphilis. Retenons aussi cet exemple bien frappant que nous cite M. Raymond. Deux frères contractent en même temps la syphilis; l'un devient un travailleur acharné, surmenant son cerveau, l'autre un noceur effréné, surmenant sa moelle; le premier devint paralytique général, le second tabétique.

Enfin M. Raymond rappelle qu'on invoquait autrefois en faveur de la nature non syphilitique du tabes les mêmes arguments qu'on invoque aujourd'hui pour prouver que la paralysie générale n'est pas d'origine syphilitique. Or, pour M. Raymond, il n'y a plus de doute : la pathogénie de la paralysie générale est la même que celle du tabes. C'est la syphilis qui domine toute cette pathogénie. On trouve encore une confirmation de ce fait dans l'étude de la paralysie générale chez l'enfant qui marche toujours de pair avec la syphilis héréditaire.

M. Lancereaux ne veut se baser, pour l'étude d'une maladie, que sur l'anatomie pathologique. Or les lésions de la syphilis cérébrale, qu'il a été un des premiers à faire connaître, n'ont rien de commun avec celles de la paralysie générale. Pour lui ce fait suffit pour affirmer qu'il s'agit là de deux maladies différentes. Tandis que les lésions de la paralysie générale sont essentiellement diffuses et progressives, celles de la syphilis tendent au contraire à se limiter de plus en plus et à gagner en profondeur ce qu'elles perdent en étendue. A ce sujet M. Lancereaux entre dans quelques détails sur la marche des lésions syphilitiques dans les divers organes où l'on retrouve partout la même évolution, très différente de celle des lésions de la paralysie générale, du tabes et de bien d'autres affections dites parasyphilitiques. Toutefois M. Lancereaux admet bien, dans la syphilis, l'existence de phénomènes se rapprochant de ceux de la paralysie générale. Mais envisagée, même au point de vue symptomatique, cette paralysie générale de la syphilis diffère de la paralysie générale ou périencéphalite diffuse; elle en diffère plus encore par sa lésion anatomique qui s'étale tout d'une pièce à la convexité de l'encéphale, envahissant à la fois les méninges molles et le cortex, s'étendant aux membranes ventriculaires, et produisant toujours l'hydrencéphalie. M. Lancereaux n'admet pas le terme d'accidents parasyphilitiques. Un malade est syphilitique ou ne l'est pas. C'est tout ou rien.

L'étude de la syphilis, à son avis, ne peut être séparée de celle des autres maladies, car le meilleur moyen de la bien connaître est de rechercher ses ressemblances, ses points de contact avec ces dernières.

Aussi, M. Lancereaux s'est-il toujours appliqué, dans ce but, à la rapprocher des autres maladies, non seulement des maladies chroniques, mais encore des maladies infectieuses aiguës, dans le but de jeter un peu plus de clarté sur chacune d'elles, convaincu que la pathologie est un bloc, dont une partie ne peut être détachée; c'est parce qu'il a toujours compris de cette façon l'étude de la syphilis qu'il ne lui est pas possible de considérer la périencéphalite diffuse comme une de ses manifestations.

M. Fournier, pour clore la discussion, répond à ses contradicteurs : d'accord avec M. Joffroy sur le fait de la grande fréquence des rapports de la syphilis avec la paralysie générale, il s'en sépare sur l'interprétation de ce fait. Pour M. Joffroy, la syphilis ne fait que préparer le terrain, est une bonne fumure pour la paralysie générale. Pour M. Fournier c'en est la cause même. Il en trouve la preuve, non seulement dans les faits ou les statistiques qu'il a fait connaître, mais aussi dans l'étude de certains faits, de la paralysie générale dite conjugale, par exemple, de la paralysie générale familiale, où l'on voit que les mêmes causes produisent les mêmes effets. M. Fournier invoque aussi, à l'appui de sa thèse, l'histoire de ces cinq individus contractant la syphilis à la même femme; on les retrouve vingt ans après, deux d'entre eux sont paralytiques généraux, deux autres tabétiques.

En résumé, avec MM. Lancereaux et Cornil, M. Fournier reconnaît que les lésions anatomiques de la paralysie générale diffèrent de celles de la syphilis cérébrale, et cependant il est convaincu que la paralysie générale est une conséquence de la syphilis. Il est de même convaincu que nombre d'états morbides dont les lésions diffèrent de celles de la syphilis en dérivent cependant. C'est à ces affections qu'il a donné le nom de parasyphilitiques.

Pour réfuter la doctrine anatomique de M. Lancereaux, M. Fournier appelle l'attention sur ce que l'on observe dans la tuberculose. On sait, en effet, qu'il existe toute une série de lésions authentiquement tuberculeuses, puisqu'on peut les reproduire expérimentalement par l'injection de cultures du bacille de Koch, et dans lesquelles cependant l'étude anatomique ne montre que des altérations banales, n'ayant absolument rien de spécifique. Si nous ne savions aujourd'hui leur véritable origine, si nous en étions à ignorer encore le microbe producteur de la tuberculose, comme nous ignorons jusqu'à nouvel ordre celui de la syphilis, nous ne pourrions admettre la nature tuberculeuse de ces lésions que par voie de raisonnement et de statistique. L'anatomie pathologique ne nous apprendrait rien; pourquoi dès lors compter exclusivement sur elle pour trancher le débat en ce qui concerne la syphilis?

La discussion est close sur cette réponse de M. Fournier. Retenons de toute cette discussion ce fait pratique important, c'est que : 1° dans la recherche de l'étiologie de bien des états morbides, il faut toujours penser à la syphilis; 2° lorsqu'on est appelé à traiter un syphilitique au début, insister plus que jamais sur la nécessité d'un traitement prolongé, tel que l'a définitivement institué notre maître à tous, en la matière, M. le professeur Fournier.

Nouvelle contribution au traitement des corps étrangers de l'œsophage. — M. Suarez de Mendoza (de Paris), se basant sur plusieurs oservations personnelles, pense que l'intervention dans les cas de corps étrangers ne peut et ne doit jamais avoir lieu d'après des règles déterminées d'avance.

Lorsque le corps étranger de l'œsophage résiste ou a résisté à la propulsion, et que l'introduction du panier de Graefe n'a pas été possible, soit à cause du spasme œsophagien, soit à cause du volume excessif du corps étranger, la dilatation partielle de l'œsophage, à l'aide du dilatateur Collin-Verneuil, permet quelquefois d'introduire le panier de Graefe, et partant de faire l'ablation du corps étranger.

Lorsque le corps étranger, accroché par le panier de Graefe, résistera aux tractions exécutées méthodiquement, et que l'on sera tenté d'abandonner la séance par crainte de déchirures possibles du conduit, la dilatation de l'œsophage par le ballon dilatateur Tarnier, mis en place à l'aide de la bougie conductrice de l'appareil Collin-Verneuil, pourra permettre le dégagement et l'extraction du corps étranger sans blesser les parois œsophagiennes.

Cette méthode a, en outre, l'avantage d'assurer l'alimentation du malade, même dans les cas extrêmes, grâce à l'emploi de la sonde olivaire à bout creux qu'on parvient toujours à glisser sur la bougie conductrice.

ANALYSES

MÉDECINE INFANTILE

Arthrites aiguës des nouveau-nés. (Hutan. Th. de Paris, 1905; Vigot, édit.) — Les arthrites aiguës des nouveau-nés relèvent le plus souvent de la blennorragie. Consécutives soit à une vulvite, soit surtout à une ophtalmie purulente, les arthrites blennorragiques du nouveau-né frappent presque toujours plusieurs jointures; elles aboutissent souvent à la suppuration et se compliquent, dans quelques cas, d'accidents graves d'infection générale. Elles sont presque toujours dues au gonocoque seul ou associé.

Des autres arthrites du nouveau-né, les unes sont attribuables à la fièvre puerpérale, à la pneumococcie, à l'érysipèle, à l'ostéomyélite; les autres au rhumatisme articulaire aigu ou à certaines infections générales : scarlatine, dothiénentérie, variole, etc. Des arthrites qui constituent cette seconde variété, les premières seules sont possibles, probables même, mais leur existence n'est pas encore absolument démontrée.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Etude clinique et thérapeutique sur la tuberculose chirurgicale de la région iléo-cæcale. (Belgrand. Th. de Paris, 1904.) — L'auteur montre que les formes cliniques de la tuberculose iléo-cæcale sont multiples; la plus fréquente est sans contredit la tuberculose hypertrophique qui évolue en trois périodes :

1° Début : douleurs, diarrhée ou constipation;

2° Tumeur qu'on peut sentir dans la fosse iliaque droite;

3° Apparition d'abcès et de fistules.

La mort survient en deux à dix ans, si on n'intervient pas.

Dans certains cas, la tuberculose peut n'envahir qu'une partie du segment iléo-cæcal, formant alors une tumeur petite bien limitée; ailleurs l'intestin paraît indemne, ce sont les ganglions qui, envahis, forment une tuméfaction; si la paroi intestinale est détruite, il peut se produire des péritonites généralisées ou localisées.

Le diagnostic est à peu près impossible avant la deuxième période.

Aussitôt qu'il sera posé, la résection du segment iléo-cæcal s'impose; on rétablira le cours des matières par une anastomose latéro-latérale de la fin de l'iléon avec le côlon transverse. Si la tumeur est trop adhérente ou s'il y a des abcès ou des fistules, on devra pratiquer l'exclusion bilatérale de l'anse malade avec implantation d'un ou des deux bouts de l'anse exclue à la peau.

Quant aux tuberculoses limitées, elles seront traitées par des résections limitées.

ÉTIENNE LE SOURD.

OBSTÉTRIQUE

Le traitement du cancer du col compliquant une grossesse avancée [3 pl., 3 tabl.]. (Herbert R. Spencer. *Transact. of the obstetr. Soc. of London*, vol. XLVI, oct. 1904, p. 355.) — Spencer rapporte l'observation de 3 cas de cancer du col compliquant le travail à une période avancée de la grossesse. Les 3 malades furent délivrées par les voies naturelles. Il traita ensuite le cancer par l'amputation du col deux fois pendant les suites de couches, la troisième fois cinq mois après l'accouchement. Les malades restent guéries, sans récidive, onze, huit et demi et huit ans après l'amputation haute du col.

Les enfants naquirent vivants, et un survit; une des malades a depuis été délivrée par une césarienne d'un enfant qui vit aussi.

L'auteur n'a pu trouver que 2 autres cas, opérés pour le cancer compliquant le travail dans une grossesse avancée, qui soient restés plus de cinq ans guéris; ce sont celui d'Olshausen (cinq ans et neuf mois) et de Von Ott (huit ans et demi). Ces 2 cas ont aussi été délivrés par les voies naturelles et opérés un temps très court après la délivrance.

Spencer donne aussi le résumé de 3 cas personnels de cancer du col compliquant le travail dans une grossesse avancée, qui étaient inopérables. Deux ont été accouchés par les voies naturelles, le dernier par l'opération de Porro au moyen d'un serre-nœud. Les 3 cas guérirent, et les enfants naquirent vivants.

Ces 6 cas constituent toute l'expérience personnelle de Spencer sur ce sujet. Il les résume dans un tableau. Il dresse de même deux autres tableaux des cas analogues recueillis à la clinique de Berlin (8 observations dues à Olshausen et Kaussmann) et de Leipzig (10 observations dues à Zweifel). De ces 18 cas, 12 étaient opérables et ont été traités par l'hystérectomie vaginale ou abdominale.

Ces 12 cas donnèrent 2 morts opératoires, soit une mortalité de 16,6 p. 100, et une seule malade resta guérie plus de cinq ans après l'opération.

Des autres cas qui étaient inopérables, 5 ont été délivrés par l'opération césarienne, suivie, en 3 cas, par l'amputation du corps utérin et la suture du moignon; 4 de ces malades moururent, donnant une mortalité opératoire de 80 p. 100.

Spencer discute ensuite les divers modes de traitement.

L'opinion soutenue par Pinard, Bouilly et d'autres auteurs que ces cas sont sans espoir, qu'on doit attendre la fin de la grossesse, et que seul l'intéret de l'enfant est à considérer, est pour lui une erreur. D'après lui le travail doit être provoqué par le ballon de Champetier si la grossesse est à quelques semaines du terme, et le traitement doit avoir en vue aussi bien la guérison que la délivrance de la malade. Comment atteindre ce but? On le saura mieux lorsque des cas plus nombreux auront été publiés et qu'on jugera sur des statistiques plus nombreuses. Cependant Spencer s'en tient à la conduite suivante :

1° Nettoyer à fond les ulcérations et les fongosités du néoplasme, et au bistouri préférer le cautère pour prévenir l'ensemencement des cellules cancéreuses;

2° Dans les cas opérables pratiquer la délivrance par les voies naturelles, quand elle est possible, suivie, durant le puerperium, par l'amputation haute du col avec le galvanocautère, et, en certains cas, par l'ablation du corps utérin aussitôt après;

3° Dans les cas opérables dans lesquels la tumeur est limitée au col mais qui ne se dilate pas, l'auteur propose :

a. L'ablation du col au galvano-cautère, suivie de l'accouchement de l'enfant, puis de l'hystérectomie soit vaginale, soit abdominale;

b. L'ablation de l'enfant par la césarienne et de l'utérus par le vagin (Olshausen);

c. L'ablation de l'enfant et du corps de l'utérus par le ventre, et du col par le vagin (Fehling).

Mais l'auteur préfère la première manière de procéder aux deux autres ;

4° Pour les cas opérables où le cancer s'est étendu du col vers le corps après une cautérisation de la tumeur cervicale, on fera l'hystérectomie abdominale;

5° Pour les cas trop avancés pour pratiquer une opération

curative, l'opération de Porro avec le serre-nœud sera pratiquée. M. LANCE.

PHYSIOLOGIE

Les fonctions gastriques dans la vieillesse. (*Bull. delle Sc. mediche*, Bologne, fasc. II, fév. 1905, p. 80 à 95.) — Frappé de ce fait que les recherches sur les fonctions de l'estomac chez l'individu sain sont généralement faites sur des sujets jeunes ou d'âge moyen, TARTARINI-GALLERANI a étudié à ce point de vue douze vieillards ayant dépassé soixante-dix ans, sains, et ne présentant aucun trouble notable de l'appareil digestif. Voici les conclusions auxquelles il est arrivé : 1° dans la vieillesse la sécrétion chlorhydrique peut être normale; plus souvent elle est affaiblie mais jamais au point d'arriver à l'anachlorhydrie ; 2° l'auteur a toujours constaté la présence de la pepsine et de la stéapsine gastrique, mais en quantités très variables ; quelquefois il a pu constater les chiffres les plus élevés qu'il connût, et cela quand il existait de l'acide chlorhydrique libre, mais cependant pas en quantité supérieure à la normale. De sorte que, tout en admettant une certaine relation entre la sécrétion chlorhydrique et celles de la pepsine et du ferment lipolytique, on ne peut admettre l'existence d'un rapport directement proportionnel entre ces diverses fonctions sécrétoires ; 3° dans la vieillesse l'activité motrice de l'estomac est en général languissante ; elle confine au point où apparaissent d'ordinaire les signes d'insuffisance motrice de l'estomac. A. GAULLIEUR L'HARDY.

THÉRAPEUTIQUE

De l'iboga et de l'ibogaïne. (A. LANDRIN. Th. de Paris; J. Rousset, édit.) — L'iboga est une plante des tropiques rapportée du Congo par M. Dybowski. Elle appartient à la famille des apocynacées et rentre dans le genre Tabernanthe. L'auteur en fait une étude très complète au point de vue botanique et matière médicale.

Les nègres l'utilisent comme stimulant et la recherchent avec un soin précieux; ils en mâchent la racine pour se donner des forces nouvelles.

Cette racine renferme un alcaloïde isolé par M. Ed. Landrin qui lui a donné le nom d'ibogaïne. C'est un corps cristallisable donnant des sels non cristallisables; le chlorhydrate d'ibogaïne au contraire cristallise facilement. C'est à l'heure actuelle le seul sel employé en thérapeutique.

Le docteur Albert Landrin a étudié l'ibogaïne au point de vue pharmacodynamique avec M. le docteur Chevalier, dans le laboratoire de M. le professeur Pouchet.

L'action physiologique porte sur le système nerveux, sur le système circulatoire, et la nutrition.

A doses faibles, l'ibogaïne augmente l'excitabilité nerveuse psychique et médullaire ; c'est un névrosthénique.

L'action sur le système circulatoire est un peu comparable à celle de la digitaline. On note une amélioration, puis un ralentissement des pulsations, avec abaissement de la pression sanguine. L'énergie des contractions cardiaques est notablement accrue.

A petites doses l'ibogaïne provoque une augmentation des échanges nutritifs, des échanges respiratoires, et favorise les processus d'assimilation et de désassimilation.

En résumé l'ibogaïne est un névrosthénique, un toni-cardiaque, et un excitant de la nutrition.

Les doses thérapeutiques employées sont de 10 à 30 milligrammes par jour.

Comme l'a montré M. Huchard a différentes reprises, le chlorhydrate d'ibogaïne est utile dans les états neurasthéniques, dans l'atonie cardiaque et dans les convalescences des maladies graves. L. GAYARD.

LIVRES NOUVEAUX

Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte (1) [3e édit., t. III], par M. HUCHARD.

La publication du tome III, marque l'achèvement de la troisième édition du grand *Traité clinique* de M. Huchard. Ce dernier tome est entièrement consacré aux maladies du péricarde et de l'endocarde, aux affections valvulaires chroniques, et à leur traitement. La bibliographie de toutes les questions y est remarquablement soignée, tant pour les travaux récents, que pour les études oubliées des siècles passés. La part si importante qui revient à Vieussens et à Senac dans l'étude des grandes affections du cœur, est bien mise en évidence dans les exposés d'une érudition minutieuse, qui ouvrent les chapitres des maladies du péricarde, de l'insuffisance aortique, du rétrécissement mitral.

Dans les chapitres consacrés au péricarde nous pouvons signaler parmi les points spécialement étudiés, les descriptions de la péricardite grippale, tuberculeuse, brightique ; le rôle important des adhérences extra-péricardiques dans la symptomatologie et le pronostic de la symphyse ; l'étude des préviscérites et de la cirrhose cardio-tuberculeuse des enfants.

Au chapitre des endocardites, un excellent exposé de l'anatomie nouvelle des valvules de la région intra-aortique et de l'anatomie pathologique des endocardites aiguës et chroniques. M. Huchard insiste avec raison au point de vue clinique sur les endocardites grippales et sur la coexistence avec l'endocardite de la myocardite, spécialement dans le rhumatisme aigu.

Une série d'études sont consacrées aux différentes lésions valvulaires, et aux associations de ces lésions entre elles. Une des préoccupations de l'auteur est d'établir la distinction si importante à tous les points de vue entre l'affection consécutive à l'endocardite, et celle causée par le développement de l'athérome artériel. Le rôle étiologique fréquent de l'hérédo-syphilis dans le rétrécissement mitral, la différence clinique de l'état latent et de l'état compensé de cette lésion, la signification presque toujours pathologique du dédoublement du second bruit, la fréquence relative de la thrombose cardiaque qu'il importe de savoir diagnostiquer pour l'arrêter souvent par une saignée précoce, les indications et les contre-indications du mariage, telles sont, parmi bien d'autres, les pages les plus personnelles de ces chapitres.

Signalons encore une mise au point remarquable de la question de l'insuffisance des orifices du cœur gauche. Bien des bruits extra-cardiaques appartiennent à l'insuffisance fonctionnelle de la mitrale, qui a été prouvée indiscutablement sur certains cas à l'autopsie, par la mensuration de l'orifice et l'épreuve de l'eau.

L'asystolie et ses différentes étapes, les considérations sur l'hygiène des cardiaques (climat, altitude), le régime qui leur convient, le bénéfice à attendre de la déchloruration sont soigneusement étudiés. Quelques pages du plus haut intérêt

(1) L'ouvrage est maintenant complet. Il comprend 3 vol. formant 2200 p., avec 268 fig. dans le texte et 4 pl. en coul. hors texte. Prix : 36 francs. — Paris, O. Doin.

sont consacrées aux modes d'administration de la digitale, à la gymnastique suédoise, aux bains carbo-gazeux.

Le *Traité* se termine par l'étude de la tachycardie paroxystique des affections congénitales et par des considérations générales, qui constituent un véritable exposé des doctrines personnelles de l'auteur, déduites de l'observation minutieuse des malades. C'est elle qui a permis à M. Huchard de constituer de toutes pièces le groupe si important des cardiopathies artérielles et de mettre en lumière la valeur de l'hypertension, de la dyspnée toxi-alimentaire, du traitement rénal de ces manifestations. Le *Traité clinique des maladies du cœur* restera comme un des ouvrages les plus personnels et les plus vivants, les plus riches en faits et en renseignements de la littérature médicale de notre époque.

Nous pouvons en faire l'éloge en ces quelques mots qui disent tout : il est digne de son auteur et couronne heureusement sa longue carrière de spécialiste pour les maladies de l'appareil circulatoire.

ALBERT MATHIEU.

An Atlas of dermatology (1), shewing the appearances clinical and microscopical normal and abnormal of conditions of the skin, by MORGAN DOCKRELL, M. A., M. D. (Dub. Univ.).

En dermatologie, plus qu'en aucune autre branche de la médecine, l'enseignement par la vue acquiert une importance considérable. Une description d'une dermatose si parfaite, si vivante soit-elle, ne peut suffire à la bien faire connaître, et cela seul justifierait pleinement le succès que ne peut manquer de rencontrer un atlas de dermatologie.

L'œuvre de M. Morgan Dockrell ne se distingue pas seulement des atlas déjà existants par l'heureux choix des types cliniques et par la perfection de leur reproduction; mais encore par une innovation éminemment pratique. Partant de ce principe, aujourd'hui universellement admis, qu'un diagnostic dermatologique n'est complet, que s'il est confirmé par l'examen histologique, l'auteur a pensé faire œuvre utile en juxtaposant sur les planches de son atlas le type clinique et le type histologique des différentes maladies.

Chaque illustration reproduisant la photographie d'un malade est accompagnée de la reproduction d'une préparation microscopique provenant d'une biopsie pratiquée sur le même sujet en un point où les lésions revêtaient un aspect absolument typique. Le texte qui accompagne ces planches est réduit au minimum et ne comporte qu'une description très rapide de chaque cas et les indications nécessaires à la compréhension parfaite des préparations histologiques.

Il est inutile d'insister sur les services qu'un semblable ouvrage peut rendre dans l'étude des maladies cutanées et nous sommes certains que l'atlas de M. Morgan Dockrell rencontrera, auprès de tous ceux qui s'occupent en France de dermatologie, le succès mérité.

LOUIS LE SOURD.

Le coup de chaleur dans les pays tempérés. Sa fréquence dans l'armée. Causes, prophylaxie. Traitement (2), par le médecin-major BONNETTE.

Les coups de chaleur sont fréquents dans l'armée, surtout durant les longues marches d'été et les rudes étapes des manœuvres. Ils frappent le plus souvent les fantassins, *ces malheureux portefaix qui traînent sous le soleil leur lourde charge de guerre.*

Dans la zone tempérée la chaleur est rarement assez forte pour provoquer seule ces accidents thermiques. La fatigue est ici la cause prédisposante et la chaleur la cause déterminante.

Cette asphyxie par hyperthermie est donc une résultante faite de fatigue, d'acide lactique, d'acide carbonique en excès, de toxines organiques, de chaleur non rayonnée.

En résumé, le coup de chaleur est un véritable empoisonnement sanguin avec stase circulatoire dans les méninges et les poumons. Aussi, dans ces cas de cyanose marquée, de petitesse du pouls, d'œdème pulmonaire envahissant, en un mot chez ces hommes *ivres de sang*, le médecin-major Bonnette conseille *la saignée suivie d'injections de sérum artificiel.* En Algérie, dans 3 cas désespérés, ce traitement lui a paru être un moyen héroïque.

En cas de céphalalgie persistante, les ponctions lombaires ont été pratiquées et conseillées par M. Dopter.

Enfin le docteur Bonnette se montre un partisan convaincu de l'utilité du sucre, aliment dynamogène, dans tous les cas de défaillance organique, à la fin des rudes étapes, quand une troupe donne des signes évidents de fatigue.

En un mot, dit-il, *le sucre est un préventif simple et commode des accidents thermiques.*

L. GAYARD.

(1) Un atlas contenant 60 pl. en coul., relié toile. Prix : 50 shillings. — Longmans, Green and Cº, Londres, New-York et Bombay, 1905.

(2) In-8º. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Maloine.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

LES CONTRE-INDICATIONS DU FER

Tous les praticiens savent que le fer est contre-indiqué chez les tuberculeux, les dyspeptiques et les eczémateux. Comment alors assurer la réparation globulaire chez ces malades qui sont le plus souvent en état d'hypoglobulie notable?

L'hémoglobine vraie (qu'il ne faut pas confondre avec le sang desséché qu'on décore de ce nom dans le commerce) rend ici des services qu'ont pu apprécier déjà nombre de médecins, traitant soit les affections générales, soit les maladies de la peau.

L'hémoglobine constitue un traitement à la fois ferrugineux et zomothérapique, exempt des complications qu'entraîne l'usage de la viande crue et de ses jus (tænia, ptomaïnes).

Cette substance ne demande aucun effort aux organes digestifs, pour la raison qu'elle constitue un fer déjà vitalisé. (Expériences dans les hôpitaux de Paris, hémoglobine Deschiens.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'œuf humain et les premiers stades de son développement, par J. POTOCKI, professeur agrégé à la Faculté de Paris, accoucheur des hôpitaux, et A. BRANCA, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Préface du professeur A. PINARD. 1 vol. in-8º gr. jésus de 196 p., avec 100 fig. dans le texte et 7 pl. en coul. — Prix : 10 francs. — Paris, G. Steinheil.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

HÉMIPLÉGIES [1]

Les autres signes donnés par les auteurs comme caractéristiques de l'hémiplégie hystérique : α. antécédents de nervosisme; β. hémianesthésie sensitivo-sensorielle; γ. intégrité habituelle de la face; δ. démarche spéciale (le malade traîne la pointe du pied contre le sol en marchant; il marche en *draguant*) ont beaucoup moins de valeur.

B. **L'hémiplégie est organique.** — 1. QUEL EST SON SIÈGE? L'HÉMIPLÉGIE PAR LÉSION ENCÉPHALIQUE α. est souvent précédée d'ictus; β. n'atteint que légèrement le facial supérieur; γ. s'accompagne de déviation conjuguée de la tête et des yeux; δ. est habituellement suivie de contracture.

Peut-on localiser de façon encore plus précise le siège de l'hémiplégie? — a. *Hémiplégie corticale.* — D'habitude les troubles paralytiques y sont incomplets (monoplégies), les troubles sensitifs légers; fréquemment, elles s'annoncent par des convulsions ou des contractures et s'accompagnent d'aphasie ou de troubles intellectuels.

b. *Hémiplégie capsulaire.* — Jadis, acceptant le schéma de Charcot, on pensait que suivant que le bras postérieur de la capsule interne était lésé : α. dans son tiers antérieur; β, dans son tiers moyen; γ. dans son tiers postérieur (*carrefour sensitif*); on observait : α. une hémiplégie pure; β. de l'hémichorée et de l'hémi-athétose; γ. une hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle. On admet aujourd'hui α. que la lésion qui produit l'hémi-athétose et l'hémichorée peut siéger sur n'importe quelle partie du trajet du faisceau pyramidal; β. que les fibres motrices, occupant toute l'étendue du bras postérieur, et étant en intime corrélation les unes avec les autres, « une lésion quelconque, si petite soit-elle, intéressant le bras postérieur, amène toujours en clinique le syndrome hémiplégie et que jamais, à une lésion capsulaire *limitée*, ne correspond une paralysie *limitée* à un membre [Marie et Guillain (2)]; γ. l'hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle est toujours de nature hystérique (v. Monakow, Déjerine), et, ce qu'on observe habituellement, c'est une hémi-anesthésie surtout marquée aux extrémités et constituée par « la perte du toucher actif (sens stéréognostique), l'akinesthésie (perte du sens musculaire), le défaut de localisation des sensations cutanées, l'hypo-esthésie tactile, et, accessoirement, l'hypo-algésie et la thermo-dysesthésie » [Verger (3)]. Cette hémi-anesthésie est due, non à une lésion du carrefour sensitif [qui peut être détruit sans qu il s'ensuive une hémi-anesthésie persistante (Marie et Guillain)], mais à une lésion thalamique (Déjerine et Long). Symptômes d'ordre négatif: il n'y a ni troubles intellectuels, ni convulsions à moins qu'il n'y ait inondation ventriculaire.

c. *Hémiplégie pédonculaire.* — L'hémiplégie y est alterne : paralysie périphérique de la troisième paire d'un côté, paralysie centrale des membres du côté opposé (*syndrome de Weber*). Lorsqu'à l'hémiplégie s'associe l'hémi-tremblement, c'est le *syndrome de Benédikt.* Les troubles sensitifs sont généralement absents.

d. *Hémiplégie protubérantielle.* — Une lésion de la *partie supérieure* de la protubérance (avant la décussation du faisceau géniculé) donnera naissance à une *hémiplégie croisée* (c'est-à-dire siégeant du côté opposé à la lésion) de la face et des membres; une lésion de la *partie inférieure* (après décussation), à une *hémiplégie alterne :* paralysie périphérique des septième (et sixième) paires; hémiplégie centrale des membres du côté opposé (*syndrome de Millard-Gubler*). Si la lésion est étendue, il peut exister de la dysarthrie (atteinte du noyau du XII) et de l'hémi-anesthésie des membres (atteinte du ruban de Reil) ou de la face (atteinte de la cinquième paire).

Parfois le nerf qui fait la paralysie alterne avec les membres est un *hémioculo-moteur dextro ou lévogyre*, c'est-à-dire le nerf qui agit à la fois sur le droit externe d'un côté et le droit interne de l'autre, pour porter le regard à droite ou à gauche (Grasset) : c'est alors le *type Foville*, dont il existe deux variétés, l'une correspondante au syndrome de Weber, l'autre au syndrome de Millard-Gubler (v. Grasset. Loc. cit., p. 393).

e. *Hémiplégie bulbaire :* paralysie périphérique de la douzième paire du côté de la lésion, hémiplégie centrale des membres du côté opposé.

f. *Hémiplégie spinale :* respecte la face, s'accompagne de troubles sensitifs croisés par rapport aux troubles moteurs.

g. *Hémiplégie névritique :* très rare, s'accompagne de douleurs à la pression des masses musculaires et des nerfs, d'abolition des réflexes, d'amyotrophie, des modifications des réactions électriques.

2. QUELLE EST SA CAUSE? Distinguer schématiquement plusieurs cas.

§ I. **Hémiplégies dans les maladies nerveuses.** — 1. MÉNINGÉES. — a. *Méningite tuberculeuse.*— L'hémiplégie, surtout fréquente chez l'adulte, peut constituer le premier symptôme de la maladie (Jaccoud, Chantemesse); d'habitude, elle est tardive et représente la forme typique de paralysie dans la méningite tuberculeuse (Rendu). Souvent précédée de convulsions, elle respecte la face, et se montre parfois passagère et variable. Elle a été attribuée : α. à une plaque de méningite (Chantemesse); β. à une encéphalite (Hayem); γ. à des troubles vasculaires de l'écorce, thrombose et ramollissement, hémorragies capillaires; δ. à un tubercule cérébral; ε. les hémiplégies variables seraient dues à l'épuisement cérébral ou à l'hystérie; b. *Ménigite cérébro-spinale;* c. *Hémorragies méningées* (v. Classiques); d. *Tumeurs méningées* (v. plus loin).

2. CÉRÉBRALES. — a. *Tumeurs cérébrales*, pouvant siéger : α. sur l'écorce (tumeurs cérébro-méningées); alors fréquemment précédées d'épilepsie bravais-jacksonienne); ou β. dans le centre ovale, les pédoncules, la protubérance, le bulbe; reconnaissables à leurs symptômes habituels : céphalée, vomissements, névrite optique, etc. (v. *Gaz. des hôpit.*, 1903, p. 713 et 744); b. *Ramollissement cérébral :* survient chez des personnes jeunes atteintes d'une affection mitrale (embolie de la sylvienne), ou chez des malades plus âgés, atteints de thrombo-artérite des artères cérébrales (syphilis, artério-sclérose); l'hémiplégie y est précédée, dans le second cas, de troubles divers : moteurs, sensoriels, psychiques, qui traduisent tous l'insuffisance de l'irrigation cérébrale; elle y est variable (v. Classiques); c. *Hémorragie cérébrale*, ordinairement d'origine capsulaire (rupture d'une artère lenticulo-striée), l'hémiplégie y débute brusquement; son évolution ultérieure est variable; plus rarement, l'hémorragie peut être d'origine corticale, pédonculaire, protubérantielle, bulbaire; d. *abcès, kystes, anévrismes*, etc.; e. *traumatismes*, etc.

3. MÉDULLAIRES. — L'hémiplégie peut y être due, α. à un *traumatisme*; β. à une *compression* (mal de Pott, tumeurs); γ. à une *poliomyélite antérieure* (Déjerine et Huet); δ. à une *myélomalacie*; ε. à une *hématomyélie* unilatérales.

4. NÉVRITIQUES : surtout toxiques (oxyde de carbone).

5. HÉMIPLÉGIE BILATÉRALE : frappe inégalement les deux côtés; due à l'atteinte simultanée des deux faisceaux pyramidaux, elle constitue un des éléments des *paralysies pseudo-bulbaires*, que caractérisent encore la démarche à petits pas, le rire et le pleurer spasmodiques.

6. AFFECTIONS NERVEUSES ORGANIQUES DIVERSES. — a. *Tabes.* L'hémiplégie tabétique peut être : ou fugace, transitoire, guérissant rapidement et spontanément, mais récidivant fréquemment; ou permanente, durable, pouvant même s'accompagner de phénomènes spasmodiques. Celle-ci est due à des lésions banales (hémorragie, ramollissement); celle-là à l'hystérie ou à des troubles de la circulation cérébrale (Hanot et Joffroy). b. *Sclérose en plaques*, l'hémiplégie y est brusque, accompagnée de fièvre au début, souvent transitoire, mais sujette aux récidives. Elle serait due α. à l'hystérie; β. à des troubles circulatoires; γ. à une plaque de sclérose développée sur le trajet ou au voisinage du faisceau pyramidal.

7. NÉVROSES. — En plus de l'*hémiplégie hystérique*, de l'*hémiplégie choréique*, rare, et de l'*hémiplégie post-épileptoïde*, il faut signaler les *associations organo-psychiques de l'hémiplégie.* Souvent, un hémiplégique organique banal devient hystérique : il ne marche plus parce qu'il est devenu phobique (Charcot, Grasset). *(A suivre.)*

(1) Suite. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 40 et 43.
(2) MARIE et GUILLAIN. *Semaine méd.*, 1902, n° 26, p. 211.
(3) VERGER. *Arch. gén. de méd.*, 1900, t. II.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 47. — SAMEDI 22 AVRIL 1905. 78e ANNÉE. SAMEDI 22 AVRIL 1905. — N° 47.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Pâques, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
La maladie de Barlow (fin), par M. B. Weill-Hallé.

TRAVAUX ORIGINAUX
Rupture spontanée intra-péritonéale de la vessie chez un aliéné. État de shock. Mort en six heures, par M. Roger Dupouy.

MÉDECINE PRATIQUE
Recherche du sucre dans l'urine, sans réactif : procédé de la caramélisation du sucre sur la paroi du tube.

ANALYSES
Médecine : Contribution à l'étude du foie digestif ; — Rôle du foie dans les vomissements périodiques de l'enfance ; — Etude critique sur le tabes infantile juvénile ; — *Chirurgie :* Interventions sanglantes pour corriger la difformité et rétablir la fonction dans les fractures de Colles vicieusement consolidées.

FORMULAIRE
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — Un concours s'ouvrira le 13 novembre 1905 devant l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Paris pour l'emploi de suppléant de la chaire de physique à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

GUERRE. — M. Batut, médecin-major de deuxième classe au 10e escadron du train des équipages militaires, est désigné pour le 108e d'infanterie par permutation avec M. Colomb, médecin-major de deuxième classe.

MARINE. — Sont promus :

Au grade de médecin principal. — M. le docteur Leguin.

Au grade de médecin de première classe. — M. le docteur Béraud.

— Sur la proposition du ministre de la Marine, sont nommés membres titulaires du comité consultatif des pêches maritimes :

M. Henneguy, professeur au Collège de France ;

M. Joubin, professeur au Muséum d'histoire naturelle ;

M. Mesnil, agrégé des sciences naturelles, docteur ès sciences, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur.

— *Le prix de médecine navale* pour l'année 1905, a été décerné à M. le médecin principal Valence, pour son rapport d'inspection générale sur le croiseur cuirassé *Marseillaise.*

D'autre part, des témoignages officiels de satisfaction ont été accordés, à cette occasion, à :

MM. le médecin de deuxième classe Cazomian ; le médecin de première classe Cassien ; le médecin principal Gorron ; le médecin de première classe Lucas ; le médecin en chef de deuxième classe Ludger ; le médecin de deuxième classe Rideau ; le médecin en chef de deuxième classe Duval.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS-INSPECTEURS DES ÉCOLES DE LA VILLE DE PARIS. — Dans sa *séance du 13 avril 1905*, la Société, après une longue discussion à laquelle ont pris part MM. Méry et Granjux, membres honoraires ; Clauzel-Vialard, Salmon, de Pradel, Gourichon, Butte, a adopté, avec quelques modifications, le projet de réorganisation de l'inspection médicale des écoles qui lui a été communiqué par M. le docteur Cornet, rapporteur.

Ce projet comporte une visite d'entrée avec fiche sanitaire individuelle, des visites d'inspection bimensuelles, la nomination des médecins-inspecteurs au concours, la suppression de la réinvestiture, l'enseignement de l'hygiène dans les écoles primaires pour le médecin-inspecteur, etc.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Commenge, médecin en chef honoraire du dispensaire de la salubrité, à la préfecture de police, officier de la Légion d'honneur, décédé, 5, cité Vaneau. Ses obsèques auront lieu lundi prochain, à midi, à Saint-François-Xavier.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Hygiène de la grossesse et puériculture intra-utérine, par le docteur L. Bouchacourt, chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris, lauréat de l'Académie de médecine (prix Jacquemin, 1904), avec une préface de P. Budin, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. 2e édit. 1 vol. in-18 jésus de 520 p. avec 7 pl., hors texte. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE.

Vacances de Pâques. — Billets d'aller et retour de 1re et de 2e classe, à prix réduits, de Paris pour Cannes, Nice et Menton, délivrés jusqu'au 27 avril 1905.

Les billets sont valables 20 jours et la validité peut être prolongée une ou deux fois de 10 jours moyennant 10 o/o du prix du billet. Ils donnent droit à deux arrêts en cours de route, tant à l'aller qu'au retour.

De Paris à Nice, viâ Dijon, Lyon, Marseille : 1re classe, 182 fr. 60 ; 2e classe, 131 fr. 50.

REVUE GÉNÉRALE

LA MALADIE DE BARLOW [1]

Par le docteur B. WEILL-HALLÉ,
Ancien interne des hôpitaux.

V

Etiologie. — La maladie de Barlow est relativement fréquente aux États-Unis et en Angleterre, elle n'est pas très rare dans l'Allemagne du Nord, dans les pays scandinaves. Elle est exceptionnelle en Suisse et dans la Basse-Allemagne. En France les observations peuvent encore se compter, et pourtant ici, comme en Allemagne, en Angleterre et en Amérique on s'accorde à constater un accroissement du nombre des cas. Heubner, à Leipzig, en a relevé 7 cas de 1876 à 1893. A Berlin, de 1894 à 1900, il en a observé de 2 à 5 cas par an; en 1901, ce chiffre monte à 15, et, dans les six premiers mois de 1902, à 20. Cette progression remarquable, signalée aussi à des degrés différents par Hutinel, Ausset, Davidson, répond évidemment à des conditions étiologiques spéciales que nous aurons à envisager et qui ont trait aux transformations d'origine médicale ou commerciale qu'a subies la diététique infantile durant les dernières années.

L'âge des enfants oscille de cinq à dix-huit mois, mais la plus grande fréquence coïncide avec la fin du premier semestre et le début du second et cela s'explique sans doute par l'exclusivisme de l'alimentation encore réduite au lait ou aux préparations lactées pendant cette période. La plupart des cas de maladie de Barlow se rapportent à des enfants de famille aisée et l'on pourrait dire de cette affection qu'elle est presque inconnue à l'hôpital. La statistique américaine donne 83 p. 100 des cas appartenant à la clientèle de ville. Le fait, universellement confirmé depuis, avait déjà été énoncé par Cheadle, il y a vingt-cinq ans.

L'état de l'enfant avant l'éclosion de la maladie semble indifférent et, bien souvent, le scorbut infantile apparaît sans aucun trouble antérieur et au cours d'une santé florissante.

Rôle de l'alimentation. — Le point capital de cette étude d'une étiologie encore obscure, a trait aux conditions d'alimentation du nourrisson depuis le début de la vie et jusqu'à l'invasion de la maladie. Quelques conclusions semblent évidentes et rallient tous les auteurs, c'est d'abord l'extrême rareté de la maladie de Barlow chez les enfants nourris au sein. Certains auteurs contestent même la réalité de cas de ce genre. L'enquête collective de la Société américaine de pédiatrie a porté, en 1898, sur 379 cas; le mode d'alimentation a pu en être précisé dans 356 cas. Sur ce nombre, 10 enfants, soit 2,8 p. 100, étaient nourris au sein. Ce dernier chiffre, si restreint soit-il, mériterait encore d'être discuté sans doute. Et peut-être y trouverait-on des cas analogues à celui de Beadles qui a observé la maladie de Barlow chez un enfant nourri au sein, mais sevré à dix mois et qui n'a été atteint qu'un an plus tard, après une longue période où sa nourriture a consisté en aliments prédigérés. En Allemagne et en France, à part un cas d'Ausset, nous n'avons pas connaissance d'observations concernant des enfants nourris au sein.

Quant à l'allaitement artificiel il y a lieu de le diviser en trois catégories : lait stérilisé non modifié, lait modifié et spécialités alimentaires. Et disons de suite que les deux derniers groupes comptent à leur actif la majorité des cas de maladie de Barlow. Lecornu qui passe en revue les 59 cas français publiés jusqu'en 1904, nous donne les indications suivantes : on a incriminé 12 fois les laits maternisés, 6 fois les laits fixés, 4 fois les laits oxygénés, 6 fois les laits stérilisés industriellement, 8 fois les laits stérilisés de façon indéterminée auxquels on adjoignait des farines de conserve, 6 fois les laits soxhlétisés, 2 fois les laits bouillis, 2 fois les mixtures alimentaires industrielles. Dans les 8 autres cas, l'alimentation était complexe, sauf un cas où l'enfant était au sein.

Barlow incrimine également en premier lieu les aliments conservés et, notamment, les spécialités alimentaires, puis les différents laits concentrés et les spécialités à base de lait concentré, enfin le lait frais additionné ou non de spécialités alimentaires, mais très dilué.

Des pédiâtres éminents Heubner, von Starck et surtout Neumann, en Allemagne, M. Netter, Guinon, Thiercelin en France attribuent un rôle important au lait stérilisé ou plutôt surstérilisé soit par des températures très élevées, soit par des ébullitions successives.

M. Variot s'est élevé contre cette opinion ; il se base notamment sur son expérience qui a porté au dispensaire de Belleville sur plus de 3 000 enfants élevés au lait stérilisé, sans le moindre cas de maladie de Barlow. La fréquence extrême de ce mode d'alimentation en France, à opposer à la rareté vraiment remarquable des cas de maladie de Barlow correspondants, est un argument suffisant pour démontrer l'innocuité, à peu près générale, du lait sterilisé. Et cet argument prend plus de force encore si l'on songe que les laits maternisés et les préparations industrielles offrent au contraire un pourcentage de scorbut infantile infiniment plus élevé. D'ailleurs, comme le font remarquer Marfan et Variot, la rareté absolue de cette affection contraste trop avec la fréquence et la gravité des gastro-entérites observées avant l'usage du lait stérilisé pour qu'on puisse hésiter à en prescrire l'usage, surtout dans les grandes villes. On pourrait toutefois accorder la préférence au lait simplement pasteurisé.

De tous les modes d'alimentation, le plus suspect, à coup sûr, est celui des préparations industrielles (proprietary food, notamment Mellinis food, Allenbury's Milkfood, Nestlé). L'enquête américaine lui attribue 60 p. 100 des cas. Et le fait nous explique bien la fréquence relative et croissante de la maladie, surtout en Amérique, où ces préparations sont plus répandues que partout ailleurs (1).

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 44, p. 519.

(1) Il y a lieu d'insister ici sur la distinction à faire entre les proprietary food, aliments prédigérés, et les modified milk ou laits

Ce sont les laits maternisés, modifiés par centrifugation et coupage, et les laits fixés, dans lesquels la molécule butyreuse semble profondément transformée, qui paraissent revendiquer la seconde place dans cette étiologie. Il s'agit encore là de laits qui ont subi des traitements prolongés et des modifications importantes. Le lait oxygéné, encore peu répandu, compte également à son actif plusieurs cas de maladie de Barlow.

Pour apprécier rigoureusement la valeur de ces différents facteurs étiologiques, il faudrait établir à côté du bilan de morbidité le bilan de consommation, et la difficulté de pareilles recherches rend compte des divergences d'opinion sur le rôle pathogène de chaque mode d'alimentation.

Il n'en reste pas moins bien établi que les préparations industrielles substituées au lait, et les laits modifiés sont, à l'encontre du lait simplement stérilisé, le plus souvent mis en cause.

VI

Pathogénie. — Les hypothèses sont nombreuses qui ont voulu éclairer la pathogénie de la maladie de Barlow. On peut les grouper en deux classes principales : la maladie serait due à l'absence dans l'alimentation de certaines substances nécessaires ou, au contraire, elle serait provoquée par des principes toxiques développés accidentellement dans le lait ou les farines incriminées.

1° Hypothèse de substances déficientes.

S'agit-il ici simplement de l'absence d'aliment frais? Comment ne pas s'étonner alors de la rareté de la maladie, quand l'usage du lait stérilisé à haute température est si répandu? Et pourquoi le lait maternisé serait-il à cet égard, plus nocif que le lait stérilisé? Tous deux sont au même titre, dépourvus de ferments, de substances vivantes. Bien plus, on a vu des enfants, à qui l'usage d'aliments frais, adjoints à la nourriture antérieure, n'a pas suffi pour les guérir de la maladie de Barlow dont ils étaient atteints.

On a pensé que la substance qui, par son absence, provoque la maladie pourrait être de nature saline. La chaleur ou certaines manœuvres auraient pour effet, soit de transformer soit de précipiter certains sels nécessaires et le lait en serait plus ou moins complètement privé. Netter, se basant sur l'efficacité thérapeutique du jus de citron, a recherché si l'altération des citrates du lait ne jouait pas le rôle pathogénique essentiel. Il s'est basé sur les données chimiques de Corbett qui a trouvé 1 gramme environ d'acide citrique par litre de lait de vache frais. Cet acide citrique se trouve dans le lait frais à l'état de sel neutre amorphe de chaux, plus soluble à froid. La chaleur le transformerait en citrate cristallisé beaucoup moins soluble et le lait, après stérilisation, ne contiendrait plus guère que la moitié ou le tiers de la dose initiale. Le lait, simplement pasteurisé, et rapidement refroidi subirait une perte moins importante. Cette argumentation, fort ingénieuse, est passible de quelques objections; notamment la rareté incontestable de la maladie de Barlow, malgré l'usage si fréquent du lait stérilisé industriellement et à hautes températures; d'autre part, la faible richesse en citrates du lait de femme, qui n'est pour ainsi dire, jamais scorbutigène, enfin la notion de succès thérapeutiques obtenus chez certains enfants, sans jus de fruit et sans lait frais par le simple usage de lait stérilisé. Hutchison, qui a traité et guéri des enfants en leur administrant du jus de fruit stérilisé, en avait conclu à la nature inorganique du principe antiscorbutique. Poussant plus loin l'investigation, il reconnut l'efficacité exclusive des substances cristallisables de ce jus de fruit, par opposition avec les colloïdes.

Enfin, il tenta d'obtenir les mêmes succès par l'administration de mixtures artificielles des sels végétaux trouvés dans le jus de fruits (tartrate de potasse, citrate de potasse, malate de potasse), qui, même à doses élevées, n'ont pas donné des résultats aussi favorables que le jus de fruit naturel. J. Thomson, cité par Hutchison, a vu un cas de scorbut, tenu en échec aussi longtemps que dura l'absorption de citrate de potassium, prescrit pour un tout autre motif.

Grelley, qui a repris dans sa thèse l'opinion de Netter a voulu faire jouer un rôle à la diminution des phosphates, précipités partiellement sous l'influence de la chaleur. Cette diminution doit être trop peu importante, puisque certains chimistes, notamment Duclaux, la contestent, pour avoir une influence réelle dans cette pathogénie. En outre, le traitement phosphaté, essayé par Moizard, n'a été d'aucun secours, ce qui pourrait s'expliquer, à vrai dire, par la constitution différente des phosphates ingérés.

Enfin, comme le fait remarquer Lecornu, le pouvoir scorbutigène des laits fixés ou des laits oxygénés ne saurait dépendre de l'une ou de l'autre de ces altérations.

2° Hypothèse d'une substance toxique, scorbutigène développée dans les aliments.

Y aurait-il dans le lait ou les aliments conservés, des toxines microbiennes, ou des ptomaïnes qui détermineraient le scorbut?

On connaît trop la puissance des poisons organiques et microbiens, pour ne pas admettre la possibilité d'une intoxication de ce genre.

Vaughan Harley, en ce qui concerne les ptomaïnes, a pu faire sur le singe des expériences assez démonstratives pour le scorbut de l'adulte. Cette hypothèse est assez séduisante, car elle permettrait d'englober la plupart des cas. On comprendrait en effet que des laits, longuement manipulés, que des substances alimentaires de conserve soient le foyer de fermentations variables qui donnent naissance à des substances solubles toxiques. En faveur de cette hypothèse, nous rappellerons de multiples faits rapportés par Cheadle, Coleman, de maladie de Barlow, persistant malgré l'ingestion de substances antiscorbutiques, quand l'usage des aliments prédigérés,

---

modifiés. Ces derniers seraient, d'après Crozer Griffith, injustement incriminés et les milk laboratories qui les préparent, ne sont que des laboratoires où l'on pratique un coupage judicieux, avec addition, suivant l'âge de l'enfant, et suivant les prescriptions, d'eau sucrée, eau de chaux, plus soigneusement qu'on ne pourrait le faire à domicile.

cause du scorbut, n'était pas suspendu. Mais là encore les objections se présentent nombreuses et troublantes.

En admettant la présence accidentelle d'une substance toxique dans un lait, pourquoi ce lait conserverait-il toujours son même pouvoir scorbutique chez un enfant déterminé, et chez celui-là seul. Et comment s'expliquer, vis-à-vis d'une intoxication prolongée, l'influence thérapeutique si puissante du changement de lait et de quelques grammes de jus de citron, dont la rapidité d'action semble, toutes proportions gardées, assez comparable à celle de la thyroïdine dans le myxœdème. Peut-être enfin, le développement de l'affection est-il subordonné à la coïncidence de facteurs différents, dont la prédominance respective justifierait des résultats thérapeutiques en apparence contradictoires.

Nature de la maladie de Barlow. — La maladie de Barlow doit-elle être rattachée, comme le pense Ausset, au rachitisme, dont elle ne serait que la forme aiguë?

Il semble, dès à présent, bien difficile d'admettre cette opinion. Certes il n'est pas rare d'observer le scorbut infantile chez des rachitiques. Le fait doit d'autant moins surprendre, que cette affection n'atteint que les enfants soumis à une alimentation artificielle, et la coexistence d'un rachitisme léger, si banal dans ces conditions, ne serait pas un argument péremptoire. Mais, bien plus, ces signes de rachitisme sont loin d'être constants, et certains nourrissons observés, avant, pendant et après l'atteinte de scorbut étaient, et sont restés parfaitement indemnes de rachitisme. De plus, la maladie de Barlow se développe très souvent chez des enfants sains, bien portants en apparence et qui n'ont jamais présenté de troubles digestifs. Si l'on se réfère aux constatations anatomiques, on voit noter par certains auteurs, Nægeli et Schmorl surtout, l'absence complète d'altérations rachitiques des os. Et, comme le fait remarquer Barlow, les troubles profonds de nutrition qui déterminent la maladie de Barlow, auraient dû provoquer, s'ils étaient de nature rachitique, un rachitisme très manifeste. En outre, les lésions osseuses du rachitisme ne déterminent à aucun degré ces raptus hémorragiques si caractéristiques de la maladie de Barlow. A cet égard, il nous paraît intéressant d'indiquer l'opinion de Heubner, basée sur les recherches de Ziegler. Le savant anatomo-pathologiste distingue dans la moelle osseuse deux sortes de tissus de valeur différente : la moelle lymphoïde proprement dite et l'endoste ou périoste interne qui produit les ostéoblastes et les ostéoclastes. Dans la maladie de Barlow, la lésion essentielle serait l'atrophie de la moelle lymphoïde qui entraînerait l'anémie et l'hémorragie. Le rachitisme, au contraire, serait lié aux altérations de l'endoste entraînant la surproduction de tissu ostéoïde qui n'aurait point la faculté de se calcifier. Cette hypothèse fort intéressante mérite de nouvelles recherches.

Si la maladie de Barlow n'est point un rachitisme aigu, doit-on plutôt la considérer comme un véritable scorbut?

Les analogies sont frappantes : maladie provoquée par l'ingestion d'aliments de conserve, ou en tout cas par défaut d'aliments frais, aspect clinique général, régression des accidents par simple changement de régime. Dans le scorbut de l'adulte on a pu signaler les mêmes lésions microscopiques des squelettes, les mêmes épanchements hémorragiques sous-périostés. Les lésions gingivales sont communes aux deux affections, avec quelques restrictions toutefois. Chez le nourrisson, en effet, elles ne peuvent se rencontrer qu'après l'éruption dentaire. Mais, de plus, elles ne parviennent jamais jusqu'à la nécrose. Enfin Kuhn, qui a observé une épidémie de scorbut maritime ayant atteint des adultes et des enfants, n'a constaté chez ceux-ci ni hémorragies gingivales, ni lésions osseuses telles que les montre la maladie de Barlow. Il y a là en somme quelques différences, dont il faut sans doute chercher l'explication dans les conditions étiologiques secondaires. En particulier, la rareté et la sévérité des lésions osseuses dans le scorbut de l'adulte tiennent vraisemblablement à la condition physiologique des os différents suivant l'âge (von Stoos). Au reste, cette affection est devenue si rare de nos jours qu'une étude comparative manque de la précision désirable.

VII

Traitement. — De tous les éléments de cette question, la notion thérapeutique, la plus importante en pratique, est aussi la plus satisfaisante. Elle peut se résumer en peu de mots. Suppression de l'alimentation antérieure, quelle qu'elle soit; substitution d'une alimentation bien réglée, avec adjonction de jus d'oranges, de purée de pommes de terre, ou de crème fraîche, c'est là tout le secret de la guérison.

A un enfant nourri au lait maternisé, on donnera du lait bouilli, ou mieux pasteurisé; à leur défaut du lait stérilisé non modifié; on y ajoutera une cuillerée à bouche de jus de fruit frais, orange ou raisin, réparti dans la journée et dilué dans l'eau sucrée. Si l'enfant a huit à neuf mois, on mêlera au lait un peu de pommes de terre en purée; dans des conditions favorables, on pourra donner de la crème fraîche à la dose de quelques cuillerées par jour, ou même transitoirement nourrir l'enfant intégralement au lait frais. Le jus de viande fraîche, le bouillon de légumes, seront aussi parfois très favorables.

Le plus souvent l'enfant se montre très friand de ce régime nouveau, qui est fort bien supporté, et semble satisfaire, selon le mot de Barlow, un « besoin scorbutique ». Souvent, au contraire, la guérison une fois obtenue, ce régime n'est plus aussi bien toléré et l'enfant semble indiquer lui-même la nécessité de le suspendre.

Le traitement local se réduit à peu de choses. On doit se borner à laisser l'enfant au repos, et couché par crainte des syncopes possibles; on immobilisera les membres atteints pour éviter les fractures. L'exposition à l'air et au soleil serait d'un grand secours contre l'anémie parfois si prononcée.

Contre les lésions des gencives, on utilisera seulement le jus de citron dilué ou d'orange.

Faut-il parler d'un traitement prophylactique? Tout

au plus pourrait-on proscrire énergiquement l'usage exclusif des spécialités alimentaires, et déconseiller celui des laits modifiés incriminés, conseiller au contraire le lait pasteurisé ou simplement bouilli.

Peut-être se trouvera-t-on bien encore, comme l'indique Barlow, de surveiller vers le huitième ou neuvième mois, date habituelle de l'apparition du scorbut, l'enfant nourri au lait stérilisé, et de ne point trop tarder à lui accorder quelque antiscorbutique, jus de légumes frais, purée de pommes de terre, ou même un peu de jus d'orange.

Ces précautions s'imposeront d'autant plus qu'on aura constaté chez le nourrisson des symptômes croissants de rachitisme et d'anémie.

BIBLIOGRAPHIE (1)

APERT. Deux cas de maladie de Barlow chez des enfants nourris avec un lait modifié, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1903, p. 39. — ASHBY. Un cas de scorbut chez un enfant nourri avec du lait humanisé stérilisé, *Brit. med. Journ.*, 27 fév. 1903. — D'ASTROS. A propos d'un cas de scorbut infantile, *Marseille méd.*, 15 août 1904. — AUSSET. La maladie de Barlow, *Écho méd. du Nord*, 15 et 22 mai 1904. — AVIRAGNET. Scorbut infantile. Suppuration des hématomes. Ostéomyélite consécutive du fémur et des côtes. Guérison, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1903, p. 39. — BAGINSKY. Préparation anatomique d'un cas de maladie de Barlow, *Berl. klin. Woch.*, 12 avril 1897. — BEADLES. Case of infant. scurvy, *Brit. med. Journ.*, 11 avril 1903. — BOLLE (C.). Zur Therapie der B. Krank., *Zeits. f. diätet. und phys. Therap.*, VI, 1902. — G. CARPENTER. Scorbut développé chez un rachitique de cinq ans et demi, *The Lancet*, 3 mai 1902. — CASSEL. Soc. méd. de Berlin, 17 juin 1902. — CHEADLE. *Allbutt's System of Medicine*, 1898. — COLEMAN. Infantile scurvy, *The Lancet*, 15 août 1903. — CAUTLEY. Scorbut infantile, *The Lancet*, 20 juillet 1901; — Harveyan Soc. of London, 19 déc. 1901. — CHEVREY. Scurvy in infants, *Med. News*, 4 juin 1904. — COMBY. Nouveaux cas de scorbut infantile, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1903, p. 39, et Cong. de Rouen, 1904. — CORBETTE. An explanation of the cause of infantile scurvy with suggestions to its prevention, *Brit. med. Journ.*, 1er sept. 1900. — J. C. CROZER-GRIFFITH. *Revue mens. des mal. de l'enf.*, juillet 1903. — DAVIDSON. *Liverpool med. Institution*, fév. 1903; — Remarques sur un cas insolite de scorbut, *New York med. Journ.*, 9 janv. 1904. — DUKES. Infantile scurvy and rickets, *The Lancet*, 1902, I, 1358. — FREUDENBERG. Ein Fall von Hämaturie bei B. Krank., *Deuts. Ærzte Zeit.*, Berlin 1902, I, 267-269. — GRELLEY. *L'alimentation artificielle des nourrissons et le scorbut infantile*, Th. de Paris, 1902-1903. — GRIFFITH. The American pediatrics Society, Collective investigation on infantile scurvy, *Arch. of Pediatrics*, 1898, — GUINON et COFFIN. Un cas de scorbut infantile, Soc. de pédiat., 21 oct. 1902. — GUINON et LE GUELLAUT. Rachitisme aigu douloureux avec lésions scorbutiques très atténuées des gencives (maladie de Barlow fruste), *Bull. de la Soc. de pédiat.*, 1900, f. II. — HAGENBACH-BURKHARDT. La maladie de Barlow en Suisse, *Corresp. Blatt. f. Schw. Ærzte*, 1904, n° 24. — HAMBURG. Soc. méd. de Berlin, janv. 1896. — HARE. Scurvy and rickets in young children, *Med. News*, febr. 16, 1901. — HEUBNER. Ueber die scorbutartige Erkrankung rachitischer Sæuglinge (Barlowsche Krankheit.), *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1892, et Ueber die Barlowsche Krankheit., *Berl. klin. Woch.*, 1903, n° 13. — HUTINEL. Les formes frustes de la maladie de Barlow, *Presse méd.*, 19 nov. 1904. — HUTCHISON (Rob.). Some disorders of the blood and blood-forming organ in early life, *The Lancet*, 7 mai 1904. — KNŒPFELMACHER. Un cas de maladie de Barlow, *Wien. klin. Woch.*, 26, 1903. — KOPPEN. De la maladie de Barlow, *Jahrb. f. Kinderh.*, XLIV, 360. — LANGE (DE). L'hématurie comme premier et seul signe de maladie de Barlow, *Nederl. Tijdsch. v. Geneesk*, Amsterdam 1902. — P. LECORNU. *Les laits industriels, leur valeur dans l'allaitement artificiel*, Th. de Paris, 1904. — LEHNDORFF. Un cas de maladie de Barlow avec radiographie, *Arch. f. Kind.*, 1904, vol. XXXVIII. — MARFAN. Le scorbut des rachitiques, Soc. méd. des hôpit., 23 janv. 1895, et A propos du scorbut infantile, *Ann. de méd. et de chir. infant.*, n° 24, 1902. — Adolphe MEYER. *Barlow's Krankheit*, Copenhague, 1901. — Th. MORGAN ROTCH. *Med. News*, sept. 1903. — J. L. MORSE. L'hématurie en tant que premier ou unique symptôme du scorbut infantile. *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 17 déc. 1904. — NAUWERK et SCHŒDEL. *Untersuch. üb. die Barl. Krankheit*, Berlin 1900. — NETER. L'hématurie comme seul signe de la maladie de Barlow, *Deuts. med. Woch.*, 5 mai 1904. — NETTER. Un cas de scorbut infantile, Soc. méd. des hôpit., 4 nov. 1898; — Scorbut infantile, Soc. méd. des hôpit., 2 déc. 1898; — Le scorbut infantile, *Semaine méd.*, 22 fév. 1899; — Scorbut infantile et lait stérilisé, Soc. de pédiat., 21 oct. 1902. — NEUMANN. Bemerkungen zur Barlowsche Krankheit. *Deuts. med. Woch.*, 28 août, 4 sept. 1902; — *Berlin. Klin. Wochens.*, 1905, n° 1. — NICOLAÏ. Eine seltene Form von Morbus Barlowi, *Nederland. Tijdsch. voor Geneesk*, Deel II, n° 14, 1902. — PAUGAM. *La maladie de Barlow en France*, Th. de Paris, 1901. — POLLAK. Un cas de coqueluche compliqué de scorbut avec issue fatale, *Arch. f. Kind.*, 1904, XXXVIII, 3-4. — SCHLIEP. Un cas de maladie de Barlow, *Therap. Monats.*, janv. 1896. — SCHMORL. Ueber Störung der Knochenwachsthum bei Barlowscher Krankheit, *Verhandl. d. Deutsch. pathol. Gesellsch.*, München 1899, Berlin 1900, 258-259. — E. SIMON. *Le scorbut infantile*, Th. de Paris, 1902. — VON STARCK. Ueber die Stellung der sog. Mœller Barlowsche Krankheit nebst Bemerk. üb. Kindermilch, *Münch. med. Woch.*, 4 juin 1901; — U. Scorbutus infantum, *Verhandl. der Gesellsch. deuts. Naturforcher*, Hamburg 1901. — STILL. Néphrite dans le scorbut infantile, *Lancet*, 13 août 1904. — VON STOOS. *Correspondenzbl. f. Schw. Aertze*, 1er sept. 1902; — Barlowsche Krankheit, *Correspondenzbl. f. Schw. Aerzte*, 1903, 15 et 16. — S. TAYLOR. A case of scurvy-rickets, *Polyclin.*, Londres 1902, 427-49. — THIERCELIN. Cinq observations de maladie de Barlow, *Bull. de la Soc. de pédiat.*, 21 oct. 1902. — TOUPET. *Revue internat. de méd. et de chir.*, 1900, II, 109-112. — VARIOT. Onze cas de maladie de Barlow, causée par l'usage du lait maternisé, *Tribune méd.*, 1901, 201-210; — Le scorbut infantile et la stérilisation du lait, Soc. de pédiat., 16 déc. 1902. — VARIOT et A. THOMAS. Scorbut infantile chez une petite fille de huit mois nourrie dès la naissance avec Allenburgs Milchford, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1903, p. 39. — YUNG. A case of scurvy occurring in an infant, *The Lancet*, 7 fév. 1903.

(1) Cf. Th. de Paugam, Grellay, Lecornu et la monographie de Meyer.

FORMULAIRE

CONTRE LE CORYZA

Contre le coryza on pourra utiliser la poudre fraîchement préparée avec :

Stovaïne	0g05 centigr.
Menthol pulvérisé	0g10 —
Acide borique pulvérisé	5 grammes.

ou la pommade avec :

Stovaïne pulvérisée	0g10 centigr.
Menthol pulvérisé	0g10 —
Acide borique pulvérisé	1 gramme.
Vaseline	15 grammes.

(Paul Lemaire.)

RUPTURE SPONTANÉE INTRA-PÉRITONÉALE DE LA VESSIE CHEZ UN ALIÉNÉ

ÉTAT DE SHOCK. MORT EN SIX HEURES

Par le docteur Roger DUPOUY,
Interne à l'asile Sainte-Anne.

Charles-Emile G..., trente-cinq ans, employé de commerce, entre à l'asile-clinique (bureau d'admission) le 31 janvier 1905 avec de l'excitation maniaque, symptomatique d'une folie maniaque dépressive. (G... a fait un accès de mélancolie il y a quatre ans.) Ni lui, ni sa femme que nous interrogeons sur ses antécédents n'attirent notre attention sur des troubles de l'appareil urinaire. Cependant nous sommes frappé de ce que le malade urine difficilement; il urine spontanément, quand il en sent le besoin, mais il urine lentement, et il ne vide pas entièrement son réservoir. La palpation nous révèle, en effet, une vessie en rétention incomplète. L'urètre n'admet qu'un explorateur très fin, par suite d'un rétrécissement serré, siégeant au niveau de la fosse naviculaire. Comme ce malade n'offre pas d'accidents aigus de rétention, et qu'il est dans un état d'agitation assez violente, conséquence directe de ses troubles mentaux, on se contente de surveiller ses mictions, et l'on diffère son envoi au pavillon de chirurgie pour opérer son rétrécissement.

Le 18 février, vers deux heures de l'après-midi, on nous prie de nous rendre auprès de ce malade qui vient, dit-on, de présenter une attaque apoplectiforme. Il s'était montré excité après la visite du matin, avait marmotté, comme il en avait d'ailleurs l'habitude, quelques paroles incompréhensibles; puis, il était allé aux cabinets, s'était agité davantage, et, finalement, n'avait pas satisfait ses besoins. On l'avait recouché, et il continuait à s'agiter de façon désordonnée lorsque subitement il pâlit et glissa de son lit sur le plancher.

A notre arrivée, il paraît être dans le coma. Il est étendu sur le dos, inerte et livide; il présente une insensibilité absolue; les membres soulevés retombent sur le plan du lit. Il n'a pas de mouvements convulsifs; la recherche du signe de Babinski est négative. Le pouls est lent, mais régulier. Le malade a vomi le lait qu'il avait pris à son déjeuner; son ventre est souple. Nous pensons à un ictus cérébral.

Nous le revoyons à six heures. Il n'a pas repris connaissance; il a seulement émis une suite de mots inarticulés, sans répondre aux questions qui lui étaient posées et sans indiquer par un geste le siège de sa souffrance. Le visage est resté livide et s'est couvert de sueurs; les lèvres sont cyanosées. Le pouls est précipité et filiforme, la peau visqueuse; le ventre ballonné. Il a eu, à plusieurs reprises, des vomissements bilieux, et, fait capital, il a, depuis notre premier examen, uriné deux fois du sang. On nous montre, en effet, un demi-verre à pied rempli de sang noir presque pur. Le diagnostic est fait à ce moment; il s'agit d'une rupture de la vessie. Le malade n'est malheureusement pas opérable; il meurt deux heures après notre visite, soit six heures après l'accident. La température rectale qui, le matin, était de 37°1, était à cinq heures de 38°1 et, au moment de la mort, de 39°2.

Autopsie, le 20 février. A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule environ 2 litres de liquide fortement sanglant. Les anses intestinales, et plus particulièrement celles qui occupent l'excavation pelvienne, sont, par places, recouvertes d'un enduit jaunâtre qui les agglutine légèrement et crée entre elles des fausses membranes molles et peu épaisses. Le cul-de-sac de Douglas est rempli par du liquide et du sang coagulé.

La plupart des organes sont altérés : aorte athéromateuse, foie gras et congestionné pesant 1 830 grammes, poumons présentant des adhérences pleurales au sommet droit et quelques tubercules crétifiés disséminés dans le parenchyme, reins légèrement sclérosés, se décortiquant mal et pesant respectivement 185 et 190 grammes, uretère légèrement dilaté, prostate plus volumineuse que de normal. La vessie, seule, nous intéresse ici. Elle est augmentée dans tous ses diamètres et ses parois sont hypertrophiées; la muqueuse est légèrement plissée dans le sens longitudinal. La face postérieure de l'organe présente une brèche énorme qni part du sommet, est légèrement oblique en bas et à gauche et mesure environ 5 centimètres de long. Cette brèche n'affecte pas la forme d'une simple fente; elle est largement béante et ses parois sont déchiquetées. Il y a eu un véritable éclatement de la vessie distendue par l'urine. Le péritoine qui recouvrait la face postérieure a de même éclaté et sa déchirure dépasse les limites de la vessie, en haut, se dirigeant vers le pubis, et à droite, où elle s'étend dans la fosse paravésicale, sur une longueur de plusieurs centimètres.

L'examen histologique, pratiqué par M. le docteur Dagonet, ne montre pas d'altérations structurales des fibres musculaires; celles-ci sont seulement hypertrophiées; elles n'offrent pas de lésions de dégénérescence.

Des trois ordres de causes qui, chez les aliénés, déterminent les ruptures spontanées de la vessie (1), deux seulement doivent être invoquées ici : la rétention d'urine, et les efforts et mouvements violents. Cette observation est donc à opposer à celle qui fut rapportée tout dernièrement à la Société anatomique par MM. Morel et Raymond (2). L'examen histologique que M. Dagonet avait également pratiqué révélait au contraire une dégénérescence hyaline du muscle vésical.

MÉDECINE PRATIQUE

RECHERCHE DU SUCRE DANS L'URINE, SANS RÉACTIF : PROCÉDÉ DE LA CARAMÉLISATION DU SUCRE SUR LA PAROI DU TUBE.

M. J. Sabrazès indique, dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux* (11 avril 1905), la méthode suivante :

L'urine mise dans un tube à essai est portée à une ébullition vive dans ses couches supérieures. Le tube est incliné pour que le liquide dans la partie surchauffée soit en couche mince. Sur la paroi du tube correspondant à la surface de chauffe il se produit un anneau de teinte brun sépia ou brun jaunâtre due à une caramélisation du sucre *in situ* : le tube exhale du reste, à ce moment, une odeur caractéristique. Il sera bon d'agiter constamment le tube à essai pendant le chauffage — qui se fera progressivement au-dessus d'une flamme de lampe à alcool ou de bec Bunsen modérément chauffante — pour éviter la

(1) Voir Deleuze. *Contribution à l'étude des ruptures et des perforations de la vessie (spontanées intra-péritonéales)*, Th. de Lyon, 1901.

(2) Morel et Raymond. Rupture de la vessie chez un paralytique général, Soc. anat., 2 déc. 1904.

casse. Il faut savoir aussi que le nettoyage à fond des tubes brunis par la caramélisation du sucre sur un segment de leur paroi est assez difficile; on le pratique de la façon suivante : rincer à l'HCl et à l'eau chaude; passer un écouvillon de gaze sur la paroi. Cette réaction se produit même quand l'urine ne contient que quelques grammes de sucre par litre; elle est d'autant plus nette et plus rapide que la teneur en glucose est plus grande. Les urines albumineuses, urobiliniques, sanguinolentes, riches en urates, de densité élevée, ne donnent pas cet anneau sépia; elles encrassent parfois le tube, y laissant un peu de flou, ou même un dépôt blanc grisâtre très facile à enlever. Cependant quand une urine est extrêmement sanguinolente elle laisse déposer, dans ces conditions d'examen, sur la paroi, un enduit brun en pointillé un peu grumeleux assez facile à différencier de l'enduit sépia dû à la présence de sucre caramélisé. Cette façon de rechercher le sucre, qui est personnelle à M. Sabrazès, pourra, le cas échéant, être utilisée par le praticien.

ANALYSES

MÉDECINE

Contribution à l'étude du foie digestif. (J. Jomier. Th. de Paris, 1905.) — Les intéressantes recherches de M. Jomier ont trait à l'évolution de la graisse et du glycogène dans le foie.

La *graisse* arrive au foie par la veine porte et l'artère hépatique, dans la cellule hépatique, elle se groupe autour des capillicules biliaires intralobulaires. La graisse de la bile ne provient donc pas seulement d'une élimination au niveau de l'épithélium des canaux biliaires, mais encore et surtout au niveau de la cellule hépatique qui la déverse dans les capillicules biliaires.

Les capillaires sanguins contribuent parfois pour une part importante à la rétention de la graisse dans le foie. De gros blocs graisseux, nés de la coalescence de granulations plus petites du sang, sont arrêtés mécaniquement à la périphérie du lobule.

La graisse d'ingestion apparaît dans le foie entre les septième et neuvième heures chez le lapin, entre les cinquième et septième heures chez le chien. Elle est peu considérable dans le régime du pain et des légumes ou dans le régime mixte; moyennement abondante dans le régime de la lactalbumine ou de la viande sans graisse, variable dans le régime du lait et de ses dérivés; le jeûne absolu ne dégarnit pas le foie de toute sa graisse.

Quant au *glycogène* il s'oriente, chez l'homme et chez le chien, autour de l'espace porte; surtout abondant de la zone sous-péritonéale, il peut infiltrer les vaisseaux sanguins du foie et même les canaux biliaires.

Dans les régimes gras, le foie est très pauvre en glycogène. Sa teneur en glycogène augmente dans le régime de la viande, augmente encore dans le régime de la lactalbumine. Le régime mixte s'accompagne d'une richesse très appréciable du foie en glycogène. Dans le régime du pain et des légumes, le foie présente sa teneur la plus forte en glycogène.

Le glycogène apparaît dans le foie entre la première et la deuxième heure de l'absorption du sucre. Il disparaît avec la même rapidité. Cette rapidité d'évolution du glycogène hépatique s'oppose à la lenteur avec laquelle évolue la graisse du foie.

L. BABONNEIX.

Rôle du foie dans les vomissements périodiques de l'enfance. — Pour M. Richardière (*Pédiâtrie pratique*, 1er mars 1905), le foie joue un rôle incontestable dans la pathogénie des vomissements périodiques. L'ictère fait souvent partie de cette affection (Comby, Marfan, Richardière); de plus, dans certains cas, le foie traduit sa participation par des symptômes encore plus nets : douleurs aiguës dans l'hypocondre droit (Gilbert et Lereboullet), vomissements bilieux, augmentation de volume de la glande hépatique, teinte subictérique des téguments dans l'intervalle des crises. Chez beaucoup de petits malades, le foie est donc plus ou moins touché. Ainsi s'expliquerait la présence d'acétone dans les vomissements, le foie arrêtant ou transformant cette substance dans les conditions normales.

Les troubles de la fonction hépatique, au cours des vomissements cycliques, peuvent s'observer dans trois conditions. Tantôt ils sont primitifs, les crises survenant chez des enfants cholémiques ou arthritiques; tantôt, ils sont la conséquence de troubles intestinaux divers; tantôt, enfin, ils sont provoqués par le début d'une maladie infectieuse quelconque qui modifie momentanément les fonctions du foie.

M. Marfan (Soc. de pédiât., fév. 1905) n'accepte pas dans leur intégralité les conclusions de M. Richardière. Les vomissements sont plus souvent aqueux que bilieux; l'hépatomégalie est inconstante, les stigmates de la cholémie familiale aussi; quant à l'ictère, c'est une complication que l'on observe très rarement. L'origine hépatique des vomissements périodiques est plausible : elle n'est pas encore démontrée.

L. BABONNEIX.

Étude critique sur le tabes infantile juvénile. (Hirtz et Lemaire. *Revue neurol.*, 1905, p. 265-283.) — Les auteurs réunissent en tableau synoptique 46 cas de tabes infantile juvénile publiés jusqu'ici, et ajoutent une observation personnelle : comme conclusions générales, il faut retenir de ce travail que le tabes semble être une manifestation rare de l'hérédo-syphilis chez l'enfant : les observations sont plus nombreuses depuis quelques années, depuis que l'on sait mieux rechercher les cas frustes de cette affection. La symptomatologie est, en effet, discrète : selon l'expression de P. Marie, il s'agit de « tabétisants » plutôt que de tabétiques vrais. Deux fois seulement l'ataxie était nette : elle est, d'ordinaire, légère, et demande à être cherchée. Le début est variable : le signe initial fut dans 23 cas l'incontinence d'urine, dans 17 autres des douleurs fulgurantes, dans 4 cas l'amblyopie; enfin, dans 2 observations, la maladie avait débuté par des crises gastriques. L'abolition des réflexes rotuliens ou achilléens représente, d'après les auteurs, un signe de haute valeur, et qui leur a servi de criterium pour admettre ou rejeter les observations publiées sous le nom de tabes infantile. Il n'existe, à l'heure actuelle, aucune autopsie.

L. ALQUIER.

CHIRURGIE

Interventions sanglantes pour corriger la difformité et rétablir la fonction dans les fractures de Colles vicieusement consolidées. (Clinic. Soc. of New-York polyclin., in *St. Louis med. and surg. Journ.*, fév. 1905, vol. LXXXVIII, n° 2, p. 99.) — Dans la réunion du 3 octobre de cette Société, Bodine et Dawbarn ont discuté cette question et apporté leurs observations. Voici comment on peut résumer leurs opinions : L'opération qui donne les meilleurs résultats est celle que Dawbarn préconise depuis plusieurs années. Elle consiste à découvrir le cal vicieux soit par une incision le long du bord externe du radius, soit plutôt pour éviter sûrement le radial, qui franchit ce bord à une hauteur variable, par une incision sur le dos du poignet. On coupe alors le cal du radius avec

un ciseau; on place ensuite la main en bonne position, en réduisant l'abduction anormale qui s'est produite. On constate alors qu'entre les deux fragments du radius il existe un hiatus assez grand et la déformation tendrait à se reproduire. Pour y remédier, on découvre le cubitus à sa partie moyenne, plutôt plus haut que plus bas. Avec une scie de Gigli, on en fait sauter une rondelle; ce morceau de cubitus est alors interposé entre les deux fragments du radius, non intact, car il aurait peu de chances de vivre, mais réduit en une quantité de petits fragments. En effet, Macewen et Schede ont montré que plus l'os était poreux et fragmenté, plus la greffe avait de chances de reprendre. D'après Dawbarn, elle réussit ici dans les neuf dixièmes des cas.

On place ensuite un pansement formé d'attelles et de bandes d'étoffe, décrit avec soin par Bodine, qui maintient la main en abduction et flexion forcée. Au bout d'une semaine, le pansement est remplacé par une gouttière plâtrée qui permet le massage tous les jours. Les résultats obtenus par cette méthode sont excellents.

Bodine explique la fréquence des consolidations vicieuses dans les fractures de Colles par l'emploi de la contention au moyen d'attelles qu'il démontre être absolument illusoire. Il pose comme une règle absolue la réduction de la fracture sous anesthésie générale avec application d'un appareil plâtré.

M. LANCE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 1er AU 6 MAI 1905)

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 1er mai, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Roger et Labbé (Marcel).

1er (oral), *Salle Pasteur* (1re série) : MM. Kirmisson, Sébileau et Pierre Duval; — *Salle Richet* (2e série) : MM. Reclus, Rieffel et Proust; — *Salle Vulpian* (3e série) : MM. Tuffier, Cunéo et Branca.

2e, *Salle Charcot* : MM. Gautier, Retterer et Gley.

3e (2e partie, oral), *Salle Corvisart* : MM. Hayem, Gaucher et Macaigne; — M. Broca (André), suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Segond, Broca (Aug.) et Mauclaire; — (2e série) : MM. Delens, Legueu et Gosset; — (2e partie) : MM. Dejerine, Legry et Claude; — M. Teissier, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Potocki; — M. Balthazard, suppléant.

Mardi 2 mai, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Jeanselme et Richaud.

1er (oral), *Salle Pasteur* : MM. Poirier, Méry et Launois.

3e (2e partie, oral), *Salle Corvisart* : MM. Dieulafoy, Gouget et Bezançon.

4e, *Salle Charcot* (1re série) : MM. Gilbert, Dupré et Langlois; — *Salle Richet* (2e série) : MM. G. Ballet, Gley et Vaquez; — M. Thiroloix, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. de Lapersonne, Marion et Rieffel; — (2e série) : MM. Thiéry, Auvray et Morestin; — (2e partie) : MM. Joffroy, Achard et Carnot; — M. Renon, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Bar, Bonnaire et Brindeau; — M. Maillard, suppléant.

Mercredi 3 mai, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Sébileau et Pierre Duval.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Déjerine et Legry.

1er (oral), *Salle Pasteur* (1re série) : MM. Brissaud, Retterer et Cunéo; — *Salle Richet* (2e série) : MM. Poirier, Proust et Branca.

3e (2e partie, oral), *Salle Velpeau* : MM. Gaucher, Achard et Claude.

4e, *Salle Thouret* : MM. Pouchet, Balthazard et Macaigne; — M. Broca (André), suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* : MM. Segond, Delens et Gosset; — (2e série) : MM. Tuffier, Legueu et Rieffel; — M. Desgrez, suppléant.

Jeudi 4 mai, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Berger, Auvray et Morestin.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Dieulafoy, Guiart et Maillard.

1er (oral), *Salle Béclard* : MM. Thiéry, Gouget et Rieffel.

3e (1re partie, oral), *Salle Broussais* : MM. Schwartz, Launois et Brindeau; — (2e partie), *Salle Vulpian* : MM. Troisier, Bezançon et Carnot; — M. Desgrez, suppléant.

Vendredi 5 mai, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Hayem, Teissier et Desgrez.

1er (oral), *Salle Velpeau* (1re série) : MM. Sébileau, Legueu et Rieffel; — *Salle Broussais* (2e série) : MM. Broca (Aug.), Cunéo et Pierre Duval.

2e, *Salle Richet* : MM. Gariel, Ch. Richet et Branca.

3e (1re partie, oral), *Salle Trousseau* : MM. Retterer, Potocki et Proust; — (2e partie), *Salle Charcot* : MM. Landouzy, Blanchard et Labbé (Marcel).

4e, *Salle Pasteur* : MM. Gaucher, Gley et Richaud; — M. Claude, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Delens et Mauclaire; — (2e série) : MM. Reclus, Tuffier et Gosset; — M. Legry, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Macaigne, suppléant.

Samedi 6 mai, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. de Lapersonne, Thiéry et Marion.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gilbert, Bezançon et Maillard.

1er (oral), *Salle Béclard* (1re série) : MM. Le Dentu, Launois et Auvray; — *Salle Broussais* (2e série) : MM. Poirier, Schwartz et Morestin.

4e, *Salle Charcot* : MM. Chantemesse, G. Ballet et Richaud; — M. Vaquez, suppléant.

5e (chirurgie, 2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Hutinel, Thiroloix et Renon; — (2e série) : MM. Troisier, Méry et Gouget; — (3e série) : MM. Achard, Jeanselme et Carnot; — M. Dupré, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Brindeau; — M. Guiart, suppléant.

THÈSES

Mardi 2 mai 1905. — M. DUPONT. De l'anesthésie par les mélanges titrés d'air et de chloroforme. (MM. Berger, président; Guyon, Pozzi et Schwartz.) — M. MAUXION. Contribution à l'étude de l'épithélioma de la vulve. (MM. Pozzi, président; Guyon, Berger et Schwartz.) — M. COMBRIS. Coïncidence des fibromes avec le cancer du corps de l'utérus. (MM. Pozzi, président; Guyon, Berger et Schwartz.)

Mercredi 3 mai 1905. — M. MIODET. Les formes chroniques du purpura hémorragique. (MM. Hayem, président; Terrier, Blanchard et Guiart.) — M. LETOURNEUR. Les hôtes habituels de nos appartements (chiens, chats, oiseaux), et du danger qu'ils présentent. (MM. Blanchard, président; Hayem,

Terrier et Guiart.) — Mlle Fridkin. La fièvre récurrente et les spirilloses en général. (MM. Blanchard, président; Hayem, Terrier et Guiart.) — M. Faucheux. Fréquence et pronostic de l'application du forceps à la Clinique Baudelocque. (MM. Pinard, président; Reclus, Mauclaire et Wallich.) — M. Diel. De l'isthmectomie thyroïdienne comme traitement des goitres parenchymateux. (MM. Reclus, président; Pinard, Mauclaire et Wallich.) — M Miqueu-Rey. Contribution à l'histoire de la phtisie pulmonaire dans l'Inde ancienne, d'après l'Ayurveda de Suçruta. [MM. Landouzy, président; Roger, Teissier et Labbé (Marcel).] — M. Rabutot. Hémorragies intestinales dans l'entérocolite muco-membraneuse chez les vieillards. [MM. Landouzy, président; Roger, Teissier et Labbé (Marcel).] — M. Bourguet. Contribution à l'étude des épanchements chyleux de la cavité pleurale. [MM. Landouzy, président; Roger, Teissier et Labbé (Marcel).]

Jeudi 4 mai 1905. — M. Lamoureux. Du fœticide. (MM. Brouardel, président; Joffroy, Chantemesse et Langlois.) — M. Martin. Étude psychologique d'un cas de délire des grandeurs. (MM. Joffroy, président; Brouardel, Chantemesse et Langlois.) — M. Clergier. La ponction lombaire chez les paralytiques généraux, sa valeur clinique, pronostique, thérapeutique, médico-légale. (MM. Joffroy, président; Brouardel, Chantemesse et Langlois.) — M. Beaufils. Action des peintures murales sur les microbes. (MM. Chantemesse, président; Brouardel, Joffroy et Langlois.) — M. Chiron. De la radioscopie du cœur et particulièrement de la mensuration de l'aire cardiaque à l'aide des rayons X. (MM. Cornil, président; Raymond, Gilbert et Dupré.) — M. Baron. Le tabes supérieur et ses formes cliniques. (MM. Raymond, président; Cornil, Gilbert et Dupré.) — M. Rollin. Les tumeurs solides et primitives du vagin. (MM. Le Dentu, président; Poirier, Bar et Marion.) — M. Roddier. Les corps étrangers de l'œsophage chez les enfants. (MM. Le Dentu, président; Poirier, Bar et Marion.) — M. Clavel. Des éruptions consécutives aux injections de sérum antidiphtérique. (MM. Hutinel, président; de Lapersonne, Thiroloix et Méry.) — M. de Saint-Paul. Etude de trois cents cas de scarlatine observés à l'hôpital des Enfants-Malades (année 1903). (MM. Hutinel, président; de Lapersonne, Thiroloix et Méry.) — M. Guichard. Contribution à l'étude des formes atténuées de la diphtérie conjonctivale. (MM. de Lapersonne, président; Hutinel, Thiroloix et Méry.) — M. Emanuel. Considérations sur le pronostic et le traitement de la tuberculose oculaire. (MM. de Lapersonne, président; Hutinel, Thiroloix et Méry.)

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives générales de médecine. — (No 16, 18 avril 1905.) J. Berthaut : La bascule de l'omoplate dans la réduction des luxations de l'épaule. — Vaquez : Les états anémiques. — Grenet : Les traitements actuels du tétanos.

Bulletin général de thérapeutique. — (No 14, 15 avril 1905.) J. Laumonier : La grippe infantile.

Bulletin médical. — (No 30, 19 avril 1905.) Pautrier : Que peut-on attendre à l'heure actuelle de la radiothérapie dans le traitement du cancer?

Écho médical du Nord. — (No 16, 16 avril 1905.) Lambret et Gérard : L'angle colique gauche, son influence sur la circulation intestinale. — Moty : Importance des maladies vénériennes dans l'armée.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (No 16, 16 avril 1905.) Sabrazès : Perte ou diminution de la sensibilité des tibias au diapason dans la paraplégie spasmodique du mal de Pott; — Recherche du sucre dans l'urine sans réactif; procédé de la caramélisation du sucre sur la paroi du tube; — Le réflexe plantaire psychique; — Alopécie dans le tabes; — Bruits anormaux de la mastication chez les tabétiques.

Journal de médecine de Bordeaux. — (No 16, 16 avril 1905.) Auché : Erysipèle erratique chez un enfant de deux mois.

Journal des sciences médicales de Lille. — (No 15, 15 avril 1905.) Bosquier : Gastrosucchorrée continue légère; sténose « sous-pylorique » probable (*fin*).

Médecine moderne. — (No 16, 19 avril 1905.) E. Fournier : Les stigmates de l'hérédo-syphilis de seconde génération.

Montpellier médical. — (No 15, 9 avril 1905.) Gilis : La région parotidienne et l'espace maxillo-pharyngien (*à suivre*).

Presse médicale. — (No 37, 19 avril 1905.) Lemoine : Le rôle du sucre dans l'alimentation.

Revue générale des sciences. — (No 7, 15 avril 1905.) Lacroix : Le mode de formation d'un dôme volcanique et la cristallisation des roches éruptives quartzifères, d'après les observations faites au cours de l'éruption de la montagne Pelée. — Swyngedauw : L'enseignement technique dans les Universités, l'Institut électrotechnique de l'Université de Lille. — Caullery : Les yeux et l'adaptation au milieu chez les animaux abyssaux.

Revue médicale de l'Est. — (No 7, 1er avril 1905.) Bernheim : Suggestion et persuasion. — (No 8, 15 avril.) Frœlich : Fracture du col du fémur chez l'enfant et décollement épiphysaire. — Bernheim : Suggestion et persuasion (*fin*).

Semaine gynécologique. — (No 15, 11 avril 1905.) Pichevin et Goodden : Des applications de glace dans le traitement des affections des femmes (*suite*). — (No 16, 18 avril.) R. Pichevin et Goodden : Des applications de glace dans le traitement des affections des femmes (*suite*).

Therapie der Gegenwart. — (Avril 1905, 4e fasc.) E. Romberg : Science et expérience en médecine interne. — A. Albu : Traitement de l'hyperacidité et de l'hypersécrétion de l'estomac. — Peter Bergell et A. Braunstein : Lécithine et bromlécithine. — Paul Rosenberg : Formol libre dans le sang après usage interne. — Dezsö Hammer : Guérison de l'astasie-abasie.

Tribune médicale. — (No 14, 8 avril 1905.) Piquand : Les dégénérescences des fibromyomes de l'utérus. — (No 15, 15 avril.) Druais : La tarsite ulcéreuse syphilitique.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (No 7, 15 avril 1905.) Fabre : Sur le mode d'introduction des larves d'ankylostome dans l'organisme.

Wiener klinische Wochenschrift. — (No 14, 6 avril 1905.) Lucksch : Troubles fonctionnels des glandes surrénales dans les maladies générales, toxiques et infectieuses. — Hoke : Action agressive des exsudats diplococciques. — Kürt : Fixation des limites du cœur et de ses parties au moyen de la palpation indirecte de l'impulsion. — Pichler : Sur le rhumatisme des muscles de l'œil. — Derjushinski : Résection de côtes à deux reprises avec ablation d'une portion considérable de la plèvre et du diaphragme pour un sarcome primitif de la plèvre, récidive rapide.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 48. — MARDI 25 ET JEUDI 27 AVRIL 1905. 78e ANNEE. MARDI 25 ET JEUDI 27 AVRIL 1905. — N° 48.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Les injections intratrachéales dans le traitement de la tuberculose pulmonaire (avec 6 fig.), par M. Mendel.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
VARIÉTÉS
Découvertes archéologiques dans le sol parisien, instruments de l'époque gallo-romaine (avec 9 fig.), par M. Eug. Toulouze.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Du danger des certificats.
NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)
Hémiplégies (fin).
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le concours pour trois places de médecin du Dispensaire général vient de se terminer par la nomination de MM. Pauly, Violet et Bériel.

GUERRE. — Corps de santé des troupes coloniales. — M. le docteur Thoulon est placé hors cadre et détaché au Yunnan.

MARINE. — M. le médecin de première classe Barrat est désigné pour embarquer sur la *Saône*.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Chambard-Hénon (de Lyon) est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Auché et Girard.

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Disdier et Laconcle.

MODIFICATION A LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — La Chambre des députés a adopté le 10 avril la proposition suivante qui modifie les articles 20 et 25 de la loi du 15 février 1902.

Art. 1er. — Le § 5 de l'article 20 du titre II de la loi du 15 février 1902, sur la protection de la santé publique, est modifié comme suit :

« Chaque commission sanitaire de circonscription sera composée de cinq membres au moins et de neuf au plus, pris dans la circonscription. Elle comprendra nécessairement un conseiller général élu par ses collègues, un médecin, un pharmacien, un vétérinaire, au moins, un architecte ou un technicien d'une compétence analogue. »

Art. 2. L'article 25 est complété comme suit :

« Seront également membres de droit les professeurs d'hygiène des Facultés de médecine de Paris, Lyon, Bordeaux, Lille, Nancy, Toulouse, Montpellier, et le professeur d'hygiène de l'École de médecine et de pharmacie de plein exercice de Marseille. »

LA LOI SUR LES PATENTES. — L'*Officiel* vient de publier la loi relative à la contribution des patentes. Signalons l'article 4 qui concerne les médecins des villes d'eaux.

« Art. 4. — Par exception à l'article 14 de la loi du 15 juillet 1880, le médecin qui se transporte annuellement dans une ville d'eaux ou une station balnéaire ou thermale, pour y exercer sa profession, et qui ne se livre pas ailleurs à l'exercice de la médecine, n'est imposable au droit proportionnel sur l'habitation que pour la maison qu'il occupe pendant la station balnéaire ou thermale, même si sa maison ne constitue pas son habitation habituelle et principale. »

CONGRÈS. — Le Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine, qui avait été annoncé comme devant avoir lieu le 8 mai 1905, sous la présidence de M. le professeur Brouardel, est reporté à l'année prochaine et la date définitive est fixée au 30 avril 1906.

— Le Congrès d'hygiène sociale qui s'est tenu l'an dernier à Arras, se tiendra les 19, 20 et 21 mai prochain à Montpellier. Il est organisé sous les auspices de l'Alliance d'hygiène sociale que préside M. Casimir-Perier. Le comité local est présidé par le professeur Grasset.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU. — *Cours pratique d'oto-rhino-laryngologie.* — Le docteur Guisez, ancien interne des hôpitaux, recommencera le mardi 9 mai, à trois heures du soir, son cours d'oto-rhino-laryngologie à l'amphithéâtre Chomel.

Ce cours comprendra dix leçons, avec examen de malades, maniement d'instruments, notions essentielles de la spécialité, et durera trois semaines.

Prière de s'inscrire à la consultation laryngologique (salle de consultation de l'Hôtel-Dieu) les mardis et samedis de quatre à cinq heures.

Droits d'inscription : 40 francs.

(*Voir la suite des* Nouvelles, *p. 573.*)

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Journal des praticiens. — (N° 16, 22 avril 1905.) Gilbert BALLET : Les troubles intestinaux dans la neurasthénie.

Lyon médical. — (N° 16, 16 avril 1905.) FABRE et AMSTAD : Des plaques d'agar sanguin et de leur emploi dans la pratique obstétricale. — HORAND : De la protection des enfants du premier âge. — G. COTTE : Résultats immédiats et éloignés de l'intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 15, 15 avril 1905.) H. LUC : Contribution à l'étude des formes anormales de la mastoïdite de Bezold et aux faits de mort rapidement consécutive de la ligature de la jugulaire.

Riforma medica. — (N° 10, 11 mars 1905.) FIGARI et MARZAGALLI : Recherches expérimentales sur la valeur immunisante et curative du sérum antibacillaire. — Gino NORSA : Contribution à l'étude de la maladie de Dercum. — Aldo CERNEZZI : L'anesthésie locale par la stovaïne et par le mélange de stovaïne et d'adrénaline en chirurgie générale. — (N° 11, 18 mars.) A. RISSO et A. CIPOLLINA : Nouvelles recherches sur la sérothérapie antisyphilitique. — C. P. GOGGIA : Sur la prétendue exaltation de virulence du bacille d'Eberth. — Domenico MORISANI : Les horizons de la chirurgie moderne. — (N° 12, 25 mars.) Francesco DE GRAZIA : Recherches sur les échanges dans la leucémie chronique. — Alberto ROVIGHI : La valeur de la putréfaction intestinale. — Augusto GIANNELLI : Le tabes juvénile. — (N° 13, 1er avril.) Arturo CAMPANI : Certains points de la cure médicale et chirurgicale du mal de Pott. — Giuseppe MANISCALCO : L'étiologie et la pathogénie du cancer. — Francesco DE GRAZIA : Recherches sur les échanges dans la leucémie chronique.

LES INJECTIONS INTRATRACHÉALES

DANS

LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Par le docteur MENDEL,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

L'introduction trachéale de substances médicamenteuses liquides paraît séduisante à priori : une thérapeutique locale n'est-elle pas préférable à l'administration par voie gastrique de médicaments destinés à agir sur les organes respiratoires? Et en fait les rares médecins qui l'ont employée depuis Beehag et Rosenberg (1887) s'en sont tous grandement loués. Deux obstacles néanmoins se sont opposés jusqu'à présent à la diffusion de cette pratique :

a. La difficulté de la technique, basée sur la pratique laryngologique;

b. La soi-disant intangibilité des voies aériennes, véritable préjugé physiologique universellement accepté. Ce préjugé semblait corroboré par la pratique des laryngologistes, qui, par l'emploi de médicaments irritants (menthol, créosote, etc.) en injections trachéales, déterminaient des réflexes violents et du spasme, et mettaient sur le compte de la sensibilité des organes, ce qui n'était imputable qu'à la causticité des solutions injectées.

J'ose dire qu'aujourd'hui la question a totalement changé d'aspect, car de longues recherches expérimentales et cliniques m'ont permis de surmonter les deux obstacles précités. A la technique laryngologique, j'ai substitué une technique assez simple pour être pratiquée dès la première séance, sans instruction spéciale. Enfin la petite opération n'apporte plus aucune gêne au patient, grâce à l'emploi de solutions nullement irritantes. Je vais décrire brièvement cette technique simplifiée : j'exposerai ensuite les résultats thérapeutiques de la méthode.

I

Technique de l'injection trachéale simplifiée. — Cette technique repose sur le fait d'observation suivant :

Après avoir recommandé au patient de ne pas avaler, si l'on projette sur la paroi postérieure du pharynx une petite quantité du liquide, ce liquide descend spontanément dans les voies aériennes.

Autrement dit, lorsque la langue est maintenue hors de la bouche, le pharynx peut être comparé à un entonnoir dont l'unique orifice est la glotte. Je dis l'unique orifice parce que l'orifice digestif est fermé en dehors de la déglutition; son état de repos est l'occlusion : lors de la déglutition, il se laisse forcer par l'effort de la base de la langue qui pousse le bol alimentaire; aussitôt après le passage de l'aliment, l'orifice digestif se referme complètement.

Soit, a-t-on objecté, mais la projection du liquide sur la paroi postérieure du pharynx n'a-t-elle pas pour effet de déterminer la déglutition? Le réflexe de la déglutition n'est pas déterminé ainsi; j'en ai apporté deux preuves : d'abord l'expérience à contrôle laryngoscopique représentée ci-dessous (fig. 1).

On voit ici qu'une petite quantité de liquide lancée sur la paroi pharyngée postérieure enjambe l'orifice digestif fermé et pénètre dans le larynx (procédé d'injection médian). Cette constatation a été faite non seulement par moi-même, mais encore par six laryngologistes autorisés : MM. Luc, Ruault, Bonnier, Lubet-Barbon, Poyet et Boulay.

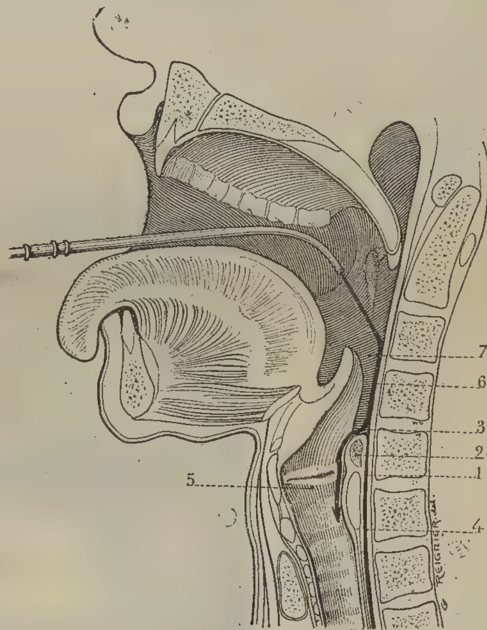


Fig. 1.

L'injection, lancée avec une pression modérée contre la paroi pharyngée postérieure, descend spontanément dans la cavité du larynx. — 1, portion pharyngienne du pharynx; 2, paroi postérieure du larynx; 3, orifice réel du tube digestif; 4, début anatomique de l'œsophage; 5, cavité du larynx; 6, paroi postérieure du pharynx; 7, paroi latérale du pharynx.

L'expérience peut être variée de la façon suivante : si l'on projette le liquide avec force sur la paroi latérale du pharynx, on voit ce liquide contourner la paroi latérale et arriver à la paroi pharyngée postérieure du pharynx, d'où il coule dans le larynx, comme précédemment (procédé d'injection latéral).

D'autre part, j'ai présenté en novembre et en décembre 1904 à la Société médicale des hôpitaux et à la Société de l'internat, deux trachéotomisés auxquels j'ai pratiqué séance tenante l'injection trachéale simplifiée et l'on a pu constater qu'une notable quantité du liquide injecté s'écoulait par la plaie trachéale.

Ces constatations me paraissent de nature à satisfaire les plus sceptiques sur la légitimité des procédés qui en dérivent et qu'il me reste à exposer.

Instrumentation. — Elle est des plus simples puisqu'elle se réduit à une seringue représentée ci-après :

Cette seringue, d'une contenance de 3 centimètres cubes, diffère des modèles précédents en ce que le corps de pompe en verre est étiré en tétine sur laquelle se fixe à frottement la canule, disposition plus nette que l'ancienne fixation par vissage; la canule, de courbure appropriée, est maintenue en position correcte (c'est-à-dire le plan de sa courbure

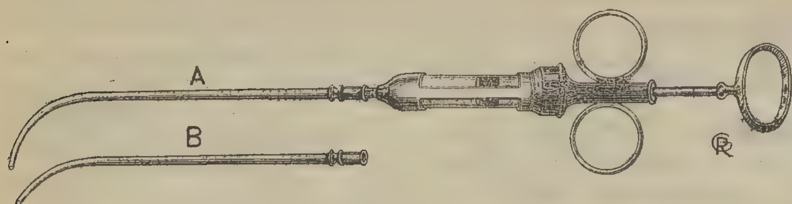


FIG. 2. — *Seringue à injection trachéale.*

dans le plan des anneaux de la seringue) au moyen d'une bague, qui a encore l'avantage de la fixer solidement.

J'employais au début, suivant l'ampleur des gorges, alternativement, les deux canules A et B, l'une un peu longue et l'autre plus courte d'un centimètre : la canule courte me paraît maintenant la seule nécessaire, car elle convient dans tous les cas.

Les accessoires sont simples : ils consistent en un réchaud d'eau bouillante, où l'on peut tremper la canule entre les injections données à différents patients, et en un verre à liqueur sans pied destiné à contenir le liquide ou le mélange de liquides à injecter.

Position du sujet. — Le plus souvent, le sujet pourra s'asseoir en face du médecin. D'autres fois, le malade alité s'assiéra sur son lit. Dans les deux cas, la gorge devra faire face à une fenêtre et sera bien éclairée. Si l'on opère la nuit, une lampe projettera sa lumière dans la gorge du patient, ou bien l'opérateur emploiera le miroir frontal. Un verre d'eau et un crachoir seront à portée du sujet, ainsi que quelques compresses de toile destinées à maintenir la langue.



FIG. 3. — *Injection trachéale. Procédé latéral.*

Procédé d'injection latéral. — Le procédé le plus pratique et le plus employé est le procédé dit latéral que je décrirai seul ici pour ne pas allonger cet article. Le procédé que j'ai appelé médian n'est que la reproduction de la figure 1 et n'est employé que dans des cas exceptionnels.

Le patient ouvre largement la bouche et tire sa langue, que l'opérateur saisit de la main gauche et maintient au moyen d'une compresse.

Premier temps. — On introduit doucement de la main droite la canule dont la courbure, maintenue horizontalement, passe au-dessus de la surface linguale, sans la toucher.

Le dos de la canule est alors appliqué résolument sur la base du pilier antérieur gauche qui lui sert de point d'appui. Ce temps est très important, car sans point d'appui, la longue canule ne pourrait être maintenue immobile, au moment de la projection du liquide et irait sûrement toucher et gratter les organes de la gorge. L'opérateur doit donc exercer une véritable pression en dehors sur le pilier antérieur, pression qui n'est nullement sentie par le patient.

Dans cette position, la canule est fixée sur le pilier antérieur comme un canon sur son affût, son extrémité repose horizontalement dans le sillon glosso-épiglottique, et la base de la langue la cache. Son orifice vise la paroi latérale du pharynx.

Deuxième temps (fig. 3). — La seringue est vidée avec force. J'ai déjà dit pourquoi. En effet l'orifice de la canule vise la paroi latérale du pharynx et y projette le liquide : ce liquide animé d'une pression suffisante contourne cette paroi et arrive à la paroi postérieure d'où il tombe dans le larynx. Si la pression du liquide n'était pas assez forte, ce liquide resterait dans le pharynx, d'où il serait recraché par le malade.

Dès que l'injection est terminée, on retire la seringue. Mais on maintient encore, pendant un temps très court, la langue hors de la bouche, car le pharynx ne figure un entonnoir que lors de la traction de la langue et il faut laisser au liquide projeté le temps de s'écouler. Puis, le patient averti crache l'excès du liquide injecté, s'il peut en recueillir, et il se lave la bouche et la gorge avec de l'eau fraîche.

Dans la grande majorité des cas, le patient n'a aucunement perçu le contact de la seringue : il sent aussitôt après l'injection un liquide frais descendre dans sa poitrine : c'est là une sensation agréable de fraîcheur, qui lui procure un bien-être respiratoire.

J'ai enseigné ce procédé à de nombreux confrères et étudiants, et tous ont toujours rapidement acquis le tour de main nécessaire. J'ai cependant constaté que les débutants présentent toujours les mêmes défauts. Ils ne prennent pas sur le pilier antérieur gauche un point d'appui suffisant; ils ne vident pas la seringue avec assez de force. Ces deux défauts sont faciles à éviter.

II

MÉDICAMENTS A ADMINISTRER PAR VOIE TRACHÉALE. — En principe tous les liquides médicamenteux non irritants ou à dose non irritante peuvent être injectés dans les voies aériennes; néanmoins, les liquides huileux conviennent plus particulièrement à la réussite de l'injection par le procédé indiqué.

En réalité, ce sont presque toujours des solutions huileuses qui ont été employées. Après avoir expérimenté un grand nombre de substances, je me suis

limité actuellement à l'eucalyptol en solution dans l'huile d'olive lavée à l'alcool et stérilisée à la dose de 5 ou 10 p. 100.

Voici une bonne manière de procéder. L'opérateur a à sa disposition deux flacons : l'un contenant de l'huile pure et l'autre une solution eucalyptolée à 10 p. 100. A la première séance, on verse dans un verre à liqueur de l'huile et quelques gouttes de solution active, puis peu à peu, on augmente la dose jusqu'à moitié de chaque liquide (soit 5 p. 100); on augmente suivant les cas et l'on peut facilement atteindre 10 p. 100 et plus. La tolérance trachéale normale est très grande; mais dans quelques cas très exceptionnels les malades accusent de l'irritation à des doses très minimes; il convient donc de tâtonner au début pour déterminer la sensibilité de chaque patient.

J'administre habituellement trois ou quatre seringues consécutives à chaque malade, en commençant par une demi-seringue et en augmentant rapidement. L'injection a lieu ainsi chaque jour pendant un mois, puis on laisse le malade au repos et on reprend le traitement suivant les indications.

D'autres substances ont été proposées : je citerai le *goménol* et le *gabianol*, huile de pétrole brute, préconisée par le docteur Lallemand (1) [de Château-Thierry], et qui m'a donné de bons résultats.

III

La thérapeutique trachéale s'applique, en thèse générale, à toutes les affections chroniques des voies aériennes : laryngites, bronchites, dilatation des bronches, gangrène pulmonaire, etc.

Je vais exposer seulement ici les résultats de cette médication dans la tuberculose pulmonaire chronique. Ces résultats sont de deux ordres :

Résultats généraux. — 1° *Suppression de tout traitement gastrique.* — C'est là un avantage tout négatif, mais dont on comprend l'importance quand on connaît la fréquence et la gravité de la dyspepsie médicamenteuse.

2° *Amplification rapide de la respiration.* — Cette amplification se produit instantanément après l'injection d'huile eucalyptolée. Le patient éprouve une sensation de fraîcheur qui envahit sa poitrine et lui procure une respiration plus ample : cette sensation est confirmée par le tracé pneumographique.

Voici un exemple de l'amplification thoracique produite instantanément par l'injection.

Dans la figure 4 sont reproduits deux tracés pneumographiques provenant d'un tuberculeux au premier degré (induration du sommet droit, souffle et râles secs).

Le tracé A a été pris immédiatement avant l'injection de trois seringues consécutives d'huile eucalyptolée à 5 p. 100; puis, l'injection donnée, et sans que le malade ait quitté la ceinture pneumographique, le tracé B a été pris. On voit que l'amplitude du second tracé est à peu près le double de celle du premier : le patient a ressenti le premier cette amplification de sa respiration, que manifestait le tracé.

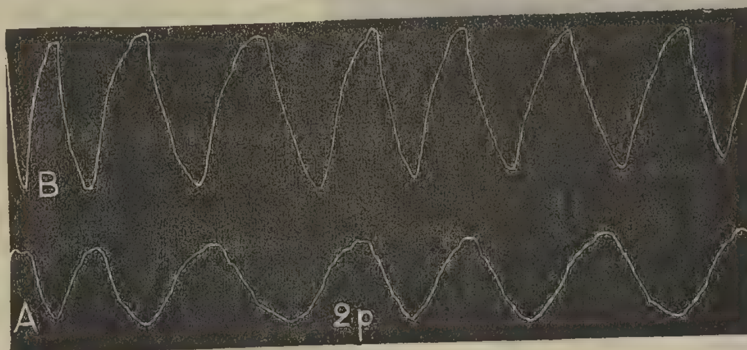


Fig. 4. — *Tracés pneumographiques.*

L'ampliation due à l'injection dure plusieurs heures, puis elle s'éteint. Mais à mesure que le traitement se prolonge, elle s'établit d'une façon permanente.

Voici deux tracés pris sur un malade (tuberculose, induration du sommet droit) à huit jours d'intervalle. La figure 5 porte un triple tracé : elle reproduit le tracé bipulmonaire (2p), le tracé du poumon droit (pd) et le tracé du poumon gauche (pg) avant tout traitement.

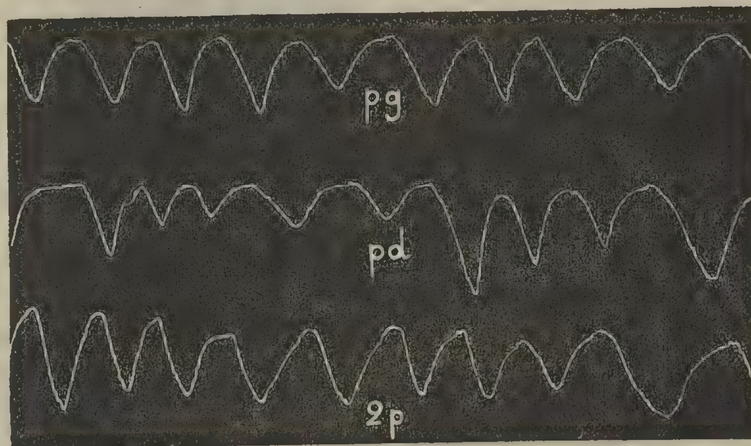


Fig. 5. — *Tracés pneumographiques.*

On voit que le tracé du poumon lésé (pd) est petit et irrégulier : le nombre de respirations est de 22 à la minute.

La figure 6 reproduit le même triple tracé après huit jours de traitement : le nombre de respirations est ici de 17 à la minute, et le tracé bipulmonaire (2p) ainsi que celui du poumon lésé (pd) est plus régulier et plus ample.

Parallèlement, le malade déclare qu'il respire et mange mieux : il retrouve peu à peu ses forces. En effet, à une amplitude respiratoire plus marquée correspond une hématose meilleure et un relèvement de la vitalité. Résultat capital chez les tuberculeux qui, par le fait de leurs lésions pulmonaires, sont des anoxyhémiés. Cet effet sur la respiration est réellement spécifique de la médication intra-tra-

(1) Lallemand. Notes et impressions sur la médication intratrachéale dans la tuberculose pulmonaire, *Arch. gén. de méd.*, janv. 1905.

chéale et suffirait, semble-t-il, à mettre ce mode thérapeutique bien au-dessus de tous les autres.

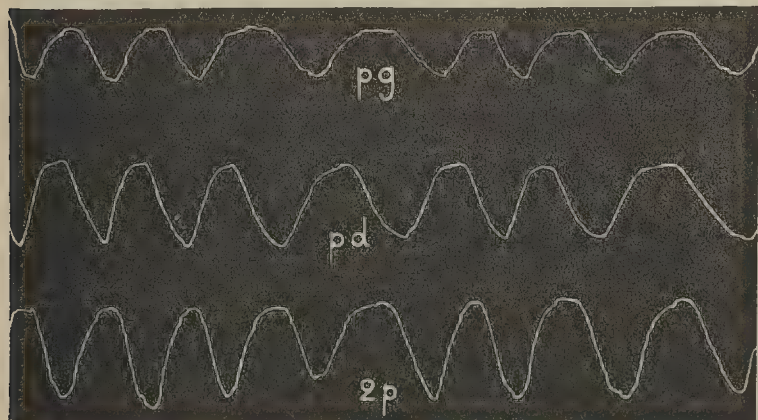


Fig. 6. — *Tracés pneumographiques.*

Résultats locaux. — 1° *Pansement quotidien du larynx.* — Véritable prophylaxie de la laryngite tuberculeuse, dont la cause la plus fréquente est la stagnation des mucosités desséchées sur la muqueuse laryngienne. Or, ces mucosités sont détachées par l'huile injectée et expulsées aussitôt. L'injection trachéale constitue aussi un traitement de la laryngite tuberculeuse confirmée.

On conçoit que ce résultat est caractéristique de la médication trachéale.

2° *Amélioration fonctionnelle.* Diminution ou même cessation de la toux et de l'expectoration, observée dans les quatre cinquièmes des cas.

3° *Amélioration de l'état stéthoscopique*, dans la moitié des cas environ. Cette amélioration consiste dans l'amplification des régions qui respiraient peu ou pas du tout et dans l'asséchement du tissu ramolli ou ulcéré, c'est-à-dire disparition des râles humides et du gargouillement.

Enfin, tous ces résultats sont obtenus rapidement ; en une ou deux semaines, d'ordinaire.

Je termine ici cet exposé que je me suis efforcé de faire aussi court que possible. Si le lecteur désire de plus amples détails sur cette médication, je me permets de le renvoyer à mon livre récent (1).

Je dois ajouter que les résultats qu'on vient de lire ont été recueillis au cours d'une expérience de sept années et par l'observation de plus de 200 malades en ville et aussi à l'hôpital, puisque M. le professeur Brissaud a eu la grande bienveillance de me confier les tuberculeux de son service à l'Hôtel-Dieu.

De nombreux confrères ont adopté cette méthode à Paris et en province (2) ; enfin, en novembre dernier, j'ai eu la joie d'entendre M. le professeur Landouzy lui consacrer une de ses leçons cliniques et dire que « cette méthode simplifiée constituait un grand progrès et un grand bénéfice pour le malade et pour le médecin ».

(1) *Traitement de la tuberculose pulmonaire par la médication intra-trachéale*, 2e éd., Rudeval, Paris 1904.

(2) Je citerai parmi les confrères qui m'ont fait l'honneur d'adopter cette méthode MM. le médecin principal Antony (*Arch. de méd. et de pharm. militaires*, mai 1904) les docteurs Lallemand (déja cité), Dieu (*Ann. méd.-chir. du Centre*, fév. 1905), Boix, Rosenthal, Clément, etc.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 17 avril 1905)

Traitement mixte par l'acide arsénieux et le trypanroth des infections dues au « trypanosoma gambiense ». — M. Laveran a montré, dans des notes antérieures, qu'on obtenait de bons résultats dans le traitement des trypanosomiases, chez le rat et chez le chien, en associant l'acide arsénieux au trypanroth et en faisant des traitements successifs à l'aide de ces médicaments.

Poursuivant ces expériences chez le singe, il a pu guérir des animaux qui étaient considérés comme mortellement atteints.

On est donc autorisé à essayer ce traitement chez des sujets atteints de trypanosomiase. La difficulté sera de déterminer les doses d'acide arsénieux et de trypanroth à employer. Les chances de succès seront d'autant plus grandes que le malade sera à une période moins avancée de son évolution. Il est douteux que le traitement puisse donner encore de bons résultats quand les accidents du côté du système cérébro-spinal ont acquis une certaine intensité; on se rappellera, d'autre part, que le trypanroth est irritant pour les reins; on surveillera les urines et l'on ne prescrira pas ce médicament aux malades atteints de néphrite.

Physiologie de la rate (fonction biligénique). — Les recherches de MM. Charrin et Moussu les autorisent à conclure que la rate exerce sur le foie une indéniable action; cette action, en dehors probablement des influences hématopoiétiques, antitoxiques, martiales, etc., consiste essentiellement dans une fonction biligénique dont l'importance est liée à celle de la bile elle-même.

Production d'alcool et d'acétone par les muscles. — M. F. Maignan a vu dans ses expériences que les muscles, prélevés sur un animal vivant et placés dans des conditions permettant leur survie, produisent de l'alcool et de l'acétone; mais, tandis que l'acétone va constamment en augmentant, l'alcool augmente pendant les premiers jours et diminue ensuite.

Les tissus sont donc capables de détruire l'alcool après l'avoir formé, tandis qu'ils sont impuissants à simplifier la molécule acétone.

L'alcool, en disparaissant, doit probablement se transformer en acide acétique, par un phénomène d'oxydation direct ou indirect.

Cet acide acétique doit, à son tour, subir le sort de tous les acides organiques introduits dans l'organisme, c'est-à-dire se transformer en acide carbonique et en eau par oxydation.

La transformation du glucose en alcool doit donc être considérée comme un mode de destruction du glucose. Ce processus qui s'observe dans les muscles isolés doit aussi se produire pendant la vie de l'animal, puisque sur le sujet vivant, les tissus renferment toujours de l'alcool.

Autres communications :

Sur l'excitation des nerfs par le minimum d'énergie, application à l'électro-diagnostic, par M. Cluzet.

Recherches sur la lactase animale, par M. H. Bierry.

Action du suc intestinal sur la sécrétion entérique, par M. A. Frouin.

Commission chargée de juger les concours de médecine en 1905. — Prix Montyon (médecine et chirurgie), Barbier, Bréant, Godard, du baron Larrey, Bellion, Mège, Dusgate, Serres (voir les conditions *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 29, p. 346): MM. Bouchard, Guyon, d'Arsonval, Lannelongue, Laveran. Dastre, Roux, Delage, Perrier, Chauveau et Brouardel.

VARIÉTÉS

DÉCOUVERTES ARCHÉOLOGIQUES DANS LE SOL PARISIEN INSTRUMENTS DE L'ÉPOQUE GALLO-ROMAINE

Par M. Eug. TOULOUZE,
Administrateur à la Société historique du VIe arrondissement de Paris.

I

Au cours de recherches archéologiques dans le sol parisien, il nous a été possible de recueillir de nombreux débris de la vie domestique, artistique et scientifique.

Ces petits objets antiques, employés dans la vie intime, se rencontrent à Paris, dans les sépultures païennes, où ils ont été déposés religieusement près des morts par la famille soucieuse d'une autre vie.

C'est ainsi que nous trouvons dans la sépulture d'une jeune femme, située au quartier de l'Observatoire, en bordure de la voie romaine de Lutèce à Genabum, un *dentis-auriscalpium* d'une merveilleuse conservation (fig. 1); du vivant de la morte



Fig. 1.
Dentis-auriscalpium (bronze gallo-rom.).

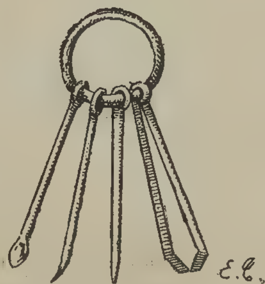


Fig. 2.
Petite trousse de dame (bronze gallo-romain).



Fig. 3.
Auriscalpium en argent.

ce petit instrument de toilette était en compagnie de l'*unguentarium* qui renfermait les parfums les plus précieux, assez semblables à ceux de la fleur de vigne, de l'onagre ou du réséda. Souvent encore l'élégante gallo-romaine possédait une trousse minuscule, tout comme les médecins chirurgiens possédaient une trousse chirurgicale. Cette trousse de dame se composait de quelques instruments en bronze, réunis dans un anneau de même métal d'un diamètre d'un centimètre (fig. 2).

Passons en revue ces ustensiles de $0^{m}04$ de longueur :

1° Un *auriscalpium*, sorte de petite curette pour les oreilles suivant *Martialis*, *Ep. XIV*, quelquefois en argent (fig. 3), mais plus souvent en bronze (fig. 4), en os (fig. 5 et 6) ou en ivoire. Ces petits objets de toilette se rencontrèrent assez souvent dans les dépôts antiques explorés par nous, aussi croyons-nous intéressant de publier quelques dessins de ces outils d'un usage général dans toutes les classes de la société gallo-romaine. Ils n'étaient, suivant *Scribonius Largus*, que la parodie de la sonde de chirurgien pour le conduit auditif.



Fig. 4.
Auriscalpium (bronze gallo-rom.).

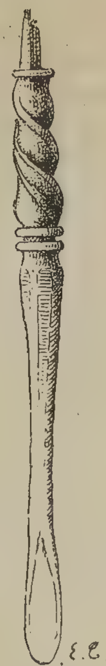


Fig. 5.
Auriscalpium en os.



Fig. 6.
Auriscalpium en os.

2° Un *dentiscalpium* en argent ou en bronze, taillé quelquefois dans des tiges de lentisque et dans la plume, suivant *Martialis*.

3° Une *vulsella* ou *volsella*, servant à épiler les cheveux blancs avec la racine, et les poils; de plus grandes dimensions, elle était employée par les dentistes pour extraire les morceaux de dents brisées; elle était aussi un instrument de chirurgie et elle variait de forme suivant les besoins de l'opérateur, mais la plus connue se composait de deux branches de 10 à 14 centimètres de longueur qui se terminaient par deux pointes aiguës ou coudées et à mors dentés, l'ensemble de la pince était fait d'un seul morceau de bronze scié dans la longueur du métal pour former les deux branches qui sont élastiques; abandonnées à elles-mêmes, elles s'écartent l'une de l'autre, offrant un intervalle de 2, 3 ou 4 centimètres, et il faut la pression des doigts pour les rapprocher.

L'extrémité manuelle de toutes les pinces des trois premiers siècles de notre ère est décorée merveilleusement de petites rondelles, de cubes et de petites boules légèrement

olivaires d'une finesse extrême et d'un style parfait (fig. 7 et 8).

Cet instrument chirurgical avait son emploi dans les opérations, pour saisir les bords d'une plaie, extraire des corps étrangers introduits accidentellement dans les chairs ou dans les cavités naturelles. La trousse de chirurgien du IIIe siècle, découverte par nous, en possède une série admirable;

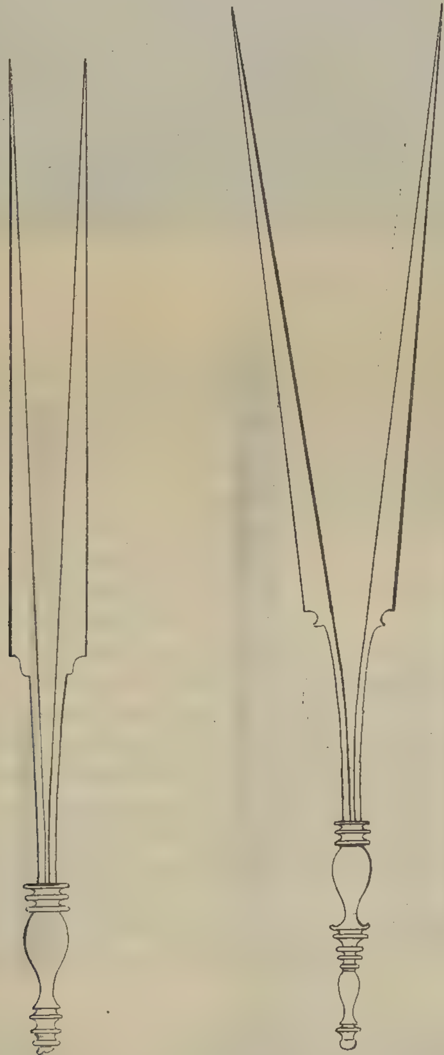


Fig. 7 et 8.
Pinces ou prenelles en bronze de la trousse du IIIe siècle.

4° Enfin la série d'instruments composant la trousse de dame se terminait par un petit poinçon employé à divers usages et probablement aussi à nettoyer les ongles.

On rencontre encore dans le sol antique l'*acus comatoria* ou crinalis, épingle faite d'or, de bronze plus souvent, d'ivoire ou d'os, que les dames passaient horizontalement dans leur chevelure tressée et relevée en chignon sur l'occipital.

Mais de tous ces objets, le plus précieux est le *dentis-auriscalpium inconnu, croyons-nous, jusqu'à ce jour* et qu'une fouille heureuse a mise entre nos mains; ce petit instrument d'une finesse très grande est en cuivre rouge, d'une conservation merveilleuse, offrant encore la fleur du métal, il était à deux usages : d'un bout, il est *dentiscalpium*, de l'autre bout *auriscalpium*, ainsi que l'affirme sa petite curette.

Ce petit instrument a été obtenu dans un fil de cuivre rond d'un millimètre de diamètre; la curette a été façonnée à l'aide d'un martelage de cette partie qui mesure 0m008 de longueur et d'un estampage dans une matrice en creux avec un poinçon, frappé au marteau, qui a repoussé le métal, et produit le creux de la curette.

A environ 0m030 de l'extrémité du cure-oreille, le métal a été aplati sur une longueur de 0m030 pour former un plan perpendiculaire au plan de la curette.

La longueur totale de cet instrument est de 0m070, il est terminé par deux feuilles fort coquettes, composant le *dentiscalpium*, dont l'une est perpendiculaire à l'autre. Elles ont été formées dans le métal qui a été fendu par le milieu, et chaque partie a été aplatie au marteau et polie très finement.

Enfin la décoration du petit outil est complétée par un fil de même métal de six dixièmes de millimètre de diamètre ou suivant le langage moderne de métier *n° 1 de la jauge*, roulé comme un ressort à boudin (vermicelle), et enroulé ensuite très gracieusement en hélice, autour de la tige sur une longueur de 0m015 (voir fig. 1).

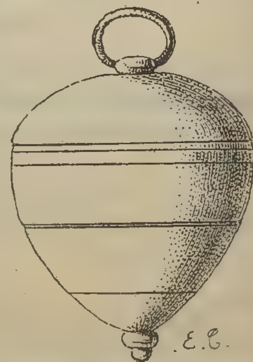


Fig. 9.
Alabastrum (bronze gallo-romain).

A cette époque, les dames enfermaient leurs parfums dans l'*unguentarium* et aussi dans l'*alabastrum* ou l'*alabaster*, sorte de petit bijou en forme de poire très allongée; suivant Pline, il était le plus souvent en onyx et quelquefois en or (fig. 9).

Ce type en bronze a été découvert ainsi que le *dentis-auriscalpium* dans une sépulture de dame au champ de sépultures païennes en bordure du boulevard de Port-Royal.

(*A suivre.*)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

DU DANGER DES CERTIFICATS

Une affaire récente qui a tenu un de nos confrères, le docteur F..., sous le coup d'une action en responsabilité *depuis le 22 novembre 1901 jusqu'en mars 1905*, vient de montrer une fois de plus comment des certificats donnés de la meilleure foi du monde peuvent avoir les suites les plus dangereuses.

Notre confrère le docteur F... était poursuivi par un malade pour l'opération d'une hydrocèle faite en février 1898 pendant son internat. Le malade disait avoir été opéré contre son gré, bien qu'il eût donné une autorisation écrite; il se plaignait en outre d'être devenu neurasthénique à la suite de cette opération. Débouté devant le tribunal civil, l'an dernier, le plaignant vient d'être encore débouté en appel le 8 mars 1905.

Me Georges Gâtineau, avocat à la cour d'appel de Paris, fait à ce sujet, dans le *Bulletin de l'association amicale des internes et anciens internes*, d'intéressantes réflexions :

« Quand on voit, dit-il, qu'un tel procès, en fin de compte jugé téméraire, n'a pu naître et se prolonger qu'avec l'aide de l'assistance judiciaire, on est au premier abord tenté de médire de cette institution philanthropique... » Mais en la circonstance la demande d'assistance du plaignant a pu légitimement être prise en considération grâce à des certificats qu'il a réussi à obtenir de plusieurs médecins, certificats que le jugement apprécie ainsi :

« Qu'il a bien produit deux certificats des docteurs X... et Y..., qui rattachent son mal à l'opération; que ce dernier docteur n'a même pas hésité à déclarer qu'il était la suite « d'une affection testiculaire mal opérée (traitement d'un empirique) »; que toutefois tous les deux sont revenus sur leur première appréciation et ont positivement affirmé qu'ils

n'avaient fait dans leurs certificats que transcrire simplement la déclaration du malade, sans l'avoir vérifiée par un examen de corps, mus qu'ils étaient par le seul désir de lui donner des titres et une recommandation suffisante pour son inscription au bureau de bienfaisance, mobile assurément louable en soi, mais qui n'excuse pas la légèreté et l'inconscience avec laquelle ils ont cru pouvoir affirmer un fait qui pouvait entraîner de graves conséquences pour l'opérateur et qui n'était pas, de leur part, le résultat d'un examen personnel et réfléchi. »

Le premier de ces certificats émane d'un honorable médecin d'un des bureaux de bienfaisance. Il est conçu en ces termes :

« Je soussigné, docteur en médecine, attaché au bureau de bienfaisance, certifie que le nommé G... âgé de... demeurant... est atteint d'une affection testiculaire *mal opérée* (*traitement d'un empirique*) et que, dans cette situation, il est hors d'état de travailler suffisamment pour subvenir à ses besoins.

Délivré à Paris le 27 avril 1898. Dr X... »

Le second est sur papier de l'hôpital de...

« Je soussigné, Z... médecin de l'hôpital de... certifie que G..., âgé de... ,entré dans mon service le 20 juin 1900, est atteint de la maladie de Beard, symptômes nerveux qui ont déjà nécessité plusieurs fois son entrée à l'hôpital et qui *paraissent avoir été causés par une opération pratiquée en 1898 au niveau du testicule droit.* Il souffre de crises viscérales et de crises de tremblement qui lui rendent impossible tout travail.

Le 7 juillet 1900. Dr Z... »

Dans un troisième certificat produit au procès et en date du 25 mars 1901, un second médecin des hôpitaux de Paris a certifié « que G... était atteint de la maladie de Beard, *survenue* A LA SUITE d'une opération sur le testicule », alors qu'il est établi que le malade avait déjà été traité à l'Hôtel-Dieu AVANT l'opération pour cette même maladie. Nous ajouterons du reste que les troubles nerveux que présentait le plaignant étaient incontestablement dus à une autre affection dont il était atteint, à un *mal de Pott sous-occipital.*

Ces divers certificats, n'est-il pas vrai, étaient de nature à donner créance aux prétentions de G...

On devine qu'ils ont été arrachés à des médecins apitoyés par l'état misérable de l'homme qui les demandait...

La morale et l'enseignement à tirer de ces faits est que, si le médecin doit rester pitoyable, il ne doit pas être trop confiant. Il doit être très circonspect dans la rédaction des certificats qui lui sont demandés, ne constater que ce qu'il a pu observer par lui-même, éviter de rattacher les phénomènes qu'il constate à des causes ou à des événements passés dont il ne peut vérifier la réalité, et à cet égard, s'il croit devoir signaler la cause qui lui est déclarée par le malade, n'indiquer la relation de cause à effet que sous les réserves les plus formelles, en distinguant les faits par lui constatés de ceux qui ne résultent que de la déclaration de l'intéressé. D'ailleurs la règle la meilleure consiste *à ne certifier que des phénomènes médicaux constatables et réellement observés et à ne rien ajouter à cette constatation.* Il ne faut rien exagérer, même dans la pensée de rendre service à un malheureux, parce qu'on ne peut savoir s'il n'y aura pas un préjudice causé à une tierce personne et même à un confrère.

Les conséquences des imprudences de cette nature, que commettent parfois les médecins, peuvent être très graves non seulement pour les tiers, mais pour eux-mêmes.

Des considérants comme ceux du jugement du tribunal de la Seine portent atteinte, dans une certaine mesure, à l'autorité qui appartient au médecin dans l'organisation actuelle de la société.

Mais de plus des sanctions directes peuvent atteindre le médecin imprudent. Les tiers qui ont pu éprouver un préjudice, en raison d'une instance dans laquelle ont été produits des certificats médicaux reconnus erronés, peuvent en assigner les auteurs en dommages-intérêts. Nombreux sont les exemples de décisions favorables à de semblables demandes.

Rappelons seulement une assez récente décision du Tribunal civil de la Seine, qui a condamné un médecin à 500 francs de dommages-intérêts et en tous les dépens, pour avoir donné à une femme mariée, plaidant en divorce, un certificat dans lequel il déclarait que certaines lésions par lui constatées auraient pour cause certaines manœuvres dont se serait rendu coupable le mari. Ce dernier ayant réussi à faire juger par la cour que le grief retenu par les premiers juges, sur la foi du certificat médical, n'était pas prouvé, s'en est pris au médecin, dont assurément la bonne foi n'était pas contestable, mais qu'une trop grande commissération pour sa cliente avait conduit à certifier des faits qu'il n'avait pu connaître que par la seule déclaration de l'intéressée. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

RÉCEPTION DES MÉDECINS ANGLAIS. — Le comité des réceptions nous communique les quelques détails suivants :

Il avait été prévu à l'origine que la participation aux diverses fêtes devrait être payante pour tous les assistants. L'importance du fonds de réserve acquis dès à présent permet de rendre complètement gratuite pour tous les souscripteurs la représentation théâtrale, et d'abaisser beaucoup les prix prévus pour l'excursion à Chantilly et le banquet.

Les cotisations sont fixées à cinq francs par voyageur ou voyageuse pour l'excursion de Chantilly et à 20 francs pour le banquet du Grand-Hôtel. Une bonne organisation de l'excursion et du banquet nécessite l'établissement plusieurs jours d'avance de la liste définitive des participants. Aussi le Comité est-il obligé de prier instamment les souscripteurs de vouloir bien adresser leurs cotisations de 5 et de 20 francs avant le 2 mai, dernier délai, à M. le docteur P. Teissier, trésorier du Comité, 205, boulevard Saint-Germain.

M. Teissier accusera réception des fonds par l'envoi en retour des cartes qui seront exigées au départ du train et à l'entrée du banquet.

La liste arrêtée le 3 mai ne pourrait plus subir ultérieurement d'adjonctions sans les plus sérieux inconvénients; en tout cas les souscriptions de la dernière heure seront certainement refusées.

Parmi les réceptions dont nous publierons bientôt le programme détaillé, trois doivent fixer spécialement l'attention.

1° *Le vendredi 12 mai, après-midi.* — Excursion au palais de Chantilly. Les heures du départ et du retour seront indiquées sur le programme. Cette excursion est ouverte à tous les membres adhérents, dames comprises, qui auront envoyé leur cotisation de 5 francs avant le mardi 2 mai.

2° *Le vendredi 12 mai, neuf heures du soir.* — Représentation théâtrale à l'Automobile Club, 8, place de la Concorde.

Cette représentation étant absolument gratuite pour tous les souscripteurs ayant versé 50 francs, il suffit, pour y assister, de s'inscrire avant le mardi 2 mai, dernier délai, chez M. G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

Ceux de nos confrères qui sont mariés sont priés d'indiquer s'ils s'inscrivent pour une ou pour deux places.

Une carte spéciale sera en temps voulu adressée aux adhérents par les soins du Comité.

3° *Le samedi 13 mai, huit heures du soir.* — Banquet au Grand-Hôtel, pour les hommes seulement (voir plus haut pour l'envoi de la cotisation).

Réceptions particulières. — Afin d'éviter les doubles emplois, ceux de nos confrères qui veulent organiser des réceptions particulières, ou des visites de services hospitaliers ou policliniques sont instamment priés de faire parvenir au plus tôt le libellé exact de leur invitation à M. G. Steinheil qui rassemble tous ces avis sur un registre et le tient à la disposition des intéressés.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — *Cours de la saison d'été* (1905). — MM. les élèves internes et externes en médecine des hôpitaux et hospices sont prévenus que les cours de médecine opératoire, sous la direction de M. le docteur Quénu, directeur des travaux scientifiques, commenceront le lundi 1er mai 1905.

Des conférences sur l'histologie pathologique continueront à être faites par M. le docteur Macaigne, chef du laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Nota. — Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de notre ami le docteur Henry Viaud-Grand-Marais (de Nantes). Nous prions son père, M. le professeur Viaud-Grand-Marais, de recevoir l'expression de notre très douloureuse sympathie; — de M. le docteur Toussaint, de Colombey-les-Belles (Meurthe-et-Moselle).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les rayons de Röntgen. Appareils de production, modes d'utilisation, applications chirurgicales, par Edmond Loison, médecin-major de première classe, professeur agrégé du Val-de-Grâce, membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris. 1 vol. in-8° de 680 p. avec 1191 fig. dans le texte. — Prix : 10 fr. — Paris, O. Doin.

Le traitement des aliénés dans les familles, par Ch. Féré. 1 vol. in-8° de 277 p. — Prix : 4 francs. — Paris, Alcan.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

HÉMIPLÉGIES (1)

§ II. **Hémiplégies dans les infections.** — L'hémiplégie peut s'observer dans la plupart des infections : *grippe, érysipèle, choléra, diphtérie, oreillons, rage, état puerpéral, rougeole, variole, fièvre typhoïde, blennorragie, coqueluche*, etc., etc. (v. Déjerine, loc. cit.) et surtout dans :

a. Le *paludisme*, où l'on a décrit α. une hémiplégie accompagnant les accès, et cédant à la quinine; β. une hémiplégie constituant le phénomène dominant de l'accès (*fièvre pernicieuse hémiplégique*); γ. une hémiplégie due à des lésions banales; δ. une hémiplégie hystérique.

b. La *pneumonie* (Macario, Gubler, Lépine, Boulloche, etc.). L'hémiplégie apparaît à la période d'état; toujours flasque, parfois accompagnée d'aphasie, souvent bénigne chez l'adulte, mortelle chez le vieillard, elle relève suivant les cas, α. de lésions cérébrales banales; β. de l'ischémie; γ. de l'hystérie; δ. de l'urémie; ε. d'une intoxication.

c. La *syphilis*. L'hémiplégie y apparaît entre les sixième et dixième années après l'infection (Fournier). Généralement annoncée par des prodromes, elle s'accompagne parfois de paralysies oculaires, de troubles intellectuels, d'aphasie. Elle est due à des lésions multiples : gommes osseuses, méningées, cérébrales, artérite cérébrale etc.

§ III. **Hémiplégies dans les diathèses et dans les intoxications.** — 1. Intoxications exogènes : alcoolisme, arsenic, oxyde et sulfure de carbone, mercure, saturnisme : dans ces cas, tantôt elle est de nature hystérique, tantôt elle est liée à l'artério-sclérose.

2. Intoxications endogènes. a. *Diabète* (v. *Gaz. des hôpit.*, 1903, p. 400 et 429); b. *Urémie* : l'hémiplégie est la forme la plus fréquente de paralysie urémique; dans la néphrite aiguë, l'hémiplégie est précédée de prodromes, flasque, variable, associée à des troubles sensitifs ou sensoriels, peu durable, due à l'œdème cérébral ou à l'intoxication. Dans la néphrite interstitielle, c'est une hémiplégie banale, par hémorragie ou ramollissement cérébral; c. *Artério-sclérose* : cause fréquente d'hémiplégie par thrombose ou hémorragie cérébrale.

§ IV. **Hémiplégies dans les affections respiratoires.** — Signaler l'hémorragie des *pleurésies purulentes*, incomplète, transitoire, rattachée à une embolie, à de l'urémie, à un réflexe inhibitoire.

§ V. **Hémiplégie infantile.** — Ce qui la caractérise essentiellement, c'est l'*arrêt de développement* de la moitié du corps paralysée, portant sur les muscles : amyotrophie diffuse, surtout accusée aux membres supérieurs; le tissu osseux, les vaisseaux, les nerfs etc., et d'autant plus considérable que l'enfant a été frappé plus jeune.

La face et le crâne sont asymétriques; les membres supérieurs sont rapprochés du tronc, le bras serré contre le tronc, l'avant-bras en pronation forcée, fléchi sur le bras, la main sur l'avant-bras, les doigts dans la main. Aux membres inférieurs, la jambe est fléchie sur la cuisse, le pied en varus équin ou en valgus. Si le raccourcissement du membre est considérable, le malade marche sur la face plantaire des orteils (*démarche digitigrade*). Les troubles intellectuels sont très variables, souvent accentués, mais stationnaires (Bourneville). On note fréquemment l'existence, du côté paralysé, de mouvements divers : convulsion, hémichorée, hémiathétose.

Congénitale, l'hémiplégie infantile est due soit à un arrêt de développement, soit à une artérite infectieuse intra-utérine. *Acquise*, elle relève, soit d'une hémorragie, soit d'un ramollissement cérébral; soit encore d'une encéphalite terminée par sclérose. « Le plus souvent, les lésions sont donc les mêmes que celles de l'hémiplégie de l'adulte » (Déjerine).

§ VI. **Monoplégies** : peuvent être *hystériques*; elles s'accompagnent alors des stigmates habituels de la névrose, ou *organiques*, et dues alors α. à des lésions névritiques ou médullaires, unilatérales, fait rare; β. plus souvent à des lésions corticales ou sous-corticales. Précédées d'épilepsie partielle, d'abord flasques, elles s'accompagnent ultérieurement de contracture.

PRONOSTIC. TRAITEMENT. — Le *pronostic* de l'hémiplégie varie essentiellement avec α. le siège, β. la cause de la lésion. Quant au *traitement*, il est le plus souvent palliatif, quelquefois causal (v. Classiques).

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1905, nos 40, 43 et 46.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Nº 49. — SAMEDI 29 AVRIL 1905. 78e ANNEE. SAMEDI 29 AVRIL 1905. — Nº 49.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Abcès de la cavité de Retzius, par M. Gaston COTTE.
MÉDECINE PRATIQUE
Le réflexe plantaire psychique.
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

ÉCOLES DE MÉDECINE. — CLERMONT. — Un concours s'ouvrira le 13 novembre 1905 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont.

Un concours s'ouvrira le 13 novembre 1905 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Brachet, médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale, est nommé officier de la Légion d'honneur.

GUERRE. — Par décret en date du 25 mars 1905, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe de réserve. — MM. les médecins principaux de première classe de l'armée active retraités Crussard et Mussat.

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins principaux de deuxième classe de l'armée active retraités Barois, Gouell et Mary.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Couderc, Olivier, Langue, Liron, Bernhard et Aubertie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée active dont la démission a été acceptée Vidal, Fasquelle, Collet et Raoult-Deslongchamps.

Au grade de médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale. — M. l'ex-aide-major de première classe de l'armée territoriale réintégré Rodet; — M. l'aide-major de première classe de l'armée active démissionnaire Bourguedieu.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs Sanlaville, Levasseur, François, Mayard, Sauvan, Martin (Armand), Cousin, du Bouays de Couesbouc, Géraudel, Reynard, Burnet, Monjauze, Trastour, Leuret, Martin (Pierre), Dauvergne, Picart, Gal, Boudréaux, Philippe, Le Louêt, Decoly, Souhet, Buy, Abt, Bouquerel, Faget, Léri, Tridon, Boureille, Legroux, Tulasne, Saucet, Legros, Chastenet de Géry, Hanriot, Chevallier, Roche, Pelloux, Beauvy, Favier, Pravaz, Jeannerat, Chaix, Bigeon, Salomon, Izard, Danjean, Baffet, de Boucaud, Bour, Berthelot, Gaillard, Vivier, Rocher, Schmeltz, Riche, Bernadicou, du Peloux, Pasquier, Chancel, Grozelier, Salanson, Fatout, Ollier, Labbey, Lemaire, Appel, Pasqueron de Fommervault, Mazuré, Chauvelot, Chavernac, Allard, Véry, Bourgeois, Grabias, Painetvin, Chevrier, Puinsac, Guillet, Gromier, Bertrand, Drain, Cazeneuve, Clermonthe, Pouliot, Marcantoni, Vernédal, Croyn, Theulet-Luzié, Lecomte, Chahuet, Challaye, Gérard, Acher-Dubois, Pouret, Moindrot, Petit, Yaich, Desjeux, Durozoy, Thiers, Rimbaud, Brégeon, Henry, Laval, Flamand, Carteron, Joussemet, Renaud, Viallier-Raynard, Chazarain, Lœvenhard, Duquesney, Passenaud, Binand, Génévoix, Besbouis, Bresselle, Quilliet, Brissot, Barthès, Gleises, Pautré, Ronneaux, Dirksen, Mignardot, Lacroix, Manuel, Degaud, Harismendy, Vincent, Gandois, Maestraggi, Maillard, Bretheau, Hutinet, Roncin, Clénet, Matheron, Coppens, Jolieu, Lagarde, Lecointre, Lemaignan de Kerangat, Hubert, Sencert, Dieuzaide, Ladure, Bouret, Miquel, Veirat, Noël, Lebreton, Barthès, Bruneau, Guerido, Gautret, Muller, Larcher, Hernu, Dubrac, Darin, Levadoux, Sourice, Sarazanas, Fleury, Feyzeau, Chaignot, Athané, Baslez, Vitet, Lieutier, Guignier, L'Hôte, Godlewsky, Chauvin, Barbarin, Bonnenfant, Blatin, Trifaud, Bergonier, Picard, Coste, Grillot, Vignères, Aka, Perrenot, Cacault, Liautey, Favette, Dufays, Maziol, Levesi, Natier, Talichet, Guénot, Guillot, Lecompte, Fayard, Roure, Richomme, Saligue, Jégourel, Marquis, Duprez, Fischer, Saint-Béat, Malbec, Cazal, Quesnot, Nocton, Quenée, Sénéchal, Giuliani, Devillers, Michel, Binet, Boismoreau, Alicot, Crès, Cambillet, Mothe, Lang, Bichaton, Suquet, Bramard et Olivier.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs Chadoutaud, Vassal, Pecker, Honig, Perret, Rosenblat, Bertrand, Couroubacalis, Thorp, Castel et Léo.

Au grade de pharmacien principal de première classe de l'armée de réserve. — M. le pharmacien principal de première

classe de l'armée active retraité Balland.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe de réserve. — M. le pharmacien aide-major de première classe de l'armée active dont la démission a été acceptée Martin.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les pharmaciens de première classe Izérable, Lefèvre, Gasparoux, Dorbes, Boulay, Puicouyoul-Labruyère, Cartillier, Hinard, Layraud, Barbié, Lartet, Laouenan, Maisonneuve, Leray, Girel, Saudé, Bardout, Capayrou, Leroussaud, Sagot, Paty, Averoin, Jeanne, Rossignol, Sondey, Martel, Micolier, Duval, Coussinet, Chérot, André, Flandrin, Pepin, Reddé, Couan, Lemaire, Cassette, Boivin, Moret, Lazennec, Papion, Luguet, Deshayes, Dumolard, Petit, Palisse, Dupau, Madot, Martin, Simon, Pollet, Berlioz, Galand, Mastain, Bouyer et Goutal.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les pharmaciens de première classe Bourgeois et Moreau.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 586.*)

REVUE GÉNÉRALE

ABCÈS DE LA CAVITÉ DE RETZIUS

Par M. Gaston COTTE,
Interne des hôpitaux de Lyon.

Le phlegmon de la cavité de Retzius est l'inflammation du tissu cellulaire situé en avant et autour de la vessie, dans les points où elle est dépourvue de péritoine.

I

Historique. — Constantin Paul faisant l'éloge de J.-J. Bouley dans son livre sur les *Maladies du cœur* dit que c'est à lui que revient l'honneur d'avoir diagnostiqué le premier un abcès situé dans la cavité de Retzius. Il décida le chirurgien à faire l'opération et guérit son malade. Ces collections prévésicales ont été fort anciennement observées, ainsi que cela résulte encore des recherches de Bouilly; elles furent même étudiées en 1850 par Bernutz. Mais ce n'est qu'après les descriptions anatomiques de Retzius (1856) et de Hyrtl (1858) qu'elles furent bien distinguées des autres phlegmons de la cavité abdominale et des péritonites enkystées venant faire saillie à l'hypogastre.

Le premier travail clinique sur ces abcès est celui que publia Wenzel Grüber en 1862, dans les *Archives de Virchow*. Cinq années plus tard, Worms, dans la *Gazette des hôpitaux*, s'occupa de la même question. Puis bientôt elle devint l'objet de mémoires plus importants : Labuze (1871), Vaussy (1875), Castaneda y Campos (1878), Gérardin (1879), Macarez (1880) en firent successivement le sujet de leur thèse inaugurale.

Bouilly en 1880, dans sa thèse d'agrégation sur *Lés tumeurs aiguës et chroniques de la cavité prévésicale*, réunit 43 observations d'abcès de cette loge et en fixa magistralement l'évolution clinique. Il distingua des abcès idiopathiques et d'autres symptomatiques et cette division fut reproduite par la plupart des auteurs qui écrivirent après lui sur le même sujet.

Cette étude eut l'avantage d'attirer l'attention des cliniciens sur une localisation phlegmoneuse jusque-là peu connue. Un grand nombre d'observations en furent alors publiées, fournissant matière à de nouveaux travaux de la part de nombreux auteurs.

Il faut signaler surtout, dans la littérature française, le mémoire de Laussat, les thèses de Villiers et de Cristol, les cliniques de Guyon, de Tillaux, reproduites dans la *Gazette des hôpitaux*, les articles de Puech, de Para et Tuffier, de Charpy. Dans ces quinze dernières années nous citerons encore le travail de Martin, dans les *Annales* de Guyon, les thèses de Balp, de Delbet, de Drappier, de Blot, de Meiguant, de Clenet. Brun en 1897 a signalé un cas de phlegmon de l'espace prévésical consécutif à une appendicite. J. de Cordemoy (Th. de Paris, 1898) a étudié les abcès froids de cette région. Pasteau a fait, sur ce sujet, une communication au Congrès de médecine de 1900. Enfin, Géraudie, dans un travail récent, inspiré par Imbert (de Montpellier), s'appuyant sur la présence de ganglions lymphatiques dans l'espace de Retzius (Gérota, Cunéo et Marcille), a édifié une théorie pathogénique nouvelle de ces abcès. Il dit que, dans un grand nombre de cas, il s'agit d'adéno-phlegmon à point de départ plus ou moins éloigné, développé aux dépens de ces ganglions.

A l'étranger, les phlegmons de la cavité de Retzius ont été également l'objet de travaux importants. En Allemagne Leusser les a distingués, en 1885, des abcès développés dans la gaine du grand droit. Pinner, Henke et Waldeyer ont fixé les limites de la loge où ils se développent. Englisch les a surtout étudiés au point de vue étiologique et il en a donné une division sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir. Neumann, Rudolph, Leibold, Gossman et Lohmann en ont décrit successivement dans leur thèse les différentes particularités. Haasler (1902) et Honsell (1904) enfin ont fait d'intéressantes recherches sur leur pathogénie. Les seuls mémoires anglais qui présentent de nouvelles observations sont ceux de Prescott Hewet (1874), de Stephan Paget (1887), d'Arcy Power (1888), et les travaux plus récents de Michels (1893) et Hotchkiss (1896).

II

Données anatomiques. — Avant d'étudier les suppurations de la cavité prévésicale, il convient de jeter un coup d'œil sur les rapports de la face antérieure de la vessie. Retzius est incontestablement le premier auteur qui ait attiré l'attention sur l'existence d'un espace prévésical; mais la description qu'il en donna à l'Académie de Stockholm en 1856 n'a pas été retrouvée par les anatomistes qui lui succédèrent et sa description est devenue le point de départ d'une longue controverse. Nous laisserons de côté toutes les discussions qu'ont fait naître les recherches de Hyrtl, Gérardin, Bouilly, Leusser, Pauzat, et il nous suffira de réunir ici les notions nouvelles que nous ont données sur la cavité de Retzius et l'aponévrose ombilico-vésicale les travaux récents de Charpy (1888), Balp (1890), Pierre Delbet (1891), Drappier (1895), Paul Delbet (1895), ceux de Cunéo et Veau (*Journ. de l'anat.*, 1899) et d'Ansel (Th. de Nancy, 1899).

En avant de la vessie se trouvent trois espaces, susceptibles de prendre à l'état pathologique un développement plus ou moins considérable :

1° L''espace rétro-musculaire, cavum supra-pubicum de Leusser;

2° L'espace prévésical, auquel on donne généralement le nom de cavité de Retzius;

3° L'espace prépéritonéal.

L'espace rétro-musculaire, bien décrit par Leusser, est tout à fait comparable à l'espace sus-sternal. Il est situé au-dessus de la symphyse pubienne, en arrière du muscle grand droit de l'abdomen. C'est une cavité angulaire qui est due à ce que le muscle va s'insérer sur la face antérieure du pubis, tandis que le feuillet postérieur de la gaine passe en arrière de cet os. Sa base est formée par le bord supérieur de la symphyse pubienne; son sommet remonte à 5 ou 6 centimètres au-dessus. Elle est comblée par un tissu cellulaire, plus ou moins chargé de graisse suivant les sujets, au milieu duquel chemine le filet sus-pubien de l'artère épigastrique. Pour certains auteurs, les fosses droite et gauche seraient séparées sur la ligne médiane par un plan aponévrotique dépendant de l'adminiculum lineæ albæ. Pour d'autres, au contraire, elles communiqueraient largement entre elles. Le cavum de Leusser est solide-

ment fermé en avant par le tendon du muscle droit; mais il n'est limité en arrière que par une paroi d'une grande minceur, le fascia transversalis, dont le peu de résistance explique la grande tendance des abcès de cette loge à fuser dans la cavité de Retzius immédiatement sous-jacente.

L'espace prévésical a reçu de Waldeyer le nom de cavité de Retzius. Il est limité en avant par le fascia transversalis. En arrière ses limites sont formées sur la ligne médiane par l'aponévrose ombilico-vésicale et latéralement par le péritoine. En bas, il se prolonge jusqu'à l'aponévrose pelvienne supérieure, dans l'espace qui sépare l'insertion du fascia transversalis en avant de l'aponévrose ombilico-vésicale en arrière. En haut, depuis Pauzat, Charpy, Pierre Delbet, on admet que la cavité se prolonge jusqu'à l'ombilic, tandis que dans la description de Bouilly, elle s'arrêtait au niveau des arcades de Douglas.

Latéralement, elle se continue, dans sa partie supérieure, avec l'espace sous-péritonéal et c'est sans doute pour cela que Termet a confondu ces deux régions dans une même description. Dans sa partie inférieure, l'adhérence de l'aponévrose ombilico-vésicale au bord antérieur de la grande échancrure sciatique la clôt hermétiquement et la sépare de la gaine des vaisseaux hypogastriques et du tissu cellulaire prérectal (Delbet).

Ainsi comprise, la cavité de Retzius a la forme d'un demi-cylindre à concavité postérieure, qui embrasse la partie antérieure de la vessie. Sa portion supérieure est rétro-musculaire; sa portion inférieure, rétro-pubienne. Elle est remplie d'un tissu cellulaire lâche qui facilite la locomotion de la paroi antérieure de la vessie sur la face postérieure de la paroi abdominale et de la symphyse et qui dans certains cas se transforme même en une véritable bourse séreuse. Heurtaux (de Nantes) la divise en deux compartiments, l'un inférieur et l'autre supérieur sous-ombilical. Mais l'anatomie ne montre aucune trace de cette division.

L'espace prévésical renferme au milieu de ce tissu cellulaire des *ganglions lymphatiques* qui ont été découverts par Gérota en 1896. Ces ganglions, d'après Cunéo et Marcille, Bazy, Imbert et son élève Géraudie, seraient à peu près constants. Ils ont été trouvés hypertrophiés dans un certain nombre de cas, et Bazy, à la Société de chirurgie (1899), a présenté un ganglion qu'il avait enlevé chez un malade atteint de cystite calculeuse. Leurs vaisseaux afférents ou efférents sont encore mal connus. Pour Cunéo et Marcille ce seraient simplement du petits nodules ganglionnaires interrupteurs (Schaltdrüsen de Stahr) échelonnés sur le parcours de la lymphe qui se rend ensuite aux ganglions vésicaux antérieurs et latéraux bien décrits par Gérota.

L'espace prépéritonéal qu'il nous reste à décrire est compris entre l'aponévrose ombilico-vésicale et le péritoine. C'est un cône creux, légèrement aplati d'avant en arrière. Il est occupé tout entier par les débris de la gaine allantoïdienne de Delbet, et sert d'enveloppe à l'ouraque et aux artères ombilicales. Il renferme les veines périvésicales et les vaisseaux de la vessie. Au niveau de sa base, sur l'aponévrose pelvienne supérieure, il se continue avec la gaine hypogastrique et avec le tissu cellulaire, situé à la base du ligament large, chez la femme. Cet espace prépéritonéal peut, dans certains cas, devenir le siège d'épanchements divers et souvent il se laisse infiltrer d'une graisse abondante.

III

Étiologie et pathogénie. — Bouilly, Guyon, Leusser ont classé les abcès de la cavité de Retzius en deux grandes classes :

1° Les *abcès idiopathiques;*

2° Les *abcès symptomatiques.*

Une division plus complète fut établie par Englisch en 1889 et quelques auteurs ont continué à décrire après lui :

1° Des *abcès idiopathiques* se développant sans cause appréciable;

2° Des *abcès traumatiques* succédant à une contusion plus ou moins forte des parois de l'abdomen;

3° Des *abcès métastatiques* relevant de maladies infectieuses, ou d'une manière plus générale de la septicémie et de la pyohémie;

4° Des *abcès consécutifs*, symptomatiques d'une lésion de voisinage ou propagés d'une région adjacente.

Les *abcès idiopathiques* se rencontreraient surtout dans la jeunesse et dans la première moitié de la vie. Bouilly qui en a réuni 27 cas fait remarquer que c'est entre vingt-deux et vingt-cinq ans qu'on les observe le plus souvent, ils sont beaucoup plus fréquents chez l'homme puisque, dans ces 27 observations, il n'y en a que 4 qui se rapportent au sexe féminin. Le traumatisme est mis dans un grand nombre de circonstances à l'origine des accidents. Il en est de même des troubles digestifs, de la blennorragie ou de la puerpéralité.

D'après Englisch, la tuberculose, en tant que maladie générale, l'existence d'une affection vésicale prédisposeraient aux phlegmons prévésicaux. Mais leur cause efficiente est un agent pathogène spécial, qui, ayant une affinité pour le tissu cellulaire de la cavité de Retzius, détermine par son développement en ce point l'inflammation de cette région. Pour ces abcès, dont la cause est obscure, on voit donc qu'Englisch non seulement admet leur nature essentielle, mais qu'il en fait en outre une maladie infectieuse spécifique *sui generis.*

La plupart des auteurs modernes admettent encore ces abcès idiopathiques. Guinard dans le *Traité de Duplay-Reclus*; Michaux dans *celui de Le Dentu-Delbet*, décrivent des abcès primitifs de la cavité de Retzius et les auteurs étrangers, Martin (*Diagnostik der Bauchgeschwülste*), Stinthal (*Handbuch der prakt. Chir.*) partagent la même opinion.

Seuls jusqu'à présent Leibold, Michels, Haasler ont refusé d'admettre leur existence. Pour Leibold, ces collections spontanées de cause inconnue ou consécutives au traumatisme siègent non pas dans la cavité de Retzius, mais dans l'espace rétro-musculaire; et lorsque l'espace prévésical est envahi par le pus, il l'est toujours secondairement, par suite de la rupture de cette collection dans la cavité de Retzius. Haasler admet également qu'ils succèdent à un hématome sous-musculaire. Michels dit seulement que leur cause nous échappe; et c'est cela qui nous les fait considérer comme idiopathiques.

Honsell, dans son travail récent, adopte complètement cette manière de voir. Il fait remarquer à juste titre que dans ces dernières années, où les abcès de la cavité de Retzius ont été bien étudiés, on n'a pas rapporté de faits nouveaux d'abcès idiopathiques. Les auteurs qui en admettent encore l'existence ne font que rapporter les observations anciennes que Bouilly et Englisch ont réunies dans leurs travaux.

Or, ces faits sont tous plus ou moins sujets à caution. Dans un grand nombre de cas, l'examen complet du sujet n'a pas été fait et on n'a pas éliminé avec assez de soins la possibilité d'une lésion causale. Dans d'autres, c'est le siège de l'abcès qui n'a pas été fixé assez minutieusement et l'on a décrit des péritonites enkystées ou des abcès rétro-musculaires comme des collections de l'espace prévésical.

Les *abcès métastatiques* ne semblent pas non plus devoir être conservés. Il est rare en effet de voir se développer des métastases infectieuses dans les feuillets pré ou péri-viscéraux et l'affinité de ces abcès pour le tissu cellulo-graisseux, paraît bien concerner seulement les lames celluleuses sous-cutanées et péri-articulaires. D'ailleurs, comme le fait remarquer Honsell, tous les faits que l'on a donnés jusqu'à présent comme type d'abcès métastatiques (Bouilly, Labuze) se rapportent à des malades en convalescence de dothiénentérie. Il est donc fort probable que dans un certain nombre de cas il s'agissait de myosite ayant donné lieu à une suppuration dans la gaine des droits ou dans l'espace rétro-musculaire et ayant envahi secondairement la cavité de Retzius. Dans d'autres cas, on était peut-être en présence d'adéno-phlegmons d'origine intestinale ou vésicale : nous y reviendrons tout à l'heure.

Les *abcès traumatiques* peuvent survenir dans un grand nombre de circonstances. Nous n'insisterons pas sur les traumatismes avec solution de continuité des parois abdominales. Il est bien évident que toutes les plaies de la région hypogastrique, qu'il s'agisse de plaies par armes tranchantes, de plaies contuses, de fractures du bassin compliquées, de blessures par armes à feu, peuvent entraîner à leur suite une suppuration dans l'espace prévésical. Les plaies opératoires elles-mêmes peuvent s'accompagner de cette complication. Poncet (*Lyon méd.*, 1876) a rapporté un cas où après deux ponctions faites avec l'appareil de Potain on vit se développer en avant de la vessie une collection suppurée abondante, limitée de chaque côté par des adhérences. Bouilly cite encore une observation de Roux dans laquelle, à la suite d'une taille sus-pubienne, une infiltration d'urine se produisit dans le tissu cellulaire intermédiaire à la vessie et à la symphyse et une autre dans laquelle un abcès prévésical se développa, consécutivement à une hystérotomie pour fibromes multiples.

Pour les traumatismes, sans solution de continuité des parois abdominales, on peut les diviser en deux groupes suivant qu'il existe ou non des lésions concomitantes des voies urinaires inférieures dans la portion de leur trajet où elles sont en rapport avec la cavité de Retzius.

Les collections suppurées consécutives à une contusion de l'abdomen sans lésions cutanées ou viscérales sont très rares. Elles succèdent habituellement à un hématome et la seule chose intéressante à discuter ici, c'est le siège primitif de la collection sanguine. Pour Leibold, il s'agit d'hématomes musculaires, primitivement situés dans la gaine du droit et dans l'espace rétro-musculaire. Le mécanisme de leur production a été bien étudié par Charvot et Couillault (*Revue de chir.*, 1887). Le muscle se rompt ordinairement dans sa portion sous-ombilicale. A ce niveau, sa face postérieure est privée d'enveloppe aponévrotique. Rien ne vient brider l'extravasation sanguine et le liquide hématique peut s'épancher librement dans la cavité de Retzius.

Ces auteurs pensent que nombre de phlegmons de cette cavité ont pour origine des ruptures du droit abdominal, et que beaucoup d'abcès considérés comme idiopathiques ne relèvent pas d'un autre mécanisme.

Plus fréquemment, ces collections purulentes succèdent aux différents traumatismes qui intéressent les voies urinaires dans la portion de leur trajet où elles sont en rapport avec la loge prévésicale. Les causes les plus ordinaires de ces épanchements sont la rupture de la face antérieure de la vessie par contusion de l'abdomen ou par fracture du bassin (Mitchell, *Ann. of Surgery*, 1898) et la déchirure de l'urètre dans sa portion prostatique ou membraneuse. Pour qu'une déchirure de l'urètre puisse verser l'urine dans le tissu cellulaire qui entoure la vessie, il faut que l'aponévrose supérieure du périnée soit rompue (Bouilly), condition sans laquelle il se ferait une infiltration urineuse périnéale et non prévésicale. Cette condition se trouve réalisée dans les plaies de l'urètre par fracture du pubis, le fragment osseux déchirant les aponévroses moyenne et supérieure en même temps que le canal. Dans tous ces cas, la tumeur hypogastrique se développe plus ou moins longtemps après l'accident. Elle peut apparaître immédiatement (Denonvilliers, Syme), le second jour (Shaw) ou quelques jours plus tard (Prescott Hewett).

Abcès symptomatiques. — Les rapports intimes qui existent entre le tissu cellulaire prévésical et une partie des voies urinaires, la communication facile de ce tissu avec celui qui tapisse les fosses iliaques et avec la gaine hypogastrique, la présence de ganglions lymphatiques (Gérota, Cunéo et Marcille) au milieu de ces feuillets celluleux expliquent la grande fréquence des phlegmons de la cavité de Retzius, symptomatiques d'une lésion de voisinage.

L'âge n'a aucun rôle dans l'étiologie de ces abcès. Mais le sexe a une certaine influence au point de vue de l'organe primitivement affecté. Chez l'homme les lésions primitives des voies urinaires inférieures sont en majorité; chez la femme les inflammations utérines ou périutérines prédominent.

Dans un grand nombre de cas, les abcès qu'on observe dans l'espace prévésical ne sont que le résultat de l'extension de collections développées tout d'abord plus ou moins loin de cet espace : abcès sous-ombilicaux (Heurtaux), omphalite des nouveau-nés, abcès de la fosse iliaque interne, myosite suppurée et collections de l'espace rétro-musculaire, phlegmons de la gaine hypogastrique et du ligament large, etc. Mais en dehors de ces abcès propagés, toutes les maladies inflammatoires de la vessie, de la prostate, de l'urètre postérieur, des vésicules séminales et de la portion terminale des uretères; toutes les altérations du pubis, les maladies du tractus intestinal et des organes génitaux internes de la femme peuvent être la cause de ces phlegmons. L'inoculation de la cavité de Retzius se fait de deux façons différentes : tantôt le pus développé dans des organes voisins vient directement infecter le tissu cellulaire de cette cavité. D'autres fois c'est par l'intermédiaire des lymphatiques que se fait cette infection et l'on assiste au développement d'un adéno-phlegmon (Géraudie, Honsell) dans les ganglions qui ont été décrits par Gérota.

Nous allons rapidement passer en revue les affections qui ont été le plus souvent signalées à l'origine des accidents.

Parmi les affections vésicales, la lésion qui favorise le plus l'infection du tissu cellulaire prévésical est la cystite chronique, surtout quand il y a de temps en temps quelques poussées aiguës (Hallé, Meignant). Les ruptures spontanées de la vessie (Wagner), les perforations de sa paroi antérieure ont été signalées dans quelques observations. Eylan a rapporté un cas de perforation chez un prostatique; Cristol, Leibold ont vu des abcès se développer à la suite de cystites ulcéreuses, terminées par perforation. La cystite tuberculeuse et les tumeurs de la vessie s'accompagnent le plus souvent de péricystite scléro-lipomateuse. Dans quelques cas cependant, elles se sont accompagnées de collections dans la cavité de Retzius. Prescott Hewett, chez une petite fille de neuf ans atteinte de tuberculose vésicale, a constaté un abcès froid prévésical qui s'était développé à la suite d'une perforation de la paroi antérieure de la vessie. Englisch a publié une observation analogue. Arcy Power a rapporté dans son travail un cas d'abcès par rupture de la vessie au niveau d'une tumeur sarcomateuse.

Des corps étrangers de la vessie, des calculs peuvent arriver à s'éliminer par ce processus : les faits de Caumont et Prescott Hewett en sont des exemples remarquables.

Les *lésions de l'urètre postérieur et de la prostate* sont également signalées dans un grand nombre de cas à l'origine des abcès de la cavité de Retzius. Le mécanisme de l'infection est très variable. Dans un certain nombre de faits, les abcès sont sous la dépendance de lésions vésicales concomitantes. Mais dans d'autres cas le pus, après s'être collecté autour de la prostate ou autour de l'urètre, s'insinue entre les faisceaux qui composent les ligaments pubio-vésicaux et arrive jusqu'à la nappe cellulo-graisseuse prévésicale (Bouilly).

D'après les auteurs qui ont étudié plus récemment cette question, les larges communications qui existent entre les lymphatiques de l'urètre postérieur et de la prostate et ceux de la vessie, expliquent bien mieux le mode de développement de ces phlegmons. Nous verrons tout à l'heure que les anastomoses des vaisseaux lymphatiques de l'intestin avec ceux de la vessie (Gérota) permettent d'interpréter de la même façon les abcès consécutifs à une infection intestinale. Parmi les affections de l'urètre, susceptibles de donner lieu à une collection prévésicale, le rétrécissement blennorragique est peut-être celle qui est le plus souvent signalée (Castaneda y Campos, Gérardin, Bouilly, Legueu, Meignant, Haasler). Guyon a rapporté un cas d'abcès aigu prévésical à la suite d'une prostatite tuberculeuse et Reliquet un phlegmon consécutif à une séminalite. Signalons enfin les faits de Castera et d'Imbert où la porte d'entrée était un chancre du prépuce et un papillome de la verge ulcéré.

Les *lésions de l'appareil génital* sont, chez la femme, une des causes les plus ordinaires du phlegmon prévésical. Celui-ci n'est souvent que la propagation d'un phlegmon du ligament large (Delbet). Lorsque l'inflammation aboutit à la suppuration, celle-ci, en raison des rapports que nous avons indiqués, peut donner lieu à des prolongements antérieurs par la loge prévésicale.

Bouilly et Rudaux ont signalé un certain nombre de cas d'abcès consécutifs à l'accouchement et Puech (*Gazette des hôpit.*, 1899) en a publié une nouvelle observation. Pour les expliquer on a invoqué, dans les cas où une rupture de la symphyse s'était produite pendant l'accouchement, la propagation au tissu cellulaire prévésical d'une inflammation développée dans la symphyse pubienne. La coexistence de lésions plus ou moins graves de l'articulation (destruction du cartilage interarticulaire, dénudation des surfaces osseuses, élimination de séquestres osseux), est notée dans plusieurs observations et elle rend fort plausible cette hypothèse. Mais dans d'autres cas, on doit admettre (Géraudie) que l'infection primitivement localisée à l'utérus a progressé par voie lymphatique jusqu'au tissu cellulaire de la loge de Retzius et jusqu'aux ganglions de Gérota. Les faits de Vaudraad et de Puech sont tout en faveur de cette opinion.

Bernutz, Guyon, Bouilly ont signalé depuis longtemps le rapport de causalité qui existe entre les *affections du tractus intestinal* et les abcès de la cavité de Retzius et pour Tuffier, nous sommes trop portés à chercher du côté de la vessie ou de l'appareil urinaire l'origine de ces accidents et nous négligeons les constatations positives que nous donne l'appareil digestif.

Bouilly, Labuze ont rapporté des cas de phlegmons à la suite de dothiénentérie. Dans l'observation des malades de Gérardin, Martin (de Genève), on trouve notés des troubles intestinaux mal définis. D'autres fois, il s'agit de lésions appendiculaires. Arnould (de Lille) regardait comme possible l'origine pérityphlitique de quelques phlegmons, et les faits de Tuffier, de Brun, de Bérard et Patel sont venus confirmer cette hypothèse.

Toutes les ulcérations intestinales, en ouvrant une porte à l'infection, peuvent devenir le point de départ de phlegmons prévésicaux, et nous avons déjà dit comment les anastomoses des vaisseaux lymphatiques de l'intestin et de la vessie pouvaient les expliquer. Guyon et Michels ont publié chacun une observation d'abcès prévésical consécutif à un carcinome de l'instestin grêle. L'anse malade était venue adhérer à la paroi abdominale antérieure et s'était ouverte dans la cavité de Retzius. Opin dans sa thèse (1894) en a réuni un certain nombre d'exemples. Quelques cas curieux semblent encore établir une relation de cause à effet entre la présence de vers lombrics dans l'intestin et le phlegmon prévésical. C'est du moins ce qui paraît résulter des faits cités par Boerhave, Willis et plus récemment par Laveran et Sikora (*Presse méd.*, 1905).

Nous en aurons fini avec l'étude des causes des abcès de la cavité de Retzius quand nous aurons signalé les phlegmons consécutifs à des *lésions osseuses du pubis*. Guéneau de Mussy a cité un cas de tumeur blanche de la symphyse ayant déterminé un abcès froid de l'espace prévésical. Labeyrie, dans sa thèse sur la tuberculose du pubis, cite encore les observations de Boyer, Glenn, Duhrssen. Enfin, dans son étude récente sur l'ostéomyélite pubienne, Barbry dit que l'abcès peut s'ouvrir directement dans le grand espace prévésical. Il n'a qu'à rompre pour cela le périoste de la face postérieure de l'os (obs. de Grenser et Kirchner).

Poncet et Bérard, dans leur étude sur l'actinomycose abdominale, disent que la cavité de Retzius peut être envahie par l'*actinomycose*. Le plus souvent ces phlegmons actinomycosiques ont une origine appendiculaire et Hinglais dans sa thèse en a rapporté un bel exemple. L'an dernier nous avons vu également dans le service de M. le professeur

Poncet un phlegmon ligneux de la paroi abdominale qui avait envahi la cavité prévésicale et qui s'était ouvert spontanément à l'hypogastre et au périnée (1).

Budin, enfin, a vu chez un nouveau-né un phlegmon prévésical se développer à la suite d'une phlébite ombilicale.

IV

Etude clinique. — Guyon et Gérardin admettent dans la marche clinique du phlegmon prévesical trois périodes bien distinctes :

1° Une première période de troubles généraux plus ou moins graves ;

2° Une deuxième période de troubles urinaires ;

3° Un troisième période dans laquelle on observe des signes physiques contitués principalement par la tuméfaction hypogastrique.

Mais pour M. Bouilly cette division ne répond pas absolument à la réalité et à la généralité des faits et il ne faut admettre que deux périodes qui souvent même se confondent :

1° Une période de troubles généraux et locaux indiquant un état de souffrance de l'intestin ou de la vessie ;

2° Une deuxième période dans laquelle apparaît la tumeur hypogastrique avec ses caractères particuliers.

Les troubles urinaires ne sont pas assez constants pour qu'on puisse les ranger dans une période à part. A leur début il paraissent appartenir au même ordre d'accidents que ceux qui se manifestent du côté du tube digestif et ils sont dus, les uns et les autres, moins à la phlegmasie du tissu cellulaire qu'à un certain degré de retentissement du côté du péritoine. Ils diffèrent ainsi des troubles urinaires tardifs qui sont le fait d'une collection purulente prévésicale ou des adhérences de la vessie à la paroi abdominale antérieure.

Pour Honsell et un grand nombre d'auteurs modernes, cette division de la maladie en deux ou trois périodes ne correspond pas à la réalité des faits. Dans un grand nombre de cas, en effet, ce sont les signes de tumeur qui font leur apparition les premiers et lorsqu'ils se montrent secondairement, il est probable qu'une palpation profonde aurait pu les faire reconnaître plus tôt.

Début aigu et marche rapide ; début insidieux et marche lente : telles sont les deux modalités des abcès de la cavité de Retzius.

Le *début avec phénomènes très aigus* est beaucoup plus fréquent dans les abcès d'origine intestinale que dans les phlegmons d'origine urinaire. Cependant, cette loi n'a rien d'absolu et il est facile de prévoir que dans les collections qui succèdent à une inoculation rapide et massive, comme dans les ruptures traumatiques ou spontanées de la vessie, les accidents auront d'emblée une allure suraiguë. On observe dans ce cas tous les symptômes d'une péritonite aiguë. Le malade ressent une douleur violente tantôt localisée à l'hypogastre, tantôt irradiée à tout l'abdomen. Il a quelquefois, comme dans le cas de Blot, l'impression de quelque chose qui se déchire dans le ventre. Les phénomènes gastro-intestinaux de la péritonite et les troubles généraux sont toujours très précoces et la mort peut survenir très rapidement, surtout si le péritoine est atteint. Dans d'autres cas, au contraire, après ces symptômes effrayants, tout rentre assez vite dans l'ordre et on voit l'infection se localiser et le pus se collecter dans la cavité de Retzius.

Le *début insidieux* est plus fréquent. Il s'agit ordinairement de malades ayant un passé urétral déjà ancien, et les phénomènes du début se confondent souvent aves les symptômes de la lésion préexistante. Le premier phénomène qui attire vraiment l'attention, c'est une douleur sourde à la région hypogastrique. Cette douleur donnant une sensation de pesanteur derrière le pubis est continue. En même temps l'état général s'affaiblit peu à peu. Les fonctions digestives ne se font plus normalement : l'appétit disparaît. Il y a souvent de la diarrhée et la cachexie s'installe petit à petit. La fièvre fait habituellement défaut (Gérardin).

Dans quelques cas enfin, les choses se passent plus insidieusement encore et c'est parce que le malade remarque une tumeur à la région hypogastrique qu'il entre à l'hôpital.

A la période d'état, le phlegmon prévésical revêt une allule un peu différente suivant la nature de l'affection qui lui a donné naissance.

Dans les abcès aigus, une des particularités les plus constantes consiste dans une douleur violente à l'hypogastre. Cette douleur, qui au début donnait surtout une sensation de pesanteur derrière la symphyse pubienne devient maintenant beaucoup plus violente. Comme dans l'appendicite, chaque secousse imprimée à la paroi détermine des redoublements de souffrance. Le passage de la position couchée à la position assise est très pénible et provoque les plus grandes douleurs. Dans les cas les plus typiques le patient est couché, les jambes repliées sur l'abdomen. La palpation du ventre, faite méthodiquement, permet de reconnaître derrière la symphyse une résistance considérable, indépendante de l'état de plénitude de la vessie. Cette résistance siège ordinairement sur la ligne médiane. Elle se divise profondément sur les bords latéraux du rectum. Son sommet a sa convexité tournée vers l'ombilic, si bien qu'on dirait une vessie distendue. Plus rarement la tumeur franchit, dans les parties déclives, les parois latérales du rectum pour se continuer le long de l'arcade crurale vers l'épine iliaque antéro-supérieure. Dans ce cas elle ressemble assez bien à un chapeau de gendarme français (Honsell). Le plus souvent symétrique, elle est quelquefois inégalement développée. Elle forme alors une masse irrégulière plus ou moins bosselée dont la palpation, mieux que l'inspection, permet de reconnaître tous les contours. Sa consistance est remarquable et cette tension surprenante qu'elle possède est encore accrue par la contraction réflexe des muscles abdominaux. La peau, comme dans tous les cas de suppurations sous-jacentes, est ordinairement œdématiée. Le toucher rectal ou vaginal, qu'il ne faut jamais omettre de pratiquer, permet de reconnaître parfois une induration profonde, se prolongeant dans le petit bassin. Enfin, la tumeur n'est pas influencée par le cathétérisme.

Parmi les symptômes fonctionnels, on observe le plus souvent des troubles de la miction et des troubles gastro-intestinaux.

Il est bien certain que dans le cas d'abcès à point de départ urinaire (cystite, hypertrophie prostatique, rétrécissement de l'urètre, etc.), les troubles vésicaux seront au premier plan. Les phénomènes mor-

(1) Voir Maratuech. *Actinomycomes des parois abdominales à forme néoplasique*, Th. de Lyon, 1904.

bides le plus souvent observés sont ceux d'une cystite légère, caractérisée par des envies fréquentes et douloureuses d'uriner. La rétention d'urine contrairement à l'opinion de Castaneda y Campos, est très rarement notée dans les observations et Bouilly ne l'a trouvée signalée que dans celle de Vallin. Dans un nombre de faits assez considérables l'émission des urines reste tout à fait normale.

Du côté du tube digestif on voit que très souvent les malades se plaignent de perte d'appétit, de vomissements, de diarrhée ou de constipation, de douleurs intestinales, etc.

Tous ces phénomènes locaux s'accompagnent des symptômes généraux de la suppuration, fièvre, accélération du pouls, céphalalgie, délire et les troubles sont plus ou moins marqués suivant les cas.

Les *abcès chroniques* de la cavité de Retzius ont été bien étudiés par Blot et par Jacob de Cordemoy. Le type en est réalisé par les abcès froids consécutifs à la tuberculose du pubis, ou à une cystite tuberculeuse. Ils sont essentiellement caractérisés par une tuméfaction sus-pubienne, produite en l'absence de tout phénomène inflammatoire, avec des allures insidieuses. On pourrait croire à une vessie distendue par l'urine. Mais le globe vésical distendu est rénitent et régulier. Par le toucher rectal on n'a pas la sensation de poids donnée par la vessie en état de réplétion. Enfin, la tumeur ne se modifie pas par le cathétérisme.

Les troubles fonctionnels et les signes géneraux sont ordinairement réduits au minimum.

V

Marche. Durée. Terminaisons. — Les phlegmons de la cavité de Retzius se terminent quelquefois par résolution. Le fait est affirmé par Villiers et par Englisch. Le premier de ces auteurs l'aurait observé cinq fois et Bouilly dans sa thèse en a publié huit observations. Cette résolution met plus ou moins longtemps à se faire : de trois semaines (Fernet) à cinq (Vallin) ou six septenaires (Macary). Elle est caractérisée par l'amendement de tous les symptômes, la disparition de la fièvre et de la douleur, et enfin par une diminution progressive de la tumeur elle-même. Celle-ci cependant laisse quelquefois à sa suite une induration qui peut durer plusieurs semaines ou plusieurs mois.

Le plus souvent le phlegmon prévésical se termine par suppuration. C'est là une terminaison fréquente, mais qui n'est grave que si elle n'est pas diagnostiquée et si le pus n'est pas évacué à temps par la main du chirurgien. Dans ce cas, les symptômes s'exagèrent, les douleurs deviennent plus vives, les frissons se répètent, la fièvre augmente; la tuméfaction s'accroît de plus en plus; la peau se tend, devient lisse, œdémateuse. La fluctuation peut devenir très nette à ce moment, mais dans certains cas elle reste cependant très difficile à obtenir et ce serait une faute que de l'attendre pour inciser la tumeur. Si l'on n'intervient pas, en effet, d'une façon précoce l'abcès continuant d'évoluer arrive à se faire jour dans les différentes régions voisines. Cette ouverture spontanée peut devenir la cause de graves désordres et entraîner la mort.

Lorsque la suppuration n'est pas reconnue, le phlegmon prévésical peut s'ouvrir spontanément soit à la peau, plus ou moins près du pubis ou de l'ombilic, soit dans le péritoine ou dans un organe creux voisin.

La terminaison la plus funeste est l'irruption du pus *dans la séreuse péritonéale.* Dans les 53 cas qui font l'objet de sa thèse, Villiers l'a relevée 10 fois. Elle s'accompagne de symptômes extrêmement violents. Les vomissements sont fréquents, la température s'élève, le pouls devient petit, le facies est grippé. Le ventre, ballonné, est le siège de douleurs considérables. C'est, en un mot, une péritonite suraiguë qui emporte le malade dans un bref délai. Constantin Paul, Castaneda y Campos, Gérardin ont signalé dans quelques cas l'affaissement brusque de la tumeur.

Lorsque la collection vient se faire jour *à l'extérieur*, c'est généralement entre le pubis et l'ombilic, à une hauteur variable suivant le volume de la collection. Delaporte, Bricheteau, Worms ont vu l'ouverture se faire au niveau même de la cicatrice ombilicale. Deux fois, dans la statistique de Villiers, l'abcès s'était ouvert en deux points différents : chez une petite fille observée par Bouilly, un phlegmon prévésical s'était ouvert dans le vagin et au niveau de l'ombilic, et dans un cas de Boyer il y avait une fistule sus-pubienne en même temps qu'une autre, ombilicale.

L'ouverture dans la vessie est une terminaison peu fréquente, dont la rareté n'est même pas justifiée par les rapports anatomiques du réservoir urinaire sur sa face antérieure. Velpeau dit l'avoir observée une fois. Castaneda y Campos l'admet et il rapporte une observation de Frécourt qu'il considère comme étant une confirmation de ce mode de terminaison. Villiers ne cite qu'une observation de Saint-Blasquez.

L'ouverture dans le rectum peut s'observer à la suite de l'envahissement du tissu cellulaire du petit bassin par la suppuration. Elle a été notée par Gérardin et par Guyon.

Dans un cas de Pauzat, le phlegmon, probablement consécutif à une pérityphlite, s'était *ouvert dans le cæcum.* Enfin Rohmer, Wannebroucq et Frécourt ont rapporté des faits où la collection s'est éliminée *dans l'intestin grêle.* Dans le cas de double ouverture, intestinale et cutanée, on se trouve en présence d'une véritable fistule pyostercorale. La présence de pus dans les selles, l'issue par l'orifice cutané de gaz intestinaux ou de matières fécales sont les deux signes qui permettent de les reconnaître.

Duplay a observé des fusées purulentes par le canal crural; on en a vu se faire dans le scrotum; ce sont là des faits exceptionnels.

VI

Diagnostic. — Après les détails que nous venons de donner, il nous reste peu de choses à dire sur le diagnostic différentiel des abcès de la cavité de Retzius.

Dans certains cas, ce sont les troubles fonctionnels du côté de la vessie ou de l'intestin qui attirent surtout l'attention du clinicien et l'on met facilement les accidents sous la dépendance d'une affection vésicale ou intestinale. On ne pense pas à la possibilité du phlegmon prévésical et l'examen incomplet du malade conduit au diagnostic d'entérite, d'appendicite, de cystite aiguë ou chronique. Cette erreur de diagnostic est d'ailleurs d'autant plus facile à commettre que souvent il existe une lésion de l'urètre, de la vessie ou de l'intestin qui explique le développement du phlegmon prévésical. Un examen minutieux du malade, la palpation profonde de l'abdomen permettront seuls, dans ces cas, de ne pas

méconnaître ces abcès, et de rapporter à leur véritable cause l'origine des troubles observés.

Lorsqu'il existe une tumeur à la région hypogastrique, les difficultés du diagnostic ne seront plus les mêmes. On n'aura généralement pas de peine à distinguer cette tumeur d'une vessie distendue, et dans les cas douteux le cathétérisme donnera des indications positives sur ce joint.

Après avoir établi que le réservoir urinaire n'est pas en cause, il sera le plus souvent facile de distinguer la collection prévésicale des autres affections de la région qui peuvent la simuler. On éliminera facilement les lésions siégeant dans la paroi abdominale : les hématomes, les abcès développés dans la gaine du droit. Des collections péritonéales enkystées s'accompagnent ordinairement de signes péritonéaux plus accusés que le phlegmon de la cavité de Retzius. Enfin, les tumeurs solides ou liquides des organes voisins ont, en général, des signes propres et tranchés qui ne permettent guère la confusion.

En dernier lieu, on devra chercher avec soin la cause de l'abcès. Il faudra se rendre compte de ses limites, et ne pas négliger de faire le toucher rectal et vaginal, qui renseignent sur l'existence possible de prolongements pelviens.

VII

Traitement. — Au début de l'affection et dans les cas les plus bénins, quand on peut espérer encore que la suppuration ne se fera pas, il faut aider la résolution possible par les moyens médicaux appropriés : repos, diète, émollients, glace, opium intus et extra. Mais si ces moyens palliatifs peuvent être employés, il serait tout à fait imprudent de s'y attarder et dès que la suppuration paraît ne plus pouvoir être évitée, il faut recourir aux moyens chirurgicaux, seuls capables de prévenir les accidents qui sont liés à l'évolution spontanée des abcès prévésicaux.

La ponction, recommandée par quelques auteurs, est un moyen insuffisant, qu'il n'est permis d'employer que pour assurer un diagnostic et avec la ferme intention de recourir immédiatement à l'instrument tranchant, si l'on trouve du pus dans la cavité de Retzius.

L'incision large sus-pubienne, voilà le seul traitement rationnel ; et si cette incision première ne donne pas un jour suffisant, s'il reste encore un cul-de-sac inaccessible, une contre-ouverture sera de rigueur. Chez l'homme, elle sera difficile à réaliser, mais chez la femme elle a son siège tout indiqué à la paroi antéro-supérieure du vagin (Bouilly). Ce drainage abdomino-vaginal a été employé par Gillette, Gosselin, Le Fort, et il leur a donné de beaux succès.

L'incision devra donc être précoce et il serait tout à fait de mauvaise pratique d'attendre que la fluctuation soit perceptible pour inciser la collection.

Sous l'influence de cette intervention précoce, les troubles généraux et fonctionnels s'amendent rapidement, mais ils ne suffisent pas à amener la guérison du malade. Les indications d'urgence étant remplies, il faudra s'occuper ensuite de traiter la cause de l'abcès. Aseptiser une vessie infectée, dilater un rétrécissement, gratter un point osseux, enlever un séquestre ou un corps étranger, etc., le chirurgien devra tout faire pour mettre le patient définitivement à l'abri du retour de pareils accidents.

BIBLIOGRAPHIE

Arnould. Phlegmons sous-péritonéaux. Pérityphlite et péricystite, *Bull. méd. du Nord*, 1877. — Balp. *Etude sur la cavité de Retzius*, Th. de Lyon, 1890. — Bazy. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1899. — Barbry. *Ostéomyélite pubienne*, Th. de Lille, 1903. — Bernutz. *Arch. gén. de méd.*, 1850. — Blot. *Abcès chronique de la cavité de Retzius*, Th. de Paris, 1894. — Bérard et Patel. Abcès pelviens d'origine appendiculaire, *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1903. — Bouilly. *Arch. gén. de méd.*, 1879, et Th. d'agrég., 1880. — Bricheteau. Abcès sous-péritonéaux, *Arch. gén. de méd.*, 2e série, t. IV. — Budin. Th. d'agrég., 1878. — Bungner. *Arch. f. klin. Chir.*, t. LIX. — Brun. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1897. — Castaneda y Campos. *Du phlegmon de la cavité de Retzius*, Th. de Paris, 1878. — Castara. *Arch. gén. de méd.*, 1re série, t. XX. — Charpy. *Revue de chir.*, 1888. — Chopart. *Traité des maladies des voies urinaires.* — Civiale. *Traité des maladies des voies urinaires* et *Gaz. des hôpit.*, 1840. — Clenet. *Abcès de la paroi abdominale antérieure*, Th. de Lille, 1897. — Cristol. *Phlegmon prévésical*, Th. de Montpellier, 1887. — Cunéo et Marcille. *Bull. de la Soc. anat.*, 1901. — Dauriac. *Paroi abdominale antérieure et cavité de Retzius*, Th. de Paris, 1895. — Pierre Delbet. *Suppurations pelviennes*, Th. de Paris, 1891. — Paul Delbet. *Anatomie chirurgicale de la vessie*, Th. de Paris, 1895. — Demoulin. *Gaz. des hôpit.*, 1898. — Drappier. Th. de Paris, 1893. — Dumas. Phlegmon profond des parois abdominales, *Montpellier méd.*, 1877. — Duplay. *Arch. gén. de méd.*, mai 1877. — Englisch. *Wien. Klin.*, 1889 et 1896. — Faucon. *Arch. gén. de méd.*, 1877. — Féréol. *Suppuration de la paroi abdominale antérieure*, Th. de Paris, 1859. — Fleury. *Ostéomyélite de l'os iliaque*, Th. de Paris, 1886. — Fuller. *Centralbl. f. Harn-und Sexualorg.*, 1895. — Galvagni. *Rivista clin.*, 1868. — Girard. *Gaz. des hôpit.*, 1897. — Gérardin. *La cavité prépéritonéale de Retzius*, Th. de Paris, 1879. — Géraudie. *Contribution à l'étude pathognomonique des phlegmons de la cavité de Retzius*, Th. de Montpellier, 1903. — Gordon. *Boston med. and surg. Journ.*, 1903. — Gosselin. *Union méd.*, 1864. — Gossmann. *Ætiologie u. Sympt. der entzündl. Processe der vorderen Unterbauchgegend*, Inaug. Dissert., Halle 1895. — Gouilloud. *Ostéites du bassin*, Th. de Lyon, 1883. — Green. *Med. Times*, 1862. — Grenser. *Monats. f. Geburtsk.*, t. XII. — Gruber. *Virchow's Archiv*, 1862. — Guinard. In *Traité de chirurgie clinique et opératoire* de Le Dentu-Delbet. — Guyon. *Gaz. des hôpit.*, 1891. — Guéneau de Mussy. *Bull. de la Soc. anat.*, 1839. — Hassler. *Centralb. f. Harn-und Sexualorgan.*, 1902. — P. Hewett. *Med. Times*, 1874. — Honsell. *Beitr. z. klin. Chir.*, 1904. — Heurtaux. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1877. — Hiller. *Beitr. z. klin. Chir.*, t. XXV. — Hulke. *Lancet*, 1895. Imbert. Congrès d'urologie, 1902. — Jacob de Cordemoy. *Abcès froid de la paroi abdominale antérieure*, Th. de Paris, 1898. — Kirchner. *Arch. f. klin. Chir.*, t. LVIII. — Kock. *Münchner med. Wochens.*, 1887. — Kreibisch. *Wiener klin. Wochens.*, 1896. — Labeyrie. *Tuberculose du pubis*, Th. de Paris, 1900. — Labuze. *Abcès développés de la gaine des droits*, Th. de Paris, 1875. — Lauwers. *Centrab. f. Chir.*, 1902. — Laveran. Phlegmons hypogastriques, *Union méd.*, 1877. — Leibold. *Uber Abcesse im sog. Cavum Retzii*, Inaug. Dissert, Berlin 1894. Leusser. *Arch. f. klin. Chir.*, t. XXXII. — Lohmann. *Kasuist. Beitrag. zu den Abcessen des prævesic. Rindigewebe*, In. Diss., Munich 1893. — Macarez. *Contribution à l'étude de la loge de Retzius*, Th. de Lille, 1880. — Martin. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1893. — Meignant. *Péricystites suppurées*, Th. de Paris, 1895. — Misievicz. *Cent. f. Harn-und Sexualorgan.*, 1897. — Michaux. In *Traité* de Duplay-Reclus. — Neumann. *Zur Kasuistik der Erkrankungen der pravesic. Gegend.*, In. Diss., Berlin 1889. — Paget. *The Lancet*, 1887. — Page. *Brit. med. Journ.*, 1896. — C. Paul. *Bull. de la Soc. anat.*, Paris 1862. — Pauzat. *Gaz. méd. de Paris*, 1880 et 1883. — Pinner. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, t. XXIII. — Pentray. *Gaz. des hôpit.*, 1864. — Power. *London path. soc. transact.*, 1888. — Puech. *Gaz. des hôpit.*, 1899. — Reliquet. Note sur les phlegmons prévésicaux, *Union Méd.*, 1878. — Rudaux. Th. de Paris, 1897. — Rudolph. *Centralbl. f. klin. med.*, 1891. — Saint-Blasquez. Abcès de l'hypogastre, *Gaz. méd.*, 1848. — Segond. *Abcès prostatiques*, Th. de Paris, 1880. — Taylor.

Med. Times, 1885. — PARA et TUFFIER. *Progrès méd.*, 1885. — TUFFIER. *Semaine méd.*, 1894. — TERMET. *Arch. gén. de méd.*, 1897. — TILLAUX. *Gaz. des hôpit.*, 1880. — ULTZMANN. Krankh. der Blase, *Deuts. Chir.*, Lief. 52. — VALLIN. Inflammation de la loge de Retzius, *Union méd.*, 1877. — VAUDRAND. *Gaz. méd.*, 1884. — VAUSSY. *Phlegmons sous-péritonéaux de la paroi abdominale antérieure*, Th. de Paris, 1875. — WEST. *Arch. f. klin. Chir.*, t. XLIV. — WISARD. *Sur les caries extra-articulaires des os du bassin*, Th. de Genève, 1886. — WORMS. *Gaz. des hôpit.*, 1867.

MÉDECINE PRATIQUE

LE RÉFLEXE PLANTAIRE PSYCHIQUE

M. Sabrazès a remarqué (1) que, chez les personnes hyperesthésiques au chatouillement plantaire, les réflexes se produisaient même lorsqu'on faisait du doigt le simulacre d'une excitation de la plante des pieds mise à nu; les orteils s'incurvent en flexion; le plus souvent même, le pied, la jambe s'infléchissent, le tenseur du fascia lata se contractant comme dans le réflexe plantaire profond. Ce réflexe plantaire psychique n'est pas rare chez les sujets entachés de nervosisme. Sa valeur séméiologique fera l'objet de recherches ultérieures de la part de l'auteur.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

PRÉFECTURE DE LA SEINE. — Une place d'interne est vacante à l'asile départemental des aliénés de Moisselles. Le traitement est de 800 francs, plus 400 francs d'indemnité de déplacement et logement, éclairage, chauffage, nourriture. Adresser les demandes au directeur-médecin de l'asile de Moisselles (Seine-et-Oise).

Pièces à produire : expédition d'acte de naissance; extrait de casier judiciaire; certificat de bonne vie et mœurs; certificat de revaccination; certificat constatant 16 inscriptions; certificat constatant les services hospitaliers. Ces deux derniers certificats doivent indiquer que le candidat n'a pas subi de peines disciplinaires graves.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS. — Des cours spéciaux pour la préparation aux examens du diplôme de chirurgien-dentiste doivent commencer à l'Ecole dentaire de Paris le 1er mai pour se terminer le 24 juin.

Les cours seront professés par MM. Sébileau et Desgrez, agrégés, Julien, Marie, Sauvez, Choquet, Blatter et Georges Lemerle.

Pour les renseignements et inscriptions, s'adresser au secrétariat de l'École dentaire de Paris, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. — Un cours pratique et complet de dermatologie et de vénéréologie aura lieu du 1er mai au 8 juillet 1905, sous la direction de M. le professeur Gaucher, avec le concours et la collaboration de MM. Balzer, de Beurmann, Castex, Queyrat, Hudelo, Morestin, Gastou, Emery, Edmond Fournier, Milian, Terrien, Lacapère, Barbarin, Cathelin et Paris.

Le cours sera complet en quatre-vingt-dix-sept leçons. Il aura lieu tous les jours, deux fois par jour, excepté les dimanches et fêtes, à deux heures et à trois heures et demie de l'après-midi à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre de la clinique, sauf les leçons de M. Cathelin, qui seront faites à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Guyon. Il commencera le lundi 1er mai 1905 et finira le samedi 8 juillet 1905.

Ce cours sera essentiellement pratique, et portera surtout sur le diagnostic et le traitement. Toutes les démonstrations seront accompagnées de présentations de malades, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis et de préparations microbiologiques ou histologiques. L'application des médications usuelles (frotte, douches, électricité, scarifications, épilation, électrolyse, photothérapie, etc.), sera faite devant les élèves.

Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs.

Des certificats d'assiduité et d'instruction pourront être délivrés aux auditeurs à la fin du cours.

Programme et répartition des leçons : M. Gaucher. Lésions élémentaires de la peau. Matière médicale dermatologique et médication hydrominérale. — M. Balzer. Eczéma. Impétigo. Ecthyma. — M. de Beurmann. Psoriasis. Lupus. Tuberculoses cutanées. Traitement du lupus. — M. Castex. Syphilis du nez, du larynx et de l'oreille. — M. Queyrat. Blennorragie aiguë. Blennorragie chronique. Complications et traitement de la blennorragie. Les balanoposthites. Herpès. Végétations. Phimosis. Chancre mou. Chancre syphilitique. — M. Hudelo. Gale. Erythèmes. Urticaire. Prurits et prurigo. Lichens. Pityriasis. Pemphigus. — M. Morestin. Chirurgie du lupus, des nævi et des tumeurs de la peau. Opérations esthétiques. — M. Gastou. Maladies parasitaires du cuir chevelu : teigne tondante et favus. Pytiriasis versicolor. Erythrasma. Examen des cheveux et des poils dans les maladies parasitaires. Diagnostic dermatologique par les méthodes de laboratoire : examen des squames, sérosités, sang, pus. Anatomie pathologique générale des maladies de la peau. Electrothérapie. Petite chirurgie dermatologique. — M. Emery. Traitement de la syphilis. — M. Edmond Fournier. Syphilis secondaire. Hérédo-syphilis. Syphilis et grossesse. — M. Milian. Syphilis tertiaire : syphilides tuberculeuses; syphilides ulcéreuses; gommes; ulcères de jambe. Syphilis de la langue, du voile du palais, des amygdales, du pharynx, du testicule et des os. Syphilis cérébrale. Syphilis médullaire. Parasyphilis : neurasthénie. Paralysie générale. Tabes. — M. Terrien. Syphilis oculaire. — M. Lacapère. Pelade et alopécies. Dermites artificielles. Dermatoses congénitales. Sclérodermie. Tumeurs de la peau. Séborrhées et acnés. Eczéma acnéique. Folliculites suppurées. Dyshidrose. Actinomycose. Lèpre. Leucoplasie. Impuissance. — M. Barbarin. Complications génitales chirurgicales de la blennorragie chez la femme : bartholinites, métrites et salpingites. — M. Cathelin. Complications génito-urinaires chirurgicales de la blennorragie chez l'homme : prostatites, cystites, abcès urineux. Néphrites suppurées. Traitement des rétrécissements de l'urètre. — M. Paris. Phtiriase. Zona. Dystrophies pigmentaires. Purpura. Morve et farcin. Eléphantiasis.

Un cours semblable a lieu deux fois par an : le premier en mai, juin et juillet, le second en octobre, novembre et décembre.

Le droit à verser est de 150 francs.

Seront admis les docteurs et étudiants français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis, samedis, de midi à trois heures.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser le matin à la clinique (hôpital Saint-Louis).

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

RECOUVREMENTS D'HONORAIRES de MM. les docteurs : H. MAUGER, 39, rue Galande, Paris.

(1) J. SABRAZÈS. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 16 avril 1905.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 50. — MARDI 2 MAI 1905. 78e ANNEE. MARDI 2 MAI 1905. — N° 50.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.......	3 mois : 4 fr. 50.	— 6 mois : 8 fr.	— 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE..	3 mois : 7 fr.	» — 6 mois : 13 fr.	— 1 an : 25 fr.

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Note sur deux cas de peste observés à Alger en 1904, par MM. J. Crespin et J. Tanton.
MÉDECINE PRATIQUE
Sur l'action du citrate de soude contre les vomissements des nourrissons.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de l'internat des hôpitaux de Paris.
ANALYSES
Chirurgie : Chirurgie de la névralgie majeure du trijumeau; — Cholécystites aiguës pendant la puerpéralité; — *Thérapeutique :* Traitement de la dysenterie chronique.
VARIÉTÉS
Découvertes archéologiques dans le sol parisien, instruments de l'époque gallo-romaine [fin] (avec 1 fig.), par M. Eug. Toulouze.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

GUERRE. — Par décision ministérielle du 24 avril 1905, MM. les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été nommés ou désignés pour les postes ci-après :

M. le médecin principal de première classe Chavasse, nommé sous-directeur de l'École d'application et médecin-chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce.

MM. les médecins-majors de première classe Troché, nommé médecin-chef à l'hôpital militaire d'infanterie de Saint-Maixent (service); — Mary, désigné pour le 23e d'artillerie à Toulouse; — Rostan, pour le 54e d'infanterie (service); — Chêne, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine (service); — Gruson, nommé médecin-chef à l'hôpital militaire de Maubeuge (service); — Nabona, pour le 15e d'infanterie; — Auger, pour le 55e d'infanterie (service); — Jaubert, pour le 49e d'infanterie (service).

MM. les médecins-majors de deuxième classe Augias, désigné pour le 80e d'infanterie (service); — Delaborde, pour le 159e d'infanterie (service); — Gary, pour le 68e d'infanterie (service); — Provendier, pour le 91e d'infanterie (service); — Lejeune, pour le 3e tirailleurs algériens (service); — Pascal, pour le 10e hussards (service); — Louet, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran (service); — Steinmetz, pour le 27e dragons (service); — Baumevieille, pour le 17e d'infanterie; — Marty, pour le 25e bataillon de chasseurs à pied (service); — Marchet, pour la direction du service de santé du 10e corps d'armée (service); — Gauran, pour le 16e chasseurs à cheval; — Picqué, pour le 26e bataillon de chasseurs à pied (service); — Saint-Martin, pour le 11e escadron du train des équipages militaires (service); — Viry, pour le 33e d'artillerie (service).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — La médaille d'honneur des épidémies a été décernée aux personnes ci-après :

Médaille d'argent. — M. le docteur Faivre (Paul), inspecteur général adjoint des services sanitaires.

Médaille de bronze. — Mme Deutscher, surveillante à l'hôpital Saint-Antoine : fièvre typhoïde en 1905.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Regnard, interne à l'hôpital Beaujon, décédé victime de la fièvre typhoïde contractée dans son service.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — *Cours de physiologie générale.* — M. Nestor Gréhant, professeur, a commencé son cours le lundi 1er mai 1905, à quatre heures, dans son laboratoire, situé quai Saint-Bernard, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Première leçon. — Empoisonnement double par l'alcool et par l'oxyde de carbone : application à la médecine légale.

Le cours sera consacré à la répétition d'expériences relatives à l'hygiène, à la toxicologie et à la nutrition.

Cours de pathologie comparée. — M. Chauveau, membre de l'Institut, professeur, ouvrira son cours le mercredi 3 mai 1905, à onze heures, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Le professeur commencera par exposer une série d'acquisitions nouvelles sur la physiologie du cœur et la circulation, avec les applications cliniques qu'elles comportent.

Il continuera par l'exposition des résultats de ses expériences en cours sur l'énergétique musculaire.

Les leçons et démonstrations auront lieu au laboratoire de pathologie comparée.

(Voir la suite des Nouvelles, *p. 598.)*

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLII, n° 14, 6 avril 1905.) Walter CHANNING : L'histoire de la Société de psychiatrie et de neurologie de Boston depuis vingt-cinq ans. — Paul THORNDIKE : Résumé du traitement chirurgical des néphrites. — Henry JACKSON : Le régime dans les néphrites. — Henry A. CHRISTIAN et Thos. F. LEEN : Suite de quelques observations sur les leucocytotoxines. — W. TAYLOR : Un cas de maladie du sommeil.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 15, 15 avril 1905.) JOLEES : Sur le ferromètre clinique.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 15, 13 avril 1905.) FRAENKEL : Asthme cardiaque et angine de poitrine. — WASSERMANN et CITRON : Immunité locale des tissus; son importance pratique. — KLIEMBERGER : Les bacilles hémophiles. — TABORA : Pathologie du carcinome gastrique. — CURSCHMANN : Les névrites professionnelles. — REINHARD VON DEN VELDEN : La sonorité du poumon; son importance diagnostique. — BIBERGEIL : Recherches expérimentales sur la barutine, diurétique nouveau. — FEDERMANN : Un cas d'abcès de la rate consécutif à la fièvre typhoïde guéri par l'opération. — SOBERNHEIM : Emploi de la marétine dans la polyarthrite rhumatismale. — BENCE : Recherches cliniques sur la viscosité du sang dans les troubles d'excrétion de l'acide carbonique. — GANGHOFNER : Traitement de la scarlatine par le sérum anti-streptococcique. — BRAT : Un nouvel appareil à oxygène.

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 31, 12 mars 1905.) G. A. PARI : La diminution de la résistance aux infections comme cause de la mort chez les grenouilles après l'extirpation des thymus. — Ettore GIULIANO : Un cas de suture du cœur suivi de guérison. — Mariano MARADEI : La chirurgie conservatrice. — Giuseppe RICCI : La valeur thérapeutique du sérum antibacillaire. — (N° 34, 19 mars.) Vittorio MORAGLIANO : Les rayons dits N. — Aristide TORCHIO : Contribution à l'étude de la tension artérielle chez l'homme à l'état pathologique. — Gino ZANARDINI : Ictère infectieux, atrophie jaune aiguë du foie et cirrhose biliaire hypertrophique. — (N° 37, 26 mars 1905.) G. CURLO : Sur l'interprétation de certains bruits systoliques de l'aorte. — Ugo BENENATI : La maladie d'Addison et la pédiculose. — Giuseppe SPADACCI : Abcès du rein droit par échinocoque. — TRIOLO : Nouvelles recherches expérimentales sur la morphologie des éléments figurés du sang. — (N° 40, 2 avril.) Venanzio GIAUSSI : Contribution à l'étude de l'épanchement pleural droit dans les cardiopathies et la cirrhose hépatique. — Paolo GALLI : Un cas de rage paralytique et syndrome bulbaire. — Aleardo CERIOLI : L'inconstance d'action des médicaments salicylés dans le rhumatisme polyarticulaire. — Alfredo PEREZ : Notes brèves sur l'intoxication par la quinine. — (N° 43, 9 avril.) SICURIANI : La valeur pronostique des phosphates alcalins dans les urines des pneumoniques. — Leone MINERVINI : Observations cliniques. — Alvise DAL VESCO : Contribution à la cure des hernies du cordon ombilical. — Giuseppe STELLA : Pour la défense de l'anesthésie générale. — Giovanni REALE : La guérison de la péritonite tuberculeuse par les injections iodo-iodurées de Durante. — (N° 46, 16 avril.) Alfredo ROSSI : Nouvelles recherches sur la valeur du cytodiagnostic. — Gianmaria FRATINI et Vincenzo RONDANI : Considérations cliniques sur un cas de tumeur de la couronne rayonnante à début apoplectiforme. — Angelo CAPPA : Contusions graves des parois abdominales et pseudo-péritonite traumatique. — Giuseppe SARTORIO : Contribution au traitement de l'appendicite. — Gaspare ARGENTINA : Contribution à l'étude de l'immunisation pour la morphine. — Girolamo TOSO : Un cas de tuberculose pulmonaire traitée par l'hémo-antitoxine. — (N° 49, 23 avril.) Stefano MIRCOLI : La signification clinique de la formule bacillaire tuberculeuse en général et streptococciforme en particulier. — Professeur Dario MARAGLIANO : Pyopneumothorax sous-phrénique. — Nicolino FEDERICI : L'œdème malin du scrotum, à propos d'un opéré de hernie crurale. — Carlo GENNARI : Un cas de pseudoleucémie guéri par les rayons Röntgen.

Journal de médecine de Bruxelles. — (N° 16, 20 avril 1905.) MAHILLON : De la signification, au point de vue de l'hygiène publique, des statistiques concernant les variations annuelles du taux de la mortalité. — L. VILAIN : A propos de deux cas de tumeurs intracraniennes; observations et considérations cliniques.

Münchener med. Wochenschrift. — (N° 16, 18 avril 1905.) HEGAR : Troubles du développement; fœtalisme et infantilisme. — KLAPP : Traitement des affections inflammatoires au moyen d'appareils à aspiration. — HILDEBRAND : Diagnostic différentiel entre la hernie diaphragmatique et l'éventration diaphragmatique. — STEINER : Expériences sur le traitement par la lumière électrique, considérations particulières sur un traitement par une nouvelle pommade lumineuse dans les maladies de peau. — VÖRNER : Sur l'onguent soufré doux : thiolan. — BERING : Améliorations de la lampe de Finsen dans le traitement du lupus. — SALZER : L'ophtalmologie du médecin praticien. — JUNIUS : Diagnostic du trachome. — BÖHMIG : Accidents hystériques chez les téléphonistes. — WIENER : Une tumeur fécale prise pour un fibrome. — LANDAU : Pression abdominale et torsion du cordon spermatique. — DOPFER : Un cas de mort après application sur une brûlure d'une pommade boriquée officinale. — FRANK : Emploi du baume du Pérou dans le traitement des blessures. — TOLLENS : Emploi de la santonine contre la tuberculose pulmonaire.

Policlinico. — (Mars 1905.) *Section chirurgicale.* — Carl BECK : Sur la technique de la dislocation urétrale dans l'hypospadias et les autres vices de conformation ou lésions de l'urètre. — Professeur Roberto ALESSANDRI : Contribution à l'histologie, au diagnostic et au traitement des tumeurs de la vessie urinaire. — Lugi FRACASSINI : Étude histologique et expérimentale sur le processus de réparation des lésions vésicales. — Orazio SCHIFONE : Les résections craniennes et durales étendues et leurs effets consécutifs sur la structure et les fonctions de l'écorce cérébrale. — (Avril 1905.) *Section médicale.* — Professeur Ferruccio SCHUPPER : Études sur les leucémies et les pseudoleucémies. L'influence que les maladies infectieuses intercurrentes exercent sur la leucémie et leur valeur thérapeutique. — Goffredo MARI : La vitalité des globules blancs du sang. Nouvelles méthodes d'étude. Premières recherches. Déductions relatives à l'hypo et à l'hyperleucocytose dans les infections. — Carmelo CIACCIO : Contribution à l'étude des granulations neutrophiles d'Erlich chez l'homme. — Francesco GALDI et Giulio APPIANI : La présence constante, la quantité et l'origine de l'acide urique dans les fèces de l'homme normal. — *Section chirurgicale.* — Professeur Roberto ALESSANDRI : Contribution à l'étude histologique, au diagnostic et au traitement des tumeurs de la vessie urinaire. — Luigi VACCARI : L'action de l'adrénaline sur le parenchyme rénal. — Orazio SCHIFONE : Les résections craniennes et durales étendues et leurs effets consécutifs sur la structure et les fonctions de l'écorce cérébrale.

NOTE SUR DEUX CAS DE PESTE

OBSERVÉS A ALGER EN 1904

Par MM. J. CRESPIN,
Professeur suppléant à l'École de médecine d'Alger,
et J. TANTON,
Médecin-major de deuxième classe, chargé du laboratoire de bactériologie de l'hôpital militaire du Dey, à Alger.

A maintes reprises on a pu constater, en Algérie, quelques cas de peste, mais toujours sporadiques, et, au Congrès colonial français de 1904, M. le docteur Soulié faisait une communication sur les cas apparus à Philippeville en 1899, à Alger en 1900 et 1902, et à Blida en 1903.

Les circonstances permirent à l'un de nous (Tanton) de s'occuper des cas de peste, qui apparurent à Blida en 1903, et d'établir parallèlement à l'Institut Pasteur d'Alger, le diagnostic bactériologique, de la nature de l'infection, dès le troisième jour, après la réception d'un échantillon de sang prélevé à l'un des malades et à nous adressé par M. le docteur Benoît, médecin-major à l'hôpital militaire de Blida (1).

En décembre 1904 et janvier 1905 apparurent à Alger, dans une population d'hygiène défectueuse, deux nouveaux cas de peste, l'un de forme bubonique, l'autre de forme septicémique que nous fûmes amenés à voir cliniquement et à étudier bactériologiquement.

L'histoire clinique de ces deux cas est la suivante :

Jeanne Fr..., âgée de vingt-trois ans, est envoyée à l'ambulance d'El-Kettar (service des contagieux) le 11 décembre 1904, évacuée de l'infirmerie-sanatorium de la ville d'Alger, où elle avait été hospitalisée dans la matinée, sous le diagnostic : « grippe avec abcès de l'aisselle. »

A l'infirmerie-sanatorium, l'état de la malade paraissant plus grave, on pensa au typhus et on l'évacua sur le service des contagieux de la ville, dirigé par l'un de nous (Crespin).

Les renseignements qu'on a pu recueillir sur cette femme, avant son hospitalisation, ont appris qu'elle habitait dans le faubourg Bab-el-Oued, à Alger, au sortir de ce faubourg, sur la route dite de la Bouzaréa, vivant maritalement avec un individu, employé chez un marchand de bric-à-brac, dont elle avait eu un enfant, actuellement âgé de quatre ans; qu'elle était souffrante depuis quatre à cinq jours, qu'elle allait à la visite de la ville, se plaignant de fièvre, de lassitude, de coryza et de toux, que son état s'aggrava soudain le 17 décembre et que le 18, au matin, le docteur Jullien, qu'elle consulta, l'envoya immédiatement à l'Infirmerie municipale.

A son entrée à El-Kettar, la malade est en proie à une fièvre élevée, 40°5; elle se plaint de douleurs dans tous les membres et souffre beaucoup d'une oppression qui augmente d'intensité à chaque instant.

L'interne du service qui la vit à deux heures de l'après-midi, constata qu'elle avait une tuméfaction de l'aisselle droite, un peu douloureuse à la pression, que l'aspect général indiquait un typhisme accentué, sans que cependant l'abattement fût très marqué.

Les lèvres et la langue, comme les parois internes de la bouche, étaient sèches et recouvertes d'un exsudat sanguinolent, ayant en certains points la consistance cornée.

L'interne pensa au typhus exanthématique, qui est endémique à Alger, en raison de l'aspect général, en raison aussi de certaines taches pétéchiales existant sur le tronc et au niveau du pli du coude dans le sens de la flexion. Le pouls était d'ailleurs très petit et très fréquent, avec des intermittences irrégulières. Il n'y avait pas de vomissements; mais la malade ne pouvait absorber aucun aliment, les mouvements de déglutition paraissaient gênés.

La lucidité était complète; mais la malade ne pouvait articuler que des mots très brefs, pour exprimer des plaintes.

L'affaiblissement fit des progrès rapides, et en dépit de soins énergiques (injections d'éther, de caféine, de sérum artificiel), la mort survint le 19 décembre à deux heures du matin.

L'autopsie est pratiquée, le 19, à neuf heures du matin; c'est-à-dire sept heures après la mort.

La putréfaction est déjà commencée. Les pétéchies, constatées la veille, ont en partie disparu, mais on remarque sur l'abdomen des plaques noirâtres, disséminées en assez grand nombre sur toute son étendue. Au niveau de ces plaques, ou plutôt en leur centre, l'épiderme est enlevé et le derme est à nu.

Dans l'aisselle droite le ganglion engorgé signalé pendant la vie est enlevé et l'on voit qu'il a le volume d'une noisette, qu'il est ramolli en partie, sans cependant contenir de pus.

Autour de ce ganglion, on note un décollement assez étendu du tissu cellulaire.

La dissection de la bouche et du pharynx montre qu'il n'y a pas eu d'angine, mais que toutes ces parties sont très congestionnées; des caillots les recouvrent sur une grande étendue. Les gencives sont fendillées et les dents disparaissent sous le sang coagulé. Les organes encéphaliques, cerveau et cervelet, sont gorgés de sang.

Les poumons sont volumineux. Il crépitent bien et ne sont le siège d'aucune lésion inflammatoire.

Le cœur est flasque. Le fibre n'a pas sa coloration normale; aucune lésion d'orifice; caillots cruoriques en abondance dans le ventricule droit.

Les plèvres et le péricarde sont congestionnés; il y a un peu de sérosité dans leur cavité.

L'estomac est vide d'aliments. On note à sa surface interne quelques foyers ecchymotiques.

Le foie est plus gros qu'à l'état normal; il a une consistance molle. La vésicule biliaire ne contient pas de bile et ses parois sont vivement injectées.

La rate est normale.

Les reins ont l'aspect du rein dit infectieux. Ils sont volumineux, la capsule se décortique fort bien, et à leur surface, les vaisseaux dilatés forment des dessins variés.

Les parcelles de ganglion axillaire prélevées, à l'autopsie de cette malade, furent examinées directement en frottis, mais l'examen resta négatif.

Des inoculations au cobaye furent alors pratiquées, l'une intra-péritonéale, l'autre intra-pituitaire.

Dès le troisième jour, le cobaye, inoculé dans le péritoine, mourait de septicémie péritonéale à streptocoque et l'histoire de ce cas nous paraissait close, d'autant que d'autres fragments de ganglion qui nous avaient été remis quelques jours auparavant et provenaient d'un autre malade, nous avaient donné un résultat identique. Mais le huitième jour après l'inoculation, le cobaye, inoculé par la voie pituitaire,

(1) Une épidémie de peste à Blida en 1903. Epidémie de maison, *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, fév. 1904.

mourait à son tour et l'autopsie nous montrait l'existence d'une péritonite septique. Le pus contenu dans le péritoine était presque exclusivement constitué par des microorganismes de deux espèces, d'une part, un diplocoque prenant le Gram, parfois disposé en chaînettes et qui fut identifié par la culture au streptocoque pyogène; d'autre part, un cocco-bacille isolé ou géminé, ne prenant pas le Gram, présentant la vacuole centrale, avec coloration bipolaire que l'on est habitué à trouver dans le bacille de Yersin.

Peu de cellules blanches dans le pus,

La rate était farcie de points blancs, et un frottis de pulpe montrait les deux microbes, mais avec prédominance du cocco-bacille.

Le sang du cœur contenait presque exclusivement le cocco-bacille que nous considérons déjà comme du bacille pesteux.

Un peu de ce sang prélevé aseptiquement fut inoculé à un cobaye, qui mourait le troisième jour de septicémie.

L'examen bactériologique montrait dans la sérosité péritonéale, dans la pulpe du foie de la rate et dans le sang du cœur de ce deuxième cobaye, le cocco-bacille à l'état de pureté.

Ensemencé sur les divers milieux de culture, ce cocco-bacille présentait tous les caractères du bacille de Yersin et le diagnostic de peste bubonique, que nous avions porté à l'autopsie du premier animal, était donc légitimement confirmé.

Le deuxième cas fut observé par MM. les docteurs Jullien et Brenta, à l'obligeance desquels nous devons les renseignements cliniques et la possibilité d'avoir fait l'examen bactériologique, pratiqué d'ailleurs parallèlement par M. le docteur Soulié, sous-directeur de l'institut Pasteur d'Alger.

J. B..., âgé de trente ans, ouvrier bourrelier au service d'un transitaire du port.

Le mardi 27 décembre, il commença à se sentir fatigué et garda la chambre, semblant avoir un peu de grippe légère.

Le mercredi soir, il ressentit de vives douleurs dans l'aisselle; le jeudi 29, dans la soirée, le docteur Jullien, appelé, constatait une vive douleur à la pression dans l'aisselle gauche, l'existence d'un mauvais état général et d'une température de 38°6.

Par comparaison avec les cas précédents, le médecin pensa à la peste, mais sans pouvoir formuler de diagnostic précis, car si la douleur était vive dans l'aisselle gauche, il n'y avait ni empâtement, ni ganglions.

Le malade mourait dans la matinée du 30, ayant conservé sa lucidité presque complète jusqu'au dernier moment.

A l'autopsie, faite le même jour, on constata qu'il n'existait de ganglions, ni dans l'aisselle, ni dans l'aine, que les poumons ne présentaient rien d'anormal, et que la rate était à peine tuméfiée.

L'examen du sang et d'un frottis de pulpe de rate nous montra l'existence de la même association microbienne, que dans le cas précédent :

Streptocoque pyogène et cocco-bacille ne prenant pas le Gram, isolé ou géminé avec coloration bipolaire, et vacuole centrale.

Des inoculations intra-péritonéale et intra-pituitaire furent pratiquées de la même façon au cobaye, et le résultat fut identique. Il s'agissait donc bien d'un deuxième cas légitime de peste septicémique.

L'apparition à date très rapprochée de ces deux cas de peste, l'absence de tout cas consécutif (des mesures prophylactiques énergiques avaient d'ailleurs été prises par MM. Brenta et Jullien, inoculations préventives de sérum anti-pesteux, désinfection, etc...), la présence dans les deux cas de la même association microbienne nous conduisirent, naturellement, à rechercher si la contagion ne devait pas être admise pour le deuxième cas, et quelle avait été la porte d'entrée du premier.

Les renseignements que nous ont aimablement fournis MM. Brenta et Jullien, renseignements tout à fait précis, permettaient d'écarter totalement l'hypothèse d'une transmission par contage inter-humain. Ces deux personnes habitaient, en effet, à une centaine de mètres l'une de l'autre, et n'avaient entre elles aucune relation. En outre, la femme, qui fut la première atteinte, ne communiqua sa maladie ni à la personne avec qui elle vivait maritalement, ni à son enfant. La peste ne paraît pas, en outre, avoir été due à une transmission par des rongeurs, puisque de nombreux pièges, placés sur le conseil du docteur Brenta, ne permirent de prendre aucun rat, et qu'on n'aperçut pas de cadavres de ces animaux.

Peut-être est-il permis de penser que la contagion fut en quelque sorte professionnelle et due à la persistance de bacille pesteux dans les objets manipulés par ces personnes, en raison de leur profession.

Quoi qu'il en soit, deux faits cliniques nous paraissent devoir être mis en lumière et attirer l'attention.

C'est, d'une part, la lenteur de l'évolution du premier cas qui dura en tout une douzaine de jours, fut précédé de phénomènes cliniques de grippe en rapport peut-être avec une infection à streptocoque.

D'autre part, l'association dans les deux cas du streptocoque pyogène au bacille de Yersin, association qui faillit, dans le premier cas, nous empêcher d'établir la véritable nature de l'infection par suite de la mort du cobaye de septicémie péritonéale à streptocoque.

Ces associations de la peste, des plus fréquentes dans la peste pneumonique, comme l'ont montré Zabolotny et Wissokowitch, et ordinairement dues au pneumocoque, sont plus rares, quoique bien connues dans la peste bubonique.

Cependant, dans leur compte rendu de l'épidémie de peste d'Oporto, MM. Calmette et Salimbéni signalent un cas mortel d'infection mixte à streptocoque et bacille de Yersin, chez une femme enceinte de sept mois qui succomba après un avortement.

Kolobovka et Tchistowitch ont trouvé aussi assez fréquemment l'association du bacille de Yersin et du streptocoque dans la peste bubonique, le bacille de la peste étant plus abondant cependant dans la rate que le streptocoque, ce qui fut le cas chez nos deux malades.

Nous signalerons enfin l'existence, dans notre premier cas, de pustules abdominales, rappelant la peste pustuleuse observée par Zabolotny et Wis-

sokowitch, dans leur mission en Mongolie orientale, et qui pourrait bien n'être autre chose que ce que l'on connaît et désigne actuellement sous le nom de charbon, sortes de plaques gangreneuses cutanées, particulièrement fréquentes sur l'abdomen.

Ces charbons, l'un de nous les a constatés sur les pestiférés de Bombay (1), lors de la mission dont il fut chargé en 1901, et un médecin militaire, Finot (2), rapporte qu'en 1816, la peste bubonique qui ravagea Blida se signalait aussi par l'apparition de *charbons* sur l'abdomen, les bras, le cou.

MÉDECINE PRATIQUE

SUR L'ACTION DU CITRATE DE SOUDE CONTRE LES VOMISSEMENTS DES NOURRISSONS

La *Gazette des hôpitaux* (1904, p. 1147) a déja attiré l'attention sur les excellents effets obtenus par M. Wright et M. Poynton par l'emploi systématique du citrate de soude dans le lait de vache destiné aux nourrissons.

M. P. Roger (3) a expérimenté depuis quatre mois environ le citrate de soude en solution aqueuse contre l'intolérance gastrique des nourrissons au sein ou au biberon qui fréquentent la Goutte de Lait qu'il a créée à l'hôpital Péan depuis l'an dernier. Il a été extrêmement frappé des bons résultats obtenus; il est rare en somme que les vomissements dus à la suralimentation ou même à d'autres causes difficiles à déterminer ne cèdent pas après qu'on a administré le citrate pendant deux ou trois jours et même dès le premier jour.

M. Paul Roger a manié le citrate aux doses qui ont été conseillées par M. Variot :

Eau distillée...........	300 grammes.
Citrate de soude..........	5 —

Une cuillerée à dessert jusqu'à quatre mois, une cuillerée à soupe de cette solution pour les nourrisons plus âgés dans chaque tétée ou dans le biberon, suivant le mode d'allaitement.

M. Roger est entièrement d'accord avec MM. Variot et Lazard et avec M. le professeur Ausset (de Lille) pour proclamer les bons effets de ce médicament tout à fait inoffensif et si efficace qui n'est pas encore apprécié en France comme il devrait l'être. Jamais il n'a observé d'accidents imputables à cette substance, fait capital dans la thérapeutique des nourrissons.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 24 AVRIL 1905)

Sur la lumière émise par les cristaux d'anhydride arsénieux, par M. D. Gernez.

Sur l'application au spectre solaire des méthodes de spectroscopie interférentielle, par M. Ch. Fabry.

Sur les variations d'éclat données par un tube de Crookes, par M. S. Turchini.

(1) Crespin. Académie de médecine, rapport de M. Proux 1er juillet 1902.

(2) Finot. *Mémoires de médecine, chirurgie et pharmacie militaires*, 1845, t. LXI.

(3) *Clinique infantile*, 1er mai 1905.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 25 AVRIL 1905)

La salle est presque déserte; à peine quelques membres dans leur fauteuil; le poulailler où sont relégués les journalistes est lui-même presque vide; on sent que nous sommes en pleines vacances.

La maladie du sommeil. — M. Laveran analyse un travail fort intéressant de MM. Martin et Girard sur cette terrible maladie. Du peu que nous avons pu saisir en prêtant une oreille des plus attentives, il résulte que des expériences ont été faites chez les animaux, sur des cobayes en particulier, et que, chez eux, la maladie serait curable dans une certaine mesure par les injections sous-cutanées d'acide arsénieux. Il y aurait, d'après M. Laveran, dans la maladie du sommeil, deux phases, l'une latente, pendant laquelle la curabilité est possible; l'autre, la dernière phase, qui est toujours fatalement mortelle, quoi qu'on fasse.

Ainsi que nous l'a déjà dit M. Laveran dans une première communication, il y a lieu d'espérer que les recherches actuelles qui sont entreprises sur cette maladie conduiront à découvrir les moyens d'y remédier.

La cure de l'eczéma par la radiothérapie, tel est le titre d'une communication que nous fait M. Leredde.

L'électrothérapie, sous diverses formes, a été appliquée au traitement de l'eczéma. Mais les effets sont inconstants et variables; on a simplement allongé la liste des moyens thérapeutiques à employer chez les eczémateux, alors qu'il conviendrait, ici comme dans toutes les maladies de la peau, de la réduire largement. Aujourd'hui, la radiothérapie permet de guérir des cas d'eczéma rebelles à tous les procédés classiques. Elle fait disparaître presque de suite les démangeaisons, puis l'œdème et le suitement. La guérison complète est de règle. Parfois il y a récidive, mais elle est tardive et reconnaît des causes internes.

En résumé, la radiothérapie semble constituer pour les eczémateux une ressource infiniment précieuse dans les cas graves, dans ceux qui pour une raison ou une autre passent pour incurables.

Influence nocive de la vélocipédie et de l'automobilisme sur la vision et les moyens d'y remédier, par M. Mirovitch.

Sur une forme d'encéphalopathie saturnine. Méningo-encéphalite saturnine aiguë précoce. — M. Mosny, en son nom et au nom de M. Malloizel, lit une note sur ce sujet.

L'obscurité qui règne encore sur la pathogénie de l'encéphalopathie saturnine tient, en grande partie, à ce qu'on comprend sous ce nom toutes les manifestations nerveuses aiguës des ouvriers du plomb, qu'elles soient dues à l'urémie, à l'artério-sclérose cérébrale ou à l'action directe du poison sur les centres nerveux. C'est cette dernière catégorie d'accidents, survenant chez les jeunes ouvriers, intoxiqués rapidement et d'une façon massive, que les auteurs proposent d'individualiser sous le nom de *méningo-encéphalite saturnine aiguë précoce*.

Dans un cas, MM. Mosny et Malloizel ont contrôlé anatomiquement la lésion des méninges par la ponction lombaire. Le cyto-diagnostic a montré plus de 100 lymphocytes par champ d'immersion pendant l'accès d'encéphalopathie, au lieu de 7 à 9 pendant la colique de plomb qui avait précédé de deux jours la crise. Malgré la courte durée clinique des accidents (quatre jours), la lymphocytose existait encore aussi

intense un mois après. Le plomb se présente donc comme très comparable au virus syphilitique, au point de vue de ses manifestations morbides. Le système nerveux central est généralement touché de bonne heure par les deux agents pathogènes; mais il l'est d'une façon fugace et la ponction lombaire révèle seule cette atteinte. Quelquefois, pourtant, une réaction plus vive se produit (méningite syphilitique, encéphalopathie saturnine); la clinique perçoit cette réaction que la ponction lombaire montre intense. Plus tardivement, syphilis et saturnisme peuvent laisser intact le système nerveux central pour se localiser plus électivement sur le foie, le rein, les globules rouges, frapper la descendance des malades, mais tous deux peuvent aussi créer les lésions de la paralysie générale (méningo-encéphalite chronique).

Le saturnisme, comme la syphilis, a donc ses avariés, quelquefois incurables, toujours diminués dans leur capacité ouvrière. Pourquoi les pouvoirs publics hésiteraient-ils, en France, à réglementer énergiquement une industrie si gravement préjudiciable à la santé des ouvriers?

Les moustiques. — Signalons, parmi les présentations, celle qu'a faite M. Blanchard d'un livre qu'il vient de publier et qui est intitulé : *Les moustiques, leur histoire naturelle et médicale.*

Étranglement interne et péritonite généralisée. — Dans la dernière séance, M. Moty, médecin principal de l'armée, lut l'observation d'un malade opéré pour étranglement interne et péritonite généralisée vingt et une heures après le début des accidents. La laparotomie sous-ombilicale permit le nettoyage à sec de toutes les surfaces péritonéales accessibles, l'évacuation d'un liquide semi-purulent sans odeur et l'extraction d'une masse fécale encastrée dans l'S iliaque, suture du gros intestin incisé longitudinalement, gros drains à la partie inférieure de la plaie abdominale. Suites très simples malgré l'état grave de l'opéré, débâcle la quatrième nuit après l'intervention, réunion immédiate presque totale et cicatrice solide sans gêne consécutive des fonctions.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 20 AVRIL 1905)

En ouvrant la séance, M. Jacquet, président, prononce un éloge ému de Maurice Soupault, membre de la Société.

Un procédé d'auscultation double est apporté par M. Rosenthal. Il consiste dans l'accouplement de deux sthétoscopes reliés par un tube en caoutchouc branché sur un Y et permettant d'ausculter simultanément ou séparément deux foyers.

Sur l'angine d'origine dentaire. — M. Jacquet admet qu'un assez grand nombre d'angines ne sont que la répercussion sur les piliers du voile d'une excitation partant d'un foyer dentaire. Il y a une douleur particulière à l'angine qui, au début, est pure, sans trace d'inflammation de la muqueuse des piliers. Dans certains cas, cette phase douloureuse est transitoire et est suivie des phénomènes inflammatoires. D'autres fois, la phase initiale reste isolée, et on n'a que la douleur à la déglutition qui n'est pas suivie d'inflammation. En beaucoup de cas d'angines, en pressant à la face interne du maxillaire inférieur, on peut réveiller une douleur exquise, *point néo-dentaire*, au niveau d'une dent en formation ou en éruption. La sensibilité peut rester limitée à un côté et on a dans ce cas une hémi-angine.

C'est le plan musculeux qui est le premier frappé, et l'inflammation muqueuse n'est qu'une sorte de reflet de l'atteinte qui a été portée aux muscles. L'œdème, la gêne circulatoire constituent un terrain très favorable au développement des microbes : il n'est donc pas étonnant que les microbes de la bouche prennent, de ce fait, une augmentation de virulence et, qu'après l'angine douloureuse pure, vienne l'angine inflammatoire ou l'angine phlegmoneuse. Alors les phénomènes secondaires d'infection masquent le début de l'angine.

L'irritation nerveuse du début de l'angine peut irradier au loin et donner lieu à une hémihyperesthésie systématisée dans tout le côté correspondant.

M. Jacquet rappelle à ce sujet l'idée de Brown-Séquard : toutes les fois qu'une région riche en nerfs est violemment excitée, il y a hyperesthésie dans tout le côté correspondant à l'irritation.

Il conclut qu'en présence d'une angine vulgaire il faut toujours rechercher l'origine dentaire.

MM. Hallion et de Langenhagen citent des faits qui viennent à l'appui de l'intéressante communication de M. Jacquet.

Parmi les autres communications citons :

Néphrolithotomie pour calculs multiples du rein. Division endovésicale des urines vérifiée après l'opération, par M. Cathelin.

Du spasme utérin. Pathogénie probable. Traitement, par M. R. de Langenhagen.

Kyste hydatique du foie ouvert dans les voies biliaires, par MM. Gros et Trastour.

Entérisme muco-membraneux par colique néphrétique, par M. Esmonet.

Au cours de la discussion sur quelques questions intéressant l'internat, la Société a pris la résolution de se faire représenter au *Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine qui aura lieu en avril 1906.*

La séance générale de la Société de l'Internat aura lieu le dimanche 7 mai, à dix heures et demie.

ANALYSES

CHIRURGIE

Chirurgie de la névralgie majeure du trijumeau. (Cushing. *Journ. Amer. med. Assoc.*, 11, 18, 25 mars, 1er et 8 avril 1905.) — Cushing, dont la statistique de 20 cas de résection du ganglion de Gasser est une des plus étendues qui soient, rappelle d'abord les deux méthodes primitives, haute temporale et basse ptérygoïdienne, puis montre comment les partisans de la première l'ont peu à peu abaissée, tandis que les amis de la seconde ont, au contraire, relevé celle-ci, tous tendant en définitive à une voie plus directe, zygomatique. La voie basse permet moins bien de faire une extirpation totale du ganglion, seule chose qui mette à l'abri de la récidive et seule chose qui, étant donnés les risques opératoires, doive être pratiquée. Récemment, on a proposé la section intracranienne des deux branches inférieures du ganglion avec interposition d'une pièce de protective. Mais quelle est la supériorité de ce procédé sur la section extracranienne? Il y a peut-être plus à compter sur la section de la racine sensitive du trijumeau, à cause de la régénération possible dans ce cas de la portion motrice, régénération qui atténuerait l'aplatissement facial post-opératoire, et permettrait, en cas de nécessité, une opération bilatérale; mais cette simple section n'est logique que si l'expérimentation et la clinique démontrent le bien-fondé de

l'opinion des promoteurs, à savoir que dans la portion sensitive, il n'y a pas régénération vers les centres. Cushing a modifié quelques détails de sa technique première, décrite en 1900. Il a beaucoup abaissé la partie courbe de son incision en ∩ sans faire descendre plus bas les traits verticaux de cette incision. Si l'on fait descendre le trait antérieur plus bas que l'apophyse orbitaire externe du frontal, on lèse les nerfs de l'orbiculaire. On ne peut éviter les filets du muscle frontal, d'où disparition des rides d'une moitié du front. Il faut pratiquer l'ablation sous-périostée du zygoma, car l'atrophie faciale est moins accusée que si on le laisse. Il est inutile de tailler un lambeau osseux, qui prend du temps et gêne le drainage. L'ouverture du crâne doit être petite et ne jamais remonter assez haut pour rencontrer la méningée moyenne. L'élévation de cette artère avec la dure-mère constitue la caractéristique du procédé de Cushing, qu'il appelle infra-artériel, parce qu'il opère au-dessous de la méningée moyenne. Cushing n'a lésé cette artère qu'une fois sur 20. Ce procédé rend inutiles la ligature de l'artère à l'entrée du crâne et celle de la carotide externe qui n'arrête que l'hémorragie de la méningée, sans pouvoir influencer l'hémorragie veineuse, seule gênante. Un des avantages de la voie directe, c'est qu'elle n'entraîne qu'un beaucoup moindre soulèvement du lobe temporal au cours de la libération du ganglion. Cushing a trouvé l'hémorragie opératoire beaucoup plus gênante qu'il ne l'avait cru après ses premières opérations. Le tamponnement est le seul moyen hémostatique utilisable. Il faut apporter un soin jaloux à la suture du muscle et du fascia temporaux ainsi qu'à celle de la peau qui s'exécutera avec des aiguilles intestinales et de la soie très fine qu'on enlèvera dès le troisième ou quatrième jour. Une étude attentive de la pression sanguine pendant l'opération a montré qu'une chute brusque de pression est un signal de danger immédiat. L'auteur pensait d'abord que le drainage était inutile; maintenant l'expérience lui a enseigné que dans beaucoup de cas, c'était une nécessité, mais une nécessité toujours accompagnée d'inconvénients : hémicranie limitée au côté opposé dans les cas d'extirpation complète, et rachialgie, phénomènes plus marqués, lorsqu'il y a écoulement considérable de liquide céphalo-rachidien. Deux fois, il y eut herpès facial respectant toujours l'aire anesthésiée : les deux fois, il y eut coïncidence de phénomènes douloureux vers le plexus sacré, et une fois herpès du périnée. Sur ses 20 opérations, Cushing n'a eu qu'une mort, survenue sur la table d'opération, sans qu'il soit possible de trouver une cause. Si d'une façon générale, il ne faut recourir à la gassérectomie qu'après l'échec des neurotomies périphériques, il n'en est pas moins vrai qu'il vaut mieux s'adresser de bonne heure au ganglion, qu'à des opérations périphériques étendues, telles que la résection du ganglion de Meckel, où la section des nerfs à la sortie de la base du crâne. Parmi les séquelles, la raideur de la mâchoire est diminuée par la résection du zygoma, déjà citée. Les paralysies oculaires par compression guérissent bien et vite : les troubles oculaires, dits trophiques, mais qui ne sont en réalité que des lésions traumatiques, irritatives ou infectieuses, sur un œil qui se défend mal, nécessitent toute l'attention du chirurgien. Il faut protéger l'œil pendant et après l'opération. Des moyens simples suffisent : point n'est besoin de recourir à la suture des paupières qui n'a point d'avantage marqué. L'auteur expose tout au long ses observations avec photographies et termine son très détaillé et consciencieux article par les déductions physiologiques sur le domaine du trijumeau que l'observation patiente et prolongée de ses patients lui a permis de formuler. FOXTON E. GARDNER.

Cholécystites aiguës pendant la puerpéralité. (VINEBERG. *Medical Record*, 8 avril 1905.) — Le nombre des cas de lithiase biliaire nécessitant une intervention au cours de la grossesse ou de la puerpéralité est très restreint. Cependant d'assez nombreux travaux établissent ce fait, à savoir que la grossesse prédispose à la formation des calculs. Vineberg relate deux cas où il fut appelé auprès de femmes récemment accouchées, chez qui le diagnostic de septicémie puerpérale avait été fait, et où il établit celui de cholécystite. La cholécystotomie dans les deux cas lui donna raison et fut suivie d'une prompte guérison. L'auteur rappelle les quelques cas publiés, montre la nécessité de songer à la vésicule chez les accouchées qui ont de la température; et par deux exemples, insiste sur les dangers que court une femme qui commence le travail avec une vésicule calculeuse distendue exposée à la rupture. FOXTON E. GARDNER.

THERAPEUTIQUE

Traitement de la dysenterie chronique. (ARTHUR. *Medical Record*, 25 mars 1905.) — Arthur relate les bons effets obtenus dans le traitement de la dysenterie chronique par la méthode de Weir : irrigation du côlon par le cæcum, en utilisant l'appendice comme un tube par lequel on introduit le liquide. Incision d'appendicectomie et suture de l'appendice à la peau. Suture soignée plan par plan de la paroi abdominale jusqu'au point où l'appendice est suturé. Quarante-huit heures après, on coupe l'appendice ainsi extériorisé, on introduit une sonde et on commence les irrigations; deux fois par jour 500 centimètres cubes d'une solution de quinine à 1 p. 2000 ou de nitrate d'argent à 2,5 p. 1000, le traitement dure six semaines. Quand on enlève définitivement le tube à irrigation, s'il persiste une fistule, il est très simple de libérer l'appendice et le réséquer. FOXTON E. GARDNER.

VARIÉTÉS

DÉCOUVERTES ARCHÉOLOGIQUES DANS LE SOL PARISIEN INSTRUMENTS DE L'ÉPOQUE GALLO-ROMAINE (1)

Par M. EUG. TOULOUZE,
Administrateur à la Société historique du VIe arrondissement de Paris.

II

En 1889 et 1890, M. Gabriel Pasquier, le distingué architecte parisien bien connu, m'autorisait à pratiquer des recherches archéologiques dans ses terrains situés à l'angle de la rue Le Goff et de la rue Gay-Lussac; après de nombreuses découvertes publiées avec dessins dans la *Revue archéologique* de 1892, nous trouvions, en bordure de la rue Malebranche, le 15 février 1891, un petit instrument en bronze fort curieux de forme et qui intéressera certainement les savants qui ont étudié la trousse du IIIe siècle. Il mesure 0m115 de longueur totale, il est composé de deux tiges de 0m055 de longueur qui se terminent par un mors en demi-cercle, en sorte que, par leur rapprochement, elles forment un cercle, avec un espace libre, le but de ce vide est de permettre au chirurgien de saisir des petits objets arrondis, comme des perles, des pois, des petites pierres que les jeunes enfants, en jouant, s'introduisent dans les cavités naturelles. L'extrémité manuelle possède une curette auriculaire attribuant à deux fins les

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1905, no 48, p. 571.

usages de ce petit instrument, qui a été reconstruit sur nos indications par MM. Charrière et Collin à Paris, et figure aujourd'hui dans la magnifique collection d'instruments antiques du musée de Gand, formé et conservé par le savant docteur Deneffe, professeur à l'Université de Gand. Ce petit instrument qui est *unique* ne figurait pas encore au milieu des richesses archéologiques du savant professeur, qui a bien voulu nous adresser la lettre suivante à propos du petit outil qui fait l'objet de cette modeste étude.

« Mon cher Monsieur Toulouze,

Grâce à l'obligeance dont vous m'avez déjà donné tant de preuves, M. Collin a pu me fournir la pince qu'une fouille heureuse avait mise entre vos mains; avec son habileté habituelle, le célèbre fabricant d'instruments de chirurgie a merveilleusement reproduit l'original, et j'ai pu l'étudier, la manier comme l'a fait mon confrère d'il y a dix-huit cents ans.

Après avoir fait toute une série d'expériences sur le cadavre, je suis convaincu, comme vous l'avez été dès le premier moment, que nous avons affaire à un instrument chirurgical, destiné à extraire de l'oreille les corps étrangers (fig. 10).

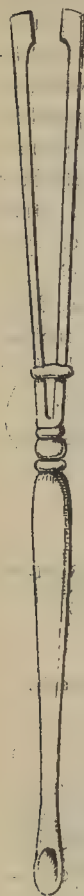


Fig. 10. Bronze du IIe siècle.

Les jeunes enfants ont tous la manie de s'introduire dans le nez, dans les oreilles, les petits objets qui servent à leurs jeux; rien de plus commun que d'être appelé dans une famille pour extraire d'une oreille ou du nez, une perle, un pois qu'un enfant s'est introduit ou s'est laissé introduire dans ces cavités béantes. L'extraction n'est pas toujours aisée; le corps étranger n'est plus visible au fond du conduit auditif; car le plus souvent les manœuvres maladroites de l'enfant ou d'une personne de son entourage l'ont refoulé profondément contre la membrane du tympan. Dans ces circonstances délicates notre antique confrère était admirablement outillé par la pince dont nous nous entretenons.

Je trouve un très grand nombre de pinces dans la collection de la chirurgie antique qui appartient à l'Université de Gand; mais la vôtre est *unique en son genre*.

Il est fort rare de rencontrer une pince présentant, à l'extrémité opposée à ses mors, un second instrument. C'est le cas de la vôtre. Pince d'un côté, curette auriculaire de l'autre.

Le musée germano-romain de Mayenne possède deux pinces se terminant par une olive.

Il possède une pince dont l'extrémité opposée se termine en pointe fine.

Le musée de Saint-Germain possède une pince provenant de Banassac (Lozère), se terminant en pointe de l'autre côté comme celle de Mayenne.

Enfin vous trouverez, dans notre célèbre trousse de chirurgie du IIIe siècle, une pince d'un type unique se terminant au côté opposé par un racloir courbe et pointu. Dans l'immense majorité des cas la pince n'a d'autre destination que de saisir; elle n'est pas munie d'un autre instrument, devant remplir un autre but; la pince n'est qu'une pince à titre exceptionnel. Elle est munie d'un anneau qui glisse sur ses branches, les rapproche et les maintient rapprochées afin que l'objet saisi ne puisse s'échapper. Votre pince est à deux fins : pince d'un côté, curette auriculaire de l'autre; enfin, pour comble d'originalité, elle porte un anneau mobile sur ses branches.

Je vous laisse le soin d'établir son antiquité et de fixer, dans la mesure du possible, le siècle auquel appartenait ce curieux instrument. Vous êtes là sur un terrain où votre compétence est incontestable. Je reste dans ma sphère chirurgicale. A quoi cette pince à curette a-t-elle pu servir?

Aucune des pinces antiques que j'ai vues jusqu'à présent ne présente de tels mors. Tenant en main cet instrument, si l'on en cache la moitié inférieure, on croit voir un de ces porte-crayon ou porte-touche qui fait partie de l'arsenal scolaire de nos jeunes écoliers. La forme en est identique, l'écartement des mors est le même.

Chaque mors finit en demi-cercle, de sorte que par leur rapprochement ils laissent entre eux un espace circulaire. Évidemment le but de l'inventeur de cette pince a été de permettre au chirurgien de saisir entre les mors de petits objets arrondis. Ce qui me porte à croire que l'inventeur avait en vue les objets arrondis qui auraient pu se trouver dans l'oreille, c'est la finesse de l'instrument, c'est la facilité avec laquelle l'écartement maximum de ses mors lui permet de manœuvrer dans le conduit auditif, enfin c'est la petite curette que présente l'autre extrémité, l'extrémité manuelle. Pas de doute possible, c'est bien la curette auriculaire. Mais toutes ces appréciations, plus ou moins théoriques, ne me satisfaisaient qu'à demi et c'est dans des expériences multiples faites sur le cadavre que j'ai puisé ma conviction.

J'ai profondément enfoncé dans le conduit auditif, jusque sur le tympan, des pois, des perles. Et je ne puis dire avec quelle facilité, j'allais, sans les voir, les repêcher. J'introduisais la pince ouverte aussi loin qu'elle pouvait pénétrer, je poussais l'anneau et je retirais l'instrument fermé; chaque fois la perle ou le pois était entre les mors.

Dans une autre série d'expériences, je me servis de la curette comme d'un levier et les corps étrangers de l'oreille étaient chaque fois ramenés à l'extérieur avec une merveilleuse facilité.

L'opérateur tenait donc en main, réunis sur un même manche, deux instruments, pince et levier, pouvant, chacun par un mécanisme différent, extraire de l'oreille les corps étrangers que les enfants y introduisent si souvent.

L'instrument, je tiens à vous le faire remarquer, n'a ni le fini, ni la souplesse, ni la délicatesse de ceux qui constituent votre fameuse trousse de chirurgie du IIIe siècle.

Je vous prie, mon cher monsieur Toulouze, de bien vouloir agréer l'assurance de ma considération la plus distinguée.

DENEFFE. »

Nous répondrons à M. le docteur Deneffe, que notre petit instrument appartient au commencement de notre ère, et tout au plus au IIe siècle. Il reparaît au fond de la voirie et conséquemment dans la première couche d'immondices déposées sur ce point (fig. 10).

Cette butte factice, sorte de jardin en terrasse dont se souviennent encore les habitants de ce quartier, s'élevait de 7 à 8 mètres au-dessus du sol de la rue Gay-Lussac à l'angle de la rue Le Goff.

On sait que les causes principales des inégalités du sol parisien sont les travaux de fortifications successivement exécutés pour défendre la ville, et l'usage fort ancien d'entasser les immondices, les ordures ménagères et les gravois à proximité des habitations.

Ces dépôts, d'abord placés *extra-muros*, se trouvèrent dans l'intérieur de Paris par suite de l'agrandissement de ses enceintes fortifiées. On nommait *voirie*, *monticule*, *butte*, *mon-*

ceau, *motte*, etc., ces amas si riches en souvenirs archéologiques et qui sont pour nous autant de témoins certains du périmètre de l'antique Lutèce païenne.

Les plus élevés et par cela même les plus connus étaient : le *monceau Saint-Gervais*, la *butte Saint-Roch* qui sous Louis XIV montrait encore à son sommet quelques moulins à vent (celle-ci entamée en 1667 fut rasée définitivement pour livrer passage à l'avenue de l'Opéra et à la rue des Pyramides), la butte de *Bonne-Nouvelle* ou de *Villeneuve-des-Gravois*, située non loin de la porte Saint-Denis. A l'extrémité orientale de la Cité existait un monticule qu'on nommait le *Terrail*, le *Terrain*, ou encore la *motte au Papelards*, parce qu'elle était la propriété des chanoines de l'Eglise de Paris.

Un monceau s'élevait aussi sur l'emplacement de la rue Mazarine, le long des fossés de Nesles; un autre était situé à l'endroit où se trouve la rue Péronnet, ancienne rue Saint-Guillaume, qui s'était appelée la rue *de la Butte*.

Enfin un dépôt bien connu depuis quelques siècles, autrefois nommé la *Butte des Coupeaux* ou *Copeaux*, et qui a donné son nom à un petit pont placé sur la Bièvre, existe encore de nos jours dans son entier; nous voyons cette butte figurer sur les anciens plans de Paris surmontée d'un moulin à vent. Elle est devenue un des ornements du jardin des Plantes, où on la connaît sous le nom de *Labyrinthe*. Sa hauteur au-dessus du niveau de la Seine est de 30 à 35 mètres.

Les quelques monticules que nous venons de nommer s'élevaient souvent plus haut que les murailles de Paris; aussi, dans une assemblée tenue en 1512, il fut décidé qu'on abattrait ces buttes et qu'il serait ordonné aux habitants de déposer les gravois dans des lieux plus éloignés de la ville.

Après avoir dit quelques mots de ces importants dépôts du moyen âge, rappelons que d'autres amas moins élevés se trouvaient aussi près des habitations de l'époque gallo-romaine.

Ces différents dépôts d'immondices, dont l'antiquité est incontestable, étaient situés à proximité de la ville, dans les champs, afin que les émanations qui s'en dégageaient ne pussent être nuisibles à la santé publique.

DISTANCES APPROXIMATIVES DES VOIRIES ROMAINES, DES MURS DE PHILIPPE-AUGUSTE

Dans l'angle formé par la rue Monge et la rue du Cardinal-Lemoine face à la rue Clovis, 50 à 60 mètres des murailles de Philippe-Auguste; explorées par E. Toulouze.

A l'angle formé par la rue Clotaire et la place de l'Estrapade, la voirie était à la base même du mur d'enceinte; explorée par E. Toulouze.

Rue Malebranche, à 50 ou 60 mètres du mur d'enceinte, fouilles E. Toulouze 1890-1891, publiées avec gravures dans la *Revue archéologique*.

Rue Royer-Collard, angle de la rue Gay-Lussac à 50 ou 70 mètres environ des murailles, 1889-1890, dans la propriété de M. Gabriel Pasquier, architecte de Paris; fouilles E. Toulouze. Publiées dans la *Revue archéologique*, suite et fin, avec dessins de l'auteur.

Dépôt découvert sous le théâtre de l'Odéon, à 100 mètres environ des murailles (fouilles de 1900).

Voirie explorée par Grivaud de la Vincelle dans le jardin du Luxembourg à 150 ou 160 mètres environ des murs d'enceinte (commencement du XIXe siècle).

Dépôt dans la grande cour du Luxembourg, à 150 ou 160 mètres des murs d'enceinte, exploré par le service des bâtiments du palais du Luxembourg, en 1903.

Voirie et champ de sépultures païennes reconnus et explorés par E. Toulouze rue Racine entre la rue des Fossés-Monsieur-le-Prince et la place de l'Odéon, année 1898, à 40 ou 50 mètres des murailles.

Rue de l'Odéon, à 40 mètres de la place de l'Odéon et à 60 ou 70 mètres des murailles, exploré par E. Toulouze.

Boulevard Saint-Germain, non loin de la statue de Danton à 50 ou 60 mètres des murailles. Exploré par E. Toulouze en 1881, 1882.

De toutes ces voiries, il ne reste plus aujourd'hui que les simples descriptions d'un explorateur soucieux d'apporter de nouveaux documents à l'histoire de sa ville natale.

Ajoutons pour finir, que ces dépôts indiqués ci-dessus établissent ce fait d'histoire important : que si la population était moins compacte au sommet du *Mons lucotitius* à l'époque de l'occupation romaine, le périmètre de la ville n'en était pas moins le même qu'au XIIe siècle, date de la construction de l'enceinte de Philippe-Auguste.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

RESPONSABILITÉ DES ENFANTS POUR LES HONORAIRES MÉDICAUX DUS PAR LES ASCENDANTS

A plusieurs reprises déjà, les tribunaux ont eu à établir jusqu'à quel point les enfants étaient responsables des honoraires médicaux pour soins donnés aux ascendants.

La *Gazette médicale de Nantes* publie à ce sujet (1905, p. 277) un jugement intéressant rendu par le tribunal civil de Nantes.

Une dame, victime d'un accident de voiture, reçoit les soins de deux médecins appelés par sa fille, Mme Z... Des difficultés s'étant produites pour le règlement des honoraires, elle est assignée un peu plus tard en paiement de 400 francs pour frais et honoraires.

Le tribunal a rendu le jugement suivant :

« ... Attendu que, quand les soins ont été donnés au père ou à la mère de la personne qui a fait appeler le médecin, et que la malade est insolvable ou dans une situation précaire, l'obligation de payer le médecin dérive des articles 205 et 206 du Code civil; qu'en effet il est de jurisprudence formelle que les dépenses nécessitées par une maladie ont le caractère alimentaire;

Que, par suite, à ce point de vue, Mme Z... est responsable du payement des honoraires réclamés;

Que les honoraires demandés par les demandeurs sont exagérés;

Que le Tribunal possède des éléments d'appréciation suffisants pour fixer dès maintenant le chiffre des honoraires dus à ces deux docteurs pour les soins par eux donnés dans les circonstances sus-énoncées à la dame X...;

Par ces motifs,

Condamne Mme X... et les époux Z..., conjointement et solidairement, à payer aux demandeurs la somme de 200 francs avec intérêts de droit... »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 8 AU 13 MAI 1905)

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 8 mai, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gaucher, Desgrez et Claude.

1er (oral), *Salle Pasteur* : MM. Segond, Sébileau et Proust.

2e, *SalleRichet* : MM. Gautier, Ch. Richet et Retterer; — M. Broca (André), suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Delens et Legueu ; — (2e série) : MM. Reclus, Tuffier et Mauclaire; — (2e partie) : MM. Roger, Legry et Macaigne; — M. Labbé (Marcel), suppléant.

Mardi 9 mai, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Chantemesse, Guiart et Maillard.

1er (oral), *Salle Pasteur* : MM. Poirier, Launois et Morestin.

3e (2e partie, oral), *Salle Corvisart* : MM. Gilbert, Achard et Jeanselme.

4e, *Salle Charcot* : MM. Joffroy, Langlois et Richaud; — M. Vaquez, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Le Dentu, de Lapersonne et Marion ; — (2e série) : MM. Berger, Schwartz et Auvray; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Thiroloix et Gouget; — M. Renon, suppléant.

Mercredi 10 mai, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Labbé (Marcel).

1er (oral), *Salle Pasteur* : MM. Kirmisson, Pierre Duval et Branca.

4e, *Salle Richet* : MM. Landouzy, Gley et Balthazard; — M. Macaigne, suppléant.

Jeudi 11 mai, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Bezançon et Richaud.

1er (oral), *Salle Béclard* : MM. Poirier, Auvray et Rieffel.

3e (1re partie, oral), *Salle Broussais* : MM. Guyon, Thiéry et Brindeau; — (2e partie), *Salle Vulpian* : MM. Chantemesse, Vaquez et Guiart; — M. Dupré suppléant.

Vendredi 12 mai, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Landouzy, Roger et Desgrez.

3e (2e partie, oral), *Salle Velpeau* : MM. Hayem, Blanchard et Balthazard.

4e, *Salle Broussais* : MM. Pouchet, Déjerine et Macaigne; — M. Broca (André), suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Segond, Broca (Aug.) et Mauclaire; — (2e série) : MM. Tuffier, Legueu et Gosset; — M. Cunéo, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Pierre Duval, suppléant.

Samedi 13 mai, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Hutinel, Jeanselme et Maillard.

1er (oral), *Salle Broussais* : MM. Thiéry, Launois et Marion.

3e (2e partie, oral), *Salle Béclard* : MM. Cornil, Troisier et Dupré ; — M. Richaud, suppléant.

5e (chirurgie, 2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Thiroloix et Méry ; — (2e série) : MM. Gilbert, Gouget et Bezançon ; — M. Carnot, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Brindeau ; — M. Langlois, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — LISTE DES PRIX A DÉCERNER A LA FACULTÉ EN 1905. — Tous les mémoires doivent être déposés au secrétariat, avant le 15 octobre, sans nom d'auteur, mais avec une devise.

Prix Corvisart (médaille de vermeil et 400 francs). — Question : « Etiologie et anatomie pathologique de la paralysie générale. »

Prix Montyon (700 francs). — A l'auteur du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, sur les caractères et les symptômes de ces maladies et sur les moyens de les guérir.

Prix Barbier (2 000 francs). — A la personne qui a inventé une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieurs à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment.

Prix Chateauvillard (2 000 francs). — Au meilleur travail des sciences médicales, imprimé du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente.

Legs du baron de Trément (1 000 francs). — En faveur d'un étudiant distingué et sans fortune. — Les candidats doivent se faire inscrire, avant le 1er septembre de chaque année, au secrétariat. Ils devront produire : 1° une demande ; 2° les pièces de nature à faire connaître leur situation de fortune et celle de leur famille.

Donation Faucher (1 200 francs). — Destinée à couvrir de leurs frais de scolarité, d'examen et de diplôme, ainsi que des frais d'impression de la thèse, deux étudiants français et deux étudiants polonais. — Déposer au secrétariat de la Faculté, avant le 1er septembre : 1° une demande; 2° toutes pièces de nature à faire connaître la situation de fortune et celle de la famille; 3° un document authentique établissant la nationalité française ou polonaise.

Prix Lacaze (10 000 francs). — Aux termes du testament de M. le docteur Lacaze, au meilleur ouvrage sur la « phtisie » et sur la « fièvre typhoïde » (alternativement). — A la fin de l'année 1906 il y aura lieu de décerner le prix Lacaze au meilleur ouvrage sur la « fièvre typhoïde ».

Legs Jeunesse (1 500 francs). — Au meilleur ouvrage relatif à l'hygiène ; 750 francs (prix biennal) au meilleur ouvrage relatif à l'histologie. — En 1905 ces deux prix seront attribués.

Prix J. Saintour (3 000 francs). — Question : « Pathogénie de l'artério-sclérose. »

Prix Béhier (1 800 francs). — Question : « Syphilis hépatique. » — Ce prix sera attribué en 1906.

Prix Charles Legroux (300 francs). — Au meilleur travail sur « Le diabète, ses causes et son traitement ». — Ce prix sera attribué en 1907.

Legs Marjolin (5 161 francs). — Affecté, chaque année, au remboursement des frais d'inscriptions d'étudiants en médecine français, internes ou externes des hôpitaux de Paris, s'étant fait remarquer par leur zèle, leur exactitude, et ayant recueilli avec soin des observations dans leurs services.

MM. les internes et externes français des hôpitaux de Paris qui désireraient obtenir sur le legs Marjolin le remboursement de leurs inscriptions prises antérieurement, devront adresser à M. le doyen une demande libellée sur papier timbré de 60 centimes. — Les demandes sont reçues au secrétariat de la Faculté, du 1er au 15 octobre.

Legs Bakow (4 000 francs). — Pour être employé à aider des jeunes gens pauvres à faire de bonnes études et à s'ouvrir par ce moyen une carrière honorable. — Faire la demande avant le 1er septembre.

Legs Pelrin. — Même but; même condition ; en outre, appartenir à une famille domiciliée à Paris depuis cinq ans au moins.

Donation Lannelongue (1 200 francs). — En faveur d'un étudiant en médecine de l'Université de Paris, issu d'une famille peu fortunée, domiciliée depuis dix ans au moins dans le département du Gers, et de préférence dans l'arrondissement de Condom. — La bourse sera attribuée pour quatre ans. Elle pourra être retirée pour mauvaises notes de travail ou de conduite.

Thèses récompensées. — Sont seules admises au concours les thèses ayant obtenu la note très satisfait. — Pour les bourses du doctorat en médecine, les bourses municipales, les bourses d'études, de voyages, la gratuité, les exonérations, se renseigner au secrétariat de la Faculté.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 51. — JEUDI 4 MAI 1905. 78e ANNEE. JEUDI 4 MAI 1905. — N° 51.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........	3 mois : **4** fr. **50**.	— 6 mois : **8** fr.	— 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE..	3 mois : **7** fr.	». — 6 mois : **13** fr.	— 1 an : **25** fr.

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE
Métrorragie, sclérose utérine, ménopause, par M. Paul Dalché.
TRAVAUX ORIGINAUX
Sur la durée de l'immunité donnée par une injection de sérum antitétanique, tétanos à forme dysphagique survenu vingt-deux jours après l'injection préventive, par M. Dionis du Séjour.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine.
ANALYSES
Médecine : Paralysie ascendante aiguë due à une cystite chronique; — Diphtérie et tétanie; — Alopécie dans le tabes; — Bruits anormaux de mastication chez les tabétiques; — Plan d'une physiopathologie clinique des centres psychiques; — *Chirurgie :* Décapsulation de l'appendice.
CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA TUBERCULOSE
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de médecine.* — *Admission.* — Epreuve de consultation écrite :

Séance du 3 mai. — MM. Terrien, 17; Gandy, 19; de Grandmaison, 19.

La prochaine séance aura lieu le 8 mai à neuf heures et demie du matin, à Lariboisière.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Angers. — M. Thibault est nommé médecin de l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Legludic, atteint par la limite d'âge.

M. Papin est nommé médecin des hospices.

MAISON DE CHARENTON. — Le concours pour le poste de médecin suppléant de la Maison nationale de Charenton s'est terminé par la nomination de M. Roger Mignot, ancien chef de clinique de la Faculté, médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés.

GUERRE. — Par décision ministérielle du 24 avril 1905, MM. les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été nommés ou désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins aides-majors de première classe Kolb, désigné pour le 134e d'infanterie (service); — Regnaud, pour le 155e d'infanterie (service); — Moulin, pour le 150e d'infanterie (service); — Ouin, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine (service); — Rouchaud, pour le 84e d'infanterie (service); — Bablon, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger (service); — Techoueyres, pour les hôpitaux militaires de la direction de Constantine (service).

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Morisson, désigné pour le 104e d'infanterie (service); — Dumoulin, pour le 128e d'infanterie (service); — Schneider, pour le 3e d'infanterie (service); — Muller, pour le 162e d'infanterie (service); — Fontan, pour le 136e d'infanterie (service); — Andrieu, pour le 132e d'infanterie (service); — Mairesse, pour le 4e bataillon de chasseurs à pied (service).

A LA MÉMOIRE DE HANOT. — Désireux de consacrer à la mémoire du grand médecin que fut Victor Hanot un souvenir durable, un groupe de ses maîtres, collaborateurs, élèves et amis fait appel à tous ceux qui, à des titres divers, l'ont connu et apprécié.

Le projet consisterait, selon les circonstances, d'abord en un buste ou un médaillon à placer à l'hôpital Saint-Antoine, puis, si les fonds le permettent, en une médaille et une plaquette biographique qui seraient remises aux souscripteurs.

Les souscriptions seront reçues jusqu'au 15 juin chez MM. Asselin et Houzeau, éditeurs, place de l'École-de-Médecine, trésoriers du Comité.

Les membres du Comité sont : MM. les docteurs Angerant, Blum, Boix, Brissaud, Brouardel (Paul), Bucquoy, Cart, Cornil, Debove, Duplay, Dujardin-Beaumetz, Fournier (Alfred), Gastou, Gaucher, Gaume, Gilbert, Gosset, Grancher, Hérard, Hutinel, Kahn, Legry, Le Roy des Barres (de Saint-Denis), Le Roy des Barres (A.) [d'Hanoï], Létienne, Letulle, Lévi (Léopold), Luzet, Merlier (de Roubaix), Meunier (H.) [de Pau], Monthus, Parmentier, Schachmann (de Bucarest), Schaefer, Tesson; MM. Asselin et Houzeau, éditeurs; les *Archives générales de médecine*.

CONFÉRENCES CLINIQUES SUR LES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. — Le docteur Babinski, médecin de l'hôpital de la Pitié, reprendra ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux le samedi 20 mai à dix heures un quart, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Paquelin, l'inventeur du thermocautère.

Après la mort de Marchal de Calvi, Paquelin a dirigé, pendant quelque temps, la *Tribune médicale*.

CLINIQUE MÉDICALE

MÉTRORRAGIE. SCLÉROSE UTÉRINE. MÉNOPAUSE

Par Paul DALCHÉ,
Médecin de l'hôpital de la Pitié (1).

Messieurs,

J'ai l'intention, à la fin de cet hiver, de vous faire quelques leçons de *gynécologie médicale*. J'espère pouvoir vous montrer un certain nombre de malades intéressantes, et nous discuterons ensemble les diagnostics que nous devrons porter sur les diverses affections dont elles se plaignent. Mais, comme toujours, je m'efforcerai de bien poser les indications thérapeutiques, car le traitement doit rester ici notre principal souci.

Je ne puis mieux commencer qu'en vous parlant, aujourd'hui, d'une malade pour laquelle nous aurions pu facilement tomber dans une erreur de diagnostic, si même cette erreur n'a pas été commise un instant. Les conséquences, au point de vue du pronostic et du traitement, eussent été bien différentes. Il s'agit cependant d'un cas pathologique qui n'est pas absolument rare; mais sa notion, telle que nous la concevons maintenant, ne remonte pas à longtemps. L'accord n'est d'ailleurs pas définitif à son sujet, et son étude prête encore à des interprétations multiples.

La femme que je vous présente est âgée de quarante-sept ans.

Elle est entrée dans notre salle Trousseau le 29 janvier 1905 pour une *métrorragie* des plus abondantes et qui durait depuis plus d'un mois.

Bien que sa perte soit arrêtée, voyez comme elle est demeurée pâle, la figure blême, les muqueuses décolorées. Ses artères temporales sont flexueuses, elle est maigre, elle est dans un état complet de moindre résistance. L'examen nous révèle quelques autres particularités remarquables : une demi-ankylose de la hanche droite, un genou droit raide, faisant entendre quelques craquements symptomatiques d'un rhumatisme chronique; tous signes qui ont ici une grande importance au point de vue gynécologique, parce que cette malade a été prise de ces manifestations arthritiques vers l'âge de la ménopause, dont elle présente d'ailleurs les signes.

Les premières règles se sont montrées à quatorze ans, ce qui est normal, puisque, vous le savez, l'âge moyen de la puberté est de quatorze ans et demi. Elles ont toujours été régulières, mais *très abondantes* dès les premières, et durant de sept à huit jours. Nous retrouvons là un des caractères habituels à la menstruation des neuro-arthritiques congestives sur lequel Richelot et Siredey ont insisté. Jamais cependant ces règles n'ont été très douloureuses, ce qui est remarquable car elles le sont ordinairement chez les arthritiques, mais cependant elles occasionnent à notre patiente des migraines assez violentes pour l'obliger à suspendre tout travail.

Notons cinq grossesses dont les quatre premières se sont terminées par des accouchements à terme, et la dernière, en 1901, par une fausse-couche à quatre mois.

Actuellement notre malade est incommodée par des bouffées de chaleur et des sueurs abondantes; elle est devenue impressionnable, nerveuse, en un mot elle entre petit à petit dans la *ménopause*. Nous ne trouvons rien au *cœur*, rien aux *poumons*, rien dans les *urines*; mais il y a de la *constipation chronique*, et vous savez combien la coprostase, entretenant la congestion pelvienne, favorise l'abondance des écoulements menstruels.

Le 20 décembre dernier les règles viennent à leur époque attendue, mais, dès le début, et sans cause plausible, elles sont d'une *abondance inquiétante*, prennent le caractère d'une véritable perte, sans douleurs, mais mélangées de nombreux caillots. Puis, au lieu de s'arrêter au bout de huit jours, comme d'ordinaire, ces règles continuent. Un médecin consulté, paraît-il, prescrit, sans obtenir de résultat, de l'adrénaline, des piqûres au sujet desquelles nous n'avons aucun renseignement. L'hémorragie continue et enfin, le 29 janvier, après plus d'un mois, la malade se décide à entrer à l'hôpital.

A ce moment, l'examen de la malade, son âge, son apparence, ses pertes un peu fétides, firent penser que l'on était en présence d'une maladie grave. On sentait en outre, au toucher, des caillots qui donnaient la sensation d'inégalités intra-cervicales, on ne put, et je n'en blâme certes personne, s'empêcher de penser à un *cancer*.

Cependant, quand, à mon tour, j'examinai cette femme, deux ou trois jours plus tard, je trouvai bien au toucher le col dur, d'une consistance rappelant celle du *squirrhe*, et gros, ainsi que le corps; mais le museau de tanche était lisse, et tout l'organe conservait une grande mobilité, bien loin de présenter cette fixité significative des néoplasmes.

Au spéculum, après nettoyage du canal intracervical, je vis un col gros, blanc, lisse, sans la moindre ulcération; la muqueuse était d'apparence saine, ne présentant pas même de déchirures des lèvres cicatrisées.

Rien dans les annexes, pas même de brides.

Quelques lavages firent disparaître la légère fétidité dont je vous ai parlé; j'enlevai, au moyen d'une curette mousse, les caillots qui obstruaient le col, me proposant d'examiner au microscope les végétations que je pourrais ramener. Il n'y avait pas de *métrite*. En l'absence de végétations, je repoussai l'hypothèse de *cancer*; et la suite m'a donné raison, car la métrorragie elle-même a cédé au traitement suivant :

Grandes irrigations d'eau chaude,
Lavements chauds,
Pilules d'ergotine, dont voici la formule :

Ergotine..................	0,10 centigrammes.
Sulfate de quinine..........	0,02 —
Poudre de feuilles de digitale.	0,01 —
Poudre de coca............	Q.S. pour une pilule.

dont on prendra cinq par jour.

(1) Leçon d'ouverture recueillie par M. le docteur F. Burthe.

De quoi donc notre malade est-elle atteinte ?

Messieurs, c'est un cas de *sclérose utérine*.

Cependant, avant de discuter avec vous ce diagnostic et les indications du traitement qui en résultent, laissez-moi vous dire que je n'attribue pas la *métrorragie* à la *sclérose* seule. Rappelez-vous ce que je vous ai dit de l'âge de cette malade, quarante-sept ans, des malaises qu'elle a éprouvés, bouffées de chaleur, crises de sueur, état névropathique, du rhumatisme chronique dont elle souffre, je vous ai parlé ailleurs des relations du rhumatisme chronique avec la *ménopause*.

La ménopause suffit à elle seule pour provoquer des pertes très abondantes, inquiétantes même, et parfois, la première manifestation de l'âge critique, avant toute irrégularité menstruelle, est une *métrorragie*. Cet accident se produit avec d'autant plus de facilité que la matrice porte déjà une *lésion hémorragipare*, sclérose, fibrome, etc., et nous trouvons alors une étiologie hybride, ménopause et sclérose, ou fibrome, qui favorise l'écoulement du sang. Le phénomène trouve son analogue dans d'autres organes; c'est ainsi que vous rencontrez la lithiase biliaire et la congestion du foie dans les maladies du cœur, par exemple, c'est-à-dire l'asystolie hépatique ; la métrite et encore les maladies du cœur, etc.

Je soigne actuellement une dame de quarante-huit ans qui, après avoir présenté quelques irrégularités menstruelles, les troubles nerveux et autres de la ménopause, a été subitement prise, le 1er janvier, d'une perte qui a duré jusque vers le 10 février. Je constatai chez cette dame un *fibrome* remontant jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Jamais cette tumeur n'avait occasionné le moindre accident, et cependant, à coup sûr, pour avoir acquis un pareil volume, elle est de date assez ancienne; d'autant plus que le bas-ventre a grossi depuis plusieurs années et qu'il existe, depuis longtemps, des troubles de la miction en rapport avec la pression du fibrome sur la vessie. Il a fallu, vous le voyez, pour provoquer une perte, que l'influence de la ménopause vienne se faire sentir sur les organes génitaux.

Ces pertes de la ménopause sont attribuées, surtout par les anciens auteurs, aux poussées fluxionnaires si communes à cet âge qui se portent sur la matrice comme sur divers autres organes, par exemple sur le rein pour provoquer l'albuminurie, sur le poumon pour donner naissance à des phénomènes congestifs, etc., etc.

Aujourd'hui je pourrais vous proposer une autre explication. Nous pouvons dire que, précédant l'*insuffisance ovarienne* de la ménopause, il existe, pendant un certain temps, un dérangement, une irrégularité des fonctions, une *ataxie ovarienne*, comme dit Jayle, ataxie prémonitoire, se manifestant tantôt par des phénomènes d'hyperfonction, tantôt par des phénomènes d'hypofonction, avec des phases correspondantes d'hypersécrétion ou d'hyposécrétion internes. Et nous sommes autorisés à en déduire que si à l'hypofonction correspond l'aménorrhée ou une diminution des règles, l'hyperfonction entraîne une vaso-dilatation et une congestion inaccoutumées de la muqueuse utérine, dépassant les limites habituelles et se traduisant par une hémorragie plus ou moins abondante.

La ménopause a donc exercé son action sur la sclérose, mais dans le cas qui nous occupe, quelle est cette *sclérose?*

Messieurs, pour nous fixer sur son étiologie, suivons, si vous le voulez bien, l'excellente classification de mon collègue M. Doléris :

1° Sommes-nous en présence d'une *sclérose atrophique*, du reste, consécutive à l'emploi des caustiques dans l'intérieur de la cavité utérine ? Non ; notre patiente n'a jamais été malade, jamais exposée au moindre traumatisme ;

2° Le *traumatisme utérin d'origine obstétricale* a pourtant peut-être joué un rôle, mais combien faible, en tous cas. Rappelez-vous que si cette femme a eu, il est vrai, plusieurs enfants, ses accouchements ont toujours été faciles, il n'a jamais pour elle été question de versions, de forceps, d'intervention quelconque. Elle n'a jamais eu de métrite, jamais de suites de couches pathologiques ;

3° Eliminons, sans nous y arrêter, la *sclérose tuberculeuse*, dont il ne saurait être question pour une foule de raisons sur lesquelles je ne puis insister ici ;

4° La *sclérose syphilitique* existe, mais ne doit pas être diagnostiquée chez notre malade. Je vous parlerai, dans une prochaine leçon, de la *syphilis utéro-ovarienne*, et nous verrons que pour certaines lésions, la sclérose en particulier, il est indispensable de trouver des indications dans les antécédents. Or, ils sont ici complètement négatifs; il n'y a eu ni *chancre*, ni *plaques muqueuses*, ni *manifestation spécifique* d'aucune sorte, et si cette femme a fait une fausse couche, c'est seulement après avoir eu quatre enfants venus au monde bien vivants ;

5° Quant à la *sclérose alcoolique*, sur laquelle insiste Doléris, nous ne pouvons lui attribuer la lésion de notre malade. Du reste, l'alcoolisme, à lui seul, est-il capable de donner naissance à une sclérose utérine, et n'est-il pas plus fréquent de voir son action se combiner à d'autres influences sclérogènes ? C'est là une question qu'il serait intéressant de discuter. Quoi qu'il en soit, notre malade n'est pas alcoolique ;

6° Reste donc la *sclérose arthritique*, et je crois que c'est là l'influence prépondérante qui est intervenue chez notre malade. Rappelez-vous ce que je vous en disais au début, l'état de ses artères, de ses articulations, sa maigreur, son rhumatisme chronique ; elle est un type de l'herpétique de Lancereaux, de l'arthritique, elle est prédisposée à tous les accidents de la diathèse fibreuse.

Richelot a insisté d'une façon très judicieuse sur l'action du neuro-arthritisme dans l'évolution de l'utérus et de la menstruation. Il considère la neuro-arthritique dès la puberté, avec ses règles souvent douloureuses, montre que c'est toujours une congestive qui a, comme notre malade, des écoulements sanguins fort abondants, et que, plus tard, cette congestion aboutit à la sclérose. On pourrait se demander si d'autres congestions chroniques ou longtemps prolongées, celles qui résultent de lé-

sions annexielles, par exemple, n'aboutissent pas de même à cette sclérose.

L'anatomie pathologique montre dans ces cas une augmentation de volume de l'organe dont les parois sont dures, la muqueuse hypertrophiée, au moins au début. Nous verrons plus loin qu'il succède parfois à ces lésions des atrésies qui indiqueront la dilatation, seule intervention à conseiller en pareille occurrence. On observe de l'artérite et de la périartérite, sclérose des parois vasculaires et envahissement de la trame utérine par des éléments conjonctifs.

Richelot et Hepp, son élève, admettent qu'il y a aussi hyperplasie des fibres lisses en proportion variable; il est au moins anormal de voir ainsi l'élément noble d'un tissu prendre le dessus et devenir envahissant. Pour Doléris, la sclérose est caractérisée par ce fait que le processus doit aboutir à une atrophie fibreuse. A la phase hypertrophique, dit-il, appartiennent les accroissements de volume, les congestions douloureuses, les hémorragies, etc.; à la phase atrophique les allongements des divers segments de l'utérus, les atrésies, le ralentissement des fonctions.

Sans vouloir entrer dans le débat, je me contenterai de vous dire que je considère volontiers les *allongements hypertrophiques* du col comme une conséquence de la sclérose. Que ces allongements soient l'hypertrophie sus-vaginale d'Huguier, ou les allongements sous-vaginaux, etc., en tous cas l'aboutissant est toujours l'augmentation de longueur du col, cause de prolapsus, d'ailleurs assez rare, car le plus souvent les prolapsus sont ceux de la muqueuse, rectocèle, cystocèle, etc. Je n'ai, du reste, pas à vous parler plus longtemps sur ce sujet auquel notre malade est tout à fait étrangère.

Il en est de même pour le *gigantisme utérin;* au moins pour une de ses formes qui dépend de la sclérose utérine, tandis que l'autre peut relever de la *myomatose diffuse*.

Mais l'idée d'*infection* doit être repoussée pour la sclérose que présente notre malade. Elle n'a pas de *métrite*, elle n'en a jamais eu, n'en a jamais présenté le moindre symptôme. D'ailleurs, si la sclérose utérine n'est pas d'origine infectieuse, et constitue plutôt ce que Doléris appelle les *fausses métrites*, cela n'empêche nullement qu'il puisse y avoir métrite, puis consécutivement sclérose. La métrite, et surtout la métrite puerpérale, peut aboutir en dernier lieu à une variété de cervicite parenchymateuse, sclérose particulière du col; mais encore une fois ce n'est pas notre cas, et cette idée doit être écartée ici.

Si nous n'avions pas trouvé le col tel qu'il s'est présenté à notre examen, il est un diagnostic auquel nous aurions pu penser dans les circonstances actuelles.

C'est celui de *métrorragie par hypertension artérielle*, ou par artério-sclérose, athérome des artères de la matrice.

Cet accident se présente encore assez fréquemment chez les scléreuses de l'âge, quarante-huit ans, de notre malade. Il faut connaître ces métrorragies, car les conséquences thérapeutiques sont toutes différentes de ce qu'elles ont été pour nous.

L'artério-sclérose, dit Huchard, n'aime pas l'ergot de seigle. Son action est en effet nulle, ou néfaste sur des parois artérielles rigides et scléreuses, et il faut l'éviter dans ces métrorragies relevant de l'athérome. Huchard préfère les sédatifs, l'opium, etc.; je pratique, dans ces cas, le *tamponnement à la gélatine*, et je donne, à l'intérieur, la *gélatine* et le *chlorure de calcium*. Mais notre patiente ne rentre pas dans cette catégorie, ses métrorragies étaient de cause éminemment fluxionnaire, car, entre autres raisons, ses pertes se sont très rapidement arrêtées sous l'action du traitement suivant :

Repos au lit, absolu;

Nettoyage rapide, avec la curette mousse, de la cavité utérine et des caillots qui l'encombraient;

Irrigations chaudes;

Pilules d'ergotine, suivant la formule indiquée plus haut.

Messieurs, le traitement de la sclérose utérine comporte deux indications bien différentes : il y a d'abord à examiner ce qu'il faut ne pas faire, puis ensuite ce qu'il faut faire.

Avant tout, ne faites pas de *curetage*. Cette intervention serait inutile, il n'y a rien à enlever; bien plus, elle serait nuisible et douloureuse. Les malades que vous verrez dans cet état sont des nerveuses, à sensibilité exagérée, vous les feriez souffrir pour rien, et vous risqueriez de provoquer de petits accidents fort ennuyeux. De plus, vous pourriez même prolonger la durée de l'hémorragie.

Cela posé, il vous reste à instituer un traitement général et un traitement local.

Le traitement général, pour Doléris, comporte l'iodure de potassium longtemps prolongé, les alcalins, comme moyen d'action direct contre la diathèse fibreuse. Vous n'oublierez pas, en l'employant, que l'iode fait quelquefois saigner la matrice, et, à l'occasion, vous vous abstiendrez d'insister. Mais vous aurez toujours à instituer, selon les cas, le régime des arthritiques, le traitement anti-syphilitique, le traitement de la tuberculose, etc. Dans les périodes intercalaires vous vous rappellerez que l'*hydrothérapie* est le grand régulateur des fonctions menstruelles et vous prescrirez, en outre, des bains alcalins chauds. Evitez les bains sulfureux.

Contre les pertes, vous emploierez, s'il n'y a pas d'artério-sclérose, l'*ergotine*, l'*hydrastis canadensis*, etc. Enfin vous pourrez encore avoir recours au *tamponnement à la gélatine*, à 5 p. 100, qui ne m'a jamais amené d'accidents; à l'*immersion des mains* dans l'eau chaude; peut-être, comme on en a parlé, au *massage*, à la *faradisation*. Enfin vous ferez prendre de la *gélatine* et du *chlorure de calcium* à l'intérieur.

Si la sclérose provoque des rétrécissements du canal ou des orifices, de l'atrésie et de la douleur, vous pourrez faire la *dilatation progressive*, très lentement, en commençant par des tiges très fines, pour arriver au bout de cinq à six jours à des tiges de la grosseur du doigt. Vous serez, d'ailleurs, peut-être obligés de recommencer au bout de quelque temps pour éviter que l'atrésie ne se reproduise.

Telles sont, Messieurs, les considérations que je désirais vous présenter sur la *sclérose utérine*; j'espère vous avoir ainsi suffisamment démontré que cette sclérose utérine est une maladie médicale, qui relève de notre intervention.

SUR LA DURÉE DE L'IMMUNITÉ

DONNÉE PAR UNE INJECTION DE SÉRUM ANTITÉTANIQUE

TÉTANOS A FORME DYSPHAGIQUE SURVENU 22 JOURS APRÈS L'INJECTION PRÉVENTIVE

Par le docteur DIONIS DU SÉJOUR
Professeur suppléant à l'École de médecine de Clermont-Ferrand,
Assistant de la Clinique chirurgicale.

Observation. — P. Val..., soixante-quatre ans, sans profession, est amené le 22 mars 1904 à la clinique du professeur Bousquet, porteur d'une fracture de Dupuytren, compliquée. Etant en état d'ivresse, il fait une chute et est trouvé sur le bord d'une route. Aucun renseignement précis sur l'accident qui n'a pas eu de témoins.

Malgré un état général satisfaisant, le blessé présente un certain degré de misère physiologique. Fracture de Dupuytren typique avec issue de la malléole interne à travers les tissus qui sont déchirés sur 6 centimètres environ. Le pied est presque complètement luxé en dehors. Une réduction sommaire est pratiquée à l'entrée par l'interne de garde et précédée de désinfection énergique. Le lendemain à la visite, nouvelle désinfection avec une solution phéniquée à 1/20 et tentative de réduction complète qui échoue. Injection de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique (1).

Le 24 mars je pratique la résection tibio-tarsienne souspériostée avec nettoyage complet de la plaie, ablation de tout ce qui reste de cartilages; large drainage bilatéral, pansement aseptique et immobilisation dans un appareil plâtré.

Premier pansement cinq jours après l'intervention; une partie des tissus contus par la malléole interne se sont sphacélés et sont enlevés. Suppuration. Température : 38 degrés. Les drains sont retirés et remplacés par un tamponnement avec pansement humide. Ce pansement est renouvelé tous les deux jours et fait avec de l'eau oxygénée. La suppuration est abondante; on note l'existence du pus bleu. Le sphacèle tend à s'étendre malgré tout et gagne les tendons de la paroi interne, la plaie n'a pas bon aspect; malgré cela l'état général continue à être satisfaisant; le malade s'alimente bien.

Le 14 avril au matin, Val... se plaint de ne pouvoir avaler librement sa soupe, néanmoins l'examen en dehors de ce signe ne révèle rien d'anormal. Dans l'après-midi il ne peut boire et rejette les liquides qu'il essaie de déglutir, il a un peu de raideur douloureuse de la nuque, pas de trismus ni de contracture. Le pouls et la température sont normaux, pas de modifications nouvelles du côté de la plaie. Nous lui administrons du chloral (15 grammes) en lavement et 0,02 centigrammes de morphine.

La nuit qui a suivi a été très agitée, il a présenté des crises de contractures; le 15 au matin, opisthotonos très marqué, douleurs très considérables, 30 grammes de chloral en lavement, 0,01 centigramme de morphine par voie hypodermique. Le moindre attouchement déterminant chez le malade des crises très douloureuses nous renonçons à l'idée d'injections intra-cérébrales. Mort à trois heures de l'après-midi. Température au moment de la mort : 40 degrés.

(1) Par une erreur regrettable, la seconde injection de 10 centimètres cubes, que nous faisons toujours à nos malades surtout dans les traumatismes graves, a été omise. Nous ferons remarquer que dans ce cas 10 centimètres cubes ont conféré l'immunité dans un cas grave pendant vingt-deux jours.

Cet échec apparent de la médication sérothérapique préventive du tétanos a déjà été signalé nombre de fois. Des cas analogues à celui que nous publions ont été rapportés, entre autres par Reynier et Peyrot à la Société de chirurgie (1901), d'autres (Berger, Reclus, Monod, Remy) sont consignés dans le rapport de Vallas au congrès de chirurgie (1902), néanmoins il nous a paru intéressant de signaler les remarques que nous avons pu faire.

1° Cette observation nous donne bien en effet la preuve clinique que l'immunité conférée par l'injection de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique n'excède pas, ainsi que l'expérience l'a montré, une quinzaine de jours environ; 2° qu'une plaie, supposée au début tétanigène, peut, malgré une désinfection aussi soignée que possible, une ablation de tous les tissus contus et douteux et un large drainage, contenir encore des bacilles de Nicolaïer et ne pas mettre le malade à l'abri des accidents tétaniques.

Le cas malheureux que nous avons eu à enregistrer ne peut en effet, en dehors de l'épuisement de l'immunité, trouver une explication. On ne pouvait en aucune manière accuser, soit une contamination secondaire au cours du traitement, soit le sérum d'être de trop ancienne date et d'avoir perdu son activité. Ce dernier en effet portait la date de janvier 1904, et une enquête faite par nos soins nous a démontré qu'aucun cas de tétanos n'avait été traité dans l'hôpital depuis plusieurs années et que de plus aucun de ceux qui avaient approché ou soigné le blessé n'avaient été en contact avec un tétanique, ou un milieu plus spécialement tétanigène.

Ces accidents, rares il est vrai, sont complètement évitables, aussi ne croyons-nous pas inutile de rappeler les conclusions formulées par Vallas dans son rapport, en ce qui concerne la sérothérapie préventive.

« Dès que l'indication de la médication antitétanique est posée, il faut faire une injection de 10 centimètres cubes le premier jour, une seconde injection le troisième et enfin une troisième le dixième jour. Si la plaie tétanigène persiste plus longtemps, surtout s'il y a des complications locales qui par des associations microbiennes favorisent la végétation du bacille de Nicolaier, il sera prudent de renouveler l'injection préventive tous les quinze jours. »

Nous signalerons enfin dans notre observation l'évolution un peu spéciale qu'a affectée la maladie. Elle a débuté contrairement à l'habitude par de la dysphagie et le « tegedite de Severin » à l'exclusion du trismus que nous n'avons observé à aucun moment. C'est la forme du tétanos dite dysphagique étudiée par Larrey chez l'adulte, par Giraldès chez l'enfant et dont Verneuil, en 1876, avait réuni 6 cas consécutifs comme le nôtre à des traumatismes de l'extré-

mité des membres. La marche de l'affection chez notre blessé a été suraiguë, à peine trente-six heures, et confirme le pronostic grave que l'on doit porter dans cette forme de tétanos.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 2 MAI 1905)

Nains rachitiques et nains achondroplasiques, par M. G DURANTE. — Après avoir confondu longtemps l'achondroplasie avec le rachitisme, on tend actuellement à nier le rachitisme congénital pour ne plus voir que de l'achondroplasie.

Ces deux affections existent, cependant, avec des caractères distincts tant cliniques qu'histologiques.

Cliniquement, le nain achondroplasique est reconnaissable à ses membres courts et boudinés, au volume exagéré de la tête bien ossifiée, aux déformations des os longs des membres qui, épais, athlétiques, sans fractures, présentent parfois des coudures angulaires symétriques, généralement juxta-épiphysaires. Chez le nain rachitique, la tête est mal ossifiée, les os sont grêles, les fractures fréquentes.

Histologiquement, l'achondroplasie relève d'une sclérose du cartilage de conjugaison empêchant la formation des travées directrices d'ossification. Le rachitisme est plutôt un trouble fonctionnel des ostéoblastes incapables d'ossifier les travées régulièrement formées.

Au point de vue de la pathogénie, le rachitisme, en tant que trouble fonctionnel, peut être assimilé aux affections par auto-intoxication ou insuffisance glandulaire. L'achondroplasie, avec la sclérose, ressemble davantage aux localisations infectieuses.

Les deux affections sont absolument distinctes, mais elles peuvent coïncider chez le même individu.

L'existence du rachitisme congénital doit être recherchée systématiquement afin d'intervenir de bonne heure avant le développement de déformations indélébiles.

Intoxications et hypertrophie sénile de la prostate. — M. A. GUÉPIN. Les intoxications et les diathèses qui peuvent en être rapprochées sont des causes adjuvantes de l'établissement des lésions de l'hypertrophie sénile de la prostate. Elles agissent, non en provoquant l'artério-sclérose, mais bien la sclérose de tous les tissus en général et en particulier des glandules prostatiques déjà infectées et malades.

La séance a été levée au bout de dix minutes.

ANALYSES

MÉDECINE

Paralysie ascendante aiguë due à une cystite chronique. (*Lancet*, 11 mars 1905, p. 637.) — Bien que Stanley ait décrit en 1833 une paraplégie urinaire, l'association d'une paralysie de Landry avec une affection des voies urinaires n'est pas signalée dans les traités. M. WALKER en publie trois observations personnelles. La première est celle d'un homme de quarante ans qui, à la suite d'une chute sur le périnée, avait eu une rétention par rétrécissement de l'urètre. Il souffrait de cystite chronique et il avait recours à une intervention médicale quand une crise passagère nécessitait une dilatation de son canal. Lors d'une de ces crises il éprouva des fourmillements dans les pieds et une certaine faiblesse dans les jambes; bientôt survint une paralysie des membres inférieurs; le thorax, les bras furent pris successivement, tandis que la respiration s'embarrassait. Les symptômes s'aggravèrent rapidement et la mort survint moins de vingt-quatre heures après leur début.

Dans la deuxième observation, les choses se passèrent de la même façon. Le sujet, un homme de soixante-deux ans, était atteint de rétrécissement et de cystite; la paralysie débuta dans les membres inférieurs et entraîna la mort dans l'espace de quarante-huit heures.

Enfin, chez un malade de soixante-sept ans, atteint de cystite chronique et de prostatite, l'auteur put observer une paralysie ascendante présentant la même soudaineté dans le début, la même rapidité d'évolution que dans les deux cas précédents. M. Walker possède également l'observation de deux cas analogues observés par lui, ce qui porte à cinq les faits de paralysie de Landry associée à une affection des voies urinaires. Le mode d'infection de la moelle par les micro-organismes des organes urinaires n'est pas élucidé.

A. HOUSQUAINS.

Diphtérie et tétanie. (*Revue des mal. de l'enf.*, janv. 1905.) — La tétanie d'origine diphtérique peut, pour M. BABONNEIX, survenir dans deux circonstances bien différentes. Tantôt elle apparaît au cours ou dans la convalescence d'une diphtérie bien caractérisée, tantôt, au contraire, la diphtérie avait passé complètement inaperçue jusqu'à l'apparition des contractures. Dans un cas, la tétanie est primitive; dans l'autre, elle est secondaire. Dans le premier groupe rentrent les observations de Tschlesnoff, Baginski, Bitot, Moussous; dans le second, celles de Box, Irwing Snow, Rinuy (d'Olincourt). Toutes ces observations sont-elles également probantes? Assurément non. On pourrait en effet remarquer que, dans les unes, la virulence des bacilles diphtériques trouvés chez les malades n'a pas été démontrée, que, dans les autres, l'apparition de la tétanie fut précédée de troubles digestifs marqués; que, dans d'autres encore, plusieurs infections simultanées semblent avoir présidé au développement des contractures. Ces critiques sont fondées, mais il convient de ne pas en exagérer la valeur. L'auteur admet donc que, dans certaines conditions qui restent à déterminer, la diphtérie peut se compliquer d'accidents tétaniques.

Les cas de tétanie liée à la diphtérie donnent lieu à quelques déductions intéressantes :

Au point de vue théorique, ils permettent d'affirmer l'existence de tétanies post-diphtériques, ou, si l'on préfère cette expression, de pseudo-tétanos diphtériques (Bitot); ils apportent ainsi une nouvelle contribution à la théorie d'après laquelle bien d'autres microbes que le bacille de Nicolaïer peuvent déterminer des accidents tétaniques.

Au point de vue pratique, ils imposent la nécessité, dans tous les cas où le tétanos n'est pas absolument certain, de penser à un pseudo-tétanos diphtérique et d'agir en conséquence. Actuellement, en présence d'un nouveau-né atteint de contractures, on porte régulièrement le diagnostic de tétanos, et on considère que, quoi qu'on fasse, l'enfant est perdu; ne devra-t-on pas désormais, dans les cas de ce genre, rechercher le bacille de Löffler dans les sécrétions ombilicale, conjonctivale et buccale? Une fois sur cent, sur mille, peut-être, cette recherche donnera un résultat positif. On pourra, comme l'a fait M. Bitot, instituer aussitôt une thérapeutique

rationnelle, et, si le diagnostic a été précoce, sauver ainsi les jours du petit malade. L. GAYARD.

Alopécie dans le tabes. (J. SABRAZÈS. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 16 avril 1905.) — Dans le tabes, la chute spontanée des ongles et celle des dents sont des symptômes actuellement bien connus. Un phénomène du même ordre est représenté par une alopécie rapide se produisant sans séborrhée, sans placards peladiques, et cela à une époque de la maladie où la syphilis secondaire n'est plus en jeu. C'est là un véritable trouble trophique dont l'auteur a récemment noté un cas. L. GAYARD.

Bruits anormaux de mastication chez les tabétiques. (J. SABRAZÈS. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 16 avril 1905.) — Dans deux cas de tabes l'auteur a noté, à l'occasion des mouvements de mastication, un bruit de crépitation intense perceptible à 50 centimètres de distance, se produisant dans les *articulations temporo-maxillaires*. On dirait que les malades mastiquent toujours une croûte de pain très croustillante. Cela est dû aux rugosités et aux déformations des surfaces articulaires (arthropathies des mâchoires avec mouvements anormaux allant jusqu'à la subluxation en avant).

L. GAYARD.

Plan d'une physiopathologie clinique des centres psychiques. (GRASSET. Montpellier, 1904; imprimerie Delord-Bokelm.) — M. Grasset divise son étude en trois chapitres : 1° fonctions psychiques générales; 2° fonctions psychiques particulières; 3° diagnostic du siège des altérations à symptomatologie psychique.

Le premier chapitre comprend les sensations, les émotions et les perceptions, les actes de réflexion et d'élaboration intellectuelle, les actes de volition et d'expression; le second, les fonctions relatives à la conservation et à l'accroissement de la vie intellectuelle, de la vie sociale et de la vie de l'espèce. Dans le troisième, l'auteur rappelle la théorie de Flechsig sur les centres d'association et de projection, et passe en revue les troubles d'association actuellement connus : agnosies, troubles de langage, troubles psychiques résultant d'une lésion du lobe préfrontal. Il est difficile d'analyser ce livre, qui est un essai hardi de systématisation, et où l'on retrouve les idées neuves, les rapprochements ingénieux et les déductions serrées qui caractérisent les écrits du professeur Grasset.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Décapsulation de l'appendice (*Medical Record*, 15 avril 1905.) — Sous ce titre, ISAACS prône une méthode employée par beaucoup de chirurgiens en cas de nécessité, mais qui n'a pas encore trouvé place dans les traités classiques. C'est l'ablation des tuniques internes malades de l'appendice, en laissant en place la tunique séreuse, lorsque celle-ci est trop adhérente. Moins de temps sur la table d'opération, pas de risques de déchirure de l'intestin, pas d'hémorragie produite au cours de décollements étendus, tels sont les avantages de ce procédé que l'auteur a employé dix fois sur 100 appendicectomies. Mais comme il n'a commencé à l'employer systématiquement que dans la seconde moitié de sa série, il pense que la proportion des cas où elle peut être utile doit être beaucoup plus forte. Voici la technique qu'il préconise. Incision de la capsule péritonéale en un point accessible et de préférence en un point opposé à l'insertion mésentérique. Dès que l'on est parvenu sur la couche moyenne blanche et brillante, on commence le décollement en général facile. En incisant la capsule et en décollant tour à tour, l'appendice entier vient, sans hémorragie appréciable. Les seuls points d'adhérence notable des tuniques internes au péritoine se trouvent aux points de pression nécrotique correspondant à une concrétion, soit fécale, soit d'autre nature. FOXTON E. GARDNER.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA TUBERCULOSE

(PARIS, 2-7 OCTOBRE 1905)

Siège : 21, rue de l'École-de-Médecine, Paris.

Le Congrès international de la tuberculose se tiendra à Paris, au Grand-Palais des Champs-Élysées, sous le haut patronage de M. Loubet, président de la République.

Présidents d'honneur : MM. Casimir-Perier et Léon Bourgeois.

Bureau du Congrès. — Président, M. Hérard; vice-présidents, MM. Chauveau et Brouardel; secrétaire général, M. Maurice Letulle; commissaire général, M. Léon Petit; secrétariat général, MM. Derecq, Georges Bourgeois, Sersiron, Ledoux-Lebard, Nattan-Larrier, G. Brouardel, Dehau; trésorier, M. Pierre Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

Le Congrès est divisé en quatre sections :

PREMIÈRE SECTION. — *Pathologie médicale.* — Président, M. Bouchard.

DEUXIÈME SECTION. — *Pathologie chirurgicale.* — Président, M. Lannelongue.

TROISIÈME SECTION. — *Préservation et assistance de l'enfant.* — Président, M. Grancher.

QUATRIÈME SECTION. — *Préservation et assistance de l'adulte. Hygiène sociale.* — Présidents, MM. Landouzy, Paul Strauss.

EXTRAIT DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR. — *Adhésion au Congrès.* — Le Congrès comprend des membres titulaires et des membres associés.

1° *Membres titulaires.* — Peuvent faire partie du Congrès comme membres titulaires toute personne ou toute collectivité (1) agréée soit par le président du Congrès, soit par le président de l'une des quatre sections, soit par le président d'un comité régional ou d'un comité national étranger. Seuls les membres titulaires prennent une part effective aux travaux du Congrès et en reçoivent les publications.

2° *Membres associés.* — Peuvent être associés, les personnes de la famille d'un membre titulaire (femme, sœurs, enfants). Les membres associés jouissent, comme les membres titulaires, des avantages qui seront obtenus des administrations publiques sur les prix de transport. Ils ne reçoivent pas les publications du Congrès, ne prennent part ni aux votes ni aux discussions et ne peuvent faire de communications. Ils sont invités aux fêtes et aux réceptions officielles et peuvent assister aux séances.

Cotisations. — La cotisation est fixée à 25 francs pour les membres titulaires et à 10 francs pour les membres associés. Elle peut être adressée dès à présent au trésorier du Congrès, M. Pierre Masson, qui en délivrera quittance. Les reçus réguliers émanant de M. P. Masson, trésorier, et signés de lui, assurent, seuls, l'inscription effective au Congrès, ainsi que la remise de la carte et des publications. Les reçus provisoires délivrés par les comités régionaux et étrangers ne peuvent en tenir lieu.

Séances du Congrès. — La séance d'ouverture aura lieu le lundi 2 octobre, à trois heures, au Grand-Palais (avenue d'Antin). Toutes les séances de travail du Congrès auront lieu au Grand-Palais. Les quatre sections fonctionneront simultanément. Les membres du Congrès peuvent assister à toutes les séances, sans distinction de sections. La séance de fermeture aura lieu le 7 octobre dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne.

Travaux du Congrès. — Les travaux du Congrès comprennent : 1° la discussion des rapports présentés par les rapporteurs désignés; 2° les communications et les discussions sur les questions mises à l'ordre du jour par les comités des différentes sections; 3° les communications diverses agréées par les présidents des sections et développées par les membres du Congrès.

Les langues officielles du Congrès sont l'allemand, l'anglais et le français.

Rapports. — Chacun des rapports est limité à seize pages de texte. Le volume contenant tous les rapports réunis sera adressé par la poste dans le mois qui précédera l'ouverture du Congrès, aux membres qui se seront fait inscrire en temps utile. Il sera adressé en même temps un résumé en trois langues de chacun des rapports.

Communications. — Tout membre désirant faire une communi-

(1) Toute collectivité inscrite nominativement ne pourra être représentée que par un seul délégué, régulièrement muni de pouvoirs et qui jouira de tous les avantages du Congrès.

cation dans l'une quelconque des sections doit en adresser la demande et en notifier l'objet, pour la France au président de la section intéressée, et pour l'Étranger au président de son comité national. Nul ne peut faire de communication aux séances du Congrès sans en avoir, au préalable, soumis le texte au bureau du Congrès et sans en avoir reçu, du président de la section, l'approbation par écrit. Tout membre faisant une communication en séance est tenu d'en donner sur-le-champ le résumé au secrétaire de la séance. Dix minutes sont accordées pour chaque communication.

Publications du Congrès. — Outre le volume des rapports et des résumés, qui leur sera envoyé avant l'ouverture du Congrès, les membres titulaires auront droit à un Guide et à un catalogue du Musée et de l'exposition (qui leur sera remis avec la carte de congressiste, la veille de l'ouverture du Congrès) et à un volume des comptes rendus du Congrès qui leur sera envoyé ultérieurement.

Fêtes, réceptions, avantages offerts aux congressistes. — Les membres adhérents (titulaires et associés) auront droit d'assister aux fêtes et réceptions organisées par le Gouvernement de la République française, la Ville de Paris et le Bureau à l'occasion du Congrès international de la tuberculose.

Le Comité d'organisation croit pouvoir, dès à présent, compter dans son avant-projet : réception du Congrès par M. le président de la République; — réception à l'Hôtel de Ville par la municipalité de Paris; — soirée offerte par le président du Congrès; — séance solennelle d'ouverture au Grand-Palais, sous la présidence de M. Loubet; — séance solennelle de fermeture dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne; — banquet et soirée de gala; — visites aux sanatoriums de Bligny (Seine-et-Oise) et Angicourt (Oise), aux hôpitaux d'enfants tuberculeux d'Ormesson, Villiers, Noisy, etc., à l'hôpital Boucicaut, à l'Institut Pasteur de Paris, et aux divers établissements hospitaliers, médicaux, chirurgicaux, sanitaires, charitables et autres, ayant des rapports directs avec la lutte antituberculeuse, service de désinfection de la ville de Paris, maisons ouvrières, œuvres d'hygiène sociale, dispensaires, refuges et asiles de nuit, etc.

Un Comité de dames sera chargé de recevoir les familles des congressistes et d'organiser à leur intention une série de visites à Paris et dans les environs.

A l'issue du Congrès, des voyages par groupes en trains spéciaux auront lieu aux principaux établissements français : Mont des Oiseaux (Riviera), Durtol (Auvergne), Hauteville (Ain), La Motte-Beuvron (Sologne), Montigny (Nord), etc., hôpitaux marins : Berck, Banyuls, Saint-Trojan, Pen-Bron, Zuydcoote, etc.

Une réduction de 50 p. 100 sera demandée à l'aller et au retour, sur toutes les Compagnies de transport français pour les membres du Congrès.

Les demandes de renseignements doivent être adressées au bureau du Congrès, 21, place de l'Ecole-de-Médecine : pour le Congrès, à M. Maurice Letulle, secrétaire général; pour l'exposition, à M. Léon Petit, commissaire général.

Les adhésions et les cotisations doivent être adressées à M. Pierre Masson, trésorier, au bureau du Congrès, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, à partir de ce jour et jusqu'au 30 septembre inclus. Les cotisations peuvent être également versées à la caisse de la librairie Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris.

Le 1er octobre, les bureaux seront transférés au Grand-Palais, avenue d'Antin.

PREMIÈRE SECTION. — Pathologie médicale. — Président, M. Bouchard; secrétaires, MM. Henri Claude et Balthazard; secrétaire-adjoint, M. Georges Villaret.

Membres. — *Paris.* — MM, Achard, Auclair, Béclère, Bezançon, Brocq, Cadiot, Cornil, Chantemesse, Chauveau, Charrin, Déjerine, Desgrez, Griffon, Guilleminot, Gaucher, Gilbert, Hallopeau, Jeanselme, Josias, Jousset, Kelsch, Letulle, Le Gendre, Le Noir, Lignières, Merklen, Mosny, Moreau, Moussu, Petit, Roger, Richet, Albert Robin, Emile Roux, Raymond, Teissier, Vallée.

Province. — Bordeaux, MM. Bergonié, Ferré. — Genève, M. Bard. — Lille, M. Calmette. — Lyon, MM. Arloing, Cadéac, J. Courmont, Paul Courmont, Galtier, Lortet, Nicolas, Teissier, Tripier, Vaillard. — Montpellier, MM. Carrieu, Grasset, Rodet. — Nancy, M. Macé. — Nantes, MM. Leduc, Rappin. — Rouen, M. Brunon. — Toulouse, MM. Audry, Guiraud, Leclainche, Mossé.

Rapports. — 1. *Traitement du lupus par les nouvelles méthodes.* — Rapporteurs. France : MM. Jeanselme et Chatain; Danemark : M. Forchhammer; Allemagne, M. Lesser.

2. *Diagnostic précoce de la tuberculose par les nouvelles méthodes.* — Rapporteurs. France : M. Achard; Italie : M. Mariani; Angleterre : M. C. Theodore Williams.

Questions développées par les membres du Comité. — Les nouveaux traitements du lupus : Gaucher (Paris). — Les indications des diverses méthodes du traitement du lupus : Brocq (Paris). — L'action des rayons X sur la tuberculose ganglionnaire : Bergonié (Bordeaux). — Traitement du lupus à la clinique de dermatologie et de syphiligraphie de Toulouse : Audry (Toulouse). — Fréquence du lupus dans la région toulousaine, soit à l'égard des autres tuberculoses cutanées, soit à l'égard du nombre global des dermatoses : Audry (Toulouse). — Thérapeutique locale par les rayons : Lortet (Lyon). — Etude comparative des divers modes de traitement des tuberculides : Hallopeau (Paris). — Sur une tuberculide psoriasiforme : Hallopeau (Paris). — La tuberculose pulmonaire chez les emphysémateux et son diagnostic à l'aide des rayons de Röntgen : Béclère (Paris). — La névrose thermique des tuberculeux : Merklen (Paris). — Les tuberculoses latentes; conditions de leur réveil et de leur révélation : Mosny (Paris). — Les cultures homogènes des bacilles de Koch et le séro-diagnostic de la tuberculose : S. Arloing et Courmont (Lyon). — Tuberculose ostéo-périostique hyperalgésique à évolution fébrile paroxystique : Le Gendre (Paris). — La radiothérapie appliquée au traitement de la tuberculose osseuse et de la tuberculose ganglionnaire : Béclère (Paris). — Des conditions constitutionnelles et individuelles qui prédisposent à la tuberculose et les moyens de les modifier : Albert Robin (Paris). — Echanges respiratoires chez les prétuberculeux : Charrin et Tissot (Paris). — La nutrition chez les prétuberculeux; urée et tuberculose : Rappin (Nantes). — De l'alimentation dans la tuberculose expérimentale : Ch. Richet (Paris). — Nutrition chez les tuberculeux : S. Arloing (Lyon). — Elaborations phosphorées et sulfurées chez les tuberculeux : Desgrez (Paris). — Les poisons éliminés par les tuberculeux (poisons urinaires et poisons volatils) : Charrin, Dehérain et de Chiara (Paris). — La descendance des tuberculeux; modifications organiques et fonctionnelles : Charrin (Paris). — De certaines albuminuries intermittentes comme stigmates de l'hérédité tuberculeuse et comme phénomène prémonitoire ou signe précoce de l'infection tuberculeuse : Teissier (Lyon). — Alcoolisme et tuberculose : Brunon (Rouen). — Sur les modes d'infection de la tuberculose : Cadéac (Lyon). — La tuberculose pulmonaire est-elle tuberculose d'inhalation? Bezançon et Griffon (Paris). — La bacillémie tuberculeuse : Jousset (Paris). — Comparaison entre la tuberculose humaine et la tuberculose animale : S. Arloing (Lyon). — Rapports existant entre la tuberculose humaine et la tuberculose des carnassiers : G. Petit (Alfort). — Dangers du lait des vaches tuberculeuses n'ayant pas de symptômes cliniques de tuberculose et pas de lésions mammaires : Moussu (Alfort). — Pouvoir tuberculigène du lait consommé dans les grandes villes (spécialement à Paris) : Balthazard et Aly Zaky (Paris). — Essais de vaccination et de sérothérapie : Arloing (Lyon), Moussu (Alfort), Rossignol (Paris) et Rappin (Nantes). — Immunité contre la tuberculose conférée par le lait d'animaux immunisés : Calmette (Lille). — Les bacilles acido-résistants comparés aux bacilles de la tuberculose; saprophytisme du bacille de Koch : P. Courmont (Lyon). — Relations du bacille de Koch et des bacilles acido-résistants : Bezançon et Philibert (Paris). — Sur un nouveau milieu de culture du bacille de Koch : Rappin (Nantes). — Influence de la tuberculose sur les organes hématopoiétiques : Roger (Paris). — Réaction du tissu nerveux sous l'influence du bacille de Koch et ses poisons : H. Claude (Paris). — Le cœur des tuberculeux : Merklen, Bouchard, Balthazard et Teissier (Paris). — Du rôle de la dilatation du cœur droit dans les vomissements de certains emphysémateux tuberculeux : Merklen (Paris). — La pression artérielle dans la tuberculose : P. Teissier (Paris). — La sclérose pulmonaire périnodulaire d'origine thérapeutique : H. Claude (Paris). — Traitement de la péritonite tuberculeuse : Mossé et Sarea (Toulouse). — La tuberculose en pays exotique : Jeanselme (Paris). — Dimensions du thorax chez les tuberculeux et les prétuberculeux : Maurel (Toulouse). — Les tuberculeux guéris : Daremberg et Chuquet. — Le terrain minéral des tuberculeux et de leurs descendants : Zaky (Paris). — Applications de la radioscopie de précision au diagnostic de la tuberculose : Guilleminot (Paris).

Questions recommandées par le Comité. — Diverses variétés du bacille de Koch. — Formes saprophytes du bacille de Koch. — Variations de virulence du bacille de Koch. — Bacilles acido-résistants. — Poisons tuberculeux. — Immunité naturelle et variations de réceptivité des diverses espèces animales à l'égard du bacille de Koch. — Essais de vaccination et de sérothérapie. — La tuberculose d'inoculation chez l'homme. — Les processus de guérison de la tuberculose. — La nutrition chez les tuberculeux. — La descendance des tuberculeux. — Les ascendants des tuberculeux. — Distribution géographique du lupus. — Tachycardie et instabilité du pouls et de la température dans la prétuberculose. — La nature toxi-bacillaire du lupus érythémateux.

DEUXIÈME SECTION. — Pathologie chirurgicale. — Président : M. Lannelongue. — Vice-présidents : Paris, MM. Berger, Le Dentu; province, MM. Jeannel (Toulouse), Auguste Reverdin (Genève); armée, M. Delorme. — Secrétaires : Paris, M. Villemin; province, M. Caubet (Toulouse); étranger, M. Mauclaire (Paris). — Secrétaire des séances, M. Robert Lœwy.

Membres. — *Paris.* — MM. Kirmisson, Reclus, Tuffier, Bazy, Walther, Lejars, Coudray.

Province. — Angers, M. Monprofit. — Berck-sur-Mer, M. Ménard. — Bordeaux, MM. Demons, Piéchaud. — Bourges, M. Témoin. — Caen, M. Barette. — Clermont-Ferrand, M. Bousquet. — Genève, M. Auguste Reverdin. — Lille, MM. Follet, Gaudier. —

Limoges, M. Raymond. — Lyon, MM. Nové-Josserand, Gangolphe. — Marseille, M. Delanglade. — Le Mans, M. Delagenière. — Montpellier, MM. Tédenat, Estor. — Nancy, MM. Gross, Frœlich. — Reims, MM. Pozzi, Guelliot. — Rouen, M. Hue. — Tours, M. Louis Thomas. — Guerre, M. Nimier (Paris). — Marine, M. Fontan (Toulon). — Colonies, MM. Kermorgant (Paris), Curtillet (Alger), Braquehaye et Brunswic (Tunis).

Rapports. — 1. *Etude comparative des diverses tuberculoses.* — Rapporteurs. France : M. Arloing (Lyon); Allemagne : M. Kossel (Giessen); Amérique : M. Theobald Smith.

2. *Tuberculose iléo-cæcale.* — Rapporteurs. France : M. Demoulin (Paris); Suisse : M. Roux (Lausanne); Belgique : MM. Depage et Pinchart (Bruxelles).

3. *Interventions chirurgicales dans la tuberculose des méninges et de l'encéphale.* — Rapporteurs. France : M. Duret (Lille); Angleterre (non encore désigné); Italie : M. Robert Alessandri (Rome).

4. *Tuberculose et traumatisme.* — Rapporteurs. France : M. Villemin (Paris); Russie (non encore désigné); Autriche : M. V. Friedlander (Vienne).

Questions proposées par le Comité. — 1. Traitement de la péritonite tuberculeuse. — 2. Tuberculose oculaire. — 3. Tuberculose du larynx. — 4. Tuberculose du temporal. — 5. Tuberculose du tarse. — 6. Tuberculose de la prostate et des vésicules séminales. — 7. Tuberculose génitale. — 8. Tuberculose congénitale. — 9. Toxines tuberculeuses. — 10. Abcès tuberculeux symptomatiques de lésions osseuses. — 11. Tuberculoses atténuées. — 12. De l'ozène dans ses rapports avec la tuberculose.

TROISIÈME SECTION. — Préservation et assistance de l'enfant. — Président, M. Grancher; vice-président, M. Hutinel; secrétaire, M. Marfan. — Comité médical : Président, M. Sevestre; secrétaire, M. Guinon.

Membres. — *Paris.* — MM. Barbier, Comby, Josias, Lesage, Moizard, Netter, Richardière, Variot.

Province. — Bordeaux, MM. Armaingaud et Moussous. — Lille, M. Ausset. — Lyon, M. Weil. — Marseille, M. d'Astros. — Montpellier, M. Baumel. — Nancy, M. Haushalter. — Nantes, M. Ollive. — Pau, M. Meunier. — Toulouse, M. Bezy.

Rapports. — 1. *Préservation familiale.* — Rapporteurs. France : M. Marfan (Paris); Allemagne : M. Heubner (Berlin).

2. *Préservation scolaire.* Rapporteurs. France : M. Méry (Paris); Autriche : M. Théodore Escherich (Vienne).

3. *Sanatoriums maritimes.* — Rapporteurs. France : M. Armaingaud (Bordeaux); Suisse : M. d'Espine (Genève).

4. *Mutualité scolaire ; son rôle anti-tuberculeux.* — Rapporteurs. France : MM. Cavé et Savoire (Paris).

Liste des questions recommandées par le Comité. — Portes d'entrée de la tuberculose, chez l'enfant. — Tuberculose d'alimentation. — Tuberculose d'inhalation. — Tuberculose à portes d'entrée buccale, amygdalienne et pharyngée. — Fréquence des divers modes de contagion. — L'infection par le lait bacillifère chez les jeunes enfants. — Polyléthalité par tuberculose dans les familles. — Tuberculose dans les orphelinats. — Tuberculose dans les écoles professionnelles. — Enseignement scolaire anti-tuberculeux. — Rôle des gouttes de lait et des consultations de nourrissons dans la lutte contre la tuberculose. — Adénopathie trachéo-bronchique. Son diagnostic par l'exploration radiographique. — Tuberculose ulcéreuse pulmonaire des nourrissons. — Entérite tuberculeuse des nourissons. — Cachexie tuberculeuse du nourrisson : son diagnostic. — Mise en évidence de foyers tuberculeux latents à la suite d'intervention sur un foyer préexistant. — Traitement marin de la péritonite tuberculeuse. — Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire de l'enfant, par l'auscultation. — Bacillémies tuberculeuses chez l'enfant. — Rhumatisme tuberculeux chez l'enfant. — Symphyse tuberculeuse du péricarde chez l'enfant. — Tubercule cérébral. *(A suivre.)*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 8 AU 13 MAI 1905)

THÈSES

Mercredi 10 mai 1905. — M. Loumaigne. Urétérites et pyélites, diagnostic clinique. (MM. Lannelongue, président; Dejerine, Legueu et Claude.) — M. Desgeorges. Contribution à l'étude de l'idiotie mongolienne. (MM. Déjerine, président; Lannelongue, Legueu et Claude.) — M. Schacher. Une observation de prétendue linite plastique. (MM. Brissaud, président; Gaucher, Teissier et Legry.) — M. Trapenard. Des rapports de la leucoplasie buccale avec la syphilis. (MM. Gaucher, président; Brissaud, Teissier et Legry.) — M. Rostaine. De la syphilis acquise chez les syphilitiques héréditaires. (MM. Gaucher, président; Brissaud, Teissier et Legry.)

Jeudi 11 mai 1905. — M. Richard. Syndrome de la sténose du pylore chez les nourrissons. (MM. Debove, président; Hutinel, Achard et Méry.) — M. Bouchet. L'intoxication urémique dans le cours des néphrites scarlatineuses. (MM. Hutinel, président; Debove, Achard et Méry.) — M. Mornu. Contribution à l'étude du purpura. (MM. Dieulafoy, président; Raymond, Budin et Demelin.) — M. Bauduy. Pathogénie des paralysies radiculaires obstétricales du plexus brachial. (MM. Raymond, président; Dieulafoy, Budin et Demelin.) — M. Morisset. De l'accouchement spontané rapide sans surveillance dans le coma éclamptique. (MM. Budin, président; Dieulafoy, Raymond et Demelin.) — M. Texier. Du traitement du bec-de-lièvre simple, procédés de M. le docteur Jalaguier. (MM. Le Dentu, président; Berger, Marion et Morestin.) — M. Morlet. Perforation de l'utérus puerpéral post-partum et post-abortum. (MM. Berger, président; Le Dentu, Marion et Morestin.) — M. Denis. De la position en chirurgie pendant l'acte opératoire. (MM. Berger, président; Le Dentu, Marion et Morestin.)

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletin médical. — (No 31, 22 avril 1905.) Iscovesco : De la neurasthénie des pauvres. — G.-H. Lemoine : Isolement des tuberculeux dans l'habitation.

Nord médical. — (No 253, 15 avril 1905.) Vanverts : De la conduite à tenir dans les cas de corps étrangers de l'œsophage. — Brehon : De la fréquence de l'ankylostome et de quelques autres vers intestinaux dans une région du bassin houiller du Pas-de-Calais.

Presse médicale. — (No 32, 22 avril 1905.) P. Berger : Amélioration spontanée survenue dans un cas d'ostéomalacie masculine arrivé aux déformations les plus extrêmes avec complications de lithiase vésicale et rénale. — J. Belot : Traitement du mycosis fongoïde par la radiothérapie.

Revue scientifique. — (No 16, 22 avril 1905.) Brouardel : La famille et la tuberculose. — Daniel Bellet : Les sous-produits de la pêche maritime; huiles et engrais de poissons.

Semaine médicale. — (No 14, 5 avril 1905.) P. Londe : L'asthénie. — (No 16, 19 avril.) Lejars : L'infiltration ecchymotique diffuse de la face, à la suite des compressions du tronc.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Atlas-manuel de chirurgie oculaire, par O. Haab, professeur de clinique ophtalmologique à l'université de Zurich. Edition française, par le docteur A. Monthus, chef de laboratoire à la clinique ophtalmologique de la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-16 de 270 p. avec 30 pl. color. et 166 fig. dans le texte. Relié maroq. souple. — Prix : 16 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Guide chirurgical du praticien pour les opérations journalières avant, pendant et après chaque opération, par le docteur Ed. Laval, lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine, avec une préface de M. le professeur Lannelongue, de l'Institut. 1 vol. in-18 jésus, cart. toile, de 700 p. avec 412 fig. hors texte. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.

Revue des médicaments nouveaux et de quelques médications nouvelles, par C. Crinon, pharmacien de première classe, ex-interne lauréat des hôpitaux de Paris, directeur du *Répertoire de pharmacie* et des *Annales de chimie analytique*. 12e édit. (1905). — Prix : 4 francs. — Paris, Rueff.

Le péril vénérien et la prophylaxie des maladies vénériennes, par le docteur Fernand Mignot, avec une préface du docteur Henri Malherbe. 1 vol. in-8° de 232 p. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le massage thérapeutique de l'abdomen, par le docteur Salignat, médecin de l'hôpital thermal de Vichy. 1 vol. in-18 de 272 p. et 20 fig. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

N° 52. — SAMEDI 6 MAI 1905. 78e ANNEE. SAMEDI 6 MAI 1905. — N° 52.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
De l'extraction des corps étrangers de l'œsophage par l'œsophagoscopie (avec 3 fig.), par M. J. Guisez.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de chirurgie.
FORMULAIRE
Sur le sirop iodotannique.
CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA TUBERCULOSE
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours pour trois places de chirurgien des hôpitaux.* — Première épreuve clinique :

Séance du 3 mai 1905. — MM. Labey, 14; Wiart, 16; Lecène, 19.

Avis à MM. les docteurs en médecine, anciens internes des hôpitaux. — L'administration a à pourvoir aux deux places d'assistant suppléant de consultation de médecine à l'hôpital Saint-Louis.

Conformément au règlement, ces assistants doivent être choisis parmi les docteurs en médecine ayant fait quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris; ils sont nommés par le directeur de l'Assistance publique sur une liste de présentation de trois candidats, établie par les médecins de l'hôpital Saint-Louis.

MM. les docteurs en médecine réunissant les conditions sus-énoncées qui désireraient poser leur candidature en vue des places d'assistant suppléant de consultation de médecine à l'hôpital Saint-Louis, sont invités à faire leur demande dans le plus bref délai possible, en l'appuyant des titres qu'ils pourraient avoir à produire.

Ces demandes seront reçues jusqu'au 1er juin prochain. Elles devront être adressées à M. le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Une indemnité, calculée à raison de 10 francs par séance, est attribuée aux assistants de consultation de l'hôpital Saint-Louis.

FACULTÉS DE PROVINCE. — Par décret en date du 1er mai, le traitement des professeurs de première classe des facultés de droit, *de médecine*, des lettres, des sciences et des *écoles supérieures de pharmacie* des départements, est fixé à 12000 fr. à partir du 1er janvier 1905.

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA PRESSE MÉDICALE. — *Conférence de Berne 1905.* — Cette conférence a eu lieu il y a peu de jours sous la présidence du professeur Posner (de Berlin). La presse médicale française était représentée par MM. Doléris et Blondel. Trois résolutions ont été prises au cours d'une discussion importante sur la propriété littéraire.

1° La reproduction totale ou partielle de thèses de doctorat, vu les conditions particulières de ce genre de publication, ne peut, si elle a été faite par un journal avant de solliciter l'autorisation de l'auteur, être considérée comme causant à celui-ci un préjudice appréciable, étant donné la compensation que lui assure la publicité faite à son travail.

2° Les citations tronquées, extraites de journaux médicaux, en vue d'articles de publicité, sont sévèrement condamnées.

3° Il est interdit à un auteur de présenter en même temps à plusieurs journaux le même article, même dans une autre langue, sans l'autorisation de l'éditeur original. Les directeurs sont en droit d'exiger de l'auteur qui leur apporte un article l'affirmation que celui-ci est réellement inédit.

INSTITUT DE MÉDECINE LÉGALE ET DE PSYCHIATRIE. — *Psychiâtrie médico-légale pratique.* — Le docteur Ernest Dupré, médecin en chef-adjoint de l'infirmerie spéciale, commencera le cours le samedi 6 mai 1905, à trois heures, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure, à l'infirmerie spéciale du Dépôt près la Préfecture de police.

Le jeudi, à dix heures un quart, cours théorique de psychiâtrie médico-légale à la clinique des maladies mentales à Sainte-Anne.

COURS. — MM. le docteur Doléris, chef de service chargé de cours, et le docteur Rudaux, accoucheurs des hôpitaux, commenceront un cours pratique et théorique de maladies des femmes et d'accouchements avec manœuvres obstétricales, le 15 mai prochain à neuf heures, à la maternité de l'hôpital Boucicaut.

Pour les inscriptions s'adresser à la maternité de Boucicaut le matin à dix heures.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le professeur Hubert (de Louvain), de M. le docteur Legougeux (de Saint-Pierre-aux-Dives) et de M. Dupont (de Valmont), étudiant à l'École de médecine de Rouen.

REVUE GÉNÉRALE

DE L'EXTRACTION

DES

CORPS ÉTRANGERS DE L'ŒSOPHAGE

PAR L'ŒSOPHAGOSCOPIE

Par le docteur J. GUISEZ,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Chef des travaux d'oto-rhino-laryngologie à l'Hôtel-Dieu.

On a beaucoup discuté dans les dernières séances de la Société de chirurgie sur le meilleur mode d'extraction des corps étrangers de l'œsophage. Le panier de Graefe, moyen suranné et tout à fait aveugle, a encore rencontré des partisans. Le professeur Kirmisson a défendu son crochet et d'autres ont conclu à l'œsophagotomie externe, opération plus à ciel ouvert.

Dans ces discussions aucune mention n'est faite pour le procédé tout nouveau de l'*œsophagoscopie* qui cependant est en passe de devenir courant en Allemagne. Kirstein, Killian et von Acker le considèrent comme le plus sûr et de beaucoup le moins dangereux.

Sans vouloir faire le procès de l'œsophagotomie qui comporte encore un certain nombre d'indications spéciales et bien restreintes, il est certain que cette intervention constituera toujours un acte chirurgical important, l'ouverture d'un médiastin comportant une certaine gravité.

L'œsophagoscopie mériterait meilleur accueil parmi nous. C'est une méthode très simple.

Nous nous sommes efforcé d'en perfectionner l'instrumentation et nous avons notamment maintenant un puissant appareil d'éclairage.

Elle est basée sur le principe de la vision directe dans l'œsophage et a pour but l'examen de ce conduit depuis son origine jusqu'à sa terminaison à l'aide du tube et d'un éclairage frontal.

La vision à l'extrémité d'un tube n'est possible que si celui-ci est rectiligne. Dans l'extension forcée de la tête, en effet, la bouche, le pharynx et l'œsophage se trouvent sur la continuation du même axe. Le tube œsophagien se modèle à son tour et l'instrument rigide que l'on introduit à son intérieur va pénétrer ainsi facilement jusqu'à l'estomac.

C'est là simplement mis en pratique l' « art de l'avaleur de sabres ».

L'*instrumentation* se compose essentiellement de tubes avec ou sans mandrin, d'un appareil d'éclairage et d'instruments extracteurs.

Tubes. — Les tubes œsophagoscopiques sont rectilignes, cylindriques, plus ou moins longs suivant la région à explorer, plus ou moins étroits suivant le calibre des conduits à parcourir.

Leur calibre varie de 6 à 15 millimètres selon l'âge du sujet. Leur longueur oscille entre 20 et 50 centimètres.

Ils sont gradués exactement extérieurement en centimètres et le chiffre de la graduation compte depuis leur extrémité inférieure. De la sorte il suffit de lire sur le tube pour voir immédiatement à quelle profondeur il est introduit. Leur surface interne est en outre polie et particulièrement brillante pour réfléchir des rayons lumineux suivant leur axe. Leur extrémité inférieure est renflée et mousse. Leur extrémité supérieure est munie d'une sorte

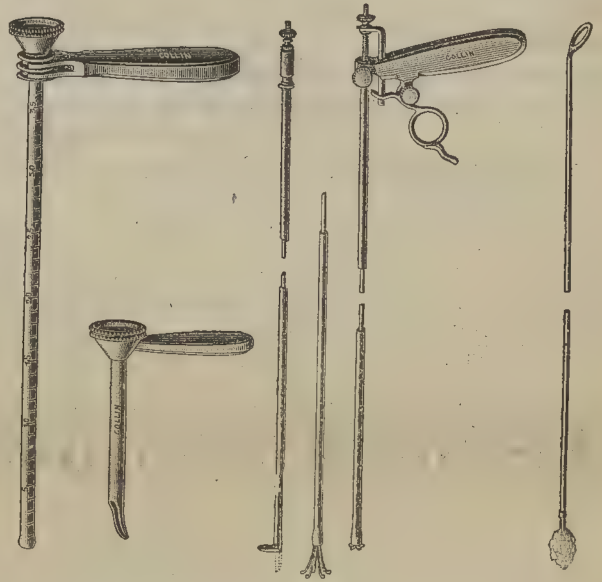


Fig. 1. — *Tubes et instruments extracteurs.*

d'entonnoir pour bien capter tous les rayons lumineux issus de la lampe et les diriger ensuite vers l'intérieur du tube.

Un mandrin olivaire métallique peut être placé dans le tube et dépasse d'un centimètre environ son extrémité inférieure.

Appareil d'éclairage. — Comme appareil d'éclairage nous avons fait construire par Collin l'instrument suivant basé sur la vision directe sans réflecteur.

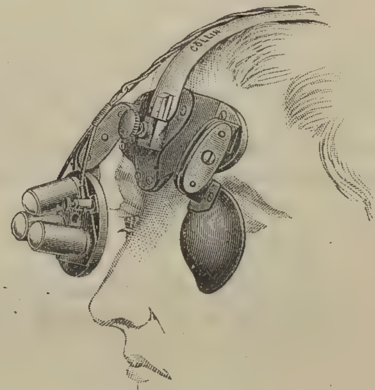


Fig. 2. — *Éclaireur.*

Trois petites lampes de 8 volts sont fixées audevant d'une plaque métallique noircie dont le centre est percé d'un orifice de 3 à 4 millimètres de diamètre destiné à la vision monoculaire à l'intérieur du tube bronchoscope. Chaque petite lampe est munie d'une lentille cylindrique fixée sur un tube qui se visse directement sur la plaque et qui est destinée à recueillir et à rendre sensiblement parallèles les rayons lumineux. Tous les tubes porte-lentilles sont dirigés de telle façon qu'ils convergent tous vers un foyer assez rapproché de manière à ce qu'en ce point soient concentrés tous les rayons lumineux.

Ce foyer doit être aussi près que possible de l'extrémité de l'éclaireur, mais d'autre part les tubes

ne doivent pas être trop convergents pour ne point gêner l'œil de l'observateur. On peut faire varier le foyer de 4 à 5 centimètres, à 15 centimètres grâce au dispositif suivant :

Chaque tube porte-lampe est mobile autour d'une charnière à ressort; une bague est vissée sur la plaque et peut en agissant sur la partie externe des tubes porte-lampe rendre leurs axes plus ou moins convergents vers le foyer. Il est en effet indispensable que ce foyer soit réglable à volonté suivant le tube employé et la vue de chacun.

Grâce au faible voltage des lampes cet éclaireur s'échauffe très peu. Comme il n'y a aucun miroir réflecteur et que l'entonnoir des tubes est exactement noirci, tous les rayons lumineux sont dirigés vers l'intérieur des tubes, aucun ne vient fatiguer l'œil de l'observateur.

L'appareil tout entier se fixe par un casque métallique autour de la tête. Une œillère en ébonit adaptée à l'armature obture exactement l'œil du côté opposé et facilite la vision monoculaire.

Comme *instruments extracteurs* nous nous servons de pinces à articulations terminales de stylets droits, de crochets, d'électro-aimants pour les corps étrangers métalliques, d'un panier de Graefe très mince et très dilué qui puisse se manier sous le contrôle de la vue. Tous les instruments extracteurs se montent sur un manche universel et par simple pression. Tous doivent être assez minces pour ne pas gêner la vision dans les tubes.

Pour éponger le mucus, la salive, appliquer la cocaïne, on se sert de porte-coton composés de fines tiges métalliques avec petites tenailles terminales. Une pompe destinée à aspirer la salive qui dans certains cas peut être très abondante complète cette instrumentation. Certains tubes même portent une tubulure latérale pour faciliter l'assèchement du champ opératoire.

Technique de l'œsophagoscopie. — La vision étant en principe beaucoup plus facile à l'aide de tubes *courts* et *larges* on devra employer des tubes se rapprochant le plus de cette donnée générale.

On se base pour le choix de ces tubes sur les dimensions exactes de l'œsophage, sur le point que l'on désire explorer et suivant la distance qui sépare ce point des arcades dentaires supérieures. On tiendra compte de l'âge, du sexe du malade pour fixer la longueur et le calibre des tubes à employer. Ils seront bouillis, stérilisés et placés dans un large plateau. Avant leur emploi on les chauffe légèrement au-dessus de la flamme d'une lampe à alcool pour éviter la condensation de la buée à leur intérieur.

Le malade est placé dans la position assise le dos vertical fortement appuyé et la tête renversée en arrière, un aide soutenant la nuque. Si pour une raison quelconque (raideur de la colonne vertébrale) il n'était pas possible au malade de prendre cette position on lui ferait incliner un peu la tête à droite ou à gauche de façon à ce que le tube se place dans la commissure labiale plus facilement.

A l'aide d'une solution de cocaïne à 1/20 dont on imbibe un porte-coton ou un pinceau on insensibilise le voile du palais, la paroi postérieure du pharynx, la base de la langue, la région aryténoïdienne, la face interne du cartilage cricoïde. Le malade se tire lui-même la langue avec une compresse ou un aide est préposé à ce soin.

L'introduction du tube dans l'orifice supérieur œsophagien constitue un point un peu délicat de la méthode, étant donné le peu d'espace qui sépare le cartilage cricoïde de la colonne vertébrale, obstacle accru encore par le spasme du constricteur inférieur et la saillie des aryténoïdes.

Le spasme est vaincu en partie par la cocaïnisation et l'introduction lente et méthodique du tube. On évite d'accrocher des aryténoïdes à l'aide d'un mandrin olivaire qui, introduit à l'intérieur du tube, le dépasse d'un centimètre environ et qui est retiré dès que le tube a pénétré dans l'œsophage.

Dans ce procédé, l'introduction se fait sur la pulpe de l'index gauche, celui-ci ayant au préalable senti les aryténoïdes et s'étant placé dans le sinus piriforme gauche. Il est bon dans ce premier temps, s'aidant de la main gauche dont le médius et l'index seront introduits dans la bouche, de faire basculer le tube et de lui donner une bonne direction.

Toutefois en se servant des tubes à extrémité mousse et à renflement olivaire que nous avons décrit plus haut, on peut les introduire sans le secours du mandrin et sous le contrôle de la vue leur faire franchir l'extrémité supérieure de l'œsophage.

La pénétration dans l'œsophage étant faite, cocaïnant de proche en proche la muqueuse de ce conduit, au fur et à mesure que l'on descend le tube on arrive ainsi jusqu'au point à explorer sans éveiller de douleur ou de spasme.

Lorsque l'examen doit durer longtemps ou lorsque la salivation est très abondante, Rosenheim et Acker recommandent le *décubitus dorsal*, la tête hypertendue, la nuque soutenue par un aide, un coussin placé sous les épaules.

Mickulicz emploie, lui, le *décubitus latéral*, la tête fortement renversée en arrière et le visage tourné en bas.

Dans ces deux positions, la salive s'écoule facilement de la bouche et un aide peut au besoin éponger le fond de la gorge avec des éponges montées ou des compresses.

Dans le cas de salivation abondante, la pompe de Kilian avec le tube approprié permet seul la netteté du champ d'exploration.

L'anesthésie locale suffit la plupart du temps, la narcose chloroformique est cependant nécessaire chez les enfants et les sujets nerveux.

Le malade sera à jeun, mais cela n'est pas indispensable. Dans les cas urgents on peut pratiquer un examen immédiat après évacuation, si possible, du contenu stomacal.

Les mouvements réflexes et les vomissements sont en effet, quelquefois, un sérieux obstacle à l'œsophagoscopie. En opérant lorsque l'estomac est vide, on réduit au minimum ces accidents. L'emploi de la cocaïne, une injection sous-cutanée de morphine avant l'examen les empêchent dans une certaine mesure.

Une des principales indications de l'œsophagoscopie consiste dans l'extraction des corps étrangers, de cet organe.

Il est très fréquent en effet, et en particulier chez les enfants que des corps étrangers s'arrêtent dans l'œsophage maintenus en place par le spasme œsophagien ou bien fixés par une de leurs aspérités.

Leur siège est assez fixe, au niveau de l'un des points rétrécis de ce conduit (orifice supérieur cardia, crosse aortique).

La présence d'un corps étranger dans l'œsophage ne va pas sans déterminer certains troubles; son

volume, sa forme, ses aspérités blessent la muqueuse œsophagienne qui se tuméfie, s'irrite, s'enflamme et par conséquent accroît la fixité du corps étranger; le muscle est irrité, le spasme survient et finalement le corps étranger est définitivement maintenu dans sa position. Les lésions de la muqueuse peuvent gagner les couches profondes de l'œsophage, le tissu cellulaire périœsophagien, et déterminer de la périœsophagite. Une perforation s'établit rapidement d'où résulte un phlegmon du médrostin et du cou. De même, des lésions des organes voisins peuvent se produire par le même mécanisme.

Il est à remarquer cependant que ces lésions se produisent très lentement et qu'il s'établit même au début de la périœsophagite plastique, grâce à laquelle les parois sont tout à fait protégées (Sébileau). L'aorte, la trachée, les bronches peuvent être atteintes d'où hémorragies et complications pulmonaires souvent mortelles.

L'indication d'extraire ces corps étrangers est donc des plus nettes (Terrier), dictée qu'elle est en outre par la disphagie entravant l'alimentation solide tout au moins.

Or jusqu'à l'œsophagoscopie, à quel moyen était-on réduit tant à la fois au point de vue *diagnostic* que *thérapeutique*, vis-à-vis de ces corps étrangers de l'œsophage?

1° Au point de vue *diagnostic*, la douleur, les spasmes, les anamnèses sont variables et infidèles, le cathétérisme lui-même est sujet à des causes d'erreur, la sonde à olives peut glisser sur la paroi postérieure de l'œsophage. Elle peut passer sans toucher le corps étranger, si celui-ci est situé fortement en avant, en outre c'est là un moyen de diagnostic aveugle pouvant enfoncer davantage une de ses arêtes dans la paroi œsophagienne.

Les rayons X donnent des renseignements beaucoup plus précis et constituent un véritable progrès pour établir le diagnostic. Dans l'image de Rœntgen, cependant, l'ombre du corps étranger peut être couverte par celle de la colonne vertébrale ou par celle du cœur (Gottstein), en outre beaucoup de corps étrangers ne donnent pas d'ombre (exemple d'un dentier que nous avons eu à rechercher dans l'œsophage). Comme dit Forgue, elle peut être mauvaise conseillère en poussant le chirurgien à aller à la recherche d'un corps étranger qui n'existe pas ou plus, ou en méconnaissant un corps étranger qui est là. Nous-mêmes dans deux cas nous avons, sur la foi de la radiographie, recherché deux corps étrangers que l'œsophagoscope nous a montré n'être plus dans l'œsophage.

Il faut savoir aussi que dans l'œsophage comme dans tout autre organe les corps étrangers sont souvent imaginaires. L'œsophagoscopie étant un moyen de certitude, elle permettra d'assurer au malade qui vient nous consulter, qu'il n'a rien dans son œsophage et éviter toute manœuvre exploratrice dangereuse;

2° Au point de vue *thérapeutique* à quels procédés avait-on recours jusqu'en ces dernières années : l'extraction par les voies naturelles à l'aide de pinces, crochets, panier de Græfe, de Frölich, de crochets de Kirmisson. Mais ce sont là des moyens tout à fait aléatoires et Martin sur 167 tentatives d'extraction par les voies supérieures a relevé 127 insuccès.

La propulsion dans l'estomac n'est guère recommandable; l'œsophagotomie et la gastrostomie constituent des interventions sérieuses.

L'usage de l'œsophagoscope a changé complètement la thérapeutique de ces corps étrangers. Tous ou presque tous peuvent être, par cette méthode, extraits directement par les voies supérieures, et en tous cas lorsque l'extraction n'a pas lieu, c'est que l'on a contaté de visu une impossibilité matérielle. Quelques lésions des parois œsophagiennes un corps trop volumineux, toutes conditions qui dictent une intervention externe.

Pour l'œsophagoscopie l'anesthésie locale à la cocaïne suffit presque toujours. Chez les enfants et les sujets nerveux, la narcose est seulement indiquée.

Le tube une fois dans l'œsophage, suivant la technique que nous avons indiquée plus haut, on aperçoit exactement le genre de corps étranger, sa position et l'état anatomique des parois de l'œsophage. *De visu* on constate les altérations de celles-ci amenées soit par la présence du corps étranger, soit par des tentatives antérieures d'extraction. Avec un stylet on peut voir le degré de fixité du corps étranger. A l'aide de longues pinces, on peut en pratiquer l'ablation. Si le corps étranger présente des arêtes, on le dégage tout doucement de façon à ce qu'elles n'arrachent pas les parois œsophagiennes pendant l'extraction. S'il est pointu et fixé dans les parois œsophagiennes, on peut essayer de dégager la pointe et de faire basculer celle-ci pour lui faire prendre une direction longitudinale, le mettre suivant l'axe du tube et l'enlever du même coup. Lorsque le corps étranger est volumineux on peut retirer simultanément le corps étranger et le tube (exemple Observation II). Dans ce cas, il est bien évident que la pièce de 1 franc qui mesure plus de 2 centimètres de diamètre ne pouvait passer par le tube qui, lui-même, avait 14 millimètres de diamètre. Mais avant d'enlever ainsi le corps étranger, on a pu le mobiliser, constater les lésions qu'il aura pu déterminer sur la muqueuse œsophagienne et lorsqu'il s'agit d'un corps à surfaces lisses comme une pièce de monnaie, l'extraire sans aucun danger. S'il s'était agi d'un corps à aspérités trop volumineuses pour passer dans le tube, on aurait pu très délicatement dégager ses arêtes et le retirer en même temps, tout en surveillant par la lumière du tube s'il n'entraîne pas de lésions sur les parois œsophagiennes.

Non seulement l'extraction par ce procédé est facile, mais on peut encore saisir les altérations de la muqueuse œsophagienne au début et les premiers stades de l'œsophagite aiguë traumatique et par le tube de l'œsophagoscope porter un topique approprié, et cautériser la petite plaie en voie de formation.

C'est ce maniement bien exact sous le contrôle de la vue de tous les instruments introduits par la lumière des tubes qui fera toujours la supériorité de cette méthode sur tous les moyens aveugles. Ces procédés pourront à la rigueur être employés dans le cas de corps étrangers mousses et encore ne sont-ils pas toujours sans danger même dans ce cas, témoin l'observation rapportée récemment à la Société de chirurgie par Sébileau (perforation de l'œsophage consécutive à l'ablation d'un sou à l'aide du panier de Græfe).

L'œsophagoscope pour l'extraction des corps étrangers ne doit pas être employé toujours et quand même dans tous les cas, et un certain nombre de contre-indications doivent être même très nettement posées.

L'état nerveux du malade peut empêcher l'intro-

duction de l'endoscope bien que l'on puisse combattre cet état par l'administration de calmants (bromure, morphine). L'âge avancé des malades à cause de la raideur de la colonne vertébrale empêchant l'hyper-extensibilité de la tête.

Certains états pathologiques du poumon susceptibles d'être impressionnés péniblement par le passage de l'instrument doivent être pris en sérieuse considération (tuberculose pulmonaire avancée, affection cardiaque mal compensée).

Certaines conditions de courbure très marquée de la colonne vertébrale empêchent l'introduction du tube (scoliose, cyphose).

Nous l'avons vu : le volume du corps étranger, les aspérités de ses bords peuvent en contre-indiquer l'extraction par les voies naturelles. Il en est de même de l'enclavement du corps étranger, d'autant plus marqué que celui-ci a séjourné plus longtemps dans l'œsophage. De là l'indication d'extraire des corps étrangers le plus près possible du moment de leur introduction.

Il existe actuellement et notamment en Allemagne un grand nombre et plus de 60 cas de corps étrangers de l'œsophage enlevés par cette méthode (v. Acker, Killian).

Nous-même nous avons extrait une volumineuse arête de la partie inférieure de l'œsophage chez un adulte, et une pièce de 1 franc chez un enfant. Ces deux extractions ont pu se faire sous simple cocaïnisation et très rapidement en quelques minutes. Tout récemment nous avons enlevé un sou de l'œsophage d'un enfant de quatre ans.

Si parfois on doit renoncer à l'application de la méthode pour une des raisons énumérées plus haut, jamais, jusqu'à présent, l'extraction par l'endoscope n'a donné lieu à aucun accident.

Les accidents constatés, outre qu'ils sont rares, remontent surtout au début de la méthode et dans l'œsophagoscopie pour cancer ou rétrécissement.

Dans tous les cas de corps étrangers soupçonnés ou confirmés, on devra les rechercher immédiatement avec le tube endoscope. On aura ainsi d'abord un élément de diagnostic on ne peut plus ferme. On verra si on doit en pratiquer l'extraction par l'œsophagoscope. Ce n'est que lorsque cette méthode ne pourra être appliquée ou lors d'une des contre-indications précédemment énumérées, que l'on sera autorisé à recourir à un acte chirurgical important, l'œsophagotomie externe ou la gastrostomie.

Rien de plus éloquent à ce sujet que les chiffres de Vanacker : sur 27 cas de corps étrangers de l'œsophage, il a retiré 26 fois ce corps étranger, et cela sans lésions.

Observation I. — *Extraction d'une volumineuse arête située à la partie inférieure de l'œsophage.* — Un malade âgé de quarante ans a avalé une arête la veille en mangeant un merlan. Tout aussitôt il a été pris d'une douleur très violente rétrosternale, sensation très nette d'une piqûre. L'accident était arrivé au commencement du déjeuner et il lui fut impossible de continuer son repas. L'alimentation depuis ce moment est pour ainsi dire impossible, non seulement la déglutition est entravée pour les solides, mais aussi pour les liquides, la plus petite gorgée d'eau n'a pu passer.

Le malade nous est envoyé à la consultation du larynx de l'Hôtel-Dieu par le docteur Mauclaire, à qui il s'est adressé tout d'abord.

Il nous déclare qu'il souffre peut-être un peu moins que la veille, mais encore assez vivement. La déglutition est toujours impossible.

Après cocaïnisation du voile du palais, des piliers, de la base de la langue, de l'entrée de l'œsophage, on fait tirer la langue du malade à l'aide d'une compresse. Puis tube œsophagoscope de 30 centimètres et de 15 millimètres avec son mandrin est introduit sur la pulpe de l'index gauche qui cherche les aryténoïdes.

L'orifice supérieur de l'œsophage étant franchi on retire le mandrin puis explorant bien soigneusement la muqueuse œsophagienne et cocaïnisant de proche en proche au fur et à mesure que l'on descend le tube, on aperçoit bientôt coupant la lumière du tube l'arête qui s'est piquée dans la paroi œsophagienne. Avec notre pince spéciale nous l'extrayons du premier coup.



Fig. 3.— L'arête vue comme à l'œsophagoscope. Elle est située transversalement dans la lumière du conduit et se détache sur le fond sombre de l'orifice béant du cardia (demi-schématique grandeur naturelle).

Dès que l'extraction a été faite la dysphagie disparut et l'alimentation se fait presque normalement et le lendemain nous pûmes présenter le malade à la Société de chirurgie.

Obs. II. — *Extraction d'une pièce de 1 franc du tiers moyen de l'œsophage.* — Enfant de huit ans, qui, il y a deux jours, en jouant au ballon et dans un mouvement violent, avala brusquement une pièce de *1 franc* qu'elle tenait dans la bouche. L'accident se fit sous les yeux de la mère. Tout aussitôt la petite malade se plaignit de douleur violente dans la gorge et la mère s'en fut consulter tout de suite un pharmacien de son quartier qui préféra ne rien lui ordonner, mais l'adressa au docteur Ainfroid, de la Salpêtrière. Celui-ci fit une radiographie et vit la pièce au travers de la partie moyenne du cou.

Comme symptômes fonctionnels la petite malade a eu des vomissements, de la douleur vers le tiers moyen du cou et la dysphagie à peu près complète.

Extraction le surlendemain de l'accident à l'Hôtel-Dieu en présence du docteur Perier qui nous avait demandé d'assister à cette œsophagoscopie. La pièce se présentait par la tranche et fut retirée par la pince avec le tube de 14 millimètres beaucoup plus étroit qu'elle par conséquent.

Les suites opératoires ont été excellentes et l'alimentation solide rapidement possible.

Ces deux extractions de corps étrangers ont été particulièrement rapides et faciles. Elles ne présentaient d'ailleurs aucun risque pour le malade.

Dans plusieurs cas nous fûmes consulté pour des corps étrangers imaginaires de l'œsophage et nous pûmes rassurer le malade séance tenante. D'autres fois, il s'agissait de corps étrangers de l'œsophage mais qui n'y étaient déjà plus.

Témoin le malade que nous vîmes dans le service du docteur Broca pour un clou de tapissier que l'épreuve radiographique montrait à la partie inférieure de l'œsophage. Nous pûmes constater à l'œsophagoscopie qu'il n'y était déjà plus. Une nouvelle épreuve radiographique le montrait dans la fosse iliaque droite. Que l'on n'objecte pas que cette technique nécessite des connaissances spéciales et une grande habitude. Elle est beaucoup plus facile que la bronchoscopie. Grâce à notre éclaireur et à l'usage des tubes à mandrin métallique, tout médecin peut y avoir recours et l'employer très rapidement.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 3 MAI 1905)

Rupture du rein. — Vraie séance de rentrée de vacances, peu de monde encore, on sent quelque peine à se remettre au travail. Nous avons cependant entendu trois communications intéressantes, l'une de M. Chaput sur les ruptures du rein, l'autre de M. Picqué sur le délire post-traumatique, qui a donné lieu à une courte discussion basée sur un malentendu, enfin la troisième de M. Arrou sur les anévrismes poplités. Commençons par analyser la communication de M. Chaput sur les ruptures du rein.

M. CHAPUT, sur un homme de quarante et un ans, atteint de rupture du rein, fit l'incision lombaire et enleva un énorme fragment du rein de 7 à 8 centimètres de hauteur; il crut avoir enlevé la presque totalité de l'organe et il interrompit ses recherches; mais un écoulement abondant d'urine se fit par la plaie lombaire qu'il dut explorer à nouveau; il put enlever un second fragment du rein de 12 centimètres de longueur avec deux gros infarctus.

L'intérêt de ce fait réside dans l'hypertrophie du rein produite par l'inflammation et dans l'erreur de croire qu'on a enlevé presque tout l'organe quand on a pu extraire un fragment rénal volumineux.

Un jeune homme de dix-sept ans s'était violemment heurté la région lombaire contre une barre de fer; au bout de quinze jours, il entre à l'hôpital avec de la diarrhée, de la fièvre, des urines purulentes et un rein volumineux.

M. Chaput fit l'incision lombaire et trouva un rein énorme mesurant 20 centimètres de long et portant sur sa face antérieure une déchirure horizontale étendue à toute la largeur de cette face; il fit la néphrotomie, il draina le bassinet et il sutura l'incision ainsi que la déchirure.

Le malade saigna abondamment de son incision rénale pendant trois semaines, puis tout rentra dans l'ordre et la guérison se fit parfaite et complète.

Nous retiendrons ici l'hypertrophie inflammatoire du rein, comme dans l'observation précédente, la déchirure partielle de la face antérieure du rein qui paraît s'être faite par flexion en arrière, et enfin l'hémorragie prolongée de l'incision de néphrotomie qu'il est prudent de pratiquer plutôt avec des instruments mousses qu'au bistouri.

Une femme de trente-huit ans s'était heurté le flanc droit contre l'angle d'une table; une tuméfaction considérable de la fosse iliaque se développa; M. Chaput crut à une rupture de l'uretère. L'incision iliaque le conduisit sur un énorme épanchement d'urine et de pus qu'il évacua. Il incisa aussi le cæcum qui contenait une quantité notable d'urine, mais dont il ne put découvrir la déchirure.

La persistance de la fièvre le décida à faire la néphrectomie. La fosse lombaire était vide, mais il trouva dans la fosse iliaque un rein énorme, abaissé, hydronéphrotique et rompu. Ce cas était tout à fait superposable à une rupture de l'uretère qu'il a communiquée en 1889 à la Société de chirurgie.

Du délire consécutif au traumatisme. — Il y a deux ans, M. PICQUÉ appelait l'attention de ses collègues sur le délire consécutif aux opérations. Il a fait, sur ce délire post-opératoire, plusieurs communications qui ont été le point de départ d'une intéressante discussion. Aujourd'hui c'est sur les délires consécutifs aux traumatismes qu'il désire entretenir la Société. M. Picqué commence par rappeler l'opinion de Verneuil, sur ce sujet, qui avait beaucoup insisté sur l'importance du delirium tremens qu'on observait souvent sur les malades de l'hôpital après de grands traumatismes, delirium tremens qu'il attribuait toujours à l'alcoolisme latent dont étaient atteints ces malades et chez lesquels, suivant lui, le traumatisme déterminait une crise aiguë de l'alcoolisme préalable. Donc pour Verneuil, l'infection n'était pour rien dans ce délire, l'alcool seul en était la cause. Le delirium tremens est-il donc toujours d'origine alcoolique, comme le croyait Verneuil? Telle est la question que cherche à résoudre M. Picqué. Or il résulte des recherches auxquelles il s'est livré sur ce sujet, qu'il y aurait lieu de renverser la proposition de M. Verneuil et de dire que c'est, au contraire, l'infection déterminée par le traumatisme qui est, le plus souvent, la cause principale du délire, même chez les alcooliques. M. Picqué établit ici une comparaison entre le délire post-traumatique et la folie hallucinatoire des nouvelles accouchées. Il fait observer que ce délire accompagne ou suit l'infection, mais que jamais il ne la précède.

L'alcool, dans l'espèce, n'intervient que pour colorer ce délire et lui donner une teinte spéciale, mais c'est l'infection seule qui en est la cause. Or pour M. Picqué ce delirium post-traumatique doit disparaître des services chirurgicaux comme l'infection elle-même. Le chirurgien doit s'appliquer à détruire les causes de l'infection et, partant, de cette forme de délire. Exemple : M. Picqué reçoit dans le service chirurgical de Sainte-Anne un homme de quarante et un ans, alcoolique, portant une plaie de la jambe et atteint de delirium tremens. Cette plaie de la jambe a amené un phlegmon diffus; M. Picqué traita ce phlegmon diffus et guérit, du même coup, l'infection et le delirium tremens. Il s'agissait donc bien, dans ce cas, d'une psychose traumatique infectieuse. M. Picqué pourrait multiplier ces exemples. Il s'en tient à en tirer cette conclusion qu'il faut, dans ces cas, intervenir à temps et que cette intervention guérira simultanément l'infection et le délire qui en est la conséquence. Malheureusement, beaucoup de ces malades sont opérés trop tard.

Dans son intéressante communication, M. Picqué n'a pas, croyons-nous, assez nettement expliqué qu'il admettait le delirium tremens alcoolique classique et qu'à côté de ce delirium tremens d'origine alcoolique admis par tous les médecins et tous les chirurgiens, il existait une autre forme de delirium tremens souvent confondue avec la première, dans laquelle l'alcoolisme n'était pour rien et qui ne relevait que de l'infection traumatique. C'est sur ce malentendu que s'est élevée la discussion suivante :

M. BROCA s'est élevé, avec son énergie habituelle, contre cette opinion, qu'il prêtait à M. Picqué, qu'il fallait rayer du cadre nosologique le delirium tremens des alcooliques. Nous avons tous, en effet, observé ce delirium tremens chez des malades qui avaient une simple fracture fermée et chez lesquels l'infection n'était pour rien dans la production du délire. M. Broca n'en veut pour exemple que l'histoire de Coupeau si exactement décrite par Zola qui, dans l'espèce, aurait fait preuve, aux yeux de M. Broca, d'un grand sens clinique.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE partage et appuie complètement l'opinion de M. Broca, non pas sur le sens clinique de Zola qui lui semblerait plutôt discutable, mais bien sur l'existence et la fréquence de plus en plus grande du delirium tremens alcoolique dans nos services hospitaliers. On voit des malades mourir de ce délire même après une simple fracture fermée

du péroné; qu'il y ait également un délire d'origine septicémique, cela est incontestable. Mais l'alcoolisme tient toujours le premier rang dans la production du delirium tremens observé dans nos hôpitaux.

M. Reynier partage complètement l'avis de ses collègues Lucas-Championnière et Broca sur l'existence du delirium tremens alcoolique. Il a encore dans son service un employé de la gare du Nord qui a eu les deux jambes brisées dans un accident. Au cours de son traitement conservateur, il a été pris d'une crise de delirium tremens. M. Reynier l'a guéri en lui donnant de l'alcool selon la vieille règle classique. Mais M. Picqué a eu parfaitement raison d'appeler l'attention sur une autre forme de délire d'origine septicémique et qui existe aussi bien réellement. Il y a longtemps que M. Reynier, avec beaucoup de ses collègues, sollicite de l'administration des salles d'isolement pour ces sortes de malades.

Il y a donc un diagnostic différentiel à faire entre ce délire post-traumatique, d'origine infectieuse, sur lequel M. Picqué appelle notre attention, et le delirium tremens alcoolique classique. Il y a même des malades, alcooliques traumatisés, sur lesquels peuvent se rencontrer les deux formes de délire.

M. Bazy a vu récemment mourir dans son service un alcoolique, atteint de delirium tremens à la suite d'une simple fracture fermée du péroné.

M. Picqué fait observer à ses collègues, en relisant son propre texte, qn'il a commencé par déclarer qu'il laissait de côté le delirium tremens alcoolique pour ne parler que du délire d'origine infectieuse. Il admet donc, comme ses collègues, le delirium tremens alcoolique. Il reviendra d'ailleurs sur ce sujet dans la prochaine séance.

Anévrisme poplité. — M. Arrou, à propos du cas d'anévrisme poplité relaté récemment par M. Faure et dans lequel l'extraction de la poche anévrismale avait été suivie de gangrène ayant nécessité l'amputation de la cuisse au tiers inférieur, rapporte l'observation suivante : Il y a cinq ans, il est consulté, à Saint-Antoine, par une femme de cinquante ans, bien portante, et présentant au creux poplité un anévrisme banal, classique. M. Arrou proposa l'ablation, la malade la refusa, et partit. M. Arrou la revit quelque temps après; elle avait les orteils noirs, et sa jambe était atteinte d'un commencement de gangrène. On n'avait fait aucun traitement, ni compression, ni injections coagulantes, ni extraction, absolument rien; c'était donc bien une gangrène spontanée. M. Arrou fit l'embaumement de la jambe, mais la gangrène marcha et il dut faire l'amputation de la cuisse au tiers inférieur. Pendant cette amputation, pas une artère ne donna du sang, la section de la fémorale elle-même se fit sans une goutte de sang.

Cependant M. Arrou mit un fil sur cette fémorale et la malade guérit avec un parfait lambeau sans sphacèle. Outre son anévrisme, cette femme avait donc un système artériel déplorable et son exemple montre que la gangrène n'est pas toujours seulement la conséquence de l'extraction du sac, mais qu'elle peut survenir aussi sans aucune intervention. Elle prouve aussi qu'il y a des malades qui feront toujours de la gangrène quoi qu'on fasse.

Il ne faut donc pas accuser toujours l'intervention et M. Arrou, comme d'ailleurs M. Faure, malgré ces faits, continuera à considérer l'extraction des anévrismes poplités comme l'opération de choix dans le traitement de cette affection.

Cette communication est suivie d'une discussion qui, probablement, sera reprise et sur laquelle nous reviendrons.

FORMULAIRE

SUR LE SIROP IODOTANNIQUE

On a proposé de nombreuses formules de sirop iodotannique; dans l'une des plus connues, celle des hôpitaux, entrent 2 grammes d'iode, 8 grammes de tanin et 100 grammes de sirop de ratanhia.

Chargé par la sous-commission galénique du nouveau codex de faire un choix parmi les préparations existantes, M. L. Grimbert (1) écarte d'abord celles dans lesquelles on fait intervenir l'alcool, parce qu'elles acquièrent une saveur vineuse désagréable qui va en s'accentuant avec le temps.

L'emploi de l'extrait de ratanhia est également, dit-il, à rejeter si l'on veut avoir un produit toujours identique à lui-même.

M. Grimbert propose donc la formule suivante qui est celle de M. Baudoin (de Cognac), sauf en ce qui concerne la dose de tanin que ce dernier fixe à 6 grammes.

Iode	2 grammes.
Tanin	4 —
Eau distillée	360 —
Sucre blanc	640 —

Pulvérisez finement l'iode, introduisez-la, ainsi que le tanin, dans un vase en verre ou en faïence avec la quantité d'eau prescrite.

Maintenez le tout au bain-marie à une température voisine de 60 degrés en agitant de temps en temps. Quand le liquide ne bleuit plus le papier amidonné, ajoutez le sucre et faites un sirop par simple solution.

20 grammes de sirop iodotannique renferment sensiblement 4 centigrammes d'iode.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA TUBERCULOSE

[PARIS, 2-7 OCTOBRE 1905] (2)

Siège : 21, rue de l'École-de-Médecine, Paris.

QUATRIÈME SECTION. — Préservation et assistance de l'adulte. Hygiène sociale. — (A) Président, M. Landouzy; vice-présidents, MM. Calmette et J. Peyrot; secrétaires, MM. Romme et Weill-Mantou.

(B) Président, M. Paul Strauss; vice-présidents, MM. Bonnier et A.-J. Martin; secrétaires, MM. A. Bluzet et Edouard Fuster.

Membres du Comité : MM. Amodru, le prince d'Arenberg, Auffret, Augagneur, Ballif, Barberet, Bedorez, Bellocq, Bertillon, Bertin-Sans, F. Bezançon, Bouvard, Briat, Cazalis, Chantemesse, Mlle Chaptal, MM. A. Chauffard, E. Cheysson, Claisse, Courmont, Courtois-Suffit, Delorme, Paul Deschanel, Dumarest, Faisans, Ficatier, Fontaine, Gentil, Groussier, Guinard, Guibaud, comte d'Haussonville, J. Hébrard, H. Henrot, Heurteau, Juillerat, Kelsch, Kermorgant, Keufer, Léon Labbé, Marcel Labbé, Henry Labbé, Lachaud, Lalance, Lancry, Langlet, Layet, Paul Le Gendre, l'abbé Lemire, Lepelletier, Maurice Letulle, Léon-Petit, Leune, V. Lourties, Mabilleau, Macaigne, L. Magne, R. Martial, Louis Masson, Albert Mathieu, Meslier, Millerand, Paul Mirabaud, Moreau, Mosny, de Nabias, Navarre, Nénot, Netter, Paulet, Périer, Georges Picot, Pilate, Plicque, A. Pozzi, Rabier, Amb. Rendu, Rénon, Henri Ricard, Riémain, Jules Siegfried, Spillmann, Henry Thierry, Emile Trélat, Vaillant, Vallin, de Lavarenne, Vaudremer, Villejean et Weill-Mantou.

Rapports. — 1. *Facteurs étiologiques de la tuberculose : conditions économiques dans l'étiologie sociale de la tuberculose.* — Rapporteur français : M. Romme (Paris); rapporteur anglais : M. Newsholme (Brighton); rapporteur autrichien : M. Maximilien Sternberg.

2. *Assurances et mutualités dans la lutte contre la tuberculose.* — Rapporteur français : M. Edouard Fuster (Paris); rapporteur allemand : M. Bielefeld (Berlin); rapporteur anglais : M. C. H. Gabland (Londres).

3. *Rôle des dispensaires et des sanatoriums dans la lutte anti-*

(1) *Journ de pharm. et chimie*, 1er mai 1905.
(2) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 51, p. 608.

tuberculeuse. — Rapporteurs français : MM. Courtois-Suffit et Laubry (Paris); rapporteur danois : M. Bang (Silkeborg); rapporteur belge : M. Béco (Bruxelles).

4. *Assainissement et salubrité du logement.* — Rapporteurs français : MM. Bonnier et Juillerat; rapporteur anglais : M. Keith D. Young (Londres).

5. *Hygiène du tuberculeux dans les collectivités : usines, ateliers et locaux commerciaux; armée et marine.* — Rapporteurs français : M. Kelsch (Paris), Mme Thibault (Paris) et M. Roulin (Lyon).

6. *Désinfection du logement des tuberculeux (réglementation administrative et mesures pratiques).* — Rapporteur français : M. A.-J. Martin; rapporteur allemand : M. Dunbar (Hambourg); rapporteur italien : M. Abba (Turin).

Questions présentées et développées par des membres du Comité. — Mortalité par tuberculose, à Paris, durant les années 1900, 1901, 1902, 1903, 1904. — Enquête-statistique sur la morbidité et la mortalité tuberculeuses dans les hôpitaux parisiens en 1900, 1901, 1902, 1903, 1904. — Enquête médicale sur la morbidité et la mortalité tuberculeuses en France, en Corse et en Algérie, par le moyen d'un referendum adressé à tous les médecins exerçant à la campagne et dans les villes de moins de 15000 habitants. — La tuberculose aux colonies. — La tuberculose dans les hospices d'aliénés. — La tuberculose chez les maîtres de l'enseignement public. — L'alcoolisme et la tuberculose. — Comment doivent être établies les statistiques relatives à la tuberculose dans les dispensaires, les sanatoriums, les établissements hospitaliers, les villes et les campagnes. — L'alimentation rationnelle et économique des travailleurs. — L'enseignement antituberculeux, par la parole et par l'image (conférences, expositions, musées). — Tuberculose et mariage. — La tuberculose et l'hygiène des ateliers.

Questions sollicitées et recommandées par le comité. — Habitations hygiéniques à bon marché. Jardins ouvriers. — Organisation, à l'usage des sociétés d'éducation physique, de stands (à l'instar des champs de manœuvres, des champs de tir, des marchés), aliénés et entretenus par les municipalités et les départements. — Ateliers-dispensaires pour tuberculeux capables de travailler. — Hospitalisation communale, intercommunale et départementale des phtisiques. — Des assurances contre la tuberculose. — Le placement familial des tuberculeux est-il réalisable? — Etudes de la fréquence, de l'époque d'apparition et des formes de la tuberculose envisagée : *a*) dans les collectivités : corporation médicale; armées; postes; chemins de fer; ministères; grandes administrations; grands magasins; hôtels; maisons meublées; milieux hospitaliers; écoles d'adultes, lycées, écoles d'apprentissage, écoles primaires supérieures, écoles professionnelles, commerciales, grandes écoles; *b*) dans les milieux ouvriers des villes et des campagnes. Industries textiles : laine, coton, fil, soie. Lingères; chemisiers. — Industries : drapiers, tailleurs; tapissiers; cardeurs de matelas; blanchisseurs; bourreliers, cordonniers; brossiers; brocanteurs, chiffonniers; marchands de vieux papiers; tailleurs de pierres, rhabilleurs de meules; fer, acier, fonte; potiers, faïenciers, porcelainiers; verreries, cristalleries; minières : ardoisières, houillères, marbrerie; bâtiments : maçons, charpentiers, plafonneurs, menuisiers, serruriers, peintres. — Alimentation : grains et farines : minoterie, boulangerie; vins et alcools : vignerons, distillateurs, cavistes, cabaretiers; viandes : ouvriers des abattoirs, bouchers, charcutiers.

COMITÉS RÉGIONAUX. — L'organisation des Comités régionaux se trouve aujourd'hui à peu près complète.

En réponse à plusieurs demandes qui lui ont été adressées par quelques Comités régionaux désirant savoir le genre d'études auxquelles ils pourraient plus spécialement travailler, le Bureau du Congrès répond par la présente circulaire. Il insiste auprès des Comités régionaux sur les questions nombreuses et variées proposées dans chacune des quatre sections du Congrès.

Les Comités remarqueront que, parmi les sujets recommandés, il s'en trouve qui intéressent plus particulièrement certaines régions de la France, industrielles, rurales, minières, etc. Les Comités pourront choisir parmi ces sujets les points qui leur paraîtront les plus importants à mettre à l'étude.

Quant aux membres des Comités régionaux qui se préoccupent plutôt de nosographie ou de médecine sociale, ils trouveront dans les documents de la IVe section maints renseignements qui leur serviront utilement.

Les présidents des sections rappellent, d'ailleurs, aux membres des Comités régionaux qu'ils sont prêts à leur fournir toutes les indications que ceux-ci jugeraient indispensables à leurs travaux.

Alger. — Président, M. Curtillet; vice-présidents, MM. Moreau, Sarignon; secrétaire général, M. Crespin; secrétaires, MM. Verhaeren, E. Videl; trésorier, M. Françon.

Membres : MM. Bouchiol, Bastarel, Besson, Brault, Cochez, Delphin, Dru, Dujarie, Gauckler, Guianchain, Ismert, Maginot, Mouset, Marchand, Scal, Soulié, Vallier, Segny, Gallet, Couilland, Fogue, Gasser.

Amiens. — Président, M. Peugniez; secrétaire général, M. Bernard.

Angers (Maine-et-Loire, Mayenne, Sarthe). — Président, M. Legludic; secrétaire général, M. Jagot.

Membres : *Maine-et-Loire.* — Angers, MM. Legludic, Brin, Mareau, Boquel, Motais, Monprofit, Thibault, Lepage, Bichon, Papin, Quintard, Robert, Vannier, Le Cornec, Descorps, Dussauze, Aivas, Goblot, Priquier, Bouvet, Ramibault, Gaudin, Tabuteau, Lépicier, Tousseaume, Boucher, Cormeray, Mercier, Tonart, Bouhier, Bessoneau, L. Lafarge, Massonnaud; — Baugé, M. Thuau; — Chalonnes-sur-Loire, M. Gaignard; — Châteauneuf-sur-Sarthe, M. Leblois fils; — Cholet, M. Coignard; — Doué-la-Fontaine, MM. Lionet, Milsonneau; — Gesté, M. Tétau; — Les Ponts-de-Cé, M. Cordon; — Parçay, M. Michalowicz; — Saint-Gennes-sur-Loire, M. Petrucci; — Saint-Mathurin, M. Peysonnié; — Saumur, M. Peton; — Segré, M. Chevallier.

Mayenne. — Président, M. Haultier de Vaucenay (section de Laval); vice-présidents, MM. Cellier, Dupré; commissaire général, M. Bron; secrétaire, M. Moreau; trésoriers, MM. A. Beaudouin, Pichard.

Membres : MM. Gaumé, Gougeon, Rolland, Le Balle, abbé Huignard, comte de Hercé, comte de Monti de Rezé, Ch. Batard, Bellanger, Castaing, Chaplet, Mouchet, R. Tontain, Pivert, Mahé de la Villéglé, Angot, Auboin, Sinoir. — Meslay, M. Fortin.

Sarthe. — Le Mans, MM. Vincent, Goutard, Melisson, Poix, Hervé, H. Delagénière, Rocher, Legros, Langevin, Moreau, Bolognesi, Pitot, Leclerc, Delépine, Pruvost, Bouttié, Come, Durand, Legué, Kirgomar, Mlle Thomas, MM. Chappée, Janvier, Langevin-Ligneul. — Bouloire, M. Breteau. — Fresnay, M. Moreau. — La Ferté-Bernard, M. Coupey. — La Flèche, M. Mauvais. — Mamers, M. Godard. — Parigné-l'Evêque, M. Clausse. — Sablé, M. Marçais. — Saint-Calais, M. Gigon. — Saint-Jammes, M. Chaudet.

Besançon. — Président, M. Borne; secrétaire général, M. A. Bluzet.

Bordeaux. — Président, M. Pitres.

Section scientifique. — Bordeaux, MM. Arnozan, Ferré, Mongour, Sabrazès. — Arcachon, M. Lalesque. — Pessac, M. Gentès.

Section sociale. — Bordeaux, MM. Baysselance, Cazaret, Dupeux, E. Maurel, Durand, Lande, Régis, Rodel, Rocaz, Moussous. — Saint-Philippe, M. Rousseau.

Caen. — Président, M. Auvray; secrétaire général, M. Gidon; secrétaire, M. Léger.

Membres : MM. G. Moutier, Barette, Guillet, Quermonne, Lemonnier.

Clermont-Ferrand. — Président, M. Girod; secrétaire général, M. Mally.

Dijon. — Président, M. Deroye; secrétaire général, M. Verneau.

Grenoble. — Président, M. Bordier.

Hanoi. — M. Graal.

Lille. — Président, M. Combemale; vice-présidents, MM. Calmette, Duret; secrétaire général, M. Surmont; secrétaires adjoints, MM. Bosquier, Breton, Jouvenel, Wœrhel.

Limoges. — Président, M. Cheinieux; vice-présidents, MM. Bourguignon, Boulland; secrétaire général, M. Marcland; secrétaire général adjoint, M. Jouhaud.

Membres : MM. Fournié, Peyrusson, Thouvenet, Donnet, Périgord, Lemaistre, Pautet, Simonin, Garaud-Chatard, Petroye.

Lyon. — Président, M. Lortet; secrétaire général, M. Paul Courmont.

Membres : MM. Arloing, Augagneur, Bérard, Cadet, Costé-Labaume, Dumarest, Dumont, Garin, Josserand, Leclère, Lumière, Oberkampff, Pic, Rogniat, Roux, Sabran.

Marseille. — Président, M. Oddo; vice-président, M. E. Rostand; secrétaire général, M. Gauthier.

Pour la section médicale. — MM. Alezais, d'Astros, Delanglade, Gauthier, Laget, Livon, Oddo, Queirel, Trastour.

Pour la section sociale. — MM. le comte A. Armand, Delibes; P. Desbief, Pagès, Rodocanachi, E. Rostand, Sube, E. Velten.

Montpellier. — Président, M. Benaist; secrétaire général, M. Bertin-Sans; secrétaires, MM. Imbert, Ardin-Delteil.

Membres : MM. Mairet, Grasset, Tédenat, Grynfeltt, Hamelin, Cabrieu, A. Imbert, Granel, Forgue, Truc, Ville, Hédon, Vialleton, Ducamp, Gilis, Estor, Rodet, Sarda, Baumel, Bosc.

Comité exécutif. — MM. Mairet, Hamelin, Carrieu, Tédenat, Truc, Brousse, Vires, Forgue, Estor, Sarda, Bosc, Bertin-Sans.

Nancy. — Président, M. Gross; vice-présidents, MM. Paul Spilmann, Léopold Lallement; secrétaire général, M. Simon; trésorier, M. Marcot.

Section médicale. — MM. Spillmann, Bernheim, Weiss, Hergott, Schmitt, Simon, Parisot, Haushalter, Etienne, Spillmann, Sogniès, Nilus.

Section sociale. — MM. Lallement, Michaux, Marcot, Guntz, Déglin, Mengin, Lambert, Bernard de Jeandin, Keller.

Nantes. — Président, M. Ollive; présidents d'honneur, MM. Malherbe, Durand-Gasselin; secrétaire général, M. Le Meignen; secrétaires-adjoints, MM. Fargue, Bertin fils.

Membres : MM. Abadie, Aignan, P. Andouard, Annesley, Aubry, Barthélemy, Becigneul, A. Benoît, Bertin père, Blaizot, Boquien, Brissonneau, Crouan, Dore, Dubochet, Dupuy, Echenoz,

Fée, Le Frile, Giraudeau, Grimaud fils, Guist'hau, Hervouet, Hue, Jumel, Lafont, Louis Lefeuvre, Ernest Lefièvre, Merlant, Michel, U. Monnier, Plante, Poisson, Polo, Poulain, Rappin, Ricordeau, Riom, Rondel, Sarradin, Charles Simon, Schmitt, Vignard, Villard, Vincent, Vuillemin-Didion.

POITIERS. — Président, M. Delaunay; secrétaire général, M. Jablonski.

Membres : MM. Buffet-Delmas, Henri Chrétien, Malapert, Faivre, Guillon, Ravarit.

REIMS. — Président d'honneur, M. A. Pozzi; président, M. Henrot; secrétaire général, M. P. Gosset.

Première section. — Vice-président, M. Guelliot; secrétaire, M. Alexandre Henrot.

Deuxième section. — Vice-président, M. Colleville; secrétaire, M. Lutin.

Troisième section. — Vice président, M. Nouvion-Jacquet; secrétaire, M. Simon.

Quatrième section. — Vice-président, M. Hoel; secrétaire, M. Dupont.

Membres : Reims, MM. H. Henrot, Colleville, Emile Charbonneaux, Lutin, Gosset, Hussenet, Aron, Simon, Lardennois, Alexandre Henrot, Hoel, Jacquin, Alexandre Heuriot, Fernand Blardean, Pozzi, Guelliot, Poitevin, Noirot, Hureau, Edmond Nouvion, Frédéric Lelarge, Louis Pommery, Jeune, Georges Charbonneaux, Nouvion-Jacquet. — Pontfaverger (Marne), M. Dupont-Nouvion. — Vitry-les-Reims, M. Ravaud.

RENNES. — Président, M. Perrin de la Touche; secrétaire général, M. Le Damany.

ROUEN. — Président, M. Brunon; vice-présidents, MM. André, Calmette, Cerné et Lattenaff; secrétaire général, M. R. Seyer; secrétaires, MM. de la Forge, Vallée et Méret.

Membres : MM. Adeline, Bellicaud, Calmette, Coutan, Delabost père, Emile Delabost, Depeaux, Devé, Deshayes, Didier, Destin, Fortin, Giraud, Guerbet, Hélot, Hie, Frrnçois Hue, Jeanne, Lafosse, Lailler, Lerefait, Leverdier, Loirel, Mme Maillard, M. Malathère, Mme M. Maillard, MM. Mauchern, Martin, Mme Ménat, MM. Olivier, Panel, Pennetier, Petitclerc, Podevin, Rabel, Marie Roussel, l'abbé Vacondard, Vermont, Veyssière, Mme de Visme, MM. Waddington, sénateur; Waddington, manufacturier.

SAÏGON. — Président, M. Angier; secrétaire général, M. X...

Membres : MM. Burdin, Lépine et Marotti.

TOULOUSE. — Président, M. Tachard; secrétaire général, M. Saint-Ange.

Section scientifique. — Président, M. Leclainche.

Section sociale. — Président, M. Georges Vidal; secrétaires, MM. Lautré et Destarac.

Membres : première section, MM. Basset, Bauby, Destarac, Gueraud, Labat, Leclainche, Ed. Maurel, Saint-Ange, Tapie; — deuxième section, MM. Abelous, Baylac, Caubet, Gillard, Lautré, Ch. Morel, Rémond, Tachard, Vidal.

TOURS. — Président, M. Wolff; secrétaire, M. Meunier.

TUNIS. — Président, M. N...; secrétaire général, M. Cuénod.

COMITÉS NATIONAUX ÉTRANGERS. — Les *Comités nationaux étrangers* sont en pleine organisation. Les renseignements qu'ils nous fournissent permettent de compter sur la part considérable que prendront les pays civilisés aux travaux du Congrès, en octobre prochain.

ALLEMAGNE. — Président, M. von Leyden (Berlin); secrétaire, M. Nietner (Berlin).

ANGLETERRE. — Président, sir W. H. Broadbent (Londres); secrétaire, M. J. J. Perkins.

AUTRICHE. — Président, M. von Schrötter (Vienne); secrétaire, M. Sternberg (Vienne).

BELGIQUE. — Président, M. Dewez (Mons).

BRÉSIL. — Président, M. Seabra (Rio-de-Janeiro); secrétaire, M. J. J. d'Azevedo Lima (Rio-de-Janeiro).

BULGARIE. — Président, M. Marine Roussef (Sofia); secrétaire, M. Lübomir Séraphimoff (Sofia).

DANEMARK. — Président, M. Bang (Copenhague); secrétaire, M. Dreyer (Copenhague).

ESPAGNE. — Président, M. Antonio Espina y Capo (Madrid); secrétaire, M. Victor Maria Cortezo (Madrid).

ETATS-UNIS. — Président, M. Edward Trudeau (New-York); secrétaire, M. Henry Barton Jacobs (New-York).

GRÈCE. — Président, M. M. Hatzimichalis (Athènes); secrétaire, M. B. PATRIKIOS (Athènes).

HOLLANDE. — Président, M. H. W. Bœle (Hellendoorn); secrétaire, M. W. Pynappel (Iwolle).

HONGRIE. — Président, M. Pertik (Budapest); secrétaire, M. E. de Szegedy-Maszak (Budapest).

ITALIE. — Président, M. Guido Bacceli (Rome); secrétaire, M. Mariani (Gênes).

JAPON. — Président, M. Kitasato (Tokio).

NORWÈGE. — Président, M. Andvord (Christiania); secrétaire, M. HOLMBŒ (Christiania).

PÉROU. — Président, M. Odriozola (Lima); secrétaire, M. Romulo Eyzaguirre (Lima).

PORTUGAL. — Président, M. Anselmo d'Assis Angrade (Lisbonne); secrétaire, M. Alfredo Luis Lopès (Lisbonne).

RÉPUBLIQUE ARGENTINE. — Président, M. Samuel Gache (Buenos-Ayres); secrétaire, M. Nicolas Repetto (Buenos-Ayres).

ROUMANIE. — Président, M. Petrini de Galatz (Bucarest); secrétaire, M. Radovici (Bucarest).

RUSSIE. — Président, M. Cherwinsky (Moscou).

SUÈDE. — Président, M. Klas Linroth (Stockholm); secrétaire, M. S. E. Henschen (Stockholm).

SUISSE. — Président, M. Schmid (Berne); secrétaire, M. Carrière (Berne).

URUGUAY. — Président, M. Joaquim de Salterin (Montevideo); secrétaire, M. José Martirené (Montevideo).

BOLIVIE. — Président, M. Valentin Abecia (La Paz).

CHILI. — Président, M. Alejandro del Rio (Santiago); secrétaire, M. Mamerto Cadiz (Santiago).

COLOMBIE. — Président, M. Leoncio Barreto (Bogota).

COSTA-RICA. — Président, M. Teodoro Picado (San-José).

CUBA. — Président, M. Juan Santos Fernandez (Habana).

EQUATEUR. — Président, M. Carlos Tobar (Quito).

MEXICO. — Président, M. Eduardo Licéaga (Mexico).

PARAGUAY. — Président, M. Hector Valazquez (Asuncion).

SAN-SALVADOR. — Président, M. Pedro A. Villacorta (San-Salvador).

VENEZUELA. — Président, M. Herrera Vegas (Caracas).

EXPOSITION ET MUSÉE DE LA TUBERCULOSE. — Commissaire général, M. Léon-Petit.

Membres : MM. Arloing, Barbier, Bender, Bezançon, Binot, Calmette, Claude, Paul Courmont, Critzman, Derecq, Legry, Letulle, Ledoux-Lebard, A.-J. Martin, René Marie, Mosny, Nattan-Larrier, Petit, Sersiron, Georges Villaret.

A l'occasion du Congrès de la tuberculose, il sera organisé au Grand-Palais un musée scientifique doublé d'une exposition industrielle dont l'ensemble doit former une œuvre de propagande sociale qui restera ouverte au public pendant tout le mois d'octobre.

L'exposition de la tuberculose comprend quatre sections, subdivisées elles-mêmes en un certain nombre de classes dans lesquelles les objets exposés, quel que soit leur pays d'origine, seront répartis par les soins de la Commission d'admission.

I. *Section scientifique* (Musée). — Microbiologie. — Tuberculose expérimentale. — Tuberculose médicale. — Tuberculose chirurgicale. — Tuberculose vétérinaire.

II. *Section sociale.* — Ravages de la tuberculose. — Prévention. — Assistance.

III. *Section historique.* — La tuberculose à travers les âges. — La tuberculose dans l'art et dans l'histoire.

IV. *Section industrielle.* — Prophylaxie : Alimentation; — habitation privée; — désinfection publique (écoles, casernes, monuments); — voyages (voitures et chemins de fer, marine, hôtels). — Assistance (matériel et mobilier) : hôpitaux, dispensaires, sanatoriums.

Le Comité serait reconnaissant aux personnes qui ont l'intention d'exposer de faire connaître le plus tôt possible au commissariat général de l'exposition de la tuberculose, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, la nature des pièces, dessins, documents, objets, etc., le poids approximatif des colis renfermant ces objets, ainsi que la surface horizontale ou murale nécessaire à leur exposition.

Ces renseignements préalables permettront d'élaborer le plan d'ensemble de l'exposition et de fournir aux exposants les renseignements définitifs qui feront l'objet d'une nouvelle circulaire.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

VOITURE AUTOMOBILE (oldsmobile), 5 chevaux, état de neuf, 2 places, tablier, capote, lanternes, paniers, etc., 4 pneus neufs, marche parfaite et silencieuse. — S'adresser à M. ROSSOLLIN, 90, boulevard Flandrin, Paris XVIe, le matin avant dix heures.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Traitement des fractures compliquées de jambe, par M. Chaput.
La toux de la tuberculose, son traitement rationnel par le chlorhydrate d'éthylnarcéine (narcyl), par M. Joseph Noé.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences. — Société médicale des hôpitaux. — Société de biologie.
LIVRES NOUVEAUX
NOTES DE THÉRAPEUTIQUE
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de médecine. — Admission.* — Epreuve de consultation écrite :

Séance du 8 mai 1905. — MM. Coyon, 16; Lœper, 15; Jousset, 19.

La prochaine séance aura lieu le 10 mai, à cinq heures du soir, à Beaujon.

Concours pour trois places de chirurgien des hôpitaux. — Première épreuve clinique :

Séance du 5 mai 1905. — MM. Dujarrier, 13; Marcille, 15; Veau, 18.

LA CONFÉRENCE DE BERNE. — La conférence internationale dont le gouvernement fédéral suisse a proposé la réunion à Berne se réunit aujourd'hui dans le but de préparer la solution, par voie de conventions internationales, des deux questions suivantes :

1° Interdiction de l'emploi de phosphore blanc dans l'industrie des allumettes;

2° Interdiction pour les femmes du travail industriel de nuit.

La délégation envoyée par le gouvernement français est composée de :

MM. Waddington, sénateur; Millerand, député, ancien ministre du Commerce; Keufer, vice-président ouvrier du Conseil supérieur du travail; Arthur Fontaine, directeur du travail; Sévène, ingénieur en chef, inspecteur des manufactures de l'Etat. Sont adjoints à la délégation, comme conseillers techniques : notre collaborateur le docteur Courtois-Suffit, médecin en chef des manufactures de l'Etat, médecin des hôpitaux de Paris, et M. Lagard, inspecteur divisionnaire du travail; comme secrétaire, M. Marcel Bernard, chef du secrétaire particulier du ministre du Commerce.

CAISSE DES RECHERCHES SCIENTIFIQUES. — Le *Journal officiel* du 6 mai publie le rapport annuel de M. Dislère, président du conseil d'administration de la Caisse des recherches scientifiques, président de section au Conseil d'État.

Les subventions suivantes ont été accordées en 1904 pour recherches biologiques :

MM. Calmette (de Lille), 8 000 francs; — Chauveau, 5 000; — Sabrazès, 1 500; — Arloing, 8 000; — Lépine, 3 000; — Rappin (de Nantes), 2 500; — Bosc, 1 000; — Lortet, 3 000; — Dongier et Lesage, 500; — Bouvier, 1 500; — Moussu, 3 000; — Porcher, 1 000; — Viala, 3 000; — Ray, 1 500; — Wurtz, 3 000; — Leray, 1 000; — Rodet, 4 000; — Charrin, 4 000; — Toulouse, 1 500; — Yersin, 6 000; — Küss, 1 500; — Laveran, 6 000; — Achard, 3 000.

AVIS. — Les amis, collègues et élèves du professeur S. Pozzi veulent lui offrir une médaille à l'occasion de sa récente présidence du XVIIe Congrès de chirurgie et de sa promotion au grade de commandeur de la Légion d'honneur.

Ils ont constitué un Comité qui fait appel à tous ceux qui sont attachés au professeur S. Pozzi par les liens de l'amitié, de l'estime ou de la reconnaissance.

L'exécution de la médaille est confiée au maître Chaplain.

Le chiffre de la cotisation n'est pas limité.

Toute souscription de 25 francs donne droit à une médaille de bronze qui sera expédiée (franco) avant la fin de l'année 1905.

La souscription est ouverte jusqu'au 15 juin 1905. Les cotisations sont reçues par M. Pierre Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris.

LE PANSEMENT-COMPRESSE, connu sous le nom de *ouataplasme*, a été adopté par les ministères de la Guerre, de la Marine et des Colonies.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

TRAITEMENT
DES
FRACTURES COMPLIQUÉES DE JAMBE

Par le docteur CHAPUT,
Chirurgien de l'hôpital Boucicaut.

On appelle fractures compliquées celles qui s'accompagnent de plaies communiquant avec le foyer de la fracture.

La plaie est en effet la complication la plus importante des fractures parce qu'elle est la plus fréquente et parce que les autres complications, telles que déchirures des vaisseaux, suppuration du foyer, gangrène du membre, s'accompagnent presque toujours de plaies des parties molles et ne surviennent que très exceptionnellement dans les fractures fermées.

Les fractures compliquées ne ressemblent en rien aux fractures fermées ; autant la suppuration de celles-ci est rare, autant l'infection des premières est fréquente.

Il résulte de tout ceci que le seul mot de fractures compliquées évoque à l'esprit des cliniciens toutes les complications à la fois : infection, hémorragies, gangrène pour le présent, sans compter pour l'avenir les fistules, les pseudarthroses et les consolidations vicieuses.

Je prendrai comme type de description les fractures compliquées de jambe au tiers inférieur.

Je rappellerai d'abord brièvement qu'il est utile de faire une distinction d'après l'étendue des plaies et leur mécanisme.

Les plaies petites sont moins graves que les grandes ; — celles qui sont produites par un instrument tranchant sont plus bénignes que celles par agent contondant qui exposent davantage au sphacèle ; — les plaies produites de dedans en dehors par les fragments eux-mêmes, ne sont pas infectées d'ordinaire, tandis que celles produites de dehors en dedans le sont habituellement; — les plaies par armes à feu modernes sont moins dangereuses que celles par gros projectiles car elles font moins éclater les os.

Enfin des plaies produites secondairement par la pression prolongée d'un fragment sur la peau sont moins graves que les plaies immédiates, parce qu'on peut avec des pansements convenables éviter l'infection.

Plusieurs idées dirigeantes doivent vous guider pour vous faire comprendre les grandes lignes de la conduite du chirurgien.

En premier lieu, pour peu que la malade paraisse souffrir lors de l'examen, il faut sans hésiter lui faire une injection de stovaïne lombaire pour l'anesthésier. Je n'ai pas à vous faire l'éloge de cette méthode dont vous voyez tous les jours les avantages merveilleux.

En second lieu, j'insiste sur l'excellence toute spéciale du peroxyde de zinc en poudre ou sous forme de gaze, dans le traitement des fractures compliquées.

Je vous mettrai encore en garde contre les lavages antiseptiques qui diminuent la vitalité de nos cellules et exaltent celle des microbes auxquels ils fournissent l'eau qui leur est nécéssaire.

Le pronostic des fractures compliquées a bien changé depuis 1877 ; avant cette époque toute fracture avec plaie comportait l'amputation et celle-ci était le plus souvent mortelle ; la surprise fut grande lorsqu'en 1877 Volkmann apporta une statistique de 75 cas de fractures ouvertes sans mort, traitées, il est vrai, par l'ouverture large systématique et le nettoyage antiseptique du foyer.

La doctrine de Volkmann ne doit pas être prise au pied de la lettre, et il ne faut pas réséquer largement toutes les fractures avec plaies.

Je vous recommande au contraire instamment de n'intervenir que le plus rarement possible, l'intervention ayant souvent plus d'inconvénients que le simple pansement.

En effet, l'intervention immédiate est susceptible à elle seule de provoquer l'infection dans un foyer qui laissé à lui-même serait peut-être resté aseptique et nous savons bien à l'heure actuelle que quand on intervient pour les fractures fermées, pour celles de rotule en particulier, il est indispensable d'après Championnière de ne pas intervenir avant le quatrième ou le cinquième jour, parce que l'intervention dans un foyer contusionné par le traumatisme l'expose à l'infection.

Il y a une autre raison pour différer autant que possible l'opération, c'est que l'ablation complète des esquilles amène souvent une perte de substance considérable du tibia qui aboutit en fin de compte à un raccourcissement considérable, ou à l'absence de consolidation. Dans les fractures fermées toutes les esquilles sont utilisées pour la formation du cal, aussi notre idéal doit-il être de les conserver le plus possible.

Chez les alcooliques invétérés, les opérations sont souvent suivies de suppuration, de gangrène ou de delirium tremens, il est à craindre en opérant de bonne heure, d'assumer la responsabilité de ces accidents presque fatals. Au contraire en opérant tardivement, la responsabilité du chirurgien sera tout à fait à couvert.

Pour les mêmes raisons, l'intervention quand elle est nécessaire doit être aussi économique que possible afin de ne pas augmenter les chances d'infection.

Ce que je viens de dire est relatif à la fracture prise tout à fait au début. Il en va tout autrement lorsqu'on se trouve en présence d'un foyer infecté ; ici nous devons exécuter des interventions très larges, réséquer les fragments pointus, enlever toutes les esquilles si nombreuses soient-elles, et drainer tous les diverticules infectés; nous rentrons alors dans la catégorie des plaies infectées qui doivent être largement ouvertes, drainées et débarrassées des corps étrangers (esquilles).

Je distinguerai les variétés suivantes de fractures compliquées :

1° *Plaie punctiforme ;*

2° *Plaie de quelques centimètres ;*

3° *Plaie large avec intégrité relative des vaisseaux et muscles;*
4° *Plaie large avec contusion des parties molles;*
5° *Infection secondaire du foyer.*

I. Dans les fractures avec PLAIE PUNCTIFORME, la guérison est de règle avec une bonne asepsie, si l'hémorragie profonde n'est pas trop importante.

La conduite à tenir consiste à anesthésier le membre au moyen de la stovaïne lombaire, à raser, savonner, laver à l'alcool et sécher.

Je déconseille formellement l'injection dans le foyer de liquides quels qu'ils soient sous peine d'infection fatale.

Je déconseille aussi l'obturation au collodion qui favorise la suppuration.

Il est préférable à mon avis de saupoudrer la plaie de peroxyde de zinc, d'appliquer par-dessus une épaisse couche de gaze au peroxyde, qu'on ne recouvrira pas d'ouate mais d'une simple bande de gaze, pour ne pas gêner l'application de l'appareil plâtré qui doit se faire immédiatement.

Si on n'avait pas de plâtre, on pourrait se contenter du pansement ouaté de Guérin, consolidé par deux attelles latérales en bois, selon la pratique de Hennequin.

Nous avons appliqué ce traitement sur notre malade ataxique du pavillon C; il va très bien et guérira sans complication.

II. LORSQUE LA PLAIE MESURE QUELQUES CENTIMÈTRES. — Elle a été produite en général par le fragment supérieur. Nons distinguerons trois cas:

1° Les fragments ne sont pas saillants;
2° Le fragment supérieur est saillant mais réductible;
3° Le fragment supérieur est saillant et irréductible.

1° *Lorsqu'il n'y a pas de saillie des fragments*, la décision à prendre est délicate, car ainsi que je le disais plus haut, l'intervention peut nous conduire à sacrifier une grande longueur d'os qu'on aurait peut-être pu conserver, et il est possible que l'intervention favorise la suppuration qui aurait pu ne pas se développer avec un traitement aseptique mais non sanglant.

D'autre part, attendre, pour opérer, l'apparition des accidents, c'est s'exposer à voir survenir des destructions des muscles et des os, beaucoup plus importantes que celles qu'aurait réalisées l'intervention immédiate.

Voici, à mon sens, comment il faut trancher la question. Il s'agit de déterminer par un calcul de probabilités si les lésions sont telles que le foyer doive suppurer presque sûrement; dans l'affirmative on opérerait; on s'abstiendrait en cas contraire.

La probabilité de l'infection se tire des signes suivants: état de la peau, de l'os, abondance de l'hémorragie, état général du sujet.

Lorsque la peau est largement décollée de l'os, elle est destinée à se sphaceler et la suppuration est à peu près fatale. Il en est de même lorsque la fracture est à fragments très aigus et très comminutive, ou lorsque l'épanchement sanguin ou l'hémorragie sont abondants. Pour apprécier ces lésions, on explorera le foyer avec le petit doigt et on se décidera ensuite en connaissance de cause.

Si on s'abstient, on bourrera la plaie avec une mèche au peroxyde de zinc. Si on opère, on incisera la peau, on réséquera les pointes des fragments aigus, on enlèvera les fragments détachés, on bourrera avec des mèches au peroxyde; on maintiendra les os par la suture osseuse. L'intervention en question n'est pas d'une urgence absolue et on peut sans inconvénient la remettre au lendemain ou au surlendemain, à la condition de faire immédiatement un pansement propre avec drainage du foyer.

2° *Lorsque le fragment supérieur est saillant mais réductible*, il convient, s'il est très aigu, d'en réséquer la pointe; s'il est peu offensif, on se contentera de le gratter à la curette pour en détacher les souillures. On interviendra davantage si l'exploration au doigt fait prévoir l'infection probable du foyer.

3° *Si le fragment supérieur est irréductible*, cela peut tenir à l'étroitesse de la boutonnière cutanée, ou bien à l'existence d'un pont de périoste signalé par Delanglade, ou bien encore à l'obliquité des fragments actionnés par la tonicité musculaire.

L'incision permet de supprimer la plupart des causes d'irréductibilité, en agrandissant la plaie cutanée, en tournant l'obstacle du pont périostique, en réséquant la pointe des fragments, dont une au moins est fortement infectée. On profitera de l'incision pour enlever les esquilles, régulariser et suturer les fragments, tamponner la plaie.

Malheureusement il arrive souvent que la suture est impuissante à empêcher le chevauchement. Elle le diminue pendant quelques jours puis elle casse, ou bien elle coupe l'os, et le chevauchement reparaît.

Sur un de mes malades j'ai eu à lutter contre l'irréductibilité, rebelle, malgré la section du tendon d'Achille et la suture osseuse. J'en suis venu à bout par l'artifice suivant. J'ai placé une branche de ciseaux désarticulés à la surface de chaque fragment: leur pointe était engagée dans les orifices pratiqués pour la suture osseuse.

Passant alors une bande de gaze dans les anneaux de chaque branche de ciseaux, j'ai tiré les fragments en dehors en fixant la bande en question autour de l'appareil plâtré.

Si ce moyen avait échoué je comptais recourir à l'excellent appareil d'Hennequin à extension continue. Cet appareil n'a qu'un défaut, d'être coûteux, et d'être difficile à appliquer.

III. PLAIE LARGE AVEC CONTUSION DES PARTIES MOLLES. — Les fractures compliquées avec larges plaies sont ordinairement produites par des roues de voiture ou autres corps contondants. Elles s'accompagnent de sphacèle des parties molles, de fractures comminutives, de déchirures vasculaires avec hémorragies abondantes.

Il est classique depuis les travaux de Volkmann de prescrire l'incision large, la résection des fragments, le lavage de la plaie et le drainage multiple.

C'est en effet la seule conduite à tenir en pré-

sence de l'infection fatale qu'il vaut mieux tuer dans l'œuf que laisser se développer.

Je vous conseille de conduire l'intervention de la façon suivante :

Anesthésie lombaire à la stovaïne.

Rasage, savonnage, lavage du membre à l'alcool.

Incisions en H, au niveau du tibia.

Le membre est plié à angle droit au niveau du foyer de fracture, on enlève les esquilles mobiles, mais on respecte soigneusement les gros fragments adhérents aux parties molles. Les fragments supérieurs et inférieurs taillés en biseau sont débarrassés de leur périoste à la rugine puis réséqués. Les artères et veines saignantes sont liées, on enlève les caillots, on excise les muscles hachés. On fait la suture osseuse au fil d'argent ou à la soie.

On bourre les décollements avec de la gaze peroxydée, on suture la peau en ménageant le passage des mèches.

Je répète une dernière fois que les interventions précoces ne sont pas obligatoires dès le premier jour, on peut les remettre au lendemain ou au surlendemain à la condition de faire un premier pansement convenable.

Enfin, recommandation très importante, on injectera systématiquement du sérum antitétanique à toutes les fractures compliquées ; on mettra les rachitiques, les albuminiques et les alcooliques au régime qui leur convient.

En général les sujets jeunes et non diathésiques dont les parties molles ne sont pas gravement atteintes guérissent facilement. Les autres présentent de la gangrène ou de la suppuration qui envahit les gaines tendineuses, les loges postérieures de la jambe; quand les choses prennent mauvaise tournure il faut se hâter d'amputer, nous dirons plus loin de quelle façon.

IV. Plaie avec grands désordres des parties molles. — Ici la fracture est peu de chose, la mortification de la peau, des muscles et des vaisseaux domine la scène, et c'est d'elle que dépend la vie du membre et celle du blessé. La plaie favorise l'infection, c'est entendu, mais celle-ci se produirait presque aussi bien sans plaie puisque les tissus sont destinés à se sphaceler.

En pareil cas se pose la question d'amputation.

L'académie de chirurgie au XVIIIe siècle, et les chirurgiens militaires des guerres de l'Empire, constatant la gravité des amputations en période inflammatoire, conseillaient soit l'amputation immédiate, soit l'amputation très relardée.

Reclus s'est élevé avec juste raison contre les inconvénients de l'amputation immédiate.

Il admet et j'admets avec lui qu'on ne doit jamais faire d'amputation immédiate ; on peut seulement donner un coup de ciseaux pour achever de libérer un membre presque entièrement sectionné, ainsi que je l'ai fait chez un de mes malades de Broussais.

L'amputation immédiate présente des inconvénients considérables :

1° Elle est très grave à cause de l'état de shock des sujets.

2° Elle sacrifie une longueur excessive de membre. En effet les lésions des parties molles remontent ordinairement très haut, ce qui nécessite une amputation élevée (amputation de cuisse), qui souvent suppure à cause de la vitalité amoindrie dont tout le membre est frappé. Or il y a une différence considérable dans les fonctions de l'amputé de cuisse et celles de l'amputé de jambe ; autant ce dernier marche facilement autant l'autre se traîne péniblement.

3° Elle sacrifie souvent des membres qu'on pourrait garder.

4° Elle est plus grave que l'amputation secondaire, car nous savons maintenant éviter les infections graves qui compromettaient autrefois le succès.

Voici à mon avis la marche à suivre dans ces fractures avec broiements.

D'abord réchauffer le malade avec des boules, du sérum dans les veines, de la caféine, de l'alcool.

Ensuite faire la toilette du membre. Sans nouvelle incision enlever les esquilles avec le doigt, la curette ou la pince et bourrer à la gaze au peroxyde pour l'hémostase. N'inciser que pour lier un gros vaisseau. Pansement aseptique dans une gouttière ou sous un pansement ouaté de Guérin.

J'ai soigné de cette façon 5 écrasements de jambe dans le cours de ces dernières années, ils ont tous guéri et ils ont perdu seulement une partie de la jambe, tandis que l'amputation immédiate leur aurait sectionné la cuisse.

On attendra ensuite en surveillant l'état général du sujet.

Trois éventualités peuvent se présenter :

1° Gangrène du membre sans infection ;

2° Gangrène avec infection ;

3° Suppuration.

Dans les deux premiers cas on amputera dans le foyer de fracture, et plus tard on régularisera le moignon. C'est ainsi que j'ai fait pour la jambe de mon malade de Broussais.

Examinons maintenant la conduite à tenir en cas de suppuration.

V. Infection réalisée du foyer de fracture. — La fracture date de plusieurs jours, et le foyer s'est infecté, quel qu'ait été le traitement. Autant l'intervention du premier jour devait être parcimonieuse, autant l'intervention secondaire doit être large. C'est ce que j'ai fait sur un de mes malades qui présenta de la suppuration du foyer, de la gangrène de la peau et des muscles et du phlegmon diffus gangréneux sous-cutané. Je débridai largement la plaie, j'excisai la peau gangrenée, j'enlevai les muscles sphacelés, je réséquai la pointe des fragments taillés en biseau, et j'enlevai deux grandes esquilles s'étendant jusque dans l'articulation tibio-tarsienne (fracture en V de Gosselin), je saupoudrai de peroxyde de zinc et tamponnai à la gaze peroxydée ; le membre fut mis dans une gouttière et pansé très rarement. La guérison eut lieu avec un membre utile.

Conclusions. — 1° *Dans les plaies punctiformes* on se contentera de désinfecter le membre et d'immobiliser.

2° *Dans les plaies petites*, explorer le foyer avec le

doigt, et lorsque la peau est décollée, la fracture comminutive, les fragments aigus, l'hémorragie abondante, on interviendra, mais en respectant les esquilles adhérentes. On s'abstiendra si les lésions sont peu graves.

3° *Dans les plaies larges* sans lésions graves des parties molles, inciser et régulariser le foyer économiquement. Toutes les interventions précoces peuvent être remises au deuxième ou troisième jour à la condition de faire un premier pansement convenable.

4° *Plaies avec broiement des parties molles.* — Jamais d'amputations immédiates, enlever les esquilles par la plaie, et la bourrer au peroxyde...

Lorsque la gangrène ou la suppuration ont rendu la conservation impossible, amputer en plein foyer, et régulariser plus tard le moignon.

5° *Fractures compliquées infectées.* — Intervention très large, enlever même les gros éclats, réséquer les fragments, contre-ouvertures, drainage.

LA TOUX DE LA TUBERCULOSE

SON TRAITEMENT RATIONNEL

PAR

LE CHLORHYDRATE D'ÉTHYLNARCÉINE (NARCYL)

Par le docteur Joseph NOÉ,

Chef adj[t] de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris.

Origines. — La toux constitue un phénomène réflexe, ayant son point de départ dans plusieurs zones de l'économie, mais reconnaissant toujours pour cause l'irritation d'une surface sensible.

Si l'irritation porte sur les voies respiratoires proprement dites, la toux revêt un caractère bien net; elle est bruyante et prolongée, et répond à ce qu'on désigne sous le nom de *toux grasse*. C'est cette forme de toux qui traduit un mécanisme défensif et qu'à ce titre on peut considérer comme salutaire, au moins dans une certaine mesure.

Cette toux catarrhale simple peut se présenter au début de la tuberculose, lorsque dominent les phénomènes bronchitiques. Mais elle ne tarde pas à faire place à la *toux tuberculeuse* proprement dite, qui procède d'une origine plus profonde.

C'est toujours dans l'irritation des filets terminaux du pneumogastrique qu'il faut en chercher la cause, mais l'irritation est provoquée soit par les nodules crus tuberculeux (première période de la maladie), soit par les produits d'exsudation et de désagrégation du tissu pulmonaire (deuxième et troisième périodes). Il s'agit en somme de processus chroniques dont la marche et la localisation spéciales expliquent bien les caractères de la toux tuberculeuse (toux sèche, brève, saccadée, quinteuse et convulsive). Cette toux est persistante, tenace et aboutit à l'expulsion de crachats nummulaires, que le malade arrive péniblement à arracher.

Enfin MM. A. Mathieu et J.-Ch. Roux (1) ont récemment attiré l'attention sur la toux gastrique, laquelle est provoquée par l'ingestion des aliments et a sa source dans l'état dyspeptique, si fréquent chez le tuberculeux.

Inconvénients. — Quand un malade tousse pour cracher, et seulement pour cracher, dit M. Gaston Lyon (1), il s'agit d'une toux salutaire, il n'en est pas de même lorsque la toux est sèche, quinteuse, comme au début de la bronchite aiguë ou bien chez les tuberculeux qui toussent perpétuellement, alors qu'ils n'arrivent qu'à expulser péniblement de très rares crachats.

Donc la toux tuberculeuse est le plus souvent *inutile*, car son intensité et sa persistance sont en disproportion avec le peu d'abondance des sécrétions. Il ne s'agit plus d'un réflexe utile comme dans le cas de la présence d'un corps étranger dans les voies respiratoires, ou susceptible de devenir efficace, comme dans le cas de la toux humide des laryngites et trachéites. Il s'agit d'un phénomène réactionnel pathologique, comme la lésion irritative qui l'engendre. Il importe donc de le combattre par des moyens appropriés, d'autant plus qu'il entraîne tout un cortège de conséquences nocives.

On sait en effet que la toux peut favoriser la production d'accidents graves, tels que l'hémoptysie et le pneumothorax, qu'il importe d'éviter. Mais là n'est pas son inconvénient le plus commun.

M. Sabourin a montré qu'elle ne fait qu'entretenir l'irritation, et, par suite, le besoin de tousser. Elle réalise ainsi un vrai cercle vicieux.

De plus, elle fatigue le malade, augmente ses douleurs thoraciques, trouble sa tranquillité et surtout elle le prive du sommeil réparateur qui constitue un des moyens de résistance le plus efficace. Or la guérison du tuberculeux exige qu'on ménage avant tout l'état général.

Enfin, l'on ne doit pas oublier que la toux tuberculeuse peut devenir émétisante, c'est-à-dire provoquer le vomissement. Elle constitue alors un symptôme très grave, susceptible d'assombrir le pronostic. En tous cas, elle apporte une sérieuse entrave aux fonctions stomacales et ne fait qu'aggraver l'état dyspeptique.

Traitement rationnel. — Nous venons de voir que la toux tuberculeuse est non seulement inutile, mais encore nuisible. Ne serait-ce qu'au point de vue moral, il serait donc logique de la combattre. Mais de plus, en agissant ainsi, on pallie à de nombreux inconvénients, on modifie l'état local, on procure le bien-être et relève la vitalité qui est la source de la résistance.

Méthodes physiques. — Quelles sont actuellement les ressources de la thérapeutique au point de vue du traitement? Des moyens physiques ont été proposés, mais ils sont aléatoires et le médecin ne peut compter sur eux, pas plus qu'ils ne peuvent satisfaire le malade. Parmi ces moyens, nous citerons en premier lieu la discipline de la toux qui consiste tout simplement à agir sur la volonté du malade et à le

(1) A. Mathieu et J.-Ch. Roux. *Gaz. des hôpit.*, 1903.

(1) Gaston Lyon. *Traité de clinique thérapeutique.*

convaincre qu'il ne doit tousser que pour cracher. Lalesque recommande « de fermer la bouche doucement, sans contraction, et, par la voie nasale de faire une série d'inspirations lentes, calmes, profondes, qui ne devront cesser qu'avec la sensation laryngée elle-même ».

M. Balvay (1) conseille l'hydrothérapie soit sous forme de grands bains tièdes, soit sous forme de douches tièdes progressivement refroidies.

Tous ces moyens ne constituent que des palliatifs dont les malades ne tardent pas à se rebuter. Le traitement de la toux exige l'emploi de médicaments ayant pour effet de modérer l'hyperexcitabilité réflexe du pneumogastrique ; et il sera d'autant plus rationnel que les médicaments agiront davantage dans ce sens, sans porter atteinte aux fonctions générales de l'économie.

Traitement médicamenteux. — Les opiacés, la morphine et ses dérivés peuvent-ils remplir ce but? Non, car leur usage régulier est nuisible dans des affections de longue durée où le malade est exposé à racheter, par de sérieux inconvénients, le sentiment passager d'euphorie qui en résulte.

On connaît, en effet, leurs effets fâcheux sur le système nerveux : malaises divers, vertiges, hébétude, apathie, etc., et surtout sur l'appareil digestif : anorexie, atonie gastrique, nausées, vomissements, constipation. On sait aussi que les opiacés sont des anexosmotiques tarissant les sécrétions, et, par conséquent, susceptibles de favoriser l'encombrement des bronches.

Au contraire, le narcyl ou chlorhydrate d'éthylnarcéine constitue un agent précieux, car il jouit d'une électivité efficace à l'égard de l'hyperexcitabilité du pneumogastrique. MM. Pouchet et Chevalier (2) en ont donné la preuve expérimentale directe, et la clinique confirme de plus en plus leur opinion.

Tout récemment encore, M. Numa Garimond (3), dans une thèse consciencieuse, a relaté un certain nombre d'observations aux diverses périodes de la tuberculose. Nous nous contenterons de résumer les principaux résultats auxquels l'ont conduit ses recherches.

Symptôme toux. — « Le narcyl possède une action manifeste sur la toux quinteuse : celle-ci diminue et finit par disparaître d'une façon complète. Les quintes de toux s'accompagnant toujours d'une certaine oppression, les malades accusent, avec leur disparition, une sensation générale de mieux être. La toux ordinaire, par secousses isolées, diminue d'une manière notable en fréquence et en intensité.

Expectoration. — Il faut dépasser la dose de 0g12 de narcyl par jour pour ne constater qu'une légère diminution de l'expectoration. Or, la dose efficace pour la sédation de la toux est inférieure à cette dernière.

Symptôme douleur. — L'influence du narcyl sur les douleurs thoraciques qui font habituellement partie du cortège symptomatique de la tuberculose pulmonaire permet d'établir la valeur analgésique relative du médicament. Le symptôme douleur s'atténue, disparaît même, mais avec une certaine lenteur.

Appareil digestif. — Le narcyl n'exerce aucune influence fâcheuse sur l'appareil digestif et administré sous forme de sirop et granules il n'a jamais produit la moindre nausée. Bien plus, il apaise l'hyperexcitabilité de l'estomac (disparition des vomissements), en même temps qu'il atténue ou fait même disparaître la douleur gastrique si fréquente chez les tuberculeux.

Quant à l'action anexosmotique de cette substance sur les sécrétions intestinales, elle est certainement bien faible si elle existe. Nos malades ont toujours présenté des selles régulières, suivant leur habitude; nous n'avons pas observé de constipation consécutive; de plus, son usage n'a point empêché des crises de diarrhée de survenir et de se prolonger. »

Système nerveux. — Le narcyl ne se comporte pas comme un somnifère; il paraît simplement posséder une action de sédation sur les centres nerveux. L'auteur pense que « l'insomnie diminue surtout secondairement par suite de l'atténuation de la toux ».

Fonctions urinaires. — Le narcyl ne diminue pas la sécrétion urinaire. La fonction reste normale; les malades soumis à son influence n'ont jamais accusé de ténesme vésical.

Il s'élimine normalement par l'émonctoire rénal.

Peau. — L'auteur n'a jamais eu à noter le moindre prurit ou exanthème. Les transpirations nocturnes n'ont pas été influencées.

Autres appareils. — Pas de modifications des organes des sens, de la fréquence du pouls et des mouvements respiratoires, de la tension sanguine, de la température.

En résumé, à la suite de nombreuses observations soigneusement recueillies, M. Numa Garimond est amené à la conclusion suivante :

« Dépourvu des nombreux inconvénients qui accompagnent la médication opiacée, le narcyl est appelé dans la tuberculose pulmonaire à rendre d'excellents services comme sédatif de la toux. » On ne peut mieux justifier l'emploi systématique de ce précieux médicament dans la thérapeutique rationnelle du tuberculeux.

Posologie du narcyl. — La dose efficace de narcyl, au point de vue de la sédation de la toux, oscille généralement aux environs de 10 centigrammes par jour. Néanmoins, au début de la tuberculose, chez les malades présentant des lésions congestives plus accusées, il m'a paru que cette dose devait être élevée. Au contraire, dans la troisième période, des doses inférieures suffisent pour obtenir le résultat cherché.

D'autre part, quelle que soit la période, il importe de tenir compte de la susceptibilité plus ou moins grande du malade. C'est là une condition qu'il n'est pas facile de prévoir. Aussi faut-il procéder par tâtonnements, et quant à nous, nous conseillons la méthode graduelle suivante :

La dose de narcyl qu'on doit administrer par jour varie entre 0g06 et 0g18.

(1) Balvay. Th. de Lyon, 1903.

(2) Pouchet et Chevalier. Etude pharmacodynamique du narcyl, Soc. de thérap., 23 nov. 1904.

(3) Numa Garimond. *Contribution à l'étude du narcyl. De ses effets chez les tuberculeux,* Th. de Montpellier, 4 mars 1905.

Le sirop de narcyl étant titré à raison de 0g03 par cuillerée à bouche, on en donnera donc deux à six cuillerées à bouche par jour.

Les granules étant titrées à raison de 0g02 par granule, on en prescrira trois à neuf par jour.

On commencera par la dose inférieure et on augmentera progressivement jusqu'à ce que la toux soit suffisamment calmée. La dose réellement efficace étant ainsi déterminée on la maintiendra quelques jours et on ira ensuite en diminuant jusqu'à la dose efficace minima.

Chez les enfants, voici quelles sont les doses à prescrire :

De 2 à 4 ans... 1 à 3 cuillerées à café de sirop.
De 4 à 7 ans... 4 à 5 —
De 7 à 12 ans.. 1 à 2 cuillerées à bouche de sirop.
Et 15 ans..... 2 à 3 —

Toux émétisante. — Dans le cas de toux émétisante, on prescrira en même temps soit l'eau bromoformée (à 2g5 p. 1000) suivant le conseil de M. Mathieu, soit le menthol, recommandé par MM. Mathieu et Despiney, à la dose de 0g05 à 0g20, soit l'eau chloroformée, particulièrement vantée par M. Monisset, soit mieux encore la potion suivante [J. Noé (1)] :

Menthol..................	0g10 centigr.
Alcool, pour dissoudre...	0g50 centigr.
Sirop de belladone.......	20 grammes.
Eau chloroformée saturée.	100 —

à prendre par cuillerées à café, de quart d'heure en quart d'heure, quelques moments avant la crise habituelle.

(1) J. Noé. *La toux, son traitement rationnel*, Masson, 1905.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 1er MAI 1905)

Sur l'action de l'acide formique dans les maladies à tremblements, par M. E. Clément. — Les expériences de M. Clément lui ont montré qu'aucun médicament, même l'ayoscyamine, n'agit d'une manière aussi nette sur les tremblements que l'acide formique.

L'auteur n'ose encore rien affirmer de l'action de cet agent dans la maladie de Parkinson. Il y a lieu, pense-t-il, d'espérer qu'il donnera des résultats favorables dans la chorée ou dans certaines formes de chorée.

Variations de la pression osmotique dans le muscle par la contraction, par M. Stéphane Leduc.

Sur une combinaison fluorée de la méthémoglobine, par MM. Ville et Derrien.

— La Commission chargée de juger le concours des prix Montyon (physiologie expérimentale), Philipeaux, Lallemand, Pourat pour 1905 est composée de MM. d'Arsonval, Chauveau, Bouchard, Laveran, Roux, Giard et Dastre.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 5 MAI 1905)

Puérilisme mental dans la fièvre typhoïde. — M. Achard appelle l'attention sur certains troubles psychiques qui lui paraissent assez fréquents au cours de la fièvre typhoïde et qui relèvent du puérilisme mental. Il s'agit ordinairement de troubles légers et transitoires. Les malades ont des idées enfantines, quelquefois des gestes enfantins; ils pleurent et rient pour des motifs insignifiants. C'est souvent à l'occasion du refus qui leur est fait de les laisser manger qu'ils manifestent leur puérilisme par des pleurs et des bouderies. Bien d'autres malades, soumis comme les typhiques au régime du lait et ressentant vivement la faim, réclament à manger avec tout autant de vigueur. Mais loin de pleurer comme des enfants, ils donnent des raisons, tiennent des discours et font des gestes.

Il n'est pas surprenant que la fièvre typhoïde, qui frappe le cerveau avec prédilection, compte le puérilisme parmi les troubles psychiques qu'elle engendre. L'hérédité et la prédisposition névropathiques jouent sans nul doute un rôle dans son développement.

Ce n'est pas, d'ordinaire, à la période d'état de la fièvre typhoïde, où la stupeur domine, que se constate le puérilisme mental, mais plutôt à la période de déclin. Il semble que le cerveau, en reprenant peu à peu possession de son activité, repasse par une phase infantile.

M. Siredey rapporte une observation de puérilisme consécutif à la fièvre typhoïde. Cette observation vient à l'appui du fait rapporté par M. Achard.

L'hypotension d'effort. — M. le docteur Oddo (de Marseille) est venu faire une intéressante communication sur un signe d'hyposthénie cardio-vasculaire chez les convalescents. Il a remarqué que, chez les convalescents, on peut voir, dans un certain nombre de cas, la tension artérielle baisser sous l'influence d'un effort peu intense, soit immédiatement soit après une légère hypertension passagère. Cet abaissement peut aller jusqu'à 3 ou 4 centimètres de mercure. Il est passager lui-même et disparaît au bout de cinq minutes ou plus lentement. En même temps le pouls devient le plus souvent plus rare et l'hypotension d'effort s'accompagne de bradycardie d'effort, ce qui est une infraction à la loi de Marey. Chez l'homme sain, cette hypotension survient seulement à l'occasion d'une fatigue accentuée. Il arrive parfois que cette hypotension d'effort se produit après une tension initiale normale. La tension chez le convalescent peut être instable sans être faible. Cette hypotension relève des deux facteurs cardiaque et vasculaire. Le mécanisme physiologique en est aisé à saisir. Parfois la clinique permet de reconnaître la prédominance du facteur cardiaque ou vasculaire. Il est donc intéressant chez le convalescent d'apprécier non seulement la force de la tension, mais encore la stabilité si l'on veut juger de la récupération des fonctions vasculaires.

Variole chez les enfants vaccinés. — M. Sevestre communique cinq cas de variole observés par lui sur des enfants porteurs de traces nettes de vaccine légitime.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 6 MAI 1905)

Lésions du cortex sous-jacentes à des épaississements méningés chez certains aliénés chroniques. — M. L. Marchand rappelle qu'à côté des méningites à évolution aiguë ou subaiguë, il en est d'autres qui évoluent insidieusement pendant l'enfance et même chez l'adulte, qui passent tout d'abord inaperçues et qui, plus tard, déterminent des troubles mentaux. Dans ces dernières, le cortex sous-jacent aux altérations des méninges présente des lésions arrêtées dans leur évolution, mais qui n'en ont pas moins de graves conséquences.

Sclérose névroglique limitée à la couche moléculaire, diminution de nombre et souvent disparition complète par places des fibres tangentielles, raréfaction des primitives fibrilles dans les cellules pyramidales et disparition des fines arborisa-

tions des prolongements protoplasmiques ascendants; intégrité des vaisseaux du cortex. Telle est en résumé la formule histologique des lésions du cortex. Celles-ci n'entraînent aucune lésion des faisceaux descendants.

Les lésions corticales superficielles et étendues par leur incurabilité et par leur arrêt dans leur évolution, expliquent la chronicité des troubles mentaux qui peuvent ne présenter aucune modification pendant de très nombreuses années.

La pression osmotique et les éliminations urinaires. — MM. Achard, Gaillard et Paisseau ont cherché si les altérations de l'épithélium rénal consécutives aux injections intra-veineuses de solutions hypertoniques et hypotoniques à doses massives ont une influence sur les éliminations urinaires. Pour cela, ils ont injecté des mélanges de plusieurs substances (chlorure de sodium, lactose, urée) à diverses concentrations. Avec les solutions isotoniques et hypertoniques, il est manifeste que l'urée s'élimine moins facilement que le chlorure et le lactose. Avec les solutions hypotoniques, les difficultés d'appréciation sont plus grandes, parce qu'il n'y a que très peu d'urine émise et qu'il faut des précautions particulières pour se débarrasser de l'urée sécrétée avant l'injection. Mais on reconnaît aussi que, pendant l'expérience, la courbe de l'élimination de l'urée s'abaisse au-dessous de celles du chlorure et du lactose.

Ainsi les modifications cellulaires dues aux différences de concentration (tonolyse) ne paraissent pas changer le sens général des éliminations urinaires. Mais il se peut que la tuméfaction cellulaire provoquée par les solutions hypotoniques concoure à diminuer la quantité de la sécrétion.

Sur l'obésité toxique. — MM. P. Carnot et P. Amet montrent qne l'administration prolongée de très minimes quantités de substances toxiques détermine expérimentalement chez le cobaye des augmentations de poids très considérables. Ils s'agit là d'un phénomène général que l'on réalise avec une série de poisons, les uns minéraux, comme le plomb, l'arsenic, le phosphore ; les autres organiques, comme l'alcool, la strychnine, la morphine; les autres d'origine microbienne, comme les toxines diphtérique ou tuberculeuse.

Les cobayes en expérience, précédemment en état d'équilibre, ont subi une augmentation rapide et progressive, parfois supérieure à 100 grammes par mois; ils sont arrivés ainsi en quelques mois à doubler de poids et à atteindre plus d'un kilogramme, chiffre tout à fait anormal pour le cobaye.

Ce fait est à rapprocher des cas cliniques dans lesquels l'obésité apparaît, soit après une hétéro-intoxication faible (alcool), soit après une auto-intoxication (intoxication gastro-intestinale, diabète), soit après une toxi-infection (fièvre typhoïde). Il permet d'en préciser la pathogénie et de décrire une véritable obésité toxique.

Fréquence des infections vermineuses chez les souris cancéreuses. — M. Borel a souvent constaté l'existence d'helminthes chez les souris atteintes de tumeurs malignes, d'adénosarcomes de l'aine ou de l'aisselle, simples ou multiples, atteignant parfois un très gros volume.

Il avait d'abord habituellement remarqué au centre des tumeurs des lacs sanguins et de grandes cellules vacuolaires, à protoplasma très abondant, contenant des détritus de toutes sortes et parfois des aiguilles droites ou des écailles. Ces aiguilles et ces écailles existent aussi dans des tumeurs secondaires du poumon; elles ne sont en réalité que des produits de destruction d'helminthes bien caractérisés que M. Borel a trouvés depuis dans le poumon.

Chez les souris vivantes, M. Borel, en ponctionnant les tumeurs, a pu mettre en évidence l'existence de spirilles, tantôt gros, tantôt courts et fins, apportés sans doute par des helminthes, qui proviennent évidemment du tube digestif.

Sur les propriétés pyogènes du bacille fusiforme. — Depuis que M. Vincent a appelé l'attention sur le rôle étiologique de l'infection fuso-spirillaire dans la pourriture d'hôpital, l'ulcère phagédénique des pays chauds, l'angine et la stomatite ulcéro-membraneuses, le domaine pathologique de cette symbiose microbienne s'est encore étendu. Il est actuellement démontré que le noma relève de la même infection, ainsi que certains cas de grangrène pulmonaire.

La symbiose du spirille et du bacille fusiforme possède, en outre fréquemment, des propriétés pyogènes. La plupart des suppurations fétides voisines du tube digestif renferment le bacille fusiforme. C'est qu'en effet M. Vincent a constaté la présence habituelle de ce microbe dans la bouche et l'intestin des sujets sains.

Sur 17 cas de périostite dentaire avec suppuration fétide, 7 fois celle-ci était due au bacille fusiforme ou a son alliance avec le spirille, deux fois cette symbiose était pure. Un phlegmon putride de la région sous-maxillaire, consécutif à l'évolution de la dent de sagesse, a également montré le bacille associé à des spirilles et au streptocoque.

Chez un sujet atteint de pyopneumothorax avec épanchement fétide, le pus complexe renfermait une abondante quantité de bacilles fusiformes sans spirilles.

Dans un cas d'abcès sous-cutané voisin d'un ulcère des pays chauds, l'association fuso-spirillaire a été rencontrée à l'état pur. Dans un cas de périostite suppurée analogue, le bacille fusiforme était seul et très abondant.

A côté des propriétés nécrosantes et hémorragipares du fuso-bacille, il faut donc signaler son rôle pyogène lorsqu'il se développe en anaérobiose partielle ou complète.

Expérimentalement l'inoculation du bacille aboutit, du reste, chez les animaux, tantôt à la nécrose des tissus avec production d'un ulcère fétide, tantôt à la formation d'un abcès plus ou moins étendu.

De même que le bacille du tétanos, le bacille fusiforme exige cependant, pour se développer *in vivo* et donner lieu à la gangrène, un ensemble de conditions adjuvantes telles que l'adjonction efficace d'un microbe favorisant. Cette particularité permet d'expliquer la constatation de son association si remarquable et quasi constante avec un spirille.

Zéro physiologique cutané et température normale périphérique. — Des recherches de M. Maurel, il résulte que le zéro physiologique du tronc est dans les environs de 32 et 31 degrés, celui de la partie moyenne du membre inférieur de 31 à 30 degrés et celui du pied de 30 à 28 degrés.

D'autre part en réunissant les observations de Dawy, Alvarenga, Gassot, Redard et Stewart, il trouve que pour ces mêmes régions les températures normales périphériques sont respectivement : 34°74, 33°75 et 32°45, soit une différence de 3 degrés environ avec le zéro physiologique.

M. Maurel en conclut donc que le zéro physiologique est fixé par la température normale périphérique de chacune de ces régions, en lui restant inférieure de quelques degrés, et que probablement, il en est de même des divers organes.

Sur une exotoxine typhique. — M. Lange a mis en évidence l'existence d'une exotoxine du bacille typhique en filtrant sur bougie Berkfeld l'exsudat péritonéal d'un cobaye qui avait reçu deux ou trois doses mortelles de bacille d'Eberth ; l'exsudat a été prélevé avant toute transformation du bacille. Le filtrat s'est montré très toxique pour le cobaye.

LIVRES NOUVEAUX

Atlas-manuel de technique gynécologique (1), par MM. Schaeffer, P. Segond et O. Lenoir.

Ce petit volume, très élégamment édité par la maison Baillière, présente un intérêt considérable. En effet, il est dû

(1) In-16 de 200 p., avec 26 pl. col., rel. mar. souple. Prix : 15 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

d'abord à la plume de Schaeffer, professeur à l'Université de Heidelberg, et de plus, les reproductions chromolithographiques nous viennent des illustrateurs allemands.

Mais ce n'est pas tout : la traduction française appartient à M. le professeur Segond et à son ancien interne Lenoir, et en outre (chose qui ajoute encore beaucoup à la valeur de l'ouvrage) nos auteurs français ne se contentant pas de traduire, ont eu la très heureuse idée d'ajouter au texte allemand des « notes additionnelles » claires, nettes, quelques-unes très développées, de telle sorte qu'une vive clarté en rejaillit sur l'ouvrage.

Ce travail continue la série des « atlas-manuels » publiés depuis quelques années par la maison Baillière.

Les planches en couleurs, les figures sont nombreuses, et développent bien *la technique par l'image*.

Le plan, d'une grande simplicité, consiste à classer les opérations « d'après la voie suivie pour *aborder* le plus aisément les organes malades ». P. BATIGNE.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

L'IBOGA ET L'IBOGAÏNE

La neurasthénie, les atonies nerveuses et musculaires, le surmenage, les convalescences, n'avaient jusqu'à présent qu'un nombre restreint de médicaments spéciaux. Notre thérapeutique vient de s'enrichir d'un nouvel alcaloïde, l'ibogaïne, qui donne de bons résultats dans le traitement de ces affections. C'est le principe actif de l'iboga du Congo employé par les nègres, comme stimulant ou tonifiant du système nerveux. Au point de vue physiologique, l'ibogaïne est un névrosthénique, un toni-cardiaque et un excitant de la nutrition.

On l'emploie à la dose de 1 à 3 centigr. par jour, ou sous forme de Dragées d'Ibogaïne Nyrdahl. (Deux à quatre par jour.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 15 AU 20 MAI 1905)

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 15 mai, à une heure. — 3e (2e partie). *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Roger, Desgrez et Labbé (Marcel).

2e, *Salle Pasteur* : MM. Gautier, Ch. Richet et Branca.

3e (1re partie, oral), *Salle Richet* : MM. Kirmisson, Sébileau et Potocki ; — (2e partie), *Salle Charcot* : MM. Brissaud, Déjerine et Legry ; — M. Pierre Duval, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Segond, Delens et Mauclaire ; — (2e série) : MM. Tuffier, Broca (Aug.) et Cunéo ; — (2e partie) : MM. Hayem, Teissier et Balthazard ; — M. Gosset, suppléant.

Mardi 16 mai, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Jeanselme et Maillard.

3e (1re partie, oral), *Salle Pasteur* : MM. Guyon, Demelin et Rieffel ; — (2e partie), *Salle Corvisart* : MM. G. Ballet, Vaquez et Bezançon.

4e, *Salle Charcot* (1re série) : MM. Raymond, Gilbert et Gley ; — *Salle Richet* (2e série) : MM. Chantemesse, Dupré et Richaud ; — M. Méry, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Berger, Schwartz et Auvray ; — (2e série) : MM. Pozzi, Marion et Morestin ; — (2e partie) : MM. Joffroy, Gouget et Carnot ; — M. Launois, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bar et Brindeau ; — M. Guiart, suppléant.

Mercredi 17 mai, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Déjerine et Legry.

2e, *Salle Pasteur* : MM. Gariel, Ch. Richet et Retterer.

3e (1re partie, oral), *Salle Dubois* : MM. Terrier, Lepage et Proust ; — M. Broca (André), suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* : MM. Reclus, Gosset et Rieffel ; — (2e partie) : MM. Landouzy, Teissier et Labbé (Marcel) ; — M. Balthazard, suppléant.

Jeudi 18 mai, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Chantemesse, Guiart et Richaud.

3e (1re partie, oral), *Salle Béclard* (1re série) : MM. Pozzi, Launois et Demelin ; — *Salle Broussais* (2e série) : MM. Poirier, Marion et Brindeau ; — (2e partie), *Salle Charcot* (1re série) : MM. Dieulafoy, Méry et Renon ; — *Salle Velpeau* (2e série) : MM. Hutinel, Jeanselme et Gouget.

4e, *Salle Thouret* : MM. Gilbert, Dupré et Langlois ; — M. Vaquez, suppléant.

Vendredi 19 mai, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Desgrez et Claude.

3e (2e partie, oral), *Salle Béclard* : MM. Landouzy, Roger et Macaigne.

4e, *Salle Broussais* (1re série) : MM. Hayem, Gaucher et Richaud ; — *Salle Corvisart* (2e série) : MM. Pouchet, Gley et Balthazard ; — M. Broca (André), suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Delens et Legueu ; — (2e série) : MM. Kirmisson, Tuffier et Mauclaire ; — M. Cunéo, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Wallich et Potocki ; — M. Proust, suppléant.

Samedi 20 mai, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Troisier, Bezançon et Maillard.

3e (1re partie, oral), *Salle Broussais* : MM. de Lapersonne, Thiéry et Brindeau ; — (2e partie), *Salle Béclard* : MM. Cornil, Gilbert et Guiart.

4e, *Salle Richet* : MM. G. Ballet, Vaquez et Langlois ; — M. Auvray, suppléant.

5e (chirurgie, 2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Hutinel, Dupré et Renon ; — (2e série) : MM. Chantemesse, Méry et Jeanselme ; — (3e série) : MM. Achard, Gouget et Carnot ; — M. Thiroloix, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin ; — M. Morestin, suppléant.

THÈSES

Mercredi 17 mai 1905. — M. MOUGEOT. Le bain carbogazeux artificiel ; son action physiologique, son action thérapeutique dans les cardiopathies chroniques. (MM. Pouchet, président ; Blanchard, Desgrez et Macaigne.) — M. BERTE. L'hygiène à bord des bateaux-câbles. (MM. Blanchard, président ; Pouchet, Desgrez et Macaigne.) — M. BERTIER. De l'emploi des eaux sulfureuses dans le traitement de la syphilis. (MM. Gaucher, président ; Segond, Legueu et Claude.) — M. LERNONT. Symptômes de la syphilis héréditaire sans exanthème chez les nourrissons. (MM. Gaucher, président ; Segond, Legueu et Claude.) — M. DUPIC. La luxation récidivante de la rotule et son traitement. (MM. Segond, président ; Gaucher, Legueu et Claude.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

PRATIQUE MÉDICALE

L'UTILITÉ DES ALCALINS DANS L'ALIMENTATION INFANTILE

Depuis déjà longtemps, on sait que la réaction générale des liquides et tissus de l'organisme est une réaction alcaline. Seuls, le suc gastrique, la sueur et l'urine possèdent une réaction acide. Et encore, est-il vrai d'ajouter que la sueur et l'urine sont en quelque sorte des liquides excrémentitiels, contribuant par suite à débarrasser l'économie de ses déchets. En réalité, il n'existe donc qu'un seul liquide à réaction acide : le suc gastrique.

Normalement la réaction alcaline de l'organisme est maintenue constante grâce aux sels introduits avec les aliments et, parmi eux, les sels de potasse et de soude sont les plus importants. Tandis que les sels de potasse se fixent de préférence sur les éléments solides, les sels de soude restent en solution dans les liquides de l'organisme et, sous la forme de carbonate et de bicarbonate de soude, assurent l'alcalinité du milieu intérieur dont nous venons de parler. L'utilité de cette réaction et de sa constance sont aujourd'hui choses connues et expliquées. On sait, en effet, que l'alcalinité maintient les albumines en solution, fluidifie le sang, facilite par suite les oxydations, et vient enfin neutraliser les corps à réaction acide introduits dans notre économie ou provenant soit de combustion incomplète, soit de fermentations anormales.

Il est inutile d'insister sur les merveilleux résultats obtenus par les alcalins dans cette classe si nombreuse des maladies causées, comme l'a démontré Bouchard, par un ralentissement de la nutrition.

Nous allons avoir une nouvelle preuve de leur utilité en examinant rapidement ce qui se passe en général dans l'alimentation des enfants du premier âge. Pour cela, à un point de vue très particulier, comparons l'allaitement naturel et l'allaitement artificiel, c'est-à-dire le lait de femme et le lait de vache.

Dans l'allaitement au sein, l'enfant prend un aliment préparé pour lui, de digestion facile, dans lequel le rôle des microbes est nul. Au contraire dans l'allaitement artificiel on donne un aliment de composition toute différente du précédent, renfermant entre autres le double d'albuminoïde, et qui pis est d'une matière albuminoïde de digestion difficile. Tandis que la caséine du lait de femme se coagule en petits flocons, que les diastases protéolytiques liquéfient avec facilité, la caséine du lait de vache se coagule en magma de gros flocons que les sucs digestifs n'arrivent qu'imparfaitement à solubiliser.

Examinons maintenant la réaction des deux laits considérés : l'un, le lait de femme, possède au tournesol une réaction alcaline que l'on peut évaluer environ à 0gr300 de soude par litre ; à la phtaléine il présente une réaction très légèrement acide, voisine de 0gr150 d'acidité en acide lactique par litre. Au contraire, le lait de vache est neutre au tournesol, et présente à la phtaléine, aussitôt après la traite, une réaction très nettement acide égale au moins à 1gr500 d'acide lactique par litre (soit dix fois plus que le lait de femme). Et il est nécessaire d'ajouter que nous considérons ici le lait de vache fraîchement trait. Or on sait qu'après la traite, le lait toujours ensemencé de ferments apportés par l'air, les récipients, etc., ne tarde pas à se modifier.

Parmi ces ferments, les bactéries lactiques sont les plus communes, et sous leur influence le lait voit très rapidement son acidité augmenter, une partie du lactose se transformant en acide lactique. Cette transformation lente aux basses températures est rapide en été ou à la chaleur des appartements et, en moins d'un jour, l'acidité passe avec facilité à 3 et 4 grammes d'acide lactique par litre.

On peut entrevoir les multiples inconvénients de ce qui précède, surtout dans les grandes villes où, quelle que soit la saison, la distribution du lait n'a lieu qu'une fois par jour en général.

Tout ce que nous venons de dire, nous mène à comprendre les bons résultats obtenus par l'addition au lait de vache d'une petite quantité de bicarbonate sodique. L'action bienfaisante de ce sel, dans le cas qui nous intéresse, est, hâtons-nous de le dire, depuis longtemps connue.

Nous pouvons lire en effet, dans le *Traité de thérapeutique et de matière médicale* de Trousseau et Pidoux, le passage suivant :

« Dans le service de nourrices et d'enfants à la mamelle que l'un de nous dirigeait à l'hôpital Necker, nous avions l'habitude de faire mettre dans tout le lait que l'on donnait aux enfants 0gr50 de bicarbonate de soude par litre. Cette précaution a deux avantages : celui d'abord d'empêcher le lait de se caillebotter, ce qui arrive facilement dans l'espace qui s'écoule entre la distribution du jour et celle du lendemain, et celui ensuite de neutraliser en partie la quantité considérable d'acides qui se développent dans le canal alimentaire des enfants, qui sont soumis chez eux et, quelquefois même, à l'hôpital à un détestable régime. Grâce à ces soins, la diarrhée si fatale aux petits enfants, surtout dans les établissements où ils sont réunis en grand nombre, se rencontrait moins souvent qu'ailleurs à l'hôpital Necker. »

Donc pour nous résumer : les alcalins sodiques ajoutés au lait de vache amèneront la réaction de ce produit à l'alcalinité au tournesol du lait de femme ; ils permettront la conservation du lait d'un jour à l'autre ; grâce à eux la digestion souvent si imparfaite du lait de vache deviendra presque normale et les multiples inconvénients de l'allaitement artificiel disparaîtront en grande partie.

L'addition de bicarbonate alcalin, qui en apparence paraît donc très simple, n'est pas sans présenter quelques difficultés dans la pratique, surtout entre des mains mercenaires. Aussi deux moyens devront être utilisés de préférence : l'emploi de l'*eau de Vichy* ou celui des *Comprimés-Vichy-Etat* si connus aujourd'hui.

Les *Comprimés-Vichy*, par leur faible volume et leur dosage rigoureux, atteindront on ne peut mieux le but. Indépendamment des bicarbonates alcalins, ils contiennent, comme l'eau de Vichy-Etat qui sert à les préparer, une petite proportion d'autres sels minéraux qui auront leur effet salutaire.

LA MÉDICATION CHOLAGOGUE. LES GRAINS DE VALS

La médication cholagogue, si en honneur dans la médecine traditionnelle de nos ancêtres, puis un peu délaissée par les cliniciens du XIXe siècle, a repris une vogue nouvelle pendant ces dernières années.

Cette faveur, à notre avis méritée, est due à l'introduction de nouveaux agents importés d'Amérique et qui, chose bizarre, ont été surtout préconisés au début par les médecins homœopathes.

Parmi ces substances, les unes sont déjà populaires en France, telles que la *podophylle* et le *Cascara sagrada* ; les autres ne sont connues et appréciées que par quelques rares praticiens, telle est la *Bourdaine* ou *Rhamnus Frangula*, dont l'action sur la sécrétion biliaire n'a été signalée que pendant ces dernières années.

Il importait d'associer ces diverses substances, dont les unes sont franchement purgatives et les autres simplement cholagogues ; c'est ce qui a été fait dans la préparation prescrite journellement par les médecins sous le nom de *Grains de Vals*.

Le produit utilisé dans la préparation de ces *Grains* est retiré de deux *Rhamnus* purgatifs : le *Cascara sagrada* (*Rhamnus prushiana*) et la *Bourdaine* ou *Frangule* (*Rhamnus frangula*).

Ces plantes sont traitées d'après la méthode du professeur T. L. Phipson, publiée par lui dans le *Journal de la Société des sciences médicales et naturelles* de Bruxelles.

Le produit obtenu se présente sous la forme d'une substance jaunâtre, cristalline, définie, et est employé à la dose de 25 milligrammes par pilule.

Le Podophyllin, *entièrement soluble dans l'alcool*, est retiré du *Podophyllum Peltatum* d'Amérique par un traitement à l'alcool bouillant et par un procédé spécial (le Codex indiquant le traitement à l'acool froid). La dose est de 15 milligrammes par pilule.

Cette formule montre tous les avantages que la médecine peut retirer de l'association des purgatifs et des cholagogues ; elle explique aussi le succès obtenu par ce précieux instrument thérapeutique dans les nombreuses affections de l'estomac, du foie et de l'intestin justiciables de la médication laxative et dépurative.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
L'anorexie psychasthénique, par M. J.-B. Buvat.
MÉDECINE PRATIQUE
Le traitement de l'ostéomyélite chronique par le remplissage des cavités osseuses avec la cire iodoformée.
L'anesthésie locale par injections d'eau stérilisée.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine.
IIe CONGRÈS FRANÇAIS DE CLIMATOTHÉRAPIE ET D'HYGIÈNE URBAINE
ANALYSES
Médecine : Le « pied-oscillant », signe d'aortite chronique; — Cancer buccal et péri-buccal; — *Médecine infantile :* Complications méningitiques de la fièvre typhoïde chez l'enfant; — *Chirurgie :* Myélome multiple; — Tumeurs du foie.
NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)
Cancer du pylore, symptômes et diagnostic.
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

LA RÉCEPTION DES MÉDECINS ANGLAIS. — Les médecins anglais arrivent ce soir à Paris où une délégation du comité français les recevra à la gare du Nord.

Nos confrères sont environ 200. Signalons parmi eux : sir William Broadbent, médecin du roi; M. Keogh, directeur général du service de santé de l'armée britannique; le professeur Gibson (d'Edimbourg), MM. Saundley (de Birmingham), Moynihan (de Leeds), Sirling (de Manchester), Thomson (d'Oxford).

Le programme des fêtes, que nous avons donné très en détail (voir *Gaz. des hôpit.*, n° 42, p. 502), n'a subi aucun changement.

Ce soir première réception à la Sorbonne par le Conseil de l'Université de Paris et les Amis de l'Université.

Demain jeudi soirée chez M. le professeur Bouchard. Vendredi visite à Chantilly et soirée à l'Automobile Club de France.

Samedi banquet au Grand-Hôtel.

Notons que les Anglais ne s'en tiendront pas à la visite de Paris et que dimanche matin un luxueux train spécial les emmènera à Vichy, Lyon et Evian.

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours pour trois places de chirurgien des hôpitaux.* — Première épreuve clinique :

Séance du 8 mai 1905. — MM. Mouchet, 11; Baudet, 18; Lapointe, 16.

— Un concours pour la nomination : 1° à deux places d'interne en médecine à l'hospice de Brévannes (Seine-et-Oise); 2° à une place d'interne en médecine aux fondations Chardon-Lagache et Rossini; 3° à une place d'interne en médecine au sanatorium de Hendaye (Basses-Pyrénées), pour entrer en fonctions le 1er juillet 1905, sera ouvert le lundi 19 juin 1905, à midi, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

Les candidats qui désireront concourir se feront inscrire à l'Administration centrale (service du personnel), à partir du lundi 15 mai jusqu'au samedi 3 juin, de onze heures à trois heures.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Versailles. — Un concours pour la nomination à deux places d'interne en médecine aura lieu le 18 mai 1905. Le registre d'inscription ouvert au secrétariat de l'hôpital civil sera clos le samedi 13 mai 1905.

L'ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE a réélu syndic M. Albert Robin, dont les pouvoirs expiraient, et a élu secrétaire général notre excellent confrère Granjux (du *Bulletin médical* et du *Caducée*), en remplacement de M. Marcel Baudouin, démissionnaire.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille en argent est décernée à M. le docteur Turcan (de Forcalquier).

COURS. — Le docteur Monneyrat, docteur ès sciences, ancien chef de laboratoire à la Faculté, a commencé le 1er mai à quatre heures, à la Faculté de médecine de Paris (amphithéâtre Cruveilhier), un cours libre de chimie clinique.

Il le continuera les lundis et vendredis à la même heure.

— *Psychologie médicale : Hypnotisme.* — M. le docteur Bérillon, médecin-inspecteur des asiles d'aliénés, professeur à l'École de psychologie, commencera le lundi 15 mai 1905, à cinq heures, à l'école pratique de la Faculté de médecine (amphithéâtre Cruveilhier), un cours de psychologie appliquée à la médecine. Il le continuera les jeudis et lundis suivants à cinq heures : le cours est public. Objet du cours : L'hypnotisme et la psychothérapie.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 4, avril 1905.) LERMOYEZ : Le centenaire de Manuel Garcia. — LEROUX : Recherches anatomiques et cliniques sur les altérations du spinal d'origine otique. — LE BEC : Laryngectomie totale en deux temps séparés. — THIERRY DE MARTEL : Examen et mensuration des sinus frontaux de cinquante-neuf sujets. — SARGENT, J. SNOW : Surdité catarrhale avec une étude de 400 cas chroniques. — T. BOBONE : Le pétrole dans le traitement de l'ozène.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Mai 1905.) VIBERT : Affections cardio-aortiques et accidents du travail. — KERMORGANT : Prophylaxie des maladies endémiques en Indo-Chine. — BRAULT : Contribution à l'étude de la tuberculose chez les indigènes musulmans d'Algérie.— ROSENAU et ALLAN : Désinfection dans les maladies transmissibles.

Annales médico-psychologiques.— (N° 3, mai-juin 1905.) BERNARD-LEROY : Le langage intérieur (*à suivre*). — RONGÉ : Du délire de la convalescence dans la fièvre typhoïde (*fin*). — LEMOINE et PAGE : Un cas de donromanie, ou impulsion à faire des cadeaux. — P. MOREAU (de Tours) : De la simulation des maladies mentales et nerveuses chez les enfants (*à suivre*). — P. MASOIN : Nouvelles recherches chimiques sur l'épilepsie.

Archives d'électricité médicale expérimentale et clinique. — (N° 164, 25 avril 1905.) GUILLEMINOT : L'aire cardiaque chez les tuberculeux guéris. — Ugo GAY : Le traitement des neurasthéniques à hypertension artérielle par les courants de haute fréquence, recherches expérimentales. — H. BORDIER et BONNENFANT : Action du courant galvanique à intermittences rapides sur le développement et la nutrition des animaux. — S. BERGONIÉ : Sur l'action nettement favorable des rayons X dans l'adénopathie tuberculeuse non suppurée. — Th. NOGIER : Appareil localisateur radiothérapique s'adaptant au cadre de Béclère.

Archives de médecine des enfants. — (N° 5, mai 1905.) ALLARIA : Liquide cérébro-spinal. — MONSSEAUX : Pyélonéphrite et gravelle d'origine scarlatineuse. — HAUSHALTER : Psychose transitoire chez un enfant. — COMBY et ISCH-WALL : Erythème noueux avec albuminurie. — DAUCHEZ : Syphilis cérébrale précoce.

(Voir la suite, p. 645.)

L'ANOREXIE PSYCHASTHÉNIQUE

Par le docteur J.-B. BUVAT,
Ex-interne des asiles de la Seine.

On décrit sous le nom d'anorexie l'état d'inanition dans lequel tombent les malades qui refusent les aliments. L'anorexie éveille presque toujours la notion d'hystérie; qui dit anorexique, dit anorexique hystérique, et la dénomination est devenue si précise qu'elle exclut l'anorexie si fréquente chez les mentaux de tous ordres; le même syndrome est décrit par les psychiatres sous le nom de sitiophobie. Le préjugé qui met une barrière sociale entre les mentaux aliénés et les mentaux qui passent pour ne point l'être, s'étend jusqu'à la nosographie psychiatrique, et, grâce à une riche synonymie, une nomenclature différente recouvre des faits de nature à peu près identique; il y a des différences cliniques notables entre l'anorexique hystérique et les sitiophobes mentaux, mais la pathologie mentale ne procède pas plus par bonds que la nature, et il y a entre ces deux groupes de malades toute une série de cas intermédiaires sur lesquels nous voudrions attirer l'attention; ces cas mixtes, confondus suivant leur évolution tantôt avec l'anorexie hystérique, tantôt avec la sitiophobie mentale, constituent le groupe des anorexiques psychasthéniques.

Gilles de la Tourette (1) a entrevu cette catégorie d'anorexiques, mais il les classe parmi les aliénés : « Il est des aliénés, dit-il, qui refusent systématiquement tous les aliments qu'on leur présente et qui, eux aussi, tombent dans l'état d'inanition qui survient en somme chez tous ceux qui sont privés d'aliments. Si l'aliéné est jeune, si c'est une femme, on pourrait penser à l'hystérie. Dans le cas où le diagnostic est hésitant, on se basera surtout sur ce fait que lorsque c'est l'aliénation qui entre en cause, le malade raisonne pour ainsi dire son refus avec cette logique aussi implacable que fausse si particulière aux aliénés. Au contraire, l'hystérique ne fournit pour expliquer son obstination que des raisons qu'elle ne se donne même pas la peine de rendre plausibles, quand toutefois elle consent à sortir de son mutisme. De plus, l'anorexie symptomatique de l'aliénation procède souvent par accès et récidive presque toujours... »

Gilles de la Tourette a bien vu, dans la forme à rechute de l'anorexie « des aliénés », un caractère clinique distinctif de l'anorexie hystérique pure, mais l' « anorexie symptomatique de l'aliénation », telle qu'il la comprendrait, renferme les cas les plus disparates : le sitiophobe mélancolique qui refuse de s'alimenter parce qu'il est indigne, le sitiophobe mélancolique négateur qui ne mange plus parce qu'il n'a plus d'organe ou qu'il est immortel, le sitiophobe persécuté qui refuse la nourriture par crainte d'empoisonnement, le sitiophobe atteint de confusion mentale qui, en proie à un délire de rêve, n'a plus conscience ni du temps ni des lieux et est étranger à tout, le sitiophobe paralytique général qui obéit temporairement à une idée délirante de négation, de persécution ou de grandeur. Ce n'est certainement pas à ces malades que Gilles de la Tourette faisait allusion, sinon il n'aurait dit : « Si l'aliéné est jeune, si c'est une femme, on pourrait penser à l'hystérie. » Il avait en vue ces malades phobiques, obsédés, impulsifs, scrupuleux, angoissés, douteurs, que Raymond et Janet ont réunis depuis sous l'épithète de psychasthéniques, que Magnan a décrits jadis sous l'étiquettte de dégénérés.

(1) Gilles de la Tourette. *Hystérie paroxystique*, t. II, p. 294.

Le professeur Raymond a du reste publié (1) une observation d'anorexie chez une psychasthénique et a mis en relief les différences cliniques qui séparent cette « anorexie mentale », comme il l'appelle, de l'anorexie hystérique pure. Il insiste sur ce fait que sa malade ne présente pas d'anesthésie épigastrique, ni du ventre, ni du pharynx, et que cela doit toujours faire hésiter à prononcer le mot d'anorexie hystérique. « La malade ne mange pas en vertu de préoccupations particulières; elle dit : Pourquoi manger? à quoi bon vivre? qu'est-ce que je fais sur la terre? Elle a été sur le point de prononcer des vœux religieux, elle a la honte du corps; à quatorze ans, elle était honteuse de manger en public, cela a été l'origine de son anorexie; elle commença par ne plus vouloir aller dîner en ville, puis par être gênée à la table de ses parents, puis elle n'a plus voulu manger, inventant toute sorte de prétextes pour justifier son abstinence...; elle aurait voulu rester enfant, ne pas grandir; elle était une aboulique, elle reculait devant la vie, elle est une mentale, une débile. » Le professeur Raymond ajoute qu'il est important, au point de vue clinique, de distinguer l'anorexie hystérique et l'anorexie mentale.

Nous avons observé en ces trois dernières années, et suivi, cinq anorexiques psychasthéniques. C'est en nous basant sur ces cinq observations et sur celle du professeur Raymond que nous essaierons de mettre en relief les caractères distinctifs de l'anorexie hystérique et de l'anorexie psychasthénique. Nous rappellerons tout d'abord dans ses grandes lignes le schéma de l'anorexie hystérique.

Gilles de la Tourette, Sollier étudient l'anorexie primitive et l'anorexie secondaire.

L'anorexie primitive a pour cause, d'après Sollier, un trouble, une perte le plus souvent complète de la sensibilité de l'estomac, la perte de la sensibilité organique se manifeste à la périphérie par une zone d'anesthésie épigastrique, suivant ainsi la loi qui régit les anesthésies hystériques que toute zone d'anesthésie superficielle recouvre des territoires organiques anesthésiés. Ce trouble de la sensibilité gastrique s'accompagne de la disparition de la sensation de faim. Cette anorexie peut survenir brusquement à la suite d'un choc traumatique ou moral : la perte de la sensibilité entraîne la diminution des aliments dans un certain ordre, le pain disparaît le premier, les autres aliments sont éliminés peu à peu, ainsi que les liquides, la ration alimentaire est bientôt réduite

(1) Raymond. *Journ. de méd. int.*, 1er sept. 1902, et *Revue neurol.*, 1903, p. 277.

à presque rien ; la malade conserve encore assez longtemps un état général satisfaisant, elle maigrit, mais elle fait illusion à son entourage grâce à une activité inaccoutumée jusqu'au jour où sa cachexie d'inanition la condamne au repos absolu après lui avoir fait perdre jusqu'à 40 livres de son poids et entraîné de tels désordres qu'une intervention énergique peut seule l'arracher à la mort.

L'anorexie hystérique primitive se présente souvent comme une forme mono-symptomatique de la névrose et survient chez les jeunes sujets, elle n'est jamais une détermination profonde et tenace de la psycho-névrose ; l'estomac est souvent le premier organe qui manifeste l'hystérie ; l'anorexie primitive guérie ne récidive pas.

L'anorexie secondaire hystérique est assez différente cliniquement de la précédente, son évolution n'est pas tout à fait la même, c'est déjà une forme à rechute, elle est symptomatique d'une hystérie plus profonde, plus généralisée, elle survient chez des sujets plus âgés. Elle est liée soit à des troubles spasmodiques et anesthésiques pharyngo-œsophagiens qui par l'entrave qu'ils apportent à la déglutition font diminuer de plus en plus la quantité d'aliments ingérés, soit à des troubles analogues du cardia ou du pylore qui entraînent les grands vomissements hystériques accompagnés d'inanition rapide, d'hyperchlorhydrie et souvent d'ulcère ; mais l'hystérie dans ces cas frappe encore d'autres territoires, nous sommes ici en pleine grande hystérie avec insomnie, vigilambulisme, troubles de toute nature ; il faut agir avec autant d'énergie et de la même manière qu'avec les anorexiques primitives, c'est-à-dire isoler la malade et l'alimenter quand même, et quand l'anorexie est écartée recourir longtemps au traitement général de l'hystérie.

Dans l'hystérie le trouble psychique repose toujours sur un substratum vaso-moteur et cénesthésique, ce substratum s'objective cliniquement sous forme d'anesthésie et de spasme ; dans la psychasthénie il existe, mais il est moins en relief ; le processus morbide se déroule sous le masque de la phobie, de l'obsession, de l'impulsion, du doute, de l'aboulie, de l'angoisse. Les cliniciens et les psychologues admettent tous dans la genèse de ces symptômes l'influence des troubles cénesthésiques et vaso-moteurs. C'est l'opinion de Séglas (1), de Pitres et Régis (2). P. Janet (3) admet, tout en restreignant sa part d'influence, la présence de ce trouble de la sensibilité chez les psychasthéniques obsédés : « Nous n'avons rencontré, dit-il, de troubles appréciables de la sensibilité que dans un petit nombre de cas, et encore ces troubles portent-ils presque exclusivement sur la sensibilité à la douleur et dépendent-ils étroitement du degré de l'attention. »

Quoi qu'il en soit, si, au point de vue pathogénique, le trouble vaso-moteur et cénesthésique commande le processus psychasthénique comme il commande le processus hystérique, en clinique les troubles de la sensibilité, les spasmes sont moins nets, plus fugaces et parfois manquent ; mais d'autres signes permettront, en présence d'un anorexique, de le classer soit parmi les hystériques soit parmi les psychasthéniques, c'est d'une part l'anamnèse, d'autre part l'habitus extérieur du malade.

La psychasthénie est une affection constitutionnelle, elle embrasse dans son cadre l'ancienne neurasthénie constitutionnelle des auteurs ; l'anorexique psychasthénique a traversé depuis son passé le plus lointain, presque depuis la deuxième enfance, des crises phobiques obsédantes et parfois impulsives, la puberté en a été le plus souvent témoin ; ces crises ont revêtu les aspects les plus divers, car les phobies et les obsessions peuvent varier à l'infini ; ces crises se succèdent de loin en loin, séparées par des intervalles de santé à peu près parfaite, sans se ressembler ; elles ont un caractère commun, elles s'accompagnent dans leur évolution d'un état de dépression mélancolique à peu près constant et de phénomènes d'angoisse. Dans un accès les phobies, les obsessions peuvent n'être que d'ordre purement intellectuel, ce sont des manies, des ruminations, des interrogations, des scrupules ; dans l'accès suivant elles peuvent n'être que d'ordre physique et le malade est un phobique obsédé hypocondriaque, celui-là fera de l'anorexie si sa phobie-obsession porte sur l'estomac ; mais avant que l'anorexie ne se développe chez le psychasthénique, la phobie-obsession apparaît, on la retrouve toujours, le malade en est très conscient, à l'inverse de l'hystérique qui, perdant sa sensibilité peu à peu depuis l'incident initial qui l'a traumatisé moralement ou physiquement, ne peut donner de raisons plausibles, et mange de moins en moins sans s'en apercevoir, ce que Gilles de la Tourette exprimait d'une façon tranchée en disant que dans le premier cas « le malade raisonne son refus avec une logique aussi implacable que fausse, tandis que l'hystérique ne fournit pour expliquer son obstination que des raisons, qu'elle ne se donne même pas la peine de rendre plausibles »... et pour cause puisque elle ne se rend pas compte de ce qui se passe.

Dès le début l'hystérique est insouciant, glisse sans s'en douter, en souriant pour ainsi dire, vers la cachexie, repousse toute idée de maladie, refuse les aliments tout en se donnant l'air de les accepter ; le psychasthénique est triste, préoccupé, parfois angoissé, catégorique et obstiné dans son refus toujours motivé ; le premier garde le souci des formes extérieures, il ne néglige rien pour séduire et tromper son entourage, sa tenue est irréprochable ; le second devient le mélancolique à qui rien n'est plus, replié sur lui-même, indifférent à tout ce qui n'est pas sa phobie-obsession, il se néglige, se laisse aller, se terre dans son coin. Il va consulter successivement plusieurs médecins, accuse des douleurs stomacales ou abdominales, se dit un dilaté, se plie aux différents régimes qu'on lui prescrit jusqu'au jour où il s'en forge un lui-même, perdant peu à peu son poids et ses forces, il parvient à la période d'état de sa crise anorexique par bonds successifs avec des intermittences, et il garde toujours au plus

(1) Séglas. *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, p. 131.
(2) Pitres et Régis. *Obsessions et impulsions*.
(3) Janet. *Les obsessions et la psychasthénie*, p. 328.

fort de son inanition une alimentation très réduite mais bizarrement composée, à l'inverse de l'hystérique qui réduit progressivement et sans tapage toute sa ration alimentaire en proscrivant d'abord le pain, les boissons, les viandes, les farineux pour ne conserver que quelques crudités vinaigrées et le sucre qu'il absorbe à forte dose. Il est curieux que les hystériques aillent d'instinct au sucre qui sous faible volume a un pouvoir alimentaire élevé.

A la période d'état, la dépression physique est très marquée chez les deux malades, mais la dépression mentale existe surtout chez le psychasthénique; l'hystérique est un infantile obstiné qui, contraint par une main ferme, se résigne à s'alimenter, le plus souvent il ne sait plus mastiquer, il faut faire sa rééducation motrice, il mangera lentement, et il faudra se garder de le sonder; mais sa résignation n'est qu'apparente, il cherchera à déjouer la surveillance, vomira s'il n'est gardé à vue durant des semaines; alimenté et surveillé il change d'aspect à vue d'œil, son poids s'élève avec rapidité, il gagne 5 à 6 livres par semaine.

Le psychasthénique obsédé-hypocondriaque (celui chez qui les phénomènes sont le plus accusés) voit arriver l'heure du repas avec angoisse, sa dépression mentale et sa phobie-obsession s'exaspèrent à ce moment; il luttera pour ne pas laisser introduire les aliments, il serre les dents, et il faut parfois recourir à la sonde pour vaincre son obstination, il vomit jusqu'à trois et quatre fois de suite ce qu'on lui a fait prendre, il ne s'habituera pas à la sonde, car sa sensibilité naso-pharyngienne persiste à l'encontre de ce qui existe chez l'hystérique et la sonde lui est plus douloureuse que la mastication et la déglutition normales. Le repas est pris, le malade se répand en plaintes, il va étouffer, un fer rouge le ronge; l'angoisse persiste aussi longtemps que la digestion; après quelques jours, sous l'influence de l'alimentation, l'état physique se relève, le poids augmente, la langue perd cet aspect rouge et dépoli qu'elle a chez tous les inanitiés, mais l'état mental ne s'améliore pas parallèlement, la phobie-obsession, l'angoisse persistent et cela alors que le malade a déjà gagné une dizaine de livres. Chez l'hystérique l'état mental toujours peu touché apparemment renaît avec l'état physique aussi rapidement que lui, le malade revit, cherche à s'occuper, à se distraire; le psychasthénique est sur le bord du délire, l'hystérique a parfois un accident convulsif à grand tapage qui dure peu, mais ses idées restent nettes; il marche d'une façon continue et régulière sous l'influence de l'alimentation vers la guérison, il n'aspire qu'à la reprise de la vie commune; le psychasthénique guérit lentement, son état mental toujours en retard sur l'état physique revient après bien des oscillations à la normale; d'autres fois la phobie-obsession qui commandait l'anorexie, loin de s'atténuer avec l'amélioration physique, se transforme, le malade est guéri physiquement de son anorexie, mais une phase nouvelle apparaît, la phobie-obsession hypocondriaque s'est modifiée, et nous avons vu telle anorexique psychasthénique guérie de son anorexie faire consécutivement de l'obsession-suicide avec un état mélancolique qui dura un an, année pendant laquelle elle fit trois tentatives très graves, la dernière nécessita une œsophagostomie externe; cette phase disparut à son tour, la malade guérit tout à fait et put reprendre sa vie antérieure.

On ne peut, chez le psychasthénique, prévoir de façon ferme quelle évolution suivra la maladie, il faut réserver son pronostic; il y a chez lui dissociation entre l'état mental et l'état physique, ce dernier s'améliorera toujours sous l'influence d'une alimentation surveillée, l'état mental pourra s'améliorer aussi, mais plus lentement avec des rémittences.

Dans notre description nous avons pris à dessein les caractères les plus tranchés de l'anorexie psychasthénique, ceux qu'on trouve chez les obsédés hypocondriaques, mais en clinique on rencontre toute une gamme de cas plus atténués, cas qui sont en rapport avec la nuance du trouble psychologique; ce trouble, nous l'avons dit déjà, va du doute, de l'interrogation, du scrupule, de l'aboulie à la phobie, à l'obsession, à l'impulsion.

Pour faire le diagnostic de la psycho-névrose sous-jacente chez un anorexique on s'appuiera sur l'anamnèse, sur l'habitus extérieur, sur la présence ou l'absence de troubles de la sensibilité : le spasme et l'anesthésie sont l'apanage de l'hystérique. Cependant l'anesthésie peut exister chez le psychasthénique, mais elle n'est jamais très nette, elle est beaucoup moins bien délimitée; le spasme et la contraction sont aussi beaucoup plus fugaces : d'une façon générale les signes physiques périphériques prédominent chez l'hystérique, les signes mentaux chez le psychasthénique.

Il arrive parfois que les deux psycho-névroses s'associent et, dans ces cas hybrides, il est difficile de faire le départ exact de ce qui revient à l'une et de ce qui appartient à l'autre; de plus les hystériques âgés greffent presque toujours sur leurs troubles cénesthésiques des idées hypocondriaques; ces dernières se substituent peu à peu aux troubles physiques plus bruyants de la jeunesse, contractures, crises, paralysies, mais malgré cette évolution de la psycho-névrose hystérique, le diagnostic est encore possible : l'hystérique qui sur le tard devient hypocondriaque, reste toujours gai, il cause sans trêve ni répit de ses misères physiques, assaille tous les médecins successivement, mais avec un fonds d'optimisme qu'on ne trouve jamais à aucun moment chez le psychasthénique qui a et conserve toujours la réaction mélancolique.

MÉDECINE PRATIQUE

LE TRAITEMENT DE L'OSTÉOMYÉLITE CHRONIQUE PAR LE REMPLISSAGE DES CAVITÉS OSSEUSES AVEC LA CIRE IODOFORMÉE

Cette méthode de traitement, récemment proposée par Mosetig-Moorhof, a été appliquée par Elsberg (1), qui, sans obtenir d'aussi bons résultats que l'auteur, a cependant jugé la méthode digne d'emploi. Il l'a utilisée dans 4 cas d'ostéo-

(1) *Medical News*, 15 avril 1905.

myélite chronique du fémur, 3 de la hanche, 1 du cubitus : et 2 cas de tuberculose, l'un du tibia, l'autre du coude. Tous les malades avaient été opérés auparavant maintes fois par les autres procédés. Après hémostase excessivement soignée, il emploie la masse demi-solide que l'on obtient en versant la cire liquide dans un bassin d'eau stérilisée. Il remplit l'os comme un dentiste remplit une dent. Il n'emploie jamais plus de 20 p. 100 d'iodoforme dans la cire. Six fois, il eut une réunion *per primam*, sauf à l'endroit du drain. Dans 2 de ces 6 cas, il y eut élimination d'une partie de la cire, suivie de guérison rapide.

FOXTON E. GARDNER.

L'ANESTHÉSIE LOCALE PAR INJECTIONS D'EAU STÉRILISÉE

Stevens (1) a employé cette méthode pour 51 interventions se répartissant ainsi : 1 laparotomie exploratrice, 39 opérations pour hémorroïdes, 3 pour fistule anale, 2 pour fissure, 3 pour kystes sébacés et 3 pour varices. La technique est absolument pareille à celle des injections de cocaïne. L'eau tiède est la meilleure. Les avantages de la méthode sont la simplicité, l'absence de phénomènes toxiques, de nausées, de vomissements, l'innocuité absolue à l'égard du cœur, du poumon et des reins, et l'absence de douleur post-opératoire. Cependant, remarquons que dans sa laparotomie exploratrice, Stevens trouva la traction du mésentère et des pédicules ovariens douloureuse, et fut obligé de terminer par une anesthésie à l'éther. Pour les autres opérations, l'anesthésie à l'eau fut de tous points suffisante. L'eau agit probablement par simple distension des extrémités nerveuses.

FOXTON E. GARDNER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 9 MAI 1905)

Autorisation de fabriquer des sérums. — M. Roux lit un rapport sur les demandes en autorisation de fabriquer des sérums.

Hémorragie gastro-intestinale chez un nouveau-né. — M. Richelot analyse l'observation suivante adressée par M. Lop (de Marseille) : enfant né à terme en état de mort apparente, présentant une ulcération ovalaire de la voûte palatine, traitement par les frictions mercurielles et l'administration à l'intérieur de quelques cuillerées à café de liqueur de Van Swieten, hématémèse et mélæna, mort après vingt-deux jours. A l'autopsie, large perforation sur la face antérieure de l'estomac et plusieurs petites ulcérations. Se basant sur ces lésions et leur examen histologique, M. Lop conclut que la syphilis peut produire chez le nouveau-né des lésions ulcéreuses analogues à celles qu'elle produit chez l'adulte.

Utérus didelphe. — M. Richelot analyse également une intéressante observation de M. Le Bec sur un cas très rare d'utérus didelphe.

Hémato-aspiration dans la chirurgie de l'oreille. — Il s'agit là d'une méthode ingénieuse proposée par M. Laurens pour combattre les hémorragies dans le cours des opérations sur les oreilles, le nez ou le larynx. Cette méthode consiste à aspirer le sang, à mesure qu'il se produit, à l'aide d'un petit appareil aspirateur très simple.

Injections bucco-pharyngiennes. — M. Golesceanu fait ressortir l'inefficacité des gargarismes et propose de les remplacer par des grandes injections bucco-pharyngiennes. Il préconise aussi les projections de vapeur à 50 ou 60 degrés.

Polype tuberculeux de la synoviale du genou. — M. Couteaux lit une note sur un cas de polype tuberculeux de la synoviale du genou (renvoyé à l'examen de M. Lucas-Championnière).

L'observation et le jugement en chirurgie. — Tel est le titre d'un travail lu par M. Bouchet et renvoyé à l'examen de M. Guyon.

(1) *Journ. Amer. med. Assoc.*, 29 avril 1905.

IIe CONGRÈS FRANÇAIS DE CLIMATOTHÉRAPIE ET D'HYGIÈNE URBAINE

(Arcachon, 24-28 avril 1905 — Pau, 29 avril 1905)

Le Congrès qui vient de se tenir à Arcachon et à Pau pendant les vacances de Pâques a été la brillante continuation de la réunion scientifique organisée l'an dernier sur la côte d'azur.

On doit féliciter d'autant plus vivement de ce beau succès les organisateurs du Congrès, qu'ils n'ont pas fait seulement une œuvre scientifique, mais une œuvre nationale en montrant en face des déboires causés par les exagérations des sanatoriums allemands les merveilleux résultats obtenus par la cure libre sous le beau ciel de France.

C'est ce qu'ont fort bien montré dans leurs discours d'inauguration le professeur Renaut (de Lyon), président du Congrès, et M. Huchard, le créateur des congrès français de climatothérapie.

Le Congrès a commencé ses travaux par la discussion du rapport très documenté de M. F. Courty (de Bordeaux) sur la **climatologie du littoral atlantique français** (pression barométrique, température, humidité, pluie, direction des vents).

M. Bourges a étudié ensuite, dans son rapport, **la désinfection à Arcachon**. A ce propos MM. Dhourdin et Pascaud (d'Arcachon), et Calmette (de Lille) émettent le vœu qu'un bureau d'hygiène soit obligatoire dans toute station climatérique ou balnéaire, et que la désinfection des chambres d'hôtels soit obligatoire après le passage de tout malade.

Les prétuberculeux et les tuberculeux en cure forestière et marine sont l'objet d'un rapport de M. Louis Guinon (de Paris).

La cure marine, dit-il, est indiquée non seulement pour tous les prédisposés à la tuberculose, mais pour les jeunes filles atteintes de rétrécissement mitral, si souvent de souche tuberculeuse, les malades atteints de tuberculoses osseuses, ou articulaires, d'adénopathies, de péritonites tuberculeuses etc., de bronchites prolongées.

Indifféremment, on peut envoyer les prédisposés sur le littoral atlantique ou méditerranéen. Mais pour les prétuberculeux ou les tuberculeux, les indications sont déjà plus précises, et il faut les envoyer sur les plages abritées de l'Océan; s'il sont éréthiques, sujets aux congestions, à la fièvre, à l'insomnie, on prescrira Arcachon.

Les stations méditerranéennes seront réservées aux bacillaires lymphatiques, peu ou pas fébricitants, peu ou pas congestifs; Pau et Amélie-les-Bains aux grands excités; la montagne aux déprimés et aux torpides. Ce choix est d'une importance capitale, et un aiguillage intempestif vers les plages méditerranéennes, par exemple, est capable d'amener des accidents et une aggravation qui ne cède souvent ensuite qu'à grand'peine à un séjour prolongé à Arcachon ou sur toute autre plage abritée de l'Atlantique.

En ce qui concerne les modes et les procédés d'application de la cure et ses résultats, notons que c'est surtout chez les

prédisposés et les prétuberculeux que la cure marine forestière d'Arcachon fait merveille.

Le professeur X. Arnozan (de Bordeaux) insiste dans son rapport sur les **résultats de la prophylaxie antituberculeuse à Arcachon.**

M. Barbier (de Paris) étudie les **sanatoriums maritimes de la côte atlantique en France** et fait un éloquent plaidoyer en faveur de l'œuvre des sanatoriums marins.

Le dernier jour le Congrès s'est transporté à Pau où a eu lieu la clôture dans la salle des fêtes du Palais d'hiver.

M. Goudard a donné lecture de son rapport sur les **indications et contre-indications du climat de Pau.**

Dans cette très intéressante étude que nous regrettons de ne pouvoir reproduire en entier, M. Goudard étudie d'abord le climat de Pau si sédatif que son action a pu être comparée à celle du *bromure* et à celle du *chloroforme*.

Les principales indications sont : l'éréthisme sous toutes ses formes et plus spécialement la tuberculose à forme éréthique, avec poussées congestives et hémoptysies. Les bronchites chroniques, l'emphysème, les cardiopathies nerveuses, les dyspepsies à forme gastralgique, les névroses, la neurasthénie.

Le climat de Pau est contre-indiqué chez des tuberculeux torpides, arthritiques ou scrofuleux, chez ceux qui réagissent mal et dont les échanges sont diminués. Chez les asystoliques, les dyspeptiques hyposthéniques, les arthritiques, les nerveux trop déprimés, les enfants, les vieillards et les convalescents à réactions insuffisantes.

M. Barthé étudie enfin les remarquables **conditions hygiéniques de la ville de Pau.**

ANALYSES

MÉDECINE

Le « pied oscillant », signe d'aortite chronique. (Sabrazès. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 7 mai 1905.) — Dans l'insuffisance aortique avec dilatation de l'aorte, hypertension du pouls, les malades se plaignent souvent d'avoir conscience des battements artériels jusque dans les extrémités. On peut constater dans ces cas le signe suivant, qui objective et extériorise en quelque sorte ces sensations.

Les membres inférieurs chevauchant l'un sur l'autre, croisés au niveau du genou, comme pour la recherche du réflexe rotulien, on voit des oscillations se produire, parfois très marquées, visibles à distance, correspondant à la systole. Le malade bat pour ainsi dire du pied la mesure de son pouls. C'est là un phénomène équivalent au signe de Musset : chaque forte impulsion systolique tend au niveau de l'artère poplitée coudée au genou à redresser le membre qui retombe à la diastole.

Ce signe du « pied oscillant » — c'est ainsi que l'auteur propose de le désigner — est loin d'être pathognomonique. Il n'est pas rare de l'observer chez des sujets normaux, mais à tension artérielle élevée. Par contre, les aortiques en hypotension ne le présentent pas. L. Gayard.

Cancer buccal et péri-buccal. (*Boston med. and surg. Journ.*, 13 avril 1905.) — M. Cobb insiste sur la nécessité d'un diagnostic précoce dans les affections malignes de cette région. On doit envisager deux catégories distinctes : dans la première se rangent les lésions qui, bénignes en elles-mêmes, peuvent subir une dégénérescence maligne; telles sont les fissures, les ulcérations, la leucoplasie, etc. Dans la seconde figurent les maladies nettement cancéreuses. La leucoplasie mérite une attention particulière à cause de sa transformation fréquente en épithélioma, d'autant plus que cette dégénérescence peut survenir au bout d'un temps parfois très long. On doit également surveiller de très près les ulcérations, surtout lorsqu'elles siègent aux confins des plaques leucoplasiques. Les lupus et les ulcérations tuberculeuses se différencient par leur étendue et leur peu de profondeur, leurs bords irréguliers et non indurés. Lorsqu'on soupçonne la syphilis l'épreuve du traitement spécifique lève les doutes dans un délai assez bref.

Lorsque la nature cancéreuse de la lésion est reconnue, on doit conseiller une opération radicale après avoir prélevé un fragment de tissu et l'avoir fait examiner au microscope par un anatomo-pathologiste compétent. D'autre part, s'il existe un doute sérieux sur la nature de la maladie, on excise de même un fragment de tissu après anesthésie à la cocaïne; on doit avoir soin de couper assez largement, en dépassant les limites de la lésion, afin de prévenir les dangers d'une métastase et pour permettre la comparaison entre le tissu sain et le tissu malade. Une suture réunit aussitôt les lèvres de la plaie. S'il s'agit d'un cancer, on doit laisser un délai aussi court que possible entre l'examen de la pièce et l'opération.

A. Housquains.

MÉDECINE INFANTILE

Complications méningitiques de la fièvre typhoïde chez l'enfant. (Giraudet. Th. de Bordeaux, 1905; impr. du Midi.) — Les divers accidents méningitiques qui peuvent compliquer la dothiénentérie infantile sont relativement rares. Dus soit au bacille d'Eberth pur, soit à ses toxines, soit aux microbes associés, ils se manifestent par des symptômes qui rappellent tantôt ceux des méningites aiguës en général, tantôt ceux des méningites tuberculeuses, plus souvent les convulsions éclamptiques. Leur diagnostic, parfois assez difficile, sera facilité par la diazo-réaction, la fibrino-réaction et surtout la ponction lombaire. Dues habituellement à des lésions diverses : méningites purulentes, congestion simple des méninges, ces complications comportent un pronostic grave, mais non fatal. Elles seront combattues par la ponction lombaire et les bains chauds. L. Babonneix.

CHIRURGIE

Myélome multiple. (Collins. *Med. Record*, 29 avril 1905.) — Le myélome multiple est une affection rare. Trente-neuf cas seulement ont été publiés. Collins en a observé deux cas. Tous les auteurs qui ont écrit sur cette maladie s'accordent à lui donner comme symptômes les douleurs dans les os, l'émaciation progressive et l'*albumosurie* sur laquelle insistent les auteurs récents qui la considèrent comme absolument pathognomonique. L'intérêt du cas de Collins consiste dans l'absence totale de déformation osseuse quelconque pendant la vie et l'absence d'albumosurie, malgré des examens répétés pendant de longs mois pendant lesquels le malade put être suivi. Le diagnostic de myélome, hésitant pendant la vie, à cause précisément de l'absence d'albumosurie, fut établi par l'examen histologique. Foxton E. Gardner.

Tumeurs du foie. (Cullen. *Journ. Am. med. Ass.*, 22 avril 1905.) — Tout l'intérêt de l'article de Cullen réside dans son observation : Femme de trente ans, frêle, opérée le 8 janvier 1903 pour un adéno-carcinome du rein gauche. En juin 1904, accès de fièvre et développement d'une tumeur dans le flanc droit. A cause de l'état général très précaire de la malade, Cullen refuse d'opérer; mais sur les instances d'un médecin proche parent de la malade, il se ravise. Croyant à un abcès

et ne voulant pas soumettre la malade à une fistulisation purulente dont elle ne lui semblait pas capable de faire les frais, il décide d'extirper en bloc la masse avec un peu de tissu hépatique environnant. En passant les fils à ligature avant de couper, il réussit à extirper la masse entière sans perdre plus de 10 grammes de sang. Suture, drainage, amélioration considérable de l'état général. En février 1905, il n'y a pas de récidive du côté du foie, mais elle commence dans la cicatrice de la néphrectomie pratiquée deux ans auparavant. L'examen histologique a montré que la masse hépatique n'était pas un abcès, mais un adéno-carcinome de type identique à celui du rein.

FOXTON E. GARDNER.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

CANCER DU PYLORE

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

SYMPTOMATOLOGIE. — Le cancer du pylore, le plus fréquent des cancers gastriques, ne présente pas toujours la même symptomatologie. Tantôt, et c'est le cas le plus habituel, il détermine un rétrécissement plus ou moins marqué de l'orifice pylorique; tantôt, au contraire, il donne lieu à de l'insuffisance pylorique; enfin, dans d'autres cas (linite plastique), il se caractérise surtout par des symptômes d'ordre œsophagien. Aussi peut-on, modifiant légèrement la classification de M. Bard (1), décrire : 1° des formes sténosantes; 2° des formes aboutissant à l'insuffisance pylorique; 3° des formes « substituant des symptômes d'apparence œsophagienne aux symptômes pyloriques ordinaires ».

A. **Formes communes, sténosantes.** — § I. Elles donnent lieu au tableau classique de la STÉNOSE PYLORIQUE (2).

SIGNES PHYSIQUES. — *Inspection.* — Le malade étant couché sur le dos, le tronc légèrement élevé, les jambes un peu fléchies (Hayem et Lion), on peut voir : 1° *de face :* une *saillie médiane* allant de l'appendice xyphoïde à un point quelconque de l'abdomen, au-dessous de l'ombilic, effaçant le creux épigastrique; suivant que cette saillie se développe : α. en avant; β. en bas, on peut dire qu'il y a : α. dilatation simple; β. dilatation avec ptose; 2° *de profil :* une saillie épigastrique sans limites précises, dessinant à peu près la configuration de l'estomac, et surtout accusée deux à trois heures après le repas de midi.

Parfois, soit spontanément, soit sous l'influence d'une légère excitation, l'estomac se contracte : on voit alors une sorte d'*onde musculaire* (agitation péristaltique, ondulation péristaltique de Küssmaul) qui se déplace de haut en bas et de gauche à droite; accompagnée de légères douleurs, elle se termine souvent par un vomissement.

Comme signes plus rares, on peut signaler : 1. les *ondes antipéristaltiques*; 2° la *contraction en masse de l'estomac* (Cruveilhier); 3. la *tension intermittente de l'épigastre* (Bouveret) qui se tend, puis se détend, à la façon d'un ballon qu'on gonflerait et dégonflerait avec une pompe foulante et aspirante.

L'*insufflation*, parfois dangereuse, met en relief la dilatation gastrique.

La *palpation* donne surtout : 1. le *bruit de clapotage* (Bouchard) [succussion digitale de Chomel]. Normalement, l'estomac est vide de cinq à sept heures après un repas ordinaire; lorsqu'il se vide en dix heures, c'est qu'il y a atonie simple; lorsqu'il met plus de douze heures à se vider, c'est qu'il y a stase. Le clapotage, pratiqué le matin à jeun, permet donc de dire s'il y a, ou s'il n'y a pas, de liquide dans l'estomac. Pour sa recherche et ses causes d'erreur (voyez Classiques et Thaon, loc. cit.); 2. la *tension* continue ou intermittente *de la paroi stomacale*; 3. les *ondes péristaltiques*; 4. la *palpation du pylore*, pratiquée après vomissement ou cathétérisme, le malade étant couché sur le côté gauche, et venant de faire une profonde inspiration (Bouveret), indique parfois l'existence de spasmes (crampes du pylore) ou d'une tumeur de la région. Cette tumeur forme une masse irrégulière de volume variable, ou donne au contraire l'impression d'une infiltration profonde; à son niveau, la percussion donne d'habitude (mais non toujours) un son mat. Le plus souvent fixe, ne se modifiant pas par les mouvements respiratoires, la tumeur peut se continuer avec un organe voisin (foie).

La *percussion*, pratiquée légèrement au niveau de l'abdomen, fortement au niveau du thorax, décèle : 1. un *abaissement du bord inférieur* et un relèvement de la grosse tubérosité; 2. chez les grands dilatés, un *bruit de claquement*, perceptible surtout après les repas, et dû à l'existence d'une petite chambre gazeuse intra-stomacale située au niveau de l'ombilic.

Vient-on à *explorer l'estomac par la sonde*, on constate que le matin, après le jeûne de la nuit, il existe encore, dans l'estomac, des liquides contenant des résidus alimentaires (*liquides résiduels*, Hayem). La quantité de ces liquides est, d'une façon générale, d'autant plus abondante que la sténose est plus accusée. Leur aspect est celui d'une bouillie liquide, formée de débris alimentaires délayés dans un liquide acide, et se divisant par le repos en trois couches, une supérieure, spumeuse, une moyenne, filante, une inférieure, composée de fragments d'aliments ingérés quelques repas ou quelques jours auparavant, et plus ou moins modifiés. Le liquide résiduel peut encore contenir du sang, des traces sphacélées, etc.; il présente une couleur gris sale et une odeur caractéristique de fermentation. L'examen histologique y décèle parfois, en plus des débris alimentaires, l'existence de cellules cancéreuses et de germes divers. L'examen chimique montre : 1° que le liquide résiduel peut affecter deux types : un hyperchlorurique, un hyperpeptique; 2° que le coefficient α (1) subit toujours une élévation considérable.

Par contre, le liquide, extrait de l'estomac une heure après le *repas d'épreuve*, est nettement hypopeptique et hypochlorhydrique. Il y aurait là, entre les résultats fournis par l'examen du liquide résiduel, et ceux fournis par l'analyse du repas d'épreuve, une discordance très importante pour le diagnostic de sténose cancéreuse.

L'examen du liquide gastrique pratiqué en *série continue* montre le *caractère polycyclique de la courbe évolutive*, c'est-à-dire que le processus digestif semble s'effectuer en plusieurs temps : la digestion se prolonge indéfiniment, l'estomac n'est jamais vide (Hayem).

Les renseignements fournis par les méthodes précédentes peuvent être complétés par l'emploi de quelques autres méthodes moins utiles : *auscultation*, *gastrodiaphanie*, *gastroscopie*, *gastrographie* etc.

§ II. A ces signes, qui sont ceux de toute sténose pylorique, et qui, apparus lentement et progressivement, peuvent disparaître presque subitement (ulcération de la masse cancéreuse, production d'une fistule gastro-intestinale), s'associent ceux qui résultent de la NATURE CANCÉREUSE de l'obstacle. Ce sont :

1. Des SIGNES FONCTIONNELS : *Douleurs*, d'intensité variable, mais généralement moins aiguës que dans l'ulcère, continues, mais s'exagérant trois ou quatre heures après les repas, pour ne se calmer qu'après le vomissement, irradiant du pylore vers les diverses régions de l'abdomen.

Vomissements α. alimentaires : d'abord rares, puis de plus en plus rapprochés; survenant assez longtemps après les repas, contenant des débris alimentaires, des germes divers, des éléments cancéreux; dans ces vomissements, l'acide chlorhydrique libre ou combiné est très peu abondant (*hypochlorhydrie*). β. *pituitaires* (eaux du cancer) : survenant le matin ou dans la journée, sans efforts; γ. *hémorragiques*. L'hémorragie est rarement considérable. Le plus souvent, elle est peu abondante, et se traduit soit par des vomissements noirs, marc de café, soit par du melæna.

(1) *Semaine méd.*, 1904, p. 267.

(2) Voir COYON, *Gaz. des hôpit.*, 1898 (épuisé), et THAON, *Gaz. des hôpit.*, 1902, p. 1293 et 1325.

(1) Dans la notation de M. Hayem, où A désigne l'acidité totale, H l'acide chlorhydrique libre et C l'acide chlorhydrique combiné aux substances organiques, $\alpha = \frac{A - H}{C}$, et est égal, à l'état normal, à 0,86. Son accroissement, en cas de sténose, est dû à l'existence de fermentations anormales dont les acides (butyrique, valérianique, lactique, etc.) contribuent à augmenter la valeur A, tous les autres termes du rapport restant les mêmes.

Troubles digestifs : anorexie, parfois élective (viande), langue saburrale, régurgitation, constipation, etc.

2. Des SIGNES PHYSIQUES. En plus de la *tumeur*, déjà signalée, et qui peut manquer, existent souvent des *adénopathies* α. inguinales; β. iliaques; γ. sus-claviculaires, dures, indolentes (Virchow, Friedreich, Troisier) et dues à la migration des éléments cancéreux dans le canal thoracique.

3. Des SIGNES GÉNÉRAUX : α. *hypoazoturie*, *hypophosphaturie* et *hypochlorurie* (Rommelaere); β. *anémie*, plus ou moins accusée; γ. *symptômes de cachexie générale*, souvent peu accentués (Bard) : progressif, teinte jaune paille des téguments, hydropisies et œdèmes etc. (v. Classiques).

§ III. La MARCHE du cancer du pylore à forme sténosante est rapide; la mort peut encore être hâtée par une complication locale : perforation, propagation aux divers organes (v. Classiques); ou générale : fièvre, coma, tétanie, ce qui a fait décrire parfois des *formes fébrile*, *comateuse* et *tétanique* (Gouget) du cancer du pylore.

§ IV. Dans cette **forme sténosante**, on peut distinguer *trois variétés* principales (Bard).

a. CANCER ANNULAIRE STÉNOSANT. — C'est cette variété que nous avons prise comme type de description. Les signes de sténose y apparaissent d'une façon précoce et y évoluent avec rapidité.

b. CANCER JUXTAPYLORIQUE AVEC STÉNOSE SECONDAIRE. — Dans cette forme, les troubles digestifs évoluent en deux phases : une première, de dyspepsie chronique avec amaigrissement et perte des forces; une seconde, de sténose. Les phénomènes de stase n'y apparaissent que tard. La sténose survenant tardivement sur un organe déjà envahi par le néoplasme et fixé par des adhérences, l'estomac ne se dilate que peu; sa grande courbure ne s'abaisse pas (Bard).

c. ULCÉRO-CANCER. — Pour Hayem, l'ulcère précède le cancer. Tripier, Duplant, Bard admettent l'opinion opposée. Quoi qu'il en soit dans l'ulcéro-cancer pylorique, les douleurs sont très accusées, les hémorragies assez répétées pour déterminer un état d'anémie marquée; il y a, surtout, de l'hyperchlorhydrie. Sa marche est plus lente, plus sujette aux rémittences, pour Bard, très rapidement fatale, pour Audistère.

(*A suivre.*)

SUITE DES SOMMAIRES

Archives générales de médecine. — (N° 17, 25 avril 1905.) NOBÉCOURT et PAISSEAU : Du rôle du bacille de Pfeiffer dans la grippe au cours d'une épidémie hospitalière. — LACAPÈRE : La leucoplasie. — ROY : Escare sacrée chez une tabétique non alitée. — BOIX : La grippe existe-t-elle? (Réponse d'un praticien à des savants.) — BOIGEY : La pratique des injections intra-veineuses est-elle justifiée? — (N° 18, 2 mai.) SABOURIN : Sur le pneumothorax scissural. — HARDUIN : Les angiomes du triceps fémoral. — FRANÇAIS : Cyanose tardive. — CRUCHET : Sur un cas de paralysie infantile à forme monoplégique brachiale. — BRIAND et HALBERSTADT : Traitement de l'épilepsie par la méthode de Betcherew.

Archives de médecine navale. — (N° 2, fév. 1905.) VALENCE : Service de santé à bord, en temps de guerre. — BARTHÉLEMY : Sur les pansements tout préparés adoptés récemment dans la marine française. — (N° 3, mars.) J.-C. WISE : Premiers secours aux blessés dans un combat maritime. — A. TITI : L'électricité médicale dans la marine. — LUCAS : Influence de l'hygiène et de la nourriture sur le développement du scorbut à bord des bâtiments pêcheurs de Terre-Neuve. — LAFOLIE : Curieux effet de caléfaction; un cas de brûlure de l'œil.

Bulletin médical. — (N° 32, 26 avril 1905.) GUINON : La mer en thérapeutique antituberculeuse. — (N° 33, 29 avril). Louis MARTIN et GIRARD : Sur un cas de trypanosomiase (maladie du sommeil) chez un blanc. — (N° 34, 3 mai.) VALAT : Tumeur mixte énorme de la parotide. Ablation. Mort par récidive pulmonaire. — GRANJUX : La femme enceinte, la nourrice et l'usine.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 16, 30 avril 1905.) BOUQUET : Des fautes commises dans le régime alimentaire des enfants et de leurs conséquences. — A. ROBIN : Le traitement de la métrite chronique.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLII, n° 15, 13 avril 1905.) Frédéric C. COBB : L'importance du diagnostic précoce dans le cancer des parois buccales. — Farrar COBB et Channing C. SIMMONS : Les résultats dans les cas de cancers des amygdales, de la langue et des joues, opérés au Massachusetts general Hospital pendant huit années (1er janvier 1892 — 1er janvier 1900). — Howard A. LOTHROP et David D. SCANUELL : Les résultats du traitement du cancer des parois buccales au Boston City Hospital. — E. A. CODMAN : De l'emploi des rayons X dans le traitement post-opératoire du cancer de la bouche. — Octave ROZENRAAD : La part de la thermothérapie dans la thérapeutique par les agents physiques. — Walter A. GRIFFIN : L'aération au sanatorium Sharon. — Fred. T. MURPHY : Projet d'appareil commode pour la pratique des opérations intrathoraciques (avec 2 fig.).

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 16, 22 avril 1905.) MORACZEWSKI : Contribution à l'étude de la phosphaturie.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 16, 20 avril 1905.) KÜMMEL : Résultats de 1000 opérations d'appendicite. — DIEUST : Rétroversion de l'utérus gravide compliqué d'iléus; guérison. — ROBBERS : Technique de l'opération d'Alexander-Adam. — MAYER et SCHREYER : Clinique et étiologie de l'angine ulcéro-membraneuse (Plaut-Vincent). — REBEUTISCH : Découverte d'un corps étranger particulier dans une appendicite. — TABURA : Pathologie du carcinome gastrique (*fin*). — CÜRSCHMANN : Contribution à l'étude des névrites professionnelles (*fin*). — PELIZAENS : Technique des injections d'iodipine. — KALLMEYER : Traitement de la méningite cérébro-spinale épidémique.

Écho médical du Nord. — (N° 17, 23 avril 1905.) BERTRAND : Trois cas de tuberculose isolée de l'épiglotte. — BRAILLON : Arthrites et puerpéralité. — (N° 18, 30 avril.) H. FOLET : Arthrite blennorragique suppurée. — R. LE FORT : Prolapsus vulvaire du fond de l'utérus, péritonite tuberculeuse enkystée dans une hydrocèle. — COLLE et PETIT : Epiplocèle tuberculeuse. — RAVIART et CAUDRON : Deux cas de mérycisme. — (N° 19, 5 mai.) GAUDIER : A propos d'un cas d'acné hypertrophique du nez. Son traitement instrumental.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 17, 23 avril 1905.) MICHEL : Contribution à l'étude clinique du cancer de la prostate. — (N° 18, 30 avril.) FAIVRE : Note sur deux cas d'insuffisance aortique. — CRUCHET : Caprices et peurs infantiles. — (N° 19, 7 mai.) SABRAZÈS : Mouvements athétoïdes stéréotypés des doigts associés à la parole chez un tabétique. — J. CARLES : Quelques remarques sur l'emploi de la macération de rein dans les néphrites. — VERDELET : Tuberculoses chirurgicales et climat d'Arcachon. — SABRAZÈS : Oscillations systologiques du pied ballant, les jambes étant croisées, comme signe d'aortite chronique.

Médecine moderne. — (N° 17, 26 avril 1905.) HAUSER : L'évolution de la gastropathologie à travers le XXe siècle et l'état actuel des doctrines courantes. — (N° 18, 3 mai.) Ph. HAUSER : L'évolution de la gastropathologie à travers le XXe siècle et l'état actuel des doctrines courantes (*suite*).

Medical Record. — (N° 13, 1er avril 1905.) Joseph FRAENKEL : Relation du système nerveux avec les phénomènes viscéraux et trophiques. — A. STURMDORF : Périnée; périnéorraphie et prolapsus. — COTTAM : Décollement traumatique de l'extrémité inférieure du fémur. — HIGLEY : Diagnostic

bactériologique rapide de la diphtérie. — Hühner : La meilleure méthode d'administration de l'iodure de potassium. — W. Mitchell : Un nouveau remède contre les lésions ulcératives aiguës et chroniques y compris la tuberculose pulmonaire. — (N° 14, 8 avril 1905.) H. Kelly : Traitement de la pyélite. — Bolton Bangs : Etiologie de l'hypertrophie de la prostate. — W. Ackermann : Examen microscopique du contenu de l'estomac à jeun et sa valeur diagnostique. — Vineberg : La cholécystite aiguë dans la puerpéralité ; relation de deux cas, cholécystotomie, guérison. — A. Wiener : Traitement conservateur des formes prolongées de l'otite moyenne purulente et de ses complications. — Abbot Smith Payn : Modifications de l'épreuve d'Heller pour déceler l'albumine dans l'urine. — (N° 15. 15 avril 1905.) Gould Speer : Méningite cérébro-spinale épidémique et sporadique. — Daniel W. Poor : Etudes récentes sur la rage. — A. Schmitt : Méthodes modernes de traitement en obstétrique et en gynécologie. — Emil Armberg : Quelques réflexions à propos du moment opportun où doivent se pratiquer la myringotomie et la trépanation de la mastoïde. — Isaacs : Décapsulation de l'appendice. — De Garmo : Testicule tuberculeux et rayons X.

Montpellier médical. — (N° 16, 16 avril 1905.) Virès : Des épilepsies auto-toxiques et diathésiques. — (N° 17, 23 avril.) Vallois : Dystocie par rétraction de l'anneau de Bandol et insuccès du basiotribe.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 17, 25 avril 1905.) Riedel : La douleur stomacale du côté gauche. — Lauge : La signification de l'image Röntgen en orthopédie. — Erwin Payr : Appendicite et maladies emboliques de l'estomac. — Klapp : Mobilisation des articulations raidies et contracturées par les appareils aspirateurs. — Kapsammer : Les changements dans le diagnostic fonctionnel des reins. — Dörfler : Expériences nouvelles sur l'appendicite et en particulier sur l'opération précoce. — Lauenstein : Un danger des inversions dans les interventions sur l'utérus. — Rieder et Rosenthal : Nouveaux progrès dans la photographie Röntgen. — Grashey : Sources d'erreurs et difficultés de diagnostic en radiographie. — Kochmann : Sur la question de la narcose par la scopolamine morphine. — Rothfuchs : Sur la question de la narcose par l'oxygène-chloroforme. — Israel : L'invagination intestinale et une nouvelle méthode de traitement opératoire sans danger. — Schneiderlein : Opération radicale dans l'ulcère de jambe. — Schang : Un bandage pour les grandes éventrations. — Hoffmann : Drain à ailes.

Pédiâtrie pratique. — (N° 9, 1er mai 1905.) Hutinel : La dilatation des bronches chez les enfants. — Brunard et Lemoine : Un cas d'anémie splénique pseudo-leucémique de von Jacksch, chez un nourrisson syphilitique.

Presse médicale. — (N° 33, 26 avril 1905.) P.-E. Lévy : La spermatorrhée et sa thérapeutique. Rééducation physique et traitement somatique. — (N° 34, 29 avril.) Marfan : La scarlatinoïde métadiphtérique. — Bué : Le pour et le contre des crèches. — (N° 35, 3 mai.) Tuffier : L'anesthésie par l'atropomorphine et le chloroforme (méthode de Dastre et Morat). — Bonnaire : Causes et évolution du travail de l'avortement. — (N° 36, 6 mai.) Chauffard : Méningites cérébrospinales à méningocoques. Quelques points nouveaux de leur histoire. — Jarvis : L'épidémie actuelle de méningite cérébrospinale en Amérique.

Revue générale des sciences. — (N° 8, 30 avril 1905.) A.-Michel Lévy : La chaire d'histoire naturelle des corps inorganiques au Collège de France. — L. Bouveault : Les modes de préparation des aldéhydes saturées de la série grasse. — G. Lorsel : Revue annuelle d'embryologie.

Revue mensuelle des maladies de l'enfance. — (Mai 1905.) Marfan et Le Play : Recherches sur la pathogénie des accidents sérothérapiques. — Monsseaux : Troubles de la miction chez l'enfant par gravelle sablonneuse et hyperacidité urinaire.

Revue scientifique. — (N° 17, 29 avril 1905.) H. Pellat : Le nouvel état de la matière. — E. Rollet : Histoire de l'ophtalmologie à Lyon. — (N° 18, 6 mai.) E. Charon : Les alcaloïdes du tabac. — E. Rollet : Histoire de l'ophtalmologie à Lyon (*fin*). — Jean Jaubert : Régulation automatique des planeurs rigides.

Riforma medica. — (N° 14, 8 avril 1905.) F. Figari : Le passage des agglutinines et des antitoxines tuberculeuses dans le lait et leur absorption par la voie gastro-intestinale. — Arturo Campani : Certains points du traitement médical et chirurgical du mal de Pott. — Armando Testi : Sclérose latérale amyotrophique familiale et pellagre. — Cesare Mannini : Les troubles oculaires de la paralysie générale et leur comparaison avec ceux du tabes dorsalis. — (N° 15, 15 avril.) Ferdinando Gangitano : Contribution au traitement des occlusions intestinales. — Carlo Gennari : Les variations de la pression sanguine dans la position couchée et assise au cours des diverses maladies. — Ezio Moretti : Blépharoplastie à lambeau frontal médian. — (N° 16, 22 avril.) Francesco Purpura : Un cas de pancréatite chronique indurée avec estomac en sablier. Gastroplastie. Guérison. — Brindo De Vecchi : Études expérimentales sur l'endocardite tuberculeuse. — Ferdinando Gangitano : Contribution au traitement des occlusions intestinales.

Semaine médicale. — (N° 18, 3 mai 1905.) P. Chémisse : Une cinquième maladie éruptive : le mégalérythème épidémique.

Tribune médicale. — (N° 16, 22 avril 1905.) Ménétrier, Aubertin, L. Bloch : Anémie pernicieuse et opothérapie médullaire. — Pater et Rivet : Un cas d'anémie pernicieuse symptomatique au cours de la tuberculose pulmonaire chronique. — (N° 17, 29 avril.) P. Halbran et Siegel : Occlusion intestinale d'origine rénale. Compression du côlon descendant par rein polykystique. — (N° 18, 6 mai.) Mosny et Malloizel : Note sur une forme d'encéphalopathie saturnine aiguë précoce. — Savariaud : Les accidents graves provoqués par le taxis des hernies : réduction en masse et iléus paralytique.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 15, 13 avril 1905.) Gassberger et Schattenfroh : Toxine et antitoxine. — Lorenz et Reiner : Résection de l'articulation de la hanche avec extirpation totale de la capsule ; — Remarques sur l'extirpation totale de l'articulation de la hanche tuberculeuse. — Lucksch : Ascarides comme embolies de l'artère pulmonaire. — Cackovic : L'ulcère rond du jéjunum après la gastro-entérostomie. — Mayrhofer : Deux modifications de la méthode de plombage des os de Mosetig. — (N° 16, 20 avril 1905.) Puschnig : Sur les nouvelles méthodes de narcose et particulièrement sur la morphine-scopolamine. — Mann : Traitement diététique du diabète. — Colombani : Dangers du bouton de Murphy. — Homa : Sur un cas d'abcès dû à un corps étranger et ouvert dans la vessie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 55. — SAMEDI 13 MAI 1905. 78e ANNÉE. SAMEDI 13 MAI 1905. — N° 55.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS
Répartition des chefs de service, des chefs de clinique, des internes et externes, à dater du 15 mai 1904.
ANALYSES
Les hernies par glissement du gros intestin ; — Recherches sur l'influence exercée par la section transversale de la moelle sur les lésions secondaires des cellules motrices sous-jacentes et de leur réparation.
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

RÉCEPTION DES MÉDECINS ANGLAIS. — Les médecins anglais arrivés dans l'après-midi de mercredi ont été reçus le même soir à la Sorbonne par le Conseil de l'Université et la Société des amis de l'Université.

Nous sommes heureux de constater que cette première réunion s'est passée non seulement avec la plus complète cordialité mais aussi avec un ordre qui fait le plus grand honneur au comité d'organisation.

Au cours de la réception des discours chaleureux ont été prononcés par M. Liard, vice-recteur ; M. Lyon-Caen, professeur à la Faculté de droit, secrétaire général de la Société des amis de l'Université ; le professeur Bouchard, président du Comité français ; sir W. Broadbent, médecin du roi, président du Comité anglais ; le professeur Clifford Albutt (de Cambridge) et M. Ogilvie, médecin de l'hôpital français de Londres.

Jeudi, la matinée a été consacrée à la visite des hôpitaux. A deux heures et demie tout le monde s'est retrouvé à la Faculté qui fut visitée très en détail après une réception et une allocution pleine d'à propos du doyen.

A quatre heures et demie réception à l'Hôtel de Ville. Des discours ont été prononcés par le président du Conseil municipal, par le préfet de la Seine et le préfet de police auxquels répondit sir W. Broadbent.

Après avoir écouté le *God save the king* et la *Marseillaise*, les invités purent visiter les merveilleux salons de l'Hôtel de Ville, pendant que la musique de la garde républicaine et les chœurs de l'*Euterpe* exécutaient un brillant concert.

A cinq heures et demie, la réception prit fin et les membres du Comité anglais se rendirent à l'Assistance publique où les attendait M. Mesureur, directeur, entouré des membres du conseil de surveillance.

Dans la soirée, enfin, le professeur Bouchard a donné à la salle Washington une fort belle réception.

A l'heure où nous mettons sous presse, nos confrères anglais visitent le château de Chantilly, ouvert à leur intention par l'Institut de France.

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de médecine.* — *Admission.* — Epreuve de consultation écrite :

Séance du 10 mai 1905. — MM. Ravaut, 15 ; Gallois, 16 ; Guillain, 18.

— *Concours de chirurgie.* — Première épreuve clinique :

Séance du 10 mai 1905. — Proust, 19 ; Kendirdjy, 15 ; Guibé, 19.

— Un concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine, vacantes le 15 mai 1906 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, aura lieu le lundi 18 septembre 1905, à quatre heures précises, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du mardi 1er août au jeudi 31 août inclusivement.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — Un concours s'ouvrira, le 20 novembre 1905, devant l'école supérieure de pharmacie de l'université de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— TOURS. — A la suite du concours qui vient de se terminer, M. Paul Tillaye, ancien interne des hôpitaux de Paris, vient d'être nommé chef de clinique chirurgicale à l'École de Tours.

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

RÉPARTITION DES CHEFS DE SERVICE
DES CHEFS DE CLINIQUE
DES INTERNES ET EXTERNES

A DATER DU 15 MAI 1904

A. Hôtel-Dieu. — 1. Médecin : M. le professeur Dieulafoy ; chef de clinique : M. Nattan-Larrier ; chef de clinique adjoint : M. Crouzon ; interne : M. Le Play ; externes : M. Martin (Paul), Mlle Grunspan, MM. Haller, Mosqueron, Paillard, Mlle Hervé.

2. Médecin : M. Muselier ; interne : M. Vouters ; externes : MM. Brémond, Sérée, Vivicorsi, Veteau, Girauld.

3. Médecin : M. Brissaud ; interne : M. Moutier ; externes ; M. Denance: Mlle Homery, Mme Rénon, M. Chauveau (Camille).

4. Médecin : M. Faisans ; interne : M. Gaudeau ; externes : MM. Huguet, Rousseau-Langwelt, Brissaud, Mlle Birnberg.

5. Médecin : M. Ballet ; interne : M. Taguet ; externes : MM. Perol, Rousselier, Marquet, Tastevin, Gérard, Foy (Robert), Jacquet.

6. Médecin : M. Petit ; interne : M. Perreaux ; externes : MM. Pakowski, Soubeyre, Dubosc, Lenoir.

7. Chirurgien : M. le professeur Le Dentu ; chef de clinique : M. Baudet ; internes : MM. David, Maugeais, Jardry, Moreau ; externes : MM. Vergnes, Mayrou, Piot, Baudry, Demonchy, Berthaut, Dufourmantel, Hubert.

8. Chirurgien : M. le professeur de Lapersonne ; chef de clinique : M. Scrini ; chef de clinique adjoint : M. Poulard ; internes : MM. Durand (Léon), Descomps (Paul), Béal ; externes : MM. Landolt, Delbarre, Offret, Rallier, Bichon, Canque, Meusnier.

9. Chirurgien : M. Championnière ; internes : MM. Cléret, Planson ; externes : MM. Dragoesco, Avezou, Béchade, Lecœur, Moutrier, Dubus.

Consultation. — 10. Médecin : M. Enriquez ; suppléant : M. Audistère ; interne provisoire : M. Macé de Lépinay ; externes : MM. Martineau, Chritesco, Villejean, Delapchier.

11. Chirurgien : M. Marion ; suppléant : M. Cottu ; externes ; MM. Maigret, Goupil, Blain (André).

B. Hôtel-Dieu Annexe, — 1. Médecin : M. Legry ; interne provisoire : M. Chenot ; externes : MM. Maillet, Parès, Rais, Keller.

2. Médecin : M. Lamy ; interne provisoire : M. Deroide ; externes : MM. Poisson, Joubert, Nicolas (Michel), Fagart.

3. Accoucheur : Champetier de Ribes ; assistant : M. Bouffe de Saint-Blaise ; interne : M. Favreul ; externes : MM. Lemarquand, Hocquet, Duchêne.

C. Hôpital de la Pitié. — 1. Médecin : M. Babinski ; interne : M. Viteman ; interne provisoire : M. Lemoine ; externes : MM. Ekmekdjian, Meygret, Grasset, Laroche, Cretaux.

2. Médecin : M. Darier ; interne : M. Brissy ; externes : MM. Durand (René), Marcorelles, Sigwalt, Roux (Jean), Houlmann, Stepowski.

3. Médecin : M. Dalché ; interne : M. Gunbert ; externes : MM. Darrican, Buxareo, Seigneuret, Binet du Jassonneix, Labande.

4. Médecin : M. Lion ; interne : M. Nathan ; externes : MM. Lévy-Bruhl, Gouguet de Girac, Roussel, Monnier, Vinceneux.

5. Médecin : M. Rénon ; interne : M. Tixier : externes : M. Malterre, Mlle Landry, MM. Lagrive, Pageot, Douay, Gauthier (Louis).

6. Médecin : M. Claisse ; interne : M. Rendu (Henri) ; externes : MM. Brissot, Samson, Lévêque, Née.

7. Chirurgien : M. le professeur Terrier ; chef de clinique : M. Dujarier ; internes : MM. Picot, Papin, Desmarest ; externes : MM. Josset-Moure, Gastinel, Coryllos, Brocq, Weill (André), Marcou, Lutembacher, Beaussart.

8. Chirurgien : M. Walther ; internes : MM. Capette, Descomps (Pierre), Ferry ; externes : MM. Cremer, Touraine, Ymonet, Ménard (Louis), Chibret, Woimant, Bith.

9. Accoucheur : M. Lepage ; interne : M. Brulé ; externes : MM. Séjournet, Portocalis.

Consultation. — 10. Médecin : M. Auclair ; suppléant : M. Mauté ; externes : MM. Pottet, Géry, Barthélemy.

11. Chirurgien : M. Robineau ; suppléant : M. Alexandre ; externes : MM. Baisoïu, Perdoux, Trotain.

D. Hôpital de la Charité. — 1. Médecin : M. Labadie-Lagrave ; interne : M. Lebret ; externes : MM. Martignon, Gilbert, Fabre, Jolivet, Peraldi.

2. Médecin : M. Moutard-Martin ; interne : M. Boudon ; externes : MM. Jorrand, Desvaux de Lyf, Aucouturier, Roux.

3. Médecin : M. Oulmont ; interne : M. Lian ; externes : MM. Berger (Jean), Berger (Eugène), Sorrel, Ménard (Pierre).

4. Médecin : M. Morel-Lavallée ; interne : M. Faroy ; externes : MM. Woylanski, Dupont, Saison, Girou.

Service temporaire de médecine. — 5. Externe : M. Gendreau.

6. Médecin : M. Toupet ; interne : M. Demanche ; externes : MM. David (Victor), Sédillot, Morancé, Lemuet.

7. Médecin : M. Roger ; interne : M. Trémolières ; externes : MM. Chenet (Louis), Nepveu, Dufour, Trocmé.

8. Chirurgien : M. le professeur Reclus ; chef de clinique : M. Marcille ; internes : MM. Lardennois, Rottenstein, Monier-Vinard ; externes : MM. Halma-Grand, Worth, Mlle Faerstein, MM. Cawadias, Fontorbe, Maurat, Gautier (Jean).

9. Chirurgien : M. Campenon ; internes : MM. Moncany, Laurence ; externes : MM. Pellot, Plivard, Berger, Ameuille.

10. Accoucheur : M. Maygrier ; interne ; M. Lemeland ; externes : MM. Camacho, Bouche, Croste, Lafarcinade.

Consultation. — 11. Médecin : M. Josué ; suppléant : M. Lippmann ; externes : MM. Girode, Nachmias.

12. Chirurgien : M. Cunéo ; suppléant : M. Schwartz ; externes : MM. Magrangeas, Miginiac.

E. Hôpital Saint-Antoine. — 1. Médecin : M. le professeur Hayem ; chef de clinique : M. Ghika ; internes : MM. Agasse-Lafont, Harvier ; externes : MM. Siguret, Vermorel, Cier, de Nayville, Chevallier.

2. Médecin : M. Siredey ; interne : M. Bornait-Legueule ; externes : M. Molina, Mlle Chaperon, MM. Crémieu, Gauthier (Emile).

3. Médecin : M. Lermoyez ; assistant : M. Bellin ; interne : M. Hautant ; externes : MM. Chataing, Jacob, Poyet, Bleirad, Jouvin.

4. Médecin : M. Béclère ; interne : M. Krantz ; externes : MM. Lalanne, Taubé, Fortin, Castéran, Mary, Presbéanu.

5. Médecin : M. Thoinot ; interne : M. Deshayes ; externes : MM. Brac, Ausset, Paul, Baize.

6. Médecin : M. Vaquez ; interne : M. Gaillard ; externes : MM. Dubertrand, Blocq, Avenier, Mlle Giry, M. Dauge.

7. Médecin : M. Jacquet ; interne : M. Sézary ; externes : MM. Charroppin, Ménard, Petel, Chaudron.

8. Médecin : M. Le Noir ; interne : M. Camus (Paul) ; externes : MM. Graziani, Debonnelle, Verdoux, Béclère aîné, Gras.

9. Médecin : M. Mosny ; interne : M. Berthaux ; externes : MM. Last, Rousselot, Halphen, Pérou.

10. Chirurgien : M. Monod ; assistant : M. Launay ; in-

ternes : MM. Brésard, Le Jemtel, Morel; externes : MM. Molard, Mazingarbe, Chedeville, Cotoni, Bernard (Ch.), Baumgartner.

11. Chirurgien : M. Blum; internes : MM. Burgaud, Daversin, Desmoulins; externes : MM. Lusseau, Beaujeu, Burgard, Chanal, Landau, Duhamel.

12. Accoucheur : M. Bar; assistant : M. Brindeau; interne : M. Kauffmann; externes : MM. Parel, Lhirondel, Huré, Pinard.

Consultation. — 13. Médecin : M. Macaigne; suppléant : M. Labbé (Raoul); interne provisoire : M. Eliot : externes : MM. Lamy (Louis), Cottard.

14. Chirurgien : M. Thiéry; suppléant : M. Géraud; externes : MM. Noël, Quinqueton, di Chiara, Rousseau.

F. Hôpital Necker. — 1. Médecin : M. Huchard; interne : M. Fiessinger; externes : MM. Delaigue, Masfrand, Alexandre, Dupic.

2. Médecin : M. Cuffer; interne : M. Amblard; externes : MM. Lepel-Cointet, Thibault, Prost, Monsaingeon.

3. Médecin : M. Barth; interne : M. Oppert; externes : MM. Ageorges, Bazy, Roudinesco, Lorne, Allée.

4. Médecin : M. Hirtz; interne : M. Beaufumé; externes : MM. Lévy (Edmond), Le Savoureux, Ségal, Levert.

5. Chirurgien : M. le professeur Berger; chef de clinique : M. Guibé; chef de clinique adjoint : M. Léo; internes : MM. Le Sourd, Martin, Renaudin; externes : MM. Vosy, Wulfing, Vaucher, Roucayrol, Guerero, Manville, Schneider.

6. Chirurgien : M. le professeur Guyon; chef de clinique : M. Cathelin; chef de clinique adjoint, M. Iselin; internes : MM. Sourdille, Baudoin (Emile), Pappa; externes : MM. Streiff, Duchet-Suchaux, Haas, François, de Gandt, Mistel, Laden, Mairesse, Ninon.

7. Chirurgien : M. Routier; internes : MM. Dreyfus, Rigollot-Simonnot; externes : MM Chamard, Haas (Emile), Jacoulet, Ferté (Emile), Chaulet.

Consultation. — 8. Médecin : M. Sergent; suppléant : M. Oppenheim; externes : MM. Hayes (René), Rembert, Pontico.

9. Chirurgien : M. Gosset; suppléant : M. Mouchet; externes : MM. de Quemper, de Canescol, Smolizansky.

G. Hôpital Cochin. — 1. Médecin : M. Chauffard; interne : M. Rivet; externes : MM. Vaillant, Jumentié, Flandin, M[lle] Debat-Ponsan, MM. Cheurlot, Duval.

2. Médecin : M. Widal; internes : MM. Faure-Beaulieu, Ramond; externes : MM. Josephson, Hirtz, Foy (Georges), Pironneau, Albert, Bénazet, de Brunel de Serbonnes, Petit (Constant), Marsan (Félix).

3. Chirurgien : M. Richelot; assistant : M. Morestin; internes : MM. Bory, Néel; externes : MM. Liébault, Balthazarian, Gauchery, Bollach.

4. Chirurgien : M. Schwartz; internes : MM. Cauchois, Siégel; externes : MM. Delval, Rousselot, Kuenémann, Hénouille, Labourdette, Marie.

5. Chirurgien : M. Quénu; internes : MM. Sauvé, Muret, Rousseau; externes : MM. Lemaire, Houzel, Lorin, Toupet, Monin, Queille, Marquis.

Consultation. — 6. Médecin : M. Claude; suppléant : M. Ribierre; interne provisoire : M. Flurin; externes : MM. Marchal, Schaeffer.

7. Chirurgien : M. Riche; suppléant : M. Kendirdjy; externes : MM. Bureau, Péré, Lascazas de Saint-Martin, Baron.

H. Hôpital Cochin annexe. — 1. Médecin : M. Renault; interne : M. Fayolle; externes : MM. Francina, Vinchon, Wattez, Rol.

2. Médecin : M. Queyrat; interne : M. Vincent (Clovis); externes : MM. Gougelet, Verrier, Barillet, Bourquelot.

3. Médecin : M. Humbert; interne : M. Raymond; externes : MM. Jullich, Testard, Bridoux, Feuillette.

I. Hôpital Beaujon. — 1. Médecin : M. le professeur Debove; chef de clinique : M. Sainton; chef de clinique adjoint : M. Ferrand; interne : M. Chiray; externes : MM. Barré, Fabre, Juin, Prélat, Cottu, de Rocca-Serra.

2. Médecin : M. Troisier; interne : M. Lebar; externes : MM. Chabrol, Maynier, Cruet, Wünschendorff.

3. Médecin : M. Lacombe; interne : M. Landowski; externes : MM. Morant, Allard, Bory, Bougon.

4. Médecin : M. Robin; interne : M. Claret; externes : MM. Pelletier, Théry, Bajan, Boulland.

5. Chirurgien : M. Bazy; internes : MM. Sénéchal, Tassin; externes : MM. Blechmann, Bienvenue, Cabiran, Déséglise, Thibout, M[lle] Montreuil, M. Ali-Khan.

6. Chirurgie (chroniques). — Interne provisoire : M. Vézard; externe : M. Wollfromm.

7. Chirurgien : M. Tuffier; internes : MM. Bréchet, Lavenant; externes : MM. Ferran, Fouchet, Hybord, Gaillard, Guinoiseau.

8. Chirurgien : M. Michaux; internes : MM. Saillant, Pillet; externes : MM. Sourdel, Bruslé, Wolff, Pichard, Girard.

9. Accoucheur : M. Ribemont-Dessaignes; chef de clinique : M. Herrenschmidt; adjoint : M. Le Lorier.

Consultation. — 10. Médecin : M. Bruhl; suppléant : M. Got; interne provisoire : M. Troisier; externes : MM. Tronc, Lemercier, Versepuech.

11. Chirurgien : M. Herbet; suppléant : M. Labey; externes : MM. Faugère, Soubies, Diverrès.

J. Hôpital Lariboisière. — 1. Médecin : M. Landrieux; interne : M. Vielliard; externes : MM. Lefèvre, Rousseau, Le Comte, Cibriès, Lucas, Dessaix.

2. Médecin : M. Tapret; interne : M. David; externes : MM. Darnaudpeys, Duru, Hoog, Boucant, Ducros, de Bosker-Duhamel.

3. Médecin : M. Brault; interne : M. Ameuille; externes : MM. Rabasse, Dodeuil, Perineau, Ehrenpreis, Paul-Boncour, Lavallée.

4. Médecin : M. Galliard; interne : M. Trouvé; externes : MM. Roullier, Lerat, Micou, Deslions, Sinaud, Trifeff, Odoul.

5. Médecin : M. Le Gendre; interne : M. Génévrier; externes : MM. Thévenin, Gendron, Minot, Jousset, Schreiber, Martingay, Delagenière.

6. Chirurgien : M. Peyrot; assistant : M. Souligoux; internes : MM. da Silva, Caldaguès; externes : MM. Chanoine d'Avranches, Badin, Tanzi, Chopin, Lemarignier, Maune.

7. Chirurgie (chroniques). — Interne provisoire : M. Burnier; externes : MM. Bello y Rodriguez, Merle.

8. Chirurgien : M. Reynier; internes : MM. Hautefort, Reubsaët, Barbier; externes : MM. Oudiette, Chevallier, Lesbroussart, Nachmann, Lévy (Georges), Miégeville.

9. Chirurgien : M. le professeur Poirier; internes : MM. Bailleul, Cottard, Rouhier; externes : MM. Corpechot, Bilhaud, Vuilliet, Béchaut, Rouget, Legrand.

10. Chirurgien : M. Hartmann; assistant : M. Lebreton; internes : MM. Okinckzye, Küss; externes : MM. Davesne, Segard, Boquet, Jais, Favre-Thomas, Lévy (Alfred), M[lle] de Jong, M. Chaperon.

11. Chirurgien : M. Sebileau; assistant : M. Grivot; interne : M. Lemaître; externes : MM. Fichot, Ducournau, Mathieu, Lemerle, Charrier, Mascarenhas.

12. Ophtalmologiste : M. Morax; assistant : M. Chaillous; internes : MM. Cerise, Carlotti; externes : M[lle] Toufesco, MM. Hugé, Minaud.

13. Accoucheur : M. Bonnaire; interne : M. Clément; ex-

ternes : MM. Picaud, Caron, Lucas-Championnière, Legroux.

Service d'électrothérapie. — 14. Médecin : M. Hischmann.

Consultation. — 15. Médecin : M. Gouget; suppléant : M. Legroux; interne provisoire : M. Moyrand; externes : MM. Huleux, Colibert, Bour, Cardot.

16. Chirurgien : M. Savariaud; suppléant : M. Frédet; externes : MM. Solomon, Sassani, Lemière (Raymond).

K. Hôpital Tenon. — 1. Médecin : M. Achard ; interne : M. Ribot; externes : MM. Vaury, de Vaugiraud, Le Blaye, Bourouillou, Quinquaud.

2. Médecin : M. Ménétrier; interne : M. Duval; externes : MM. Bouhey, Jean, Libert, Larroux.

Service temporaire de médecine. — 3. Externes : MM. Duverger, Bouchaud.

4. Médecin : M. Launois; interne : M. Laederich ; externes : MM. Sevestre, Simonin, Perrier, Mme Ral.

5. Médecin : M. Klippel; interne : M. Maillard; externe : MM. Gauthereau, Juillard, Massicot, Nicolas.

6. Médecin : M. Florand ; interne : M. François ; externes : MM. Copreaux, Fiault, Harriet, Borde.

7. Médecin : M. Jeanselme ; interne : M. Israel de Jong; externes : MM. Chaigneau, Garrié, Muret, Léger.

8. Médecin : M. Caussade ; interne : M. Milhit; externes : MM. Budan, Risacher, David, Clarac, Tison.

9. Médecin : M. Parmentier; interne : M. Pathault; externes : MM. Lanier, Le Mée, Aubry, Ghys, Vanel.

10. Chirurgien : M. Lejars; internes : MM. Wicart, Deglos, Barbier; externes : MM. Chouquet, Houdard, Mallet, Jullien, Berthonneau, Maurios.

11. Chirurgien : M. Rochard; internes : MM. Alquier, Bouchez, Camus; externes : MM. Blanche, Durand, Longuet, Picot, Dequidt, Florenville.

12. Chirurgien : M. Beurnier; internes : MM. Rabinovitch, Dubois ; interne provisoire : M. Martin; externes : MM. Roncé (Georges), Armanet, Biétrix.

13. Accoucheur : M. Boissard ; interne : M. Broc; externes : MM. Bricout, Benoist, Leduc.

Consultation. — 14. Médecin : M. Apert; suppléant : M. Voisin ; interne provisoire : M. Stévenin; externes : MM. Houdé, Pujos.

15. Chirurgien : M. Ombrédanne; suppléant : M. Katz; externes : MM. Jullien, Mazeau, Gaudelet.

L. Hôpital Laennec. — 1. Médecin : M. Landouzy; chef de clinique : M. Lortat-Jacob ; chef de clinique-adjoint : M. Laignel-Lavastine ; interne : M. Thaon; externes : MM. Corret, Salin, Richet, Boutin, Mornet.

2. Médecin : M. Merklen ; interne : M. Auburtin; externes : MM. Lamouroux, Casteran, Vernes, Barbet.

3. Médecin : M. Barié; interne : M. Billaudet; externes : MM. Lecomte, Fauconnier, Bax, Regnard.

4. Médecin : M. Bourcy ; interne : M. Labarrière ; externes : MM. Moreau, Lerat, Finot, Sauphar.

5. Chirurgien : M. Delbet ; internes : MM. Lutaud, Magitot, Dezarnaulds ; externes : MM. Léger, Coutan, Fenouil, Wilhem, Luzoir, Mornard.

Consultation. — 6. Médecin : M. Labbé; suppléant : M. Hauser; externes : MM. Bossoreil, Meyer-Heine.

7. Chirurgien : M. Lenormant; suppléant : M. Gesland; externes : MM. Laroche, Guilbert.

Premier service temporaire de médecine. — 8. Médecin : M. Belin ; interne provisoire : M. Bailly; externes : MM. Alexandresco, Espinet, Tremblin.

Deuxième service temporaire de médecine. — 9. Médecin : M. Bergé; interne provisoire : M. Hovelacque; externes : MM. Mallein, Lyon-Caen, Chambard.

M. Hôpital Bichat. — 1. Médecin : M. Talamon; interne : M. Delille ; externes : MM. Rafinesque, Pignerol, Delmasure, Zislin.

2. Médecin : M. Martin ; interne : M. Giroux ; externes : MM. Labrunie, Henry, Eliçaragay, Minot.

3. Chirurgien : M. Picqué; internes : MM. Liné, de Fourmestraux; externes : MM. Desquiens, Lissonde, Tagrine, Hardivillier, Bené, Grapin, Quertant, Brenac.

Consultation. — 4. Médecin : M. N...; suppléant : M. Simon ; interne provisoire : M. Lasnier; externes : MM. Durand, Birirgoix.

5. Chirurgien : M. Chevalier; suppléant : M. Vivier; externes : MM. Josseran, Gillet.

N. Hôpital Broussais. — 1. Médecin : M. le professeur Gilbert ; interne : M. Villaret ; externes : MM. Duvoir, Pélissier, Lenoble, Bourdier, Goujon.

2. Médecin : M. Œttinger ; interne : M. Malloizel ; externes : MM. Faugeron, Loubry, Detré, Levant, Blanc (Louis).

3. Chirurgien : M. Potherat ; internes : MM. Sourdat, Lew ; externes : MM. Godard, Jacob, Chevillotte, Boursier, Trannoy, Foucard.

Consultation. — 4. Médecin : M. Carnot ; suppléant : M. Herscher ; externes : MM. Langlais, Danoux.

5. Chirurgien : M. Auvray ; suppléant : M. Leuret ; externes : MM. Marre, Collignon.

O. Hôpital Boucicaut. — 1. Médecin : M. Letulle ; interne : M. Verliac ; externes : MM. Vidal, Giraud, Mlle Déchaux, MM. Monnet, Gillot, Patry, Coqueret, Duché.

2. Chirurgien : M. Chaput ; internes : MM. Cottard (Eug.), Francoz ; externes : MM. Zacharopoulos, Levrat, Popovitch, Dupuis, Bertrandon, Sotiropoulo.

3. Accoucheur : M. Doléris ; interne : M. Molimard ; externes : MM. Roulland, Archontakis, Fourcade.

Consultation. — 4. Médecin : M. Bezançon ; suppléant : M. Poulain ; interne provisoire : M. Chénier ; externes : MM. Taubmann, Auguste.

5. Chirurgien : M. Michon ; suppléant : M. Blandin ; externes : MM. Dupuy, Cloquet, Dournel, Dalmon.

P. Hôpital Saint-Louis. — 1. Médecin : M. le professeur Gaucher ; chef de clinique : M. Paris ; chef de clinique adjoint : M. Sabatié ; internes : MM. Dobrovitch, Claude ; externes : MM. Le Serrec de Kervilly, Lagane, Robert, Gelma, Roblin.

2. Médecin : M. Hallopeau ; internes : MM. Roy, Grandchamp ; externes : MM. Duranton, Burgaud, Merlot, Lemière (Léonce), Colombel.

3. Médecin : M. du Castel ; internes : MM. Dehérain, du Castel ; externes : MM. Bezançon, Cousin, Fabignon, André, Thiel.

4. Médecin : M. Danlos ; interne : M. Caron ; externes : MM. Roche, del Saz Caballero, Serbource, Pestel, Hayes.

5. Médecin : M. Balzer ; interne : M. Germain ; externes : MM. Fleig, Besnier, Graux, Stern, Bories.

6. Médecin : M. de Beurmann ; interne : M. Gougerot ; externes : MM. Bourlier, Dreyfus, Bigon, Rougé.

7. Chirurgien : M. Nélaton ; internes : MM. Blanluet, Mocquot, Poupardin ; externes : MM. Rouchy, Harpey, Serou, Dehelly, Judet, Breteau.

8. Chirurgien : M. Ricard ; internes : MM. Gaudemet, Klin, Français (Raymond) ; externes : MM. Fouquiau, Milliot, Poirrier, Boulakia, Lévy (Pierre), Champ.

9. Chirurgien : M. Guinard ; internes : MM. Picquet, Claeys, Guillaume ; externes : MM. Nicaud, Cadenat, Gosselin, Prével, Jumon, Hue.

10. Accoucheur : M. Auvard ; interne : M. Bouchot ; externes : MM. Riché, Maymou, Léon, Raulot-Lapointe.

Consultation. — 11. Chirurgien : M. Guillemain ; suppléant : M. Rénon ; externes : MM. Loyer, Maisons, Bonhoure.

Service d'enfants convalescents. — 12. Médecin : M. Avi-

ragnet; interne provisoire : M. Froget; externes : MM. Dureau, Verain, Eugène, Uhry.

Service de chirurgie de l'hôpital Hérold (provisoirement installé à l'hôpital Saint-Louis). — 13. Chirurgie : M. Arrou; internes : MM. Huchet, Gruget, Deniker; externes : MM. Beuzart, Périer, Metzger, Weill, Mora, Garsaux, Fassou.

Q. Hôpital Broca. — 1. Médecin : M. Brocq; interne : M. Bloch; externes : MM. Mezerette, Mousnier, Strauss, Ferry (Charles), Bertier (Frédéric), Roy, Milan, Viguerie, Deniau, Tixier.

2. Médecin : M. Thibierge; interne : M. Boisseau; externes : MM. Gauducheau, Chauveau, Gagnier, Weissenbach, Perron, Bertier, Fenard.

3. Chirurgien : M. le professeur Pozzi; chef de clinique : M. Dartigues; chef de clinique adjoint : M. Lœvy; internes : MM. Trèves, Kohn, Caraven; externes : M. Mora, Mlle Tschernisck, MM. Morellet, Schliessinger, Grenier, Couput.

R. Maison municipale de santé. — 1. Médecin : M. Courtois-Suffit; interne : M. Ferrand; externes : MM. Willette, Chamard-Bois, Ballet, Boulard, Raoulx.

2. Médecin : M. Boulloche; interne : M. Simon; externes : MM. Gallais, Benard, Cottenot.

3. Chirurgien : M. Albarran; internes : MM. Ertzbischoff, Mathieu; externes : MM. Francey, Lévy (Jules), Duclos. Dinnematin, Toulant, Mlle Lœser.

4. Chirurgien : M. Demoulin; internes : MM. Teissier, Hérisson, Giret; externes : MM. Le Mière, Braillon, Pruvost, Bachy, Gaujoin, Moriez, Mion, Sejournet.

S. Hôpital des Enfants-Malades. — 1. Médecin : M. le professeur Grancher; chef de clinique : M. Terrien; chef de clinique adjoint : M. Armand-Delille; interne : M. Denéchau; externes : MM. Mesnager, Blaizot, Brisset des Nos, Nogier, Lecaplain, Breton.

2. Médecin : M. Moizard; interne : M. Hébert; externes : MM. Boivin, Monier, Aumont, Carrière.

3. Médecin : M. Comby; interne : M. Chartier; externes : M. Savouré, Mlle Tchebotarewsky, MM. Bignon, Ribérol.

4. Médecin : M. Variot; interne : M. Eschbach; externes : MM. Boutin (Gustave), Bougarel, Demarquest, Noé, Vigneras.

5. Médecin : M. Richardière; interne : Mlle Maugeret; externes : MM. Peyrache, Clappier, Guérin, Ciuciu, Galup.

6. Médecin : M. Marfan; interne : M. Lemaire (Henry); externes : MM. Guénot, Dournay, Philippon, Ali-Khan.

Crèche. — 7. Interne provisoire : M. Boudet.

8. Chirurgien : M. le professeur Kirmisson; chef de clinique : M. Grisel; chef de clinique adjoint : M. Tridon; internes : MM. Chochon-Latouche, Filhoulaud, Guimbellot; externes : Mlle Trechtchenkov, MM. Debelut, Massonié, Rogery, Lamy, Camboulives.

9. Chirurgien : M. Broca; internes : MM. Dupont, Clunet; interne provisoire : M. Chandesris; externes : MM. Sfreleski, Thyébault, Chiray, Phélip, Brisson, Loiseau, Tarrade, Bompard.

Service ophtalmologique. — 10. Médecin : M. Rochon-Duvignaud; interne : M. Coutelas; externes : MM. Cordier, Hillion.

T. Hôpital Trousseau. — 1. Médecin : M. Netter; interne : M. Halbron; externes : MM. Debré, Bion, Baudoin, Rabinovici, Hernette, Boyé.

2. Médecin : M. Guinon; interne : M. Pater; externes : MM. Journée, Fimbel, Vallet, Delozière, Bouilly, Fortier.

3. Chirurgien : M. Rieffel; internes : MM. Nandrot, Villandre, Baldenweck; externes : MM. Regnard, Rolet, Labouré, Benoist, d'Halluin, Berniolle, Gazagnaire.

Service de la diphtérie. — 4. Interne provisoire : M. Chastagnol; externe : M. Zaepffel.

Consultation. — 5. Médecin : M. Renaut : suppléant : M. Decloux; interne provisoire : M. Basset; externes : MM. Lomon, Laffont, Fournier.

U. Hospice des Enfants-Assistés. — 1. Médecin : M. le professeur Hutinel; internes : MM. Brelet, Darré; externes : MM. Guillaume, Ramus, Raillet, Brisset, Garipuy.

2. Chirurgien : M. Jalaguier; internes : MM. Calvet, Morisetti; externes : MM. Baldini, Dardel, Abbas, Chamard, Boutin, Garcin, Sourdeau.

V. Hôpital Andral. — 1. Médecin : M. Mathieu; internes : MM. Aynaud, Cotard (Lucien); externes : MM. Miser, de Bon, Croissant, Beauduin, Nepper, Moch.

Consultation. — 2. Médecin : M. Laffitte; suppléant : M. Delamare; externes : MM. Lacheny, François (Raymond).

X. Hospice de Bicêtre. — 1. Médecin : M. Marie; interne : M. Roussy; interne provisoire : M. Senlecq.

2. Chirurgien : M. Legueu; internes : MM. Chirié, Hubert; interne provisoire : M. Moulu.

Service des aliénés. — 3. Médecin : M. Bourneville; internes : MM. Bord, Tournay; interne provisoire : M. Deverre.

4. Médecin : M. Féré; interne : M. Burcker; interne provisoire : M. Boudol.

5. Médecin : M. Séglas; interne : M. Doury; interne provisoire : M. Combier.

6. Médecin : M. Chaslin; interne : M. Vincent (René); interne provisoire : M. Stroehlin.

Y. Hospice de la Salpêtrière. — 1. Médecin : M. le professeur Raymond; chef de clinique : M. Guillain; chef de clinique adjoint : M. Constensoux; internes : MM. Baudouin, Lévy, Français (Henri); externes : MM. Magnin, Davioud, Fenestre, Merle, Bruel.

2. Médecin : M. le professeur Déjerine; internes : MM. Leenhardt, Noréro; externes : MM. Guiard, Aumaître, Cauhape, Bernchtein, Guilliermond.

3. Chirurgien : M. Segond; internes : MM. Jeannel, de Martel; externes : MM. Pascalis, Daufresne, Bonneau-Lavaranne, Mlle Auchère.

Service des aliénés. — 4. Médecin : M. Voisin; interne : M. Rendu (Albert); externes : MM. Boulongne, Roux (Etienne).

5. Médecin : M. Charpentier; interne : M. Bourguignon; externes : MM. Gomand, Goldenstein.

6. Médecin : M. Deny; interne : M. Barbet; externes : MM. Fay, Bedel.

Consultation. — 7. Chirurgien : M. N...; suppléant : M. Lance; externe : M. Frick.

Z. Hôpital Bretonneau. — 1. Médecin : M. Sevestre; interne : M. Lafosse; externes : MM. Delarras, Dumas, Garcin, Mlle Josse, MM. Simonot, Heuzey.

2. Médecin : M. Josias; interne : M. Gy; externes : MM. Faux, Schnuergeld, Boissière, Frinault, Triqueneaux, Potelet.

3. Chirurgien : M. Félizet; internes : MM. Feuillée, Lévy-Franckel, Faye; externes : MM. Séguinot, Jouenne, Ballu, Rasis, Pelaroy, Monory, Audibert.

Aa. Hospice des Incurables (Ivry). — 1. Médecin : M. Souques; interne : M. Poisot; interne provisoire : M. Foix; externe : M. Yuzbachian.

2. Chirurgien : M. J.-L. Faure; interne : M. Merry; interne provisoire : M. Guyader; externe : M. Cavaroz.

Ab. Hôpital de la Maternité. — 1. Médecin : M. Charrin; interne : M. Renaud; externe : M. Dubus.

3. Accoucheur : M. Porak; assistant : M. Macé; accoucheur-adjoint : M. Potocki; internes : MM. Herbinet, Faix.

Ac. Hôpital Hérold. — 1. Médecin : M. Barbier; interne : M. Blairon; externes : MM. Ronnaux, Molumar, Crépin, Ravry, Toutain, Renault.

2. Médecin : M. Lesage; interne : M. Abrami; externes : MM. Hays, Courdouan, Hennon, Ancibare, Leroy, Mlle Devojno.

Le service de chirurgie est provisoirement installé à l'hôpital Saint-Louis (voir **R**).

Ad. Hôpital de la Clinique d'accouchements. — 1. Accoucheur : M. le professeur Budin; chef de clinique : M. Jeannin; chef de clinique adjoint : M. Guéniot; externes : MM. Couasnon, Nespoulous, Galippe, Viel, Rucker.

Ae. Clinique Baudelocque. — 1. Accoucheur : M. le professeur Pinard; chef de clinique : M. Sauvage; chef de clinique adjoint : M. Mouchotte; externes : Mlle Boirivant, MM. Israël, Thibault, Monnot, Chauvois.

Af. Hospice des Ménages (Issy) et Hospice Devillas. — 1. Médecin : M. Wurtz; interne : M. Flourens; interne provisoire : M. Brin; externe : M. Watel.

Ag. Hospice Debrousse. — 1. Médecin : M. Triboulet; interne : M. Horteloup.

Ah. Bastion 27. — 1. Médecin : M. Dufour; interne provisoire : M. Broca; externes : MM. Bédrunes, Plée, Naudascher.

Ai. Bastion 29. — 1. Médecin : M. le docteur Méry; internes : MM. Tanon, Esmein; externes : Mlle Gueskine, MM. Laux, Grivot, Garnier de Falletaux, Alexandre (Paul).

2. Médecin : M. Chantemesse; interne : M. Philibert; externes : MM. Leitoutamie, Lenormand, Berger (Georges).

Aj. Institution Sainte-Périne et maisons de retraite Chardon-Lagache et Rossini. — 1. Médecin : M. Thiroloix.

Ak. Maison de retraite de Larochefoucauld. — 1. Médecin : M. Dupré; interne : M. Lemaire (Jules): externe : M. Mignard.

Al. Hôpital de Berck-sur-Mer. — 1. Chirurgien : M. Ménard; internes : MM. Matry, Perrin, Bodolec.

Am. Hospice de Brévannes. — 1. Médecin : M. Marie.

An. Asile Sainte-Anne. — 1. Médecin : M. le professeur Joffroy; chef de clinique : M. Roy; chef de clinique adjoint : M. Juquelier.

Ao. Sanatorium d'Angicourt. — 1. Médecin : M. Küss.

Ap. Sanatorium d'Hendaye. — 1. Médecin : M. Camino.

INDEX ALPHABÉTIQUE

1° chefs de service (médecins, chirurgiens, accoucheurs, service des consultations); 2° chefs de clinique (médecine, chirurgie, accouchements); 3° internes titulaires; 4° internes provisoires; 5° externes.

N.-B. — *Chaque nom de cet Index est suivi d'une lettre et d'un chiffre. La lettre correspond à celle qui est placée devant chaque hôpital dans le classement ci-dessus. Le chiffre correspond au service.*

Exemple : M. Viteman, C-1 = C. Hôpital de la Pitié, 1. Service de M. Babinski.

MÉDECINS

et assistants de consultations de médecine.

Achard, K-1.
Apert, K-14.
Auclair, C-10.
Aviragnet, P-12.
Babinski, C-1.
Ballet, A-5.
Balzer, P-5.
Barbier, Ac-1.
Barié, L-3.
Barth, F-3.
Béclère, E-4.
Bellin, E-3.
Bergé, L-9.
Beurmann (de), P-6.
Bezançon (F.), O-4.
Boulloche, R-2.
Bourcy, L-4.
Bourneville, X-3.
Brault, J-3.
Brissaud, A-3.
Brocq, Q-1.
Bruhl, I-10.
Camino, Ap-1.
Carnot, N-4.
Caussade, K-8.
Chantemesse, Ai-2.
Charpentier, Y-5.
Charrin, Ab-1.
Chaslin, X-6.
Chauffard, G-1.
Claisse, C-6.
Claude, G-6.
Comby, S-3.
Courtois-Suffit, R-1.
Cuffer, F-2.
Dalché, C-3.
Danlos, P-4.
Darier, C-2.
Debove, I-1.
Decloux, T-5.
Déjerine, Y-2.
Deny, Y-6.
Dieulafoy, A-1.
Du Castel, P-3.
Dufour, Ah-1.
Dupré, Ak-1.
Enriquez, A-10.
Faisans, A-4.
Féré, X-4.
Florand, K-6.
Galliard, J-4.
Gaucher, P-1.
Gilbert, N-1.
Gouget, J-15.
Grancher, S-1.
Guinon, T-2.
Hallopeau, P-2.
Hayem, E-1.
Hirschmann, J-14.
Hirtz, F-4.
Huchard, F-1.
Humbert, H-2.
Hutinel, U-1.
Jacquet, E-7.
Jeanselme, K-7.
Joffroy, An-1.
Josias, Z-2.
Josué, D-11.
Klippel, K-5.
Küss, Ao-1.
Labadie-Lagrave, D-1.
Labbé, L-6.
Lacombe, I-3.
Laffitte, V-2.
Lamy, B-2.
Landouzy, L-1.
Landrieux, J-1.
Launois, K-4.
Le Gendre, J-5.
Legry, B-1.
Le Noir, E-8.
Lermoyez, E-3.
Lesage, Ac-2.
Letulle, O-1.
Lion, C-4.
Macaigne, E-13.
Marfan, S-6.
Marie (P.), X-1.
Marie (R.), Am-1.
Martin (H.), M-2.
Mathieu (Albert), V-1.
Ménétrier, K-2.
Merklen, L-2.
Méry, Ai-1.
Moizard, S-2.
Morel-Lavallée, D-4.
Moutard-Martin, D-2.
Muselier, A-2.
Netter, T-1.
Œttinger, N-2.
Oulmont, D-3.
Parmentier, K-9.
Petit, A-6.
Porak, Ab-2.
Queyrat, H-2.
Raymond, Y-1.
Renault, H-1.
Renaut, T-5.
Rénon, C-5.
Richardière, S-5.
Robin, I-4.
Roger, D-7.
Séglas, X-5.
Sergent, F-8.
Sevestre, Z-1.
Siredey, E-2.
Souques, Aa-1.
Talamon, M-1.
Tapret, J-2.
Thibierge, Q-2.
Thiroloix, Aj-1.
Thoinot, E-5.
Toupet, D-6.
Triboulet, Ag-1.
Troisier, I-2.
Vaquez, E-6.
Variot, S-4.
Voisin (J.), Y-4.
Widal, G-2.
Würtz, Af-1.

CHIRURGIENS

et assistants de consultations de chirurgie.

Albarran, R-3.
Arrou, P-13.
Auvray, N-5.
Bazy, I-5.
Berger, F-5.
Beurnier, K-12.
Blum, E-11.
Broca, S-9.
Campenon, D-9.
Chaillous, J-12.
Chaput, O-2.
Chevalier, M-5.
Cunéo, D-12.
Delbet, L-5.
Demoulin, R-4.
Faure, Aa-2.
Félizet, Z-3.
Gosset, F-9.
Grivot, J-11.
Guillemain, P-11.
Guinard, P-9.
Guyon, F-6.
Hartmann, J-10.
Herbet, L-11.
Humbert, H-3.
Jalaguier, U-2.
Kirmisson, S-8.
Lapersonne (de), A-8.
Launay, E-10.
Lebreton, J-10.
Le Dentu, A-7.
Legueu, X-2.
Lejars, K-10.
Lenormant, L-7.
Lucas-Championnière, A-9.
Marion, A-11.
Ménard, Al-1.
Michaux, I-8.
Michon, O-5.
Monod, E-10.
Morax, J-12.
Morestin, G-3.
Mosny, E-9.
Nélaton, P-7.
Ombrédanne, K-15.
Peyrot, J-6.
Picqué, M-3.
Poirier, J-9.
Potherat, N-3.
Pozzi, Q-3.
Quénu, G-5.
Reclus, D-8.
Reynier, J-8.
Ricard, P-8.
Riche, G-7.
Richelot, G-3.
Rieffel, T-3.
Robineau, C-11.
Rochard, K-11.
Rochon-Duvignaud, S-10.
Routier, F-7.
Savariaud, J-16.
Schwartz, G-4.
Sébileau, J-11.
Segond, Y-3.
Souligoux, J-6.
Terrier, C-7.
Thiéry, E-14.
Tuffier, I-7.
Walther, C-8.
Willemin, Y-7.

ACCOUCHEURS

et assistants.

Auvard, P-10.
Bar, E-12.
Boissard, K-13.
Bonnaire, J-13.
Bouffe de Saint-Blaise, B-3.
Brindeau, E-12.
Budin, Ad-1.
Champetier de Ribes, B-3.
Doléris, O-3.
Lepage, C-9.
Macé, Ab-2.
Maygrier, D-10.
Pinard, Ae-1.
Porak, Ab-2.
Potocki, Ab-2.
Ribemont-Dessaignes, I-9.

SUPPLÉANTS

de consultations.

MÉDECINE

Audistère, A-10.
Decloux, T-5.
Delamare, V-2.
Got, I-10.
Hauser, L-6.
Herscher, N-4.
Labbé (Raoul), E-13.
Legroux, J-15.
Lippmann, D-11.
Mauté, C-10.
Oppenheim, F-8.
Poulain, O-4.
Ribierre, G-6.
Simon, M-4.
Voisin, K-14.

CHIRURGIE

Alexandre, C-11.
Blandin, O-5.
Cottu, A-11.
Frédet, J-16.
Géraud, L-14.
Gesland, L-7.
Katz, K-15.
Kendirdjy, G-7.
Labey, I-11.
Lance, G-7.
Leuret, N-5.
Mouchet, F-9.
Rénon, P-11.
Schwartz, D-12.
Vivier, N-5.

CHEFS DE CLINIQUE

MÉDECINE

Ghika, E-1.
Guillain, Y-1.
Lortat-Jacob, L-1.
Nattan-Larrier, A-1.
Paris, P-1.
Roy, An-1.
Sainton, I-1.
Terrien, S-1.

Adjoints.

Armand-Delille, S-1.
Constensoux, Y-1.
Crouzon, A-1.
Ferrand, I-1.

Juquelier, An-1.
Laignel-Lavastine, L-1.
Sabatié, P-1.

CHIRURGIE

Cathelin, F-6.
Dartigues, Q-3.
Dujarier, C-7.
Grisel, S-8.
Guibé, F-5.
Marcille, D-8.
Scrini, A-8.

Adjoints.

Iselin, F-6.
Léo, F-5.
Lœvy, Q-3.
Poulard, A-8.
Tridon, S-8.

ACCOUCHEMENTS

Herrenschmidt, I-9.
Jeannin, Ad-1.
Sauvage, Ae-1.

Adjoints.

Guéniot, Ad-1.
Le Lorier, I-9.
Mouchotte, Ae-1.

INTERNES

Abrami, Ac-2.
Agasse-Lafont, E-1.
Alquier, K-11.
Amblard, F-2.
Ameuille, J-3.
Auburtin, L-2.
Aynaud, V-1.
Bailleul, J-9.
Baldenweck, T-3.
Barbet, Y-6.
Barbier, K-10.
Barbier, J-8.
Baudoin (Emile), F-6.
Baudouin, Y-1.
Béal, A-8.
Beaufumé, F-4.
Berthaux, E-9.
Billaudet, L-3.
Blairon, Ac-1.
Blanluet, P-7.
Bloch, Q-1.
Bodolec, Al-1.
Boisseau, Q-2.
Bord, X-3.
Bornait-Legueule, E-2.
Bory, G-3.
Bouchez, K-11.
Bouchot, P-10.
Boudon, D-2.
Bourguignon, Y-5.
Bréchet, I-7.
Brelet, U-1.
Brésard, E-10.
Brissy, C-2.
Broc, K-13.
Brûlé, C-9.
Burcker, X-4.
Burgaud, E-11.
Caldaguès, J-7.
Calvet, U-2.
Camus, K-11.
Camus (Paul), E-8.
Capette, C-8.
Caraven, Q-3.
Carlotti, J-12.
Caron, P-4.
Castel (du), P-3.
Cauchois, G-4.
Cerise, J-12.
Chandesris, S-9.
Chartier, S-3.
Chiray, I-1.
Chirié, X-2.
Chochon-Latouche, S-8.
Claeys, P-9.
Claret, I-4.
Claude, P-1.
Clément, J-13.
Cléret, A-9.
Clunet, S-9.
Cotard (Lucien), V-1.
Cottard, J-9.
Cottard (Eugène), O-2.
Coutelas, S-10.
Darré, U-1.
Daversin, E-11.
David, A-7.
David, J-2.
Deglos, K-10.
Dehérain, P-3.
Delille, M-1.
Demanche, D-6.
Denéchau, S-1.
Deniker, P-13.
Descomps (Paul), A-8.
Descomps (Pierre), C-8.
Deshayes, E-5.
Desmaret, C-7.
Desmoulins, E-11.
Dézarnaulds, L-5.
Dobrovitch, P-1.
Doury, X-5.
Dreyfus, F-7.
Dupont, S-9.
Durand (Léon), A-8.
Duval, K-2.
Ertzbischoff, R-3.
Eschbach, S-4.
Esmeinn, Ai-1.
Faix, Ab-2.
Faroy, D-4.
Faure-Beaulieu, G-2.
Favreul, B-3.
Faye, Z-4.
Fayolle, H-1.
Ferrand, R-1.
Ferry, C-8.
Feuillée, Z-3.
Fiessinger, F-1.
Filhoulaud, S-8.
Florens, Af-1.
Fourmestraux (de), M-3.
Français (Henri), Y-1.
Français (Raymond), P-8.
François, K-6.
Francoz, O-3.
Gaillard, E-6.
Gaudeau, A-4.
Gaudemet, P-8.
Genevrier, J-5.
Germain, P-5.
Giret, R-4.
Giroux, M-2.
Gougerot, P-6.
Grandchamp, P-2.
Gruget, P-13.
Guillaume, P-9.
Guimbellot, S-8.
Gunbert, C-3.
Gy, Z-2.
Halbron, T-1.
Harvier, E-1.
Hautant, E-3.
Hautefort, J-8.
Hébert, S-2.
Herbinet, Ab-2.
Hérisson, R-4.
Horteloup, Ag-1.
Hubert, X-2.
Huchet, P-13.
Israël de Jong, K-7.
Jardry, A-7.
Jeannel, Y-3.
Kahn, Q-3.
Kauffmann, E-12.
Klein, P-8.
Krantz, E-4.
Küss, J-10.
Labarrière, L-4.
Laederich, K-4.
Lafosse, Z-1.
Landowski, I-3.
Lardennois, D-8.
Laurence, D-9.
Lavenant, I-7.
Lebar, I-2.
Lebret, D-1.
Leenhardt, Y-2.
Le Jemtel, E-10.
Lemaire (Henry), S-6.
Lemaire (Jules), Ak-1.
Lemaître, J-11.
Lemeland, D-10.
Le Play, A-1.
Le Sourd, F-5.
Lévy, Y-1.
Lévy-Franckel, Z-3.
Lew, N-3.
Lian, D-3.
Liné, M-3.
Lutaud, L-5.
Magitot, L-5.
Maillard, K-5.
Malloizel, N-2.
Martel (de), Y-3.
Martin, F-5.
Mathieu, R-3.
Matry, Al-1.
Maugeais, A-7.
Maugeret (Mlle), S-5.
Merry, Aa-2.
Milhit, K-8.
Mocquot, P-7.
Molimard, O-4.
Moncany, D-9.
Monier-Vinard, D-8.
Moreau, A-7.
Morel, E-10.
Morisetti, U-2.
Moutier, A-3.
Moyrand, J-15.
Muret, G-5.
Nandrot, T-3.
Nathan, C-4.
Néel, G-3.
Norero, Y-2.
Okinckzye, F-10.
Oppert, F-3.
Papin, C-7.
Pappa, F-6.
Pater, T-2.
Pathault, K-9.
Perraux, A-6.
Perrin, Al-1.
Philibert, Ai-2.
Picot, C-7.
Picquet, P-9.
Pillet, I-8.
Planson, A-9.
Poisot, Aa-1.
Poupardin, P-7.
Rabinovitch, K-12.
Ramond, G-2.
Raymond, H-3.
Renaud, Ab-1.
Renaudin, F-5.
Rendu (Albert), Y-4.
Rendu (Henri), C-6.
Reubsaët, J-8.
Ribot, K-1.
Rigollot-Simonnot, F-7.
Rivet, G-1.
Rottenstein, D-8.
Rouhier, J-9.
Rousseau, G-5.
Roussy, X-1.
Roy, P-2.
Saillant, I-8.
Sauhé, G-5.
Sénéchal, I-5.
Sezary, E-7.
Siegel, G-4.
Silva (da), J-6.
Simon, R-2.
Sourdat, N-3.
Sourdille, F-6.
Tanon, Ai-1.
Taquet, A-5.
Tassin, I-5.
Teisseire, R-4.
Thaon, L-1.
Tixier, C-5.
Tournay, X-3.
Trémolières, D-7.
Trèves, Q-3.
Trouvé, J-4.
Verliac, O-1.
Vielliard, J-1.
Villandre, T-3.
Villaret, N-1.
Vinant, H-2.
Vincent (René), X-6.
Vitemann, C-1.
Vouters, A-2.
Wicart, K-10.

INTERNES PROVISOIRES

Bailly, L-8.
Basset, T-5.
Boudet, S-7.
Boudol, X-4.
Brin, Af-1.
Broca, Ah-1.
Burnier, J-7.
Chastagnol, T-4.
Chenier, O-4.
Chenot, B-1.
Combier, X-5.
Deroide, B-2.
Deverre, X-3.
Eliot, E-13.
Flurin, G-6.
Foix, Aa-1.
Froget, P-12.
Guyader, Aa-2.
Hovelacque, L-9.
Lasnier, M-4.
Lemoine, C-1.
Macé de Lépinay, A-10.
Martin, K-12.
Moulu, X-2.
Senlecq, X-1.
Stévenin, K-14.
Strœhlin, X-6.
Troisier, I-10.
Vézard, I-6.

EXTERNES

Abbas, U-2.
Ageorges, F-3.
Aîné, E-8.
Albert, G-2.
Alexandre, F-1.
Alexandre (Paul), Ai-1.
Alexandresco, L-8.
Ali-Khan, I-5.
Ali-Khan, S-6.
Allard, I-3.
Allée, F-6.
Ameuille, D-9.
Ancibare, Ac-2.
André, P-3.
Archontakis, O-3.
Ariffef, J-4.
Armanet, K-12.
Aubry, K-9.
Auchère (Mlle), Y-3.
Aucouturier, D-2.
Audibert, Z-3.
Auguste, O-4.
Aumaître, J-2.
Aumont, S-2.
Ausset, E-5.
Avenier, E-6.
Avezou, A-9.
Bachy, R-4.
Badin, J-6.
Baissoïu, C-11.
Baize, E-5.
Bajan, I-4.
Baldini, U-2.
Ballet, R-1.
Ballu, Z-3.
Balthazarian, G-3.
Barbet, L-2.
Barillet, H-2.
Baron, G-7.
Barret, I-1.
Barthélemy, C-10.
Baudoin, T-1.
Baudry, A-7.
Baumgartner, E-10.
Bax, L-3.
Bazy, F-3.
Beauduin, B-1.
Beaujeu, E-11.
Beaussart, C-7.
Bechade, A-9.
Bechaux, J-9.
Béclère, E-8.
Bedel, Y-6.
Bédrunes, Ah-1.
Bello y Rodriguez, J-7.
Bénard, R-2.
Benazet, G-2.
Bené, M-3.
Benoist, K-13.
Benoist, T-3.
Berger (Jean), D-3.
Berger (Eugène), D-3.
Berger, D-9.
Berger (Georges), Ai-2.
Bernard, E-10.
Bernchtein, Y-2.
Berniolle, T-3.
Berthaut, A-7.
Berthonneau, K-10.
Bertier (Frédéric), Q-1.
Bertier, Q-2.
Bertrandon, O-2.
Besnier, P-5.
Beuzart, P-13.
Bezançon, P-3.
Bichon, A-8.
Bienvenue, I-7.
Biétrix, K-12.
Bignon, S-3.
Bigon, P-6.
Bilhaud, J-9.
Binet du Jassonneix, C-3.
Bion, T-1.
Birigoix, M-4.
Birnberg, A-4.
Bith, C-8.
Blain, A-11.
Blaizot, S-1.
Blanc (Louis), N-2.
Blanche, K-11.
Blechmann, I-5.
Bleirad, E-3.
Blocq, E-6.
Boirivant, Ae-1.
Boissière, Z-2.
Boivin, S-2.
Bollach, G-3.
Bompard, S-9.
Bon (de), V-1.
Bonhoure, P-11.
Bonneau-Lavaranne, Y-3.
Boquet, J-10.
Borde, K-6.
Bories, P-5.
Bory, I-3.
Bosker-Duhamel (de), J-2.
Bossoriel, L-6.
Boucaut, J-2.
Bouchaud, K-3.
Bouche, D-10.
Bougarel, S-4.
Bougon, I-3.
Bouhey, K-2.
Bouilly, T-2.
Boulakia, P-8.
Boulard, R-1.
Boulland, I-4.
Boulongne, Y-4.
Bour, J-15.
Bourdier, N-1.
Bourlier, P-6.
Bourquelot, H-2.
Bourrouillou, K-1.
Boursier, N-3.
Boutin (Gustave), S-4.
Boutin, L-1.
Boutin, U-2.
Boyé, T-1.
Brac, E-5.
Braillon, R-4.
Brémond, A-2.
Brenac, M-3.
Breteau, P-7.
Breton, S-1.
Bricout, K-13.
Bridoux, H-3.
Brissaud, A-4.
Brisset, U-1.
Brisset des Nos, S-1.
Brisson, S-9.
Brissot, C-6.
Brocq, C-7.
Bruel, Y-1.
Brunel de Serbonnes (de), G-2.
Bruslé, I-8.
Budan, K-8.
Bureau, G-7.
Burgard, E-11.
Burgaud, P-2.
Buxareo, C-3.
Cabiran, I-5.
Cadenat, P-9.
Camacho, D-10.
Camboulives, S-8.
Camercol (de), F-9.
Canque, A-8.
Cardot, J-15.
Caron, J-13.
Carrière, S-2.
Carvadias, D-8.
Castéran, E-4.
Castéran, L-2.
Cauhape, Y-2.
Cavaroz, Aa-2.
Chabrol, I-2.
Chaigneau, K-7.
Chamard, F-7.
Chamard, U-2.
Chamard-Bois, R-1.
Chambard, L-9.
Champ, P-8.
Chanal, E-11.
Chanoine d'Avranches, J-6.
Chaperon (Mlle), E-2.
Chaperon, J-10.
Charrier, J-11.
Charroppin, E-7.
Chastaing, E-3.
Chaudron, E-7.
Chaulet, F-7.
Chauveau, Q-1.

Chauveau, Q-2.
Chauveau (Camille), A-3.
Chauvois, Ac-1.
Chédeville, E-10.
Chenet, D-7.
Cheurlot, G-1.
Chevallier, E-1.
Chevallier, J-8.
Chevillotte, N-3.
Chibret, C-8.
Chiray, S-9.
Chopin, J-6.
Chouquet, K-10.
Christesco, A-10.
Cibrié, J-1.
Cier, E-1.
Ciuciu, S-5.
Clappier, S-5.
Clarac, K-8.
Cloquet, O-5.
Colibert, J-15.
Collignon, N-5.
Colombel, P-2.
Copreaux, K-6.
Coqueret, O-1.
Cordier, S-10.
Corpechot, J-9.
Corret, L-1.
Coryllos, C-7.
Cotoni, E-10.
Cottard, E-13.
Cottenot, R-2.
Cottu, I-1.
Couasnon, Ad-1.
Couput, Q-3.
Courdouan, Ac-2.
Cousin, P-3.
Couton, L-5.
Cremer, C-8.
Cremieu, E-2.
Crépin, Ac-1.
Cretaux, C-1.
Croissant, V-1.
Croste, D-10.
Cruet, I-2.
Dalmon, O-5.
Danoux, N-4.
Dardel, U-2.
Darnaudpeys, J-2.
Darrican, C-3.
Daufresne, Y-3.
Dauge, E-6.
Davesne, J-10.
David, A-7.
David, D-6.
David, K-8.
Davioud, Y-1.
Debat-Ponsan (Mlle), G-1.
Debelut, S-8.
Debonnelle, E-8.
Debré, T-1.
Déchaux, O-1.
Dehelly, P-7.
Delagenière, J-5.
Delapchier, A-10.
Delaigue, F-1.
Delarras, Z-1.
Delbarre, A-8.
Delmasure, M-1.
Delozière, T-2.
Delval, G-4.
Demarquest, S-4.
Demouchy, A-7.
Denance, A-3.
Deniau, Q-1.
Dequidt, K-11.
Deséglise, I-5.
Deslions, J-4.
Desquiens, M-3.
Dessaix, J-1.
Desvaux de Lyf, D-2.
Detré, N-2.
Dewojno, Ac-2.
Dhery, I-4.
Di Chiara, E-14.
Dinnematin, R-3.
Diverrès, I-11.
Dodeuil, J-3.
Douay, C-5.
Dournay, S-6.
Dournel, O-5.
Dragoesco, A-9.
Dreyfus, P-6.
Dubertrand, E-6.
Dubosc, A-6.
Dubus, A-9.
Dubus, Ab-1.
Duché, O-1.
Duchêne, B-3.
Duchet-Suchaux, F-6.
Duclos, R-3.
Ducournau, J-11.
Ducros, J-2.
Dufour, D-7.
Dufourmantel, A-7.
Duhamel, E-11.
Dumas, Z-1.
Dupont, D-4.
Dupu, F-1.
Dupuy, O-2.
Dupuy, O-5.
Durand (René), C-2.
Durand, K-11.
Durand, M-4.
Duranton, P-2.
Dureau, P-12.
Duru, J-2.
Duval, G-.
Duverger, K-3.
Duvoir, N-1.
Ehrenpreis, J-3.
Ekmekdjian, C-1.
Eliçaragay, M-2.
Espinet, L-8.
Eugène, P-12.
Fabignon, P-3.
Fabre, D-1.
Fabre, I-1.
Faerstein (Mlle), D-8.
Fagart, B-2.
Fasson, P-13.
Fauconnier, L-3.
Faugère, I-11.
Faugeron, N-2.
Faure-Thomas, J-10.
Faux, Z-2.
Fay, J-6.
Fenard, Q-2.
Fenestre, Y-1.
Fenouil, L-5.
Ferran, I-7.
Ferry (Charles), Q-1.
Ferté, F-7.
Feuillette, H-3.
Fiault, K-6.
Fichot, J-11.
Fimbel, T-2.
Finot, L-4.
Flandin, G-1.
Fleig, P-5.
Florenville, K-11.
Fontorbe, D-8.
Fortier, T-2.
Fortin, E-4.
Foucard, N-3.
Fouchet, I-7.
Fouquiau, P-8.
Fourcade, O-3.
Fournier, T-5.
Foy (Georges), G-2.
Foy (Robert), A-5.
Francey, R-3.
Francina, H-1.
François (Raymond), V-2.
Frick, Y-7.
Frinault, Z-2.
Gagnier, Q-2.
Gaillard, I-7.
Galippe, Ad-1.
Gallais, R-2.
Galup, S-5.
Gandt (de), F-6.
Garcin, U-2.
Garcin, Z-1.
Garipuy, U-1.
Garnier de Falletaux, Ai-1.
Garrié, K-7.
Garsaux, P-13.
Gastinel, C-7.
Gauchery, G-3.
Gaudelet, K-15.
Gaudúcheau, Q-2.
Gaujoin, R-4.
Gauthereau, K-5.
Gauthier, E-2.
Gauthier (Louis) C-5.
Gautier (Jean), D-8.
Gazagnaire, T-3.
Gelma, P-1.
Gendreau, D-5.
Gendron, J-5.
Georges, K-12.
Gérard, A-5.
Géry, C-10.
Ghys, K-9.
Gilbert, D-1.
Gillet, M-5.
Gillot, O-1.
Girard, I-8.
Giraud, J-8.
Giraud, O-1.
Girauld, A-2.
Girode, D-11.
Girou, D-4.
Giry (Mlle), E-6.
Godart, N-3.
Goldenstein, Y-5.
Gomand, Y-5.
Gosselin, P-9.
Gougelet, H-2.
Goujon, N-1.
Goupil, A-11.
Gouquet de Girac, C-4.
Grapin, M-3.
Gras, E-8.
Grasset, C-1.
Graux, P-5.
Graziani, E-8.
Grenier, Q-3.
Grivot, Ai-1.
Grunspan (Mlle), A-1.
Guénot, S-6.
Guerero, F-5.
Guérin, S-5.
Gueskine (Mlle), Ai-1.
Guiard, Y-2.
Guilbert, L-7.
Guilliermond, Y-2.
Guinoiseau, I-7.
Haas, F-6.
Haas (Emile), F-7.
Haller, A-1.
Halluin (d'), T-3.
Halma-Grand, D-8.
Halphen, E-9.
Hardivillier, M-3.
Harpey, P-7.
Harriet, K-6.
Hayes, P-4.
Hayes (René), F-8.
Hays, Ac-2.
Hennon, Ac-2.
Henouille, G-4.
Hernette, T-1.
Herny, M-2.
Hervé (Mlle), A-1.
Heuzey, Z-1.
Hillion, S-10.
Hirtz, G-2.
Hocquet, B-3.
Homery (Mlle), A-3.
Hoog, J-2.
Houdard, K-10.
Houdé, K-14.
Houlmann, C-2.
Houzel, G-5.
Hubert, A-7.
Hue, P-9.
Hugé, J-12.
Huguet, A-4.
Huleux, J-15.
Huré, E-12.
Hybord, I-7.
Israël, Ae-1.
Jacob, E-3.
Jacob, N-3.
Jacoulet, F-7.
Jacquet, A-5.
Jais, J-10.
Jardry, A-7.
Jean, K-2.
Joffe (Mlle), Z-1.
Jolivet, D-1.
Jong (Mlle de), J-10.
Jorrand, D-2.
Joubert, B-2.
Josephson, G-2.
Josseran, M-5.
Josset-Moure, C-7.
Jouenne, Z-3.
Journée, T-2.
Jousset, J-5.
Jouvin, E-3.
Judet, P-7.
Juillard, K-5.
Juin, I-1.
Jullich, H-3.
Jullien, K-15.
Jullien, K-10.
Jumentie, G-1.
Jumon, P-9.
Keller, B-1.
Kuenémann, G-4.
Labande, C-3.
Labourdette, G-4.
Labouré, T-3.
Labrunie, M-2.
Lacheny, V-2.
Laden, F-6.
Lafarcinade, D-10.
Laffont, T-5.
Lagane, P-1.
Lagrive, C-5.
Lalanne, E-4.
Lamouroux, L-2.
Lamy, S-8.
Lamy (Louis), E-13.
Landau, E-11.
Landolt, A-8.
Landry (Mlle), C-5.
Langlais, N-4.
Laroche, C-1.
Laroche, L-7.
Larroux, K-2.
Lascazas de Saint-Martin, G-7.
Lasnier, K-9.
Last, E-9.
Laux, Ai-1.
Lavallée, J-3.
Le Blaye, K-1.
Lecaplain, S-1.
Lecœur, A-9.
Le Comte, J-1.
Leconte, L-3.
Leduc, K-13.
Lefèvre, J-1.
Léger, K-7.
Léger, L-5.
Legrand, J-9.
Legroux, J-13.
Leitoutanie, Ai-2.
Lemaire, G-5.
Lemarignier, J-6.
Lemarquand, B-3.
Le Mée, K-9.
Lemercier, I-10.
Lemerle, J-11.
Lemière (Léonce), P-2.
Lemière (Raymond), J-16.
Le Mière, R-4.
Lemuet, D-6.
Lenoble, N-1.
Lenoir, A-6.
Lenormand, Ai-2.
Léon, P-10.
Lepel-Cointet, F-1.
Lerat, J-4.
Lerat, L-4.
Leroy, Ac-2.
Le Savoureux, F-4.
Lesbroussart, J-8.
Le Serrec de Kerbilly, S-1.
Levant, N-2.
Levêque, C-6.
Levert, F-4.
Levrat, O-2.
Lévy (Alfred), J-10.
Lévy (Edmond), F-4.
Lévy (Georges), J-8.
Lévy (Jules), R-3.
Lévy (Pierre), P-8.
Lévy-Bruhl, C-4.
Lhirondel, E-12.
Libert, K-2.
Liébault, G-3.
Lissonde, M-3.
Loeser (Mlle), R-3.
Loiseau, S-9.
Lomon, T-5.
Longuet, K-11.
Lorin, G-5.
Lorne, F-3.
Loubry, N-2.
Loyer, P-11.
Lucas, J-1.
Lucas-Championnière, J-13.
Lusseau, E-11.
Lutembacher, C-7.
Luzoir, L-5.
Lyon-Caen, L-9.
Magnin, Y-1.
Magrangeas, D-3.
Maigret, A-11.
Maillet, B-1.
Mairesse, F-6.
Maisons, P-11.
Mallein, L-9.
Mallet, K-10.
Malterre, C-5.
Manvilla, F-5.
Marchal, G-6.
Marcorelles, C-2.
Marcou, C-7.
Marie, G-4.
Marquet, A-5.
Marquis, G-5.
Marre, N-5.
Marsau (Félix), G-2.
Martignon, D-1.
Martin (Paul), A-1.
Martineau, A-10.
Martingay, J-5.
Mary, E-4.
Mascarenhas, J-11.
Masfrand, F-1.
Massicot, K-5.
Massonié, S-8.
Mathieu, J-11.
Maugeais, A-7.
Maune, J-6.
Maurat, D-8.
Maurios, K-10.
Maymou, P-10.
Maynier, I-2.
Mayrou, A-7.
Mazeau, K-15.
Mazingarbe, E-10.
Ménard, E-7.
Ménard (Louis), C-8.
Ménard (Pierre), D-3.
Merle, Y-1.
Merle, J-7.
Merlot, P-2.
Mesnager, S-1.
Metzger, P-13.
Meusnier, A-8.
Meyer-Heine, L-6.
Meygret, C-1.
Mezerette, Q-1.
Miégeville, J-8.
Miginiac, D-3.
Mignard, Ak-1.
Milan, Q-1.
Milliot, P-8.
Minaud, J-12.
Minot, J-5.
Minot, M-2.
Mion, R-4.
Miser, V-1.
Mistet, F-6.
Moch, V-1.
Molard, E-10.
Molina, E-2.
Molumar, Ac-1.
Monier, S-2.
Monin, G-5.
Monnet, O-1.
Monnier, C-4.
Monnot, Ae-1.
Monory, Z-3.
Monsaingeon, F-1.
Montreuil (Mlle), I-5.
Mora, P-13.
Mora, Q-3.
Morancé, D-6.
Moraut, I-3.
Moreau, L-4.
Moreau, A-7.
Morellet, Q-3.
Morellot, Q-1.
Moriez, R-4.
Mornard, L-5.
Mornet, L-1.
Mosqueron, A-1.
Mousnier, Q-1.
Moutrier, A-9.
Muret, K-7.
Nachmann, J-8.
Nachmias, D-11.
Naudascher, Ah-1.
Nayville (de), E-1.
Née, C-6.
Nepper, V-1.
Nepveu, D-7.
Nespoulous, Ad-1.
Nicaud, P-9.
Nicolas, B-2.
Nicolas, K-5.
Ninon, F-6.
Noé, S-4.
Noël, E-14.
Nogier, S-1.
Odoul, J-4.
Offret, A-8.
Oudiette, J-8.
Pageot, C-5.
Paillard, A-1.
Pakowski, A-6.
Parel, E-12.
Parès, B-1.
Pascalis, Y-3.
Patry, O-1.
Paul, E-5.
Paul-Boncour, J-3.
Pelaroy, Z-3.
Pélissier, N-1.
Pelletier, I-4.
Pellot, D-9.
Peraldi, D-1.
Perdoux, C-11.
Péré, G-7.
Perier, P-13.
Perineau, J-3.

Pérol, A-5.
Péron, E-9.
Perrier, K-4.
Perron, Q-2.
Pestel, P-4.
Petel, E-7.
Petit (Constant), G-2.
Peyrache, S-5.
Phelip, S-9.
Philippon, S-6.
Picaud, J-13.
Pichard, I-8.
Picot, K-11.
Pignerol, M-1.
Pinard, E-12.
Piot, A-7.
Pironneau, G-2.
Plée, Ah-1.
Plivard, D-9.
Poirrier, P-8.
Poisson, B-2.
Pontico, F-8.
Popovitch, O-2.
Portocalis, C-9.
Potelet, Z-2.
Pottet, C-10.
Poyet, E-3.
Prélat, I-1.
Presbéanu, E-4.
Prével, P-9.
Prost, F-1.
Pruvost, R-4.
Pujos, K-14.
Queille, G-5.
Quemper (de) F-9.
Quertant, M-3.
Quinquaud, K-1.
Quinqueton, E-14.
Rabasse, J-3.
Rabinovici, T-1.
Rafinesque, M-1.
Raillet, U-1.
Rais, B-1.
Rallier, A-8.
Ramus, U-1.
Raoulx, R-1.
Rasis, Z-3.
Raulot-Lapointe, P-10.
Ravry, Ac-1.
Regnard, L-3.
Regnard, T-3.
Rembert, F-8.
Renaud (Albert), J-8.
Renault, Ac-1.
Renon (Mme), A-3.
Ribérol, S-3.
Riché, P-10.
Richet, L-1.
Rieffel, T-3.
Risacher, K-8.
Robert, P-1.
Roblin, P-1.
Rocca-Serra (de), I-1.
Roche, P-4.
Rogery, S-8.
Rol (Mme), K-4.
Rolet, T-3.
Roncé, K-12.
Ronnaux, Ac-1.
Roucayrol, F-5.
Rouchy, P-7.
Roudinesco, F-3.
Rougé, P-6.
Rouget, J-9.
Roulland, O-3.
Roullier, J-4.
Rousseau, J-1.
Rousseau, E-14.
Rousseau-Langwelt, A-4.
Roussel, C-4.
Roussellier, A-5.
Rousselot, G-4.
Rousselot, E-9.
Roux (Jean), C-2.
Roux, D-2.
Roux (Etienne), Y-4.
Roy, Q-1.
Rucker, Ad-2.
Saison, D-4.
Salin, L-1.
Salomon, J-16.
Samson, C-6.
Sassain, J-16.
Sauphar, C-4.
Savouré, S-3.
Saz Caballero (del), P-4.
Schaeffer, G-6.
Schliessinger, Q-3.
Schneider, F-5.
Schnuergeld, Z-2.
Schreiber, J-5.
Sédillot, D-6.
Ségal, F-4.
Segard, J-10.
Seguinot, Z-3.
Seigneuret, C-3.
Séjournet, R-4.
Séjournet, C-9.
Serbource, P-4.
Sérée, A-2.
Serou, P-7.
Sevestre, K-4.
Sfreleski, S-9.
Siguret, E-1.
Sigwalt, C-2.
Simonin, K-4.
Simonot, Z-1.
Sinaud, G-4.
Smolizansky, F-9.
Sorrel, D-3.
Sotiropoulo, O-2.
Soubeyre, A-6.
Soubies, I-11.
Sourdeau, U-2.
Sourdel, I-8.
Stepowski, C-2.
Stern, P-5.
Strauss, Q-1.
Streiff, F-6.
Tagrine, M-3.
Tanzi, J-6.
Tarrade, S-9.
Tastevin, A-5.
Taubé, E-4.
Taubmann, O-4.
Tchebotarewsky, S-3.
Testard, H-3
Thévenin, J-5
Thibault, Ae-1.
Thibault, F-1.
Thibout, I-5.
Thiel, P-3.
Thyebault, S-9.
Tison, K-8.
Tixier, Q-1.
Toufesco (Mlle), J-12.
Toulant, R-3.
Toupet, G-5.
Touraine, C 8.
Toutain, Ac-1.
Trannoy, N-3.
Trechtchenkov (Mlle) S-8.
Tremblin, L-8.
Triqueneaux, Z-2.
Trocmé, D-7.
Tronc, I-10.
Trotain, C-11.
Tschernisek, Q 3.
Uhry, P-12.
Vaillant, G-1.
Vallet, T-2.
Vanel, K-9.
Vaucher, F-5.
Vaugiraud (de), K-1.
Vaury, K-1.
Verani, P-12.
Verdoux, E-8.
Vergne, A-7.
Vermorel, E-1.
Vernes, L-2.
Verrier, H-2.
Versepuech, I-10.
Veteau, A-2.
Vidal, O-1.
Viel, Ad-1.
Vigneras, S-4.
Viguerie, Q-1,
Villejean, A-10.
Vinceneux, C-4.
Vinchon, H-1.
Vinçon, J-4.
Violle, F-6.
Vivicorsi, A-2.
Vosy, F-5.
Vuilliet, J-9.
Watel, Af-1.
Wattez, H-1.
Weill (André), C-7.
Weill, P 13.
Weissenbach, Q-2.
Wilhem, L-5.
Willette, R-1.
Woimant, C-8.
Wolff, I-8.
Wollfromm, J-6.
Worth, D-8.
Woylanski, D-4.
Wulfing, F-5.
Wünschendorff, I-2.
Ymonet, C-8.
Yuzbachian, Aa-1.
Zacharopoulos, O-2.
Zaepffel, T-4.
Zislin, M-1.

ANALYSES

Les hernies par glissement du gros intestin. (Amédée Baumgartner. Th. de Paris, 1905.) — Cette intéressante thèse contient une revue générale de la question et des recherches originales.

L'auteur base son étude sur 159 observations, dont 8 inédites. Il classe les hernies par glissement en trois groupes : 1° hernies où le gros intestin est *dans le sac*, mais dont un *méso* le rattache à une des parois; 2° hernies à *sac incomplet*, où le gros intestin est *en dehors du sac*, dans lequel il proémine, et dont il constitue une des parois; 3° hernies *sans sac*, où le gros intestin est dans le tissu cellulaire, complètement dépourvu de séreuse.

Il appelle l'attention sur la disposition des enveloppes péritonéo-sacculaires du gros intestin et divise à ce propos les hernies en deux variétés, celles où le péritoine y rappelle la disposition qui est *normale dans l'abdomen*, et celles où la disposition est *anormale* : la pathogénie doit d'abord éclaircir ce premier point avant d'établir le mécanisme des hernies par glissement. Les dispositions anormales sont dues à des accolements exagérés, qui peuvent se faire avant que la hernie ne soit constituée, et être congénitaux ou acquis, ou se faire dans la hernie même, transformant une hernie banale en hernie à sac incomplet ou sans sac. La cause de glissement n'a rien à voir pour les hernies *acquises* avec la disposition du péritoine. Ces hernies acquises peuvent être *primitives*, quand le gros intestin descend le premier, ou *secondaires*, soit à la traction d'une anse intestinale voisine, soit à la traction du péritoine de la fosse iliaque, auquel adhère le gros intestin, par distension du sac d'une hernie banale. Quant aux hernies *congénitales*, elles sont dues à un accolement prématuré de l'anse colique, qui surprend la glande génitale avant sa descente, de telle sorte que celle-ci l'attire avec elle dans les bourses.

L'auteur signale deux particularités : la *descente du rein consécutive* à la traction du péritoine et du gros intestin hernié, et les *déviations et coudures des gros vaisseaux et de l'aorte*, dont il a rencontré deux cas. Ces déviations prouveraient le peu d'importance des vaisseaux comme moyen de fixité des viscères puisque la moindre traction les altère; elles entrent probablement en jeu pour troubler la nutrition des viscères ptosés, et prédisposent à certaines complications.

Huit planches démonstratives accompagnent ce travail, qui se termine par une critique des procédés de *traitement*. L'auteur y ajoute une technique basée sur le dédoublement des lames d'accolement péritonéal et sacculaire, permettant de libérer le gros intestin hernié, sans déchirer sa paroi et blesser ses vaisseaux.

A. Lemierre.

Recherches sur l'influence exercée par la section transversale de la moelle sur les lésions secondaires des cellules motrices sous-jacentes et de leur réparation. (Parhon et Goldstein. *Revue neurol.*, 1905, p. 205-211.) — La section du sciatique dans le creux poplité, chez divers animaux, donne une légère chromatolyse périphérique des cellules des groupes postéro-externe et post-postéro-externe de la moelle lombaire : une section transversale de la moelle au-dessus de la région lombaire augmente ces lésions et empêche leur réparation. Il ne s'agit pas d'infection, puisque, au-dessus de la section, les cellules demeurent saines. Donc le cerveau a une influence trophique sur la moelle.

L. Alquier.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Savoie-Express. — A l'occasion de l'ouverture de la saison thermale d'Aix-les-Bains, la compagnie P.-L.-M. mettra en marche, entre Paris et Chambéry et retour, à partir du 16 mai, un train de luxe « Savoie-Express », composé de wagons-salons et d'un wagon restaurant.

Ce train aura lieu trois fois par semaine, savoir :

De Paris sur Chambéry, les mardis, jeudis et samedis (départ de Paris à 11 h. 20 matin);

De Chambéry sur Paris, les lundis, mercredis et vendredis (départ de Chambéry à 10 h. 6 matin).

Le premier départ de Paris aura lieu le mardi 16 mai.

Le premier départ de Chambéry aura lieu le mercredi 17 mai.

Le dernier départ de Paris aura lieu le jeudi 28 septembre.

Le dernier départ de Chambéry aura lieu le vendredi 29 septembre.

A partir du 1er juillet jusqu'à fin septembre, ce train sera prolongé sur Genève et sur Evian.

Il prendra des voyageurs à et pour tous ses points d'arrêt, dans la limite des places disponibles.

N° 56. — MARDI 16 MAI 1905. 78e ANNÉE. MARDI 16 MAI 1905. — N° 56.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

LE CONGRÈS DE RADIOLOGIE DE BERLIN, par M. HENNECART (de Sedan).

ANALYSES

Sur la présence de spirochaètes dans le suc des ganglions lymphatiques des syphilitiques. (SCHAUDINN et HAUFFMANN.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — Société de neurologie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

RÉCEPTION DES MÉDECINS ANGLAIS. — Nos confrères anglais ont quitté Paris, se dirigeant les uns vers Vichy et Évian, les autres vers Biarritz, Pau, Salies et Cauterets.

Les journaux politiques ont donné trop de détails sur cette visite pour que nous y revenions longuement. Notons seulement que la dernière journée de leur séjour à Paris a été marquée par la visite de l'hôpital anglais, de l'Institut Pasteur et par le banquet de clôture.

Après la brillante soirée du vendredi soir à l'Automobile Club, où on entendit Mme Raunay, la merveilleuse cantatrice, Fugère, Georges Berr, Mlle Bertiny, les chanteurs de Saint-Gervais, et où l'on revit avec tant de plaisir les gracieuses sœurs Mante dans leurs danses anciennes, il semblait difficile de faire mieux. Les organisateurs y ont cependant réussi et le banquet du Grand-Hôtel restera un souvenir ineffaçable pour tous ceux qui y ont assisté.

La salle des fêtes du Grand-Hôtel, où se sont trouvés réunis 425 convives, était décorée d'une façon extrêmement heureuse avec une profusion de fleurs et des motifs lumineux représentant la rose d'Angleterre, les chardons d'Ecosse et le trèfle irlandais. A la table d'honneur se trouvaient le président M. Bouchard, le colonel Lamy, représentant le président de la République, sir Francis Bertie, ambassadeur d'Angleterre, sir W. Broadbent, M. Liard, etc.

A la fin du banquet, ce fut une tempête de hourras lorsque le professeur Bouchard se leva pour lire une dépêche du président de la République et remettre en son nom, à sir Broadbent, la croix de commandeur de la Légion d'honneur.

Des toasts furent ensuite prononcés par le professeur Bouchard, sir William Broadbent, les professeurs Debove, Clifford Allbutt (de Cambridge), Pye Smith, le médecin-inspecteur Strauss, du gouvernement militaire de Paris; le general surgeon Keogh, de l'armée britannique; M. Lucas-Championnière, sir W. Macewen, l'illustre chirurgien de Glascow; M. Balzer, président de la Société médicale des hôpitaux; M. Bruchet, président du Conseil des sociétés médicales d'arrondissement, dont le toast fut particulièrement goûté; le docteur George Ogilvie, médecin de l'hôpital français de Londres, très applaudi; le docteur Monprofit (d'Angers), le docteur Linn Thomas.

A la fin de ces fêtes inoubliables, il convient de féliciter particulièrement, et notre collègue Jayle l'a fait très heureusement dans un dernier toast, les organisateurs de la réception.

Nous voulons parler de MM. Triboulet et Teissier, qui, secondés par M. Paul Lutaud et M. Steinheil, n'ont ménagé ni leur temps ni leur peine et ont fait preuve en toute circonstance d'une inlassable bonne grâce.

Mais nous tenons aussi à féliciter tout particulièrement notre excellent confrère Klefstad-Sillonville (d'Aix-les-Bains) qui est, nous ne l'oublions pas, le trop modeste promoteur de ces visites internationales.

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de médecine. — Admission.* — Epreuve de consultation écrite :

Séance du 12 mai 1905. — MM. Pissavy, 16; Garnier, 18.
Séance du 15 mai. — MM. Milian, 17; Michel, 19; Kahn, 17.

La prochaine séance — leçon clinique sur un malade — aura lieu le mercredi 17 mai, à cinq heures, à Lariboisière.

COURS PRATIQUE SUR LES MALADIES DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN. — *Service de M. le docteur Albert Mathieu.* — Sous la direction de M. Albert Mathieu, médecin de l'hôpital Andral, MM. les docteurs Jean-Ch. Roux, ancien interne des hôpitaux. assistant de la consultation des maladies de l'appareil digestif, et A. Laboulais, ancien interne en pharmacie des hôpitaux commenceront une série de leçons sur les maladies de l'estomac et de l'intestin, le lundi 29 mai 1905.

Ce cours, qui sera complet en un mois, comprendra, en dehors des leçons théoriques, une série de manipulations (repas d'épreuve, examen du suc gastrique, examen de la digestion gastrique et intestinale).

Les leçons auront lieu trois fois par semaine, au laboratoire de l'hôpital Andral, à cinq heures et demie. Les travaux pratiques auront lieu par série d'élèves, de quatre heures et demie à cinq heures et demie, avant le cours.

Pour les renseignements et l'inscription, s'adresser au laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles, tous les matins, de huit heures à midi.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 4, avril 1905.) — DALOUS et LASSERRE : Sur le processus histologique des radio-épithélites (action des rayons X sur l'épiderme normal et sur les tissus épithéliomateux). — MEZERETTE : De la compression en photothérapie (un nouveau compresseur mécanique enregistreur).

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 5, mai 1905.) LABOUGLE : Le souffle présystolique paraxyphoïdien, indice de la fatigue du cœur. — FOLLY : Considérations générales sur les adhérences intra-péritonéales douloureuses de l'intestin. — Louis BATUT : Considérations sur la chirurgie militaire française en temps de paix (*fin*). — BODARD : Essai de l'huile éthérée de fougère mâle.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 17, 25 avril 1905.) MIKULICZ : L'importance des rayons Röntgen en chirurgie. — SCHJERNING : L'application des rayons Röntgen à la guerre. — RUMPF : Renseignements donnés par les rayons Röntgen en médecine interne. — FREUND : Importance des rayons Röntgen en obstétrique et en gynécologie. — SCHMIDT : Les rayons Röntgen en dermatothérapie. — REYHER : Importance des rayons Röntgen en pédiatrie. — MILLER : Les rayons Röntgen au service de l'odontologie. — BARDELEBEN : Les rayons Röntgen en anatomie. — LEVY DORN : L'évolution de la technique radiologique. — KÜMMEL : Renseignements sur mille opérations d'appendicite.

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 52, 30 avril 1905.) Stefano MIRCOLI : L'interprétation des hyperglobulies des tuberculeux et de l'action excitatrice exercée sur elles par la tuberculine. — Ermanno CHILESOTTI : Les altérations secondaires du poumon dans les pleurésies exsudatives chroniques. — Enrico CLERICI : Contribution à l'étude des tumeurs du médiastin. — Napoleone SOMA : L'importance des ascarides dans la chirurgie abdominale. — Umberto ZAPPELLI : Un cas de guérison de méningite avec aphasie amnésique.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 18, 30 avril 1905.) P. BOUVIER : Grand traumatisme du crâne. Fracture comminutive du pariétal et du temporal. Trépanation, six heures après. — (N° 19, 7 mai 1905.) A. CORIVEAUD : Dysarthrie et ataxie transitoires chez un alcoolique.

Journal de médecine de Bruxelles. — (N° 17, 27 avril 1905.) G. BOUCHÉ : Contribution à l'étude de l'étiologie de la maladie de Friedrich. — (N° 18, 4 mai.) H. COPPEZ : Sur les symptômes oculaires de la névrose traumatique. — G. BOUCHÉ : Contribution à l'étude de l'étiologie de la maladie de Friedreich (*suite*.)

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (N° 8, 25 avril 1905.) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : Conseils pratiques pour l'administration du chloroforme. Les appareils modernes et leurs usages. — F. VIALARD : A propos d'un cas de guérison de cirrhose hypertrophique alcoolique ; amélioration par l'opothérapie hépatique.

Journal des praticiens. — (N° 17, 29 avril 1905.) RECLUS : Phimosis et circoncision. — Gilbert BALLET : Les troubles intestinaux dans la neurasthénie. — (N° 18, 6 mai.) ROUTIER : Traitement des plaies par instruments tranchants. Danger des sutures. — G. BALLET : Les troubles intestinaux dans la neurasthénie (*fin*).

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 16, 22 avril 1905.) DESPLATS : Petite épidémie de pneumonie. — (N° 17, 29 avril.) DESPLATS : Rayons X et cancers de la peau. — DERVAUX : Abcès du rein post-traumatique tardif. Néphrotomie. Guérison. — (N° 18, 6 mai.) DESPLATS : Rayons X et cancers de la peau (*suite*). — KLEIN : Ovaro-salpingite double avec hématome intra-tubaire.

Languedoc médico-chirurgical. — (N° 4, 25 avril 1905.) MAYNARD : Un cas de macroglossie.

Lyon médical. — (N° 17, 23 avril 1905.) RABOT et BOMBES DE VILLIERS : Un cas d'adénopathie trachéo-bronchique avec caverne tuberculeuse chez un enfant. — GILLARD : Epidémie de rougeole à forme gastro-intestinale. — BELBÈZE : Sur la fièvre formique. — (N° 18, 30 avril.) Ch. VINAY : La cure d'horizontalité. — F. MOUISSET et S. BONNAMOUR : Modification rare des urines dans le cours d'une dothiénentérie ; urines de coloration normale à l'émission présentant un aspect hémorragique après l'exposition à l'air ; acalptonurie probable. — (N° 19, 7 mai.) AUDRY et SARVONNAT : Rétrécissement congénital du pylore chez un nourrisson. — COTTE : Indications du traitement chirurgical de la lithiase biliaire ; choix du procédé d'après M. Hans Kehr.

Marseille médical. — (N° 8, 15 avril 1905.) PLUYETTE : Maladie de Hirschsprung. — RISS et VALLETTE : Deux cas de mort rapide chez le nouveau-né. — (N° 9, 1er mai.) RISS et et BENET : Opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique chez une femme antérieurement symphyséotomisée. — SILHOL : Occlusion intestinale chez un bébé. — DUPEYRAC : La radiothérapie dans les cancers de la peau.

Medical Record. — (N° 16, 22 avril 1905.) M. GOULD : La fonction visuelle et l'écriture oblique : ses relations avec l'hygiène scolaire, les tables à écrire, les positions vicieuses, les incurvations vertébrales et la myopie. — John MAC GRATH : L'ulcère simple de l'estomac et son traitement chirurgical. — FLOYD : Erysipèle avec production excessive de fibrine. — Julius COMROE : Un cas inusité de bradycardie. — C. WALSH : Abcès périurétral postérieur aigu.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 18, 2 mai 1905.) ARNOLD : Importance de la synthèse, de la phagocytose, de la sécrétion et de la dégénération de la graisse pour la formation du lait et du colostrum. — PFALZ : Importance de l'emmétropisation optique dans le traitement de la myopie. — SEGGEL : Sur la question de la myopie progressive. — HOLST : Contribution à l'étude de l'étiologie de la myélite transverse aiguë. — LOMER : L'antithyréoïdine de Mœbius dans la maladie de Basedow avec psychose. — DURING : Contribution à l'étude du traitement sérothérapique de la maladie de Basedow. — RUBENS : Un cas d'œdème circonscrit aigu avec albuminurie orthostatique. — NEUSTATTER : Peau humaine et électricité. — TEUHOLT : Sur l'ankylostomiase. — PAFFENHOLZ : Une seringue à irrigation simple pour la pédiatrie. — LANGE : Importance de la radioscopie en orthopédie. — DOERFLER : Expériences sur l'appendicite, avec considérations particulières sur l'intervention précoce.

Nord médical. — (N° 254, 1er mai 1905.) LEMOINE et GALLOIS : La pleurésie blennorragique. — DEBÈVE : Contribution à l'étude des corps étrangers de l'orbite.

Policlinico. — (Mai 1905.) *Section médicale*. — Goffredo MARI. La vitalité des globules blancs du sang. Nouvelles méthodes d'étude. Premières recherches. Déductions relatives à l'hypc et à l'hyperleucocytose dans les infections. — Paladino BLANDINI : La typho-nucléo-albumine et son emploi éventuel dans le diagnostic du typhus abdominal. — Nicola PENDE : Le sang dans l'ostéomalacie. — Alberto ZIVERI : La valeur diagnostique de l'inoscopie.

LE CONGRÈS DE RADIOLOGIE DE BERLIN

Par le docteur HENNECART (de Sedan),

Ancien interne des hôpitaux de Paris,

Le Congrès de radiologie (*Rœntgen Congress* pour les Allemands) tenu à Berlin du 30 avril 1905 au 3 mai, fut remarquable aussi bien au point de vue de l'ensemble des sujets traités, qu'à celui de l'exposition d'appareils, de photographies, etc., qui y était jointe.

Le Congrès fut présidé par le professeur Eberlein (de Berlin), assisté du docteur Immelmann (de Berlin), secrétaire, et du docteur Cowl (de Berlin), trésorier. 350 congressistes environ (allemands et étrangers) s'étaient rendus à l'invitation du comité. La France était représentée, entre autres, par les docteurs Béclère (de Paris), médecin de l'hôpital Saint-Antoine, les professeurs Bergonié (de Bordeaux), Bedart, Gaudier, Charmeil (de Lille), MM. Belot, Bouchacourt et Haret (de Paris), etc.

Il n'est pas dans notre intention de passer ici en revue toutes les communications faites, d'exposer en détail tous les appareils présentés. Le temps et la place nous font défaut. Ce que nous désirons, c'est donner une idée d'ensemble de ce Congrès, résumer les travaux les plus importants, les discussions les plus intéressantes qui y virent le jour (1).

Le Congrès fut ouvert le dimanche 30 avril à midi, dans le local, d'ailleurs fort bien aménagé, de la « Ressource », Oranienburgerstrasse, par le professeur Eberlein, de l'école vétérinaire de Berlin, président, assisté du délégué du ministre de l'Instruction publique, des délégués des Académies des sciences, de médecine, etc.

Le président présenta d'abord les excuses du professeur Rœntgen, actuellement professeur à Munich, l'auteur de la merveilleuse découverte qui porte son nom; puis celles du professeur von Bergmann, président d'honneur, retenu dans le sud de l'Allemagne par sa santé. Le Congrès décide aussitôt d'envoyer à chacun de ces deux maîtres une adresse particulière.

Voici la réponse de Rœntgen : « Je remercie de tout cœur les membres du Congrès de leur adresse et les prie d'agréer l'assurance de mon admiration et de ma joie de voir les résultats obtenus, depuis la découverte des rayons X, par d'autres travaux que les miens, et dont la plupart des auteurs sont réunis au Congrès. »

Le professeur Eberlein rappelle ensuite en un remarquable discours, les progrès parcourus depuis dix ans. Il montre le développement de l'enseignement de la radiologie (en allemand Rœntgenologie), l'importance de ces rayons dans les différentes sciences, en particulier dans les sciences médicales.

M. le secrétaire d'Etat Weber, représentant M. le ministre de l'Instruction publique, dit ensuite toute la joie de pouvoir apporter au Congrès les félicitations du gouvernement qui applaudit aux progrès réalisés par la découverte du Rœntgen, hier méthode de diagnostic, aujourd'hui méthode de diagnostic et de traitement.

En quelques phrases courtes, mais expressives, le docteur Léonard (de Philadelphie) se fait l'interprète des congressistes étrangers pour remercier les organisateurs.

Le docteur Immelmann, secrétaire, présente ensuite une série de nombreuses et intéressantes projections de fractures, luxations, corps étrangers, calculs du rein, affections des poumons et du cœur.

Puis la séance est levée après que l'exposition eut été déclarée ouverte.

Exposition. — A. *Appareils.* — Nous ne pouvons songer à donner ici une description de tous les appareils, réunis et fabriqués par des industriels ou des sociétés de Berlin, de Hambourg, de Dresde, d'Erlangen, etc. Les points qui nous ont le plus frappé sont les suivants : 1° Il n'a pas été exposé une seule machine statique et les renseignements fournis par divers professeurs montrent que cette machine statique est actuellement en Allemagne presque complètement abandonnée; 2° certaines maisons fabriquent d'énormes bobines de Rhumkorff, donnant jusqu'à un mètre d'étincelle (en particulier la maison Siemens et Hashke); 3° la plupart des ampoules employées sont du type Müller, la plupart sont de dimensions moyennes, mais il y en a de 15 litres et les radiologistes en demandent souvent de semblables (1); 4° la table opératoire de Perth (de Leipzig) nous a paru répondre à bien des indications; 5° Albers Schönberg (de Hambourg) a exposé une sorte de guérite en plomb où l'opérateur est complètement à l'abri des rayons Rœntgen et d'où il peut parfaitement surveiller le malade soumis à la radiographie ou à la radiothérapie; 6° pour éviter l'action funeste des rayons, différentes maisons ont exposé des tabliers en tissu spécial, des gants contenant du bismuth, des lunettes en flint, — d'autres se sont efforcés de trouver un isolateur en tissu caoutchouté pour entourer l'ampoule, sauf au niveau du rayon normal; 7° les appareils d'orthodiagraphie étaient très nombreux; 8° il y a une tendance générale à supprimer l'interrupteur : cinq exposants ont cherché à résoudre le problème. Remarqués : les appareils de Grisson, de Max Levy et de Hirschmann sur le détail desquels nous ne pouvons insister ici; 9° nombreux essais pour rendre les appareils plus portatifs et plus élégants. Plusieurs maisons ont construit des armoires renfermant tous les appareils nécessaires et relativement élégantes.

Voici l'énumération des principaux appareils présentés :

M. Grumnach (de Berlin) : nouvel appareil pour déterminer le rayon normal.

M. Gocht (de Halle) : nouveau diaphragme. Réveil automatique par minutes rappelant au médecin que le temps de pose est écoulé.

M. Max Levy (de Berlin) : nouvel interrupteur.

M. Grisson (de Dresde) : le Grisson résonateur sans interrupteur.

M. Haret (de Paris) : nouveau porte-radiomètre. Instrument très pratique, surtout depuis que les mesures électriques ont pris une si grande importance pour la radiothérapie.

B. *Photographies.* — Photographies tout à fait remarquables

(1) Ceux qui désireront avoir le texte *in extenso* des communications pourront consulter le numéro prochain des *Fortschritte auf dem Gebiete des Rœntgenstrahlen*, publiés sons la direction de Albers Schönberg, édités chez Lucas Græfe et Sillem (de Hambourg), qui paraîtra dans un mois environ.

(1) A signaler aussi une tendance à employer des ampoules (type Muller) à refroidissement, soit par une certaine quantité d'eau fixe que l'on renouvelle au fur et à mesure des besoins, soit par circulation d'eau.

du professeur Elberlein, concernant l'art vétérinaire, d'Albers Schönberg (de Hambourg), de Kœhler (de Wiesbaden) concernant la chirurgie du poumon, de Frend.

C. *Moulages.* — Le professeur Lassar expose toute une série de moulages très bien faits de cancers superficiels, cancroïdes, lupus, sarcome, favus, ulcus rodens, eczéma.

Tous ces appareils, photographies, moulages montrent que la radiologie a pris un grand essor en Allemagne. Presque tous les hôpitaux, toutes les cliniques possèdent des appareils à rayons Rœntgen. Pourrions-nous en dire autant chez nous ? Il faut espérer que l'assistance publique à Paris, les commissions administratives des hôpitaux de provinces ne tarderont pas à attribuer les fonds nécessaires à la création de nouvelles installations, d'ailleurs absolument indispensables.

COMMUNICATIONS D'ORDRE GÉNÉRAL

M. Hoffa (de Berlin) traite de **l'influence des rayons de Rœntgen sur le développement de l'orthopédie.** Il insiste sur l'importance de ces rayons pour bien connaître le développement du squelette, les malformations congénitales, les déformations de la colonne vertébrale en général et le mal de Pott en particulier. Pour cette dernière affection, les rayons X sont le meilleur moyen de diagnostic précoce. Ils sont utiles aussi pour la luxation congénitale de la hanche : ce sont eux, en somme, qui indiquent au chirurgien s'il doit suivre la méthode sanglante ou la non sanglante.

M. Grumnach (de Berlin). **Des succès du diagnostic par les rayons X dans les maladies internes.** Il traite de leur utilité dans les maladies du poumon, du cœur (en particulier de l'hypertrophie), de l'estomac, pour bien délimiter sa situation précise, pour les calculs du rein. Il signale à ce propos les dangers de la compression et rappelle un cas, opéré le lendemain par Bergmann, qui trouva un rein rempli de pus, et où la compression aurait sûrement déterminé séance tenante la diffusion de ce pus.

M. Levy Dorn (de Berlin). **Résultats de mon expérience sur les rayons X.** Dans des cas de diagnostic difficile il ne faut pas hésiter à recourir à la radiologie. Les méthodes de mesure sont très importantes à connaître. En terminant Levy Dorn explique de curieuses radiographies présentées au cinématographe (mouvements des articulations du genou et du coude).

COMMUNICATIONS D'ORDRE SPÉCIAL

1° **Os et articulations.** — A. *Anatomie.* — M. A. Bela (de Kesmark, nord de la Hongrie) présente un travail très étudié sur le développement du squelette de la main en partant du premier point osseux.

B. *Pathologie.* — M. von Leyden (de Berlin). La radiographie et les maladies de la colonne vertébrale et de la moelle épinière. L'auteur présente de remarquables considérations sur les maladies de la moelle épinière à la suite de fractures des vertèbres cervicales ; sur les compressions de la moelle dans le mal de Pott et les lésions nerveuses consécutives.

M. Ludloff. Blessures de la colonne vertébrale dans ses portions lombaire et sacrée avec projections concernant les régions lombaire et cervicale. L'auteur rapporte 5 observations concernant des ouvriers qui avaient été victimes de traumatismes de la colonne vertébrale. Les symptômes ne consistaient qu'en douleurs du dos et quelques signes nerveux. Les moyens ordinaires de diagnostic ne donnèrent rien ; mais aux rayons X on reconnut un cal et des extoses, signes de fractures anciennes.

M. Settegast (de Berlin). Diagnostic radiologique dans les blessures du tarse.

M. Zondeck. Diagnostic différentiel des altérations osseuses par la radiologie.

M. Riedinger (de Wurtzbourg). Ostéomyélite à la suite de rougeole et radiographie.

M. Bassenge. Du diagnostic de l'ostéomalacie avec l'aide des rayons X.

2° **Reins.** — M. Léonard (de Philadelphie). Mes résultats quant au diagnostic des calculs du rein et de l'uretère. Il a fait 331 examens histologiques pour rechercher des caculs. Dans 99 cas il trouva des calculs dont 65 de l'uretère, 33 du rein. Dans 3 p. 100 des cas, l'examen ne donna rien.

Discussion. — M. Cowl (de Berlin) rappelle que les calculs formés seulement d'acide urique ne donnent rien aux rayons X.

M. Albers Schönberg (de Hambourg) recommande de ne négliger aucune des autres méthodes de diagnostic, en particulier le cathétérisme de l'uretère. Il signale deux causes d'erreurs : 1° une ombre provenant du bassin ; 2° des petites pierres stercorales.

M. Holzknecht (de Vienne) a vu une fois un cas analogue.

MM. Prio et Comas (de Barcelone). Diagnostic des calculs du rein.

M. Cowl (de Berlin). Expériences sur les images données par les calculs d'acide urique et autres.

3° **Poumons.** — MM. Lenhart et Kissling (de Hambourg). Utilisation de la radiographie dans la chirurgie du poumon. — Les auteurs insistent sur l'utilité des rayons X, en particulier dans la gangrène pulmonaire. Cette méthode seule permet de localiser le foyer de gangrène et d'intervenir chirurgicalement en sachant exactement l'endroit où doit pénétrer le bistouri. Kissling présente les projections d'un malade qui ne subit pas moins de quatre opérations successives, car il se reformait sans cesse de nouveaux foyers de gangrène, et qui en fin de compte guérit. Le traitement chirurgical remplacera peu à peu le traitement médical qui donne de 75 à 90 p. 100 de mortalité, tandis que le premier permit de sauver 64 p. 100 des cas.

M. Köhler (de Wiesbaden). Diagnostic précoce de la tuberculose des ganglions trachobronchiques chez l'enfant (avec projections). — L'auteur montre une série de ganglions tuberculeux, les uns refroidis, les autres en pleine activité.

M. Becker (de Berlin) dit qu'il faut être prudent au point de vue du diagnostic de la tuberculose pulmonaire, basée uniquement sur des ganglions tuberculeux précoces.

M. Balsamoff (de Sofia) traite de l'importance des ganglions du médiastin pour le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire.

M. Hennecart (de Sedan). Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire au début par les rayons X. — M. Hennecart recherche toujours les signes de Williams (de Boston), chez les personnes soupçonnées de tuberculose pulmonaire, et dit dans quelle proportion il les a rencontrés. L'examen radiologique présenterait une grande utilité pour les enfants fréquentant les classes, les jeunes soldats, les candidats à une assurance sur la vie.

4° **Cœur.** — M. Immelmann (de Berlin) présente d'intéressantes observations sur l'orthophotographie du cœur.

5° **Estomac.** — M. Brauner (de Vienne). Diagnostic radiologique des maladies de l'estomac. — L'auteur emploie le bismuth.

6° **Cæcum.** — MM. Reitter et Weinberger (de Vienne). De la radiologie du cæcum.

7° **Diaphragme.** — M. Schurmayer (de Berlin). Les mouvements normaux et pathologiques du diaphragme.

8° **Yeux.** — M. Erzellitzer (de Berlin). Action des rayons X sur les yeux. — Les rayons X ont une action incontestable sur les yeux; on a observé des lésions de la rétine. L'auteur a cherché s'il ne serait pas possible de donner à certains aveugles dont la rétine serait saine, dont la cécité ne dépendrait que de lésions de la cornée ou du cristallin, la perception d'une certaine lumière par les rayons X en interposant entre l'œil et l'ampoule de petites lettres en plomb. Il a obtenu des résultats encourageants.

9° **Corps étrangers.** — MM. Haret et Tuffier (de Paris). Localisation et extraction des projectiles par un procédé simple basé sur la radioscopie. — Sur une bande métallique épousant la forme de la région soumise à l'examen, on reporte les quatre points représentant les points d'entrée et de sortie de deux rayons passant par le projectile, et l'on dispose une aiguille indicatrice dont la direction et la pénétration pourront toujours être retrouvées au cours de l'opération. Suivent plusieurs observations très concluantes.

10° **Rayons X et législation.** — M. Hennecart (de Sedan). Nécessité d'une législation spéciale pour les rayons X. — L'auteur rappelle les travaux de Albers Schönberg, Zilden Brown, Habbstœdter sur l'atrophie du testicule et de l'ovaire par les rayons X. Il se demande si certaines femmes, d'ailleurs très bien portantes, ne vont pas utiliser ce procédé, lorsque la technique sera définitivement établie, pour se faire rendre stériles. La loi le permet-elle? M. Hennecart passe en revue les articles du code qui pourraient s'appliquer à ce cas et montre qu'il n'existe aucun texte formel qui permette d'atteindre soit le sujet, soit l'opérateur (médecin ou même non-médecin). Ce dernier ne pourrait même pas être poursuivi pour exercice illégal de la médecine. C'est dans cet emploi des rayons X par les non-médecins que réside le danger social.

Il compare cette impunité aux peines sévères qui frappent l'avortement et trouve qu'elle ne doit pas durer. Comme les législations étrangères ne paraissent pas plus avancées que la législation française, il demande la nomination d'une commission internationale pour étudier la question.

Il trouve d'ailleurs que l'emploi des rayons X devrait être limité aux médecins seuls, ne serait-ce qu'au point de vue des radiodermites possibles.

Discussion. — M. Curella (d'Arweiler) dit que la question ne regarde pas le Congrès, mais plutôt des criminalistes.

M. Holzknecht (de Vienne) dit que le médecin ne devra jamais rendre les ovaires ou les testicules stériles pour empêcher des malades d'engendrer d'autres malades. Il rappelle que dans certains Etats d'Amérique, il est interdit aux tuberculeux de se marier.

M. Becker (de Berlin) approuve la nomination d'une commission. De plus pour permettre au Congrès de se prononcer il dépose une motion spéciale sur l'emploi des rayons X par les médecins seuls.

(Pour le vote des propositions de Hennecart et Becker, voir plus loin : *Résolutions du Congrès*.)

Radiothérapie. — M. Lassar (de Berlin) insiste sur la nécessité d'employer des appareils de mesure précis, pour doser la quantité et la qualité des rayons Rœntgen qui doivent agir sur les tissus. Grâce à ces appareils, il a pu traiter depuis trois ans un très grand nombre de malades sans avoir jamais observé un seul accident.

L'important en thérapeutique c'est de trouver des méthodes qui guérissent des cas, inguérissables par d'autres procédés. Le cancer est du nombre. Mais, hélas! tous les cancers ne sont pas encore guérissables par les rayons X. Seuls les cancers de la peau guérissent bien parce qu'ils sont superficiels. Sur le cancer du sein, l'action des rayons est incontestable, mais ce néoplasme paraît être surtout traité efficacement si, une fois l'opération faite, il y a récidive. Les rayons agissent très efficacement sur les tissus de nouvelle formation en arrêtant et même en faisant regresser leur marche envahissante. Ils ont aussi l'avantage de diminuer les douleurs dans de très fortes proportions.

L'auteur présente de nombreux cas de guérison de cancroïdes, sarcomes, lupus-favus. Il fait circuler dans l'assistance de nombreux malades, portant eux-mêmes leur moulage pris avant le début du traitement.

Il présente aussi quelques cas traités par le radium. Le radium est surtout indiqué soit pour des petites tumeurs superficielles, soit pour des ulcérations profondes anfractueuses, où les rayons X peuvent difficilement pénétrer.

M. Bouchacourt (de Paris). **De l'endoradiothérapie.** — L'auteur rappelle le principe de l'endoradiothérapie. Ses recherches expérimentales avec les pastilles de Holzknecht et Sabouraud montrent que les rayons X obtenus par la méthode unipolaire sont les mêmes que par la méthode ordinaire. Trois observations cliniques, dont deux de cancer du col utérin, prouvent que, après avoir fait absorber par contact immédiat environ 16 H. à des muqueuses, on a produit une amélioration incontestable au niveau de la lésion, durable dans un cas. L'utilité de l'endoradiothérapie est donc incontestable dans toute région où l'on ne pourra envoyer un rayon normal (affection de la langue, du larynx, du pharynx, du vagin et du col utérin, du rectum).

M. Schmidt (de Berlin) présente des malades atteints de psoriaris, lupus ordinaire, lichen ruber, sycosis, traités par les rayons Rœntgen et guéris.

M. Haret (de Paris). **Cancer du col au début, traité avec succès par la radiothérapie.** — L'auteur présente l'observation d'une femme de soixanie-quinze ans qu'un chirurgien refusa d'opérer à cause de l'âge de la malade et des lésions cancéreuses du col et des parois vaginales, et qu'il traita aux rayons X, de façon à faire absorber 4 H. par semaine. Après la deuxième séance, les douleurs diminuent pour disparaître peu à peu, et après la sixième l'ulcération était cicatrisée. L'auteur montre l'intérêt de cette observation qui montre le bénéfice que peuvent tirer les malades en essayant ce traitement avant l'opération, épreuve qu'ils accepteront plus facilement qu'une intervention et qui aura toute chance de réussite puisque la précocité du traitement est un facteur important en radiothérapie.

M. Albers Schönberg (de Hambourg) montre que des cas de sarcome de la peau sont justiciables des rayons X. Il cite plusieurs cas de guérison.

MM. Prio et Comas (de Barcelone) parlent dans le même sens et citent, en outre, plusieurs cas de guérison de cancroïdes de la peau.

M. Wohlgemuth (de Berlin) présente l'observation d'un cancer du sein traité par les rayons X et dont la guérison s'était maintenue jusqu'aujourd'hui. En revoyant le jour même le malade, il a observé toutefois un petit ganglion, qui n'exis-

tait pas au moment où sa communication a été annoncée, ce qu'il vient dire bien franchement au congrès.

M. Belot (de Paris). **De l'importance du dosage et de la méthode dans le traitement radiothérapique de quelques affections néoplasiques.**

Le radiodermite n'est jamais nécessaire à la guérison des affections néoplasiques : elle est parfois inévitable parce qu'il faut, dans certains cas, faire absorber aux tissus en une fois, une dose d'énergie X égale ou supérieure qui donne naissance à la réaction, sinon la lésion progresse. A l'appui de sa thèse, l'auteur cite un cas de chondro-sarcome et deux cas d'épithélioma qui durent être traités par doses intenses. Mais c'est une méthode d'exception, de même que la stomatite mercurielle est parfois nécessaire pour le traitement de la syphilis. D'ailleurs pour écarter tout accident grave, il est indispensable d'appliquer exactement le dosage et la méthode : sinon on n'a pas le droit de faire de la radiothérapie.

Discussion. — M. Colley (d'Insterbourg) dit que les malades atteints de cancer, surtout les femmes, redoutent le traitement chirurgical et que souvent ils ne se décident à aller consulter un chirurgien que lorsqu'ils sont inopérables. S'ils sont persuadés que les rayons Rœntgen vont les guérir, ils viendront encore plus tard consulter le chirurgien et à l'heure actuelle c'est encore le traitement chirurgical qui est le plus sûr.

MM. Kraft (de Strasbourg) et Levy Dorn (de Berlin) insistent sur certains accidents constatés dans le traitement radiothérapique du cancer, faiblesse du cœur, fièvre de résorption, augmentation du nombre des globules blancs.

M. Unger (de Berlin) dit qu'il serait aussi nécessaire de faire connaître les cas de cancer où les rayons X n'ont pas donné de résultat. Il connaît 6 cas où les malades sont morts pendant le traitement radiothérapique. Est-ce du traitement ou de la maladie ? c'est difficile à dire. En tout cas, il recommande pendant le traitement aux rayons X d'examiner assez souvent le sang et les urines.

M. Wertheim Salomonson (d'Amsterdam) a mesuré l'énergie donnée par la source électrique, l'énergie perdue dans le rhéostat intercalé dans le circuit primaire, l'énergie perdue dans l'interrupteur de Weynelt, puis l'énergie transformée et disponible au secondaire, en utilisant une méthode calorimétrique. L'effet utile est alors de 50 à 55 p. 100 de l'énergie donnée à la bobine. Avec l'interrupteur de Weynelt, l'énergie transformée n'atteint pas tout à fait 33 p. 100.

La lumière de Rœntgen provenant d'un tube relié à une bobine absorbant 100 watt est équivalente en ce qui regarde le pouvoir photochimique sur la plaque photographique à la lumière de 0,04 unités Hefner pendant le même temps et à la même distance de la plaque.

M. Gocht (de Halle) insiste sur la nécessité de protéger l'opérateur et l'opéré par des tabliers spéciaux, des lunettes de flint, des gants contenant du bismuth.

Projections. — Le lundi 1er mai, à huit heures du soir eurent lieu d'intéressantes projections : en particulier les suivantes :

M. Kummel. Maladies osseuses diverses.

M. Joachimstal (de Berlin). Luxation congénitale de la hanche.

M. Bade (de Hanovre). Même sujet.

M. Straeter (d'Aix-la-Chapelle). Calculs du rein.

M. Strassmann. Malformations doubles chez l'homme.

M. Eberlein (de Berlin). Malformations doubles chez les animaux.

M. Albers Schœnberg (de Hambourg). Une momie égyptienne.

M. Frænkel. Pieds chinois.

RÉSOLUTIONS DU CONGRÈS

Le congrès a adopté les dénominations proposées par une commission spéciale (Albers Schœnberg rapporteur) pour ce qui a trait aux rayons Rœntgen. Les voici : Rœntgenologie (science des rayons Rœntgen) — Rœntgenoscopie — Rœntgenographie — Rœntgenogramm — Rœntgen négatif — Rœntgen positif — Rœntgen diapositif — Orthorœntgenographie.

Le congrès décide la nomination :

1° D'une commission, proposée par Dessauer, composée de médecins et de techniciens pour s'entendre sur les appareils de mesure.

2° D'une commission, proposée par Hennecart pour étudier la question de stérilité possible par les rayons X et proposer, s'il y a lieu, une modification de la législation (unanimité).

Le Congrès adopte la proposition de Becher ainsi conçue : « L'emploi des rayons X est uniquement du ressort médical. En attendant un texte de loi qui le consacre, les médecins sont priés d'adresser les malades qu'ils ont à faire soumettre aux rayons Rœntgen, à leurs confrères et non pas à des non-médecins. Ce vœu sera porté à la connaissance du gouvernement et des corporations médicales. » (Unanimité.)

Le prochain Congrès international aura lieu à Amsterdam en 1908. Nous espérons que les congressistes français y seront nombreux et que nos industriels n'hésiteront pas à y exposer leurs instruments si précis, si perfectionnés.

En résumé, congrès très intéressant, dont nous conservons le meilleur souvenir, auquel vient se joindre celui des excellentes relations du représentant de la *Gazette des hôpitaux* avec ses confrères, et de leur amabilité à son égard.

Le banquet traditionnel fut très animé. Il comprenait plus de 300 convives. Après le toast si plein d'humour du professeur Lassar aux savants étrangers, le professeur Bergonié (de Bordeaux) prit la parole au nom des congressistes français. Son discours, empreint d'une rare éloquence, fut chaleureusement applaudi.

ANALYSES

Sur la présence de spirochaètes dans le suc des ganglions lymphatiques des syphilitiques. (MM. F. Schaudinn et E. Hoffmann. *Deutsche. med. Wochens.*, 4 mai 1905, n° 18, p. 711-714.) — Ces auteurs ont observé la présence constante de spirochaètes, non seulement à la surface des chancres et des papules syphilitiques, où ils avaient déjà signalé leur existence dans un travail antérieur, mais encore dans la profondeur des tissus, dans les ganglions lymphatiques des syphilitiques. Ce spirochaète, qu'ils désignent sous le nom de *Sp. pallida*, est très fin; il mesure de 4 à 14 μ de long sur 1/4 μ de large et présente de 6 à 14 tours de spire. Il se colore par l'action prolongée du mélange d'éosine-azur de Giemsa.

MM. Schaudinn et Hoffmann ont retrouvé le *Sp. pallida* chez huit syphilitiques récemment infectés (quatre semaines et demie à quatre mois), soit dans les coupes de ganglions de l'aine extirpés, soit dans le suc retiré par ponction aspiratrice de ces mêmes ganglions. L. LE SOURD.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 12 MAI 1905)

Potomanie chez un enfant. — MM. Achard et L. Ramond présentent un enfant de sept ans, pesant 15 kilos, qui boit 7 à 8 litres par jour et en urine autant. L'urine ne présente d'autre anomalie qu'une grande dilution. Le tableau clinique est celui de la polyurie essentielle, dont un nombre de cas assez important a été observé chez l'enfant.

La pathogénie de ces cas a été fort discutée. Tandis qu'autrefois divers auteurs admettaient que la polydipsie pouvait être le fait primitif et entraîner comme une conséquence secondaire la polyurie, les auteurs modernes s'accordent au contraire à considérer la polydipsie comme un simple effet de la polyurie, exclusivement motivé par la nécessité de combattre la tendance à la déshydratation. Eichhorn, notamment, à propos d'un cas observé chez un enfant, s'est livré à des recherches qui confirment cette interprétation : le sujet polyurique auquel il faisait boire un volume d'eau déterminé l'éliminait plus rapidement qu'un sujet sain, et si on lui rationnait sa quantité de boisson, l'urine ne diminuait pas de façon équivalente et une série de troubles survenaient.

Or, dans le cas de MM. Achard et Ramond, les choses se sont passées différemment. L'enfant, soumis à un régime fixe, a pu supporter le rationnement des boissons jusqu'à un litre et demi par jour pendant plusieurs semaines, sans éprouver aucun trouble. La diurèse a diminué parallèlement et le poids ne s'est pas abaissé. Il est donc manifeste que cet enfant buvait bien au delà de ses besoins, non pour satisfaire à une nécessité organique comme le vrai polyurique, ni poussé par le désir de boire des liquides ayant un certain goût comme le dipsomane, mais pour obéir à une impulsion psychique qui le portait à avaler des liquides quelconques. C'est donc d'une véritable manie qu'il s'agit ici, et cette manie de boisson peut être désignée sous le nom de *potomanie*.

Un cas de méningite tuberculeuse terminée par guérison. — MM. Claisse et P. Abrami viennent d'observer à la Pitié un malade, âgé de trente ans, manifestement atteint de méningite tuberculeuse et qui a guéri.

Cet homme, après avoir présenté pendant quelque temps des phénomènes généraux vagues, affaiblissement, céphalée, anorexie, amaigrissement, fut pris soudain de phénomènes méningés à forme délirante : délire d'action avec hallucination et impulsions violentes qui se prolongea pendant six jours. Durant ce temps, on notait en outre : une constipation opiniâtre, de la céphalée et des troubles pupillaires variés : inégalité, irrégularité, instabilité, réflexe paradoxal. Une ponction lombaire, pratiquée dès le début de ces accidents, montra une lymphocytose rachidienne abondante et pure. Malgré l'absence de bacille de Koch sur les préparations, le diagnostic de méningite tuberculeuse semblait s'imposer; comme il comportait un pronostic fatal, les auteurs ne poussèrent pas plus loin l'étude du liquide céphalo-rachidien.

Après sept jours une amélioration très nette s'étant produite, et la ponction lombaire révélant une diminution très notable de la lymphocytose, le diagnostic de méningite tuberculeuse leur sembla impossible à porter; et pour établir la nature du processus MM. Claisse et Abrami pratiquèrent l'inoculation de deux cobayes avec le liquide céphalo-rachidien. Sur les deux, l'un devient tuberculeux dans les délais et sous la forme habituelle de la tuberculose expérimentale.

D'autre part, le malade guérit au bout de quinze jours, non seulement cliniquement (car il a repris son travail), mais anatomiquement, car une ponction lombaire, pratiquée quinze jours après la cessation de tout état morbide, a révélé la disparition complète de la lymphocytose.

Le diagnostic de méningite tuberculeuse primitivement porté chez ce malade et confirmé à la fois par le cytodiagnostic et l'inoculation; et la guérison, établie par la clinique et la cytologie, montrent donc que cette méningite tuberculeuse s'est bien terminée par guérison.

Il existe dans la science quelques observations de méningites tuberculeuses guéries; moins concluantes que la précédente, car aucune n'apporte le contrôle double de la ponction lombaire et de l'inoculation elles sont cependant intéressantes. Dans un cas, celui de Freyhan, il existait des tubercules de la choroïde ; dans les autres, ceux de Gross et Barth, on trouve des bacilles de Koch sur les lames.

Si des exemples nouveaux et bien établis étaient apportés par d'autres auteurs, il y aurait lieu de reviser le pronostic absolument fatal de méningite tuberculeuse.

Cette intéressante observation de MM. Claisse et Abrami donne lieu à une discussion à laquelle prennent part MM. Moutard-Martin, Ménétrier, Labbé, Claisse, Achard, Sicard, Barbier, Comby...; il résulte de l'ensemble des faits observés par ces différents auteurs que la guérison ne saurait être considérée comme absolue. On a souvent vu des malades qui, plusieurs mois ou plusieurs années après une crise semblable, présentaient une nouvelle série d'accidents de même nature auxquels ils succombaient.

Sténose cancéreuse de l'estomac. — M. Siredey présente des pièces anatomiques provenant d'un malade atteint de sténose cancéreuse de l'estomac.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 10 MAI 1905)

Delirium tremens. — Faut-il, oui ou non, donner de l'alcool aux alcooliques atteints de delirium tremens? Telle est la question qu'a discutée la Société de chirurgie. Les chirurgiens disent oui, les aliénistes disent non.

M. Picqué est revenu sur la communication qu'il a faite dans la dernière séance pour bien expliquer à M. Broca qu'il n'a jamais entendu rayer du cadre nosologique le delirium tremens alcoolique. Il n'a eu en vue que le délire qui accompagne les traumatismes compliqués d'infection. Il l'a appelé delirium tremens à cause de ses analogies avec le délire alcoolique que M. Picqué connaît bien pour l'avoir appris, non pas avec Zola, mais bien avec Lancereaux et Magnan. Il le distingue donc du délire post-traumatique, qui mérite particulièrement l'attention des chirurgiens et qui exigerait que l'Assistance publique organisât des salles d'isolement, ces malades étant parfois dirigés inutilement sur Sainte-Anne.

M. Tuffier demande à M. Picqué si, à côté du délire post-traumatique, il n'a pas constaté des délires consécutifs à l'emploi de certains antiseptiques, de l'iodoforme par exemple.

M. Picqué répond qu'il n'en a pas observé, ce qui nous surprend, car on en a souvent observé à l'époque où l'on abusait de l'iodoforme.

C'est M. Guinard qui pose la question de savoir si l'on

doit ou non donner de l'alcool dans les cas de delirium tremens.

M. Monod dit qu'à Saint-Antoine il est de tradition de donner 1 litre de vin avec LX gouttes de laudanum aux malades pris de delirium tremens. C'est tellement de tradition que la surveillante le fait sans même demander l'avis du chef de service.

M. Berger a longtemps suivi cette pratique qui semblait donner de bons résultats. Mais ayant consulté, à ce sujet, M. Magnan, celui-ci lui a déclaré qu'il supprimait complètement l'alcool chez les alcooliques et qu'il les soumettait au régime lacté exclusif. M. Berger a jusqu'ici continué de prescrire de petites doses d'alcool et de chloral; mais il serait disposé à suivre dorénavant le conseil de M. Magnan.

Voici ce que M. Arrou a observé à Saint-Antoine pendant qu'il y était assistant de M. Monod : La surveillante dont a parlé M. Monod a une grande expérience; elle porte elle-même le diagnostic de delirium tremens; elle est formellement opposée à la morphine, au chloral, aux alcools proprement dits, mais elle affirme que ce qui donne le meilleur résultat, c'est le vin avec le laudanum.

M. Monod ajoute que M. Launay, qui a remplacé M. Arrou, a remplacé le vin laudanisé par les injections sous-cutanées de sérum.

MM. Tuffier et Routier restent fidèles au vin opiacé qui leur a toujours donné d'excellents résultats.

M. Picqué dit qu'à Sainte-Anne M. Magnan est d'une intransigeance absolue à l'égard de l'alcool contre le delirium tremens alcoolique. M. Picqué donne du thé à profusion et fait faire des injections de sérum. Cependant il donne un peu d'alcool dans les cas de délire infectieux.

Pour M. Reynier, dans les cas où les malades sont pris subitement de delirium tremens, rien ne vaut le vin opiacé.

Il y a vraiment de quoi être embarrassé entre des opinions aussi contradictoires émanant d'hommes comme MM. Magnan, Berger, Monod, Tuffier, Routier, Reynier et Picqué.

Amputation inter-scapulo-thoracique. — M. Berger fait un rapport sur une observation de M. Janbreau relative à un nouveau cas d'amputation inter-scapulo-thoracique, pour ostéosarcome de l'humérus, très analogue à celui qu'il a présenté lui-même dans l'une des dernières séances. Dans ce cas le sarcome de l'humérus ménageait l'articulation scapulo-humérale. L'opération fut faite facilement et ce malade guérit par première intention. Un an après, il succombait à la généralisation sarcomateuse. Dans le cas de M. Berger la survie fut moins longue.

MM. Janbreau et Riche ont fait une enquête sur les suites de cette opération, auprès de tous les chirurgiens; ils sont arrivés à réunir 188 cas dont 125 avec examen histologique; ils ont étudié deux points particuliers : 1° la mortalité opératoire; 2° la survie obtenue.

La mortalité pour ces 188 cas a été de 11 p. 100. Avant la description du procédé de M. Berger, cette mortalité était de 29 p. 100. Après le procédé de M. Berger, elle est tombée à 7 p. 100. Mais M. Berger fait lui-même observer que cet abaissement de la mortalité est encore bien plus le résultat des progrès de l'asepsie que le résultat de l'emploi de son procédé.

La survie moyenne obtenue par cette intervention est de vingt et un mois.

Il y a eu des cas dans lesquels la survie a été de cinq ans. Mais il y a, dans cette statistique, une cause d'erreur : les auteurs y ont compris les chondromes, les myxomes et les chondro-sarcomes. Il y a aussi une distinction à faire au point de vue de la gravité du pronostic entre les tumeurs de l'humérus et celles de l'omoplate. Ces dernières comportent un pronostic beaucoup plus grave.

Ainsi, M. Doyen, sur 73 opérations pour ostéosarcomes de l'humérus, n'a eu que 2 décès, ce qui donne une mortalité de 3 p. 100. Pour les tumeurs de l'omoplate la mortalité est de 22 à 23 p. 100. Quoi qu'il en soit la survie obtenue par l'amputation inter-scapulo-thoracique mérite qu'on prenne en sérieuse considération les avantages de cette opération.

Suture du foie. — M. Couteau communique le cas suivant : Un homme se tire un coup de révolver dans le flanc droit. Il présente des signes d'hémorragie interne; M. Couteau fait la laparotomie, trouve un gros caillot noir, cherche l'origine de l'hémorragie, trouve une plaie de deux centimètres sur la face postérieure du foie, fait une suture en surjet à deux points; sachant que le rein droit avait été également blessé, le malade ayant eu de l'hématurie, il fait une incision lombaire, trouve une déchirure qu'il suture au catgut. L'opération a duré une heure et demie; le malade, très affaibli, exsangue, est soutenu par une injection d'un litre de sérum. Après l'opération, grande agitation, subdélire, anurie, mort douze heures après. A l'autopsie, on constate que la suture du foie a bien tenu, mais celle du rein a lâché. M. Couteau estime que, malgré la grande faiblesse du blessé, il eût été préférable de faire la néphrectomie.

Amputation dans les cas de gangrène. — M. Mignon présente un soldat qui, à la suite d'une fièvre typhoïde, a eu de la gangrène du pied et de la jambe gauches. M. Jacob, dans le service duquel le malade a été transporté, a séparé le mort du vif. Deux mois après, le malade se trouvait dans un état très grave, avec récidive de gangrène. M. Mignon fit l'amputation de Sédillot. Au cours de cette amputation, pas une seule artère n'a saigné. Le malade s'est bien remis, il a recouvré ses forces. La réunion s'est faite par première intention et il a un très beau moignon. On ne sent pas encore les battements de la fémorale. M. Mignon présente ce fait à propos de la discussion soulevée, dans la dernière séance, sur un cas d'amputation sans hémorragie qui n'en guérissait pas moins bien.

M. Hartmann a pratiqué trois fois l'amputation de la cuisse pour des cas de gangrène du membre inférieur. Dans ces trois cas, il a obtenu des réunions par première intention et, dans ces trois cas, l'opération avait été également exsangue. C'est, pour M. Hartmann, affaire de bonne asepsie.

M. Berger cite un certain nombre d'observations, qui lui sont personnelles, dans lesquelles il s'agissait de gangrène par artérite chez des diabétiques; il a fait, dans ces cas, l'amputation de la cuisse; sauf chez un malade, qui était dans un état désespéré et qui a succombé aux suites de l'opération, tous les autres malades ont très bien guéri et se sont réunis par première intention.

M. Reclus cite deux observations analogues : premier cas, gangrène du gros orteil, amputation du pied sans écoulement sanguin, guérison, récidive de gangrène de la jambe un an après, amputation de cuisse sans que les autres artères donnent du sang, guérison; deuxième cas, gangrène de l'avant-pied, amputation en laissant la peau du talon, récidive, amputation de cuisse sans une goutte de sang, réunion par première intention, pas de sphacèle du lambeau, chute déterminant une ecchymose, ce qui prouve la régularité de la circulation; le malade va très bien.

L'amputation au milieu de tissus exsangues n'empêche donc pas la réunion par première intention et la guérison.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 13 MAI 1905)

Circulation capillaire et circulation parenchymateuse de la glande hépatique : conséquences morphologiques et fonctionnelles, à l'état normal et pathologique. — M. Emile GÉRAUDEL veut prouver que la différenciation du bourgeon hépatique en deux portions, l'une biliaire, l'autre hépatique, est fonction de la différence de régime circulatoire. Si l'on fait l'étude des lésions hépatiques, à la suite des irritations, au sens le plus général du mot, en limitant cette étude à la réaction du mésenchyme glissonien, on note que la prolifération mésenchymateuse se fait suivant le type normal chez l'embryon, c'est-à-dire s'accompagne de la formation des capillaires. Il en résulte pour la portion du parenchyme envahi : 1° un effacement de la circulation porto-sus-hépatique (type parenchymateux); 2° une substitution à cette circulation d'un type circulatoire capillaire. Les conséquences sont : 1° une diminution de la capacité d'écoulement du courant parenchymateux porto-sus-hépatique, et par suite l'hypertension, la gêne circulatoire dans le domaine porte, le développement des voies collatérales, et l'ascite, cette dernière pour partie du moins ; 2° une métamorphose hypotypique du tube hépatique qui prend l'aspect d'un canalicule biliaire, et par suite l'hypohépatie corrélative.

La régénération hépatique est impossible, le réseau parenchymateux, condition *sine qua non* de la cellule hépatique, ne pouvant se régénérer.

Action des solutions salines isotoniques sur les cellules altérées. — MM. ACHARD et L. RAMOND démontrent que les altérations de forme et de structure que font subir aux cellules *in vitro* certaines actions physiques ou chimiques, ne sont pas toutes irrémédiables et certaines peuvent disparaître en grande partie lorsque la cause nuisible a simplement cessé d'agir.

Ainsi les modifications dues à un milieu trop ou trop peu concentré (tonolyse) peuvent être atténuées par le passage ultérieur dans une solution saline de concentration normale. De même les modifications dues à des substances toxiques (toxolyse) peuvent être atténuées aussi par le passage dans cette solution saline pure.

Toutefois il est des altérations qui restent irréparables. Telles sont l'hémolyse et la transsudation protoplasmique produites par les liquides hypotoniques et par les solutions d'urée.

Par contre, il ne paraît pas qu'une température physiologique succédant à la congélation ou à l'exposition à + 50 degrés, exerce une action favorable sur les cellules altérées.

Influence de quelques excitations sensorielles sur le travail. M. FÉRÉ.

Le bacille fusiforme et le spirillum sputigenum dans les angines ulcéreuses. M. PLAUT.

Mesure du virus rabique. M. REMLINGER.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 11 MAI 1905)

Hémorragie bulbaire probable. — M. SOUQUES. Un homme de quarante-cinq ans a été pris brusquement, il y a onze ans, d'une hémiplégie droite, avec paralysie des Ve, VIe VIIe (paralysie à type périphérique) et VIIIe nerfs. Du côté gauche existe un tremblement intentionnel se produisant lors des mouvements rapides. Pas d'asynergie cérébelleuse.

Tabès supérieur ou méningite syphilitique de la base. — M. VINCENT. Voici encore un de ces cas si intéressants, sur lesquels MM. Guillain et Thaon ont récemment attiré l'attention : l'amaurose; le malade, ancien syphilitique, est atteint de paralysie des IIIe, XIIe et peut-être VIIe paires, et des phénomènes bulbaires. Cet ensemble symptomatique ne paraît pas dû à une tumeur, mais soit à une méningite syphilitique de la base, soit à un tabès supérieur.

Sur la démence précoce. — M. BALLET présente une femme de vingt-sept ans atteinte, depuis l'âge de vingt ans, d'une démence précoce, qui ne rentre dans aucune des quatre formes classiques : elle peut fixer momentanément son attention ; sa mémoire et son affectivité ne sont pas abolies.

Contractions synergiques paradoxales dans la paralysie faciale. — M. LAMY. Un homme de trente-huit ans, atteint, depuis l'enfance, d'une paralysie faciale, contracte actuellement son frontal toutes les fois qu'il relève la paupière. M. Lamy se demande si, pour expliquer cette synergie paradoxale, il ne faut pas invoquer une régénération vicieuse du facial dégénéré.

Anatomie de la colonne de Clarke. — M. BRUN. La colonne de Clarke est, suivant l'opinion de Mott, composée d'une série de noyaux distincts les uns des autres, que l'auteur décrit et schématise.

Maux perforants tabétiques du voile du palais. — M. MARIE. Perforations palatines très étendues après l'application d'un appareil de prothèse dentaire. La pression produite au niveau des maux perforants était minime, ce qui témoigne de l'extrême vulnérabilité des tissus. De l'avis de M. Joffroy, le traumatisme n'est même pas nécessaire : il cite un cas où une gingivite aiguë fut suivie d'atrophie et de perforation du maxillaire.

Tremblement congénital, dégénérescence chez deux faisans. — MM. RAYMOND et THAON. Les auteurs montrent deux faisans des bois (espèce commune), atteints depuis leur naissance de tremblement. Ces faisans — mâle et femelle — sont nés il y a deux ans, de parents consanguins, consécutivement à une portée de faisans blancs, donc dégénérés. Eux-mêmes sont d'aspect débile et n'ont jamais pu reproduire, soit entre eux, soit accouplés avec des faisans sains. Le tremblement, surtout vertical, indépendant de la peur, est continu. Diminuant, mais ne s'arrêtant pas par le repos, il s'exagère lors des mouvements. Le corps tremble en masse, sans oscillations spéciales pour la tête. Cette observation est à rapprocher des cas de tremblement essentiel de l'homme apparaissant dès les premiers mois, comme Raymond en a récemment vu un exemple.

Les bandelettes optiques dans le tabès avec cécité. — M. LÉRI. Dans 9 cas de tabès amaurotique, l'auteur a trouvé, dans les bandelettes optiques, un petit faisceau, résistant à la dégénération, et qu'il dit être distinct des commissures de Meynert et de Gudden.

Caractères histologiques différentiels de la paralysie générale et de la syphilis cérébrale diffuse. — MM. DUPRÉ et DEVAUX. Étude histologique de dix-huit cerveaux, d'où il résulte que :

Dans la paralysie générale, l'infiltration périvasculaire est formée presque uniquement de plasmazellen, l'écorce con-

tient de nombreuses cellules en bâtonnet; la névroglie prolifère d'une façon diffuse autour des vaisseaux : on trouve une abondante néoformation vasculaire.

Dans la syphilis, l'infiltration périvasculaire est surtout formée de lymphocytes; les cellules en bâtonnets sont rares, la prolifération névroglique se fait en foyer. Les lésions vasculaires sont caractérisées par une prolifération endothéliale énorme, et l'hypertrophie de la membrane élastique.

Dans les deux cas, on peut observer les mêmes lésions dégénératives des cellules et des fibres tangentielles.

Mélancolie avec catatonie post-choréique. Terminaison par une agonie lucide. — MM. Achard et Paisseau. A la suite d'un rhumatisme avec chorée, une jeune fille de dix-huit ans fut prise de mélancolie avec mutisme et catatonie. Atteinte ensuite de phtisie à marche rapide, elle recouvra la lucidité pendant les trois jours qui précédèrent la mort. A l'autopsie, pas de lésion cérébrale.

Hystéro-traumatisme vaccinal. — MM. Achard et Ramond. A la suite d'une inflammation post-vaccinale du bras droit ayant nécessité des pansements, un homme de soixante-quatre ans, jusque-là indemne de manifestations hystériques, fut pris d'une hémiplégie qui débuta par le bras, pour envahir la jambe, brusquement, quelques semaines plus tard. Hémianesthésie superposée aux troubles moteurs.

Myoclonie et myotonie acquises. — MM. Léopold Lévi et Benoist. Myoclonie avec réaction myotonique d'Erb apparues depuis dix-huit mois chez un homme de cinquante-huit ans, nerveux, peut-être alcoolique et syphilitique.

Ataxie vestibulaire. — MM. Raymond et Egger. Homme de quarante-deux ans, atteint de paralysie des cinquième, sixième, septième, huitième et neuvième paires droites. Marche ébrieuse avec latéropulsion droite. Pas d'asynergie cérébelleuse. Le malade n'ayant conscience des mouvements de translation que par les canaux semi-circulaires droits, comme on peut s'en rendre compte par l'épreuve de la centrifugation, les auteurs attribuent les troubles de la marche à ce défaut de fonctionnement des canaux semi-circulaires droits.

Étude du parcours des vaso-moteurs dans la moelle. — M. Egger. L'étude de la thermométrie cutanée chez un homme atteint de syringomyélie unilatérale avec syndrome de Brown-Séquard, permettrait à l'auteur de conclure qu'il y a, dans la moelle, deux groupes de fibres vaso-motrices, les unes destinées aux mains et aux pieds ne s'entrecroiseraient pas, les autres, allant à la racine des membres et au tronc, s'entrecroiseraient.

De l'audition transmise par les solides. — M. Egger. Un tabétique, ayant de l'ataxie et la perte des sensibilités seulement au membre supérieur droit, accuse pour les autres parties du squelette, au contact du diapason, une double sensation, vibratoire et acoustique, qui font défaut toutes deux, pour le squelette du membre supérieur droit, l'audition par les solides serait donc un phénomène biologique, non un phénomène physique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 22 AU 27 MAI 1905)

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 22 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. Kirmisson, Delens et Rieffel; — *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Segond, Sébileau et Gosset; — (2e série) : MM. Tuffier, Broca (Aug.) et Cunéo; — (2e partie) : MM. Roger, Legry et Macaigne; — M. Mauclaire, suppléant.

Mardi 23 mai, à une heure. — 4e (1re série) : MM. Raymond, Vaquez et Langlois; — (2e série) : MM. Gilbert, Dupré et Guiart; — M. Renon, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Schwartz et Auvray; — (2e série) : MM. Pozzi, Thiéry et Morestin; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Thiroloix et Gouget; — M. Carnot, suppléant.

5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. de Lapersonne, Marion et Rieffel; — M. Launois, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin; — M. Maillard, suppléant.

Mercredi 24 mai, à une heure. — 2e, *Salle Pasteur* : MM. Ch. Richet, Desgrez et Branca.

3e (2e partie, oral), *Salle Dubois* (1re série) : MM. Hayem, Déjerine et Balthazard; — (2e série) : MM. Blanchard, Teissier et Labbé (Marcel).

4e : MM. Pouchet, Gaucher et Macaigne; — M. Claude, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* : MM. Delens, Broca (Aug.) et Mauclaire; — M. Cunéo, suppléant.

Jeudi 25 mai, à une heure. — 3e (2e partie, oral), *Salle Vulpian* (1re série) : MM. Joffroy, Méry et Jeanselme; — *Salle Thouret* (2e série) : MM. Chantemesse, Guiart et Carnot.

Vendredi 26 mai, à une heure. — 2e : MM. Gariel, Ch. Richet et Retterer.

3e (2e partie, oral), *Salle Béclard* : MM. Landouzy, Gaucher et Macaigne.

4e, *Salle Broussais* (1re série) : MM. Hayem, Déjerine et Gley; — *Salle Corvisart* (2e série) : MM. Gouchet, Desgrez et Balthazard; — M. Broca (André), suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Sébileau et Gosset; — (2e série) : MM. Tuffier, Legueu et Rieffel; — M. Branca, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Potocki; — M. Pierre Duval, suppléant.

Samedi 27 mai, à une heure. — 4e, *Salle Charcot* : MM. Chantemesse, G. Ballet et Richaud.

5e (chirurgie, 2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Thiroloix et Gouget; — (2e série) : MM. Gilbert, Méry et Jeanselme; — (3e série) : MM. Troisier, Renon et Bezançon; — M. Carnot, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bar et Brindeau; — M. Morestin, suppléant.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

PERSONNE INTELLIGENTE ET ACTIVE, ayant nombreuses relations dans grands centres, voyagerait pour spécialités pharmaceutiques. — S'adresser au journal.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 57. — JEUDI 18 MAI 1905. 78e ANNÉE. JEUDI 18 MAI 1905. — N° 57.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Ponction lombaire dans un cas d'idiotie avec convulsions, par MM. Prosper Merklen et Albert Devaux.
Deux observations de résection cæcale, par M. Poucel.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Académie de médecine.
PRATIQUE MÉDICALE
Action thérapeutique du suc gastrique de porc sur les dyspepsies à manifestations intestinales, par M. Maurice Hepp.
NOTES DE THÉRAPEUTIQUE
CONGRÈS
Ier Congrès international de psychothérapie (Liège, 12, 13, 14 et 15 août 1905).
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)
Cancer du pylore. Symptômes et diagnostic (fin).
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONFÉRENCE SUR LA TUBERCULOSE. — M. Albert Robin a fait, lundi soir, une conférence sur la tuberculose à l'usage des gens du monde dans la salle de la Société de géographie. Dans un style net, concis et très clair, M. Robin a su aborder des questions quelque peu ardues, sans se servir d'une seule expression technique qui eût été incompréhensible pour la plupart de ses auditeurs.

Dans cette conférence que nous regrettons de ne pouvoir analyser comme elle le mérite, M. Robin s'est attaché à faire comprendre au public ces deux grandes vérités, que si la thérapeutiqne antibacillaire et le sanatorium fermé ont fait faillite dans la cure de la tuberculose, celle-ci est cependant curable, mais surtout par la cure du terrain tuberculeux.

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de chirurgie.* — Consultation :

Séance du 15 mai 1905. — MM. Dujarier, 18 1/2; Proust, 19; Mouchet, 17; Frédet, 18 1/2.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES.— Sont nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Baraduc (Ferdinand-Hippolyte) et Delineau (de Paris), et Guillaumet (d'Amiens).

M. Boutereau, pharmacien à Sainte-Foy-la-Grande (Gironde).

GUERRE. — MM. les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été maintenus ou désignés pour les postes ci-après :

M. le médecin principal de deuxième classe Mercier, placé pour ordre à l'hôpital de Bordeaux.

MM. les médecins-majors de première classe Delorme, désigné pour le 119e d'infanterie (service); — Fasquelle, pour la gendarmerie de la Seine à Paris (service); — Nabona, maintenu au 68e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Pelegry, désigné pour le 86e d'infanterie (service); — Gary, pour le 15e d'infanterie (service); — Janot, pour le 30e d'artillerie (service); — Mazellier, pour le 3e cuirassiers; — Clerc, pour le 135e d'infanterie (service); — Damond, pour le 50e d'infanterie (service).

MM. les médecins aides-majors de première classe Regnault, désigné pour la division d'occupation de Tunisie (service); — Hochwelker, pour le 3e chasseurs d'Afrique (service); — Janot, pour le 12e d'infanterie (service); — Techoueyres, maintenu au 132e d'infanterie; — Evrard, désigné pour les hôpitaux de la division d'Oran (service); — Roualet, pour le 29e d'infanterie (service); — Trille, pour le 6e d'infanterie (service); — Van Merris, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine (service).

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Dornier, pour les hôpitaux de la division de Constantine (service); — Vielle, pour le 5e bataillon d'infanterie légère d'Afrique (service); — Andrieu, pour le 122e d'infanterie (service); — Segui, pour le 11e cuirassiers (service).

M. le pharmacien-major de première classe Dulud, désigné pour l'hôpital de Bordeaux (service).

— Sont promus :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. Bruant.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. Lacronique.

Au grade de médecin-major de première classe. — M. Moingeard.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Debève.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 18, 6 mai 1905.) Netter : Méthode pour déceler les bacilles tuberculeux dans les épanchements pleuraux.

Medical Record. — (N° 17, 29 avril 1905.) J. Collins : Myclome multiple. Contribution à sa symptomatologie et à son anatomie pathologique. — Woods Hutchinson : « Laissez les poumons tranquilles dans la phtisie. » — Spivak : Aérophagie et flatulence. — A. Fedde : Conduite à tenir dans la traversée périnéale au cours de l'accouchement normal.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 16, 22 avril 1905.) E.-J. Moure : Contribution à l'étude de la chirurgie du labyrinthe. — (N° 17, 29 avril.) Joal : Odeurs et troubles cardiaques. — (N° 18, 1er mai.) Ramon de la Sota y Lastra : Corps étrangers du gosier. — P. Jacques : Du rôle pathogénique des lésions alvéolaires dans la sinusite maxillaire aiguë prolongée.

Revue médicale de l'Est. — (N° 7, 1er mai 1905.) Perrin et Blum : Petite épidémie de variole à Nancy en 1904. — Pillement : Histoire de la médecine légale en Lorraine (*suite.*)

Revue neurologique. — (N° 7, 15 avril 1905.) M. Klippel : Paralysie générale tuberculeuse (syndrome paralytique par encéphalite tuberculeuse). — M. Dide : La démence précoce est un syndrome mental toxi-infectieux subaigu ou chronique. — G. Doutrebente et L. Marchand : Considérations sur l'anatomie pathologique de la démence précoce à propos d'un cas. — (N° 8, 30 avril.) Gauckler et Roussy : Un cas de paralysie spasmodique avec lésions médullaires en foyer sans dégénérescences apparentes dans la moelle ni au-dessus, ni au-dessous de la lésion. — C. Oddo. Maladie de Recklinghausen avec pigmentation des muqueuses.

Riforma medica. — (N° 17, 29 avril 1905.) Oreste Cignozzi : Deux cas d'endothéliome de l'estomac. — Ferdinando Gangitano : Contribution à la cure des occlusions intestinales. — Giuseppe Severino : A propos du diagnostic précoce du tabes dorsal et de la valeur diagnostique de l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien dans cette maladie.

Semaine gynécologique. — (N° 17, 25 avril 1905.) Pichevin et Gooden : Des applications de glace dans le traitement des affections des femmes (*suite*). — (N° 18, 2 mai.) Pichevin et Gooden : Des applications de glace dans le traitement des affections des femmes (*suite*). — (N° 19, 9 mai.) Pichevin et Gooden : Des applications de glace dans le traitement des affections des femmes (*fin.*)

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 8, 30 avril 1905.) Hussenet : Accidents tardifs mortels consécutifs aux fractures de la base du crâne après guérison apparente.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 17, 27 avril 1905.) Burkard : Contribution à l'étude des fibromyomes primitifs des ligaments larges. — Bail : Agressinimmunité contre le bacille typhique et le vibrion cholérique. — Kikuchi : Agressinimmunité contre le bacille dysentérique. — Pirket et Schick : Sur la question de l'agressine.

PONCTION LOMBAIRE

DANS UN

CAS D'IDIOTIE AVEC CONVULSIONS

Par Prosper MERKLEN et Albert DEVAUX.

On sait que l'idiotie infantile doit être envisagée comme un syndrome lié à des lésions congénitales ou acquises variées. Comme en général il est malaisé d'en dépister la nature exacte, nous avons cru intéressant dans un cas de recourir au cytodiagnostic céphalo-rachidien pour l'élucider (1). Il s'agissait d'un enfant atteint d'hydrocéphalie avec méningite chronique, secondaire à une toxi-infection gastro-intestinale; cette détermination s'expliquait par une prédisposition indéniable du système nerveux. La notion de méningite chronique s'étayait sur une lymphocytose constatée par nous en dehors de toute crise convulsive, et nous insistions sur cette participation méningée au cours d'un processus d'ordre cérébral.

Par opposition à cette observation, nous en rapportons aujourd'hui une autre qui rentre également dans le cadre des idioties, mais où le cytodiagnostic négatif, pendant et entre les crises convulsives, permet d'écarter toute idée d'intervention méningée.

Observation. — L'enfant D... (Blanche), née le 17 février 1901, est aujourd'hui âgée de quatre ans. L'accouchement s'est bien passé, mais la mère a eu une grossesse difficile à ses débuts : douleurs intercostales, vertiges, éblouissements, nausées, poussées fébriles qui l'ont obligée à garder le lit pendant six semaines. Au bout de ce temps tout est rentré dans l'ordre, et la mère a repris son métier de passementière qu'elle n'a abandonné que quatre semaines avant d'accoucher.

Blanche D... est le septième enfant. Des six autres, trois sont morts : la première, née à sept mois et demi, a succombé au bout d'un mois; la quatrième et le sixième, nés à terme, ont été enlevés l'un à vingt-deux mois après quatre jours de maladie, l'autre à quinze mois par une gastro-entérite aiguë.

Les trois enfants survivants sont en bonne santé. Mais l'un d'eux, âgé actuellement de vingt-deux ans, a été victime il y y a douze ans d'un violent traumatisme : chute d'un troisième étage qui a occasionné des fractures des membres et a provoqué une lésion du rocher droit avec écoulements intermittents de l'oreille, sur la nature desquels nous ne pouvons avoir de renseignements précis. Il a été réformé. De plus après cette chute sont survenus des phénomènes psychiques : accès de colère subits et non motivés, besoin irrésistible de parler et d'agir sans réflexion, conduite par moments désordonnée et illogique, actes d'impulsivité et d'amoralité. Il faut également faire intervenir dans la pathogénie de ces troubles l'alcoolisme, et surtout l'absinthisme, qui ne saurait être nié. D'après la mère, avant le traumatisme, ce jeune homme aurait été d'un caractère doux et placide. Nous nous étendons sur tous ces détails, car ils ont leur importance en l'espèce; par son genre de vie et ses aberrations mentales, le malade éveilla souvent chez sa mère des émotions fort vives qui atteignirent leur maximum au moment où cette dernière était enceinte de Blanche et l'allaitait.

A sa naissance, Blanche était une enfant chétive, dont le poids ne dépassait pas 5 livres; son développement fut lent et difficile. Elle a été nourrie par sa mère durant vingt-trois mois, et c'est vers sept mois qu'elle parut pour la première fois anormale à ses parents. Son intelligence ne s'éveillait pas, ses manières contrastaient avec celles des autres enfants qu'ils avaient élevés. Elle ne fit ses premiers pas qu'à vingt-six mois, et encore à condition d'être tenue et dirigée; elle ne marcha seule qu'à trois ans et neuf mois. Le retard général de cette enfant se retrouve dans la parole, puisque maintenant encore elle ne sait articuler que les mots *papa* et *maman*. Jusqu'il y a quelques semaines, elle ne comprenait rien; elle n'avait même pas encore appris à jouer. Elle ne reconnaissait pas ses parents, ne manifestait ancun signe d'affectivité. Aujourd'hui elle paraît légèrement plus sensible à ce qui l'entoure, joue quelque peu et témoigne d'un certain plaisir à revoir son père. Toutefois elle n'aime guère la société des autres enfants et se tient plus volontiers à l'écart. Si elle se trouve au milieu d'eux, c'est surtout pour les mordre.

On est d'autre part obligé de la faire manger à la cuiller, comme si elle était à l'époque du sevrage. Elle est complètement hors d'état de s'alimenter elle-même. Du reste, elle ne se précipite pas sur la nourriture à l'instar de beaucoup de petits malades analogues; depuis trois mois seulement elle absorbe une alimentation suffisante et correspondant à peu près à ce que prennent les enfants de son âge. Auparavant, malgré les efforts de ses parents, elle ne se nourrissait guère.

Vers la même époque, ajoute la mère, la constipation fut moins opiniâtre. Jusqu'à ce moment, des lavements quotidiens étaient en effet seuls capables de provoquer des selles, qui malgré cela ne s'obtenaient que difficilement. Maintenant au contraire les selles sont spontanées et se renouvellent régulièrement chaque jour, mais gardent toujours leurs mêmes caractères objectifs de scybales sèches et dures. Cette constipation tenace date de la naissance.

Lorsqu'on regarde pendant un certain temps évoluer cette enfant, on est frappé de son entêtement persistant à recommencer plusieurs fois les actes qu'on l'empêche d'exécuter. Elle trouve de multiples stratagèmes pour approcher de son but. Aussi exige-t-elle une surveillance qui ne saurait se ralentir un instant, et cela d'autant plus qu'elle n'est jamais tranquille. Comme il est impossible de faire pénétrer dans son esprit toute notion, si simple soit-elle, force est de se borner à arrêter ses gestes, de s'opposer mécaniquement à ses mouvements incessants et souvent coordonnés en vue de l'exécution d'une idée déterminée. L'enfant, il est vrai, n'a nullement conscience de la valeur de cette idée et ne se rend pas compte des dangers qui y sont impliqués. Il semble qu'elle obéisse à un perpétuel besoin de bouger, et quand rien ne sollicite son attention, elle remue à vide, sans s'inquiéter de ce qui l'environne. Aussi casse-t-elle chaque jour soit un verre, soit une assiette à portée de sa main, qu'elle a saisis sans réflexion et qu'elle renverse dans son agitation. Voit-elle par contre un objet inconnu d'elle, aussitôt elle veut s'en emparer et use de tous les moyens pour y parvenir. Y réussit-elle, c'est pour le briser ou le déchirer. Enfin chaque fois qu'on est autour d'elle, elle s'efforce de vous mordre, et toute sa famille est plus ou moins victime de cette passion jamais assouvie. La mère a sur tout le corps, au ventre et à la fesse même, des traces de morsures récentes. De plus, aussitôt en possession d'un objet, elle le porte à sa bouche

(1) Prosper Merklen et Albert Devaux. Hydrocéphalie acquise, suite de gastro-entérite, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 30 mars 1902.

et le lacère, si on lui en laisse le temps et si ses dents n'ont pas à vaincre une trop forte résistance ; ses ballons, ses poupées ont été ainsi mis en morceaux. Faute de mieux, c'est à ses mains qu'elle s'en prend, et il est habituel de les lui voir profondément enfoncées dans la cavité buccale.

En général elle est accroupie par terre, riant quand on s'amuse avec elle, poussant des cris inarticulés ou émettant des sons rauques. La bouche est constamment entr'ouverte ; de temps à autre la mâchoire inférieure exécute des mouvements continus et lents dans le sens vertical. L'enfant a toutes ses dents: Les fontanelles sont soudées.

Il n'y a pas d'hydrocéphalie ; bien au contraire, on note de la microcéphalie. La croissance est normale. La démarche est assez spéciale : la petite malade avance les genoux ployés, les jambes écartées et la jambe droite surtout déviée de l'axe normal ; elle est hésitante, incertaine, les bras tendus de chaque côté, les coudes en flexion, les mains en supination, les doigts incomplètement fléchis. Ces troubles d'équilibration se retrouvent dans la station debout et l'enfant tente maintes fois de s'accrocher ici ou là.

Elle perd ses urines et ses matières, y traîne ses mains et les porte à sa bouche ; toute conception de propreté lui est complètement étrangère.

Nous n'avons pas encore parlé des convulsions, qui ne constituent pas la partie la moins intéressante de l'histoire de notre sujet. C'est un mois après son sevrage qu'elle a été frappée de sa première attaque convulsive. Ces attaques se répétèrent dès lors avec une extrême fréquence, tous les quinze jours, tous les dix jours même. Depuis le mois d'octobre dernier toutefois, après les ponctions lombaires dont nous allons parler, les convulsions ne se sont produites que tous les mois. Jamais auparavant l'enfant ne restait indemne pendant de si longs intervalles.

Les convulsions sont souvent annoncées, tandis que la physionomie a l'aspect fatigué, par une exagération de la constipation accompagnée de taches érythémateuses sous-mentionnières et vulvaires, à un tel point que la mère, voyant que l'évacuation intestinale ne s'obtient qu'au prix de lavements réitérés, prévoit les convulsions cinq à huit jours à l'avance.

Celles-ci débutent par des troubles de la musculature thoracique provoquant des mouvements d'inspiration rapides, des bruits trachéaux et des efforts semblables à ceux des vomissements ; puis ce sont des mouvements alternatifs d'ouverture et de fermeture de la bouche ; peu après surviennent des mouvements de rotation des globes oculaires, enfin les membres se prennent d'abord d'un côté et consécutivement de l'autre ; fort souvent les convulsions se localisent à nouveau sur le premier côté frappé, reprenant le second et ainsi de suite. Il en est toujours ainsi lorsque les crises sont subintrantes et se prolongent longtemps ; la mère nous dit avoir vu à plusieurs reprises les convulsions durer trois jours pleins, presque sans arrêt, chaque attaque pouvant dépasser trois heures. La face devient rouge et congestionnée ; quelquefois on note un trismus très serré, l'enfant se mord la langue, et une salive mousseuse apparaît aux lèvres ; elle ne crie jamais à ce moment.

Les choses étaient dans cet état lorsqu'en octobre 1904, l'enfant étant âgée de trois ans et huit mois, nous pratiquâmes deux ponctions lombaires. La première fut faite en dehors de toute crise convulsive. Elle fut singulièrement difficile ; l'enfant se contractait et se renversait en arrière aussitôt qu'elle sentait le contact de l'aiguille, si bien qu'il fallut lui donner à respirer un peu de bromure d'éthyle. Le liquide s'écoula normalement, sans hypertension ; la centrifugation ne révéla aucun élément cellulaire. La seconde ponction lombaire recueillit du liquide en pleine crise, et fut pratiquée environ une quinzaine de jours après la première ; les caractères n'avaient pas changé ; même absence d'hypertension et de cellules. L'aspect macroscopique du liquide ne présentait dans les deux cas rien de spécial.

Il est à noter que les crises plus espacées qui ont éclaté depuis cette époque se sont aussi montrées bien atténuées par rapport aux précédentes. Leur durée totale n'a pas jusqu'ici excédé quelques heures ; les attaques convulsives se dissipent chacune en peu de temps et il n'y en a jamais plus de trois ou quatre par crise. Les phénomènes prémonitoires identiques à ceux que nous relations plus haut dénoncent les crises et les divers temps s'en échelonnent comme nous venons de l'exposer. Les différences portent en résumé sur une moindre fréquence, une moindre durée, une moindre intensité.

Terminons en disant que dans nos diverses investigations, nous n'avons jamais relevé, ni entre ni pendant les convulsions, de modification des réflexes rotuliens ni de signe de Babinski. Il n'y a pas d'inégalité pupillaire ; le signe d'Argyll-Robertson fait défaut.

Voilà donc une enfant qui se présente à nous avec un ensemble assez caractéristique, et des stigmates assez probants pour nous permettre de porter le diagnostic de sclérose cérébrale. Mais il n'est pas de donnée qui nous éclaire sur la nature de cette sclérose. Aucun trouble d'origine méningée ne nous conduit notamment à émettre l'hypothèse de méningite ancienne, et des symptômes purement cérébraux occupent seuls la scène clinique.

L'absence d'éléments cellulaires dans le liquide céphalo-rachidien, dans l'intervalle comme dans le cours des crises, écarte aussi toute idée d'irritation méningée. Néanmoins, il est nécessaire de rappeler que dans de nombreux cas d'aliénation mentale l'un de nous a constaté, avec le professeur Nissl, des lésions de méningite chronique à types histologiques divers, sans cytodiagnostic positif pendant la vie ; il n'y a d'ailleurs rien d'étonnant à observer qu'à côté des grands processus chroniques qui atteignent les méninges, tels que le tabès ou la paralysie générale, au cours desquels la lymphocytose est constante, il en existe d'autres où cette dernière ne fasse pas partie intégrante du tableau morbide, tout au moins pendant la durée entière de l'affection. En tout état de cause, les résultats de la ponction lombaire nous montrent que, dans notre cas, il n'y a pas de processus méningé actuellement en évolution.

Le cytodiagnostic, rarement pratiqué dans l'idiotie, peut, on le voit, apporter un appoint à l'étude de ce syndrome morbide. Aussi bien serait-on inexcusable de négliger tous les moyens d'investigation lorsqu'il y a lieu de fouiller des notions encore inconnues, et la ponction lombaire s'impose évidemment chez un sujet frappé dans son axe cérébro-spinal. Rapprochons l'enfant dont nous retraçons aujourd'hui l'histoire de l'observation que nous rappelions au début de ce travail : à côté de certaines différences cliniques (microcéphalie et hydrocéphalie, absence et présence de phénomènes oculaires, fontanelles fermées et ouvertes, configuration normale des pieds

et double pied-bot talus valgus, etc.), émerge un signe anatomique plus important encore en vérité, puisque la lymphocytose céphalo-rachidienne avec hypertension qui se notait chez notre premier malade manque au contraire chez la seconde. Ainsi se poursuit sur des bases qui échappent aux contingences de la symptomatologie, une différenciation dans le groupe confus et disparate des idioties, et s'affirme mieux encore la distinction des idioties avec et sans hydrocéphalie, en tant qu'il s'agit dans l'une de ces alternatives de manifestations méningo-lymphocytiques en évolution, et dans l'autre de faits d'ordre cérébral sans ces mêmes manifestations.

Au point de vue thérapeutique, la ponction lombaire est tout aussi intéressante. L'amélioration dont nous avions déjà été témoins chez notre hydrocéphale se retrouve ici avec la même netteté : les crises s'espacent, durent moins longtemps, sont moins violentes depuis que l'enfant a été ponctionnée. Remarquons aussi que c'est à cette époque qu'elle s'est mise à marcher. Il serait excessif, croyons-nous, de n'admettre là qu'une simple coïncidence; on ne comprendrait guère que deux fois une amélioration de symptômes déjà anciens ait succédé à la pratique de la ponction. Mais cette amélioration ne saurait dépasser certaines limites. Comment, par ce procédé, espérer par exemple le développement des fonctions cérébrales dans un cerveau sclérosé? On conçoit que la parole, phénomène essentiellement cortical, ne s'installe pas plus chez cette petite malade que chez le précédent. Il y aurait de même imprudence à attribuer à cette rétrocession un caractère définitif. A ne constater qu'un arrêt de durée indéterminée dans la maladie et une tendance à la sédation, on est assuré de ne pas s'écarter de la réalité. Au surplus, quelles raisons pourrait-on invoquer contre la ponction lombaire? Et quel plus appréciable service rendre à ces jeunes enfants et à leur entourage que de réduire l'élément convulsif?

DEUX OBSERVATIONS DE RÉSECTION CÆCALE

Par le docteur POUCEL,
Chirurgien des hôpitaux de Marseille.

La résection du gros intestin étant à l'orde du jour de la Société de chirurgie, nous croyons intéressant et utile de publier les deux observations suivantes :

Observation I. — Mlle X..., vingt-trois ans, institutrice à M..., très chétive et de constitution faible, souffre du ventre depuis cinq ans. Coliques, constipation, ballonnement s'accompagnant parfois de poussées inflammatoires du côté du cæcum, qui l'oblige à garder le lit.

Entrée à ma clinique en janvier 1904, elle présente une tuméfaction douloureuse de la région cæcale remontant vers le flanc droit.

Incision de Roux. Le cæcum, du volume d'une orange, présente des bosselures molles et violacées, d'aspect tuberculeux, développées dans sa portion juxta-appendiculaire et à divers stades d'évolution. Pas d'adhérences à la fosse iliaque ni aux organes voisins, ce qui en facilite l'extériorisation et l'excision.

L'appendice est petit et sain. Au-dessus de la tumeur l'intestin est tellement dilaté qu'il suffit de borner l'intervention à l'excision de la partie malade. Suture à deux plans oblique de haut en bas, et de dehors en dedans, abouchant à plein canal et sans coudure l'iléon et le côlon ascendant. Suites normales; l'opérée peut reprendre l'exercice de ses fonctions au bout de deux mois.

Obs. II. — H. L..., vingt et un ans, souffre du ventre continuellement ou à peu près depuis trois ans, dyspepsie acide, constipation, coliques, ballonnement. Toutes les trois semaines crise d'obstruction d'une durée de huit jours, avec vomissements, température, et se résolvant par l'expulsion abondante de gaz et de matières dures quelquefois sanguinolentes.

Elle entre à l'infirmerie protestante le 1er décembre 1904. Sa crise vient de commencer plus grave que les précédentes, mais les moyens médicaux en triomphent encore.

L'examen nous montre dans la région cæcale une tumeur ovoïde à grand diamètre vertical, du volume d'une orange, dure, lisse, peu sensible à la pression, pas d'ascite. Sa mobilité transversale et l'impossibilité de la déplacer de bas en haut éloigne l'idée d'un rein prolabé et flottant.

Bien que les tumeurs de l'intestin, appréciables au palper, soient ordinairement des cancers, l'ancienneté de cette tumeur, la régularité de sa surface, exempte de bosselures, l'absence d'adhérences aux parties profondes, de mælena, d'œdème des membres inférieurs, de cachexie etc., militent contre l'hypothèse d'un néoplasme, de même que sa dureté uniformément élastique et l'absence de douleur à la pression font écarter la pensée d'une tumeur stercorale.

Par exclusion, nous sommes conduit à porter le diagnostic probable de tumeur cæcale due à une inflammation chronique.

Opération le 1er décembre avec le concours des docteurs Louge et Salvy.

Incision de Roux. La tumeur occupe le cæcum; elle est extériorisée ainsi que le côlon ascendant dont le méso renferme trois ganglions hypertrophiés de la grosseur d'une amande. Je pratique l'excision du tout, mais pour assurer l'adossement de l'iléon au côlon il faut, étant donné l'état de leur mésentère, sectionner l'iléon à 8 centimètres du cæcum et le côlon transverse près de son coude droit.

Je suture les deux surfaces de section et pratique l'iléo-colostomie latérale.

La plaie est drainée à la gaze iodoformée que j'enlève après quarante-huit heures.

Suites opératoires parfaites, sauf le quatrième jour, où la température atteint 39 degrés, mais cède à d'abondantes évacuations provoquées par un lavement; après quoi tout rentre dans l'ordre, et la guérison suit son cours normal.

L'examen de la pièce a été fait par notre confrère Hawthorn.

« Cette tumeur, dit-il, a embrassé à la fois le cæcum, l'origine du côlon ascendant et la portion terminale de l'iléon. » Elle offre une forme irrégulièrement arrondie et légèrement aplatie d'avant en arrière. Sur son bord inférieur existe un rudiment d'appendice long d'un centimètre, dur, épaissi, sans cavité centrale.

En sectionnant la tumeur on traverse un tissu blanchâtre, plutôt mou, mais d'une consistance nullement homogène, avec quelques parties un peu indurées, et dans lequel ne sont plus

reconnaissables les parties constituantes de l'intestin. Çà et là quelques suffusions sanguines.

Au centre de la tumeur, on retrouve le canal intestinal très irrégulièrement calibré, réduit presque à l'état virtuel par suite de l'hypertrophie générale et renfermant deux corps irréguliers d'aspect ligneux. La muqueuse est à peine reconnaissable.

Une particularité anatomique fort curieuse, c'est qu'il existe un petit canal iléo-colique extra-cæcal, indépendant, rectiligne, long de 0m05 pouvant recevoir facilement une sonde cannelée et faisant communiquer l'iléon avec le côlon ascendant. Ce canal a extérieurement le volume du petit doigt; il s'ouvre dans l'iléon à 0m06 de la tumeur et dans le côlon à 0m04 au-dessus du cæcum.

L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'une tumeur conjonctive ayant envahi toutes les couches de la paroi intestinale dans laquelle on ne reconnaît plus que les éléments suivants : la séreuse presque intacte, de nombreux faisceaux de fibres musculaires lisses, mais bouleversés par les productions néoplasiques, et enfin la muqueuse, altérée partout, mais reconnaissable à la forme des villosités et à quelques débris glandulaires.

Le tissu conjonctif dont cette tumeur est formée se présente à tous les âges de son évolution.

Il est divisé par zones ou lobules mal limités et irrégulièrement répartis dont chacun répond à une forme conjonctive déterminée. La plupart de ces lobules ne contiennent que des cellules rondes et des vaisseaux lacunaires ou pourvus d'une ébauche d'organisation. D'autres présentent avec ces cellules rondes, un stroma très mince, très lâche, des vaisseaux un peu plus perfectionnés, et des cellules étoilées, plates, rappelant celle du tissu muqueux.

D'autres lobules sont composés de faisceaux conjonctifs parallèles séparés par des espaces lacunaires où se trouvent des hématies, des leucocytes et des vaisseaux transformés.

Il existe enfin d'autres lobules constitués par des tissus fibreux denses où les leucocytes abondent encore, mais où les vaisseaux sont nombreux et bien constitués.

En résumé, masse conjonctive richement vascularisée, constituée en majeure partie par la forme embryonnaire ou jeune et dont les éléments évoluent vers une forme adulte, soit muqueuse (rare), soit fibreuse (presque partout). Cette tendance évolutive des éléments de cette néoformation, qui apparaît à l'examen d'ensemble de toutes les parties, nous empêche de l'assimiler à un sarcome, si frappante que soit la ressemblance avec ce dernier genre de tumeur lorsque nous examinons une de ces régions jeunes à vaisseaux lacunaires.

Ces deux observations nous suggèrent les réflexions suivantes :

1° L'incision de Roux permet mieux l'extériorisation du cæcum et elle protège mieux la grande cavité péritonéale. Celle de Jalaguier permet mieux la restauration de la paroi. La première empêche l'infection, l'autre l'éventration. Il faut donc préférer la première dans la résection du cæcum et dans l'appendicite suppurée, et réserver la seconde pour les formes froides.

2° La seconde remarque à faire est que, si l'état général le permet, mieux vaudrait donner la préférence à l'opération en un seul temps, préconisée par Quénu, et avec lui par la plupart des chirurgiens, et réserver l'opération en deux temps conseillée par Mickulicz, Hochenegg, Hartmann, pour les cas où l'on a des raisons de craindre un choc opératoire trop prolongé.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 8 MAI 1905)

Pseudo-hématozoaires endoglobulaires, par M. LAVERAN — Il arrive souvent que des éléments du sang normal plus ou moins modifiés dans leur aspect, par suite de circonstances diverses, sont confondus avec des hématozoaires endoglobulaires. M. Laveran a déjà attiré à diverses reprises l'attention sur ces divers parasites (Soc. de biol., 27 mars 1897 7 avril 1900 et 25 avril 1903). Il signale aujourd'hui de nouveau quelques-unes des causes d'erreur les plus communes.

C'est ainsi que l'état vacuolaire des hématies, les hématies nucléées, les hématies mouchetées, les hématoblastes accolés à des hématies peuvent être pris pour des hématozoaires endoglobulaires.

Ces causes d'erreur sont faciles à éviter si les observateurs se familiarisent avec l'étude du sang normal.

Action élective du chloroforme sur le foie, par MM. DOYON et J. BILLET. — M. Doyon a démontré que le chloroforme détermine dans certaines conditions, parallèlement : l'incoagulabilité du sang, la disparition du fibrinogène du plasma et des lésions hépatiques. Cet auteur soutient que l'incoagulabilité du sang et la disparition du fibrinogène du plasma dépendent des lésions du foie.

MM. Doyon et Billet viennent d'étudier les lésions hépatiques qui se produisent dans ces conditions. Ils ont constaté, de plus, que le foie est lésé à l'exclusion de tous les autres organes, sauf cependant le rein.

Autres communications :

Sur la toxicité des alcaloïdes urinaires, par MM. H. GUILLEMARD et P. VRANCEANO.

Dosage du sucre dans le sang au moment de l'accouchement chez la chèvre sans mamelles, par M. PORCHER.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 16 MAI 1905)

Recherches microbiologiques sur la syphilis. — MM. METCHNIKOFF et ROUX. A l'occasion du récent travail de MM. Schaudinn et Hoffmann sur la découverte de l'agent pathogène de la syphilis (voir *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 56, p. 666), M. Metchnikoff fait, devant une salle comble, un exposé complet de la question.

Il rappelle que les recherches de Schaudinn ont eu pour point de départ les travaux de contrôle entrepris pour vérifier l'existence d'un protozoaire minuscule découvert au début de cette année par Siegel (*Abhandlungen d. K. Preus. Acad. d. Wissenschaften*, 1905).

Schaudinn ne retrouva pas le protozoaire en question, mais son attention fut attirée par des spirilles qu'il se mit à étudier méthodiquement après s'être assuré de la collaboration de

Hoffmann pour tout ce qui touche au côté médical de la question.

Des spirilles ont été souvent constatées dans les lésions des organes génitaux et même sur les muqueuses normales de ces organes.

En 1837 Donné leur attribuait le rôle d'agents pathogènes de la syphilis. Ces spirilles reconnus depuis pour indifférents n'avaient rien de commun avec ceux si fins décrits par Schaudinn.

On peut encore citer dans ce sens les travaux d'Alvarez et Tavel, de Berdal et Bataille, de Rona.

Les travaux de Schaudinn lui ont montré deux sortes de spirochaètes : le Sp. refringens, espèce banales; l'autre le Sp. pallida qui se caractérise par sa petitesse, par la forme en tire-bouchon, et par la difficulté de se colorer (*Gaz. des hôpit.*, loc. cit.)

Peut-être quelques observateurs, parmi ceux cités, ont-ils vu cette seconde espèce spirillienne; dans tous les cas ils n'ont pas reconnu sa spécificité, et leurs descriptions ne laissent aucun doute qu'ils aient eu affaire surtout au Sp. refringens.

M. Metchnikoff ne connait qu'un seul cas où l'on ait vu le Sp. pallida avant Schaudinn, seulement il s'agit d'une observation inédite de MM. Bordet et Gengou, qui, n'ayant pas réussi à le retrouver dans tous les cas, ne publièrent pas leurs recherches.

Dans 26 cas d'accidents cutanés étudiés par Schaudinn et Hoffmann, le Sp. pallida a toujours été retrouvé, quelquefois avec beaucoup de peine.

Dans 8 examens de suc ganglionnaire extrait par ponction le résultat a toujours été positif.

Ces auteurs ont envoyé des préparations à M. Metchnikoff et l'ont prié de faire des recherches de contrôle chez le singe.

« Sur 6 singes syphilitiques que nous avons étudiés, dit M. Metchnikoff, nous avons constaté la présence des spirilles dans 4 cas : sur un chimpanzé, un papion et deux macaques. L'absence de ces microbes chez un autre chimpanzé n'a rien d'étonnant, vu que la lésion était en voie de pleine guérison. Il ne reste donc qu'un macaque qui nous ait donné un résultat négatif. Mais, précisément, en présence de cette répartition si inégale et si capricieuse des spirilles, ce fait peut s'expliquer par le nombre insuffisant d'examens que nous avons pu faire.

Nos 4 examens positifs portent sur un chancre de la verge d'un chimpanzé et sur trois accidents primaires développés sur la peau des arcades sourcilières (c'est-à-dire en dehors des muqueuses) d'un papion et de macaques. La présence des spirilles pâles est très caractéristique dans ces conditions; il ne saurait être question des spirilles des muqueuses.

... Si, d'un côté, la grande ressemblance des lésions expérimentales des singes avec celles de la syphilis humaine ne peut plus être mise en doute, de l'autre côté l'identité des spirochaètes, retrouvés dans les deux cas, est tout aussi certaine. M. Schaudinn, à qui nous avons envoyé une de nos préparations contenant des spirochaètes d'un macaque, a reconnu aussi cette identité.

Les lésions de syphilis expérimentale obtenues sur les singes en d'autres endroits que la muqueuse des organes génitaux, fournit donc un argument très précieux, en faveur du rôle étiologique des spirochaètes dans cette maladie.

Après avoir fait ces constatations, nous nous sommes mis à chercher les spirochaètes pâles dans le raclage des papules secondaires de l'homme, développées sur la peau et loin de l'accident primaire des organes génitaux. Dans 4 cas sur 6 examinés jusqu'à présent, nous avons obtenu un résultat positif. Quelquefois les spirochaètes étaient fréquents et se trouvaient seuls, sans aucun autre microbe. Le fait que les spirochaètes ont été retrouvés par nous surtout dans les papules les plus jeunes, non recouvertes de croûtes et ne présentant pas de collerette, même à la loupe, indique bien que ces microbes ne peuvent être considérés comme des souillures venant du dehors et qu'ils sont apportés par le courant sanguin ou le courant lymphatique.

Malgré que nous ayons pu démontrer les spirilles pâles dans 8 cas de syphilis (4 singes et 4 hommes), sans compter quelques exemples de ces microbes dans les chancres de la verge, nous ne les avons pas encore retrouvés à l'état vivant, ce qui prouve que dans tous nos cas le nombre des spirochaètes était encore très faible.

Quant à la méthode de coloration, nous nous sommes servi de celle de Giemsa, prolongée pendant seize à vingt heures. Pour obtenir ce résultat à plus bref délai, nous avons employé la méthode de Marino, qui consiste dans le mélange de bleu d'azur en solution dans l'alcool méthylique, avec une solution aqueuse faible d'éosine. Ce procédé colore les spirochaètes pâles moins bien que celui de Giemsa, mais il a l'avantage d'être moins long. Quelquefois nous avons pu faire le diagnostic positif dans l'espace d'un quart d'heure.

Malgré la grande rareté des spirochaètes pâles dans beaucoup de cas de syphilis, nous pensons que la recherche de ces microbes pourrait être utilisée pour le diagnostic. Aussi nous comptons sur cette méthode pour différencier les accidents syphilitiques secondaires chez des chimpanzés qui sont sujets à des affections cutanées diverses, simulant parfois celles dues à la syphilis. Dans cette supposition, nous sommes soutenus par le fait qu'il ne nous a pas été possible de découvrir ces spirochaètes dans aucun cas de maladies cutanées de l'homme non syphilitiques, telles que le psoriasis, la gale et l'acné.

Il serait très important d'obtenir des cultures du spirochaète pâle, mais l'impossibilité où l'on est jusqu'ici de cultiver des spirochaètes très semblables à celui de la syphilis et que l'on trouve en abondance soit dans la fièvre récurrente, soit dans la spirillose des oiseaux, fait craindre que le problème ne soit pas résolu de longtemps. En attendant d'avoir des cultures, nous continuerons à employer, pour préparer un sérum antisyphilitique, des produits virulents tels que le sang, les ganglions lymphatiques et les liquides des accidents primaires et secondaires.

En l'absence de cultures pures, il faudra réunir un grand nombre de faits, avant de conclure d'une façon définitive sur le rôle étiologique du spirochaete pallida. Mais tout l'ensemble des données que nous venons de résumer plaide sérieusement en faveur de la thèse que *la syphilis est une spirillose chronique, produite par le* spirochaete pallida *de Schaudinn.* »

A la fin de la séance M. Levaditi a présenté des préparations d'un cas de syphilis héréditaire : dans le liquide des vésicules de pemphigus, chez un enfant de huit jours du service de M. Pinard, on trouve de nombreux Sp. pallida à l'état de pureté.

AVIS. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 10 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi coûte 25 centimes.

PRATIQUE MÉDICALE

ACTION THÉRAPEUTIQUE DU SUC GASTRIQUE DE PORC SUR LES DYSPEPSIES A MANIFESTATIONS INTESTINALES

Par le docteur MAURICE HEPP,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Au cours de mes recherches sur les propriétés thérapeutiques du suc gastrique de porc dans les états dyspeptiques, je fus naturellement amené à en étudier les effets sur les dyspepsies à manifestations intestinales.

Celles-ci sont, au point de vue clinique, assez mal définies pour qu'il soit presque toujours impossible de les diagnostiquer d'emblée; elles se manifestent par de la constipation chronique, par des diarrhées rebelles, par des troubles d'entérocolite muco-membraneuse, et tous ces symptômes sont si souvent d'origine nerveuse réflexe, sécrétoire ou vaso-motrice qu'il est presque toujours impossible de distinguer de prime abord les cas dans lesquels un véritable trouble chimique, une véritable insuffisance digestive les détermine. Aussi la preuve d'une action thérapeutique certaine est-elle, dans une certaine mesure, plus difficile encore à établir en leur présence qu'en présence de troubles gastriques purs.

Une observation de plusieurs années, portant sur un grand nombre de malades, me permet cependant d'apporter en ce domaine, également, quelques affirmations précises sur l'effet du suc gastrique animal.

Je possède actuellement un grand nombre d'observations de diarrhée chronique améliorées et guéries par le suc gastrique de porc, alors que les médications usuelles employées depuis longtemps et remises par moi en œuvre avaient échoué. Je fus engagé à soigner ces malades par le suc gastrique pour plusieurs raisons : la première c'est que dans plusieurs diarrhées aiguës le suc gastrique avait fait merveille entre mes mains; quelques doses fortes de ce suc administrées à chaque repas avaient du même coup arrêté la diarrhée, nettoyé la langue, ramené l'appétit et supprimé l'état de malaise nauséeux permettant, sans inconvénient, la reprise rapide de l'alimentation normale. La seconde raison est que les préparations acides, et particulièrement la limonade chlorhydrique, sont souvent le seul moyen d'arrêter les diarrhées chroniques. La troisième, plus théorique, est que le suc gastrique permettant une meilleure élaboration stomacale des aliments, vient en aide aux fonctions intestinales troublées, et, de plus, stimule la fonction pancréatique mieux que n'importe quelle préparation acide artificielle, puisque le suc gastrique est le stimulant physiologique du pancréas. Mes prévisions ne furent pas démenties par les faits et, à part les diarrhées d'origine ulcéreuse telles que les diarrhées de la dysenterie aiguë et de la tuberculose intestinale, il n'est guère de diarrhée chronique qui n'ait bénéficié notablement, souvent jusqu'à la guérison, de l'emploi du suc gastrique de porc. Je pourrais en fournir de nombreuses observations tout à fait concluantes; mais je préfère attirer l'attention sur le mode d'administration du suc gastrique qui m'a le mieux réussi en pareil cas : j'en ordonne, pendant les premiers jours, des doses fortes, 2 à 3 cuillerées à bouche par repas durant une huitaine de jours, de façon à agir comme par l'administration d'une limonade acide; puis je diminue ces doses de moitié dans les huit jours suivants, l'effet stimulant du suc gastrique sur la sécrétion chlorhydrique de l'estomac du malade étant suffisamment obtenu; enfin, au bout d'une vingtaine de jours, et suivant les réactions du malade, j'interromps complètement pour quelque temps l'usage du suc gastrique ou je le fais prendre un jour sur deux jusqu'à amélioration complète. De toute façon, je le fais reprendre huit à dix jours par mois pour maintenir l'effet obtenu. J'ai observé, en effet, que l'usage continu trop prolongé du médicament finissait par user l'action de celui-ci, tandis qu'on en conserve tout le bénéfice par une administration intermittente. Cela confirme, d'ailleurs, ma manière d'envisager son action qui est, non de substituer la sécrétion viciée, mais de la stimuler : l'effet stimulant s'épuise à la longue. Par contre cet effet stimulant souvent répété régénère peu à peu la fonction normale et amène une guérison réelle, au contraire des préparations officinales dont l'action cesse avec l'usage.

Ces excellents effets du suc gastrique de porc sur les diarrhées chroniques s'observent, au dire de nombreux malades qui m'ont écrit, sur les diarrhées chroniques qu'on observe dans les climats tropicaux à la suite des infections hépatiques souvent accompagnées de troubles de la sécrétion pancréatique. Je n'ai pas pu vérifier moi-même le fait; je tiens, cependant, à le signaler, car il est au moins vraisemblable.

De l'action du suc gastrique dans les diarrhées chroniques, je dois rapprocher son action dans l'entérocolite muco-membraneuse.

Cette action, de prime abord, me semblait tout à fait problématique, car il est bien établi, aujourd'hui, et l'observation clinique quotidienne le confirme sans cesse, que l'entérocolite n'est qu'une réaction nerveuse de l'intestin due à un trouble nerveux général, surtout d'ordre moral, ou à un trouble nerveux réflexe dont le point de départ est dans la zone du sympathique abdominal : utérus, annexes, rein, foie, etc.

Cependant, il est certaines formes d'entérocolite muco-membraneuse, dans lesquelles le suc gastrique rend de grands services. Ce sont celles où le point de départ du réflexe intestinal est l'estomac ou l'intestin lui-même, qui débutent généralement brusquement, qui s'accompagnent d'inappétence, de malaises gastriques, de langue saburrale et presque toujours de diarrhée avec épreintes et ténesme. Dès que les épreintes, le ténesme, l'angoisse douloureuse ont été calmés par le lit, les compresses chaudes, et les lavages chauds, l'administration du suc gastrique de porc nettoie, en quelques jours, la langue si obstinément blanche, ramène l'appétit, facilite la digestion et supprime la diarrhée sans amener cependant la constipation. Dans ces cas le suc gastrique raccourcit remarquablement la durée de la maladie et l'empêche de passer à l'état chronique.

J'ai été amené, en pareil cas, à le prescrire par la remarque suivante que j'avais faite : autant la viande rouge, dans l'entérocolite d'origine purement nerveuse, est défavorable par la tendance spasmodique qu'elle augmente, autant, dans ces formes d'entérocolite avec diarrhée d'origine gastro-intestinale, elle est favorable au rétablissement des fonctions normales et de la nutrition.

De cette remarque je concluais au rapprochement qu'il convient d'établir entre certaines formes d'entérocolite et de diarrhée chronique et à l'identité du traitement qu'il faut leur opposer : l'expérience m'a donné raison; mais je tiens à répéter que, par contre, l'emploi du suc gastrique n'est nullement indiqué dans beaucoup d'entérocolites et soulage seulement les troubles gastriques concomitants.

Une dernière catégorie et très importante de dyspeptiques gastro-intestinaux bénéficie, de la façon la plus certaine et souvent la plus saisissante, de la médication par le suc gastrique; ce sont les nourrissons atteints de gastro-entérite subaiguë ou chronique. Chez eux, grâce au suc gastrique, après l'échec du traitement diététique le mieux conduit, on voit, quand l'athrepsie n'est pas encore complète, la langue se nettoyer, les vomissements s'arrêter, les selles perdre leur fétidité, l'appétit renaître et le poids augmenter; ce sont là des résultats presque constants, à l'étude desquels je ne puis me livrer dans le cadre restreint de cet article, mais que je tiens cependant à signaler tout particulièrement, car ils mettent en lumière indiscutablement l'action du suc gastrique (*dyspeptine*) sur les dyspepsies intestinales, les nourrissons n'étant encore ni des névropathes, ni des suggestibles, comme le sont tant de déséquilibrés du ventre.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

A PROPOS DES FORMIATES

Dans sa récente communication à l'Académie de médecine sur les formiates, M. Huchard a surtout mis en valeur leur action toni-musculaire. En ce qui concerne leur pouvoir diurétique, il a textuellement déclaré que « ce pouvoir paraît moins constant que celui de la santhéose (théobromine purifiée de fabrication française) ».

C'est qu'en effet, la santhéose présente une action si constante, une innocuité si absolue, qu'elle reste le diurétique idéal chez les cardiaques, les artério-scléreux, les albuminuriques, bref, dans tous les cas où il convient d'activer la dépuration urinaire.

Rappelons que la santhéose se présente en cachets ayant la forme d'un cœur et dosés à 50 centigrammes. On prescrira de 2 à 4 cachets par jour. *Le produit n'est délivré qu'en boîtes de 24 cachets.*

CONGRÈS

Ier CONGRÈS INTERNATIONAL DE PHYSIOTHÉRAPIE. — *Liège, 12, 13, 14 et 15 août 1905.* — Le Congrès est placé sous le patronage du gouvernement belge et sous la présidence d'honneur de M. le baron Maurice van den Bruggen, ministre de l'Agriculture.

Questions mises à l'ordre du jour. — 1° « Étudier les indications spécifiques de chacun des agents physiothérapiques. » — *N. B.* Cette question peut faire l'objet de plusieurs rapports traitant séparément des diverses spécialités. Par exemple :

Action physiologique et indications spécifiques de l'aérothérapie, de la cinésithérapie et de la climatothérapie (gymnastique manuelle, massothérapie, mécanothérapie et orthopédie mécanique).

Action physiologique et indications spécifiques de l'électrothérapie (courants sinusoïdaux, faradisation, franklinisation, galvanisation, haute fréquence).

Action physiologique et indications spécifiques de l'électromagnétisme.

Action physiologique et indications spécifiques de l'hydrothérapie (balnéologie, hydrothérapie proprement dite, thalassothérapie).

Action physiologique et indications spécifiques de la photothérapie, de la radiothérapie, de la thermothérapie, etc.

Électrodiagnostic, radiodiagnostic, etc.

2° « Décrire l'instrumentation et la technique des divers agents physiques de traitement. » — *N. B.* Comme la précédente cette question admet la présentation de rapports décrivant l'instrumentation ou la technique d'un agent physiothérapique étudié séparément.

3° « Exposer : *a.* Comment est actuellement donné l'enseignement universitaire de la physiothérapie dans les divers pays où cette science est enseignée ; *b.* comment il conviendrait que cet enseignement fût professé dans les Facultés de médecine. »

4° « Indiquer les moyens propres à réprimer énergiquement l'empirisme et les abus des guérisseurs qui prétendent soigner par les moyens physiothérapiques. »

Les secrétaires généraux sont : pour les adhésions, M. le docteur de Munter, 86, rue Louvrex, Liège; pour les publications, M. le docteur Gunzburg, 6, rue des Escrimeurs, Anvers.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 22 AU 27 MAI 1905)

THÈSES

Mercredi 24 mai 1905. — M. ESQUIROL. Contribution à l'étude du pronostic de la présentation du siège, son amélioration par la version externe. (MM. Pinard, président; Reclus, Segond et Potocki.) — M. AUTEFAGE. Résultats éloignés et valeur comparée des différents procédés de cure radicale des hernies crurales et inguinales. (MM. Reclus, président; Pinard, Segond et Potocki.) — M. PIQUANTIN. Contribution à l'étude du cancer de la langue chez la femme. (MM. Reclus, président; Pinard, Segond et Potocki.) — M. JUY. Contribution à l'étude du traitement des pyélonéphrites infectieuses. (MM. Segond, président; Pinard, Reclus et Potocki.) — M. TESSIER. Le rôle de la distension cardiaque dans la production de l'angine de poitrine. (MM. Landouzy, président; Brissaud, Roger et Legry.) — M. BLIN. Étude des manifestations oculaires de la démence précoce et considérations sur la pathogénie de cette maladie mentale. (MM. Brissaud, président; Landouzy, Roger et Legry.) — M. MOREAU. Des infections et des intoxications d'origine intestinale au cours de la puerpéralité. (MM. Roger, président; Landouzy, Brissaud et Legry.)

Jeudi 25 mai 1905. — M. BLONDIN. Essai sur le rôle du bacille de Koch dans la genèse de certaines cirrhoses du foie [dites alcooliques]. (MM. Debove, président; Bouchard, Raymond et Troisier) — M. SEIBEL. Étude de quelques cas de diabète. (MM. Bouchard, président; Debove, Raymond et Troisier.) — M. BOUCARD. La graphologie et la médecine. (MM. Raymond, président; Debove, Bouchard et Troisier.) — M. RADIGUER. Rôle des toxines tuberculeuses locales dans le processus tuberculeux. (MM. Cornil, président; de Lapersonne, Bezançon et Auvray.) — M. VALLET. Contribution à l'étude du traitement orthoptique du strabisme. (MM. de Lapersonne, président; Cornil, Bezançon et Auvray.) — M. LAPORTE. Les injections d'alcool dans les névralgies faciales. (MM. Le Dentu, président; Berger, Schwartz et Marion.) — M. NOLOT. Contribution à l'étude de la luxation paralytique de la hanche. (MM. Le Dentu, président; Berger, Schwartz et Marion.) — M. ALGRET. Du traitement des luxations anciennes irréductibles du coude chez l'enfant par la résection de l'extrémité supérieure du cubitus. (MM. Berger, président; Le Dentu, Schwartz et Marion.) — M. DUPRAT. Du traitement opératoire des fractures de l'avant-bras. (MM. Berger, président; Le Dentu, Schwartz et Marion.)

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

CLIENTÈLE A CÉDER d'un rapport de 20000, dans petite ville très agréable, à 1 heure de Paris. — Prix : 16000. S'adr. à MM. BREITEL et GORET, 1, rue Dante, Paris (Ve).

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

CANCER DU PYLORE

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC (1)

B. **Formes aboutissant à l'insuffisance du pylore.** — Tous les cancers pyloriques ne se traduisent pas par des symptômes de dilatation gastrique avec stase. Dans certains cas de *cancer colloïde* (Bianchi), il existe, au contraire, de l'*insuffisance pylorique* caractérisée par : α. l'impossibilité d'insuffler l'estomac; β. l'évacuation rapide de l'eau ingérée et la fixité du niveau de cette eau dans la station debout, malgré la continuation de son ingestion. L'estomac *ne se dilate jamais*, quelle que soit la durée de la maladie. A ces symptômes s'adjoint fréquemment une diarrhée incoercible. La cachexie est très précoce, l'évolution rapide.

C. **Linitis plastique.** — Étudiée par Andral, Cruveilher, Handfield Jones, Halberston, Brinton, la linitis plastique a été décrite par Lebert sous le nom d'*hypertrophie sténosante du pylore*, par Hanot et Gombault, sous le nom de *gastrite chronique avec sclérose sous-muqueuse hypertrophique et rétropéritonite calleuse*. Considérée longtemps comme une gastrite chronique, la linitis est, en réalité, une forme spéciale de cancer de l'estomac, soit qu'on en fasse un cancer conjonctif sous-muqueux (Bard et Garret), soit qu'on l'envisage comme un « cancer infiltré de l'estomac dans lequel le stroma très prédominant a réduit les cellules cancéreuses à n'être plus que des fuseaux protoplasmiques minces, moulés sur les éléments connectifs jeunes du stroma » [Bret et Paviot] (2).

Cliniquement, la linitis donne lieu : α. à des *symptômes fonctionnels* : douleurs peu accusées, vomissements « survenant rapidement après l'ingestion des aliments au point d'en imposer pour des régurgitations œsophagiennes » (Bard); les hématémèses y sont rares et tardives. Par contre, les signes de dyspepsie chronique, difficultés de la digestion, pesanteur après les repas, etc., sont toujours marqués. L'appétit est parfois conservé.

β. *Signes physiques.* — L'abdomen est rétracté. A la palpation, on perçoit soit une sorte d'empâtement diffus de toute la région épigastrique, soit une tumeur dure, oblongue, transversalement dirigée, de mobilité variable. Parfois aussi, l'exploration ne donne aucun résultat.

Vient-on à faire le lavage de l'estomac, on constate que cet organe est *rétréci* au lieu d'être dilaté comme dans la forme sténosante.

Il n'existe *jamais d'adénopathies ni de localisations secondaires*.

γ. *Signes généraux.* — Longtemps l'état général reste bon, et les malades présentent souvent une fraîcheur remarquable du teint (Trousseau).

δ. *Evolution.* — Dans une première phase, qui peut durer des années, les symptômes fonctionnels ne se modifient pas, l'état général est peu altéré. Plus tard, apparaissent des symptômes de voisinage : ascite, constipation, voire même obstruction intestinale; les symptômes locaux s'aggravent; la cachexie fait son apparition. La durée totale de la maladie pourrait varier entre vingt mois et quinze ans (Bouveret).

DIAGNOSTIC. — Chacune des formes que nous venons de décrire nécessite un diagnostic spécial, mais de toutes, la plus importante, la plus utile à reconnaître de bonne heure, c'est la forme sténosante.

Diagnostic de la forme sténosante. — En présence d'un malade présentant de la dilatation de l'estomac avec stase, la première question à se poser est la suivante :

1. Y A-T-IL STÉNOSE ? — Dans la *dilatation par troubles évolutifs* (Hayem), il n'y a ni contractions intermittentes de la musculeuse, ni courbe évolutive polycyclique, ni liquides résiduels. L'évolution est moins fatalement progressive, le traitement médical plus efficace que dans les sténoses organiques.

Dans la *dilatation atonique*, l'estomac est forcé : il ne peut plus se contracter. Au lieu de l'hypersécrétion de la sténose, il y a toujours hyposécrétion.

La *ptose gastrique* peut s'accompagner d'entéroptose, de néphroptose, de stigmates de neurasthénie : son diagnostic est alors aisé. Il est plus difficile lorsque la ptose gastrique existe seule, car elle peut compliquer une sténose.

Dans la *dislocation verticale de l'estomac*, il y a abaissement de la petite courbure.

Enfin il peut exister des *crises gastriques sans sténose* (v. Hayem et Lion) dues vraisemblablement à un spasme pylorique.

2. IL Y A STÉNOSE. EST-ELLE CANCÉREUSE ? — Le cancer du pylore est la cause la plus importante, la plus fréquente des sténoses du pylore. Par conséquent, c'est à lui qu'il faudra songer en premier lieu.

Dans les cas à *marche aiguë*, le diagnostic sera à faire avec une obstruction par calcul étranger ou par calcul. Dans ce cas, les antécédents, l'évolution, l'absence des symptômes généraux propres au cancer, permettront de résoudre la question.

Dans les *sténoses à marche lente*, il faudra éliminer : α. les *sténoses cicatricielles*; β. les *périgastrites* (v. Classiques), et surtout γ. l'*ulcère du pylore*, qui peut agir, soit par lui-même, soit par la périgastrite qu'il détermine en se cicatrisant. En faveur de l'ulcère, on peut invoquer les éléments suivants, dont, à vrai dire, aucun n'est absolument caractéristique : prédilection pour le jeune âge, le sexe féminin et les tempéraments névropathiques; douleurs plus vives, moins continues; pas de vomissements pituitaires; grandes hématémèses; hyperpepsie et hyperchlorhydrie; symptômes d'anémie avec souffles cardio-vasculaires etc. Il importe surtout de se rappeler que, dans certains cas d'ulcère du pylore ou de périgastrite, on peut percevoir une tumeur, et, qu'inversement, la tumeur peut manquer dans le cancer du pylore.

3. Le diagnostic de sténose cancéreuse du pylore une fois posé, reste encore à déterminer la VARIÉTÉ. Le cancer juxta-pylorique se distingue du cancer annulaire par : α. la survenance beaucoup plus tardive du syndrome sténose; β. la production d'une hypertrophie de l'estomac sans dilatation notable et, surtout, sans abaissement de la grande courbure (Bard). L'ulcéro-cancer a pour lui ses symptômes fonctionnels très marqués, son hyperchlorhydrie.

Diagnostic de la forme aboutissant à l'insuffisance pylorique. — Cette forme se caractérise par : α. les signes déjà énumérés d'insuffisance pylorique; β. l'absence de dilatation; γ. l'existence de diarrhée; δ. l'intensité de la cachexie. Son diagnostic est généralement facile.

Diagnostic de la linitis plastique. — M. Bard considère comme pathognomoniques : α. l'existence de vomissements à type œsophagien; β. la diminution considérable de la capacité stomacale; γ. l'absence de cachexie. A ces éléments on pourrait peut-être ajouter la longue durée de la maladie, l'absence d'adénopathies et de localisations secondaires. Malgré tout, le diagnostic de la linitis n'est que rarement fait pendant la vie.

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 54, p. 644.

(2) Voy. TOURLET. Th. de Paris, 1902.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fête de l'Ascension.* — A l'occasion de la fête de l'Ascension, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 30 mai, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 6 juin 1905.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 58. — SAMEDI 20 MAI 1905. 78e ANNÉE. SAMEDI 20 MAI 1905. — N° 58.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
La méningite cérébro-spinale épidémique. Épidémiologie. Prophylaxie, par M. Ch. Dopter.
HYDROLOGIE
Influence du bicarbonate de soude sur la marche des infections.
INSTRUMENTS ET APPAREILS
Nouveau bandage en caoutchouc pour le traitement de la hernie inguinale des nouveau-nés (avec 1 fig.).
LIVRES NOUVEAUX
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de médecine.* — *Admission.* — Leçon clinique sur un malade :

Séance du 17 mai 1905. — MM. Gandy, 20; de Grandmaison, 19.

La prochaine séance aura lieu le lundi 22 mai, à neuf heures et demie du matin, à Lariboisière.

Concours de chirurgie. — Consultation (deuxième séance) :

Séance du 17 mai 1905. — MM. Kendirdjy, 17; Marcille, 17; Duval, 20; Wiart, 18 1/2.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Clinicat.* — Un concours pour les emplois vacants de chef de clinique s'ouvrira, à la Faculté de médecine, le lundi 19 juin 1905, à neuf heures du matin.

Il sera pourvu : I. Pour le *clinicat médical* : A la nomination de deux chefs de clinique titulaires et deux chefs de clinique adjoints. — II. Pour le *clinicat chirurgical* : A la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint. — III. Pour le *clinicat obstétrical* : A la nomination de deux chefs de clinique titulaires et de deux chefs de clinique adjoints. — IV. Pour le *clinicat des maladies mentales* : A la nomination d'un chef de clinique titulaire. — V. Pour le *clinicat des maladies cutanées et syphilitiques* : A la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint. — VI. Pour le *clinicat ophtalmologique* : A la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint. — VII. Pour le *clinicat des maladies nerveuses* : A la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint. — VIII. Pour le *clinicat chirurgical infantile* : A la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 11 juin 1905. Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Tous les docteurs en médecine français sont admis à concourir. Il n'y a pas de limite d'âge. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de prosecteur ou d'aide d'anatomie. Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

MARINE. — Ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef de première classe. — MM. les médecins en chef de deuxième classe Kermorvant et Chevalier.

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — MM. les médecins principaux Féraud et Gazeau.

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Casanova et Fossard.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Barbe, Lassignardie et Cachet.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Mme Camau, en religion sœur Angélique, supérieure institutrice de l'Institution nationale des sourdes-muettes de Bordeaux, est nommée chevalier de la Légion d'honneur.

COURS PRATIQUE D'HYPNOTISME ET DE PSYCHOTHÉRAPIE. — MM. les docteurs Bérillon et Paul Farez commenceront, le jeudi 25 mai 1905, un cours d'hypnotisme et de psychothérapie.

Ce cours sera privé; il comportera des démonstrations pratiques et sera complet en douze leçons; il se fera à l'École de psychologie, 49, rue Saint-André-des-Arts, où les inscriptions sont reçues les mardis, jeudis et samedis, de dix heures à midi. On peut également s'inscrire par correspondance.

Le droit d'inscription est fixé à 60 francs.

Les leçons auront lieu aux dates suivantes :

M. le docteur Bérillon, les 25, 27 et 30 mai, les 3, 6 et 8 juin, à dix heures et demie du matin.

M. le docteur Paul Farez, les mêmes jours, à cinq heures de l'après-midi.

REVUE GÉNÉRALE

LA MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE ÉPIDÉMIQUE

ÉPIDÉMIOLOGIE. PROPHYLAXIE

Par M. Ch. DOPTER,
Médecin-major de deuxième classe,
Professeur agrégé au Val-de-Grâce.

L'histoire épidémiologique de la méningite cérébro-spinale en France ne date que de 1837, où elle a commencé à sévir à Bayonne et dans les Landes. Pour L. Colin, Kelsch, c'était à cette époque une maladie nouvelle, du moins en tant que susceptible de s'épidémiser. Pour Ozanam, Broussais, Boudin, au contraire, elle aurait régné en Europe au XVI[e] et au XVII[e] siècle; on l'aurait signalée sous des dénominations diverses (fièvre cérébrale, céphalée, céphalalgie épidémique, etc.); elle sévissait en Europe au début du siècle dernier : Vieussens en décrit une épidémie qu'il put observer à Genève en 1805, Hufelant l'a vue sévissant dans l'armée prussienne de 1806 à 1807; Boudin à Pont-à-Mousson en 1813-1814; Larrey, pendant la retraite de Russie, la désignait sous le nom de « méningite catarrhale de congélation ».

Aux Etats-Unis on la retrouve à Vermont en 1806, et à Undfield (Massachusetts). De 1806 à 1815, elle s'y manifeste chaque année, par explosions simultanées en des régions différentes, et fréquemment dans les grands centres : Norfolk, Washington, Philadelphie, Boston, etc. En 1816, New-York, le Canada, la Pensylvanie la voient apparaître; elle n'a pas cessé de s'y montrer jusqu'à nos jours. On sait qu'actuellement elle ne cesse de faire des victimes autour de New-York, en s'étendant sur un rayon considérable.

La méningite cérébro-spinale n'était donc pas nouvelle en 1837, quand elle survint au sud-ouest de la France; mais à cette époque, sa marche, son extension l'imposèrent à l'attention des observateurs dont l'esprit fut plus particulièrement attiré vers elle. Depuis lors, elle se montre jusqu'en 1851 sous forme de grandes épidémies qui, depuis, semblent se restreindre et se circonscrire davantage.

En même temps, d'autres régions de l'Europe la voyaient évoluer; de 1837 à 1842, elle sévit en Italie dans plusieurs localités du royaume de Naples; l'hiver suivant, l'épidémie se continuait en Romagne jusqu'en 1845. Elle éprouve Gibraltar de 1844 à 1848; de 1854-1861, elle envahit toute la Suède du Sud au Nord. Plus tard, c'est la Norwège, la Hollande, l'Allemagne, la Russie qui payèrent leur tribut; de même la Grèce et l'Asie-Mineure.

En envisageant dans son ensemble la répartition de la méningite cérébro-spinale, on voit qu'elle s'est limitée à l'Europe, aux Etats-Unis; on l'a vue dans le nord de l'Afrique. Mais sa marche extensive n'est pas terminée, car, récemment, on la signalait à Ondurdam, dans l'Afrique tropicale (1898-1899).

Actuellement, en Europe, il n'est guère de contrée où elle ne soit observée chaque année, mais l'affection y est relativement peu commune. On y observe des cas isolés, sporadiques, espacés au cours de l'année : quelquefois de petites épidémies localisées prennent naissance, mais aussi des épidémies très denses, rappelant par leur ampleur les épidémies anciennes, telle, par exemple, l'épidémie récemment signalée en Allemagne (fin 1904, début de 1905).

A l'état sporadique, on peut la considérer comme permanente dans les grandes villes; à l'état épidémique, c'est en Allemagne et surtout aux Etats-Unis qu'elle est le plus souvent observée : à Philadelphie, elle a duré sans discontinuer pendant onze ans, en produisant 977 décès; en 1893, Flexner rapportait l'épidémie de Lonaconing où, sur 5000 habitants, 200 cas furent comptés en quelques mois.

Dans l'armée, la méningite cérébro-spinale épidémique ne cesse jamais de faire des victimes, et chaque année est marquée par 10 à 35 décès qu'elle a occasionnés. Devant l'évolution de l'affection dans le sud-ouest de la France, devant la fréquence de ses manifestations dans les villes de garnison, on a pu penser de prime abord qu'il s'agissait d'une maladie spéciale à l'armée, ou du moins pour laquelle la profession militaire constituait une cause prédisposante. Sur 57 épidémies relevées par Hirsch en France, on en compte :

39 sévissant exclusivement chez les militaires.
7 — — chez les civils.
5 — simultanément chez les militaires et les civils.
6 où l'épidémie née chez les militaires s'est propagée dans le milieu civil.

Mais des faits, observés ailleurs que dans notre pays, montrent une égale aptitude de la méningite cérébro-spinale à frapper ces deux groupes de la population.

Ainsi en Italie, c'est la population civile qu'on trouve le plus souvent seule atteinte; en Amérique du Nord, on relève : 18 épidémies chez les civils, alors que l'armée n'en a présenté que 2.

La méningite cérébro-spinale épidémique sévit donc indifféremment dans le milieu civil ou militaire.

I

Caractères épidémiologiques. — La méningite cérébro-spinale manifeste sa présence par des caractères qui ne varient guère, que l'on trouve presque toujours identiques à eux-mêmes dans toutes les relations épidémiologiques.

En ce qui concerne la morbidité, on peut dire, qu'à part de rares exceptions, le chiffre des atteintes est modéré ou minime; les grandes épidémies sont cependant marquées par les atteintes nombreuses; l'épidémie allemande actuelle compte déjà 1088 cas en quatre mois. La mortalité, habituellement élevée, est variable suivant les épidémies. On peut poser en principe que dans les cas favorables 33 à 37 décès p. 100 se produisent; dans les cas ordinaires, 45 à 60 p. 100, mais souvent, comme à Rochefort en 1849, elle s'élève à 78 et même 80 p. 100.

La *durée* des épidémies, pour une localité donnée, est très variable, mais on peut dire qu'elle est habituellement assez longue. S'il en est qui ne durent

que deux à trois mois, il en est d'autres au contraire, et c'est le cas le plus fréquent, qui durent six mois, un an, deux et même trois ans dans la même ville ou région, avec rémissions marquées pendant la saison chaude. Mais ces rémissions estivales sont trompeuses, et de nouvelles atteintes se constatent souvent avec les premiers froids, pour faire reprendre à l'épidémie sa marche ascendante.

Cette *marche* est le plus souvent irrégulière, on mentionne dans la plupart des épidémies de véritables paroxysmes dont l'intensité, la durée sont plus ou moins accentuées suivant les cas.

Un autre caractère de la méningite cérébro-spinale est sa *ténacité*; elle s'attache en effet avec persistance à certaines villes, à certains régiments; à certaines villes, témoins Bayonne qui subit cette affection pendant sept ans; Versailles, cinq ans; Philadelphie, onze ans! Elle arrive à poursuivre certains régiments dans leurs déplacements successifs, malgré les distances parfois considérables qu'ils peuvent parcourir. Ainsi elle suit le 18e régiment d'infanterie, chez lequel elle sévit à Bayonne en 1837. Ce dernier l'amène avec lui à Rochefort en 1838, à Versailles en 1839-1840, à Metz en 1841; le 15e de ligne la contracte à Versailles en 1839; elle le suit à Laval en 1840, à Saint-Denis, en 1841.

Autre caractère important; c'est la *localisation* des épidémies, c'est leur tendance à se localiser par quartiers, par maisons, et même par familles; ce qui, d'ailleurs, ne les empêche pas de s'étendre ultérieurement dans le voisinage. A cet égard, le fait de Genève (1805) est significatif :

Dans une famille, composée d'une femme et de ses trois enfants, deux des enfants sont atteints; quinze jours après, une famille du voisinage la contracte : sur cinq enfants, quatre sont atteints et succombent.

On la voit se *limiter encore à une fraction très restreinte* de la population, soit civile, soit militaire.

Dans une ville, certains quartiers, certains groupes, certaines collectivités sont atteints. C'est ainsi qu'on voit la méningite cérébro-spinale se localiser sur des bagnes, des prisons, des maisons d'ouvriers.

Dans les garnisons, ce sont des casernes, ou seulement des chambrées qui sont atteintes plus que d'autres, ou même parfois exclusivement.

D'autre part, quand elle s'étend, l'affection n'atteint pas tous les groupes à la fois, mais successivement, et très inégalement. Ainsi, à Versailles, en 1839 :

Le 13e léger compte...	116	cas.
— 14e de ligne........	26	—
— 4e hussards........	5	—
— 4e cuirassiers......	2	—

A Grenoble, en 1848, c'est l'artillerie seule qui est touchée, à l'exclusion complète de l'infanterie.

A Orléans, en 1886, les deux régiments d'artillerie présentent 14 cas, l'infanterie n'en présente aucun.

Tels sont les caractères généraux que l'on retrouve dans la plupart des descriptions des grandes épidémies de méningite cérébro-spinale.

II

Caractères étiologiques de la méningite cérébro-spinale. Sa nature. — A l'origine, la question s'est posée, de savoir si elle devait être considérée comme une simple inflammation de la méninge cérébro-spinale, ne différant de la méningite commune que par sa tendance à l'épidémicité, ou si elle devait être rangée parmi les maladies générales, les fièvres.

La plupart des auteurs en ont fait une maladie générale, infectieuse, une pyrexie. Mais tandis que certains, comme Tourdes, l'imputaient à un miasme *sui generis*, issu de l'encombrement, la plupart s'efforçaient de la faire rentrer dans un des types morbides déjà connus; ils prétendaient alors qu'elle n'était qu'une modalité des fièvres pernicieuses, ou encore, pour Boudin, une modalité du typhus pétéchial. D'autres, frappés du caractère des affections qui régnaient au même lieu et en même temps que la méningite cérébro-spinale, cherchaient dans les premières le secret de celle-ci.

Michel Lévy, devant la grande fréquence des affections pyohémiques concomitantes, la rangeait volontiers à côté de la fièvre puerpérale et de l'infection purulente; Chauffard en faisait une pyohémie spontanée. Frappé de la concordance presque habituelle des fièvres éruptives, particulièrement de la scarlatine et de la méningite. L. Laveran pensait qu'elle n'était qu'une modalité de la scarlatine, qu'il s'agissait d'une de ses formes frustes, en un mot d'une scarlatine des méninges. M. Lemoine, dans les épidémies d'Orléans en 1886, fait jouer un grand rôle à la scarlatine : scarlatine et méningite sévissaient côte à côte; la méningite frappait surtout le régiment le plus atteint par la scarlatine; enfin, la plupart des méningitiques présentaient une angine érythémateuse ou pultacée. En réalité, c'était le pneumocoque qui produisait ces méningites ainsi qu'on put le constater dans les examens *post mortem*.

Aucune de ces opinions ne peut se justifier : la méningite cérébro-spinale est une maladie dont les manifestations épidémiques ont toujours présenté dans leur développement, leur évolution, un type resté le même partout, et à toutes les époques, cliniquement identique à lui-même, transmissible, et se transmettant toujours sous la forme de méningite et jamais autrement; la méningite fait espèce, et paraît bien être une affection spéciale, *sui generis*, spécifique. Voilà qui réduit à néant le rapport apparent avec les fièvres éruptives; d'ailleurs un argument convaincant a été donné en 1897 par le médecin-inspecteur Geschwind (1) : scarlatine, oreillons, etc., ont été incriminés; elles ne peuvent vraiment exercer sur la méningite la moindre influence, car ainsi que le prouve la statistique médicale de l'armée, dans la plupart des épidémies, tantôt l'une, tantôt l'autre lui fausse compagnie. Aucune d'elles n'est donc nécessaire à sa genèse. Elle paraît donc bien spécifique.

(1) Geschwind. *Arch. de méd. milit.*, 1898.

Contagiosité. — Spécifique, elle est encore contagieuse.

De prime abord, il semble difficile d'attribuer un caractère de transmissibilité à une maladie dont les lésions se localisent dans un milieu aussi fermé à l'émission d'un contage, que la cavité cérébro-spinale.

Et cependant la contagiosité ne s'en déduit pas moins d'un ensemble de faits concordants :

Une première preuve peut en être fournie quand on envisage *l'évolution générale des expansions épidémiques.*

L'histoire épidémiologique de la méningite cérébro-spinale, en Suède, est instructive à cet égard.

Elle apparaît dans cette contrée en 1854. Son intensité fut telle qu'en mars, on compta 3000 cas et 800 morts. Elle disparut complètement en été, reparut en hiver dans la province de Calmar où elle avait pris naissance; elle s'étendit aux alentours en progressant vers le Nord. Sa marche ascendante se poursuit ultérieurement, assez lente pour mettre 6 hivers à parvenir aux limites septentrionales qu'elle atteint en 1860. Sur les 24 gouvernements de la Suède, elle ne ménage que les deux plus septentrionaux, atteignant enfants et adolescents. Dans ces épidémies, ce qui domine pour faire admettre la contagiosité, c'est ce fait que, chaque hiver, elle reprenait sa marche dans les localités où elle s'était éteinte l'année précédente.

La marche de l'épidémie qui sévit actuellement en Allemagne parle dans le même sens : née dans la régence d'Oppeln (Sibérie allemande), elle s'y est développée et a fait tache d'huile : on la voit passer successivement dans la régence de Breslau, puis de Liegnitz; et dans chacune de ces régences, les districts sont atteints les uns après les autres. De ces foyers originels, des irradiations se produisent : vers le sud, on la voit envahir par la Silésie autrichienne, l'empire austro-hongrois ; vers la Russie, elle fait irruption en Pologne russe ; en Allemagne proprement dite, elle atteint le nord-ouest de l'empire et s'étend au Brunswick, au Hanovre, à la Westphalie et à la province rhénane. Chacun de ces foyers secondaires devient le point de départ de nouvelles irradiations : celui du Hanovre se propage actuellement vers le Nord, vers le Mecklembourg-Schwerin et le Schleswig-Holstein.

Son expansion en France n'est pas la moins significative. Dans notre pays, elle débute dans deux foyers distincts, l'un Bayonne, l'autre constitué par Foix et Narbonne.

De Bayonne, la méningite cérébro-spinale passe successivement à Bordeaux, La Rochelle, Rochefort, et d'un bond elle sévit à Versailles en février 1839 et Metz en novembre 1839. De Versailles, elle pousse des irradiations à Saint-Cloud, à Rambouillet, dans la région de la Loire, vers l'ouest et vers le Nord.

De Metz, elle se dirige en Alsace et en Lorraine en 1840 et en 1841.

Or, ces sauts de ville en ville ne sont pas dus au seul caprice du hasard, ils sont en relation directe avec certains déplacements militaires.

Le 18e de ligne, atteint à Bayonne, est envoyé à Rochefort, puis à Versailles. Or la méningite cérébro-spinale n'existait pas dans cette ville avant son arrivée.

Les exodes de régiments, les déplacements de troupes étaient tellement fréquents pendant cette période, qu'ils semblent bien avoir joué un rôle capital dans la diffusion de l'affection.

Du deuxième foyer originel (Foix et Narbonne) la maladie se répand dans le Midi et la Provence, sévit à Tarbes, Montpellier, Avignon, Nimes, Perpignan, Aigues-Mortes, et remonte jusqu'à Grenoble et Montbrison.

Ici, des détails précis manquent pour établir le rôle des migrations des troupes dans les étapes successives de la maladie ; mais là encore, on sait cependant que le Midi était sillonné par des détachements militaires s'acheminant vers le littoral pour constituer des renforts à destination d'Algérie. C'est ainsi que l'on voit le 62e de ligne, partir de Pont-Saint-Esprit pour se rendre à Marseille, le 26e partir de Perpignan et une partie du 67e de Montpellier pour aller à Constantine.

La dissémination de la méningite cérébro-spinale a donc été bien souvent régie par les déplacements humains. Boudin, qui a insisté sur ces faits, montre que le Plateau central est resté indemne en raison de la rareté des garnisons et de l'éloignement relatif des grandes voies de communication. Ces arguments constituent donc une preuve évidente de la contagiosité de la méningite cérébro-spinale.

Une deuxième preuve peut être fournie par l'étude de l'*évolution des épidémies considérées dans une localité*.

La localisation de la maladie dans un quartier de la ville, un groupe de maisons voisines, une caserne, un régiment, une prison, sont faits connus.

Dans les groupes intéressés, le développement des cas n'est pas simultané, mais successif, les atteintes se succédant, comme si la maladie était transmise d'une personne à une autre. A Versailles, en 1889, elle frappe successivement 6 hommes habitant la même chambre ; parmi ces 6 malades, 2 voisins de lit ont été atteints.

Puis, l'*extension d'un groupe à un autre est d'ordinaire lente, progressive.* Dans une garnison de plusieurs corps, l'atteinte de chacun d'eux est successive et lente à se produire. Ainsi l'épidémie de Strasbourg (1840-1841) commence en octobre sur le 7e de ligne qui, pendant trois mois, donne seul des malades. En décembre le 69e est atteint, en janvier suivant, c'est le 29e d'infanterie et le 11e d'artillerie, en février c'est le 34e d'infanterie et le 1er d'artillerie ; enfin en mars seulement les pontonniers commencent à être touchés, six mois après la première apparition de la maladie à Strasbourg.

Autre preuve encore :

Dans son extension, la méningite cérébro-spinale frappe les personnes qui ont des *rapports avec les groupes atteints*, ou fréquentent les mêmes lieux : l'épidémie de Rochefort, en 1838, atteint les forçats du bagne, puis leurs gardiens, puis les ouvriers travaillant dans les ateliers voisins du bagne ; la femme

d'un gardien habitant la ville est atteinte, et communique la maladie à la population civile.

En 1841, à Schelestadt, le 29e de ligne arrive de Strasbourg; le 21 janvier il envoie à l'hôpital un homme atteint de méningite cérébro-spinale. Le 29 janvier, un cas se présente chez un cabaretier dont la maison est exclusivement fréquentée par les militaires du 29e de ligne. Le 6 février, 2 cas se déclarent chez les deux filles du boucher qui fournissait la viande à la troupe. De là, l'épidémie s'étendit à la population civile du quartier.

Maints exemples d'*importation* dans un milieu indemne par des sujets infectés prouvent encore cette contagiosité, et notamment celui-ci : en avril 1864, un réserviste du régiment Alexandre, convalescent de méningite cérébro-spinale, arrive à Berlin dans son régiment : 10 hommes de sa compagnie ne tardent pas à être atteints.

Il convient encore de citer la multiplicité des cas qui se développent dans une famille après l'atteinte de l'un des membres de cette dernière. A Genève, en 1805, on connaît le fait de cette famille où deux enfants ont été touchés; à Rochefort, le père, trois enfants et une jeune fille sont atteints en l'espace de neuf jours. Enfin la multiplicité des cas dans une chambrée de soldats plaide encore en faveur de la contagiosité.

Les *cas intérieurs* qui se montrent dans les hôpitaux appuient cette manière de voir; on voit parfois en effet des malades atteints de méningite cérébro-spinale contaminer certains de leurs camarades de salle, entrés pour tout autre motif.

Le *personnel hospitalier* paie parfois son tribut à l'épidémie par simple contact; à Grenoble, 2 médecins et 1 infirmier-major ont été atteints en donnant leurs soins aux malades; à Avignon, 3 femmes attachées à l'hospice où étaient traités les militaires furent atteintes. De même dans le même établissement : une sœur, une lingère, une infirmière.

La notion de la contagiosité ressort très nettement des faits généraux et particuliers qui viennent d'être envisagés. Il faut avouer toutefois que la transmission se fait à un faible degré. Mais il est vrai de dire que la contagion n'est pas tout dans l'histoire épidémiologique de la méningite cérébro-spinale; celle-ci peut survenir sans atteintes antécédentes, simplement par genèse autochtone, mais ainsi née, elle peut se propager par la contagion. Cette notion déjà ancienne est corroborée par certaines constatations de Schiff, qui décela l'agent, reconnu actuellement spécifique, dans les fosses nasales d'individus sains, et de Mandoul, qui, sur 15 sujets sains vivant en milieu épidémique, le rencontra 12 fois (Angoulême, 1904).

Modes de contagion. — Comment s'opère cette contagion? On sait peu de chose à ce sujet. On ne connaît guère de faits probants montrant le contact simple avec un malade transmettre la maladie.

On conçoit plus facilement le danger du contact indirect par des objets souillés par les produits buccaux et naso-pharyngés expulsés par le malade, d'autant que l'agent pathogène, comme on le verra, opère sa pénétration dans l'organisme par les fosses nasales et y cultive. De là, on peut supposer, sans toutefois pouvoir l'affirmer, le danger des linges, des mouchoirs, des effets, de la literie, du plancher des habitations ayant donné asile aux malades. Kohlmann a produit des observations qui tendent à prouver que l'affection peut être transmise par les vêtements. De telles hypothèses s'expliquent d'autant mieux que le germe paraît doué d'une persistance assez longue : en effet, le retour de la maladie dans des localités déjà atteintes, sa réapparition dans une même caserne dans une même garnison, dans une même ville pendant deux, trois hivers consécutifs, après intermissions, ou même sa disparition pendant l'été, semblent bien établir cette longue persistance de l'agent pathogène, là où il a été déposé.

Les *périodes de contagiosité* de la méningite cérébro-spinale sont assez mal déterminées. Il est hors de doute cependant que l'affection est contagieuse pendant la période d'état. La contagion peut persister pendant la convalescence, témoin le fait cité plus haut, de ce convalescent devenant dans un régiment le point de départ d'une explosion épidémique; témoin encore celui de Busquet (1) qui retrouve le germe spécifique dans le mucus nasal d'un de ses malades, quarante jours après le début de la convalescence.

Contagieuse, la méningite cérébro-spinale est par conséquent parasitaire. Bien des raisons militent en faveur de la spécificité de l'agent pathogène; mais certaines conditions d'ordre secondaire règlent, comme pour d'autres maladies infectieuses, l'éclosion et l'extension épidémique de la méningite cérébro-spinale. Il convient donc de distinguer les causes *favorisantes* et la cause *déterminante* qui n'est autre que le germe pathogène lui-même.

III

Causes favorisantes. — Les questions d'âge, les conditions sociales, etc., doivent être envisagées comme pouvant préparer à l'invasion du germe un terrain propice à son action nocive.

L'influence de la *race* est mal connue; on sait que la méningite cérébro-spinale ne présente de foyers qu'en Europe et aux Etats-Unis : la race blanche y serait donc particulièrement prédisposée; mais on ignore si se propageant dans les contrées asiatiques, la race jaune resterait ou non indemne; la race noire n'est pas épargnée, elle a été notamment éprouvée dans l'épidémie récente d'Ondurdam (Afrique tropicale).

L'âge intervient dans la plupart des épidémies observées dans la population civile : il est avéré, en effet, que ce sont les enfants et les adolescents qui paient le plus fort tribut à la maladie : à Emminghaus, sur 1435 atteintes, Rilliet en relevait 1133 qui s'étaient développées au-dessous de quatorze ans; à Bromberg (duché de Posen) en 1864, ce sont les enfants âgés de huit mois à quatorze ans qui ont été le plus atteints, et plus spécialement entre deux et sept ans; à New-York en 1872, sur 975 cas, 771 concernaient des enfants au-dessous de quinze ans.

(1) Busquet. *Presse méd.*, 7 août 1901.

Dans l'épidémie qui sévit actuellement en Allemagne, depuis quatre mois environ, on relève que sur 1006 cas observés dans la région d'Oppeln, 903 (89,2 p. 100) concernent des sujets âgés de moins de quinze ans; 583 (57 p. 100) concernent des enfants âgés de moins de sept ans; 103 (10,8 p. 100) concernent des sujets âgés de plus de quinze ans. Il est vrai de dire cependant que la vieillesse ne reste pas toujours indemne. Les faits observés dans l'armée montrent la prédisposition marquée de l'âge adulte.

La *misère physiologique*, la *mauvaise alimentation*, l'*encombrement*, la *mauvaise hygiène* doivent entrer en ligne de compte pour expliquer les atteintes si fréquentes observées dans les villes presque exclusivement dans la classe ouvrière; celle-ci est en effet le plus souvent éprouvée.

La *fatigue physique*, le *surmenage* sont des conditions essentiellement favorisantes qu'on trouve au premier chef dans l'armée pour expliquer la prédilection de la méningite cérébro-spinale pour les recrues.

Il est en effet remarquable de constater que la méningite cérébro-spinale atteint surtout les *jeunes soldats*, ceux qui comptent moins d'un an de service.

Ainsi, à Saint-Etienne, en 1848, le 22e léger, constitué uniquement par de jeunes soldats, au nombre de 1100, présenta 100 cas de méningite cérébro-spinale ; le 13e léger, composé d'anciens soldats en nombre identique, a compté seulement 5 atteintes; le 12e dragons, dont l'effectif s'élevait à 300 hommes (tous anciens soldats), ne présenta que 2 cas.

Cette notion est corroborée par les deux remarques suivantes, faites en plusieurs circonstances.

C'est souvent au moment de l'arrivée des recrues que débutent les épidémies :

L'épidémie de Versailles (1839) commença en février où les premiers cas apparaissent, se limitant au 18e léger. Faure-Villar remarquait alors, que ce régiment avait reçu le 20 janvier 226 recrues venues de la Vienne, d'Indre-et-Loire, de Loir-et-Cher.

Puis, dans une ville où sévit l'infection, une recrudescence est constatable au moment de l'arrivée des recrues : A Laval en 1840, au 15e de ligne, une recrudescence se produit en mars, une autre en octobre, coïncidant toutes deux avec l'arrivée récente de jeunes soldats.

A tout considérer, cependant, les recrues ne sont guère plus âgés que les anciens soldats; ce n'est donc vraisemblablement pas l'âge qui intervient à titre de facteur prédisposant, mais plutôt, semble-t-il, le faisceau habituel des causes détériorantes dues aux fatigues de la première période d'instruction.

Une autre notion demande à être particulièrement signalée, c'est l'influence des *conditions météoriques*; leur importance ne paraît pas devoir être délaissée, non pas comme cause déterminante, mais comme devant jouer un rôle essentiellement favorisant :

La méningite cérébro-spinale sévit à toutes les époques de l'année, mais on constate une remarquable prédominance pour la saison froide : en général, c'est en hiver et au début du printemps que les atteintes surviennent de préférence.

Il est le plus souvent mentionné que les hivers durant lesquels les épidémies se développent, sont particulièrement rigoureux; puis, quand elles se prolongent durant plusieurs années, elles s'atténuent habituellement ou s'interrompent lors de la saison chaude pour reprendre lors des premiers froids; d'ailleurs l'action du froid semble favoriser le développement de la méningite cérébro-spinale : Faure-Villar rapporte qu'en 1839, à Versailles, il observa au 18e léger une recrudescence marquée à la suite d'une revue où le régiment avait été exposé à un froid vif et pénétrant; en 1893, à Lanoconing, Flexner avait remarqué qu'à chaque abaissement de la température, la maladie prenait une extension nouvelle; M. Lemoine (1), au cours de l'épidémie d'Orléans (1886) avait remarqué semblable particularité, ce qui a pu lui faire dire : « On peut dire d'une façon générale, que chaque cas, en particulier, est survenu le jour précis ou le lendemain d'une chute brusque et marquée du thermomètre; et il est à remarquer que sur 14 cas de méningite cérébro-spinale, 7, c'est-à-dire la moitié, se produisirent pendant le mois de mars, remarquable habituellement par les oscillations brusques de la température, et qui, cette année-là, fut particulièrement rude à Orléans. Cette coïncidence avait été tellement nette dès l'apparition des premiers cas, qu'il nous arriva plusieurs fois, à certains jours de température très rigoureuse, de prévoir l'éclosion de cas de méningite cérébro-spinale. »

Beaujeu (2), à l'occasion de l'épidémie qui sévit à Arras, en 1901, au 3e génie, constatait encore cette influence; les poussées successives qui se sont produites ont coïncidé avec les recrudescences de basse température; de plus, la plupart des malades habitaient les combles, habituellement mal chauffés.

Ces causes étiologiques ont leur importance pour assurer la réceptivité des individus exposés à contracter la méningite cérébro-spinale; mais à elles seules elles sont incapables de l'engendrer de toute pièce. Ce rôle est exclusivement dévolu à la cause déterminante, constituée uniquement par le microbe pathogène.

IV

Cause déterminante. — Les notions d'épidémicité, et surtout de contagiosité, sont de nature à prouver l'origine microbienne de l'affection. C'est de ce côté que se sont orientées les multiples recherches auxquelles on s'est adonné depuis un certain nombre d'années.

A la faveur des premiers travaux entrepris, les bactériologistes décelèrent dans le pus rachidien des germes variés : le streptocoque, le staphylocoque, le pneumocoque, etc., etc. Contrairement à l'attente générale, les résultats les plus variables furent donc obtenus, et cependant l'épidémiologie incitait à considérer la méningite cérébro-spinale comme une dans sa nature, et les constatations bactériologiques, si elles étaient exactes, paraissaient impliquer que

(1) Lemoine. *Arch. de méd. milit.*, 1887.
(2) Beaujeu. *Idem*, 1902.

l'affection pouvait être provoquée par des microbes d'espèces différentes. La méningite cérébro-spinale ne serait-elle donc pas une maladie univoque, mais l'expression d'infections diverses ? C'est ce point qu'il convenait d'élucider.

Netter, Lemoine, etc., trouvent, dans leurs cas, du pneumocoque. Netter reproduit la méningite cérébro-spinale en injectant soit dans les méninges, soit dans la cavité thoracique ou la circulation, des cultures pures de pneumocoque. Il fait remarquer d'autre part que la pneumonie est fréquente au cours des épidémies de méningite ou chez les sujets atteints de cette dernière; ces considérations tendraient à prouver que, dans un certain nombre de cas, c'est le pneumocoque qui est l'agent pathogène de la méningite cérébro-spinale épidémique. Telles seraient pour lui les épidémies d'Allemagne de 1863 à 1865, l'épidémie de New-York de 1873, la grande épidémie américaine de 1806. Mais ce ne sont que de pures hypothèses.

En 1889, Bonome (de Padoue) décrit comme agent pathogène un streptocoque encapsulé; chaînettes de cocci, ou diplocoques, ou simplement petits micrococques se rapprochant par les caractères de coloration, du véritable streptocoque. En réalité, pour Netter, cet agent bactérien ne serait autre qu'un pneumocoque plus ou moins atténué, auquel il a pu rendre, avec sa virulence, sa morphologie habituelle par passages successifs sur le rat blanc.

Entre temps, en 1887, Weichselbaum, dans 8 cas de méningite cérébro-spinale épidémique, trouve 2 fois le pneumocoque, et 6 fois un coccus disposé le plus souvent en diplocoque, plus rarement en tétrade rappelant beaucoup l'aspect du gonocoque, et contenu en majeure partie dans l'intérieur des globules blancs. Mais les caractères de culture l'en distinguant, il s'agissait d'une bactérie spéciale. Il le nomme « diplococcus intracellularis meningitidis ».

Cette découverte de Weichselbaum eut peu d'écho tout d'abord. Mais depuis 1894, la question est reprise. Certaines recherches confirment les données de Weichselbaum, certaines autres lui opposent un démenti, et ce ne sont pas les moins retentissantes.

En 1895, Jaeger, dans une épidémie régimentaire qui sévit à Stuttgard, étudie 14 cas :

Chez l'un, il trouve du pneumocoque, dans les 13 autres, il décrit un diplocoque intracellulaire, ressemblant aussi au gonocoque, mais s'en différenciant en ce qu'il prend le Gram, alors que dans les coupes, cette réaction est négative. Jaeger, malgré les divergences et les points douteux que l'on peut observer, n'en conclut pas moins, en la personne de ce microbe, à la présence du diplocoque de Weichselbaum.

En 1895, Heubner observe 5 cas à Berlin. Par l'ensemencement il trouve des colonies plus abondantes que les auteurs précédents, et identifie le microbe à celui de Weichselbaum, malgré des différences notables de culture et de réaction aux matières colorantes. Un fait nouveau est apporté par Heubner : par des inoculations intra-rachidiennes au cheval, au chien, à la chèvre, il provoque chez ces animaux une méningite mortelle. Ces résultats paraissent d'autant plus significatifs qu'il existe, en Allemagne surtout, une méningite épizootique frappant le cheval et les bêtes à cornes. Heubner propose d'appeler ce diplocoque intracellulaire « méningocoque ».

En 1898, à propos de l'épidémie relativement sévère qu'il put observer à Paris, Netter (1) reprend la question : à côté du pneumocoque, il retrouve le diplostreptocoque de Bonome, le méningocoque, et il pense que ces deux derniers microbes ne sont qu'une variété du premier. Mais en 1899, il revient en partie sur son opinion antérieure et il admet qu'il existe : d'une part, des méningites cérébro-spinales à méningocoque; d'autre part, des méningites cérébro-spinales à pneumocoque ou à streptocoque de Bonome, agents identiques. Mais il ne pouvait résoudre le problème des diverses variétés de microbes décrits par Weichselbaum, Jaeger, Heubner et sur lesquels les avis étaient très partagés.

Pfaundler essaie de tout concilier, il pense que ces microbes décrits comme méningocoques représentent un même agent bactérien, mais ayant pris des formes et des caractères différents, et il distingue un type Weichselbaum, un type Jaeger, un type Heubner.

Une impression unique se dégage jusqu'alors des considérations précédentes, c'est une confusion extrême dans l'étude de la question. La tendance des esprits inclinait plutôt à faire admettre comme probable la scission du cadre des méningites cérébro-spinales en : 1° méningites à méningocoques de Weichselbaum; 2° méningites à pneumonocoques. Et cependant à priori les dernières devaient être éliminées de ce qu'on est convenu de nommer méningite cérébro-spinale épidémique.

On sait depuis longtemps que la pneumonie peut se compliquer de méningite cérébro-spinale. Mais il est certain aussi que la méningite à pneumocoque peut exister sans pneumonie : on a observé des épidémies de pneumonie sans un seul cas de méningite cérébro-spinale et d'autre part certaines méningites cérébro-spinales ont évolué épidémiquement sans que le nombre de pneumonies ait dépassé la normale. Mais peut-être le pneumocoque trouvé dans le pus de ces méningites n'a-t-il été qu'un agent d'association secondaire au même titre que d'autres microbes qui s'y sont donné libre cours, peut-être aussi les bactéries décrites par Jaeger et par Heubner. Certaines recherches de M. Sacquépée tendent à faire admettre cette hypothèse. Sacquépée (2) a montré en effet que le plus souvent le méningocoque qu'on croit bien être l'agent spécifique ne persiste pas longtemps dans le pus méningé, et qu'il est remplacé par des agents d'association secondaire. Lors donc qu'on effectue cette recherche à des époques plus ou moins éloignées du début de la maladie, on peut ne plus rencontrer le méningocoque de Weichselbaum qui a probablement existé préalablement, mais qui a été remplacé par d'autres agents microbiens.

(1) Netter. Soc. méd. des hôpit., 13 mai 1898.
(2) Sacquépée. Soc. méd des hôpit., 1902.

D'après ces réflexions, le méningocoque pourrait être considéré comme spécifique et d'ailleurs en 1903, Weichselbaum d'une part, Albrecht et Ghon d'autre part, établissent définitivement l'individualité du diplocoque intracellulaire par l'épreuve de l'agglutination et le distinguent nettement de ceux de Jaeger et de Heubner dont les caractères sont si différents (1). Il est vrai qu'en des travaux récents Lapierre (2), Pinto (3) contestent au méningocoque ce caractère de spécificité, et tendent à l'assimiler au gonocoque; l'avenir déterminera ce qu'il faut penser de cette analogie.

Siège du contage. — Le méningocoque se trouve dans le pus cérébro-méningé des individus atteints de méningite cérébro-spinale; plusieurs auteurs l'ont rencontré dans le mucus nasal des mêmes malades. De là, à penser que la cavité arachnoïde s'infectait par propagation des méningocoques des fosses nasales aux méninges par voie lymphatique, il n'y avait qu'un pas. Récemment Busquet (4) est venu en donner une démonstration expérimentale.

V

Voie d'infection. — Busquet a commencé par isoler le méningocoque de trois sujets atteints de méningite cérébro-spinale. Ainsi assuré que le mucus contenait l'agent pathogène, il l'a déposé à l'aide d'un stylet dans les fosses nasales de lapins et de cobayes. Après un temps variable, ces animaux ont contracté une méningite cérébro-spinale, en sont morts, et ont présenté à l'autopsie les signes manifestes de cette infection.

Prenant du mucus nasal de ces animaux il a pu en infecter une série d'autres.

Puis, prenant du pus recueilli dans le canal rachidien des malades précédents, il a encore déposé une parcelle de ce pus dans les fosses nasales d'un nouveau lot d'animaux et a obtenu les mêmes résultats.

Ces faits démontrent suffisamment :

1° Que le mucus nasal des malades contient le méningocoque;

2° Que ce méningocoque se transmet aux méninges en obtenant leur inflammation suppurative.

On peut déduire de là que l'homme s'infecte très probablement par inhalation, par respiration du germe isolé, ou adhérent à des poussières, germe qui va s'implanter dans les fosses nasales, s'y multiplier et cheminer dans les lymphatiques qui partent de la muqueuse pituitaire pour se rendre dans les espaces sous-arachnoïdiens en passant à travers la lame criblée de l'ethmoïde [Retzius, Cunéo et André (5)]. On comprend alors maintenant que les linges, mouchoirs, etc., puissent être dangereux et doués du pouvoir de transmettre à l'individu sain le germe spécifique de la méningite cérébro-spinale.

(1) Signalons que dans l'épidémie allemande de 1905, sur 760 cas examinés, M. von Lingelsheim a isolé dans tous les cas le méningocoque de Weichselbaum.

(2) Lapierre. *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 15 mai 1903.

(3) Pinto. *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 15 nov. 1904.

(4) Busquet. *Presse méd.*, 1901.

(5) Cunéo et André. *Bull. de la Soc. anat.*; janv. 1905.

VI

Prophylaxie. — De là, il devient aisé de déduire quelle pourra être la prophylaxie de cette infection. Déjà en 1888, le ministère prussien avait institué les mesures suivantes :

1° Déclaration obligatoire;

2° Isolement des malades;

3° Les enfants d'une famille où sévit la méningite cérébro-spinale ne doivent pas être admis à fréquenter les écoles;

4° Enfin désinfection comme pour toute maladie contagieuse.

Il serait désirable qu'on se conforme à ces règles édictées il y a plus de quinze ans; en ce qui concerne l'armée, il faudrait :

Isoler les malades aussitôt que le diagnostic est posé. Envoi à l'hôpital.

Surveiller les voisins de chambrée, examiner leur mucus nasal où l'on a pu rencontrer le méningocoque (Schiff); les mettre en observation et en cas de recherche positive les isoler eux aussi et les soumettre à des lavages antiseptiques des fosses nasales comme moyen préventif. A cet égard, il conviendra tout particulièrement de porter l'attention sur les cas frustes, les cas de méningite ambulatoire [Sicard (1)] dont le danger est d'autant plus grand au point de vue de la contagion qu'ils sont habituellement méconnus. Enfin, la désinfection de la chambre, du linge, de la literie, des vêtements, etc., devra être rigoureusement effectuée et surtout la désinfection des excreta, principalement naso-pharyngés, qui semblent être les plus dangereux au point de vue de la contagion.

Ces moyens pourront peut-être contribuer à limiter le champ d'expansion épidémique de cette infection dont les victimes ont été jusqu'alors si cruellement éprouvées.

HYDROLOGIE

INFLUENCE DU BICARBONATE DE SOUDE SUR LA MARCHE DES INFECTIONS

M. Auerbach, au laboratoire du professeur Reprew [de Kharkoff (2)], vient de consacrer à ce problème des expériences intéressantes. Après avoir constaté que le bicarbonate de soude exerce *in vitro*, à une température suffisamment élevée, une action bactéricide incontestable, il a provoqué chez des animaux des infections expérimentales diverses (bacille typhique, staphylocoque) et tantôt les a laissées évoluer sans médicaments, tantôt a soumis les animaux injectés à l'action du bicarbonate de soude. Dans *toutes* les expériences, les animaux témoins ont succombé, tandis que les animaux traités par le bicarbonate de soude résistaient à l'infection, dont les symptômes cliniques étaient d'ailleurs chez eux remarquablement atténués.

Ces expériences présentent un vif intérêt, et sont susceptibles d'une application immédiate. En temps d'épidémie typhique, grippale, etc., elles nous suggèrent un bon moyen

(1) Sicard. *Presse méd.*, 21 août 1901.

(2) Auerbach. *Allg. med. centrabl. Zeit.*, 1905, n° 2.

d'augmenter la résistance de l'organisme, par l'emploi régulier du bicarbonate de soude, ou, pour le mieux, par la substitution à l'eau de table ordinaire ou aux eaux minérales indifférentes, d'une eau minérale bicarbonatée sodique. Le choix de cette eau sera subordonné à l'état de nutrition du sujet.

Pour les sujets normaux, une eau légèrement alcaline comme celle de Vals Saint-Jean sera suffisante, et plus agréable comme boisson qu'une eau plus concentrée.

Pour des sujets « hyperacides », arthritiques, goutteux, uricémiques, ou seulement gros mangeurs de viande, une eau plus concentrée comme celle de Vals Précieuse sera nécessaire pour ramener à l'alcalinité des humeurs et des tissus exagérément acides.

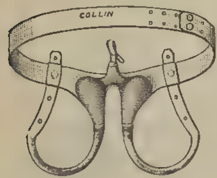
Enfin, dans les cas où il paraîtra nécessaire d'obtenir une alcalinisation énergique, l'eau de Vals Magdeleine, la plus riche connue en bicarbonate de soude, rendra des services qu'aucune autre eau minérale ne saurait rendre.

En tous cas, d'après les expériences d'Auerbach, c'est à une eau bicarbonatée sodique qu'il importe de recourir, et non à une des nombreuses eaux bicarbonatées calciques ou mixtes qui sont utilisées couramment comme eaux de table.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

NOUVEAU BANDAGE EN CAOUTCHOUC POUR LE TRAITEMENT DE LA HERNIE INGUINALE DES NOUVEAU-NÉS

Dans le modèle courant employé, jusqu'à ce jour, les deux pelotes à air sont en continuité l'une avec l'autre au moyen d'un prolongement transversal passant au-dessous du pubis. Il en résulte que, les deux pelotes étant appliquées sur les orifices inguinaux, l'air reflue par la pression dans ce prolongement transversal qui les unit et le distend.



Dès lors, le bandage est mal appliqué, il se déplace facilement; d'autre part, les pelotes se dégonflent par le fait de la pression, la hernie n'est plus exactement maintenue et l'intestin s'échappe au dehors. Dans le modèle nouveau construit par M. Collin, les deux pelotes à air sont indépendantes l'une de l'autre et agissent à la manière des pelotes dans le bandage à ressort. Le bandage tient bien en place et la hernie est efficacement maintenue. Ce bandage a été construit pour M. le professeur Kirmisson il y a dix-huit mois pour le traitement d'un petit malade athrepsique, porteur d'une volumineuse hernie inguinale droite qui s'était précédemment étranglée. Or, aujourd'hui, ce petit athrepsique est devenu un très bel enfant, et la hernie exactement maintenue par le bandage peut être considérée comme guérie.

LIVRES NOUVEAUX

Les bactéries de l'air, de l'eau et du sol (1), par E. Bodin, professeur de bactériologie à l'Université de Rennes.

Ce livre qui est la suite d'un précédent volume sur la *Biologie générale des bactéries*, est, comme le premier, le résumé du cours de bactériologie professé par M. Bodin à l'Université de Rennes.

L'auteur s'y est attaché, laissant de côté les détails de technique qui pourraient rendre le sujet trop aride, à exposer l'œuvre considérable qu'accomplissent dans le monde les microbes de l'air, de l'eau et surtout du sol. Montrer que ces bactéries sont les agents chargés d'assurer la circulation des éléments chimiques et par suite l'équilibre existant entre la matière vivante et la matière inerte, tel est le but que s'est d'abord proposé l'auteur. Mais si cette idée générale domine son étude, il a tenu à exposer, en chacune des trois parties de son livre, les principales questions théoriques ou pratiques qui se relient aux sujets traités.

A propos des microbes de l'air, l'auteur résume l'historique du problème de la génération spontanée; puis il aborde la question de la dissémination des maladies microbiennes par l'air. Avec les microbes de l'eau, il envisage la propagation de certaines infections par les eaux, et les moyens de prophylaxie qu'il importe de mettre en œuvre à cet égard. Dans le troisième chapitre, qui a trait aux microbes du sol, on trouvera un aperçu des phénomènes microbiens des fermentations des matières organiques en putréfaction, et de l'importante question de l'épuration biologique des eaux d'égouts, dont l'intérêt pratique est considérable en notre organisation sociale.

L. GAYARD.

(1) Petit in 8°, avec fig. (encycl. des aide-mém.). Prix : br. 2 fr. 50, cart. 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 22 AU 27 MAI 1905)

THÈSES

Jeudi 25 mai 1905. — M. Sée. Contribution à l'étude des applications thérapeutiques des oxydases et des métaux ferments. (MM. Hutinel, président; Gilbert, Dupré et Richaud.) — M. Labonnette. Contribution à l'étude des formes hypothermiques du cancer du foie. (MM. Gilbert, président; Hutinel, Dupré et Richaud.) — M. Lautaret. Du péroxyde de magnésium et de ses applications en thérapeutique. (MM. Gilbert, président; Hutinel, Dupré et Richaud.) — M. Budin. De la désinsertion de l'extrémité inférieure du vagin au cours de l'accouchement spontané chez la primipare. (MM. Budin, président; Pozzi, Bonnaire et Demelin.) — M. Doin. Description de quelques bassins rachitiques. (MM. Budin, président; Pozzi, Bonnaire et Demelin.) — M. Guérin. De l'allaitement au cours de la grossesse. (MM. Budin, président; Pozzi, Bonnaire et Demelin.) — M. Lachèze. De l'eau de mer et du sérum artificiel chez le nouveau-né. (MM. Budin, président; Pozzi, Bonnaire et Demelin). — M. Marteville. Pyélonéphrite et grossesse (MM. Budin, président; Pozzi, Bonnaire et Demelin.)

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

EXTERNE, 4e année, ayant un an de consultation de médecine, désirerait remplacement un ou deux mois, Paris ou environs, en juillet, août ou septembre. Ferait aussi toute l'année remplacements le dimanche. — J. K. au Journal.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 59. — MARDI 23 MAI 1905. 78e ANNÉE. MARDI 23 MAI 1905. — N° 59.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE
Quelques cas de tuberculose cutanée consécutive à la rougeole, par MM. Gaucher et Druelle.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Société médicale des hôpitaux.
Société de chirurgie.
Société de biologie.
MÉDECINE PRATIQUE
Emploi de l'eau gazeuse dans le traitement des angines.
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de médecine.* — *Admission.* — Leçon clinique sur un malade :

Séance du 22 mai 1905. — MM. Garnier, 19; Michel, 19; Ramond, 20.

Concours de chirurgie. — Consultation écrite :

Séance du 19 mai 1905. — MM. Lapointe et Guibé, 16; Baudet, 18; Veau, 18 1/2.

— Le jury du deuxième concours de chirurgie est provisoirement composé de MM. Duplay, Terrier, Hartmann, Guinard, Cruveilhier, Reynier et Moutard-Martin.

VOYAGE DES MÉDECINS ANGLAIS DANS LE SUD-OUEST. — Répondant à l'invitation qui leur avait été adressée par la Société médicale de Pau, par le Syndicat d'initiative de Pau, du Béarn et des Pyrénées, par les municipalités des villes intéressées, une grande partie de nos confrères anglais ont quitté Paris dimanche matin 14 pour aller visiter les stations du sud-ouest.

Ils sont arrivés dimanche soir vers dix heures à Biarritz, et reçus à la gare par une délégation qui les a conduits au Casino municipal où un lunch leur a été offert par la ville.

M. Forsans, maire de Biarritz, leur a souhaité la bienvenue, le chirurgien général Keogh lui a répondu en le remerciant du charmant accueil de Biarritz.

La réception, très gaie et très cordiale, s'est terminée vers onze heures et demie du soir.

La matinée du lendemain a été consacrée à la visite de la ville. A midi un banquet, particulièrement brillant, est offert par la municipalité.

Le même jour, à cinq heures et demie du soir, la caravane arrive à Pau; elle est reçue à la gare par M. Faisans, maire, entouré d'une délégation du Conseil municipal et par le bureau de la Société médicale.

Avant la chute du jour les voyageurs émerveillés ont pu admirer le superbe panorama du boulevard des Pyrénées, et à sept heures et demie ils se rendaient au palais d'Hiver où un banquet somptueux et du meilleur goût offert par la municipalité leur était servi dans la grande salle des Fêtes.

Au champagne, les toasts les plus chaleureux ont été échangés, parmi lesquels on peut signaler celui du préfet des Basses-Pyrénées, du général chirurgien Keogh, celui du docteur Andral, au nom de la Société médicale de Pau, dont il est le président, celui du docteur Marck, celui de M. Cadart, président du Syndicat d'initiative, et enfin celui du maire, M. Faisans, qui retrace l'histoire de Pau, ville d'hiver, depuis le moment où arrivèrent les premiers hôtes anglais, jusqu'à l'époque actuelle que caractérisent les derniers perfectionnements de l'hygiène moderne.

Après le banquet, un délicieux concert a été donné dans la coquette salle du théâtre, et une réception charmante clôturait cette journée bien remplie.

Le lendemain matin les médecins anglais ont parcouru la ville et les environs en automobile; ils ont visité avec intérêt le chenil, la plaine de Billère, le pavillon d'isolement, les services de désinfection et le laboratoire de bactériologie.

Le mardi après-midi ils quittaient Pau pour Cauterets, se rendaient d'abord au pont d'Espagne, visitaient en passant les établissements des groupes du Sud et les merveilleuses cascades parsemées le long du parcours.

A huit heures, un banquet les réunissait dans la superbe salle Louis XV du grand hôtel d'Angleterre.

Après les toasts et les discours, ils assistaient à une séance de projections photographiques représentant les plus beaux sites des Pyrénées.

Une charmante sauterie terminait cette journée.

La matinée de mercredi a été consacrée à visiter les établissements de la ville.

Nos hôtes ont été reçus ensuite à Argelès, par la municipalité, qui leur a offert un lunch dans le parc du Casino.

Après avoir visité Lourdes, ils sont repartis pour Salies-de-Béarn où ils ont été chaleureusement reçus et où ils ont repris jeudi matin le train de Paris.

(*Voir la suite des* Nouvelles, *p. 705.*)

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale expérimentale et clinique. — (N° 165, 10 mai 1905.) BORDIER et GALIMARD : Action des rayons X sur les platino-cyanures et en particulier sur celui de baryum; cause de la régénération; conséquences pratiques de cette étude. — Ludwig MANN : Recherches électrodiagnostiques avec décharges de condensateurs. — Stéphane LEDUC : Influence des excitations électriques sur la pression osmotique intra-musculaire. — A. TURPAIN : Sur l'interruption du circuit primaire des bobines d'induction.

Archives générales de médecine. — (N° 19, 9 mai 1905.) L. LÉVI : Essai physiopathologique sur le mécanisme de la faim, ses variations, ses viciations. — PIÉRY et MANDOUL : Les variations morphologiques et numériques du bacille de Koch et la séméiologie de la tuberculose pulmonaire. — P. RUDAUX : Formes et traitement de l'ictère pendant la grossesse. — (N° 20, 16 mai.) L. LÉVI : Essai physiopathologique sur le mécanisme de la faim, ses variations, ses viciations (*suite*). — BUDIN : Les consultations de nourrissons.

Archives internationales de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 3, mai-juin 1905.) CHAVASSE et TOUBERT : Études sur les complications temporales et endocraniennes d'origine otique observées à la clinique otologique du Val-de-Grâce (1898-1904). — R. LAKE : L'état actuel de nos connaissances au point de vue des interventions opératoires dans le vertige et les bourdonnements d'oreilles. — J. MÖLLER : Un cas de myringite tuberculeuse. — ROYET : Sur une période paradoxale de l'évolution des sinusites et quelques autres causes de chronicité. — J. S. GIBB : Deux cas d'épithélioma primitif du conduit auditif. — MARAGE : Différentes sortes d'otite scléreuse. — TRIFILETTI : Mastoïdite et neurasthénie. — R. DE LA SOTA Y LASTRA : Lésions de la bouche de diagnostic incertain. — W. S. BRYANT : Le rétrécissement de la trompe d'Eustache dans les maladies de l'oreille et son traitement. — Zia NOURY : Cas rare de corps étranger du larynx. — GOLESCEANO : Les épreuves auditives chez l'aveugle. Campimétrie auriculaire. — G. FERRERI : Sur la photothérapie du larynx. — M. BLOCH : De l'emploi du perborate de soude dans la pratique oto-rhino-laryngologique. — I. MANCIOLI : La photothérapie dans le traitement de l'otite sèche. — HÉLOT : Résultats obtenus par l'emploi du pengawar-djambi dans quelques opérations endo-nasales. — P. BONNIER : A propos de l'accommodation auditive. La théorie de Guillemin. — MELZI : Contribution à l'étude du traitement de l'ozène par les injections sous-muqueuses de paraffine. — Zünd BURGUET : Étude physiologique et pratique sur les troubles externes ou mécaniques de la parole. — TOMMASI : Mécanisme des traumatismes de l'oreille et leur influence sur cet organe, particulièrement au point de vue médico-légal. — E. DROUOT : Sourds-muets et médecins. Historique de la pédagogie des sourds-muets. — C. CHAUVEAU : Le traité des angines de Lasègue (*suite*). — MASSIER : L'enseignement et la pratique oto-laryngologique à Londres (*suite*).

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 17, 8 mai 1905.) ROCHARD : De la mort subite après l'opération de la cure radicale herniaire. — (N° 18, 15 mai.) BOUQUET : Des fautes commises dans le régime alimentaire des enfants et de leurs conséquences (*suite*). — A. ROBIN : Le traitement des phlébites.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLII, n° 16, 20 avril 1905.) John W. FARLOW : Manuel Garcia (avec 6 figures). — John H. CANNINGHAM et F. H. LAHEY : Une méthode pour produire l'anesthésie générale par l'éther par voie rectale, avec la relation de 41 cas (avec 1 figure). — E. G. BRACKETT : Le traitement par le sérum anti-streptococcique dans les arthrites infectieuses multiples. — E. M. BUCKINGHAM : Sur la contagiosité de la méningite cérébro-spinale. — (N° 17, 27 avril.) Howard A. LOTHROP : Sur une opération plastique pour la cure de certaines variétés de rétrécissements du rectum. — Charles GREEN CUMSTON : La prostatite chronique gonococcique. — Nathaniel BOWDITCH POTTER : L'emploi des aveugles comme masseurs. — Edward O. OTIS : La bronchite chronique de l'adulte et les résultats du changement de climat. — John B. HUBER : Évolution et tuberculose. — (N° 18, 4 mai.) James J. PUTNAM et George A. WATERMAN : Considérations sur le diagnostic différentiel entre l'hystérie et l'épilepsie. — F. B. LUND : La perforation subaiguë de l'estomac avec la description de trois cas. — G. KIRBY-COLLIER : L'épilepsie sénile. — Frederick BRYANT : Un cas de péricardite hémorragique traitée par l'aspiration. Guérison.

Bulletin médical. — (N° 36, 10 mai 1905.) LE DENTU : Les infections puerpérales aiguës et leur traitement. — KÜSS : Lutte contre la tuberculose. Le dispensaire de prophylaxie de Liège. — (N° 37, 13 mai.) Paul BOUCHET : Observation et jugement en chirurgie : leur rôle respectif; leur solidarité; leur synthèse. — (N° 38, 17 mai.) METCHNIKOFF et ROUX : Recherches microbiologiques sur la syphilis. — Paul BOUCHET : Observation et jugement en chirurgie : leur rôle respectif; leur solidarité; leur synthèse (*suite*). — (N° 39, 20 mai.) L. RÉNON : La pleurésie droite des cardiaques. — Paul BOUCHET : Observation et jugement en chirurgie : leur rôle respectif; leur solidarité; leur synthèse (*suite*).

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 55, 7 mai 1905.) Torindo SILVESTRI : L'indépendance fonctionnelle et anatomique des lobes du foie. — Benedetto SCHIASSI : Certaines cirrhoses hépatiques et leur traitement. — Alberto GASPARINI : Y a-t-il un danger sérieux à conserver une partie du col utérin dans l'hystérectomie sub-totale? — (N° 58, 14 mai.) Ernesto TRAMONTI : Un cas de myopathie primitive avec débilité mentale. — Pietro TRAPANI : Nouvelle méthode pour différencier le bacille d'Eberth des bacilles éberthiformes et du colibacille. — Giuseppe SEVERINO : Le courant alternatif sinusoïdal et le courant ondulatoire dans le traitement de la maladie de Basedow. — Luigi D'ANDREA : Injections intraveineuses et sous-cutanées de sublimé dans quatre cas de scarlatine grave. — Umberto ZOPPELLI : Trois cas d'anémie pernicieuse progressive et un d'anémie symptomatique grave. — Oreste BETTI : Contribution à l'étude et au traitement de l'éclampsie puerpérale. — Prof. Ferruccio SCHUPFER : Un cas de dégénérescence amyloïde des reins et des autres organes avec ictère et sans albuminurie.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 20, 14 mai 1905.) J. CARLES : Quelques remarques sur l'emploi de la macération de rein dans les néphrites (*fin*). — MARTINET et BÉGOUIN : Rupture de la vessie chez un jeune homme de vingt-trois ans auquel avait été pratiquée une double cure radicale de hernie.

Gynécologie. — (N° 2, avril 1905.) J.-A. DOLÉRIS : L'atrésie cervicale après les cautérisations. — R. BLONDEL et H. CHATINIÈRE : Absence congénitale du vagin et d'organes génitaux internes. — CHARTIER : Contre-indications des pessaires. — BATIGNE : La suture des releveurs dans les prolapsus génitaux.

(Voir la suite, p. 706.)

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE
(Hôpital Saint-Louis.)

QUELQUES CAS DE TUBERCULOSE CUTANÉE
CONSÉCUTIVE A LA ROUGEOLE

Par M. le professeur GAUCHER et M. DRUELLE.

L'influence de la rougeole sur le développement et l'évolution des diverses manifestations de la tuberculose est connue depuis longtemps. Sans entrer à ce sujet dans de longs détails historiques nous rappellerons seulement les judicieuses remarques de Trousseau (1) sur la tuberculose pulmonaire et ganglionnaire consécutive à l'infection morbilleuse. Des phénomènes du même ordre peuvent s'observer sur les téguments. La rougeole peut avoir sur ces derniers une influence pathogène analogue à celle qu'elle exerce sur l'appareil respiratoire et provoquer l'apparition de lésions de tuberculose cutanée.

Ce dernier ordre de faits est de connaissance plus récente que les cas de tuberculose pulmonaire post-morbilleuse. La première observation semble en avoir été publiée par M. Besnier (2) en 1889. Depuis lors, plusieurs auteurs se sont occupés des rapports de la tuberculose cutanée et de la rougeole. En France nous avons à citer tout d'abord les travaux de M. Du Castel (3) qui, dans plusieurs mémoires, s'est efforcé de mettre en relief ce rôle étiologique de la rougeole et de préciser le caractère clinique des tuberculoses cutanées qui se développent sous l'influence de cette dernière. Des faits analogues ont été signalés par MM. Comby (4), Haushalter (5), Feulard (6). A l'étranger des observations se rapportant au même sujet ont été publiées par Hall (7), Adamson (8), Doutrelepont (9), Pelegatti (10), Torok (11), Colcott Fox (12), Leichtenstein (13). Une vue d'ensemble sur les manifestations cutanées de la tuberculose consécutives à la rougeole se trouve dans un travail récent de Loustau (1).

Bien entendu on ne saurait utiliser pour l'étude de cette question, comme nous l'avons du reste fait dans ce travail, que les observations où des lésions de tuberculose cutanée apparaissent pendant le cours ou la convalescence de la rougeole, ou immédiatement après sa guérison. En effet les derniers cas sont seuls démonstratifs de l'influence exercée par la rougeole sur la genèse des tuberculoses cutanées qui lui succèdent. Les cas où ces lésions des téguments se développent plus tardivement ne sauraient entrer en ligne de compte car la fréquence des deux affections ne permet pas, dans ces conditions, d'exclure leur simple coïncidence.

Il existe actuellement, dans la littérature médicale, un assez grand nombre d'observations probantes de tuberculoses cutanées où le rôle déterminant de la rougeole apparaît avec netteté. Toutes ont été recueillies chez des enfants; les quelques cas que nous rapportons plus loin ne font pas exception à cette règle. La plupart de ces faits ont une grande ressemblance entre eux, au point de vue clinique, et montrent des particularités évolutives intéressantes. Tout d'abord il s'agit presque constamment de tuberculoses cutanées à foyers multiples et disséminés dont les éléments atteignent souvent une diffusion remarquable, envahissant simultanément des régions très éloignées les unes des autres. Cette topographie des lésions est à opposer à la localisation fréquente de la tuberculose cutanée sur une région unique ou sur quelques points peu nombreux des téguments. Elle imprime à l'affection une physionomie assez spéciale. Cette dissémination des lésions se retrouve dans presque toutes les observations de tuberculose cutanée consécutive à la rougeole. Certains cas, mais ils sont très rares, font exception à cette règle : les lésions sont alors localisées dans une seule région.

Un autre caractère de la tuberculose cutanée post-morbilleuse réside dans sa grande rapidité d'évolution ou pour mieux dire dans la grande rapidité de sa phase initiale. C'est brusquement qu'apparaissent le plus souvent ces lésions et c'est en très peu de temps qu'elles se constituent de façon définitive, alors qu'habituellement la tuberculose cutanée revêt d'emblée une marche insidieuse et lente. Du reste cette rapidité d'évolution ne se retrouve qu'au premier stade des tuberculoses cutanées consécutives à la rougeole. Par la suite elles ont l'allure essentiellement chronique de la plupart des formes de tuberculose cutanée et procèdent de leurs caractères évolutifs généraux.

La cause de la dissémination et de la rapidité d'apparition de ces lésions cutanées qui pourtant constituent des formes de tuberculose atténuées et peu virulentes, réside sans doute dans la déchéance générale de l'organisme du fait de la rougeole. Du reste d'autres maladies infectieuses de l'enfance peuvent avoir la même influence sur l'apparition et

(1) Trousseau. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. I.

(2) Besnier. Lupus tuberculeux aigu nodulaire disséminé, Soc. de dermatol. et de syphil., 1889.

(3) Du Castel. Tuberculose cutanée disséminée consécutive à la rougeole, Soc. de dermatol. et de syphil., 1894; — Les tuberculoses de la peau consécutives à la rougeole, *Ann. de dermatol. et de syphil.*, 1898; — La tuberculose cutanée consécutive à la rougeole, *Fetschrift zu Ehren von Moriz Kaposi*, 1900.

(4) Comby. Tuberculoses cutanées multiples, Réunions cliniques de l'hôpital Saint-Louis, 1889; — Tuberculose verruqueuse chez les enfants, *Arch. de méd. des enf.*, 1898; — Lichen des scrofuleux, *Arch. de méd. des enf.*, 1904.

(5) Haushalter. Deux cas de lichen scrofulosorum chez l'enfant; nature tubercul. de l'affection, *Ann. de dermatol. et de syphil.*, 1898.

(6) Feulard. Scrofulo-tuberculose cutanée à manifestations multiples, Soc. de dermatol. et de syphil., 1896.

(7) Hall. *Brit. med. Journ.*, 1901.

(8) Adamson. Case of multiple cutaneous lupus following measles, *Brit. Journ. of Dermatol.*, 1899.

(9) Doutrelepont. Beitrag für Hauttuberculose, *Arch. f. Dermat. und Syphil.*, 1894.

(10) Pelegatti. *Giorn. ital. delle malat. ven. e della pelle*, 1898.

(11) Torok. Lupus vulgaris disseminatus, *Arch. f. Dermatol. und Syph.*, 1899.

(12) Colcott Fox. Dermat. Soc. of London, 1898.

(13) Leichtenstein. *Munch. med. Wochens.*, 1897.

(1) Loustau. *Des tuberculoses cutanées consécutives aux fièvres éruptives et en particulier à la rougeole*, Th. de Paris, 1901.

l'évolution des tuberculoses cutanées qui leur succèdent. Il en est ainsi de la varicelle, de la scarlatine, de la coqueluche, mais l'influence étiologique de ces affections a été beaucoup moins souvent notée.

Les nombreuses variétés objectives de la tuberculose cutanée se retrouvent dans celles de ses manifestations qui font suite à la rougeole. Le plus souvent il s'agit de lésions nodulaires revêtant le type du lupus tuberculeux disséminé. On voit alors un plus ou moins grand nombre de tubercules, avec leur aspect sucre d'orge caractéristique, éparpillés en des régions multiples de téguments. Nous en avons observé l'exemple suivant :

Observation I. — *Lupus disséminé consécutif à la rougeole.* — M... (Fernande), cinq ans, vient consulter à l'hôpital Saint-Louis, le 5 février 1904.

L'enfant a eu la rougeole en janvier 1903. Cette rougeole fut bénigne, mais pendant sa convalescence apparurent en quelques jours, en différents points des téguments, des éléments éruptifs qui se sont constitués avec rapidité et qui depuis n'ont plus bougé.

Ces éléments éruptifs sont constitués par des tubercules lupiques, d'une couleur jaune sucre d'orge, translucides et qui ont tous la dimension d'un grain de chenevis.

Sur la face ces tubercules lupiques sont nombreux. Sur la joue gauche on voit un grand nombre d'éléments disséminés et isolés les uns des autres. Sur le front, sur les lobules des oreilles, on retrouve la même disposition. Sur la joue gauche on trouve deux plaques lupiques plus grandes, formées par la réunion de plusieurs tubercules.

Sur la face dorsale du poignet droit on trouve deux nodules lupiques isolés. Il en existe quatre sur la face antérieure de la cuisse droite, à quelques centimètres au-dessus du genou.

Dans d'autres circonstances les manifestations cutanées de la tuberculose post-morbilleuse sont constituées par des lésions de tuberculose verruqueuse disséminée. Comby, Adamson en ont rapporté des cas et nous avons pu en recueillir une nouvelle observation.

Obs. II. — *Tuberculose verruqueuse disséminée consécutive à la rougeole.* — G... (Alice), cinq ans, vient consulter à l'hôpital Saint-Louis le 7 mars 1903.

La petite malade a eu la rougeole en juin 1902. Dans les premiers jours de juillet 1902 sont apparus, sur le coude gauche, deux boutons dont le développement s'est fait assez rapidement, mais qui ne se sont accompagnés d'aucune réaction inflammatoire locale. Quelque temps après il est apparu de nouvelles lésions cutanées sur la main droite, puis sur la plante du pied droit. Depuis, ces diverses lésions se sont accrues lentement et n'ont montré aucune tendance à la rétrocession spontanée.

État actuel. — La malade est en très bon état général; elle ne présente aucun signe de lésion pulmonaire, pas d'adénopathies.

Les lésions cutanées sont distribuées en trois foyers :

1° Sur le coude gauche, au niveau de la face postérieure de l'olécrane, on voit deux éléments d'aspect papuleux, des dimensions d'une pièce de 50 centimes. Ils sont recouverts d'une squame blanchâtre, épaisse et adhérente, ce qui leur donne à première vue un aspect vaguement psoriasiforme. Mais cette squame s'enlève en entier d'un seul coup d'ongle : on met alors à découvert une surface qui n'est pas lisse comme celle du psoriasis, mais qui est couverte de papilles hypertrophiées, faisant une saillie assez prononcée. A la périphérie de ces éléments on voit une zone violacée. Quand on les palpe en les soulevant entre deux doigts, on constate que leur base est le siège d'une infiltration nodulaire très prononcée.

2° Sur la face dorsale de la main droite, au niveau de la tête du premier métacarpien, existe un élément nodulaire, bombé et convexe, grand comme une pièce de 50 centimes. Sa surface qui est d'un rouge pâle tirant sur le violacé est, par places, le siège de petites croûtelles. Elle est formée de fines verrucosités papillaires, serrées les unes contre les autres, séparées par de fines dépressions. En passant le doigt sur la surface de cet élément on a une sensation rapeuse toute spéciale. A la palpation, il donne une sensation d'infiltration mollasse très profonde; il est, comme les éléments du coude, entouré d'une zone violacée périphérique.

3° A la partie médiane de la face plantaire du pied droit on voit deux lésions d'aspect papillomateux, arrondies, d'un demi-centimètre de diamètre environ. L'aspect papillomateux est ici beaucoup plus marqué que sur les éléments précédents. Toute la surface de ces éléments plantaires est couverte de prolongements verruqueux hyperkératosiques fortement saillants, limitant des sillons profonds et étroits.

Diagnostic. — Tuberculose verruqueuse à foyers multiples, consécutive à la rougeole.

La guérison a été obtenue après une dizaine de cautérisations profondes au thermo-cautère.

On peut également observer après la rougeole la tuberculose cutanée papuleuse ou papulo-pustuleuse, variété décrite par la plupart des auteurs sous le nom de tuberculides, et que les travaux récents ont montrée causée non par le bacille de Koch mais par ses toxines. Dans notre observation III, nous relatons un cas de tuberculose cutanée post-morbilleuse qui revêtait l'aspect des lésions décrites par Barthélemy sous le nom d'acnitis. Le lichen scrofulosorum, autre variété de tuberculose cutanée faisant partie du même groupe, a été observé consécutivement à la rougeole par Comby, Feulard, Hudelo et Herrenschmidt (1).

Obs. III. — *Tuberculose cutanée papuleuse consécutive à la rougeole* (Gaucher et Druelle, Soc. franç. de dermatol. et syphil., déc. 1903). — F... (Rubens), huit ans et demi, vient consulter à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Gaucher, le 4 septembre 1903.

Antécédents. — Les parents de l'enfant sont d'une bonne santé habituelle, ne paraissent pas tuberculeux. La mère a fait une fausse couche à la suite d'un traumatisme, trois ans après la naissance du malade.

Celui-ci qui est né en Syrie où il a habité pendant cinq années, y a eu des accès de paludisme qui ont persisté depuis trois ans qu'il est en France. Il n'a jamais eu d'adénopathies, ni de lésions osseuses ou articulaires qui puissent être rapportées à la tuberculose. Il a eu la varicelle il y a deux ans, la diphtérie il y a un an.

(1) Hudelo et Herrenschmidt. Soc. de dermatol. et de syphil., 1901.

Histoire de la maladie. — Il y a cinq semaines, début d'une rougeole qui a duré quinze jours et qui paraît avoir été normale comme évolution. Cette rougeole a été accompagnée de violentes transpirations, provoquées, paraît-il, dans un but thérapeutique.

Il y a trois semaines, au milieu de phénomènes fébriles — le malade avait alors 39 degrés tous les soirs — sont apparus sur les membres, le ventre et les joues, des petits boutons non prurigineux, qui depuis ont augmenté de nombre et n'ont pas rétrocédé spontanément, sauf quelques éléments situés sur les joues.

État actuel. — Le malade présente actuellement une éruption presque généralisée, mais qui affecte avec prédilection les membres supérieurs et inférieurs.

Cette éruption est composée d'éléments papuleux dont la plupart présentent au centre une petite croûtelle. Ils ont la dimension d'une petite lentille, sont bombés et forment au-dessus de la peau saine voisine une saillie très appréciable. Leur couleur est rouge sombre ou violacée. La croûtelle centrale, brunâtre, adhérente, est enchâssée dans l'élément papuleux; elle semble être consécutive à la dessiccation d'une minime collection purulente. Sur la face antérieure du poignet droit, en effet, se voient des éléments rouges papulo-pustuleux très nets. Pas de prurit, aucun trouble de la sensibilité subjective.

L'éruption est monomorphe et ne comprend que des éléments répondant à la description ci-dessus. Ceux-ci ne sont pas groupés; même sur leurs régions de prédilection ils restent épars.

Sur les membres supérieurs, les éléments éruptifs, rares sur les bras, sont plus nombreux sur les avant-bras, surtout à leur face postérieure. On en trouve une accumulation notable sur la face dorsale du poignet droit. Deux ou trois papules croûteuses existent dans chaque paume des mains.

Sur les membres inférieurs, les papules siègent surtout à la face antérieure, sont nombreuses sur les cuisses et plus rares sur les jambes. Sur le tronc, elles sont peu nombreuses; on en trouve quelques-unes disséminées sur la poitrine, le ventre, le dos, les fesses. Il y a une papule croûteuse sur l'extrémité du fourreau de la verge, quelques rares papules sur le menton, les joues et le cou.

Petits ganglions inguinaux droits, axillaires et sous-maxillaires. Rien à la bouche, ni à l'anus. Pas de signes de syphilis héréditaire ou acquise. Pas de rachitisme. Sommet pulmonaire gauche suspect de tuberculose.

Diagnostic. — Tuberculose cutanée papuleuse (acnitis) consécutive à la rougeole.

Le traitement proposé consiste dans la galvano-cautérisation des lésions, mais il est refusé. On prescrit de prendre chaque jour deux cuillerées à café de sirop iodo-tannique.

18 octobre 1903. — Nous revoyons les parents du malade. Celui-ci est mort il y a trois semaines, à Berck-sur-Mer, d'une méningite tuberculeuse à évolution rapide. Les lésions cutanées étaient restées identiques.

Dans des cas qui paraissent rares, avons-nous dit, la tuberculose cutanée post-morbilleuse présente l'aspect habituel d'une des formes de la tuberculose cutanée localisée. C'est ainsi que la rougeole peut favoriser l'éclosion d'un lupus tuberculeux banal de la face.

Obs. IV. — *Placard de lupus de la joue consécutif à la rougeole.* — C... (Jean), douze ans, vient consulter à l'hôpital Saint-Louis le 18 juin 1902.

Le malade ne présente pas d'antécédents pathologiques notables, sauf une affection abdominale aiguë survenue il y a six ans et dont le diagnostic est resté indéterminé. Un de ses frères a eu des adénites cervicales suppurées de nature probablement tuberculeuse.

Il y a quatre ans le malade a eu une rougeole d'évolution normale. Pendant la convalescence de cette rougeole, il est apparu sur la joue droite un petit point rouge dont le développement s'est fait spontanément, sans douleur et sans prurit. Cette lésion a grandi peu à peu. Elle était plus apparente à certains moments qu'à d'autres, mais jamais elle n'a disparu complètement depuis son début.

Actuellement, il existe sur la joue droite, à 3 centimètres de la commissure buccale et un peu au-dessous de la ligne horizontale passant par cette dernière, un petit placard de lupus tuberculeux des dimensions d'une pièce de 1 franc. Son centre est déprimé, atrophique et semble le siège d'un processus curatif spontané (la lésion n'a été jusqu'ici traitée que par des pommades). A la périphérie on trouve des tubercules mollasses couverts de petites croûtelles sous lesquelles on retrouve pourtant leur couleur sucre d'orge. Le tout est entouré d'une zone érythémateuse peu étendue.

On ne constate aucune autre lésion de tuberculose cutanée. Il existe une adénopathie sous-maxillaire bilatérale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 15 MAI 1905)

Terminaison des nerfs moteurs dans les muscles striés de l'homme, par M. R. Odier. — Chez l'homme comme chez les divers animaux supérieurs, un nerf afférent aborde perpendiculairement une fibre musculaire et s'engage dans le sarcolemme.

Chez l'enfant de cinq mois, le plus jeune que l'auteur ait examiné, le nerf rampe parallèlement au muscle sans se bifurquer. Il présente sur ces côtés des épines espacées, insérées par une base large : le nerf et ces épines donnent absolument l'image d'une branche de rosier.

Les épines doivent être considérées comme des bourgeons destinés à donner naissance à des branches secondaires.

Dans un stade plus avancé, en effet, chez l'enfant de six à sept mois, le nerf terminal a conservé la structure générale décrite ci-dessus, mais il est plus long. Par suite, il est plus mince. De même, les épines sont longues et effilées.

Alors que chez l'enfant de cinq mois on trouve au plus 5 à 6 épines sur un même nerf, chez celui de six à sept mois, il y en a souvent 15 à 20, et elles sont bifides à mains endroits.

Chez l'enfant de huit mois, les épines ont totalement disparu et les terminaisons motrices semblent arrivées à leur complet développement.

Elles sont de deux ordres :

Les unes, comme chez la grenouille, forment un véritable réseau qui recouvre la musculature : les mailles en sont étirées dans le sens de la longueur des fibres.

Les autres se terminent par une sorte de boucle semblable à celle qui se voit chez le cobaye (1). Comme chez ce rongeur, on rencontre souvent dans les muscles de la jambe humaine

(1) Odier. *Arch. expérimentales de méd.*, juillet 1904.

(chez l'enfant de huit mois) un gros tronc nerveux d'où émerge un véritable bouquet de plaques motrices en forme de boucle, supportées chacune par un filament cylindraxile unique.

Sur certaines préparations, on en compte jusqu'à 39 reliées à un seul tronc afférent.

Toutes les préparations ont été examinées après dissociation. Elles ont été faites par la méthode au chlorure d'or et à l'acide formique.

Autres communications :

Propagation des sons musicaux dans un tuyau de 3 mètres de diamètre, par MM. Violle et Vautier.

Etude de la puissance radiographique d'un tube à rayons X, par M. S. Turchini.

Sur la méthémoglobine, par MM. Piettre et A. Vila.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 19 MAI 1905)

Méningite tuberculeuse. — MM. Vaquez et Digne rapportent un cas de méningite tuberculeuse terminée par la guérison, cas analogue à celui communiqué dans la dernière séance par MM. Claisse et Abrami.

L'observation clinique des plus caractéristiques fut confirmée au point de vue de la nature des accidents par l'examen du liquide céphalo-rachidien et l'inoculation aux animaux. Pendant le cours de la maladie on retira par ponction rachidienne un liquide contenant une grande quantité de lymphocytes et qui donna par l'inoculation au cobaye une tuberculose typique.

A la période de guérison le liquide clair ne contenant plus que de très rares lymphocytes laissa le cobaye indemne.

L'observation, disent ces auteurs, paraîtra suffisamment concluante.

Il s'agissait bien d'une méningite, à moins que le tableau clinique de l'affection n'ait plus de signification et que les caractères macroscopiques et microscopiques du liquide céphalo-rachidien soient de nulle valeur.

Cette méningite était tuberculeuse. Pour en faire la preuve la clinique doit céder le pas à l'expérimentation, celle-ci a été décisive puisque le liquide retiré par ponction a donné la tuberculose au cobaye.

Enfin cette méningite a guéri par preuves cliniques et expérimentales, puisque le sujet est aujourd'hui aussi bien portant que possible et que le liquide céphalo-rachidien redevenu à peu près normal comme composition n'a plus tuberculisé le cobaye.

Les auteurs ne voient pas d'ailleurs d'inconvénient à ce que l'on substitue au mot guérison celui de rémission, si l'on veut signifier par là que tout sujet tuberculisé antérieurement est soumis à l'éventualité d'une réitération. La question s'est posée pour la pleurésie tuberculeuse, elle se pose ici pour une méningite de même nature. L'avenir seul dira quelle peut être pour cette dernière la durée des rémissions.

M. Claisse complète sa précédente communication en présentant les deux cobayes inoculés avec le liquide céphalo-rachidien. Les deux animaux présentent des lésions de tuberculose très manifeste au point d'inoculation, à la rate et aux poumons.

Diabète d'origine infectieuse. — M. Marcel Labbé relate deux observations de diabète survenu à la suite de maladies infectieuses. Dans la première il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans, obèse, qui, à la suite d'une angine, fut pris de phénomènes diabétiques graves : soif intense, fatigue extrême, diminution progressive de la vue, amaigrissement considérable, polyurie, glycosurie. Le traitement fut rapidement mis en œuvre et rapidement les phénomènes graves rétrocédèrent.

La glycosurie avait disparu au bout d'un mois et demi.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'une femme de soixante-sept ans, qui, dans la convalescence d'une infection naso-pharyngée aiguë, fut prise de phénomènes diabétiques : fatigue, soif, polyurie, glycosurie. Ces phénomènes se sont rapidement amendés. On peut rapprocher ces faits des observations de glycosurie alimentaire, constatés au cours des diverses maladies infectieuses.

L'infection semble donc susceptible de créer un trouble de l'appareil glycoso-régulateur; trouble qui peut donner naissance à un diabète à allures graves.

M. Jacquet rapporte à la Société qu'il a rencontré le spirille de Schaudinn dans un certain nombre de faits de syphilides secondaires.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 17 MAI 1905)

Corps étranger de l'estomac. — Nous entendons d'abord un rapport de M. Faure sur une observation adressée par lui et relative à un corps étranger de l'estomac enlevé par la gastrotomie. Il s'agissait d'un enfant dont on avait voulu laver l'estomac. Une canule ajoutée au tube de Faucher se cassa dans l'œsophage et descendit dans l'estomac. M. Godinier pratiqua la gastrotomie et put extraire le corps étranger. La guérison fut parfaite.

Corps étranger articulaire. — M. Picqué fait un rapport sur un travail de M. Isambert, relatif à un cas d'hématome du genou, compliquant l'existence d'un corps étranger; arthrotomie, extraction du corps étranger qui était très volumineux, guérison.

M. Routier rapporte plusieurs faits analogues et déclare que, dans ces cas, il pratique toujours l'arthrotomie.

Bronchoscopie. — M. Sébileau fait une intéressante communication sur ce sujet ; il analyse d'abord une observation de M. Moure dans laquelle il s'agissait de la présence de corps étrangers dans la grosse bronche droite. Le malade présentait déjà des signes d'infection. M. Moure hésita, un instant, au point de vue de l'intervention entre la bronchoscopie supérieure et la bronchoscopie inférieure après trachéotomie préalable. M. Moure se fixa à ce dernier parti, pratiqua la bronchoscopie inférieure après trachéotomie, introduisit la pince de Killian et put assez facilement extraire le tube et un petit os qui était la cause des accidents. Le malade, après avoir présenté une pneumonie double, guérit très bien.

Une seconde observation est adressée par MM. Lombard et Gauthier (de Lille). Une jeune femme avale une épingle ; elle est prise d'un accès de dyspnée, de suffocation, de phénomènes de bronchite avec expectoration. La radiographie montre la présence de l'épingle dans la seconde ramification bronchique droite. On décida l'intervention. Au moment de la pratiquer, on a recours à la radioscopie qui montre que le corps étranger occupe bien la même place ; on fait la trachéotomie d'emblée et la bronchoscopie inférieure ; on introduit la pince de Killian et on retire aisément le corps étranger. La malade eut ensuite une angine aiguë violente, avec frissons, puis une

pneumonie gauche, c'est-à-dire du côté opposé à celui où siégeait l'épingle, et elle finit par guérir.

M. Sébileau établit un parallèle entre la bronchoscopie supérieure et la bronchoscopie inférieure. La première a le grand avantage d'éviter le bistouri, de se passer de la trachéotomie; mais il faut, pour s'en servir, une éducation spéciale, une habitude de la technique à employer. La bronchoscopie inférieure, avec trachéotomie préalable, est beaucoup plus facile, beaucoup plus à la portée de tous les chirurgiens. Jusqu'à nouvel ordre, c'est à cette dernière que M. Sébileau donne la préférence.

Rétrécissements congénitaux. — M. Bazy fait un rapport sur un travail de M. Bonnet, médecin-major. Il s'agit d'un cas de rétrécissement urétral congénital. Ces sortes de rétrécissements sont plus fréquents qu'on ne le croit. MM. Lannelongue, Guyon en ont donné des exemples. M. Bazy, de son côté, en possède trois observations. La première a trait à un adulte de trente ans, n'ayant jamais eu de blennorragie ni de traumatismes, et qui, depuis l'âge le plus tendre, était toujours très long à uriner. Quand M. Bazy le vit pour la première fois, sa vessie remontait jusqu'à l'ombilic. M. Bazy fit l'urétrotomie interne; il avait un rétrécissement de 4 centimètres de longueur et se trouvant en avant de la portion membraneuse. Ce rétrécissement était certainement congénital. Dans le second cas, il s'agissait d'un garçon de dix-sept ans qui avait de l'incontinence nocturne d'urine, due à un rétrécissement congénital. M. Bazy lui fit la dilatation.

Il pense qu'il est bon d'appeler l'attention sur ces faits, certainement plus fréquents qu'on ne l'a dit.

Extraction des corps étrangers de l'œsophage.— M. Suarez de Mendoza fait une communication sur ce sujet et rapporte quatre observations déjà communiquées à l'Académie de médecine.

Suture nerveuse. — M. Chaput montre un malade chez lequel il a pratiqué la suture du nerf cubital un an après le traumatisme. Après quinze jours les fonctions des nerfs se sont rétablies, l'anesthésie et la paralysie ont disparu.

Myxome. — M. Potherat présente un énorme myxome de la racine de la cuisse, qu'il a extrait.

Inconvénients de l'iodoforme.— M. Championnière montre un jeune homme auquel a été faite une injection d'une suspension d'iodoforme dans de la vaseline pour un abcès froid et qui a été pris à la suite de cette injection d'une sorte d'éruption généralisée scarlatiniforme, avec desquamation. Il a eu en même temps un peu d'embarras gastrique. Il s'agit évidemment, dans ce cas, d'une idiosyncrasie particulière. Il a été injecté, chez ce malade, environ 10 grammes d'iodoforme.

M. Kirmisson insiste sur les grands avantages de ces injections dont il se sert toujours avec un succès constant et il serait regrettable, à ses yeux, que la communication de M. Championnière jetât quelque discrédit sur cette excellente méthode de traitement. Mais M. Kirmisson ajoute qu'il a bien soin de doser très exactement la quantité d'iodoforme à injecter; il ne dépasse jamais 1 gramme à 1g50 d'iodoforme. Dans le cas de M. Championnière, la dose employée a été beaucoup plus forte.

M. Schwartz a vu un cas d'intoxication iodoformique après une injection de 5 grammes d'iodoforme.

M. Potherat a vu, dans le service de M. Trélat, un enfant succomber à la suite d'une injection d'éther iodoformé. L'injection avait été faite sous le psoas, la poche avait crevé faute de pouvoir se distendre, et une intoxication générale par l'iodoforme s'était instantanément produite.

M. Championnière accorde qu'il est plus rationnel de doser exactement la quantité d'iodoforme à injecter. Mais il est convaincu que ces cas d'intoxication se produisent non pas par suite de la quantité trop grande d'iodoforme, mais bien par suite d'une idiosyncrasie particulière des malades.

M. Tuffier dit que cette idiosyncrasie signalée par M. Lucas-Championnière est indiscutable. Il y a des peaux qui ne supportent pas l'iodoforme. M. Tuffier a vu un cas d'intoxication iodoformique qui s'est terminé par la mort.

M. Kirmisson croit qu'il faut distinguer l'emploi de l'iodoforme en topique de son emploi en injections. Il y a, en effet, des malades dont la peau ne supporte pas l'iodoforme. On a vu, par exemple, de nombreux accidents à la suite de l'emploi de la poudre d'iodoforme pour les pansements de l'ongle incarné. Quant aux injections d'iodoforme dissous dans l'éther, elles doivent être faites avec des doses modérées. Depuis une quinzaine d'années, M. Kirmisson a fait des milliers d'injections de ce genre, sans accidents, et avec d'excellents résultats thérapeutiques.

Néphrectomie. — M. Bazy présente deux reins, l'un petit, d'apparence normale, qui est un rein tuberculeux, dont le diagnostic a été très précoce; l'autre, un gros rein, atteint de pyélo-néphrite, dont le diagnostic a été beaucoup plus difficile et plus tardif que dans le premier cas.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 20 mai 1905)

Le syndrome syphilitique pseudo-leucémique chez l'enfant. Sa valeur séméiologique et pronostique. — M. Lenoble (de Brest) conclut de l'étude hématologique de 3 cas de syphilis héréditaire avec hypertrophie du foie et de la rate observés chez des enfants, que la réaction myéloïde acquiert une valeur considérable dans le cas de doute. Il y a toute probabilité pour qu'il s'agisse d'une syphilis héréditaire chez un enfant à gros foie et à grosse rate si l'on constate dans son sang une réaction myéloïde intense. Il y a toute certitude, si à cette réaction vient se joindre un seul des signes considérés comme se rencontrant d'ordinaire dans cette affection. Sa gravité se jugera d'après les modifications obtenues sous l'influence de la thérapeutique appropriée.

Infection charbonneuse. — MM. Roger et M. Garnier rappellent que de nombreuses recherches expérimentales établissent que le foie est capable d'arrêter et de détruire divers microbes, notamment le bacille charbonneux. Aussi ont-ils recherché ce qui surviendrait en injectant le bacille dans le réseau capillaire de l'intestin et dans celui de la rate, origines de la veine porte. L'action de ces deux réseaux capillaires est opposée. L'injection de culture charbonneuse dans une artère intestinale est en effet suivie de mort plus rapidement que l'inoculation par les veines périphériques et à plus forte raison que par la veine porte. L'injection dans le tissu splénique est au contraire bien supportée; une dose dix fois supérieure à la dose mortelle par les veines périphériques est sans action, injectée dans la rate. Ainsi le bacille charbonneux trouve dans l'intestin des conditions favorables à son développement; l'examen microscopique permet de le déceler à ce niveau déjà quarante-huit heures après l'inoculation, quand il n'a pas encore envahi l'économie. C'est grâce à cette pullulation dans l'intestin qu'il peut ensuite triompher de la

résistance que le foie oppose à la marche de l'infection. La rate au contraire détruit une grande quantité de bacilles charbonneux, et son rôle est analogue à celui du foie.

Syphilis congénitale et spirochaête pâle de Schaudinn. — Dans un premier cas de pemphigus syphilitique chez un enfant de huit jours, M. Levaditi découvre dans le liquide des bulles, et surtout dans les produits du râclage, des spirilles identiques à ceux décrits par Schaudinn, ces spirilles ne provenant sûrement pas d'une infection secondaire.

L'auteur constate sur des frottis faits avec des produits prélevés sur le fond des lésions pemphigoïdes, l'agglutination des spirilles en vrais amas.

La seconde observation concerne un enfant de deux mois, mort à la suite d'accidents syphilitiques congénitaux. En dehors des papules certaines, la rate, le poumon et surtout le foie contiennent des spirilles. Ce dernier organe est farci de parasites, ce qui se comprend, si l'on tient compte de l'infection du fœtus par la voie placentaire.

Ces observations prouvent donc que la syphilis congénitale est une spirillose du nouveau-né.

Présence du spirochaête pâle chez un enfant syphilitique héréditaire. — Chez un enfant vivant, le grattage d'une bulle de pemphigus a permis à M. Salmon, sur préparations, de retrouver en abondance des spirochaêtes, pour ainsi dire en culture pure. Dans le mucus nasal, dans le sang on n'a pu retrouver le microorganisme signalé par Schaudinn. Cette observation apporte une preuve supplémentaire en faveur de la syphilis considérée comme une spirillose.

Formule d'un nouveau mélange colorant. — M. G. Delamare étudie les propriétés tinctoriales d'un mélange colorant nouveau dont il donne la formule. Facile à préparer et à conserver, au moins pendant un certain temps, ce mélange tétrachrome est capable de colorer, en *un seul temps* et sur *une même coupe*, les noyaux cellulaires en violet, les fibres musculaires en jaune, les fibres conjonctives en rose, les fibres élastiques en noir.

Le mélange est donc susceptible d'être utilisé avec profit par les histologistes et les anatomo-pathologistes.

MÉDECINE PRATIQUE

EMPLOI DE L'EAU GAZEUSE DANS LE TRAITEMENT DES ANGINES

On peut pratiquer ces irrigations au moyen d'un siphon d'eau de seltz relié par un tube en caoutchouc à une canule de verre. On peut encore se servir d'autres appareils à eau gazeuse ou d'eau gazeuse renfermée dans une simple bouteille. Il suffirait, dans ce dernier cas, pour s'en servir, de traverser le bouchon de liège avec un tire-bouchon siphon identique à celui dont on fait usage pour les boissons gazeuses.

On peut additionner l'eau gazeuse de certains médicaments habituellement usités dans le traitement des angines, ou préparer des paquets de poudres gazogènes composées, dans la composition desquelles rentreraient ces médicaments. Exemple :

I. Résorcine	5	grammes.
Miel rosat	100	—
Eau gazeuse, q. s. p.	1	litre.
II. Borate de soude	10	grammes.
Bicarbonate de soude pulvérisé	5	—

Pour une dose; enveloppez dans du papier bleu.

Acide tartrique pulvérisé	2	grammes.

Pour une dose; envelopper dans du papier blanc. (*Bull. gén. de thérap.*)

LIVRES NOUVEAUX

Guide chirurgical du praticien pour les opérations journalières (1), par le docteur Ed. Laval, avec une préface du professeur Lannelongue.

L'ouvrage que le docteur Laval offre aujourd'hui au public médical est avant tout un livre pratique; c'est dire qu'il est clair et précis. L'auteur veut être utile à tous, mais il a principalement en vue le nombre considérable des praticiens de province qui, éloignés des grands centres, et par conséquent de toute assistance chirurgicale extemporanée, se trouvent fréquemment en présence d'un cas urgent nécessitant une intervention immédiate. Recourir aux traités de chirurgie est long et les détails techniques y sont la plupart du temps abrégés car ces ouvrages sont écrits pour des chirurgiens de profession ; le livre de notre confrère est merveilleusement indiqué, au contraire, pour rafraîchir la mémoire au moment d'une intervention, voire même pour en enseigner clairement la technique si on l'ignorait. Comme le dit fort bien le professeur Lannelongue dans une élogieuse préface : « L'ouvrage est élémentaire sans doute, mais n'est-ce pas par le défaut d'une connaissance sûre des notions les plus simples et les plus élémentaires que l'on pêche le plus souvent? » Pour chaque intervention, l'auteur décrit successivement tous les préparatifs, puis l'acte opératoire en lui-même et enfin les suites; nous appelons l'attention sur ce dernier point qui est très important et contribue largement à la personnalité du livre, le praticien pourra puiser là bien des indications précieuses qu'il chercherait parfois vainement ailleurs.

Des gravures fort nettes, dont certaines originales, éclairent encore la compréhension cependant toujours aisée du texte.

Notre confrère Laval peut être tranquille, il a pleinement atteint, et nous l'en félicitons hautement, le but qu'il poursuivait à savoir : « que le praticien puisse trouver dans ce guide un compagnon simple et de bon sens, instruit sans être pédant, et de ressource commode et précieuse dans les circonstances parfois délicates où il doit s'improviser chirurgien. » A. Gaullieur l'Hardy.

Manuel théorique et pratique des autopsies (2), par le docteur Zielgien.

L'examen scientifique d'un cadavre est chose beaucoup plus difficile qu'on ne le pense communément. Il consiste en effet à rechercher toutes les lésions pour ne pas en laisser passer inaperçues, puis à cataloguer et à interpréter ces lésions. Pour guider l'étudiant dans cette tâche, M. le docteur Zielgien, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, a eu l'idée d'écrire un petit manuel théorique et pratique des autopsies. Après avoir procédé à l'examen extérieur du cadavre, l'auteur décrit successivement l'autopsie du crâne et de la face, de la cage thoracique, de la cavité abdominale, des vaisseaux, des différents tissus élémentaires, du système nerveux. Un résumé des caractères macroscopiques des diverses tumeurs termine ce petit livre très simple et très clairement écrit. L. Babonneix.

(1) Un vol. de VII-675 p., avec 412 fig. Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.

(2) In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

Manuel de psychiâtrie (1), par Rogues de Fursac.

Ce manuel est divisé en deux parties. Le premier traite de la psychiâtrie générale et comprend l'étude des causes, des symptômes et du traitement des troubles mentaux envisagés indépendamment des affections dans lesquelles il se rencontre. C'est là que se trouvent décrits les troubles de la perception, de la conscience, de la mémoire, du jugement, de l'affectivité, etc. Le deuxième est consacré à l'étude des névroses. M. Rogues de Fursac y expose successivement les délires d'origine infectieuse, la psychose d'épuisement, l'alcoolisme aigu et chronique, les psychoses par intoxication, les psychoses d'origine thyroïdienne, la démence précoce, la paralysie générale, la folie maniaque dépressive, la folie raisonnante. Le livre se termine par l'examen des psychopathies constitutionnelles, des troubles mentaux liés à l'hystérie et à l'épilepsie, des arrêts de développement. L. Babonneix.

L'eau potable. Etude physique, chimique et bactériologique (2), par A. Biais.

Après avoir effectué plus de cinquante analyses des eaux de Limoges, M. Biais conclut que ces eaux prennent un degré de pureté spécial exceptionnel. Les eaux des anciennes sources sont beaucoup plus riches en chaux, chlorures, sulfates, phosphates, nitrates, et, lorsqu'on les examine au point de vue bactériologique, on constate leur fréquente contamination. L'analyse chimique seule, en décelant une dose excessive d'un principe normal ou anormal, pourra donc permettre de dire avec certitude si une eau est souillée ou non.

L. Babonneix.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 29 mai au 3 juin 1905)

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 29 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Delens et Gosset; — (2e série) : MM. Reclus, Legueu et Cunéo; — (2e partie, 1re série) : MM. Brissaud, Teissier et Claude; — (2e série) : MM. Roger, Legry et Labbé (Marcel); — M. Mauclaire, suppléant.

Mardi 30 mai, à une heure. — 3e (2e partie, oral), *Salle Béclard* : MM. Gilbert, Dupré et Guiart; — M. Vaquez, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Le Dentu, Schwartz et Marion; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Thiéry et Morestin; — (2e partie, 1re série) : MM. Joffroy, G. Ballet et Renon; — (2e série) : MM. Raymond, Thiroloix et Carnot; — M. Gouget, suppléant.

Mercredi 31 mai, à une heure. — 3e (2e partie, oral), *Salle Richet* (1re série) : MM. Hayem, Déjerine et Legry; — *Salle Dubois* (2e série) : MM. Brissaud, Achard et Claude; — M. Desgrez, suppléant.

Vendredi 2 juin, à une heure. — 3e (2e partie, oral), *Salle Richet* (1re série) : MM. Landouzy, Gaucher et Legry; — *Salle Béclard* (2e série) : MM. Blanchard, Roger et Balthazard; — M. Broca (André), suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Wallich et Potocki; — M. Proust, suppléant.

Samedi 3 juin, à une heure. — 5e (chirurgie, 2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Hutinel, Méry et Jeanselme; — (2e série) : MM. Gilbert, Renon et Bezançon; — (3e série) : MM. Troisier, Gouget et Carnot; — M. Thiroloix, suppléant.

(1) In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, Alcan.

(2) In-8°. Prix : 2 fr. 75. — Paris, Maloine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(suite)

Écoles de médecine. — Amiens. — A la suite du concours qui vient de se terminer devant la Faculté de Lille, M. le docteur Braillon, ancien interne des hôpitaux de Paris, vient d'être proposé pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale d'Amiens.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Carra (de Paris), Soubise (de Fontenay-aux-Roses), Chenet et Pascalis (de Paris), Nolé (de Saint-Alban), Campion et Beluze (de Paris), Hérail (d'Alger).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Richard (de Mâcon), Parsavant (de Saint-Denis), Sergent (de Septeuil), Pugens (de Belcaire), Abramoff, Demay, Mathieu (Paul), Larroussimie et Morin (de Paris), Diet (de Saint-Nazaire), Petitclerc (de Rouen), Boudean (de Choisy-le-Roi), Chevallier (Augustin), Eudlitz, Manheimer et Rosenthal (de Paris), Morin (du Kremlin-Bicêtre), Dayez et Bloc (de Paris), Condanie et Lepaître (de la Rochelle), Broustet (de la Réole), Chiché (de Pauillac), Dunan (d'Etauliers), Flous (de Noaillan), Hameau (d'Arcachon), Hilcock (de Lerm et Musset), Petit (de Lussac), Sage (de Bordeaux), Benoît, de l'Arba (Alger), Bertin (de Guyotville), Tanton (d'Alger), Fournaise (de Paris), Gillot (d'Alger), Mongour (de Bordeaux), Scherb (d'Alger), Spirs, médecin-major de l'armée coloniale, David (de Pleumartin), Guizol (de Cannes), Isnard (de Carros), Seytre (de Cannes), Jacob (de Sauve), Rayneau (d'Orléans), Jules Rousset, éditeur, à Paris.

Société de l'Internat des hopitaux de Paris. — La prochaine séance aura lieu le jeudi 25 mai, à quatre heures et demie, dans les locaux de la Société de chirurgie. La conférence habituelle aura lieu à cinq heures et demie et sera faite par M. Metchnikoff sur la *syphilis expérimentale* (avec présentation d'animaux).

Prix Fillioux. — *Avis aux internes et externes en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris.* — En conformité du legs fait à l'administration générale de l'Assistance publique par le docteur Fillioux, un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix de 800 francs chacun, à décerner : l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les maladies de l'oreille.

Pour l'année 1905, le concours sera ouvert le lundi 4 décembre.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire à l'administration centrale (service du personnel), tous les jours, les dimanches exceptés, de onze heures à trois heures, du 2 au 14 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le 14 octobre, dernier délai.

Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

SUITE DES SOMMAIRES

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 20, 14 mai 1905.) LALESQUE : Les cardiopathies en cure marine. — VERDELET : Tuberculoses chirurgicales et climat d'Arcachon. — SÉRÉGÉ : Du rôle de l'aspiration hépatique dans le traitement des manifestations gastriques de l'hépatisme.

Journal de médecine de Bruxelles. — (N° 19, 11 mai 1905.) LE CLERC-DANDOY : Faits cliniques d'urologie : volumineux calcul du bassinet; radiographie, néphrotomie. Deux cas de prostatectomie périnéale. Trois cas de calculs vésicaux à symptomatologie spéciale. Signe de la culbute. — Georges BOUCHÉ : Contribution à l'étude de l'étiologie de la maladie de Friedreich (*suite*). — H. COPPEZ : Sur les symptômes oculaires de la névrose traumatique (*suite*).

Journal des praticiens. — (N° 19, 13 mai 1905.) F. TERRIEN : Pronostic de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. — A. BRETON : Erreurs de diagnostic. Pleurésie purulente partielle, enkystée, prise pour un anévrisme de l'aorte. — (N° 20, 20 mai.) A. BROCA : Greffe italienne pour cicatrice vicieuse des doigts consécutive à une brûlure. — A. TROUSSEAU : Instantanés ophtalmologiques. — RAOULT-DESLONGCHAMPS : Ce qu'un médecin doit connaître en radiothérapie.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 19, 13 mai 1905.) BESSON : Accidents de la chloroformisation. — GUÉRILLON : Sur un cas de cancer du rectum.

Lyon médical. — (N° 20, 14 mai 1905.) LAUNOIS et JAMBON : Thrombo-phlébite du sinus longitudinal supérieur chez un paralytique général. — DEVIC et CHALIER : Un cas d'empyème sous-phrénique diagnostiqué uniquement par la radioscopie; mouvement de bascule des deux moitiés du diaphragme.

Médecine moderne. — (N° 19, 10 mai 1905.) Ph. HAUSER : Evolution de la gastropathologie à travers le XIXe siècle et l'état actuel des doctrines courantes (*suite*). — (N° 20, 17 mai.) Ph. HAUSER : L'évolution de la gastropathologie à travers le XIXe siècle et l'état actuel des doctrines courantes (*suite*).

Montpellier médical. — (N° 18, 30 avril 1905.) HÉDON : Fibrome de l'amygdale. — PELON : Les eaux sulfurées des Pyrénées et spécialement de Luchon. Leurs indications, leurs applications thérapeutiques.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 19, 9 mai 1905.) GERHARDT : Pathogénie de l'ictère. — FORSSNER : Sur la possibilité de différencier, par la réaction des précipitines, les corps albuminoïdes, et les sérosités contenant de l'albumine issues du même organisme. — WEGELE : La dilatation atonique de l'estomac. — HUETER : Hématonéphrose et cancer du rein. — BITTORF : Souffle cardio-pulmonaire, ou causé par une sténose de l'aorte. Sur les diverticules de traction de l'aorte causés par les ganglions tuberculeux. — DEUKER : Traitement de la fièvre des foins. — LONNUEL : Traitement de la leucémie et de la pseudo-leucémie par les rayons Röntgen. — SCHEBEN : Contribution à l'étude des effets de l'opération d'Edebohls. — SCHLAEPFER : Influence de la vibration sur le sentiment de faradisation. — SCHLACHTA : Imitation chimique de l'action biologique des rayons. — BÜRKER : Notice sur une nouvelle forme de chambre hémiatimétrique. — (N° 20, 16 mai.) FRÆNKEL et BAUMANN : Formation d'hémolysine et agglutination des staphylocoques. — BOKORNY : Explication de la violente toxicité du sublimé. — BAHRDT : Observation sur les épidémies de rubéole. — KROMAYER : Guérison de l'acné par un nouveau traitement opératoire ne laissant pas de cicatrice (l'emporte-pièce). — Leonhardt GÖRL : Un nouveau champ pour la radiothérapie. — FISCHER : Traitement de l'hyperhydrose des pieds dans l'armée. — FÖRSTER : Action transcutanée d'un médicament hypnotique (l'isopral). — FAUCONNET : Un cas de glycosurie consécutive à l'administration thérapeutique de mercure. — HAMMER : Contribution à l'étude de l'hébotomie. — NEU : Nouveau perforateur en forme de ciseaux.

Presse médicale. — (N° 38, 13 mai 1905.) JEANSELME : Le nouvel hôpital général de Calcutta. — BROCA : Technique de la palatoplastie. — (N° 39, 17 mai.) A. GOUGET : La mort brusque au cours du rhumatisme articulaire aigu. — (N° 40, 20 mai.) E. HIRTZ et H. LEMAIRE : Le tabes infantile juvénile. — E. TERRIEN : Le pronostic de la pneumonie chez l'enfant. Mort subite et mort rapide. — R. ROMME : L'épidémie actuelle de méningite cérébro-spinale en Allemagne.

Policlinico. — (Mai 1905.) *Section chirurgicale.* — Prof. R. BINAGHI : Le pouvoir bactéricide du pus et son mécanisme. — Eugenia SIMELEW : Un cas d'urétérite kystique. Recherches histologiques et considérations critiques. — Orazio SCHIFONE : Les effets consécutifs des résections craniennes et durales étendues sur la structure et le fonctionnement de l'écorce cérébrale.

Revue générale des sciences pures et appliquées. — (N° 9, 15 mai 1905.) Paul TANNERY : Auguste Comte et l'histoire des sciences. — P.-Th. MULLER : Les pseudo-acides. — E. BAILLAUD : Le problème de l'exploitation agricole en Guinée française.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 19, 13 mai 1905.) SCHMIEGELOW : Un cas de phlébite du sinus avec pyohémie; ligature de la veine jugulaire avec guérison. — G. LAURENS : Trépanation de la mastoïde chez un nouveau-né. — A. BONAIN : Emploi de l'intubation dans deux cas de sténose laryngée survenue à la suite de variole et de scarlatine.

Revue scientifique. — (N° 19, 13 mai 1905.) René DE SAUSSURE : Les bases physiques et mécaniques. — OBALSKI : Les alluvions aurifères du Yukon Territory et de l'Alaska. — A. IMBERT : Congrès ouvrier et congrès scientifique. — (N° 20, 20 mai.) NEUTRÉ : L'attribution et le baptême des inventions. — J. JAUBERT : Construction de la maison moderne.

Riforma medica. — (N° 18, 6 mai 1905.) Santi RINDONE : La perméabilité de la paroi intestinale vis-à-vis des bactéries. — Guido TIZZONI et Alessandro BONGIOVANNI : Action des rayons du radium sur le virus rabique in vitro et chez l'animal. — Oreste CIGNOZZI : Deux cas d'endothéliome de l'estomac.

Semaine médicale. — (N° 19, 10 mai 1905.) VAQUEZ : Des effets mécaniques de l'hypertension sur le système cardio-aortique. — (N° 20, 17 mai.) CHAUFFARD et LAEDERICH : Un cas de tumeur gazeuse sus et sous-claviculaire.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 18, 4 mai 1905.) NEUGEBAUER : Traitement du tétanos par injections intradurales. — DETRE et SELLEI : Action hémolytique du poison tétanique. — NIGRIS : Sur l'allaitement, les causes du non-allaitement. — SCHAMENSTEIN : Contribution à l'étude des tumeurs intra-abdominales des ligaments ronds de l'utérus. — GOLDMAN : Le fer incorporé dans des pommades peut-il être absorbé par voie cutanée? — PFEIFFER : Sur l'action nécrotisante des sérums normaux. — (N° 19, 11 mai.) SINGER : Pseudo-appendicite et douleur iléo-cæcale. — ZEITNER : Mouvements rythmiques pulsatiles de la tête dans la maladie de Basedow (signe de Musset). — FAVARGER : Etude de la myasthénie cardiaque. — KUHNEL : Un cas de perforation d'un ganglion bronchique caséeux dans l'œsophage et dans la bronche droite.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 60. — JEUDI 25 MAI 1905. 78e ANNÉE. JEUDI 25 MAI 1905. — N° 60.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Le rôle des maisons de chirurgie, par M. Louis Bisch.

SERVICE DE SANTÉ EN CAMPAGNE
Installation d'un poste de secours (aménagement proposé), par M. Bonnette (avec 2 fig.).

SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine.

FORMULAIRE
Antisepsie buccale et bucco-pharyngée et blanchiment des dents.

CORRESPONDANCE

ANALYSES
Médecine : Anévrisme de l'aorte descendante; — Méthode pour déceler les bacilles tuberculeux dans les épanchements pleuraux; — Réaction de la tortue terrestre à quelques maladies infectieuses; — *Chirurgie :* Les déplacements de l'uretère dans les collections tubaires; — Méthode d'anesthésie au moyen de l'éther par le rectum; étude portant sur 41 cas.

NÉCROLOGIE
Le docteur Paquelin (1836-1905) [avec 1 fig.].

LIVRES NOUVEAUX

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)
Roséoles.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de chirurgie.* — Consultation écrite :

Séance du 22 mai 1905. — MM. Lecène et Labey, 18; Schwartz, 17.

La séance de médecine opératoire aura lieu le jeudi 25 mai, à huit heures et demie du matin, à l'amphithéâtre des hôpitaux.

Prix de l'internat en pharmacie. — Le jury est composé de MM. Gasselin, Cousin, Grimbert, Goris et Berlioz.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le concours du prosectorat a commencé mardi.

Question écrite : « Vaisseaux et nerfs du larynx (anatomie et physiologie). — Cancer du larynx. »

Première séance de lecture samedi 27 mai, à la Faculté (foyer des professeurs), à dix heures et demie du matin.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Le Page (d'Orléans) est nommé chevalier du Mérite agricole.

LE SERVICE DE GARDE DANS LES HOPITAUX. — Le Conseil de surveillance vient de compléter ainsi l'article 139 du règlement général sur le service de santé relatif à l'organisation et à l'exécution du service de la garde des internes en médecine dans les hôpitaux et hospices :

« Tout interne qui, étant de garde, aura abandonné son service ou se sera fait remplacer sans l'autorisation expresse du directeur de l'établissement, sera passible des peines ci-après :

Premier manquement. — Avertissement avec suppression de l'indemnité fixe pendant un mois;

Première récidive. — Blâme notifié directement par le directeur de l'Administration avec suppression de l'indemnité fixe pendant deux mois;

Deuxième récidive. — Suspension de fonctions d'un à trois mois;

Troisième récidive. — Radiation. »

Ainsi qu'il est dit à l'article 180, ces peines seront prononcées par le directeur de l'Administration après avis du Conseil de surveillance. Cependant, en cas d'urgence et notamment pendant les vacances du Conseil de surveillance, le directeur de l'Administration pourra appliquer les peines ci-dessus spécifiées sans avis préalable du Conseil, à charge de l'en aviser ultérieurement.

LE MONUMENT TARNIER. — L'inauguration du monument élevé par souscription au professeur Tarnier et la remise de ce monument à la ville de Paris par le professeur Brouardel, au nom du Comité, auront lieu sous la présidence de M. Bienvenu-Martin, ministre de l'Instruction publique, le jeudi 1er juin, à dix heures du matin, 12, avenue de l'Observatoire.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Hallopeau a repris ses leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques, et les continuera tous les jeudis à trois heures, dans la salle des conférences.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — Le docteur Deny reprendra ses conférences cliniques sur les maladies mentales, tous les jeudis à dix heures, à partir du 25 mai.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Edouard Delacour, médecin de la marine en retraite, ancien médecin sanitaire de France, à Constantinople; Malécot (d'Angers); et de M. Pierre-Victor Vigier, pharmacien à Paris, président honoraire de la Société de pharmacie et de la Société de thérapeutique de Paris.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Archives générales de médecine. — (N° 21, 23 mai 1905.) G. ROSENTHAL : La non-spécificité du coccobacille de Pfeiffer. — L. LÉVI : Essai physiopathologique sur le mécanisme de la faim, ses variations, ses viciations (*fin*). — FUSTER et GODLEWSKI : Sur un cas d'intoxication hydatique suraiguë tardive. — H. VIOLET : De l'état actuel de la thérapeutique radicale du cancer de l'utérus. — Ch. ESMONET : L'abus des lavages de l'intestin.

Centralblatt fur innere Medizin.—(N° 19, 13 mai 1905.) KIRECF : Sur l'alcalescence du sang dans les maladies infectieuses aiguës exanthématiques.

Écho médical du Nord. — (N° 20, 14 mai 1905.) CHARDON et RAVIART : De la longue durée de certains cas de paralysie générale; des rémissions qui surviennent dans cette maladie. — J. COLLE : Kyste hydatique du foie et ascaride lombricoïde. — O. RICHE : Note sur un cas de pneumonie franche aiguë du côté droit, avec herpès de la lèvre supérieure, de l'aile droite du nez et de l'oreille droite.

(*Voir la suite, p. 719.*)

LE ROLE DES MAISONS DE CHIRURGIE

Par le docteur Louis BISCH (de Grenoble),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

La chirurgie actuelle ne sait plus se contenter d'à peu près : les résultats opératoires ne doivent plus être à la merci d'une faute d'asepsie ou d'une imperfection de matériel. Le nombre des opérations susceptibles d'être pratiquées *en toute sécurité* au domicile des malades est très minime. Chaque jour s'étendent le domaine, et, l'on peut dire, les bienfaits de la chirurgie; chaque jour diminuent la répugnance et les craintes des malades vis-à-vis des opérations.

Ces multiples raisons font que le chirurgien doit personnellement à ses opérés toutes les garanties de succès possibles : or, au nombre de celles-ci figurent, outre les qualités professionnelles de l'opérateur, les qualités du milieu opératoire, de l'instrumentation, des soins consécutifs. Nulle part ailleurs que dans une maison de santé chirurgicale ces conditions ne peuvent atteindre le degré de perfection nécessaire.

Les grandes villes, et Paris en particulier, sont dotées de maisons de chirurgie modèles, grâce à des sociétés financières, religieuses ou laïques. Les villes d'importance moyenne qui ne sauraient fournir une clientèle suffisante à de grandes installations, voient petit à petit se créer des cliniques généralement dues à l'initiative privée : c'est que le chirurgien qui exerce dans un centre où la chose fait défaut éprouve l'impérieux besoin de se créer lui-même son milieu opératoire, d'avoir un local, si modeste soit-il, où sont réunis sous sa surveillance effective, presque sous sa *responsabilité*, ses opérés et tout ce qui les touche.

Certes, si l'on ne considère que l'acte opératoire en lui-même, isolé de tout ce qui le précède et le suit, il ne faut pas exagérer l'importance du rôle joué par les conditions de milieu et de matériel. On peut faire d'excellente chirurgie dans une chambre quelconque, spacieuse et claire : l'opérateur adroit, industrieux et rapide, se charge de mener à bien sur place n'importe quelle intervention d'urgence, d'opérer « n'importe quoi, n'importe où ». Mais à part le cas d'urgence, le même chirurgien préfère opérer dans un milieu de son choix : une maison de santé, et ses raisons de préférence sont multiples.

C'est que, dans la chirurgie actuelle, si sévère pour ses résultats, l'acte opératoire est bien loin d'être tout : une quantité de précautions et de soins dont chaque jour nous fait davantage apprécier l'importance, précèdent et suivent l'acte opératoire, assurant à ses divers temps toutes les conditions de succès. Là encore, on nous objectera, mais avec moins de raison, qu'il faut se garder d'exagération : un bain et une purgation à tout malade qui va être opéré, telle est la pratique dont bon nombre de chirurgiens se déclarent satisfaits. De fait, ces deux seules précautions peuvent suffire, et suffisent généralement à assurer des suites opératoires convenables. Mais ne peut-on faire mieux? N'est-il pas d'autres soins, d'exécution facile, dont l'observance éloigne quelque danger, écarte quelque complication?

Qui n'a vu, au premier coup de bistouri, la main d'un malade insuffisamment endormi, se porter brusquement sur le champ opératoire, une main aux doigts malpropres, aux ongles trop longs et bordés de noir : cette toilette-là, personne n'y a songé. Ces doigts, véritables porte-virus, vont, dès le réveil, gratter n'importe où, peut-être bien sous le pansement; ils vont doucement frotter la région endolorie par l'injection de sérum, ou rajuster un peu la sonde à demeure, ou écorcher un bouton d'acné qui demain sera furoncle. Et le soir ils se tendront, reconnaissants mais septiques, à la main fraîche et nette du chirurgien. Autant d'attouchements, autant de risques d'infection : et la main du chirurgien, pas plus que la plaie opératoire, ne se trouve bien de ces contacts malpropres.

Si les ongles du malade sont de dangereux nids à microbes, que dire souvent de ses dents! Il est superflu d'insister sur l'extrême rareté des dentitions bien tenues. Or, combien peu de chirurgiens pensent à regarder la bouche d'une malade avant de lui enlever un utérus fibromateux! Si les dents sont couvertes de tartre, si un chicot acéré ulcère un peu la joue, si une prothèse habile masque des racines infectées (« voici la dent d'émail sur le chicot marron, » a dit Laurent Tailhade) que de chirurgiens n'en ont cure avant l'opération! Et pourtant!... C'est d'abord le chloroformisateur qui, penché sur le visage de la malade, l'oreille attentive, ne perd aucun des bruits respiratoires non plus que des odeurs qui les accompagnent. C'est ensuite le chirurgien lui-même qui a besoin d'interroger la langue de son opérée et qui, chaque fois, doit subir des émanations fétides : bien plus, cette fétidité normale chez la malade prive le chirurgien des renseignements parfois précieux que donne l'odeur de l'haleine des opérés (1). Mais tout ceci n'est rien, qu'une preuve nouvelle que « les délicats sont malheureux ». Bien autrement grave de conséquences pour l'opéré lui-même est l'état septique des dents et des gencives. Nous savons que tous les états pathologiques ont pour résultat de diminuer la résistance des tissus de la bouche vis-à-vis de leurs microbes saprophytes. Si donc l'opéré échappe à l'infection des petites plaies de la pince à langue, que de troubles digestifs, que de broncho-pneumonies, que de parotidites, heureusement rares, peuvent être mis directement sur le compte de la septicité buccale sans aller leur chercher bien loin une origine problématique. Or si l'on ne peut songer à réaliser l'asepsie du milieu buccal, on peut du moins en atténuer beaucoup la septicité et la fétidité; et lorsque les soins d'un dentiste paraissent nécessaires, il faut savoir les exiger avant d'entreprendre une opération sérieuse, puisque d'eux peut dépendre — tout simplement — la vie du malade.

(1) Citons, entre autres, la valeur pronostique de l'odeur de l'haleine dans les interventions sur l'estomac et l'intestin.

Certes, ces précautions sont d'ordre secondaire et leur valeur est nulle si celles qui les priment ne sont point observées : rien ne servirait au malade d'avoir des ongles propres si ceux du chirurgien ne l'étaient pas. Mais de même qu'il n'est point de petites économies, il n'est point de petites précautions en chirurgie. Les statistiques impeccables d'hystérectomies pour fibromes, par exemple, appartiennent à tels de nos maîtres, *tâtillons* et méticuleux qui semblent avoir pour devise : *de minimis curo.*

Qu'on ne vienne pas objecter ici les beaux résultats de certains jeunes maîtres, véritables prestidigitateurs de la chirurgie, entre les mains de qui un utérus est *décollé* en quelques secondes : leur exemple vient à l'appui de notre thèse. Chez eux le souci de la rapidité, de *la quatrième vitesse*, paraît, aux yeux de l'assistance, primer tous les autres. Mais ce que *la galerie* ne voit pas, et ce que savent bien ceux qui ont eu la fortune de les assister, c'est la minutie des précautions pré-opératoires, ce sont tous les soins, toutes les attentions dont ces mêmes chirurgiens entourent leurs opérés, ou dont tout au moins ils surveillent l'exécution. Autant l'opération les laisse paraître insouciants presque de la vie de leurs malades, autant « tout le reste », avant et après, les montre réfléchis, attentifs, soigneux, ne négligeant aucun détail.

Or, nulle part ailleurs que dans une maison de chirurgie — pour sa clientèle — ou dans son service d'hôpital, le chirurgien n'est sûr que toutes ces précautions sont prises. Il n'a pas le temps d'expliquer à chaque opéré l'importance et les détails de leur exécution : tandis que la personne de confiance, surveillante ou infirmière, qui a la charge de ses opérés, veille strictement à toutes ces mesures. Et si pendant les deux ou trois jours qui précèdent l'intervention, quelque chose d'anormal dans la santé du malade (toux, écoulement septique, furoncle etc.) existe, qui a passé inaperçu du chirurgien, c'est elle qui en avertit ce dernier.

Ne faut-il pas, de plus, que la région opératoire ait été rasée et nettoyée une première fois, pansée même, avant l'arrivée du malade sur la table d'opérations, et la vessie vidée? Autant de besognes qui, en ville, incombent au chirurgien, et, dans la maison de chirurgie, sont faites par le personnel.

Passons rapidement sur l'acte opératoire, sur l'importance du thermo-cautère tout prêt quand on le demande, de l'injection de sérum mise en train proprement et sans bruit, de la vérification minutieuse du nombre des compresses abdominales avant la suture, d'une foule d'autres choses qui ne sauraient être faites dans une chambre de ville, avec les aides dont on y dispose.

Quant aux soins consécutifs, ils sont d'une telle importance que l'utilité d'un personnel dressé, d'un matériel spécial, n'a pas besoin d'être démontrée.

Certains de nos maîtres ne doivent pas seulement à eux-mêmes leurs belles statistiques : leurs internes se renouvellent chaque année et influent peu sur les résultats opératoires du service; mais il existe toujours une personne de confiance, qui prend l'opéré dès sa sortie de la salle d'opérations : c'est elle, vraiment, qui continue l'œuvre de l'opérateur et qui souvent, j'ose le dire, en assure le succès. La confiance que le chef lui témoigne la rend généralement suspecte aux nouveaux internes et certains d'entre eux jalousent son influence. Mais pour peu qu'elle soit observatrice, quel enseignement est le sien! L'habitude de ne soigner que des opérés récents et graves lui donne, entre autres connaissances, une très grande sûreté de pronostic. Habituée aux suites opératoires du chirurgien qu'elle seconde, elle serait peut-être en défaut auprès d'un autre; car la physionomie générale des suites opératoires, bonnes ou mauvaises, varie notablement avec les chirurgiens : Tel fait incomplètement son hémostase; tel autre, dépourvu de rigueur dans son asepsie, a souvent une petite élévation thermométrique passagère le deuxième ou le troisième jour. L'opérateur rapide, soucieux de la brièveté de ses interventions, et, partant de ses anesthésies, n'a pas les mêmes suites immédiates, de la première journée, que l'opérateur plus méticuleux, moins ménager du chloroforme.

Tout comme dans le service d'hôpital, le rôle de la surveillante des « grands opérés » dans la maison de chirurgie privée est un rôle de confiance : c'est elle qui le soir venu, en quelques mots, sans phrases, sans bavardages inutiles, renseigne le chirurgien : pour lui, que de soucis évités, que d'insomnies calmées s'il sait son opéré du matin ou de la veille entre ses mains.

Faut-il ajouter à tous les avantages que l'opéré retire des maisons de chirurgie, la tranquillité d'esprit, le calme moral qui le gagnent dès qu'il a quitté le milieu familial? Qu'on ne crie pas au paradoxe : c'est là un fait d'observation journalière. S'agit-il d'un enfant : « Oh! docteur, dit la mère, jamais le pauvre petit ne pourra me quitter! jamais il ne s'habituera à vos infirmières! il pleurera jour et nuit s'il ne me voit pas près de lui! » — Pure fatuité maternelle. A part de très rares exceptions, jamais un enfant ne réclame ses parents plus d'une demi-heure, et l'infirmière souriante et douce vient a bout bien vite de ses dernières larmes. A partir de ce moment le chirurgien n'a plus affaire qu'à un petit malade raisonnable et gentil, alors que le même enfant soigné dans son milieu, ou dorloté par sa mère, eût été intraitable. S'agit-il d'une personne adulte? l'angoisse pré-opératoire passée, les souffrances post-opératoires éteintes, c'est la tranquillité morale complète : pas de parents inquiets, empressés, questionneurs; pas de va-et-vient d'amis aux nouvelles; nul souci des affaires professionnelles que tous les objets familiers rappellent. Cette détente n'est pas sans influencer très heureusement les suites opératoires.

Peut-être les grandes maisons de santé ne donnent-elles pas à un si haut degré à leurs pensionnaires cette sensation bienfaisante d'apaisement et de confiance : mais à coup sûr, les maisons de chirurgie privées la donnent complètement. Et les malades se plaisent très souvent à le reconnaître.

L'avenir est certainement aux maisons de chirurgie, et plutôt aux cliniques privées : on en a vu, ces années dernières, se créer dans presque toutes

les villes. Souvent accueillies par les confrères voisins avec des sourires sceptiques ou des hochements de tête, elles se sont imposées par leur succès : car si leur importance répond exactement aux besoins de clientèle du chirurgien qui les fonde, si celui-ci est compétent et honnête, leur avenir peut être envisagé sans crainte : la prospérité ne se fait pas attendre.

Est-ce à dire qu'on ne puisse pas avoir de bons résultats si l'on ne possède une maison de santé? Loin de moi cette pensée ridicule. Mais je suis fermement convaincu que, dans une maison de santé dirigée et surveillée par le chirurgien, avec un personnel dressé par lui, fait pour ainsi dire à son image, les suites opératoires sont d'une régularité, d'une bénignité remarquable; que parfois même on y réussit de véritables *sauvetages* en s'acharnant à disputer à la mort des opérés qui succomberaient en d'autres mains. Ce sont là des joies professionnelles dont rien au monde ne peut ternir la pureté et l'éclat; elles sont la rançon de bien des soucis et des tracas; elles sont la récompense pour qui sait aimer le beau métier de chirurgien.

SERVICE DE SANTÉ EN CAMPAGNE

INSTALLATION D'UN POSTE DE SECOURS

(*Aménagement propose*),

Par M. le docteur BONNETTE,
Médecin-major de deuxième classe.

Le règlement du service de santé en campagne prévoit l'établissement des postes de secours sur le champ de bataille, indique le moment propice à leur installation et formule même les conditions de leur emplacement et de leur fonctionnement.

« L'installation des postes de secours dans les habitations, dit ce règlement, sera généralement à éviter et semble contraire à leur bon fonctionnement.

Les hangars légers seraient dangereux, à moins qu'ils ne soient garantis du côté de l'ennemi, par des constructions en maçonnerie suffisamment épaisses, auxquels cas ils seraient à rechercher. »

En somme « ces postes, dit M. le professeur Delorme, sont placés autant que possible à l'abri des projectiles, en dehors des points stratégiques, *derrière* un abri, une levée de terre, un pli de terrain, une maison », mais loin des murs en pierres sèches, des terrains rocailleux, et des bouquets d'arbres « dont les branches brisées peuvent être dangereuses ».

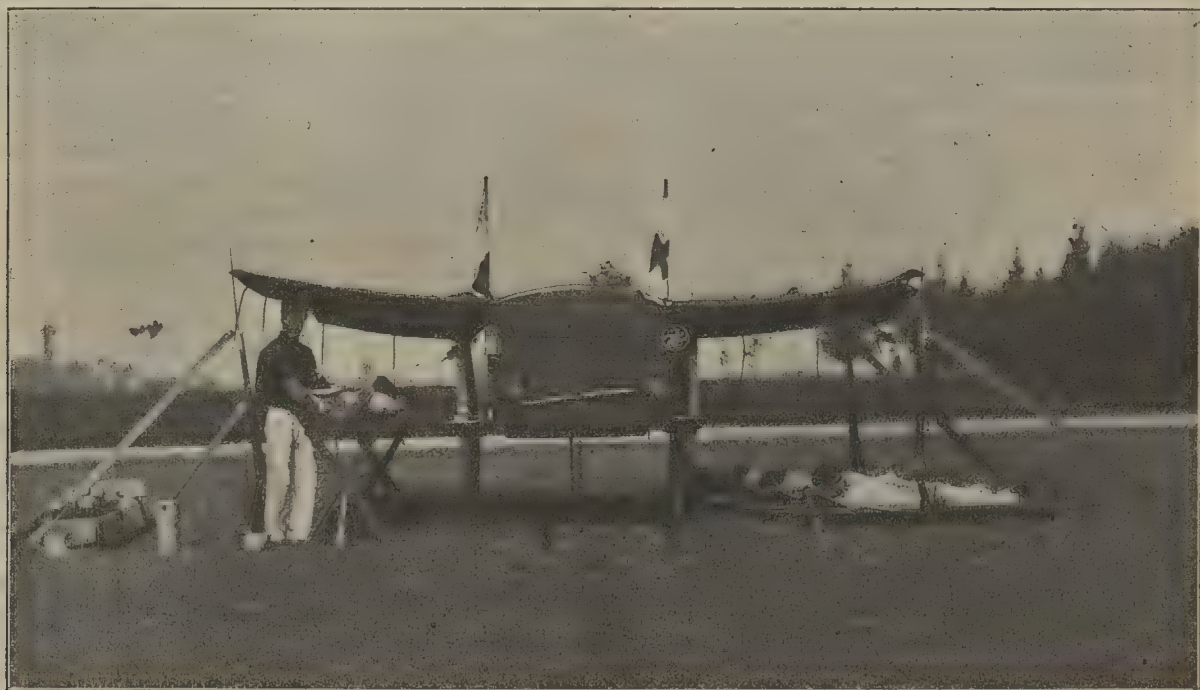
Donc, en règle générale, ces places de pansement doivent être installées *en plein air* : aussi ne serait-il pas utile d'abriter un peu contre les intempéries des saisons — soleil ou pluie — le personnel médical dans sa rude tâche, le matériel de pansement, qui craint tant l'humidité, ou enfin quelques blessés graves, qui, atteints de syncope ou d'hémorragie, sont momentanément intransportables?

Et pour cela que pourrait-on faire?

A notre avis, il serait bon d'installer sur les côtés de chaque voiture médicale deux petites tentes, qui serviraient d'abri l'une, à la table de pansements, représentée ici par le support-brancard réglementaire, l'autre à un groupe de panseurs ou de blessés splanchniques.

Ces deux petites tentes seraient facilement improvisées, si chaque voiture médicale était dotée d'une double bâche de couverture.

En somme, ces abris rendraient aux postes de



secours les mêmes services que les tentes *Tortoise* aux ambulances.

A. *Installation de ces tentes.* — Lorsque l'emplacement du poste est choisi, la voiture médicale est amenée et placée face à l'ennemi : le cheval est dételé. Un infirmier monte aussitôt dans la caisse du véhi-

cule, défait les bâches, passe les paniers de pansement, les bidons des brancardiers et le grand bidon de 10 litres, puis il fixe avec les lanières de cuir, un des bords de ces bâches sur le sommet des parois latérales à claire-voie de la voiture.

Pendant ce temps, quatre infirmiers s'emparent de quatre bretelles de brancards et de quatre fusils avec baïonnettes au canon, munies de leurs fourreaux. Ces fusils plantés verticalement et la pointe effilée des fourreaux engagée dans les œillets les plus extrêmes des bâches feront l'office de quatre piquets de soutènement.

Enfin, pour tendre ces bâches en forme de toit horizontal, et pour tenir ces fusils verticaux, les infirmiers passeront l'anneau des bretelles des brancards dans la croisière des baïonnettes en haut et en bas, la boucle terminale de ces bretelles dans le crochet métallique des harpons, qui seront enfoncés obliquement dans le sol, à 1 mètre environ des fusils.

La photographie ci-dessus fera mieux comprendre la description un peu succincte de cette installation improvisée.

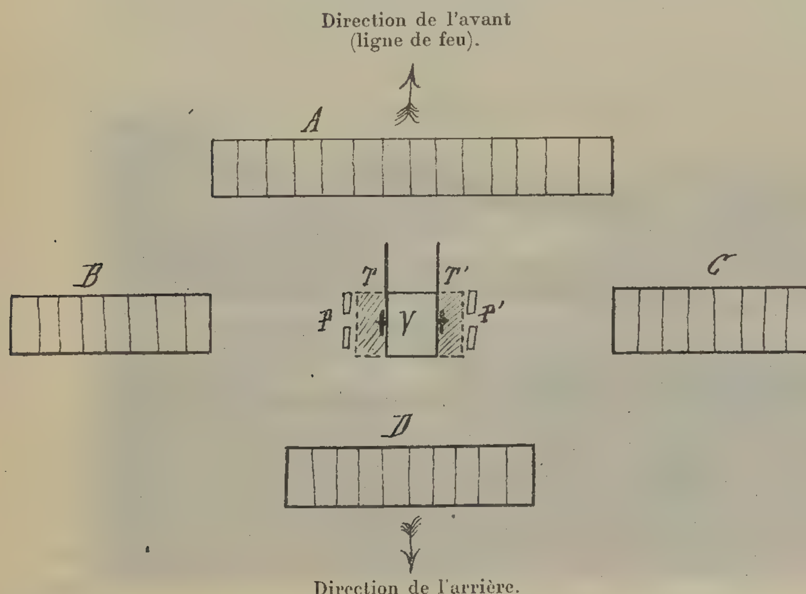
B. *Dimensions de ces tentes.*

Largeur (des roues aux fusils)...	= $1^{m}50$
Longueur (entre les deux fusils)..	= $2^{m}60$
Hauteur moyenne..............	= $1^{m}60$

Cette hauteur présente un gros inconvénient, c'est de forcer les opérateurs ou les panseurs à se tenir un peu courbés : aussi peut-on y remédier facilement en plaçant quelques briques ou des pierres plates sous les fusils, pour exhausser le toit de $0^{m}20$ et porter ainsi la hauteur à $1^{m}80$.

C. *Facilité et durée de l'installation.*— Avec des harpons métalliques préparés d'avance et un marteau, rien n'est plus aisé que d'installer ces tentes. Six minutes suffisent à nos infirmiers pour dresser ces abris et cinq minutes pour les démonter.

D. *Distribution schématique d'un poste de secours ainsi aménagé.*



A, blessés à examiner et à panser. — B, blessés pansés et à renvoyer au corps. — C, blessés pansés et à évacuer « debout ». — D, blessés pansés et à évacuer couchés. — TT', tentes improvisées. — PP' paniers de pansements. — V, voiture médicale.

Ces harpons en fer sont à créer dès le temps de paix, car les piquets en bois se cassent ou se détériorent trop rapidement sur les terrains durs. Leur implantation est plus difficile et plus longue ; donc il faut y renoncer.

La distribution méthodique des blessés par catégories est importante : ainsi on évite le désordre.

De plus, pour offrir moins de vulnérabilité aux balles « folles » de l'ennemi, il faut avoir soin de placer les blessés en rangs parallèles et non perpendiculaires à la ligne de feu, comme l'indique notre schéma.

E. *Avantages de cet aménagement.*— Soustraire aux intempéries des saisons le personnel médical, le matériel de pansements et quelques blessés graves nous paraît être une œuvre utile.

Cela est d'autant plus indiqué, que les postes de secours, ne devant être installés « que lorsque le mouvement des troupes en avant est arrêté », jouiront ainsi d'une certaine stabilité.

En outre, cet aménagement serait peu onéreux pour le trésor, car il faudrait seulement doter nos voitures médicales d'une bâche supplémentaire, de quatre harpons métalliques de $0^{m}25$ de long et d'un marteau solide. Le poids de ces objets s'élève à peine à $6^{k}500$ (bâche $4^{k}900$, harpons $1^{k}300$, marteau $0^{k}300$).

Enfin pour l'improvisation de ces tentes, nous nous sommes efforcés de n'employer que des objets réglementaires, que nous aurons toujours sous la main, tels que fusils, bretelles de brancard, bâches. *Toutefois ces dernières pourraient être à la rigueur remplacées par des couvertures de laine, ou des draps de lit.*

En résumé, cette amélioration des postes de secours s'impose, car notre devoir est d'*humaniser la guerre* et d'éviter ce cruel reproche dont parlent MM. Nimier et Laval, en ces termes : « Trop de gens ne se feront pas faute, le jour venu, de reprocher au service de santé les conditions défectueuses dans lesquelles, malgré tous les efforts et tous les sacrifices, les blessés se seront trouvés. »

FORMULAIRE

ANTISEPSIE BUCCALE ET BUCCO-PHARYNGÉE ET BLANCHIMENT DES DENTS

M. Sabrazès donne, dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, le conseil suivant :

On incorpore, au moment même de l'emploi, une pincée (pointe de couteau) de perborate de soude à un demi-verre d'eau. On rince la bouche et les dents avec cette solution à l'aide de la brosse.

Dans les angines aiguës, y compris l'angine fuso-spirillaire de Vincent, cette solution, qui donne de l'eau oxygénée et de l'oxygène à l'état naissant, employée en gargarismes, s'est montrée efficace.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 23 MAI 1905)

Les rayons X. — M. DEBOVE appelle l'attention de l'Académie sur les dangers de l'emploi des rayons X entre les mains des personnes inexpérimentées, même dans un simple but de diagnostic. En conséquence, il propose à l'Académie de nommer une Commission chargée d'examiner la question de la réglementation de l'emploi de la radiographie ou de la radioscopie, cet emploi devant être réservé aux médecins (1).

La proposition de M. Debove est mise aux voix et adoptée. Une Commission est nommée.

Le venin des hyménoptères. — M. FABRE (de Commentry) fait, sur ce sujet, une communication dont voici le résumé :

Les effets provoqués sur l'organisme par les piqûres des hyménoptères constituent un véritable empoisonnement.

Si, lorsque l'aiguillon reste dans la plaie, comme dans les cas de piqûre d'abeille, la lésion locale n'est pas négligeable, dans la piqûre des guêpes et des frelons ce sont surtout les accidents généraux qui sont le plus à redouter. On sait que ce venin est produit, chez la plupart des hyménoptères (abeilles, fourmis, guêpes, frelons) par deux glandes paires qui fournissent un liquide acide et par une glande impaire à produit alcalin. Le mélange de ces deux liquides serait toujours acide.

La piqûre d'abeilles qui assaillent l'homme, le plus souvent, en grand nombre, outre un œdème à aspect érysipélateux des régions atteintes, peut provoquer des troubles généraux graves et même la mort.

La piqûre de bourdon, et surtout celle des guêpes et des frelons, semblent introduire dans l'organisme un poison plus subtil. Une seule piqûre suffit bien souvent à produire des troubles de nature syncopale, et à amener des éruptions généralisées, scarlatiniforme, érythémateuse, et fréquemment une véritable éruption d'urticaire.

Presque toutes les fonctions de l'organisme peuvent être troublées à la suite de ces piqûres : les fonctions de la circulation (fréquence ou ralentissement du pouls, palpitations cardiaques, troubles des vaso-moteurs, etc.); les fonctions digestives (nausées, vomissements, diarrhée); les fonctions respiratoires (dyspepsie); les fonctions nerveuses, soit périphériques (douleurs, hyperesthésie, anesthésie, etc.), soit centrales (délire, folie même) et fonctions sensorielles (troubles de l'œil, de la vue, etc.); les fonctions de la sécrétion (salivation abondante, diurèse, sueurs profuses, etc.).

Le traitement local consiste en application immédiate, sur la région piquée, de solutions ammoniacales, au sublimé, à l'acide phénique, d'eau de chaux. Le sel de cuisine apposé sur la piqûre et des solutions concentrées de sel marin qu'on fait avaler en cas de piqûre du pharynx par la guêpe sont spécialement recommandables.

Comme traitement général, on devra favoriser l'élimination du venin par la peau, en provoquant la sueur par des liquides chauds aromatiques et additionnés de stimulants diffusibles : esprit de mindererus, éther, menthe, etc.; 2° par les reins, en employant les diurétiques; 3° par les voies digestives, à l'aide de vomitifs et de purgatifs, etc.

On a essayé d'obtenir une certaine immunité contre les effets du venin des hyménoptères, en ayant recours à des piqûres systématiques de ces insectes. Mais il reste beaucoup à faire dans cette voie et les physiologistes auront, par de nouvelles expériences, à élucider bien des questions encore obscures dans la nature et l'évolution de ces intoxications.

Enfin, on a cherché depuis fort longtemps à utiliser, dans la thérapeutique, les produits de plusieurs de ces hyménoptères : les guêpes (dans les obstructions des reins et de la vessie); les abeilles, et surtout les fourmis en leur entier (sous forme de cataplasme), en élixir ou en produits distillés (contre la lèpre, contre les maux d'oreilles), enfin sous la forme d'acide formique ou encore de formiate de soude.

Élection. — L'Académie a procédé à l'élection de deux membres associés étrangers. La liste de présentation est ainsi dressée : MM. Ehrlich (de Francfort); Ramon y Cajal (de Madrid); sir William Broadbent (de Londres); von Esmark (de Kiel); Hansen (de Bergen) et Morisani (de Naples).

MM. Ehrlich et Ramon y Cajal ont été élus.

Au début de la séance, M. Troisier a présenté un travail de M. Tournol (de Paris), sur le traitement de la tuberculose par les injections sous-cutanées d'eau de mer.

(1) Voir à ce sujet le Congrès de radiologie de Berlin, *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 56, p. 666.

CORRESPONDANCE

LETTRE OUVERTE AU DOCTEUR ROCHARD

Chirurgien de l'hôpital Tenon.

J'ai lu avec grand intérêt et grand plaisir la description du procédé de cure radicale de la hernie inguinale que vous préconisez dans la *Gazette des hôpitaux* (18 avril 1905, p. 534).

Sans vouloir rechercher une question de priorité, je crois néanmoins de mon devoir de vous dire que ce procédé, je l'emploie depuis tantôt douze ans, depuis que je suis chirurgien de l'hôpital Cochin (1893). Je l'ai imaginé, précisément pour les raisons que vous donnez avec tant de justesse et aussi parce que je pense qu'une paroi musculaire est toujours beaucoup plus solide que toutes les parois fibreuses que vous pouvez reformer par le procédé de Bassini et autres procédés analogues.

Ma manière de faire a été décrite dans plusieurs thèses, la description se trouve tout au long, faite par moi, dans un article de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* intitulé : « Sur la cure radicale des hernies inguinales. Procédé par abaissement, 1896, p. 503. » Vous verrez que la manière de faire est identique. Vous y ajoutez le renforcement par le crémaster quand il est utilisable, ce qui n'est pas fréquent. Je n'employai d'abord que la soie pour fixer les muscles transverso-obliques à l'arcade crurale; depuis longtemps je ne me sers plus que du catgut 3 et je multiplie les points de suture suivant les sujets 6 à 7 au maximum, y ajoutant dans l'intervalle 1 à 2 points de soutien à la soie 2.

Je ne puis que me louer des résultats que j'ai obtenus et dont beaucoup sont déjà lointains. Je considère le procédé comme excellent, simple et efficace et en terminant, je suis heureux de constater qu'un chirurgien de votre valeur, mon cher ami, s'est rallié, sans la connaître, à ma manière de faire.

Votre bien dévoué,

Dr E. SCHWARTZ,
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

ANALYSES

MÉDECINE

Anévrisme de l'aorte descendante. (BARTON. *Washington medical Annals*, mars 1905.) — Barton relate le cas d'un malade dont l'anévrisme ne se traduisait que par une douleur épigastrique, apparemment influencée par les fonctions digestives. Une radiographie ayant montré une masse s'étendant de la septième à la onzième dorsale, un diagnostic de mal de Pott fut fait, corroboré, semblait-il, par la douleur épigastrique permanente, la rigidité de la colonne vertébrale et l'exagération des réflexes. Le malade ne fut naturellement pas amélioré par le traitement; et l'on pensa à un néoplasme gastrique pour lequel on fit une laparotomie exploratrice qui établit le diagnostic. La mort survint quelques heures après l'opération. A l'autopsie, on trouva un sac long de 7 pouces ($17^{cm}5$) ayant rongé les corps des septième, huitième, neuvième et dixième dorsales, presque cylindrique et rompu en deux endroits dans la plèvre gauche.

FOXTON E. GARDNER.

Méthode pour déceler les bacilles tuberculeux dans les épanchements pleuraux. (W. VETTER. *Centralbl. f. in. Med.*, 6 mai 1905, n° 18.) — Vetter emploie des tubes de 20 centimètres de hauteur et de 2 centimètres de diamètre portant un étranglement à 4 centimètres du dessus de la partie inférieure. On met dans ces tubes 8 centimètres cubes d'un liquide obtenu en ajoutant à une solution aqueuse de glycérine à 10 p. 100, 1 p. 100 de peptone et 1/2 p. 100 de chlorure de sodium, et alcalinisé faiblement avec du carbonate de soude. On introduit dans ce tube un morceau de pomme de terre, coupé suivant la méthode habituelle et haut de 4 à 5 centimètres. La partie inférieure de la pomme de terre repose sur la partie rétrécie du tube sans l'obturer complètement. Le tout est stérilisé à 110 degrés pendant un quart d'heure.

Pour rechercher le bacille de Koch, on ajoute dans le tube 8 centimètres cubes de liquide pleural immédiatement après le prélèvement par ponction, de sorte que le milieu de culture est dilué par moitié. Le tout est porté à l'étuve à 38 degrés. Les deux premiers jours on agite prudemment le mélange de façon à mettre en contact le liquide et la pomme de terre. On voit un fin réseau de fibrine se déposer au fond du tube et pendre à la partie inférieure de la pomme de terre. Les colonies de bacilles de Koch deviennent visibles au bout de vingt et un à vingt-cinq jours sur la pomme de terre et dans le liquide. Vetter a appliqué cette méthode de recherche à l'étude de 10 cas de pleurésies idiopathiques. Dans 9 cas les résultats ont été positifs, et dans tous ces cas la formule cytologique était nettement lymphocytique.

A. LEMIERRE.

Réaction de la tortue terrestre à quelques maladies infectieuses. (*Ann. de l'Institut Pasteur*, avril 1905.) — MM. REMLINGER et Osman NOURI montrent que la tortue terrestre contracte facilement le charbon et la morve, lorsque sa résistance est diminuée par le séjour à l'étuve à 37 et parfois même sans cette condition. A l'autopsie, les microbes sont beaucoup plus nombreux dans le sang et les organes que chez les animaux à sang chaud. Il est par contre des maladies auxquelles la tortue terrestre est totalement réfractaire, quelles que soient la dose injectée et la voie choisie pour l'inoculation. De ce nombre sont le tétanos et la rage. Le mécanisme de cette immunité demeure très obscur et aucune explication satisfaisante ne peut en être donnée à l'heure actuelle.

L. GAYARD.

CHIRURGIE

Les déplacements de l'uretère dans les collections tubaires. (Ernest BOYEN YOUNG. *Boston med. and surg. Journ.*, 16 février 1905, vol. CLII, n° 7, p. 184.) — L'auteur a cherché à se rendre compte de la position occupée par les uretères lorsque les trompes sont dilatées par une collection purulente. Il voulait se rendre compte du risque qu'ils pouvaient courir dans les colpotomies. La clinique nous démontre qu'ils échappent presque toujours à l'incision du cul-de-sac postérieur dans ces cas.

Boyen s'est adressé à deux modes d'exploration pour élucider cette question. Expérimentant d'abord sur le vivant il a, chez des femmes portant des collections tubaires, cathétérisé les uretères, les deux si c'est possible, celui du côté de la collection la plus volumineuse si l'intervention était trop difficile. Des 25 cas examinés, il a pu tirer les conclusions suivantes :

Quand les trompes ne présentent qu'une petite collection les uretères ne sont pas déplacés.

Les grosses collections, justiciables de la colpotomie, déplacent les uretères en règle générale en dehors, augmentant l'écartement entre les deux conduits. Exceptionnellement l'uretère est déplacé en bas vers le cul-de-sac postérieur mais sans jamais atteindre la ligne médiane.

Boyen s'est adressé à l'expérimentation sur le cadavre pour expliquer ce déplacement. Le déplacement en dehors s'explique pour lui de deux façons différentes qui, en général, sont combinées. Tout d'abord la dilatation de la trompe redresse ses courbures et cause une traction sur le ligament large, traction qui attire l'uretère en dehors. En second lieu le volume croissant de l'abcès occasionne une pression directe sur l'uretère qui se déplace vers le point de moindre résistance, en la circonstance vers la partie externe du ligament large. Exceptionnellement, lorsque le ligament large est infiltré en masse, lorsque la trompe ne peut se redresser par suite de ses adhérences, l'uretère peut être repoussé en bas et un peu en dedans. Mais dans ces cas très rares, il n'atteint jamais la ligne médiane.

De ces faits l'auteur conclut que dans la colpotomie, en prenant le col de l'utérus pour point de repère, et en incisant toujours sur la ligne médiane, on évitera d'une façon constante la blessure de l'uretère.

M. LANCE.

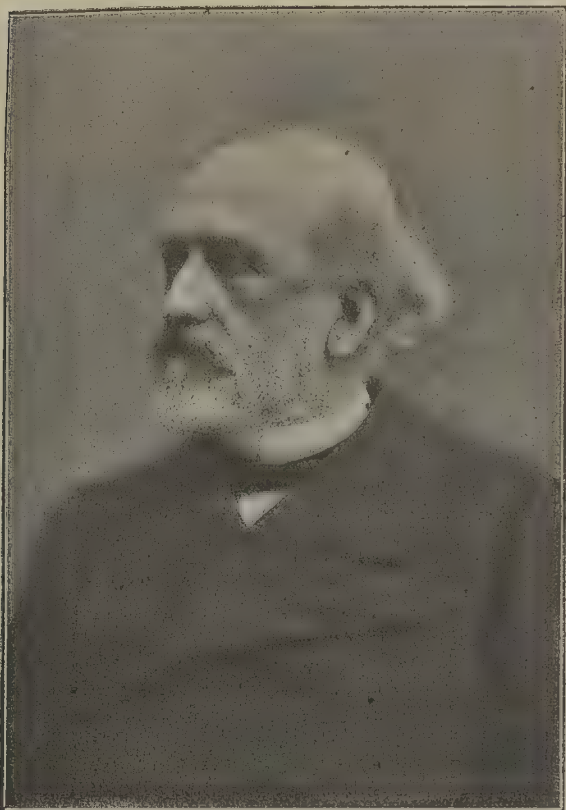
Méthode d'anesthésie au moyen de l'éther par le rectum : étude portant sur 41 cas. (*Boston med. and surg. Journ.*, 20 avril 1905.) — MM. CUNNINGHAM et LAHEY font l'historique de cette méthode d'anesthésie; ils ont imaginé un appareil spécial qui, d'après eux, en supprime les inconvénients. Dans leurs observations, ils n'ont eu à noter ni diarrhée, ni selles sanglantes. Dans 17 cas, l'administration rectale de l'éther a été précédée par une absorption buccale. Les avantages de la méthode sont les suivants : on emploie très peu d'éther; il n'existe pas de phase d'excitation; les vomissements sont rares; les sécrétions bronchiques sont nulles; le réveil est relativement rapide. Les auteurs donnent la description de l'appareil utilisé par eux, ainsi que les règles qui doivent présider à la préparation du malade et à l'administration de l'éther.

A. HOUSQUAINS.

LE DOCTEUR PAQUELIN
(1836-1905)

Il n'est pas un médecin qui ne connaisse et n'utilise le merveilleux instrument qu'inventa Paquelin. Le thermocautère est aujourd'hui d'un usage si courant qu'il semble devoir être vieux comme la médecine et avoir toujours fait partie de l'arsenal chirurgical; et cependant, il n'y a guère plus d'un quart de siècle (1876) que Paquelin créa le thermocautère.

Les vieux médecins se souviennent encore de ces cautères que l'infirmier faisait rougir, au feu de charbon, dans le coin des salles de malades. Le « Paquelin », comme on dit à l'étranger, a remplacé ces grossiers cautères, non seulement il cautérise mais il sectionne comme un bistouri. Verneuil s'en servait comme d'un couteau.



(Cliché Benque.)

De ce thermocautère médical sont nés, dans l'industrie, le fer à souder, l'éolipyle; dans les arts, la pyrogravure sur bois et sur verre.

Paquelin, qui fut un brave, gagna pendant la guerre la médaille militaire dont il aimait à porter le ruban avec celui de la Légion d'honneur. Il était en outre lauréat de la Faculté (prix Barbier) et lauréat de l'Institut (prix Montyon).

Nul de ceux qui l'ont connu n'oublieront sa belle et noble figure que nous sommes heureux de reproduire ici.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de chimie physiologique (1), par Allyre CHASSEVANT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Rien n'est plus difficile que d'écrire un précis de chimie accessible à la masse des praticiens; M. Chassevant y est cependant parvenu. Professant depuis neuf ans à la Faculté de médecine de Paris, il a pu se rendre un compte exact de ce qui doit être dit aux médecins et surtout de la façon dont il faut le leur dire; on nous concédera sans peine, en effet, qu'un ouvrage bourré de formules effraye et rebute dès l'abord ceux qui n'ont pas la longue pratique de ces dernières. Et pourtant il est impossible à notre époque de lire une œuvre médicale si l'on ne possède pas les notions de chimie physiologique nécessaires à son intelligence; le livre de M. Chassevant comble sous ce rapport une lacune puisque rien n'est plus aisé que de trouver en quelques instants, grâce à lui, tous les renseignements désirables. L'auteur a insisté d'une manière particulièrement heureuse sur les enzymes, les toxines, les antitoxines, les principes actifs des glandes, etc.; il a étudié en détails le lait, l'urine et le sang, enfin il a consacré le dernier chapitre aux aliments et aux régimes.

Le précis de chimie physiologique est appelé à devenir le vade-mecum du médecin; il lui rendra possible la compréhension d'une foule de travaux indispensables à connaître.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) 1 vol. de 424 p. avec fig. dans le texte. Prix : 10 francs. — Paris, Félix Alcan, 1905.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
(ACTES DU 29 MAI AU 3 JUIN 1905)

THÈSES

Mardi 30 mai 1905. — M. DUPRÉ. Les caractères cliniques de l'insuffisance testiculaire. (MM. Debove, président; Cornil, Achard et Méry.) — M. DUPUY. Le coma diabétique chez l'enfant. (MM. Cornil, président; Debove, Achard et Méry.) — M. GUILHAUD. La réglementation physiologique du travail. (MM. Brouardel, président; Hutinel, Langlois et Richaud.) — M. PRIVAT. Les eaux thermales de Cauterets. (MM. Hutinel, président; Brouardel, Langlois et Richaud.) — M. CHAPEYRON. Contribution à l'étude du traitement des péritonites généralisées appendiculaires. (MM. Berger, président; Poirier, Auvray et Cunéo.) — M. DUFFO. Contribution à l'étude de la polydactylie. (MM. Poirier, président; Berger, Auvray et Cunéo.) — M. RIMETTE. Pronostic de l'avortement. (MM. Budin, président; Pozzi, Bar et Brindeau.) — M. RENOUF. La crise génitale et ses manifestations connexes chez le fœtus et le nouveau-né. (MM. Budin, président; Pozzi, Bar et Brindeau.) — M. LEROUX. Contribution à l'étude de la rupture du sinus circulaire. (MM. Budin, président; Pozzi, Bar et Brindeau.)

Mercredi 31 mai 1905. — M. DANIEL. L'hystérectomie abdominale sus-vaginale dans les lésions bilatérales des annexes. (MM. Pinard, président; Terrier, Segond et Lepage.) — M. TROUSSARD. Traitement des rétrécissements infranchissables de l'œsophage par la voie endostomacale. (MM. Terrier, président; Pinard, Second et Lepage.) — M. BRASSEUR. Contribution à l'étude du traitement des anévrismes artérioso-veineux externes. (MM. Segond, président; Pinard, Terrier et Lepage.) — M. FOISY. Le rétrécissement congénital de l'urètre. (MM. Segond, président; Pinard, Terrier et Lepage.) — M. QUENTIN. Essai sur l'auto-inoculation du chancre syphilitique. (MM. Landouzy, président; Gaucher, Marcel Labbé et Macaigne.) — M JACQUOT. Traitement opératoire du lupus. Excision et autoplastie par les grands décollements. (MM. Gaucher, président; Landouzy, Marcel Labbé et Macaigne.) — M. SAVOURÉ. Recherches expérimentales sur les mycoses internes et leurs parasites. (MM. Blanchard, président; Roger, Teissier et Balthazard.) — M. LEMANISSIER. Étude des corps ultra-microscopiques. (MM. Roger, président; Blanchard, Teissier et Balthazard.)

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

ROSÉOLES

DÉFINITION. DIVISION. — La roséole peut être définie « une éruption caractérisée par de petites taches rosées, non saillantes ou à peine surélevées à la surface de la peau, éruption tantôt discrète, localisée, tantôt généralisée, presque confluente, avec ou sans prurit, qui se termine, après quelques jours, par résolution et, rarement, par une très légère desquamation furfuracée » [H. Roger et Damaschino (1)].

Ainsi défini, le *genre* roséole renferme plusieurs *espèces*, qu'ont essayé de classer Bateman, Willan, Rayer, Gibert, Alibert, Bazin, Hardy, Hebra, Roger et Damaschino. Modifiant légèrement la classification de ces derniers auteurs, nous décrirons : 1° une *roséole primitive*; 2° des *roséoles secondaires* qui peuvent être : a. *d'origine infectieuse* (syphilis, fièvre typhoïde, etc.); b. *d'origine toxique* (roséole médicamenteuse).

ÉTUDE ANALYTIQUE. — § I. ROSÉOLE PRIMITIVE (*Syn. :* Roséole simple, exanthématique, estivale, infantile, automnale, vernale, essera, etc.). C'est une fièvre éruptive, par conséquent contagieuse, s'observant surtout chez les jeunes enfants, sur lesquels elle peut sévir sous forme d'épidémies. Elle est fort rare.

Après une *incubation* fixée approximativement à une quinzaine de jours, la roséole s'annonce par une *période prodromique* que caractérisent un état fébrile généralement peu marqué, du malaise, de l'abattement, et, quelquefois, surtout chez les jeunes sujets, des troubles digestifs, et qui dure de vingt-quatre à quarante-huit heures. Alors apparaît l'éruption *généralisée d'emblée*, et constituée par des taches rosées très régulièrement arrondies, à peine saillantes, disparaissant momentanément à la pression, de couleur moins vive que celles de la rougeole et séparées par des intervalles de peau saine. Ces taches, qui peuvent affecter presque exclusivement une région du corps [membres] (*roséoles partielles*, Rilliet), ne donnent habituellement lieu qu'à des symptômes fonctionnels peu accusés. Pendant toute cette période, qui ne dure qu'un à deux jours, il existe un peu de fièvre et quelques symptômes généraux, mais, fait capital, *l'éruption cutanée ne s'accompagne jamais d'énanthème*. Au bout de deux à quatre jours les taches pâlissent et disparaissent. Dans les formes les plus intenses, elles prennent quelquefois une apparence pétéchiale, et s'accompagnent de *desquamation furfuracée*.

La guérison survient au bout d'une semaine environ; elle ne s'accompagne jamais de phénomènes critiques; elle est d'emblée complète. Dans la roséole, pas de complications, pas de séquelles; la *bénignité* constitue donc un des caractères les plus frappants de la roséole essentielle.

§ II. ROSÉOLES SECONDAIRES. — A. **Roséoles infectieuses.** — 1. ROSÉOLE SYPHILITIQUE (2). La roséole syphilitique est la plus commune de toutes les syphilides secondaires. Elle comprend deux types distincts : a. *roséole ordinaire*; b. *roséole circinée*.

a. ROSÉOLE ORDINAIRE (*Syn.* : Syphilide érythémateuse, exanthématique, maculeuse, érythème syphilitique).

Echéance d'apparition. — C'est la plus précoce de toutes les éruptions syphilitiques : elle inaugure la période secondaire et apparaît *quarante-cinq jours* environ après le début du chancre. Elle peut aussi se manifester plus tôt (vingt jours après le chancre) ou plus tard, jusqu'à plusieurs années après le chancre, mais, alors, elle est presque toujours modifiée. Elle est fréquente dans l'hérédo-syphilis.

Caractères cliniques. — La roséole est constituée par des taches *sans saillie, sans squames*, sans altérations appréciables de l'épiderme ou du derme; dont les dimensions varient de celles d'une petite lentille à celles d'une pièce de 20 centimes, ou même plus (coalescence d'éléments primitivement isolés); de configuration quelconque; de couleur d'abord rose tendre, *fleur de pêcher*, puis rose plus foncé, puis rose jaunâtre, fauve. Au début, elles s'effacent complètement à la pression. Plus tard, elles s'effacent incomplètement, ou même ne s'effacent plus du tout. Leur indolence est absolue, leur disposition irrégulière, comme si elles étaient semées au hasard. *Elles apparaissent en premier lieu sur les flancs et les parties latérales* du thorax, puis sur l'abdomen, la poitrine, le dos; assez communes à la face interne des membres, *elles respectent habituellement le visage* (on peut cependant les trouver sur la lisière du cuir chevelu) *et les extrémités.* Leur évolution est habituellement latente, mais elles coïncident avec les symptômes généraux de la période secondaire (courbature, céphalée vespérale, douleurs vagues des membres, angine, alopécie, etc. La roséole procède lentement, progressivement, mettant une semaine à se compléter, et persistant alors un à deux mois; traitée, elle se fane et disparaît rapidement, *par résolution simple, sans desquamation, sans altération de l'épiderme ni du derme.* Mais elle peut reparaître : fréquente surtout dans les premières années de la syphilis, ces *récidives* sont souvent discrètes, et *toujours modifiées* comme élément éruptif (*roséoles de retour*).

b. ROSÉOLE CIRCINÉE (*annulaire*, Hardy). Elle diffère de la précédente par α. son *apparition plus tardive* (fin de la première année ou seconde année); β. sa forme *circinée, annulaire* ou *arciforme.* La plus fréquente est la *roséole ovalaire*, constituée par une ellipse éruptive de 5 à 6 centimètres de grand axe sur 2 ou 3 de petit axe; γ. son *caractère persistant* et sa *tendance aux récidives.*

Comme *variétés* de roséoles, on peut décrire, avec M. Fournier : *roséoles*, 1. *à petites taches*, exceptionnelles; 2. *à larges taches* (nummulaires, géantes); 3. *pâles*; 4. *piquetées* ou *granuleuses* (Bazin), ce sont des saillies miliaires traversées par un poil; 5. *ortiées* ou *papuleuses*; 6. *à récidives multiples*, relativement fréquentes, surtout dans les deux premières années de la syphilis, pouvant récidiver d'une à dix fois, et s'observant exclusivement chez des sujets traités. Ce sont des roséoles atténuées : comme élément, du territoire éruptif, comme nombre des éléments, comme intensité de coloration : ce sont des *roséoles appauvries, raréfiées, souvent méconnaissables* (Fournier). Non traitées, elles ne tendent que lentement à la résolution; traitées, elles disparaissent rapidement. On discute encore sur les relations qui les unissent aux *érythèmes tertiaires* (Braumann), les uns identifiant, les autres distinguant ces deux ordres de manifestations (v. Fournier).

Les lésions de la roséole consistent surtout en altérations des vaisseaux et en infiltrations cellulaires du derme (v. Fournier).

II. ROSÉOLE TYPHIQUE (*syn.* : roséole exanthématique, typhique, taches rosées). Elle consiste en « taches rondes, de couleur rosée, faisant une saillie à peine appréciable au toucher, un peu effacée à leur périphérie; elles disparaissent complètement, du moins au début, sous la pression du doigt. L'éruption a lieu principalement à la partie inférieure de la poitrine et sur le ventre, moins souvent au dos, le plus rarement aux extrémités. Le nombre des taches est souvent peu considérable, d'autres fois, elles sont nombreuses et disséminées sur le ventre, la poitrine et les extrémités. Elles n'ont de tendance à se transformer en pétéchies que lorsqu'il existe une diathèse hémorragique » (Griesinger). Presque constantes (80 p. 100), ces taches apparaissent habituellement du sixième au neuvième jour, les unes après les autres, par poussées successives. Chaque tache a une durée de trois à cinq jours et laisse après elle une pigmentation légère et grisâtre. Elles seraient peu accusées chez les individus âgés ou chez ceux dont la peau est rude et brune, très accusées chez les individus à peau blanche et molle. Leur fréquence varie α. avec l'âge et le sexe des malades; β. les épidémies; γ. avec la gravité de la maladie. A ce sujet, trois opinions : pour Griesinger, Trousseau, plus les taches rosées sont confluentes, et plus la maladie est grave; pour Jaccoud, plus la roséole est abondante, et plus la dothiénentérie a de chances de guérir. Murchison, enfin, admet qu'il n'y a rien à tirer, quant au pronostic, de la rareté ou de l'abondance de l'éruption roséolique. Celle-ci reparaît souvent au moment des rechutes. Chez les *enfants*, les taches rosées apparaissent d'ordinaire du sixième au douzième jour, durent une semaine environ, l'éruption est peu abondante; elle manquerait assez souvent (Rilliet et Barthez). Pour ces mêmes auteurs, dans les cas très graves, les taches sont habituellement peu nombreuses.

(*A suivre.*)

(1) *Dictionnaire Dechambre.*

(2) Nous suivons ici pas à pas la belle description du professeur Fournier. *Traité de la syphilis*, t. I, p. 271 et sq.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

SUITE DES SOMMAIRES

Journal de médecine de Bruxelles. — (N° 20, 18 mai 1905.) MAHILLON : Encore un mot sur la valeur du relevé du champ visuel dans l'appréciation des troubles nerveux post-traumatiques. — G. BOUCHÉ : Contribution à l'étude de la maladie de Friedreich (*suite*).

Nord médical. — (N° 255, 15 mai 1905.) DOUMER : Traitement curatif de l'entéro-colite muco-membraneuse. — V. BUÉ : Le pour et le contre des crèches. — CAUDRON : Incontinence nocturne d'origine hystérique chez un adulte syphilitique ; guérison.

Pédiâtrie pratique. — (N° 10, 15 mai 1905.) GILLARD : Épidémie de rougeole à forme gastro-intestinale. — L. PIERRA : Les échanges chlorurés chez le nouveau-né. — P. BUDIN : Les adhérences du prépuce au gland.

Revue de la tuberculose. — (N° 2, avril 1905.) A. MOELLER : Les bactéries dites acidophiles, les bacilles paratuberculeux. — J. JOMIER : Tuberculose et mutualités.

Revue médicale de l'Est. — (N° 10, 15 mai 1905.) Paul PARISOT : Service municipal de la désinfection à Nancy. Interprétation de ses résultats relativement à la tuberculose. — M. PERRIN et P. BLUM : Petite épidémie de variole à Nancy en 1904.

Semaine gynécologique. — (N° 20, 16 mai 1905.) PICHEVIN : Avortement tubaire succédant à un avortement antérieur.

Tribune médicale. — (N° 19, 13 mai 1905.) RECLUS : La maladie kystique de la mamelle. — (N° 20, 20 mai.) CUNÉO et GUILLAUME : Note sur les différentes positions opératoires et sur un moyen pratique de les obtenir. — J. GALEZOWSKI : L'évolution de l'amaurose dans le tabes. — G. MEILLIÈRE : Les indices analytiques en chimie clinique.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
L'utilisation diététique et thérapeutique du sucre, par M. A. Drouineau.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de chirurgie.
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de médecine. — Admission.* — Leçon clinique sur un malade :

Séance du 24 mai 1905. — MM. Guillain, 20; Rist, 20.

Séance du 26 mai. — MM. Pissavy, 19; Jousset, 19.

Séance supplémentaire lundi 29 mai, à neuf heures et demie du matin, à Lariboisière.

Concours de chirurgie. — Épreuve opératoire :

Séance du 25 mai 1905. — MM. Duval, 29; Lecène, 28; Guibé, 25 1/2; Proust, 27; Baudet, Wiart et Schwartz, 26; Veau, 27.

GUERRE. — Reçoivent les désignations suivantes :

MM. les médecins-majors de première classe Petit, hôpital de Chambéry; — Courtois, 31e d'infanterie; — Talayrach, hospice mixte de Vernon; — Treillet, 38e d'artillerie; — Bassères, hôpital de Perpignan.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Viela, 59e d'infanterie; — Bonnette, 101e d'infanterie; — Rocheron, hôpital de Rennes; — Roux, hôpital de Marseille; — Carbonnier, 6e bataillon de chasseurs.

MM. les médecins aides-majors de première classe Courvoisier, 23e d'infanterie; — Robert, 155e d'infanterie; — Lorentz, 97e d'infanterie; — Talabère, 3e tirailleurs algériens; — Van Merris, 16e bataillon de chasseurs.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Maisonnave, 26e bataillon de chasseurs; — Winkler, 12e chasseurs; — Robert, 52e d'infanterie; — Fontan, hôpital de Bourges; — Trollat, 113e d'infanterie.

JUBILÉ DE TURCK. — Il y aura cinquante ans en 1908 que Türck fonda à Vienne la laryngoscopie clinique. La Société viennoise de laryngologie vient de décider, dans sa séance du 3 mai dernier, de fêter en 1908 cet anniversaire et dans ce but d'inviter les collègues spécialistes d'Autriche et de l'étranger.

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX (M. le professeur Raymond). — *Cours complémentaire et pratique (1re série) d'anatomie pathologique.* — M. le docteur Alquier, chef des travaux anatomiques, commencera le mardi 13 juin 1905, à cinq heures de l'après-midi, un cours pratique d'anatomie pathologie au laboratoire d'anatomie pathologique de la Clinique des maladies nerveuses à la Salpêtrière.

Ce cours aura pour objet l'étude pratique de l'anatomie pathologique (tumeurs, lésions inflammatoires, principales lésions des tissus, organes et appareils).

Il comprendra l'étude, sur des pièces anatomiques et des préparations histologiques, des caractères propres à chaque lésion et des méthodes techniques à employer dans chaque cas en particulier. Les élèves seront exercés aux manipulations histologiques et devront faire eux-mêmes une collection de préparations qui, le cours fini, resteront leur propriété.

Le cours durera un mois et aura lieu tous les jours, à cinq heures de l'après-midi. Le laboratoire sera ouvert, aux élèves qui voudront y travailler, tous les jours, de neuf heures du matin à midi et d'une heure et demie de l'après-midi à cinq heures. Les matériaux d'étude, réactifs et instruments nécessaires, seront mis à leur disposition.

Le droit à verser est fixé à 80 francs.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser le matin au docteur Alquier, à la Salpêtrière.

Seront admis les docteurs et étudiants français et étrangers, sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis, samedis, de midi à trois heures.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Excursions à Fontainebleau et à Moret.* — Des trains de plaisir auront lieu les dimanches 4, 18 et 24 juin, 2, 9, 16, 23 et 30 juillet, entre Paris, Fontainebleau et Moret.

Prix des places, aller et retour : Fontainebleau, 2e classe 4 fr. 50, 3e classe 3 fr.; Moret, 2e classe, 5 fr. 50, 3e classe 3 fr. 50.

Départ de Paris à 7 h. 31 matin. — Arrivée : à Fontainebleau, 8 h. 43 matin; à Moret, 8 h. 57.

Retour par tous les trains du dimanche dans les conditions prévues pour les voyageurs ordinaires.

Nombre de places limité. — Franchise de 30 kilogs de bagages par place.

REVUE GÉNÉRALE

L'UTILISATION DIÉTÉTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DU SUCRE

Par le docteur A. DROUINEAU,
Médecin militaire.

La haute valeur nutritive du sucre est aujourd'hui universellement reconnue, et la théorie de l'alimentation sucrée est définitivement établie. Nous avons dans un ouvrage (1) récent énuméré tout au long et discuté en détail les données physiologiques sur lesquelles cette théorie repose. Nous y avons en particulier longuement insisté sur la place que le sucre doit occuper dans l'alimentation de l'homme sain, enfant, adulte et vieillard. Nous voudrions examiner ici la place qui lui revient dans l'alimentation des malades.

Il aurait paru tout au moins singulier, il y a quelques années, d'envisager l'introduction systématique du sucre dans l'alimentation des malades; les ouvrages qui traitent des régimes alimentaires sont en effet muets sur cet aliment, ou n'y consacrent que quelques lignes, mais pour l'interdire. Il n'en fut cependant pas toujours ainsi. Sans invoquer Pline qui cite l'emploi du sucre en médecine, on sait que cette substance était surtout utilisée en pharmacie vers la fin du XVIe siècle, où elle faisait partie de presque toutes les préparations pharmaceutiques, si bien que l'expression d'*apothicaire sans sucre* est restée encore aujourd'hui en usage pour désigner un homme mal fourni des choses les plus nécessaires à son état [Lefebvre (2)]. Plus récemment d'ailleurs, nous trouvons dans un excellent traité de diététique (3) le passage suivant : « Le sucre qui constitue en même temps une substance nutritive, une substance d'épargne et un stimulant, est absolument indispensable à l'alimentation des malades. Hippocrate déjà l'employait sous forme d'eau de miel qui avec l'Acetum mulsum constituait la boisson des fébricitants. Actuellement nous employons le sucre pour préparer des boissons agréables, ensuite pour rendre les aliments plus savoureux et surtout pour procurer à l'organisme une substance nutritive capable encore de diminuer la consomption de la graisse et de l'albumine. »

Nous allons d'abord passer en revue les différents modes d'introduction du sucre dans l'économie, puis nous énumérerons ses diverses indications.

I

Quatre manières ont été employées pour introduire le sucre dans l'organisme : la voie buccale, la voie rectale, la voie intra-veineuse et même la voie sous-cutanée; ces deux dernières constituent évidemment des mesures d'exception; il n'en est pas moins intéressant de constater leur possibilité.

(1) J. ALQUIER et A. DROUINEAU. *Glycogénie et alimentation rationnelle au sucre*, 1905.
(2) LEFEBVRE. *Un morceau de sucre*, 1884, p. 12.
(3) MUNK et EWALD. *Traité de diététique*, 1897, p. 458.

L'introduction par la bouche est évidemment la plus simple et la plus pratique. Elle a pourtant à lutter contre une opinion extrêmement répandue d'après laquelle le sucre serait nuisible à l'estomac. C'est pourquoi par exemple Munk et Ewald, après avoir, comme nous venons de le dire, proclamé que le sucre était absolument indispensable à l'alimentation des malades, formulent immédiatement une restriction en recommandant de donner le sucre aux malades d'une manière modérée et d'empêcher particulièrement qu'on l'administre en nature ou en solution concentrée. G. Sée (1) prétend également que les sucres ne peuvent pas être usités en quantité suffisante sans déterminer des accidents digestifs, qu'ils ont l'inconvénient de provoquer la fermentation lactique, qu'ils augmentent rapidement les acides de l'estomac.

Cette opinion ne saurait actuellement être admise sans contestation, car des faits plaident en faveur de la thèse contraire. Vaughan Harley (2) s'était livré à ce sujet à une assez longue enquête qu'il résume ainsi : « La question de savoir si oui ou non le sucre cause de la dyspepsie est plus difficile à élucider. Mon opinion est qu'il y a une fermentation acide du sucre dans l'estomac seulement dans les cas où les organes digestifs sont anormaux. Si on prend une à deux livres de sucre par jour on peut la causer, mais pour les personnes qui en prennent seulement quelques onces, je n'ai jamais remarqué le moindre désordre digestif, quoique le sucre ait été continué pendant des mois. »

Pour notre part, nous estimons que non seulement le sucre n'est pas nuisible à l'estomac, mais qu'il lui est utile, car il a des propriétés stomachiques incontestables (3). Cette constatation n'est d'ailleurs pas nouvelle : nous la trouvons formulée en ces termes dans un ouvrage (4) du commencement du siècle : « En petites quantités le sucre facilite la digestion; aussi est-il généralement connu que l'eau sucrée est le meilleur moyen de débarrasser l'estomac des aliments qui y séjournent très longtemps. » Bien longtemps auparavant, Mathiole, traducteur et commentateur de Dioscoride (5), disait : « Il y a une sorte de miel congelé et figelé qu'on appelle sucre. Il croît dans des roseaux ès-Indes et en l'Arabie heureuse; il est ferme comme sel et se brise entre les dents comme sel. Il est utile à l'estomac et fait bon ventre si on le boit avec eau. »

En compulsant les relations des expériences faites pendant ces dernières années en France sur l'alimentation sucrée (expériences faites dans l'armée ou à l'occasion de concours sportifs), nous arrivons à un total de plus de 500 individus ayant (en moyenne), pendant un laps de temps variant entre quinze jours et trois mois, absorbé des doses de sucre allant de

(1) G. SÉE. *Du régime alimentaire*, 1887.
(2) V. HARLEY. *Brit. med. Journal*, 1895, vol. II, p. 1282.
(3) « Comme le sel, le sucre accélère la digestion; on peut assaisonner les aliments avec du sucre comme avec du sel, et cela augmente leur digestibilité » (2. *Auflage*, Iena 1798, 2 Band. p. 395-397).
(4) Dr A. GAUTIER. *Traité des alimens*, Paris Audot, 1828, p. 127.
(5) Cité par MAYARD dans sa thèse : *Les sucres comme diurétiques*, p. 23.

40 à 300 grammes, or nous ne trouvons qu'une seule fois la mention de troubles gastriques ayant atteint deux individus [Boigey (1)]. Ce fait montre bien la rareté de cette action nocive du sucre sur l'estomac, action qui n'aurait pas manqué d'être relatée dans les observations auxquelles nous faisons allusion.

L'influence nocive du sucre n'aurait-elle donc lieu qu'au cours des maladies d'estomac? La question serait, croyons-nous, à reprendre, car on peut se demander si l'interdiction du sucre dans ces cas n'est pas la conséquence du préjugé dont nous venons de parler; il y a en effet des observations montrant l'utilité du sucre ou des matières sucrées. Si par exemple Munk et Ewald recommandent de restreindre notablement la consommation des sucres aux cas où la digestion stomacale est troublée, et lorsqu'il existe de la tendance à la fermentation acide, donc surtout dans la gastrectasie et dans la dyspepsie acide, ces mêmes auteurs, quelques lignes plus haut, notent que le sucre de canne ordinaire paraît posséder une action sédative dans certains cas de gastralgie.

M Bardet (2) a montré que le sucre est parfaitement toléré par les estomacs les plus délicats, hypersthéniques.

M. Lenhartz (3) l'introduit à son tour dans le traitement de l'ulcère gastrique; il donne en effet, quelques heures après l'hémorragie gastrique, 2 œufs crus battus et 200 grammes de lait glacé; à partir du troisième jour ou ajoute au lait 20, 30, puis 40 et 50 grammes de sucre qu'on continue les jours suivants en augmentant l'alimentation.

Enfin, dans certaines affections, comme l'hyperchlorhydrie, l'emploi du glycogène est rationnel, ainsi que l'ont prouvé les recherches de M. Léon Meunier (4). Il est permis de se demander si le sucre ordinaire ne donnerait pas un résultat analogue; Bourquelot a en effet démontré que l'interversion du saccharose se faisait très bien en présence d'une solution d'acide chlorhydrique.

C'est précisément dans les cas de maladies d'estomac que l'on a préconisé les lavements alimentaires sucrés.

Ewald (5) recommandait un lavement ainsi composé : 2 œufs, une cuillerée d'eau, une pincée de farine dans une tasse de glucoce à 20 p. 100.

Strauss (6) expérimenta, chez trois sujets atteints d'une maladie d'estomac, l'alimentation sucrée rectale pendant une période de temps assez longue et constata que les lavements de sucre ont une valeur alimentaire incontestable. Strauss conseille d'y recourir dans les cas de gastrorragies, dans une partie des cas d'ulcère simple de l'estomac, et dans les cas où l'alimentation par les voies supérieures est devenue impossible. En pareilles circonstances l'auteur est d'avis de donner des lavements sucrés pendant une à quatre semaines. Mais ce mode d'alimentation lui

(1) BOIGEY. *Caducée*, 21 janv. 1905, p. 25.
(2) BARDET. *Bull. gén. de thérap.*, 1903.
(3) LENHARTZ. *Deutsch. med. Wochens.*, 10 mars 1904.
(4) Léon MEUNIER. Soc. de thérap., 24 juin 1903.
(5) EWALD. *Therapeut. Monats.*, avril 1885.
(6) STRAUSS. *Centralbl. f. innere Med.*, 1898, p. 883.

paraît surtout indiqué dans les cas d'insuffisance motrice de l'estomac avec hyperacidité, comme complément d'une alimentation riche en azote administrée par la bouche.

Deucker (1), qui a étudié également la question, considère les lavements sucrés pour une des meilleures formes de l'alimentation rectale. Dans son travail, cet auteur s'est appliqué à démontrer que ces solutions étaient très rapidement absorbées, ce qui est un grand avantage. Chez une femme atteinte de vomissements hystériques, Deucker a pu faire prendre en dix-neuf heures 200 grammes de glucose en 5 lavements de 500 centimètres cubes chacun. Sur ces 200 grammes, 155 ont été absorbés; le jour suivant la malade a pris en sept heures 3 lavements de 30 grammes de glucose pour 300 grammes d'eau; l'absorption a été complète.

Quant au sucre ordinaire qu'on trouve partout sous la même forme, il est aussi rapidement absorbé que le glucose d'après Reach et Plantenga. Des lavements de 50 grammes de sucre de canne pour 500 grammes d'eau sont complètement absorbés; on a constaté que l'inversion du sucre se fait au fur et à mesure de l'absorption (2).

Nous serons plus bref sur les autres modes d'introduction du sucre qui ne peuvent être que des moyens d'exception. Ce n'est pas le lieu de discuter ici les indications de l'alimentation intraveineuse ou hypodermique. Il nous suffira de savoir que certaines solutions sucrées peuvent, dans ces cas, rendre de grands services; cela ressort des travaux et expériences de Butte, d'Hédon et Arrous, de Lilienfeld pour l'alimentation intraveineuse (3), de von Leube, de Voit, de Gumprecht, de Jacob pour l'alimentation sous-cutanée (4). Cependant, d'après les travaux de Japelli et d'Errico (5), une partie du sucre de canne, introduite dans l'organisme par injection sous-cutanée, passe dans le rein avant d'être transformée, et y détermine rapidement des altérations rénales; aussi pour cette raison, l'injection hypodermique de saccharose serait, selon ces auteurs, dépourvue de toute application clinique.

II

Une des propriétés les mieux reconnues du sucre est son rôle d'épargne vis-à-vis de la graisse et de l'albumine (6). Cette action, qui s'exerce déjà sur l'organisme à l'état de santé, augmente dans l'état fébrile. Le docteur Ragot (7) a consacré à ce sujet une thèse très intéressante qui contient des expé-

(1) DEUCKER. *Corresp. Blatt f. Schweizer Aerzte*, 1903, n° 2.
(2) Dans des recherches récentes, HAMBURGER et HEKMA ont constaté que le suc intestinal de l'homme contient une matière qui est capable de transformer rapidement le sucre de canne, mais qui reste sans action sur le glucose et le lactose (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 1904, p. 41).
(3) BUTTE. Soc de biol., 28 avril 1888. — HÉDON et ARROUS. *C. r. de la Soc. de biol.*, 1899, p. 642. — LILIENFELD. *Médecine mod.*, 1899, p. 194.
(4) VON LEUBE. *Semaine méd.*, 1895, p. 168. — VOIT. *Semaine méd.*, 1896, CLVIII. — GUMPRECHT, JACOB. Cong. de méd. int. Wiesbaden, 13 16 avril 1898.
(5) JAPELLI et ERRICO. *Estratto dagli Atti della R. Accad. med. chirurg. di Napoli*, t LVIII, n° 11, 1904.
(6) Voir ALQUIER et DROUINEAU. Loc. cit., t. I, p. 266, t. II, p. 139.
(7) RAGOT. *Le sucre chez les fébricitants*, Th. de Lyon, 1902.

riences et des observations cliniques; or le parallélisme entre ces deux sortes de résultats est complet. La quantité d'albumine soustraite à la destruction est naturellement variable. En diminuant la destruction des albumines, le sucre ralentit la production des toxines azotées, l'hypertoxicité urinaire par conséquent, et prévient ainsi dans une certaine mesure l'auto-intoxication. Ces expériences viennent servir de base à l'opinion empirique qui avait, de tout temps, fait préconiser les boissons sucrées dans le régime des fiévreux. Car sur ce point presque tous les auteurs sont d'accord. Uffelmann, Boas, et à leur suite G. Sée (1) reconnaissent que le sucre de raisin peut être employé avec grand avantage dans le régime des fébricitants. Munk et Ewald (2) considèrent le sucre comme le principe nutritif le plus important dans les états fébriles aigus. Cathelineau et Lebrasseur (3), Polin et Labit (4) constatent, eux aussi, l'utilité des boissons sucrées dans la fièvre. Enfin Armand Gautier (5), tout en émettant l'opinion que le sucre empâte la bouche et ne plaît aux fiévreux que sous forme de limonade rafraîchissante, reconnaît qu'il est prouvé par l'observation que les hydrates de carbone sont, de tous les aliments, ceux que les fiévreux digèrent le mieux.

Cette propriété du sucre doit le faire indiquer aux convalescents déprimés par une longue maladie. Le docteur Gardner cite à ce propos une observation intéressante (6).

Au moyen du glycogène, M. de Nittis (7) a pu faciliter la convalescence d'une dothiénentérie, d'une grippe, d'une scarlatine, d'une pleurésie, et d'une pneumonie chez un vieillard.

Le sucre est donc à recommander à tous ceux dont l'alimentation et la nutrition sont défectueuses, en un mot à tous ceux qui ont besoin de se refaire, et c'est pourquoi, par exemple, il est rationnel, comme le conseille M. S. Vermel (8), de le comprendre dans l'alimentation des opérés.

Dans ces cas où l'organisme a besoin d'être fortifié, les médecins ont l'habitude de donner du maltose sous forme d'extrait de malt, et tout le monde croit au remède. Or, ainsi que le fait remarquer le docteur Gardner, en quoi le maltose diffère-t-il du sucre de canne? Le maltose est changé en dextrose par la digestion, le sucre de canne en dextrose et en levulose; il y a là certainement une différence. Le bon extrait de malt contient de plus des ferments diastasiques actifs et libres qui aident à la digestion des autres hydrates de carbone, et à leur transformation en dextrose; ceci constitue sans doute un avantage en faveur du malt; mais si le sucre ingéré est par lui-même facilement digéré, l'avantage n'est pas aussi grand qu'il le semble. De plus le sucre a une grande supériorité, c'est de coûter même actuellement moins cher que l'extrait de malt. Aussi doit-on penser au sucre pour les malades pauvres à qui l'on ne peut ordonner de préparations pharmaceutiques chères; quant aux riches, comme le sucre ne leur semblerait pas un médicament suffisant, il n'y a pas grand mal à leur ordonner comme auparavant de l'extrait de malt.

Chaque jour les observations viennent s'ajouter les unes aux autres pour démontrer le rôle bienfaisant du sucre dans ces états de dénutrition profonde. Le professeur Huchard emploie le sucre d'une manière courante dans les maladies cachectisantes, et le savant clinicien constate un acheminement marqué et continu vers un état de santé bien meilleur (1).

Le docteur Toulouse (2) l'a expérimenté chez certains névropathes ou aliénés pour remplacer les féculents dans la cure d'engraissement. Il donnait chaque jour des doses variant de 50 à 300 grammes; il obtint des résultats remarquables. Dès l'institution du régime les malades engraissaient de 100 grammes par jour en moyenne; à certaines périodes et chez certains sujets cette augmentation de poids était de 500 grammes, par conséquent supérieure au poids de sucre ingéré; des malades ont ainsi récupéré jusqu'au tiers de leur poids, passant en quelques mois de 35 à 48 kilos. Aussi, d'après le docteur Toulouse, la médication par le sucre trouve son indication chez un grand nombre de malades des asiles qui maigrissent par le fait de leur état névropathique, et chez lesquels l'amélioration physique a souvent un heureux retentissement sur l'affection mentale; il y aurait également grand avantage à l'utiliser dans la cure de l'hystérie et des neurasthénies avec le régime lacté.

Puisque, nous venons de le voir, l'alimentation sucrée est particulièrement indiquée dans les cas de dénutrition, il est une maladie dans laquelle il semble, *à priori*, qu'elle doive être tout spécialement recommandée, nous voulons parler de la tuberculose. Quelques auteurs cependant, Marotte (3), Boigey (4), ont apporté une restriction à l'emploi du sucre dans ce cas. « Son emploi, dit Boigey, doit être extrêmement réservé chez les sujets tuberculeux ou en imminence de tuberculose. M. Guinard a constaté que les animaux inoculés de tuberculose et nourris avec du sucre succombaient plus vite que les témoins normalement nourris. Ce résultat cadre bien avec la remarque intéressante faite par Tourtoulis bey qui attribue l'effrayante extension de la tuberculose et la gravité particulière de ses manifestations chez les Egyptiens à la grande quantité de sucre consommée par eux. » Voyons ce que valent ces objections. Tout d'abord la remarque du docteur Tourtoulis, dans la manière dont elle a été formulée au cours de la discussion qui suivit la communication de M. Guinard, ne représente qu'une opinion; on peut donc lui opposer une opinion exactement inverse professée par le docteur Plicque. « Il est curieux, dit cet auteur, de remarquer que le pays d'Europe où la consommation du sucre est la plus

(1) G. Sée. Loc. cit., p. 387.
(2) Munk et Ewald. Loc. cit., p. 478.
(3) Cathelineau et Lebrasseur. *Des aliments*. Paris, 1897, p. 187.
(4) Polin et Labit. *Hygiène alimentaire* (biblioth. Charcot-Debove), p. 123.
(5) A. Gautier. *L'alimentation et les régimes*, Paris, 1904.
(6) Gardner. *Brit. med. Journ.*, 27 avril 1901, p. 1010.
(7) De Nittis. Acad. de méd., 7 juillet 1903.
(8) S. Vermel. *Méd. mod.*, 14 janv. 1903, p. 12.

(1) Huchard. Cité par Blanchon d'après une leçon clinique de l'hopital Necker.
(2) Toulouse. Soc. de thérap., 22 juin 1904. — Voir aussi Demay. *Revue de psychiat.*, 1904, n° 10.
(3) Marotte. *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, nov. 1904.
(4) Boigey. *Caducée*, 21 janv. 1905.

considérable, l'Angleterre, est aussi celui où la mortalité par tuberculose a, malgré un très mauvais climat, le plus diminué. » D'un autre côté il nous paraît difficile de déduire des expériences de laboratoire de M. Guinard une contre-indication à l'usage du sucre chez les malades tuberculeux. En effet nous trouvons dans la communication de cet auteur (1) deux séries d'expériences : une première chez des cobayes à la ration quotidienne de qui on ajoutait 400 à 500 grammes de sucre; une seconde chez un chien de 24 kilos qui recevait par jour, en plus de son alimentation normale, 240 grammes de sucre qu'on lui faisait prendre en dissolution au moyen d'une sonde. Si donc on voulait comparer avec ce qui se passe en clinique, il faudrait admettre que l'on donne au malade tuberculeux, en plus de son alimentation quotidienne, 10 grammes de sucre par kilogramme de corps, soit par exemple 650 grammes de sucre pour un homme de 65 kilos. On voit combien ces chiffres diffèrent de ceux qu'ont employés jusqu'à ce jour les différents médecins qui se sont servis du sucre dans le traitement de leurs malades. D'ailleurs, comme le dit M. Guinard lui-même, il importe de faire remarquer que, dans cette influence du sucre sur les animaux ainsi mis en expérience, il ne s'agit probablement pas d'une question d'alimentation, les faits seraient alors paradoxaux; mais d'une question de modification du terrain organique par un aliment spécial, donné à dose excessive à des animaux ne produisant aucun travail et sous le coup d'une infection.

Les observations faites par les praticiens semblent du reste prouver nettement l'utilité du sucre dans le régime de ces malades. Il y a déjà longtemps que Rabuteau (2) préconisait l'emploi du glucose chez les phtisiques. Dans un article très intéressant, M. le docteur Plicque (3) constate la réelle valeur du sucre dans l'alimentation des tuberculeux. « Les malades prenant du sucre, dit-il, supportent plus facilement la cure d'air par les temps les plus froids; leur gain en poids est plus considérable. Ils supportent mieux l'exercice et sont obligés de s'assujettir à un repos moins rigoureux. Aujourd'hui dans la plupart des sanatoriums, le sucre est largement donné sous diverses formes. On l'emploie sous forme de poudre ou de confitures pour le mêler à de la viande crue, revenant ainsi à l'ancienne conserve de Damas de Trousseau. Les jaunes d'œufs battus avec du sucre en poudre, les crèmes, les plats sucrés, les confitures et en particulier la confiture d'orange plus aromatique et moins écœurante, figurent régulièrement dans les menus, largement donnés. Mais surtout les boissons sucrées, bouillon, thé, café, lait, vin chaud sucré, sont d'ingestion agréable et de tolérance prolongée. Dans les cures d'air par les temps froids, vers quatre heures, à ce moment de la journée où il y a presque toujours un léger frisson de fièvre, le vin chaud sucré que l'ébullition a en partie débarrassé de son alcool est une boisson des plus utiles. » M. Plicque montre que les anciens médecins, ces admirables observateurs, faisaient un grand usage du sucre et le conseillaient particulièrement dans la phtisie sous les formes les plus diverses; les vieux auteurs français ont encore sur ce point précédé les Allemands.

(1) Guinard. *Congr. de méd.* de 1900, C. r. de la section de pathologie générale et expérimentale, p. 38.
(2) Rabuteau. *Traité de thérapeutique*, 4e édit., 1884, p. 438.
(3) Plicque. *Journ. de méd. et chir. prat.*, 1903, p. 54, et *Journ. de méd. int.*

M. de Nittis (1) a constaté lui aussi d'excellents résultats dans divers cas de phtisie par la médication glycogénique.

Nous avons rapporté nous-même (2) deux observations, l'une d'un malade atteint de fièvre de tuberculisation, l'autre d'un individu au début d'une tuberculose, et chez qui le rôle bienfaisant du sucre a été des plus nets.

M. Toulouse a également observé que la médication par le sucre rend de grands services dans la thérapeutique de la tuberculose et qu'elle est un excellent adjuvant de la viande crue, de l'air et du climat.

M. Massalongo (3) a expérimenté à son tour le sucre pour la suralimentation des phtisiques; il a obtenu une augmentation de poids rapide et surtout considérable dans les premiers temps; il a reconnu que l'alimentation sucrée était surtout efficace chez les phtisiques non fébricitants ou ne présentant qu'une légère fièvre vespérale, et il considère le sucre comme un excellent succédané de l'huile de foie de morue, ne provoquant pas de troubles digestifs, et faisant diminuer dans les urines le taux de l'élimination de l'azote.

Enfin, dans une série de recherches expérimentales, M. Laufer (4) établit d'abord la supériorité des hydrates de carbone comparés aux graisses au point de vue de leur utilisation par les tuberculeux, puis dans une étude relative à la détermination quantitative de la ration, cet auteur montre les avantages du sucre. D'une façon générale, dit-il, les tuberculeux supportent parfaitement et pendant longtemps de 50 à 90 grammes de sucre par jour, suivant les individus, avec la ration ordinaire. Mais le sucre surtout est un aliment des plus précieux avec le régime lacté absolu. On peut, en effet, dans les cas de tuberculose où l'ingestion du lait seul s'accompagnait d'amaigrissement, obtenir, par l'addition du sucre, des engraissements très sensibles. Le sucre ne doit donc plus être considéré comme un condiment chez le tuberculeux; il s'impose comme un aliment d'épargne des plus précieux.

A côté de la tuberculose il est une autre maladie qui entraîne un profond état de dénutrition, le diabète. Dans cette affection, le sucre est complètement, et avec raison, proscrit de l'alimentation: or on sait quelle grande privation constitue pour certains de ces malades cette interdiction absolue du sucre dont quelques-uns se montrent si friands; quelques faits permettent de penser qu'il n'est pas irrationnel de laisser certains diabétiques ingérer de petites quantités de saccharose, et par

(1) De Nittis. Soc. de biol., 15 mars 1902.
(2) Soc. de méd. de La Rochelle, juin 1904.
(3) Massalongo. *Nouva riv. clin. e terapeut.*, nov. 1904.
(4) Laufer. Soc. de thérap., 26 oct. 1904, 23 fév. 1905.

suite d'apporter quelques douceurs à la sévérité de leur régime. M. le professeur Lépine à qui l'on doit cette remarque a consacré à ce sujet une très curieuse et très intéressante étude (1). Il rappelle d'abord quelques observations éparses dans la littérature médicale ; c'est ainsi que Budd (2) traita avec succès au moins deux diabétiques, l'un de dix-huit ans dont les forces ont été sensiblement relevées, l'autre de quarante-sept ans ; ce dernier aurait absorbé d'assez fortes quantités de sucre. Corfe (3) employa le même traitement chez un marchand de quarante ans fortement glycosurique et atteint de phtisie pulmonaire; il y aurait eu diminution de la glycosurie. Sloane (4) donna du sucre à trois malades : 1° une fille de vingt-trois ans diabétique depuis trois années. Prescription : une demi-livre de sirop par jour pendant neuf semaines ; augmentation de la glycosurie et augmentation de poids de 8 livres ; 2° sa sœur ; même prescription, légère augmentation de la glycosurie ; 3° une fille de vingt-cinq ans ; même prescription, augmentation de poids, pas d'augmentation de la glycosurie. Dans un cas de Burresi (5), il y eut une remarquable amélioration consécutive à la suppression du régime animal et à la prescription d'un régime mixte avec 4 onces de sucre ; augmentation du poids, diminution de la soif et de la sécrétion urinaire. Enfin un diabétique très déprimé observé par Rigodin (6) se trouva fort bien du régime mixte avec usage du sucre et de l'eau de Vichy. « J'ai moi-même vu récemment un cas de ce genre, ajoute M. le professeur Lépine. Il s'agissait d'un homme exerçant une profession libérale, âgé de soixante ans et atteint depuis vingt ans environ d'un diabète que, grâce à un régime assez sévère, il maintenait dans des limites très modérées. Au début il avait eu 60 grammes de sucre par litre ; sous l'influence de l'hygiène et du régime la proportion de glucose, depuis fort longtemps, n'atteignait jamais 20 grammes par litre, et il y avait à peine deux litres d'urine par jour. Cette année, consécutivement à une bronchite grippale contractée l'hiver dernier, l'état de cet homme s'était fort aggravé : après avoir perdu l'appétit, il avait maigri beaucoup et sa faiblesse était telle qu'il ne pouvait faire que quelques pas dans sa chambre. Se jugeant perdu et voulant s'accorder au moins quelques satisfactions de gourmandise, il se mit, à l'insu de son médecin, à sucrer les liquides qu'il absorbait (vin, thé, café). A sa vive surprise, il constata qu'une dose de sucre de 40 à 50 grammes par jour n'était suivie d'aucun effet fâcheux appréciable, et lui donnait manifestement de la force. Il est certain que le malade ne s'était pas suggestionné, car, par suite de la gravité de son état, il n'avait pas lu les journaux de plusieurs mois, et ignorait ce qui a été écrit récemment sur la valeur dynamogénique du sucre. On peut même dire qu'il était suggestionné en sens inverse, ayant la conviction

(1) Lépine. *Semaine méd.*, 12 déc. 1900, p. 425.
(2) Budd. *Brit. med. Journ.*, 17 oct., 14 nov. 1857, 13 mars 1858.
(3) Corfe. *Brit. med. Journ.*, 6 fév. 1858.
(4) Sloane. *Brit. med. Journ.*, 29 mai 1858.
(5) Burresi. *Sperimentale*, 1860, VI, p. 155.
(6) Rigodin. *Moniteur des sc. méd. et pharm.*, 10 janv. 1861.

que le sucre était pour lui un poison véritable. Enfin, je dois ajouter qu'il remarqua que les féculents ne produisaient pas chez lui le bon effet du sucre. C'est dans ces conditions que j'ai été appelé à le voir. Il était alors sur la voie d'une amélioration sensible ; le poids corporel qui était tombé à 50 kilos avait augmenté de près d'un kilogramme depuis quinze jours. Il y avait environ 1600 grammes d'urine par jour renfermant en moyenne 9 grammes de sucre par litre et à peu près autant d'urée : pas de coloration par addition de perchlorure de fer. En présence de ce résultat, j'ai naturellement encouragé le malade à continuer l'usage du sucre dans les limites qu'il s'était lui-même fixées. »

Il y a d'ailleurs des sucres qui rendent de véritables services dans l'alimentation des diabétiques. En effet, comme le fait remarquer M. le professeur Lépine, le diabétique doit, comme l'homme bien portant, produire chaque jour le nombre de calories nécessaires à la conservation de sa température. Or, il y a d'une part danger à ce qu'il les produise exclusivement avec les matières protéiques, et d'autre part impossibilité à lui faire digérer une trop grande quantité de graisse. Il ne faut donc pas absolument exclure les hydrates de carbone de l'alimentation du diabétique, d'autant plus que, sauf exception rare, il est en état de consommer chaque jour une certaine proportion, variable pour chaque individu, de matières sucrées.

Un des sucres les mieux utilisés par le diabétique est le levulose, ainsi qu'il résulte des observations de quelques auteurs (1). Ferrannini (2) conclut également de ses recherches que le levulose peut présenter une valeur réelle pour l'alimentation des diabétiques à condition de n'être administré qu'après la disparition complète de la glycosurie sous l'influence de mesures diététiques appropriées, à une dose ne dépassant pas 25 grammes et tous les deux jours.

Récemment M. Arnheim (3) a employé avec beaucoup de succès les lavements de dextrose chez un diabétique ; ces lavements eurent pour effet de faire disparaître l'acétonurie, ce qui permit d'établir un régime sévère qui amena une diminution considérable de la glycosurie. Quatre lavements furent ainsi donnés, et le malade sortit de l'hôpital très amélioré, et ayant augmenté de 6 kilos.

Une seconde application thérapeutique des sucres vient de la propriété qu'ils ont d'augmenter la diurèse ; cette action incontestable a été reconnue et étudiée par différents auteurs (4). Le saccharose ou sucre ordinaire serait un des meilleurs diurétiques ; car si Lamy et Mayer (5) lui donnent la seconde place, Mayard (6) le met en tête des sucres pour ses propriétés diurétiques. « Dans tous les cas, dit cet

(1) Voir Lépine. Traitement diététique du diabète, *Semaine méd.*, 1898, p. 401.
(2) Ferrannini. *Policlinico*, 12 nov. 1899.
(3) Arnheim. *Zeits. f. diät. und physik. Therapeut.*, 1er mai 1904.
(4) Voir la bibliographie dans Lamy et Mayer. Action diurétique des sucres, *Journ. de physiol. et pathol. gén.*, 15 nov. 1904. Voir également Hédon et Arrous, Soc. de biologie, 22 oct. 1904 ; Lamy et Mayer, Soc. de biologie, 29 oct. 1904.
(5) Lamy et Mayer. Soc. de biologie, 23 juil. 1904.
(6) Mayard. *Les sucres comme diurétiques*, Th. de Paris, 1898.

auteur, où l'emploi des sucres autres que le saccharose amenait la polyurie, le saccharose lui aussi agissait dans les mêmes cas, mais en donnant ordinairement le maximum de diurèse. Souvent il est à remarquer aussi que, lorsque les autres sucres étaient sans influence, le saccharose était efficace. On peut donc en tout point considérer le saccharose comme un diurétique égal, sinon supérieur parfois au lactose. De plus avec le saccharose il est d'une grande facilité de préparer du sucre interverti. Or, nous avons pu constater que le sucre interverti est un diurétique remarquable agissant souvent dans les cas rares où le saccharose ordinaire n'a pas d'action. Etant en possession du saccharose ordinaire, on possède donc deux médicaments précieux. A ces qualités diurétiques on peut ajouter que le saccharose ne présente aucun inconvénient pratique. Il est d'un prix peu élevé; il est facile de se le procurer partout. Il est très soluble, chose importante pour un médicament que l'on peut employer en injection sous-cutanée. En effet dans 20 centimètres cubes de solution on peut injecter aisément 10 grammes de saccharose, tandis qu'on ne peut guère injecter plus de 2 grammes de lactose. Cette injection est inoffensive et n'est pas douloureuse. Quand on le donne en ingestion (150 grammes de sirop de sucre contenant 100 grammes de saccharose) il est facile de l'aromatiser au goût du malade. »

Mayard reconnaît que les sucres, par leurs propriétés diurétiques paraissent aptes à favoriser la résorption des hydropisies, par exemple dans les cas d'ascite, d'œdème des membres inférieurs d'origine cardiaque. Dans ces cas l'action du sucre doit être double, car nous savons que cet aliment a également le pouvoir d'augmenter l'énergie du muscle cardiaque.

C'est à cette propriété diurétique du sucre que se rapporte une observation de la fin du XVIII[e] siècle, observation personnelle d'un médecin de la Guadeloupe, Garnier (1), qui dit s'être guéri d'une ascite et d'une leucophlegmasie générale en se mettant à l'usage, pour tout aliment, de moscouade dont il mangeait plusieurs livres par jour; la moscouade était le produit de la première cristallisation du sucre.

Il est une autre catégorie d'hydropisies et d'œdèmes qui sont sous la dépendance des lésions du rein. Dans celle-ci également le sucre trouve son indication. En effet le traitement diététique de ces maladies consiste dans le régime lacté, mais on sait que celui-ci ne peut pas être indéfiniment continué, et qu'il faut de temps à autre recourir au régime mixte. Alors on donne le moins d'albumine possible, et l'on y supplée autant qu'on le peut par la graisse et les hydrocarbonés (Polin et Labit); c'est pourquoi Brault recommande l'emploi du sucre dans ce régime mixte, et Achard prescrit jusqu'à 150 grammes de sucre à ses malades atteints de néphrites épithéliales.

Puisque le sucre a ainsi une action diurétique (2), on peut se demander s'il est rationnel de le proscrire d'une façon absolue du régime de certaines maladies comme la goutte et le rhumatisme. Dans ces maladies en effet, on a l'habitude de prescrire le lait à la fois comme alcalin et diurétique (Le Gendre); nous savons que le lait favorise la diurèse par un sucre, le lactose, qu'il renferme; or, nous venons de voir que, d'après Mayard, le saccharose est un diurétique plus efficace que le lactose. D'un autre côté l'ingestion de sucre permettrait de diminuer, chez ces malades, la ration de viande sans affaiblir l'organisme et amener le surmenage musculaire.

Ces vues ne sont-elles pas théoriques? ou au contraire les idées inverses ne seraient-elles pas préconçues? Les opinions des auteurs sont partagées sur ce point. Pfeiffer, Ebstein, Senator interdisent le sucre dans la goutte; Gardner dit au contraire : « On est habitué, dans le rhumatisme pur et simple, à défendre le sucre; je crois que c'est là un simple préjugé. Pour la goutte, l'indication est plus nette. Les goutteux maigres qui ne sont pas capables d'utiliser leur alimentation protéique sont dans une catégorie spéciale; on doit strictement limiter leur nourriture azotée, spécialement la viande rouge, mais on peut sans crainte leur donner du sucre et des matières amylacées. »

Vaughan Harley s'exprime ainsi sur ce sujet : « L'opinion que le sucre cause la goutte apparaît, d'après l'expérience, être complètement dépourvue de vérité. De grandes quantités de sucre ajoutées à la nourriture ne causent aucune augmentation d'acide urique. En fait j'ai trouvé qu'une livre et plus de sucre pris quotidiennement, non seulement ne cause aucune augmentation appréciable de l'acide urique de l'urine, mais n'occasionne jamais une attaque de goutte chez un homme de constitution goutteuse. » Récemment, sir Dyce Duckworth (1) proclame que le sucre est non seulement inoffensif, mais favorable aux goutteux.

Nous avons relaté l'observation (2) d'un malade atteint d'une forte poussée de rhumatisme articulaire aigu avec péricardite et pleurésie double, à qui nous fîmes prendre, pendant sa convalescence, 30 grammes de sucre par jour, et dont la convalescence fut remarquablement courte malgré le grand état de dépression dans lequel se trouvait ce malade.

Avec le rhumatisme articulaire aigu, nous entrons dans la classe des maladies infectieuses. Ici, comme pour la tuberculose, on pourrait se baser sur les expériences de M. Guinard pour contre-indiquer l'emploi du sucre. M. Guinard (3) conclut en effet que l'imprégnation sucrée met les animaux en état de moindre résistance à l'intoxication diphtérique ainsi qu'à l'infection par le bacille d'Eberth et le microorganisme de la pneumoentérite du bœuf. Mais là encore, nous ne croyons pas que les conditions de ces expériences de laboratoire puissent être comparées avec les faits de la clinique journalière. Dans la discussion qui suivit la communication de M. Guinard, M. Levaditi s'exprima ainsi : « Je me demande

(1) GARNIER cité par Mayard.
(2) Le pouvoir diurétique du sucre a également été mentionné par Burolleau (*Emploi diurétique et médical des sucres*, Th. de Paris, 1815).

(1) Dyce DUCKWORTH. *Médecine mod.*, 1903, p. 261.
(2) Soc. de méd. de La Rochelle, juin 1904.
(3) GUINARD. Loc. cit., p. 84.

si la dose de sucre injecté n'était pas trop forte (20 p. 100); dans ce cas il faudrait tenir compte des troubles d'anisotonie qui peuvent augmenter la toxicité. » Et M. le professeur Bouchard ajoutait : « 50 centimètres cubes d'une solution de glucose à 20 p. 100 ont été injectés, de quoi faire passer le point de congélation du sang de 0,56 à 1,16 si les calculs que je viens de faire sont exacts. On comprend quel trouble énorme de la tension osmotique peut en résulter, et quels désordres cela peut produire et sur le fonctionnement des cellules du sang, et sur la déshydratation secondaire des tissus qui va, par pléthore, réduire l'exagération de la tension osmotique et favoriser l'élimination par les émonctoires. Telle est la souplesse et l'aptitude de l'économie à corriger les perturbations physiques les plus considérables que tous ces changements peuvent se produire assez rapidement pour que la mort n'en résulte pas, pas assez cependant pour que le fonctionnement des cellules nerveuses ne soit pas influencé au point de les empêcher de résister à des empoisonnements auxquels elles ne sont sensibles que plus tardivement. »

Du reste, des cliniciens comme M. Bardet, M. Toulouse, vantent les bons effets du sucre dans la dothiénentérie; ce dernier le préconise encore dans la convalescence des maladies infectieuses. M. Ewart (1) signale les avantages que l'on peut retirer, dans la fièvre typhoïde, de l'addition de sucre au petit lait. Il est certain que l'emploi du sucre dans les pyrexies infectieuses semble très rationnel, ses propriétés d'épargne permettant de soumettre le malade à la diète hydrique sans l'affaiblir, ses propriétés diurétiques facilitant l'élimination des toxines.

Le sucre jouit en outre de propriétés anti-toxiques. MM. Lesné et Richet (2) ont démontré par exemple que l'iodure était une fois et demie moins toxique en présence de saccharose, de glucose ou de lactose que s'il était injecté seul. Cette propriété antitoxique du sucre était bien connue autrefois. Marcelin Duval (3), qui a consacré sa thèse à ce sujet, vantait le sucre comme souverain contre les ravages internes de certains venins, s'appuyant sur le fait rapporté par Richter que « in Cajenna contra morsum colubrorum interne et externe adhibent saccharum ». Rappelons à titre de curiosité l'observation rapportée par Ambroise Paré où ce dernier indique qu'il ordonna du sirop de sucre au curé de Montlhéry qui attribuait à un empoisonnement de grandes douleurs qu'il éprouvait dans les membres. « Et il print opinion, ajoute Ambroise Paré, avoir été désempoisonné par ledit sirop. Un mois après il retourna vers nous pour nous rendre grâces du bénéfice qu'il avait reçu par notre moyen et estoit gaillard et bien joyeux ne sentant plus de douleurs et nous fit part d'un lieuvre. »

IV

Le sucre étant le principe indispensable et immédiat de tout travail musculaire, il était à présumer que son action devait également se faire sentir sur le muscle utérin. Les accoucheurs, qui se sont toujours préoccupés d'accélérer la marche du travail, principalement en cas d'inertie, ne pouvaient manquer de chercher l'application dans leur spécialité, de cette remarquable propriété du sucre. Aussi dans ces dernières années cette question a-t-elle été minutieusement étudiée par divers auteurs (1), si bien qu'aujourd'hui l'indication du sucre en obstétrique paraît établie d'une façon précise. On peut résumer de la façon suivante les données actuellement acquises.

La dose la plus habituellement employée est de 25 à 100 grammes donnés en trois fois à une demi-heure d'intervalle, dissous dans un demi-verre d'eau.

Avant tout début du travail, le sucre a peu d'influence; il en est de même après le début du travail, mais avant la dilatation du col.

Au début de la dilatation, si la période d'effacement se prolonge quelques heures, le sucre augmente alors rapidement l'intensité et la fréquence des contractions.

Mais où le sucre a sa plus grande influence, c'est lorsque le travail dure depuis un certain temps, surtout lorsque la dilatation a atteint les dimensions d'une pièce de cinq francs. A ce moment-là les résultats sont très remarquables : l'action du sucre se fait sentir au bout de cinq à vingt minutes, et l'on peut voir alors, comme l'ont montré certaines observations, des femmes, dont les contractions étaient complètement arrêtées, et même dont le col était revenu sur lui-même après avoir été dilaté à cinq francs, accoucher rapidement.

Enfin à la période d'expulsion, la période du forceps quand le travail est ralenti, on peut essayer d'éviter l'application, s'il n'y a pas d'obstacle mécanique, et quand les seules causes de lenteur du travail sont l'inertie utérine et abdominale. A cette période le sucre donne également d'excellents résultats; il augmente d'une façon constante les contractions, donne des forces à la parturiente qui peut à nouveau contracter ses muscles abdominaux, pousser fortement et expulser le produit de conception (Keim).

Le sucre n'aurait pas d'influence sur la délivrance, ni sur la rétraction utérine. Il n'augmenterait que peu la montée ou la quantité du lait. On n'a pas recherché les modifications de qualité du lait. Toutefois Keim a remarqué que toutes les femmes qu'il a observées ont été de bonnes nourrices. D'ailleurs théoriquement le sucre devrait faire partie de l'alimentation journalière de certaines nourrices. On sait en effet que le lactose est élaboré par la mamelle aux dépens du glucose du sang (2); il serait donc rationnel d'en fournir suffisamment l'organisme ma-

(1) Ewart. *Brit. med. Journ.*, 28 janv. 1905.
(2) Lesné et Richet. Soc. de biol., 9 mai 1903.
(3) Duval. *Essai sur l'emploi des sucres dans les empoisonnements,* Th. de Paris, 1806.

(1) Bossi. *Arch. ital. de biol.*, t. XXI, 1894; — Payer. *Semaine méd.*, 15 déc. 1894; — Keim. Soc. de biol., 8 oct.; *Presse méd.*, 9 nov. 1898; — Madlener. *Münch. med. Wochens.*, 1900, n° 34; — Lop. *Gaz. des hôpit.*, 17 oct 1901; – Keim et Lehman. Soc. obstétr. de France, 4e sess., p. 410; — Marquis. *Pouvoir ocytocique du sucre,* Th. de Paris, 1904, n° 385 : — Keim. *Arch. gén. de méd.*, 27 sept. 1904.
(2) Voir Porcher. Acad. des sc., 28 mars, 11 avril 1904; — Porcher et Commandeur. Acad. des sc., 5 avril 1904; *Arch. gén. de méd.*, 6, 13 sept. 1904.

ternel pour qu'il puisse subvenir aux besoins de l'enfant sans être obligé d'entamer ses propres réserves.

V

Enfin pour être complet, il nous reste à mentionner quelques faits épars dans la littérature médicale, sur l'emploi qu'on a fait du sucre en pathologie externe; cette utilisation nouvelle du sucre est basée sur ses propriétés antiseptiques (1); on sait que Simnitzki (2) a démontré expérimentalement que la présence du sucre entrave la destruction des albumines par les bactéries; la proportion d'albumine attaquée varie en raison inverse de la quantité de sucre présente; cette action doit, d'après l'auteur, être attribuée aux composés acides formés aux dépens de la matière sucrée (acide lactique ou autres). Cette propriété était déjà connue du temps de Cullen qui disait (3) : « Le sucre est certainement antiseptique et très propre en conséquence à préserver les substances animales de la putréfaction. »

Hirschberg (4) déclare que le sucre a été maintes fois employé au pansement des plaies, notamment en 1852 par Peyrany (de Turin), mais son emploi en a été fait systématiquement par le professeur Lücke (de Strasbourg). Cet auteur se servait de poudre de sucre mélangée avec de l'iodoforme ou du naphtol; il aurait obtenu dans sa clinique de bons effets de cette poudre qu'il mettait dans des sachets de mousseline en une couche d'un demi-centimètre d'épaisseur et devant rester en place de douze à quinze jours (Mayard). Le docteur Fischer (5) mentionne que, sur 202 malades pansés au sucre de 1883 à 1885, 5 seulement moururent, que dans tous les cas la cure a été notablement plus courte qu'avec les autres procédés, et qu'en plus il n'y avait presque jamais de fièvre.

On a employé également contre les brûlures des bandes de mousseline imbibées de sirop de sucre. Rifot et Misrochiont (6) ont publié de nombreuses observations où ce pansement donne des résultats supérieurs aux autres topiques contre les brûlures.

D'après le docteur Richardson (7) [de Londres], le sucre qui est si fréquemment employé dans la médecine populaire pour le traitement des plaies (8), aurait pour effet d'accélérer singulièrement le ramollissement des furoncles et de l'anthrax.

(1) La fumée que produit le sucre en brûlant est également antiseptique. M. Trillat a montré (Soc. de biol., mars 1905) que la fumée provenant de la combustion de 2 grammes de sucre dans une cloche de 12 litres produit assez d'aldéhyde formique pour désinfecter en trente minutes les objets souillés par le colibacille, le bacille typhique, le vibrion du choléra, le bacille de la tuberculose; en une heure ceux contaminés par le staphylocoque doré, etc. Ne peut-on rapprocher ces faits de la remarque de Buchan qui conseillait les vapeurs de sucre pour guérir l'enchifrènement? (Buchan. *Médecine domestique*, Paris 1780, t. III, p. 436.)

(2) Simnitzki. *Zeits. f. physiol. Chemie*, 1903, XXXIX, 99, 126.

(3) Cullen. *Traité de matière médicale*, 1789, t. I, p. 429.

(4) Hirschberg. *Der Zucker als Nahrungs und Heilmittel*, Iéna 1889.

(5) Fischer. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1885, p. 225 et suiv.

(6) Rifot et Misrochiont. *Revue gén. de clin. et thérap.*, juillet 1888.

(7) Richardson. *Semaine méd.*, 1896, XXVI.

(8) Dans son *Traité de matière médicale* (Paris, Brosson, 1812), Schwilgué note que le sucre appliqué à l'état pulvérulent sur les surfaces suppurantes atoniques les excite notablement (t. II, p. 37).

Enfin le docteur Hodara (1) [de Constantinople] obtient dans les cas d'eczéma humide, d'impetigo, d'ecthyma, de sycosis sous-nasal, et dans d'autres dermatoses vésiculeuses ou pustuleuses des résultats particulièrement favorables par des applications d'une pâte à l'oxyde de zinc et au soufre additionnée de sucre, substance, dit-il, dont les propriétés siccatives et kératoplastiques sont bien connues.

Nous avons cru bon de rappeler ces faits, à titre de curiosité d'abord, puis ils peuvent avoir exceptionnellement quelque utilité. Dans la médecine de campagne, dans la chirurgie de guerre on se souviendra qu'à défaut d'autre moyen, on pourra panser une plaie, une brûlure avec une compresse imbibée d'eau sucrée qu'on trouve toujours et partout, ce qui permettra d'attendre plus facilement l'arrivée d'autres médicaments.

Nous venons, dans les pages précédentes, de passer en revue les différentes observations que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale, concernant l'emploi du sucre chez les malades. Nous n'avons jamais eu l'illusion de penser que le sucre était un remède qui suffirait à guérir toutes les maladies; nous ne prétendons pas davantage, d'ailleurs, que l'homme bien portant doive remplacer par du sucre tous ses autres aliments. Mais si nous estimons que l'hygiéniste doit faire au sucre une large place dans l'alimentation quotidienne de l'individu sain, afin que celui-ci puisse demander à cet aliment le supplément d'énergie dont il a besoin à chaque instant, nous pensons également que le thérapeute doit donner au sucre la place qui lui revient dans l'alimentation des malades. Le sucre est avant tout un excellent aliment d'épargne dont l'usage peut être continué longtemps sans amener aucun trouble, qualité que n'avaient pas les aliments d'épargne antérieurement préconisés; il est donc naturel que dans le régime du fiévreux, du convalescent, de l'anémique, du tuberculeux, il occupe le rang qui revient à tout aliment d'épargne. Nous sommes convaincu que dans tous ces cas une alimentation sucrée judicieusement conduite (il faut en effet déterminer la dose utile et nécessaire à chaque cas) sera utile au malade, et c'est pourquoi nous avons voulu appeler l'attention sur ce sujet.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 24 MAI 1905)

Délire traumatique. — A côté du délire post-traumatique, délire d'origine infectieuse, M. Quénu estime qu'il faut aussi tenir compte des délires d'origine toxique qne tous les chirurgiens ont observés, surtout à l'époque des pansements antiseptiques. Enfin une troisième forme de délire est le vrai délirium tremens des alcooliques. Quelle en est la pathogénie? Elle n'est pas encore élucidée. M. Quénu serait disposé à admettre qu'il s'agit là de phénomènes d'auto-intoxication. Partant de ce principe, il n'est pas partisan du traitement par l'alcool, pas plus que du traitement opiacé. Déjà Trousseau et

(1) Hodara. *Semaine méd.*, 10 mai 1899, p. 168.

Vulpian n'en étaient pas partisans; Vulpian donnait de la digitale, c'est-à-dire une médication diurétique. Aussi M. Quénu a-t-il été heureux d'apprendre que M. Magnan défendait l'alcool et prescrivait le régime lacté qui répond à la même idée. C'est dans le même but, c'est-à-dire pour favoriser l'élimination des toxines, que M. Quénu prescrit les injections sous-cutanées de sérum artificiel. Huit ans d'expérience ont confirmé chez M. Quénu cette manière de voir. On a aussi préconisé les lavements froids (Magnan), les bains froids (Letulle). Enfin dans les cas où il y a des phénomènes cardiaques, des menaces de syncopes, M. Quénu prescrit aussi de petites doses de sulfate de strychnine.

Lipomes ostéo-périostiques. — M. Schwartz appelle l'attention sur une forme spéciale de lipomes, d'origine ostéo-périostique, qu'il a eu l'occasion d'observer dans cinq cas. Cette forme est caractérisée par des adhérences osseuses. Il s'agit, en réalité, de lipomes primitivement développés au niveau du squelette.

M. Schwartz rappelle avoir présenté un lipome du poids de 1 500 grammes, qui s'insérait à la partie inférieure du fémur, formant une sorte de coussin qui séparait la rotule du fémur et qui avait entraîné une déformation de cet os, un genu-valgum qui a persisté après l'ablation de la tumeur. Dans un second cas, il s'agissait d'un lipome ayant pour point de départ l'extrémité externe de la clavicule. Dans un troisième cas, le point d'origine était encore l'extrémité inférieure du fémur. Chez le quatrième malade, il s'agissait d'un lipome de la face palmaire de la main, ressemblant à un kyste dermoïde et s'insérant sur le deuxième métacarpien. Enfin, dans le cinquième cas, c'était un lipome du dos adhérent à une apophyse épineuse de la région dorsale. M. Schwartz fit l'ablation du lipome et de l apophyse.

Quelle est la pathogénie de ces lipomes? M. Schwartz fait observer qu'ils se développent au niveau des parties ostéogéniques des os, de l'épiphyse et qu'ils coïncident souvent avec de petites exostoses qu'on trouve enserrées par le lipome. La coïncidence fréquente de ces lipomes ostéo-périostiques avec de petites exostoses serait de nature à faire admettre qu'ils seraient le résultat d'altérations du squelette. Leur étude présente donc un certain intérêt.

M. Reclus cite un cas, qui a fait l'objet d'une leçon clinique que nous publierons prochainement.

Il s'agissait d'un malade portant sur chaque épaule une tumeur pseudo-fluctuante, crépitante, recouverte de chaque côté par le trapèze. Le malade souffrait, M. Reclus l'opéra du côté droit; il se trouva en présence de grandes difficultés; la tumeur adhérait à la clavicule et au périoste; elle faisait corps avec l'aponévrose; il fallut réséquer la veine jugulaire; M. Reclus fut même obligé de laisser quelques parties du lipome pour ne pas léser l'artère. Il retrouva les mêmes difficultés arrivé sur l'épine de l omoplate. Il dut également laisser en place quelques lobules graisseux. En somme il s'est trouvé en présence d'un adéno-lipome qui contractait des adhérences très intimes avec la clavicule d'une part et l'épine de l'omoplate d'autre part. Le malade était un porteur de pianos qui se servait de bretelles spéciales pour son métier; son lipome de chaque côté représentait exactement la forme de ces bretelles.

Appendicite chronique. — Nous entendons deux rapports de M Richelot. Le premier a trait à une observation adressée par M. de Rouville (de Montpellier) et relative à une femme de vingt-neuf ans, souffrant depuis longtemps du côté droit du ventre, atteinte de tuberculose pulmonaire; on croit à une annexite tuberculeuse; on enlève la trompe et l'ovaire droit; celui-ci était simplement kystique. On ne songe pas à l'appendice; les douleurs reviennent, la malade souffre, maigrit; on croit à une péritonite bacillaire; on fait une seconde opération pour enlever les adhérences; on ne songe toujours pas à l'appendice; des mois se passent et la malade souffre toujours; c'est alors que paraît la communication de M. Guinard sur les appendicites chroniques méconnues; M. de Rouville fait alors une troisième laparotomie, enlève l'appendice chroniquement enflammé et la malade guérit de tous ses accidents abdominaux... momentanément du moins, car six mois après, elle présentait de la gibbosité pottique et faisait de la péritonite franchement tuberculeuse. Quoi qu'il en soit, dans ce cas, on a pensé bien tard à l'appendice.

De la restauration rapide des fonctions à la suite des sutures nerveuses secondaires. — M. Chaput apporte trois observations de suture nerveuse secondaire (deux plaies anciennes du médian et une du cubital), dans lesquelles la sensibilité reparut au bout de quelques jours en même temps que la disparition des troubles trophiques était nettement visible.

Ces observations montrent que la suture nerveuse secondaire permet le rétablissement fonctionnel aussi rapidement que s'il s'agissait d'un tendon.

Il est difficile d'admettre que la réparation du nerf dégénéré puisse s'effectuer aussi rapidement, mais les recherches récentes de Bungner, Ziégler, Ballance et Steward, Beer et Wilson, Darante ont prouvé qu'au bout d'un certain temps après la blessure, les fibres nerveuses se régénèrent spontanément avec leur cylindre-axe et leur myéline; c'est la régénération segmentaire, ou *in situ*, bien différente de la régénération par bourgeonnement décrite par Ranvier.

On conçoit que la mise bout à bout de deux segments de nerfs non dégénérés, ou régénérés, puisse permettre une restauration rapide des fonctions.

Quoi qu'il en soit des explications théoriques, les observations de M. Chaput démontrent, après beaucoup d'autres, que la suture secondaire des nerfs procure une restauration très rapide du mouvement et de la sensibilité dans le territoire des nerfs suturés.

Résection de la saphène. — Dans son second rapport M. Richelot analyse un travail de M. Soulier sur la résection de la saphène pour le traitement des varices et des ulcères variqueux. Après la résection de la saphène, M. Soulier s'est appliqué à combler l'ulcère par des greffes.

M. Terrier fait observer que dans ces cas une simple résection de la saphène est insuffisante. C'est l'extirpation complète de la saphène externe et de la saphène interne qu'il faut pratiquer.

Résection de l'intestin pour rétrécissement congénital. — M. Hartmann présente un malade chez lequel il a réséqué 80 centimètres d'intestin grêle pour rétrécissement congénital tuberculeux d'une portion de cet intestin. Il en fit l'écrasement, enleva toute la portion dilatée, ferma les deux bouts et fit une entérorraphie latérale. L'examen histologique montre qu'il s'agissait bien d'un rétrécissement tuberculeux.

Cystoscopie. — M. Legueu présente un cystoscope perfectionné.

Epiploïte. — M. Walther présente un épiploon enflammé qu'il a extrait chez une malade de son service.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

EXTERNE, 4e année, ayant un an de consultation de médecine, désirerait remplacement un ou deux mois, Paris ou environs, en juillet, août ou septembre. Ferait aussi toute l'année remplacements le dimanche. — J. K. au Journal.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 62. — MARDI 30 MAI 1905. 78e ANNÉE. MARDI 30 MAI 1905. — N° 62.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de l'Ascension, le journal ne paraîtra pas jeudi.

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE
Les contusions du poumon, par M. Paul CLAISSE.
TRAVAUX ORIGINAUX
Note sur la décomposition des vapeurs de chloroforme, par M. Léon IMBERT.
MÉDECINE PRATIQUE
Les cardiopathies artérielles et la cure d'Evian.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Société médicale des hôpitaux.
Société de biologie.
ANALYSES
Médecine : Sur la présence de spirochaètes dans les organes internes d'un enfant syphilitique; — Urticaire menstruelle; — *Neurologie :* La sclérose pyramidale primitive; — *Chirurgie :* Nouvelle opération pour pied plat; — Ligature transpéritonéale de l'iliaque externe pour anévrisme; — *Thérapeutique :* Contribution à l'étude du bromdiéthylacétamide (neuronal), son action hypnotique et sédative chez les aliénés.
VARIÉTÉS
Les impressions des médecins anglais sur les hôpitaux de Paris.
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de médecine.* — *Admission.* — La séance supplémentaire, qui devait avoir lieu ce matin, a été ajournée.

Concours de chirurgie. — Epreuve orale.

Séance du 26 mai. — MM. Veau, 17; Baudet, 18 1/2; Duval, 19; Proust, 18 1/2.

MARINE. — M. le médecin principal Pungier, du port de Brest, est désigné pour aller servir à la prévôté de la fonderie de Ruelle, en remplacement de M. le docteur Nodier, qui terminera, le 12 juin prochain, trois années de présence dans ce poste sédentaire.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. Labat, médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

MAISON-ÉCOLE D'INFIRMIÈRES PRIVÉES. — L'inauguration de la Maison-école d'infirmières privées, rue Vercingétorix, 66, aura lieu le 1er juin à quatre heures, sous la présidence de M. le professeur Paul Berger.

M. Maurice Letulle, agrégé, médecin de l'hôpital Boucicaut, exposera le programme.

STATISTIQUE. — Le service de statistique a compté, pendant la vingtième semaine, 928 décès, au lieu de 909 pendant la semaine précédente (moyenne 976).

Les maladies épidémiques sont rares.

La fièvre typhoïde a causé 6 décès (moyenne 8).

La variole a causé 2 décès (moyenne 3).

La rougeole a causé 10 décès (moyenne 20); la scarlatine, 1 décès (moyenne 4); la coqueluche, 4 décès (moyenne 9); la diphtérie, 5 décès (moyenne 13).

La diarrhée infantile a causé 20 décès de 0 à 1 an, au lieu de 19 pendant la semaine précédente (moyenne 27).

En outre, 16 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 128 décès, au lieu de 151 pendant la semaine précédente (moyenne 156). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 6 décès (moyenne 11); bronchite chronique, 24 (moyenne 20); pneumonie, 26 (moyenne 38); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 72 (moyenne 87), dont 24 sont dus à la congestion pulmonaire et 36 à la broncho-pneumonie.

En outre, 4 décès sont attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 214 décès; la méningite tuberculeuse, 34; la méningite simple, 27; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 12 décès.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Canton (de Saint-Mihiel) et Toussaint (de Colombey-les-Belles).

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

ERRATUM. — P. 715, ligne 37, 1re col., lire *dyspnée* au lieu de dyspepsie. — Ligne 40, lire *troubles de l'ouïe* au lieu de troubles de l'œil.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletin médical. — (N° 40, 24 mai 1905.) Paul Bouchet : Observation et jugement en chirurgie : leur rôle respectif; leur solidarité; leur synthèse (*fin*). — Questions de tuberculose : Barbier : Les sanatoriums maritimes de la côte atlantique en France. — Küss : Le dispensaire de prophylaxie de Liège. — (N° 41, 27 mai.) Mauclaire : Radiographie et extraction des balles logées dans le crâne ou dans la face.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 18, 4 mai 1905.) R. Bassenge et Martin Mayer : Sur la vaccination antityphoïde. — Aug. Hoffmann : Le traitement de l'insuffisance cardiaque. — Hans Sachs : Sur la coopération des amborécepteurs normaux et des amborécepteurs produits par l'immunisation dans l'hémolyse. — Radmann : Remarques sur l'épidémie de méningite cérébro-spinale dans la Haute-Silésie. — G. W. Wallbaum : Sur des troubles fonctionnels nerveux observés chez les téléphonistes à la suite d'accidents électriques. — Schaudinn et Hoffmann : Sur la présence de spirochaètes dans les ganglions lymphatiques des syphilitiques. — A. V. Kirchbauer : Traitement de la furonculose et des folliculites par les levures. — H. Magnus : Schiller médecin. — (N° 19, 11 mai.) König : Le carcinome. — Carl von Noorden : Le traitement de l'obésité. — Kumoji Sasaki : Recherches expérimentales sur l'importance des matières extractives de la viande dans la digestion stomacale. — A. Neisser et Gustave Baermann : Recherches sur l'inoculation de la syphilis aux singes (2e mémoire). — S. Prowazek : Recherches sur l'existence de l'agent figuré de la vaccine. — Alexander Simon : Un cas d'embolie de l'artère tibiale antérieure gauche. — J. Ruhemann : Applications de la vaseline au mésotan.

Écho médical du Nord. — (N° 21, 21 mai.) Bertin : Traitement du lupus par la photothérapie. — G. Gérard : Affections des voies lacrymales. — H. Surmont : Cirrhoses veineuses, cirrhoses alcooliques en particulier.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 21, 21 mai 1905.) A. Gauducheau : Sur le lavage antiseptique de l'intestin.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 21, 21 mai 1905.) Guérin : Contribution à l'étude de l'opothérapie rénale. — Sérigé : Du rôle de l'aspiration hépatique dans le traitement des manifestations gastriques de l'hépatisme (hépatisme gastrique alcoolique).

Journal de médecine de Bruxelles. — (N° 21, 25 mai 1905.) G. Bouché : Contribution à l'étude de l'étiologie de la maladie de Friedreich.

Journal des praticiens. — (N° 21, 27 mai 1905.) Renon : Le tabac et l'appareil vasculaire. — Raoult-Deslongchamps : Ce qu'un médecin doit connaître en radiothérapie.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 20, 20 mai 1905.) R. Desplats : Rayons X et cancers de la peau (*fin*). — Augier : Pleurésie fétide avec gangrène pulmonaire. Pleurotomie, guérison.

Languedoc médico-chirurgical. — (N° 5, 25 mai 1905.) Clavelier : Les voies lacrymales et les fièvres éruptives.

Lyon médical. — (N° 21, 21 mai 1905.) Roque et Corneloup : Syphilis cérébrale et injections d'hermophényl.

Marseille médical. — (N° 10, 15 mai 1905.) Bidon : Exostoses multiples.

Médecine moderne. — (N° 21, 24 mai 1905.) Marie et Pelletier : Les illusions des amputés à l'état normal et dans la folie.

Medical Record. — (N° 18, 6 mai 1905.) Dickinson : Aménagement d'une installation pour le praticien (avec plans). — Henry Berg : Les limites actuelles de la sérothérapie dans le traitement des maladies infectieuses. — Russell H. Boggs : État actuel de la thérapeutique par les rayons Röntgen. — Sturgis : Abcès prérectal contenant des gonocoques indépendamment de toute blennorragie. — Stephen Maher : Cause de la méningite cérébro-spinale. — Finley Ellingwood : Cactus grandiflorus.

Montpellier médical. — (N° 19, 7 mai 1905.) Ville et Derrien : Sur la véritable nature d'une nouvelle bande signalée dans le spectre d'absorption du sang. — Pelon : Les eaux sulfurées des Pyrénées et spécialement de Luchon. Leurs indications. Leurs applications thérapeutiques. — (N° 20, 14 mai.) Gaussel : Les atrophies musculaires et l'hémiatrophie linguale des hémiplégiques. — Pelon : Les eaux sulfurées des Pyrénées et spécialement de Luchon. Leurs indications, leurs applications thérapeutiques (*suite*).

Presse médicale. — (N° 41, 24 mai 1905.) B. Auché : La dysenterie bacillaire à Bordeaux. — P.-A. Lop : Obstétrique et médecine légale. — (N° 42, 27 mai.) Leonardo Gigli : La section latérale du pubis appréciée d'après les résultats fournis par 90 interventions.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 20, 20 mai 1905.) G. Gellé : Les adénopathies dans les affections des fosses nasales et du rhinopharynx. — P. de Champeaux : Gomme de l'amygdale linguale.

Revue scientifique. — (N° 21, 27 mai 1905.) A. Gautier : Les aliments nervins (boissons aromatiques, condiments, liqueurs fermentées). — Mentré : L'attribution et le baptême des inventions. — R. de Saussure : L'hélicoptère-aéroplane de MM. H. et A. Dufaux.

Semaine médicale. — (N° 21, 24 mai 1905.) R. de Bovis : De l'appendicite chez les sujets âgés.

Therapie der Gegenwart. — (Mai 1905, 5e fasc.) A. Albu : Traitement de la constipation spasmodique. — P. Fürbringer : De la cyclothérapie dans la neurasthénie sexuelle. — Kornel Preisich : Influence de l'urotropine dans la genèse de la néphrite scarlatineuse. — Otto Veraguth : Thérapeutique par le travail. — H. Lüthje : De l'influence de la température extérieure sur le taux d'excrétion du sucre. — August Laqueur : De l'emploi des bains à courants alternatifs sinusoïdaux (Wechselstrombädern) dans la thérapeutique des maladies du cœur. — A. Braunstein : Signification des effluves du radium et leur emploi. — L. Golubiniu : Un cas d'emploi thérapeutique des rayons Röntgen dans la maladie d'Addison.

CLINIQUE MÉDICALE

LES CONTUSIONS DU POUMON

Par M. Paul CLAISSE,
Médecin de l'hôpital de la Pitié.

Messieurs,

Vous avez observé ces temps derniers, salle Monneret, un homme qui, à la suite d'une chute où la base du thorax vint heurter violemment contre le bord d'une table, eut, pendant plusieurs jours, des accidents caractérisés par une douleur diffuse, une toux sèche assez fréquente, avec quelques crachats sanguinolents, et les signes locaux d'une congestion pulmonaire. L'effet du traumatisme avait été une contusion du poumon.

Cette question des contusions du poumon mérite d'attirer votre attention. Traitée dans son ensemble par divers chirurgiens, en particulier par Gosselin, Peyrot, Souligoux (1), elle devrait avoir sa place aussi dans les traités de pathologie interne, en raison de la nature des accidents qui réclament les soins du médecin, plutôt que ceux du chirurgien. C'est, somme toute, une question médico-chirurgicale, et sans sortir de mon rôle, j'aurai à vous signaler des particularités intéressantes. J'insisterai surtout sur la nature des diverses modalités cliniques, éclairée par des travaux récents, et vous montrerai leur genèse afin de faciliter le pronostic dont la nécessité s'impose depuis les nouvelles lois sur les accidents du travail.

Vous aurez par exemple à rédiger un certificat médico-légal au sujet d'une personne renversée par un cheval, et qui a été violemment atteinte à la poitrine par le brancard de la voiture ou le sabot du cheval. Vous ne constatez pas de fracture, et pourtant le sujet a craché du sang, et éprouve de la dyspnée. Il y a contusion thoracique avec retentissement sur le poumon, et vous êtes questionné sur les résultats immédiats de l'accident, ainsi que sur ses conséquences plus ou moins lointaines.

Vous pouvez facilement vous imaginer les *résultats immédiats*. Il peut se faire que le choc, en dehors même de toute rupture osseuse ou cartilagineuse, ait déterminé une déchirure du parenchyme pulmonaire, et cela par des mécanismes variés, bien étudiés par les chirurgiens. Cette déchirure produit une hémorragie qui va se faire jour soit dans la cavité pleurale, soit le plus souvent, dans les voies bronchiques, et se traduire alors par une hémoptysie dont l'abondance et la gravité seront subordonnées à l'étendue de la zone déchirée et à la nature des tissus atteints, avec tous les degrés, depuis l'expulsion passagère de quelques petits crachats sanguinolents, jusqu'à la mort presque foudroyante après ouverture d'un gros rameau de l'artère pulmonaire. Le plus souvent la déchirure se ferme assez vite; les crachats sanguinolents disparaissent au bout de quelques jours et le sang extravasé dans les alvéoles se résorbe sans incident. Tel est l'effet direct de la plupart des contusions pulmonaires.

Parfois les signes pulmonaires apparaissent, non pas de suite après l'accident, mais tardivement au bout de quelques heures, par le mécanisme indirect du choc nerveux qui a pour résultat plus ou moins rapide une congestion par vaso-dilatation. Ainsi s'expliquent ces cas où le sujet ne crache pas de sang au moment du traumatisme, mais en crache le lendemain.

A l'effet direct, au traumatisme pulmonaire produit par la contusion vient donc s'adjoindre la congestion pulmonaire due à l'ébranlement nerveux, sans qu'il soit toujours facile de délimiter le rôle des deux processus.

C'est un cas de ce genre que je vous présente. Le lendemain de l'accident, le sujet avait une légère dyspnée avec toux quinteuse et quelques crachats sanguinolents, et l'auscultation ne révélait que de rares sibilances. C'est seulement le troisième jour qu'apparurent à la base droite les signes de congestion, c'est-à-dire une zone de submatité, un léger souffle et de nombreux râles fins. J'estime qu'il s'agissait d'une simple congestion névropathique, sans intervention d'agent infectieux, car la température ne monta pas, et les signes disparurent sans incident. Il n'en est pas toujours ainsi, comme vous le verrez bientôt!

Tels sont les effets directs de la contusion du poumon : hémorragie pulmonaire, congestion simple; elles peuvent exister isolément, ou se combiner en proportions variées.

Les *effets indirects* sont précoces ou tardifs. Dans le premier groupe, nous placerons la pneumonie contusive et les broncho-pneumonies; dans le groupe des effets indirects tardifs, les lésions tuberculeuses.

J'emploie le terme de *pneumonie contusive*, parce que celui de pneumonie traumatique s'applique aussi bien aux pneumonies provoquées par une plaie pénétrante.

Ces pneumonies ont été l'objet de nombreux travaux. Avant qu'on n'eût des notions irréfutables sur la nature de la pneumonie, les auteurs ont été frappés de ce fait que la pneumonie peut survenir à la suite d'un traumatisme. On se demandait comment il peut se faire qu'une même maladie se manifeste tantôt à la suite d'un refroidissement, tantôt à la suite d'une contusion, et ce fait servit à étayer des opinions très diverses. Aujourd'hui la cause est jugée et l'on comprend que des causes aussi différentes, le froid, le traumatisme, ne servent qu'à mettre l'organe en un état de moindre résistance propice à la pullulation microbienne, donnant lieu par des procédés variés à une seule et même maladie.

Reconnaissons toutefois que la pneumonie contusive et la pneumonie à frigore se distinguent l'une de l'autre, par quelques détails.

Les lésions de la pneumonie contusive offrent cette combinaison d'infiltration hémorragique, résultat direct du choc, et de congestion que nous avions déjà indiqué à propos des accidents précoces, et qui peut être constaté non seulement à l'œil nu, mais aussi sur les coupes ainsi que MM. Cornil et Marie

(1) Souligoux, *Traité de chirurgie*, t. VI, p. 788.

l'ont prouvé. D'autre part les stades sont moins nets, que dans la pneumonie franche : l'engouement dure peu, et fait bientôt place à l'hépatisation rouge qui aboutit soit à la résolution, soit trop souvent à l'hépatisation grise.

Au point de vue symptomatique, les différences sont plus grandes. Rappelez-vous le début si saisissant de la pneumonie à frigore, le frisson brusque et prolongé avec claquements de dents, le point de côté violent exaspéré par des quintes de toux donnant issue à des crachats teintés, l'apparition soudaine d'une fièvre qui s'installe aux environs de 40 degrés.

Dans la pneumonie contusive, le début est moins bruyant. Il a lieu le plus souvent deux à quatre jours après le traumatisme. Meunier (1), qui a relevé un grand nombre d'observations, considère que le début avant le deuxième jour est tout à fait exceptionnel, et qu'il est rare après le quatrième jour. C'est là une notion précise qu'il faut bien noter; elle permet de formuler nettement les chances de complication après un traumatisme.

Ce début est marqué par l'apparition de la fièvre; mais cette fièvre est d'abord modérée, et met plusieurs jours à atteindre son maximum. Le frisson manque 26 fois sur 30. Le sujet éprouve une douleur plus ou moins intense et étendue, qui peut s'accroître progressivement, mais sans manifester la brutalité du point de côté pneumonique.

Thoinot, qui a bien étudié l'affection au point de vue médico-légal, insiste sur ces différences très nettes. Il affirme en outre que très souvent le crachat caractéristique fait défaut; ou du moins s'il est teinté de sang, il ne prend pas les teintes variées, rouille, jus de pruneau etc., du crachat pneumonique; c'est la continuation du suintement hémorragique initial.

Les signes d'auscultation sont aussi atténués. Le souffle occupe une zone restreinte, et a un timbre étouffé. Le râle crépitant dure peu.

Voilà donc un ensemble de signes d'après lesquels la pneumonie contusive semble être un diminutif de la pneumonie à frigore. Sachez que, bien au contraire, elle est fort grave. Elle est déprimante, s'accompagne dès le début de phénomènes d'adynamie. On est frappé par l'impression de misère physiologique qu'offre bientôt le malade. Les réactions franches, l'hypertension, la coloration de la face, le délire etc., qui traduisent dans la pneumonie banale la révolte d'un organisme vigoureux, font ici défaut; on constate trop souvent la pâleur du visage, la cyanose des extrémités, l'anurie, l'hypotension artérielle, et le sujet meurt une fois sur trois, ce qui est une proportion énorme si on la compare à la mortalité de la pneumonie à frigore.

Voilà bien des traits qui caractérisent la pneumonie contusive : lésions, mode de début, évolution! Et même en analysant de près, on trouve des cas où la température ne dépasse pas 38 degrés, d'autres où le mal est dû non plus à un gros foyer massif, mais à des noyaux multiples, d'autres enfin où les signes d'auscultation sont mobiles, changent de place et de timbre d'un jour à l'autre. Bref, après avoir pris connaissance de cas, certes les plus nombreux, où la pneumonie convulsive ne se distingue de la pneumonie *a frigore* que par de petites nuances, on trouve sous la même étiquette des cas qui ne lui ressemblent que de très loin, qui en un mot ne méritent plus le nom de pneumonie. Ce sont des *broncho-pneumonies*, avec leur début insidieux, leur température irrégulière, leurs signes mobiles, leur évolution sournoise.

C'est là un fait sur lequel M. Rosenthal et M. A. Faure (1) son élève ont eu raison de bien insister, car il commande le pronostic de ces accidents.

A la suite de ces pneumonies et broncho-pneumonies peuvent survenir diverses *complications* locales. Les noyaux hépatisés peuvent subir la transformation purulente et par suite évoluer en abcès du poumon. La cavité pleurale et les scissures interlobaires peuvent être envahies et ainsi apparaissent des pleurésies purulentes diffuses ou enkystées. La gangrène pulmonaire a été signalée plusieurs fois.

Il nous reste à étudier les *effets indirects tardifs* des contusions pulmonaires, c'est-à-dire *les lésions tuberculeuses* consécutives au traumatisme. Elles consisteront parfois en un foyer de tuberculose siégeant en plein parenchyme pulmonaire, au niveau de la région jadis contusionnée, et se manifestant plus ou moins tardivement par les signes habituels de la tuberculose pulmonaire, mais avec cette particularité que la lésion évoluera sur une zone primitivement atteinte d'une congestion simple à laquelle elle se substituera par degrés. Souvent entre ces deux phases existe un répit plus ou moins long, et l'on ne pense plus aux effets du traumatisme lorsque apparaît l'hémoptysie révélatrice. Dans d'autres cas la lésion tuberculeuse du poumon est associée à des lésions de la cage thoracique, de la plèvre, qui l'ont précédée ou qui lui succèdent. Les travaux de Chauffard et Herbert (2) ont bien élucidé la question des pleurésies tuberculeuses contusives.

Cette tuberculisation d'un poumon contusionné peut s'expliquer de plusieurs manières. Tantôt c'est un sujet parfaitement sain qui, à la suite d'une contusion, conserve pendant quelque temps une zone du poumon en mauvais état, et y greffe des bacilles en inhalant des poussières septiques. Tantôt c'est un sujet prédisposé, déjà porteur d'un foyer tuberculeux latent, dont les germes vont prendre l'essor à l'occasion du traumatisme.

Tels sont les effets indirects des contusions du poumon. Cherchons à expliquer pourquoi une simple lésion mécanique est si souvent l'origine de lésions infectieuses, examinons la *pathogénie* des accidents.

Rappelez-vous comment se fait à l'état normal la défense des cavités pulmonaires. L'air y arrive pur. Si quelque poussière a échappé au crible constitué par la pituitaire, les muqueuses du larynx, de la trachée, des bronches, elle est absorbée dans l'al-

(1) H. Meunier. *Rôle du système nerveux dans l'infection de l'appareil pulmonaire*. Th. de Paris, 1896.

(1) A. Faure. *Quelques considérations sur la pneumonie et la broncho-pneumonie traumatique*, Th. de Paris, 1904.

(2) Herbert. Th. de Paris, 1896.

véole pulmonaire par des cellules spéciales, et digérée sur place, ou expulsée par les voies lymphatiques. Dans le poumon contusionné les choses ne se passent pas aussi simplement. Ce poumon a un nombre plus ou moins grand de ses alvéoles encombré de sang, et d'un sang non renouvelé, inactif. D'autre part, les échanges nutritifs dans cette zone sont profondément troublés par l'atteinte du plexus nerveux, ainsi que l'a bien montré Meunier; le jeu des capillaires n'a plus sa souplesse habituelle, et les phénomènes vasomoteurs peuvent s'exercer à contresens. Si une poussière bactérifère franchit la barrière des premières voies respiratoires et parvient à cette région si modifiée, on conçoit que le danger est grand. L'alvéole pulmonaire remplie de sang mort, c'est-à-dire d'un excellent milieu nutritif, privée de ses défenses habituelles, devient un vase de culture où le microbe introduit se développera sans obstacles.

De ces diverses notions cliniques et pathologiques, on peut tirer des conclusions importantes pour le *pronostic* et le *traitement*, conclusions d'ailleurs fort différentes suivant que l'accident date de quelques heures, quelques jours, quelques semaines. Dans le cas d'un traumatisme récent, en formulant toutes vos réserves pour l'avenir, vous avez surtout à craindre l'hémorragie pulmonaire et vous savez maintenant quelle peut être sa gravité. Aussi conseillerez-vous le repos absolu, au lit, sans parler, et l'absorption de glace. Au besoin recourez à l'emploi d'ipéca par doses fractionnées. Cette méthode, si utilisée dans le traitement des hémoptysies tuberculeuses en raison de la vasoconstriction qu'elle détermine, m'a donné un bon effet dans un cas d'hémoptysie traumatique.

Mais bientôt les craintes de complications directes sont écartées, et on arrive vite à la période où peuvent survenir les accidents infectieux. On s'efforce de les prévenir en conseillant l'antisepsie buccale, quelques inhalations aromatiques de benjoin, eucalyptol par exemple, et si on parvient ainsi au huitième jour, on peut être rassuré : le danger de pneumonie contusive est passé. Dans cette période la température sera surveillée attentivement; c'est le meilleur élément de pronostic. Alors même qu'une zone importante du poumon présente des signes d'engouement, il n'y a pas lieu de s'alarmer si le thermomètre reste à 37 degrés : ce n'est que du sang extravasé, de la congestion simple dont la résorption sera facilitée par des révulsifs, des ventouses scarifiées. Mais si la zone traumatisée s'infecte, le thermomètre l'annonce de suite, et il faut agir promptement. Je vous ai mis en garde dans des leçons précédentes contre les traitements systématiques de la pneumonie, et vous ai montré quels dangers courent les pneumoniques s'ils sont soumis à ce que mon maître le professeur Landouzy appelle le procédé des équations thérapeutiques. Vous traiterez donc ces complications en tenant compte de la nature et de la qualité de leurs réactions. N'oubliez pas qu'elles auront le plus souvent une tendance adynamique et qu'il s'agira surtout de stimuler le malade par un peu d'alcool, par la digitale ou la spartéine ou la théobromine, des injections hypodermiques de sérum artificiel, des inhalations d'oxygène.

Voici une troisième hypothèse : le sujet est parvenu à la deuxième semaine; il n'a pas eu de complications, à part peut-être une petite hémoptysie au début et une légère congestion pulmonaire actuellement disparue. Peut-on le rassurer complètement et lui délivrer un certificat de guérison totale? Je crois qu'en pareil cas il faut exagérer les précautions, sachant les risques possibles de tuberculisation, et conseiller un repos supplémentaire d'au moins huit jours. Et enfin si le sujet, qui a subi une contusion du poumon un peu importante, a déjà eu des accidents tuberculeux, même très anciens, il est prudent de lui ordonner un repos de plusieurs semaines avec alimentation spéciale et même cure arsénicale complémentaire.

NOTE SUR LA

DÉCOMPOSITION DES VAPEURS DE CHLOROFORME

Par le professeur LÉON IMBERT (de Marseille).

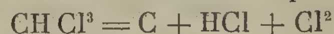
On sait que, dans certaines conditions, des vapeurs suffocantes peuvent se dégager au milieu d'une salle d'opérations, fort désagréables pour le chirurgien, dangereuses pour le malade endormi. Ces vapeurs sont dues, à n'en pas douter, à la décomposition des vapeurs de chloroforme au contact d'un foyer. J'ai constaté plus d'une fois, dans mon service de l'Hôtel-Dieu, qu'elles ne se produisaient que si, au cours d'une anesthésie, on allumait un réchaud à gaz. Afin de préciser la question, j'ai demandé à M. Domergue, pharmacien de l'Hôtel-Dieu de Marseille et professeur à l'École de médecine, de vouloir bien préciser les réactions chimiques qui donnent naissance à ces corps irritants : voici sa réponse : il m'a paru qu'elle pourrait intéresser les chirurgiens, et principalement ceux que les exigences d'une installation défectueuse obligent à utiliser le chauffage au gaz de leur salle d'opération.

Le chloroforme est un composé peu stable à l'air et à la lumière solaire, il se décompose facilement en donnant de l'oxychlorure de carbone et de l'acide chlorhydrique.



$$CH\,Cl^3 + O = CO\,Cl^2 + HCl$$

Chauffé au rouge il se décompose en acide chlorhydrique et chlore : du charbon se dépose.



$$CH\,Cl^3 = C + HCl + Cl^2$$

Au contact de l'air il peut y avoir aussi formation d'oxyde de carbone.



$$CH\,Cl^3 + O = CO + HCl + Cl^2$$

En présence du cuivre il se forme de l'acétylène.



$$2CH\,Cl^3 + 2Cu = C^2H^2 + 2Cu\,Cl^2 + Cl^2.$$

Le chlorure de cuivre communique à la flamme une couleur verte.

Ces diverses réactions expliquent l'odeur désagréable et suffocante que l'on observe dans les salles d'opérations dans lesquelles des appareils à gaz brûlent pendant l'anesthésie au chloroforme.

Les gaz qui peuvent se produire sont toxiques : il est donc indispensable que les appareils à gaz soient exclus des salles d'opération. »

MÉDECINE PRATIQUE

LES CARDIOPATHIES ARTÉRIELLES ET LA CURE D'ÉVIAN

Les eaux d'Évian ont, pendant longtemps, été utilisées surtout dans la gravelle, les coliques néphrétiques, et dans les maladies des voies urinaires, et il n'y a guère qu'une quinzaine d'années que, à la suite des recherches de Bordet et de Chiaïs, on les a aussi recommandées dans les troubles de la nutrition.

Étudiant les effets de la cure d'Évian dans les cardiopathies artérielles, M. Bergouignan (1) s'efforce d'abord de préciser les *indications* et les *contre-indications* de cette cure. En général, à la troisième période de la maladie, la cure d'Évian est inutile : elle ne procure aucune amélioration aux cardio-scléreux arrivés à la phase d'hyposystolie ou d'asystolie, qui sont surtout justiciables du repos et des cardio-toniques.

L'urémie vraie, la grande urémie des cardio-rénaux constitue la seconde grande contre-indication. N'ont rien à attendre d'Évian les malades chez lesquels les régimes les plus sévères (régime lacté absolu, déchloruré), les diurétiques, les drastiques, les émissions sanguines, même, ne sont pas arrivés à faire disparaître, ou, tout au moins, à atténuer la dyspnée, les accidents nerveux ou digestifs, les grands œdèmes.

La même prohibition s'étend à la cachexie artérielle, état réunissant, à une cachexie marquée, des symptômes d'hyposystolie et d'urémie combinés.

Par contre, pendant toutes les première et seconde périodes des cardiopathies artérielles, quelle que soit leur forme clinique (arythmique, myo-valvulaire, coronarienne, aortique, cardio-rénale), la cure d'Évian peut rendre les plus grands services.

Donc, pratiquement, voici le critérium certain de l'indication dans les cardiopathies artérielles : « La cure d'Évian est indiquée tant que, chez un cardio-artériel, le régime et les diurétiques seuls peuvent encore amener une sédation des phénomènes morbides. »

A l'emploi de la cure d'Évian dans les cardiopathies artérielles, on a fait souvent des objections tirées du danger qu'il y a à introduire, dans un système artériel souvent fragile et en hypertension, une masse parfois énorme de liquide. En réalité, ces critiques ne valent que si l'on administre au malade 3 à 4 litres d'eau d'Évian, comme cela se pratiquait il y a encore quelques années. Elles ne sont pas applicables si la cure est prescrite et surveillée de la façon suivante :

A tout malade artériel, il ne faut permettre, pour commencer, que 3 à 400 grammes en trois à quatre doses prises à trente minutes d'intervalle.

L'urine émise pendant les vingt-quatre heures qui suivent l'ingestion de la première dose sera mesurée et pesée. Tant qu'elle n'aura pas une faible densité (moins de 1010) et un volume au moins égal à celui de l'eau absorbée, il ne faudra point augmenter les doses.

Comprise ainsi, la cure ne présente aucun danger. Si elle ne provoque pas la diurèse espérée, il importe de rechercher soigneusement, afin de pouvoir la combattre, la cause qui empêche l'eau absorbée d'être éliminée.

1° L'eau peut : ou rester dans l'estomac, ou être rendue par l'intestin, ou stagner dans le réseau porte. Dans le premier cas, on prescrira des massages de l'estomac et l'on appliquera sur la région épigastrique, pendant la digestion de l'eau, des récipients d'eau chaude. Dans le second et le troisième, un purgatif salin ou quelques séances de massage abdominal suffisent souvent à produire la diurèse;

2° L'eau est retenue par le rein : on aura recours à l'action réflexe des grands bains tièdes ou des douches tempérées aussitôt après l'ingestion de la dernière dose;

3° L'absence de diurèse est due à des causes d'ordre général. On peut alors soit diminuer brusquement les doses injectées, soit restreindre, non seulement l'eau de la cure, mais aussi le volume des boissons des vingt-quatre heures, soit enfin faire garder au malade la position horizontale pendant deux ou trois heures à partir du moment où le malade a commencé sa cure.

Quel régime alimentaire convient-il de prescrire à Évian? Aux présléreux, on recommandera de ne prendre que peu de viandes, peu d'aliments de haut goût, peu de salaisons. Si les malades sont plus atteints, on les mettra à un régime végétarien sévère, plus ou moins alterné avec des périodes de régime lacté absolu. On maintiendra ce régime jusqu'à ce que la diurèse de cure soit franchement établie.

Chez les artériels, la cure classique de trois semaines est quelquefois suffisante. En général, il vaudrait mieux le faire durer quatre semaines, et surtout faire deux cures à un mois d'intervalle.

Sous l'influence de ce traitement, l'urine se modifie dans sa quantité et dans sa qualité : son volume de vingt-quatre heures arrive à dépasser celui des boissons, la polyurie nocturne diminue, et la diurèse diurne augmente; simultanément, toutes les anomalies de l'urine solide diminuent ou disparaissent. La formule urinaire peut revenir au type normal quelquefois après une seule saison. Chez les malades en état d'hypertension chlorurée, l'élimination chlorurée accélérée au maximum pendant les trois heures consacrées à la cure, augmente progressivement pendant toute la durée du traitement. Enfin, l'on observe presque toujours une diminution progressive et souvent durable de l'hypertension et des symptômes qu'elle détermine. L. BABONNEIX.

(1) Paris, G. Steinheil, édit., 1905.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 22 MAI 1905)

Sur la valeur alimentaire des différents pains. — Les hygiénistes déplorent la mode qui exige du pain de plus en plus blanc, pauvre en gluten et en acide phosphorique.

Par réaction on a préconisé le pain complet contenant toute l'enveloppe du grain. Mais, A. GIRARD a conclu d'une expérience célèbre que « l'enveloppe doit être rejetée parce qu'elle ne possède qu'une valeur alimentaire insignifiante ».

Dans cette expérience, il avait ingéré du son lessivé et privé de ses principes solubles; il avait avalé le son en nature sans division préalable, ni mastication ; il s'était préparé à cette expérience par un régime spécial dans lequel entraient des poudres de viandes, gelées et bouillons.

On peut objecter en s'appuyant sur les recherches de Pawlow, que les sucs digestifs n'étaient pas suffisamment adaptés à la digestion des matières végétales.

Végétarien depuis plus de trois ans, et suivant, en outre, depuis plusieurs semaines un régime végétal, aussi exempt que possible de purines alimentaires et juste suffisant pour maintenir l'équilibre azoté, l'auteur a fait, sur lui-même, une série d'expériences d'où il résulte qu'*en ce qui le concerne* le pain complet n'offre aucun avantage sur le pain bis, il ne fournit pas sensiblement plus d'acide phosphorique assimilable et il abaisse le taux de l'urée au lieu de l'augmenter. Il a, en outre, l'inconvénient d'apporter une quantité sensible de purines, il irrite l'intestin et entrave l'assimilation des autres aliments.

Le pain bis (pain de munition), au contraire, donne des résultats supérieurs au pain blanc, sans avoir aucun des inconvénients du pain complet :

Autres communications :

Recherches sur la lactase animale, par M. Ch. Porcher.

Contribution à l'étude des teintures histologiques, par MM. G. Halphen et André Riche.

Observations sur les intersections tendineuses des muscles polygastriques, par M. Chaine.

Le graphique respiratoire des nouveau-nés, par MM. L. Vallois et C. Fleig.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 26 MAI 1905)

Pathogénie des accidents sérothérapiques. — A propos du procès-verbal et de la dernière communication de M. Marfan sur la pathogénie des accidents sérothérapiques, MM. Widal et Rostaine apportent les réflexions suivantes :

« La coïncidence des accidents sériques avec l'apparition, dans le sérum du malade, de la propriété de produire *in vitro* des précipitines, au contact du sérum injecté, est un fait qui paraît aujourd'hui solidement établi. MM. Marfan et Le Play, qui ont pris soin de ne compter que les accidents relevant sûrement et exclusivement du sérum et de distinguer les accidents légers et les accidents graves, ont rapporté une statistique convaincante à ce sujet.

Pour expliquer le phénomène, Hamburger et Moro ont prétendu qu'il se passait, dans les vaisseaux capillaires, ce que l'on constate *in vitro*; le sérum hétérogène en circulation serait précipité au contact des anticorps; dans les vaisseaux cutanés se formeraient de petites thromboses qui troubleraient la circulation de la peau et détermineraient l'éruption.

A l'occasion de recherches que nous poursuivons sur la sérothérapie, des maladies pouvant se compliquer d'hémoglobinurie, nous avons été amenés à constater des faits en contradiction avec cette théorie.

Sept malades sur neuf ne présentèrent pas trace d'éruptions après inoculation intra-veineuse d'un sérum de cheval préparé, qui *in vitro* déterminait immédiatement la formation massive de précipitines par mélange avec leur propre sérum.

D'après l'hypothèse de MM. Hamburger et Moro, l'injection intra-veineuse d'un tel sérum aurait dû aboutir fatalement à l'apparition d'éruptions et d'accidents sérothérapiques graves.

La formation de précipitines que l'on produit *in vitro* par le conflit des deux sérums, est le témoin du trouble humoral qui préside dans l'organisme à l'éclosion des accidents sérothérapiques. C'est là un fait acquis, mais rien ne prouve que cette réaction précipitante que l'on fait apparaître artificiellement *in vitro* existe dans le plasma circulant. La théorie qui veut que l'érythème sérique soit le résultat de l'arrêt de précipitines dans les capillaires est, en tous cas, en opposition avec les faits que nous avons observés.

Nous avons tenu simplement à apporter dans le débat ce document, à savoir qu'un sérum de cheval préparé, capable de produire des précipitines *in vitro* par mélange avec un sérum humain, peut être injecté à l'homme à doses thérapeutiques sans déterminer d'accidents sériques. »

Appendicite chronique. — M. Comby, après avoir rappelé l'ancienne communication de M. Siredey sur ce sujet, rapporte une observation des plus intéressantes. Il s'agit d'un jeune homme âgé de vingt-cinq ans, bien portant jusqu'à vingt et un ans, qui perdit peu à peu son embonpoint et sa gaieté. Il présenta des phénomènes de dyspepsie qui le firent classer dans les gastropathes; son humeur changea et on le considéra comme un neurasthénique. Une fois, à l'occasion d'une indigestion, M. Comby l'examine et trouve une douleur au point de Mac Burney; la crise cessa, mais en remontant dans le passé on arriva à découvrir des phénomènes paroxystiques analogues. M. Comby conclut à une appendicite chronique, et le malade fut opéré. L'appendice était très altéré. Le malade a peu à peu repris sa santé.

M. Hayem fait deux communications, l'une qui a trait à l'**anatomie pathologique de la gastrite muqueuse**, dans laquelle il démontre que la transformation de la membrane glandulaire en une membrane dont la structure rappelle celle de l'épithélium duodénal est précédée d'une phase de décapitation; l'autre ayant trait au **catarrhe chronique de l'estomac** et à sa signification anatomo-pathologique.

Pour M. Hayem, ce catarrhe muqueux n'est qu'un point dans l'histoire des gastrites chroniques. En effet, sa seule particularité est la suivante : tandis que, dans l'estomac normal, la longueur de l'entonnoir des glandes gastriques représente seulement entre un tiers et un quart de la longueur totale de la glande, c'est l'inverse qui se montre dans la prétendue gastrite muqueuse.

M. Ménétrier présente deux malades atteints de **maladie de Paget**, chez lesquels le traitement antisyphilitique paraît avoir arrêté la marche de la maladie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 27 MAI 1905)

Mesure du coefficient de déminéralisation dans la dyscrasie acide. — M. Desgrez et Mlle Guende ont déterminé les variations que subit le coefficient de déminéralisation sous l'influence de la dyscrasie engendrée : 1° par un acide organique, l'acide phényl-propionique; 2° par un acide minéral, l'acide chlorhydrique. La valeur moyenne normale de ce coeficient, pour le cobaye, a d'abord été trouvé égal à 0,63. Sous l'influence de la dyscrasie organique, elle passe à 0,69. Les animaux étant ensuite laissés à l'état de repos pendant vingt jours, on a trouvé, pour cette période, un coefficient de 0,67, c'est-à-dire une déminéralisation encore exagérée, malgré la suppression de la cause directe de la dyscrasie. L'influence de l'acide minéral est encore plus marquée que celle de l'acide organique; le coefficient de déminéralisation prend, en effet, pendant cette troisième période de l'expérience, une valeur moyenne de 0,77. La méthode expérimentale apporte

donc une nouvelle confirmation des doctrines de M. Bouchard, qui a, le premier, mis en lumière les relations cliniques qui existent entre les troubles de la nutrition produits par la diathèse acide et la spoliation de l'organisme en éléments minéraux.

Sur la teneur du sang normal en bilirubine. — MM. Gilbert et Herscher ont mesuré le degré de la cholémie physiologique, dont ils ont prouvé l'existence dans des communications antérieures. Ils ont éliminé, lors de leurs prises de sang : 1° les sujets franchement malades; 2° parmi les individus présentant les apparences de la santé, ceux, très nombreux, qui présentaient des stigmates de tuberculose et 3° ceux, plus nombreux encore peut-être, suspects, pour eux-mêmes ou pour leurs proches, de cholémie familiale. Dans leurs observations, les auteurs ont trouvé des chiffres compris entre 1 de bilirubine pour 30000 de sérum et 1/40000. La moyenne entre les divers chiffres est de 1/36500, soit 2cg7 de bilirubine par litre de sérum, 8 centigrammes pour l'ensemble de la masse sanguine et ce léger degré de bilirubémie, cause, pour une part au moins, de la légère teinte jaune normale de la peau et de la présence de chromagène de l'urobiline dans l'urine, constitue le substratum de ce que les auteurs ont nommé l'ictère acholurique physiologique.

Importance de la recherche des anaérobies dans l'analyse des eaux potables. — M. H. Vincent (du Val-de-Grâce) estime que la détermination quantitative et qualitative des microbes anaérobies dans les eaux d'alimentation constitue un complément indispensable de l'analyse bactériologique des eaux. Il y a, en effet, une relation étroite entre le degré d'adultération de celles-ci et la proportion des micro-organismes anaérobies qu'elles renferment. La contamination par les matières fécales, le déversement des substances organiques en putréfaction se traduisenr dans les eaux par une richesse exceptionnelle en microbes anaérobies absolus.

Pour la recherche et l'isolement de ces derniers, le milieu nutritif le plus favorable est la gélatine peptonisée ordinaire, additionnée de 1 p. 100 de glycose et teintée par le sulfo-indigotate de soude. L'ensemencement des eaux pures peut se faire avec 1/10, 1/5, 1/2 centimètre cube ou même 1 centimètre cube pour 10 centimètres cubes de gélatine glycosée privée d'air. Si l'eau est très souillée, il est nécessaire de n'ensemencer qu'une proportion d'eau plus faible encore. L'ensemencement étant fait, on aspire le mélange dans de longs tubes de Vignal.

Dans le milieu précédent, les anaérobies stricts se développent très bien, et, le plus souvent, se distinguent, à première vue, des anaérobies facultatifs par leur aspect floconneux, nuageux ou penniforme.

Le nombre des anaérobies des eaux est très inférieur à celui des aérobies. Dans les eaux très pures, leur taux par centimètre cube est souvent inférieur à l'unité. Mais dans les eaux contaminées, la flore anaérobie atteint, 5, 10, 20, 50, 100; plus exceptionnellement 200, 500 colonies par centimètre cube. Les formes bacillaires sont toujours prédominantes.

La nature de ces anaérobies est très variable. M. Vincent a souvent rencontré les *B. liquefaciens parvus* et *magnus* (Liborins), le *B. spinosus* (Lüderitz), le *B. pseudotétanique* (Vaillard et Vincent), les bacilles anaérobies de Sanfelice, des clostridiums, etc.

Pour la constatation des anaérobies pathogènes, et surtout du vibrion septique et du bacille du tétanos, l'eau est ensemencée directement dans du bouillon et cultivée dans le vide; la culture impure ainsi obtenue est chauffée à 90 degrés pendant deux ou trois minutes. On inocule à l'animal une goutte de cette culture chauffée. D'autre part, on sépare les divers microbes de la culture par un nouvel ensemencement en gélatine ou gélose glycosées, dans le vide.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur la présence de spirochaètes dans les organes internes d'un enfant syphilitique. (Buschke et Fischer. *Deuts. med. Wochens.*, 18 mai 1905, n° 20, p. 791.) — Un enfant de huit semaines succombe au cours de manifestations de syphilis héréditaire. Le cadavre, mis immédiatement dans la glace, présente à l'autopsie un parfait état de conservation. L'autopsie donne les résultats suivants : œdème pulmonaire, rhinite intense, induration de la rate, néphrite hémorragique, foie silex. Exanthème cutané.

On fait des frottis avec les parties profondes de la rate, du foie des ganglions et des autres tissus. On les fixe suivant la méthode indiquée par Schaudinn et Hoffmann. Dans le foie non plus que dans la rate on ne trouve d'autres microbes que des spirilles, particulièrement nombreuses dans la rate.

Pendant la vie, l'examen du sang prélevé au niveau des papules de l'exanthème n'avait pas montré de spirilles.

Enfin, des recherches de contrôle pratiquées sur la rate d'enfants non syphilitiques ont toujours montré l'absence de spirilles.

A. LEMIERRE.

Urticaire menstruelle. (Miller. *Med. Rec.*, 13 mai 1905.) — Les éruptions cutanées coïncidant avec la menstruation sont assez rares, et la plupart des cas publiés appartiennent plutôt à l'érythème exsudatif et à l'œdème angioneurotique qu'à l'urticaire vraie, qui reste la plus rare des éruptions menstruelles. L'auteur relate le cas d'une jeune fille de quinze ans réglée depuis l'âge de douze ans. Lorsque la fonction se fut établie régulièrement, l'urticaire commença à apparaître sept ou huit jours avant les règles et durant quatre à cinq jours. Généralement elle cessait avant l'établissement du flux. Lorsque le flux venait à manquer, l'urticaire manquait aussi. Cette urticaire est probablement un phénomène réflexe.

FOXTON E. GARDNER.

NEUROLOGIE

La sclérose pyramidale primitive. (Stumpell. *Deuts. Zeits. f. Nervenheilk.*, t. XXVII, p. 291-340, 1904; 7 figures et 2 planches hors texte.) — La sclérose primitive des faisceaux pyramidaux dont l'auteur rapporte 3 nouveaux cas avec autopsie, peut se présenter sous les aspects suivants :

1° *Forme familiale* héréditaire. Elle frappe les sujets mâles d'une même famille, débute avant trente ans, évolue lentement, en vingt, trente ans et plus. Cliniquement, paraplégie spasmodique des membres inférieurs; plus tard, parésie des fléchisseurs, et des muscles moteurs des pieds.

Anatomiquement, dégénération pure du faisceau pyramidal, ne remontant pas plus haut que la moelle cervicale. On peut observer des lésions dégénératives des cordons postérieurs, d'où l'adjonction de nouveaux symptômes (troubles des sensibilités profondes, désordres vésicaux, hypotonie musculaire, etc.).

2° *Forme infantile.* Début à trois-six ans, ou un peu plus tard : l'étude attentive de l'anamnèse dira s'il s'agit d'une agénésie congénitale ou d'une dégénération acquise et pro-

gressive (ne pas confondre cette variété avec la maladie de Little). Cliniquement, la paraplégie spasmodique respecte ordinairement les bras. Elle s'accompagne habituellement, mais non toujours, d'un arrêt de développement cérébral, se traduisant par de la faiblesse intellectuelle. De semblables cas ne sont pas très rares, et, de même que la forme précédente, comprennent peut-être aussi des cas apparus isolément.

3° *Forme tardive à marche relativement rapide, simulant la sclérose latérale amyotrophique de Charcot.* Le faisceau pyramidal est pris dans toute son étendue; la spasticité envahit les bras, et les muscles innervés par le bulbe et la protubérance. Cette forme a une tendance remarquable à envahir le neurone moteur périphérique, d'où l'apparition de contractions fibrillaires, d'atrophie musculaire. A l'autopsie, la seule lésion est la dégénération du faisceau pyramidal, qu'on peut suivre jusque dans la capsule interne, avec des altérations légères des cellules motrices, principalement dans la moelle cervicale, et les noyaux bulbaires. Ces cas apparaissent, d'ordinaire, isolément, sans le caractère familial : leur étiologie est obscure.

4° Par opposition aux formes précédentes, qu'il groupe sous le terme d'*endogènes*, seuls, le lathyrisme et la paralysie spinale spastique syphilitique entrent, jusqu'ici, en ligne de compte. Anatomiquement, on constate, d'ordinaire, outre la dégénération pyramidale, une dégénération partielle des cordons postérieurs, d'où l'adjonction habituelle de légers symptômes appartenant à la série tabétique.

L'auteur se demande enfin si la grossesse et la puerpéralité ne pourraient donner naissance à la paralysie spinale spastique, mais il n'y a pas, jusqu'ici, de contrôle anatomique.

L. ALQUIER.

CHIRURGIE

Nouvelle opération pour pied plat. (Wilson et Patterson. *Amer. Med.*, 6 mai 1905.) — Wilson et Patterson relatent un cas traité avec succès par une nouvelle méthode; arthrodèse de l'articulation astragalo-scaphoïdienne et transplantation du tendon de l'extenseur propre du gros orteil à travers un trou perforé dans le scaphoïde. C'est, somme toute, une modification ou plutôt une adaptation du procédé de Wolf pour le traitement du pied plat valgus paralytique. Dès que le pédieux s'est habitué à faire la suppléance de l'extenseur transplanté, il n'y a plus de chute du gros orteil. Les exercices méthodiques post-opératoires sont de la plus haute importance. Cette méthode, dite combinée par les auteurs, est d'exécution facile, ses résultats sont supérieurs à ceux de l'arthrodèse simple et elle n'entraîne pas de délabrements plus considérables dans les parties molles du pied. FOXTON E. GARDNER.

Ligature transpéritonéale de l'iliaque externe pour anévrisme. (Currie. *Ann. of Surg.*, avril 1905.) — Le malade de Currie, âgé de trente-six ans, avait eu à seize ans la syphilis, et, à trente-trois ans, un anévrisme poplité droit traité avec succès par la ligature de la fémorale. Il entra à l'hôpital avec un anévrisme iliaque droit pour lequel on essaya d'abord le traitement spécifique, mais qui se développa si vite que l'on fut obligé d'intervenir. Incision médiane, incision du péritoine sur l'artère, ligature. Aucun trouble circulatoire, guérison sans incidents. L'auteur déclare l'opération facile, même chez les sujets gras. Il recommande l'incision médiane, car il est difficile de savoir d'avance sur quelle artère on sera obligé de jeter le fil. Il n'y a que douze opérations de ligature transpéritonéale des iliaques, dont sept se rapportent à l'iliaque interne. FOXTON E. GARDNER.

THÉRAPEUTIQUE

Contribution à l'étude du bromdiéthylacétamide (neuronal), son action hypnoptique et sédative chez les aliénés. (Artarit. Th. de Paris, 1905; Gauthier-Villars, édit.) — La longue étude que M. Artarit a faite du neuronal, basée sur 53 observations, lui permet de formuler les conclusions suivantes :

1° A la dose de 1 à 2 grammes, le neuronal possède une action hypnotique réelle : particulièrement marquée dans l'insomnie simple, les insomnies des états maniaques, dans les insomnies de cause morale ou psycho-sensorielle, cette action rend des services dans l'insomnie douloureuse, l'agitation automatique;

2° Il ne s'accumule pas et peut être donné tous les jours pendant des semaines sans entraîner d'accident; son accoutumance est faible, la suppression de l'hypnotique ne donne lieu à aucun trouble nouveau; l'effet se prolonge pendant quelques jours;

3° Son mauvais goût est assez prononcé, mais peut être masqué par une essence (citron, écorce d'orange amère);

4° Le neuronal ne peut pas compter comme médicament contre les crises convulsives de l'épilepsie, contrairement à ce qu'espéraient à priori les auteurs allemands;

5° Les expériences physiologiques de l'auteur lui permettent d'ajouter qu'il n'a aucune influence nocive sur les fonctions de respiration et de circulation; il paraît amener (à dose toxique) une paralysie des muscles striés et lisses (stase intestinale, etc.); le brome qu'il contient passe rapidement dans les urines et n'amène aucune éruption cutanée; le passage du médicament dans le torrent circulatoire n'entraîne aucune modification dans la teneur du sang en globules, ni dans la configuration de ces derniers. L. GAYARD.

VARIÉTÉS

LES IMPRESSIONS DES MÉDECINS ANGLAIS SUR LES HOPITAUX DE PARIS

Les impressions que les médecins français avaient rapportées de leur voyage en Angleterre permettaient, en quelque sorte, de prévoir celles des médecins anglais voyageant en France. Ceux-ci devaient nécessairement s'étonner de ne pas trouver à Paris les coutumes que nos compatriotes avaient été surpris de rencontrer à Londres. Les journaux médicaux parus la semaine dernière, notamment *The Lancet* et le *British medical Journal*, qui publient le récit complet du voyage à Paris, ne font que confirmer cette prévision.

Laissant de côté ce qui concerne la réception elle-même, qu'un devoir de reconnaissance nous commandait d'ailleurs de rendre agréable et cordiale, disons seulement quelques mots de l'opinion de nos confrères anglais sur nos services hospitaliers. Tous rendent hommage à la valeur des médecins, à l'habileté des chirurgiens, mais ils ne cachent pas l'étonnement qu'ils éprouvent en constatant la défectuosité de la plupart des hôpitaux. Ces établissements, disent-ils, admettent indistinctement tous les indigents sans qu'ils aient besoin d'aucune lettre de recommandation, tandis qu'en Angleterre diverses conditions restrictives sont imposées aux personnes qui sollicitent leur admission. Ce droit à l'hôpital est certainement une des causes de l'encombrement des salles. Les lits sont tellement rapprochés que l'installation de paravents autour de chacun d'eux, si elle était dans les habitudes fran-

çaises, serait matériellement impossible. Ce qui n'a pas laissé de surprendre nos confrères c'est que, non seulement les lits adossés à la muraille sont trop rapprochés les uns des autres, mais encore qu'il existe au milieu des salles des rangées de lits supplémentaires nommés brancards. L'insistance avec laquelle ils signalent cette particularité montre assez qu'elles les a profondément choqués. Ils attribuent à l'extraordinaire propreté des services hospitaliers l'innocuité relative de ce surpeuplement des salles. Ils remarquent, non sans justesse, qu'en France on trouve facilement des ressources abondantes lorsqu'il s'agit de bâtir des écoles ou des fondations privées, tandis que l'urgente nécessité de construire des salles d'hôpitaux destinées à fournir aux malades un cubage d'air suffisant, n'a pas le don d'intéresser les bienfaiteurs. — Parlant des salles d'opération, ils leur adressent le reproche de ne pas être toujours exclusivement réservées à l'acte opératoire lui-même.

La différence essentielle qui existe entre la centralisation administrative des hôpitaux de Paris et les hôpitaux autonomes de Londres ne semble pas avoir retenu longtemps l'attention des médecins anglais. Ils sont convaincus de la supériorité de leur système et se contentent d'observer que l'organisation de l'Assistance publique lui permet de faire des achats de denrées à meilleur compte que des hôpitaux privés. Comparant les infirmières françaises avec les *nurses* anglaises ils soulignent ce fait que les premières sont recrutées dans une classe sociale très différente de celle des secondes, ce qui explique que les malades sympathisent plus volontiers avec le personnel. Enfin, ils expriment le regret que les médecins aient un rôle aussi effacé dans la gestion administrative des hôpitaux.

Telles sont les principales critiques formulées par nos confrères anglais sur les hôpitaux de Paris. Si nous avons insisté sur ce point spécial, il n'en est pas moins vrai que leur impression générale est loin de nous être défavorable et si le voyage de nos compatriotes à Londres leur a permis de faire des observations profitables, celui des médecins anglais en France leur a, sans aucun doute, suggéré des réflexions qui ne seront pas inutiles. HOUSQUAINS.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 5 AU 10 JUIN 1905)

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 5 juin, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Reclus, Sébileau et Cunéo.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Desgrez et Macaigne.

1er (oral), *Salle Broussais* : MM. Kirmisson, Retterer et Rieffel.

2e, *Salle Thouret* : MM. Gautier, Gley et Branca; — M. Broca (André), suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. Terrier, Broca (Aug.) et Mauclaire; — M. Labbé (Marcel), suppléant.

5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Segond, Delens et Pierre Duval; — (2e série) : MM. Tuffier, Legueu et Proust; — (2e partie) : MM. Brissaud, Teissier et Claude; — M. Gosset, suppléant.

Mardi 6 juin, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Launois et Rieffel.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Jeanselme et Maillard.

3e (2e partie, oral), *Salle Béclard* : MM. Hutinel, Dupré et Guiart; — M. Thiroloix, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Berger, Schwartz et Marion; — (2e série) : MM. Pozzi, Thiéry et Auvray; — (2e partie) : MM. Raymond, Gouget et Carnot; — M. Renon, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Le Dentu, de Lapersonne et Morestin; — M. Langlois, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bar et Demelin; — M. Richaud, suppléant.

Mercredi 7 juin, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Rieffel et Cunéo.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Teissier et Legry.

1er (oral), *Salle Pasteur* : MM. Poirier, Proust et Branca.

3e (1re partie, oral), *Salle Dubois* : MM. Terrier, Retterer et Wallich; — M. Macaigne, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Reclus, Sébileau et Gosset; — (2e série) : MM. Delens, Mauclaire et Pierre Duval; — M. Legueu, suppléant.

Jeudi 8 juin, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Joffroy, Guiart et Maillard.

2e : MM. Pouchet, Launois et Langlois.

3e (1re partie, oral, 1re série) : MM. Pozzi, Poirier et Bar; — (2e série) : MM. Thiéry, Demelin et Rieffel.

4e : MM. Chantemesse, Dupré et Richaud; — M. Gouget, suppléant.

Vendredi 9 juin, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Landouzy, Roger et Desgrez.

1er (oral), *Salle Broussais* (1re série) : MM. Terrier, Sébileau et Pierre Duval; — *Salle Béclard* (2e série) : MM. Delens, Rieffel et Branca.

2e : MM. Gariel, Ch. Richet et Retterer.

3e (1re partie, oral) : MM. Broca (Aug.), Gosset et Potocki.

4e : MM. Pouchet, Gley et Balthazard; — M. Broca (André), suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Tuffier et Cunéo; — (2e série) : MM. Reclus, Legueu et Proust; — M. Mauclaire, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Legry, suppléant.

Samedi 10 juin, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Thiéry et Launois.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Bezançon et Richaud.

3e (2e partie, oral), *Salle Corvisart* : MM. Raymond, Vaquez et Méry; — M. Dupré, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Hutinel, Troissier et Jeanselme; — (2e série) : MM. Chantemesse, Thiroloix et Gouget; — (3e série) : MM. Gilbert, Renon et Carnot; — M. Auvray, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin; — M. Maillard, suppléant.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 63. — JEUDI 1er ET SAMEDI 3 JUIN 1905. 78e ANNÉE. JEUDI 1er ET SAMEDI 3 JUIN 1905. — N° 63.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Les pentoses et les pentosuries, par M. F. SAVORNAT.
LIVRES NOUVEAUX
NOTES DE THÉRAPEUTIQUE
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de médecine. Admission.* — Séances supplémentaires pour la troisième place : 31 mai, MM. Guillain, 18 ; de Grandmaison, 17 ; — 2 juin, MM. Ramond, Michel et Jousset, 19 ; Garnier, 20.

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Rist, Gandy et Garnier.

Concours de chirurgie. — Deuxième épreuve clinique.

Séance du 29 mai. — MM. Baudet, 18 ; Duval et Proust, 17.

— Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Duval et Baudet.

— Le jury du deuxième concours est composé de MM. Duplay, Picqué, Terrier, Guinard, Reynier, Hartmann et Charrin.

— Par suite du décès du docteur Soupault, le docteur Enriquez passe de la consultation de médecine de l'Hôtel-Dieu à celle de l'hôpital Bichat, où il s'occupera plus spécialement des maladies du tube digestif (estomac et intestin).

INAUGURATION DU MONUMENT TARNIER. — L'inauguration du monument élevé au professeur Tarnier a eu lieu jeudi matin avenue de l'Observatoire, à l'angle de la clinique Tarnier.

Le monument, qui est dû au ciseau de M. Denys Puech, représente le maître auprès d'un lit de malade. Le haut relief est encadré dans un fort élégant portique de M. Scellier de Gisors, architecte. On y lit l'inscription suivante : *Tarnier 1820-1897*, et plus bas, *Au maître qui consacra sa vie aux mères et aux enfants, ses collègues, ses amis, ses admirateurs.*

Des discours ont été prononcés par M. Mesureur, M. Brouardel, président du comité, et M. Bienvenu-Martin, ministre de l'Instruction publique.

Ier CONGRÈS INTERNATIONAL DE PHYSIOTHÉRAPIE. — La réunion à Liège, au moment de l'exposition universelle, les 12, 13, 14 et 15 août prochain, d'un Ier Congrès international de physiothérapie, a été décidée sous l'inspiration de la Société de médecine physique d'Anvers et d'un groupe de physiothérapeutes belges.

Placé sous la présidence d'honneur du baron Maurice Van der Bruggen, ministre de l'Agriculture de Belgique, le comité central d'organisation a pour présidents généraux le docteur Victor Desguin, ancien président de l'Académie de médecine de Belgique, et le docteur von Wintwarter, professeur ordinaire à l'Université de Liège ; pour secrétaires généraux, le docteur Louis de Munter, médecin directeur de l'Institut mécano-médical Zander de Liège, et le docteur L. Gunzburg, secrétaire de la Société de médecine physique d'Anvers.

Un comité parisien a été constitué. Il a pour président M. le professeur Gilbert ; pour vice-présidents MM. les docteurs Carnot et Oudin ; pour secrétaire général M. le docteur Albert-Weil ; pour secrétaires MM. les docteurs Haret, Kouindjy, Rosenthal et Martigny ; pour trésorier M. le docteur Bloch.

Les docteurs en médecine qui s'intéressent aux progrès de la physiothérapie ou qui veulent faire des communications à ce congrès sont priés d'adresser leur adhésion soit directement à Liège au docteur de Munter, soit au secrétaire général de Paris, le docteur Albert-Weil, 21, rue d'Edimbourg.

La cotisation est de 10 francs donnant droit à des réductions de chemin de fer, etc.

CONFÉRENCES DE CHIRURGIE DENTAIRE. — Le docteur Siffre fera une série de conférences libres et gratuites de chirurgie dentaire, à l'école pratique d'ontologie, 2, rue Huyghens (206, boulevard Raspail, coin du boulevard Montparnasse XIVe).

Ces conférences commenceront le mercredi 14 juin à dix heures et demie et se continueront à la même heure les mercredis 21, 28 juin, 5, 12 et 19 juillet.

Chaque conférence sera accompagnée de démonstrations pratiques et présentations de malades.

Sujet : « La carie, thérapeutique et obturation. »

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fête de la Pentecôte.* — A l'occasion de la fête de la Pentecôte, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 9 juin, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 15 juin 1905.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 5 AU 10 JUIN 1905)

THÈSES

Mercredi 7 juin 1905. — M. ANDRIEU. La tuberculose du tarse chez l'enfant. (MM. Lannelongue, président; Segond, Aug. Broca et Achard.) — M. FENOUILLIÈRE. Contribution à l'étude du traitement de l'invagination aiguë chez l'enfant du premier âge. (MM. Segond, président; Lannelongue, Aug. Broca et Achard.) — M. LÉAUTÉ. Étude d'un type clinique de chorée aiguë mortelle. (MM. Brissaud, président; Gaucher, Roger et Claude.) — M. CARIVENC. Chancre syphilitique de la langue [statistique et pourcentage]. (MM. Gaucher, président; Brissaud, Roger et Claude.) — Mlle PASCAL. Formes atypiques de la paralysie générale (hémiplégique et aphasique) ou prédominance régionale des lésions dans les méningo-encéphalites diffuses. (MM. Roger, président; Brissaud, Gaucher et Claude.)

Jeudi 8 juin 1905. — M. SEDILLE. Considérations sur l'anatomie pathologique et le traitement du rein mobile. (MM. Guyon, président; de Lapersonne, Schwartz et Auvray.) — M. COULOMB. L'œil artificiel. (MM. de Lapersonne, président; Guyon, Schwartz et Auvray.) — M. CAILLAUD. Des injections intramusculaires d'huile au sublimé dans les affections oculaires. (MM. de Lapersonne, président; Guyon, Schwartz et Auvray.) — M. CASTEX. La douleur physique. (MM. Dieulafoy, président; Gilbert, Vaquez et Renon.) — Mlle RIDNICK. Kystes hydatiques du foie et cholémie familiale. (MM. Gilbert, président; Dieulafoy, Vaquez et Renon.) — M. DA SILVA PEREIRA. Contribution à l'étude des brûlures électriques. (MM. Le Dentu, président; Berger, Marion et Morestin.) — M. OPPENHEIM. Contribution à l'étude des kystes hydatiques du foie communiquant avec les voies biliaires. (MM. Le Dentu, président; Berger, Marion et Morestin.) — M. GUICHARD. De la résection dans le traitement de l'ostéo-arthrite tuberculeuse du poignet. (MM. Berger, président; Le Dentu, Marion et Morestin). — M. FEIT. Les tumeurs pileuses du tube digestif chez l'homme; leur traitement chirurgical. (MM. Berger, président; Le Dentu, Marion et Morestin.)

REVUE GÉNÉRALE

LES PENTOSES ET LES PENTOSURIES

Par F. SARVONAT,
Interne des hôpitaux de Lyon.

I

Propriétés et réactions des pentoses. — Les pentoses sont des sucres réducteurs en C^5, renfermant par conséquent quatre fonctions alcooliques et une fonction aldéhydique.

Les plus simples répondent à la formule $C^4H^{10}O^3$. Nous y rattacherons leurs isomères ou méthylpentoses ($C^6H^{12}O^3$) représentés par le rhamnose. Nous envisagerons surtout les arabinoses et les xyloses, les seuls qui aient été rencontrés chez l'homme.

Les plantes renferment peu de pentoses libres (1), et surtout des pentosanes, produits de condensation qui sont aux pentoses ce que l'amidon est aux hexoses : un produit de réserve insoluble exigeant une hydratation préalable pour reprendre une forme mobile et assimilable.

La formation des pentoses dans les plantes se ferait d'après de Chalmot et Fischer, aux dépens des hexoses; ou bien d'après Cross, Bevan et Smith (2), d'une façon directe sous l'influence de la chlorophylle et de la lumière.

Dans l'organisme animal, les pentoses proviennent soit de l'ingestion des produits végétaux, soit du dédoublement de certaines nucléo-albumines (3)

Les pentoses sont des sucres réducteurs. En milieu alcalin, ils réduisent les oxydes métalliques, la liqueur de Fehling, le sous-nitrate de bismuth, l'azotate d'argent ammoniacal, comme les hexoses. Mais ils se distinguent de ces derniers par certaines propriétés. Ce sont des sucres non fermentescibles (4) que la levure de bière est impuissante à transformer en alcool. Les réactions propres aux pentoses (5) sont celles dites de Bertrand, celle de Tollens, celle du furfurol. Distillés avec un acide minéral fort, ils donnnent une grande quantité de furfurol (6), bien supérieure à celle que l'on obtiendrait avec les hexoses; ce produit se reconnaît du reste assez facilement, à l'aide d'un papier imprégné d'acétate d'aniline (7) ou de xylidine qui se colore en rouge.

La réaction de Tollens (8) s'obtient en ajoutant au liquide à examiner un volume d'acide chlorhydrique, puis 25 à 30 milligrammes de phloroglucine et en chauffant légèrement; on obtient une belle coloration rouge cerise, et au spectroscope on a une bande d'absorption entre les raies D et E (9).

La réaction de Tollens a été modifiée de la façon suivante par Salkowski (10) : On ajoute à chaud 5 à 6 centimètres cubes d'acide chlorhydrique, un peu plus de phloroglucine qu'il n'en peut dissoudre; on divise ce réactif en deux parties : à l'une on ajoute

(1) Chalmot. *Amer. chem. Journ.*, XV, 21.
(2) Cross, Bevan et Smith. Proc. chem. Soc., 1897-98.
(3) Hammarsten. *Zeitsch. f. Phys.*, ch. XIX, p. 19.
(4) Cross, Bevan et Smith. *Journ. of the chem. Soc.*, LXXI, 1001.
(5) Jiro Otari. *Zeitsch. f. Heilk.*, 1904, XXV, p. 12.
(6) Cross. *Chem. News*, 1895.
(7) Forster. *B d. d. chem. Gesell.*, XV, 322.
(8) Tollens et Wheeler. *Liebig's Annal. der Chemie*, CCLIV, 304.
(9) Tollens et Allen. *Liebig's Annalen*, CCLX, 304.
(10) Salkowski. *Centralbl. f. med. Wissensch.*, 1892, p. 592.

1/2 centimètre cube d'urine à examiner et à l'autre 1/2 centimètre cube d'urine normale de même coloration. On chauffe les deux mélanges au bain-marie : l'urine pentosurique donne bientôt une écume rouge vif, puis la coloration rouge se diffuse dans tout le liquide. L'examen spectroscopique révèle encore les raies caractéristiques entre D et E.

Dans la réaction de Bertrand (1) on mélange un peu d'urine avec 2 volumes d'acide chlorhydrique fumant et un peu d'orcine; on fait bouillir; les pentoses donnent une coloration vert bleuâtre; et, au spectroscope deux bandes d'absorption entre C et D. Brat (2) recommande de ne pas dépasser la température de 90 à 95 degrés.

Bial (3) se sert du réactif suivant : acide chlorhydrique à 30 p. 100, 500 centimètres cubes, orcine 1 gramme, perchlorure de fer à 10 p. 100 XV gouttes. On fait chauffer à l'ébulition un peu de réactif, et on en fait tomber quelques gouttes de 1 centimètre de haut environ dans l'urine, qui devient verte.

En pratiquant ces diverses recherches il ne faut pas perdre de vue que la filtration sur papier entraîne souvent de petites quantités de pentosanés susceptibles de modifier les résultats; il sera donc prudent de remplacer le papier par la laine de verre ou l'amiante (4).

Enfin tous les pentoses donnent, avec le phénylhydrazine, des composés cristallisés dont la forme et le point de fusion sont caractéristiques des divers sucres.

Nous donnons ci-dessous les formules de constitution des principaux pentoses, telles que Fischer les a établies, avec leur pouvoir rotatoire et le point de fusion de leur hydrazone.

		Pouvoir rotatoire.	Point de fusion de l'osazone.
Arabinose d...	H H OH CH^2OH—C—C—C—COH OH OH H	—105°	159—160°
Arabinose l...	OH OH H CH^2OH—C—C—C—COH H H OH	+105°	158—160°
Xylose d......	OH H OH CH^2OH—C—C—C—COH H OH H		
Xylose l......	H OH H CH^2OH—C—C—C—COH OH H OH	+20°	150—154°
Lyxose d......	H OH OH CH^2OH—C—C—C—COH OH H H	—11°	
Lyxose l......	OH H H CH^2OH—C—C—C—COH H OH OH		
Ribose d......	H H H CH^2OH—C—C—C—COH OH OH OH		

(1) Allen et Tollens. Loc. cit.
(2) Brat. *Zeitsch. f. klin. Med.*, 1902, XLVII, 501.
(3) Bial. *Fortsch. der Medizin*, 1903, XXI; — *Deut. med. Woch.*, 2 juil. 1903.
(4) Umber. *Berl. klin. Woch.*, 1901, nº 3.

```
                                                     Pouvoir      Point de
                                                     rotatoire.   fusion
                                                                  de l'osazone.
                         OH OH OH
                         |  |  |
Ribose l......   CH²OH—C—C—C—COH                                  154—155°
                         |  |  |
                         H  H  H

                         OH H  H
                         |  |  |
Rhamose.....  CH³CHOH—C—C—C—COH   autour de 9°    159°
                         |  |  |
                         H  OH OH
```

Parmi ces divers corps l'arabinose et le xylose ont seuls été rencontrés dans l'organisme animal : quant aux autres pentoses, ils n'ont qu'un intérêt expérimental.

Les procédés de dosage des pentoses (1), quand ils existent seuls dans un liquide, sont les mêmes que ceux du glucose : polarimètre, ou réduction de la liqueur cupropotassique. Quand ils sont associés aux hexoses, on utilise les propriétés qu'ont ces sucres de se convertir partiellement en furfurol quand on les chauffe avec un acide minéral : c'est la méthode de Tollens. Le calcul permet de passer de la quantité de purpurol trouvé à la quantité de pentose préexistant : mais malheureusement cette transformation est incomplète, et on est forcé de faire intervenir des coefficients fournis par l'expérience et forcément approximatifs.

II

Les pentosuries. — La présence des pentoses dans l'urine humaine a été rencontrée dans trois circonstances différentes. Quelquefois elle est la conséquence de l'ingestion de ces corps : c'est alors la pentosurie dite alimentaire, qui peut être soit spontanée, soit expérimentale. D'autres fois, les pentoses accompagnent d'autres constituants anormaux de l'urine, en particulier la glucose. Dans d'autres circonstances enfin, plus rares (il n'en existe que 15 observations), il semble s'agir d'une perturbation des échanges de nature et d'origine inconnues, ne s'accompagnant généralement d'aucun autre trouble de la santé.

1. *Pentosurie alimentaire.* — Les pentoses sont extrêmement abondants dans les végétaux et dans certains tissus animaux. Mais les pentoses animales sont combinées aux nucléines dont elles ne se séparent que sous l'effet de réactions parfois brutales. Aussi l'ingestion de viandes ne parvient-elle jamais à produire la pentosurie. Lüthje (2) a pu faire ingérer à un diabétique des quantités considérables de pancréas et même de pentoses en nature sans produire de pentosuries. Lui-même et le docteur Schwenkenbecher ont ingéré des pancréas sans résultat.

Bendix (3) a également obtenu un résultat négatif.

Par contre les pentoses d'origine végétale passent assez facilement dans l'urine. A l'état physiologique, comme l'a montré Ebstein, l'urine humaine en renferme déjà des traces suffisantes pour donner, avec l'orcine et la phloroglucine une ébauche de réaction colorée (4). Bendix, après l'ingestion de navets, a observé la pentosurie sur presque tous les malades

(1) Tollens. *Ber. der deut. ch. Ges.*, XXIII, 1751; XXIV, 694 et 3575; — Stone. Id., XXIII, 3791; XXIV, 3019; — *Journ. of analyt. chem.*, V, 421; — Hötter. *Chem. Zeit.*, XVII, XVIII; — Krüger et Tollens. *Zeitsch. f. angew. Chem.*, 1896, p. 33; — Grünhut. *Zeitsch. f. analyt. Chem.*, 1901, LX, p. 542.

(2) Lüthje. *Zeitsch. f. klin. Med.*, 1900, XXXIX, p. 397.

(3) Bendix. *Die Pentosurie*, 1903.

(4) *Virchows' Arch.*, CXXIX, p. 401.

d'un hôpital; Ebstein, Barszczecwski (1) l'ont vue après l'ingestion de divers fruits. Dans tous les cas, cette pentosurie a toujours été très modérée, et jamais elle n'aurait permis la confusion avec le diabète sucré.

2° *Pentosurie diabétique.* — Külz et Vogel (2) ont cherché les pentoses par la méthode de Tollens dans les urines de 80 diabétiques, et ont trouvé dans 4 cas une réaction positive, dans 12 cas une réaction douteuse à laquelle ils n'attachent aucune importance.

1° Enfant de sept ans et quatre mois. — En 1892 soif vive; en 1894 amaigrissement, enurèse nocturne; on découvre le diabète et on prescrit un régime qui comprend de l'albumine, de la graisse, 90 grammes d'hydrates de carbone; elle urine 81 à 132 grammes de sucre. L'urine renferme de l'acétone, de l'acide acétique, de l'acide oxybutyrique, 0,74 à 1,377 d'ammoniaque; pas d'albumine. Il s'agit d'un diabète grave et progressif; 2170 centimètres cubes d'urine donnaient 0,25 d'une osazone fusible à 158 degrés, cristallisé en aiguilles jaunes d'or.

2° E. R..., trente-sept ans. — Le 15 juin 1893, on découvre le diabète. A ce moment, le poids est de 68 kilos. L'urine, avec une alimentation d'où sont exclus les hydrates de carbone, renferme 45 grammes de sucre; avec un régime comprenant 42 grammes d'hydrates de carbone, le sucre urinaire oscille entre 67 et 103 grammes. L'urine renferme de l'acétone, de l'acide acétique et de l'acide oxybutyrique. L'ammoniaque urinaire oscille entre 3,98 et 6,93 par jour; quelques cylindres. On obtient avec 3700 centimètres cubes d'urine, 0,43 d'une osazone fusible à 157 degrés.

3° Femme de trente-huit ans, de famille goutteuse. — Depuis Pâques 1890, tendance au vertige et aux syncopes. Amaigrissement. A ce moment, pas de glycosurie. En janvier 1893, soif vive, diabète; le poids était tombé en trois ans de 62 à 52 kilogrammes. Jusqu'en mai 1894 la malade suivit un régime et sembla avoir une forme bénigne. A ce moment elle négligea son régime; le 5 octobre 1894, état très mauvais; poids : 48kg6; la malade urinait 10 grammes de sucre sans manger d'hydrates de carbone; avec un régime qui en renfermait 42 grammes elle urinait 50 à 64 grammes de sucre. L'urine renferme de l'acide acétique, de l'acétone, de l'acide oxybutyrique. L'ammoniaque oscille entre 1,73 et 3,6; pas de cylindres ni d'albumine dans l'urine. L'urine donne une osazone fusible à 158 degrés.

4° Peintre, vingt-six ans. — Mère diabétique; quatre frères sains. Entre dix-sept et dix-huit ans, excès de bière. En mars 1894 troubles psychiques, puis polydipsie; en avril 1894, on constate le diabète. Poids, 58kg95. En l'absence de tout hydrate de carbone, le malade urine 21 grammes de sucre. Avec un régime qui renferme 100 grammes d'hydrate de carbone, il urine de 51 à 85 grammes de sucre. Un peu d'acétone; traces d'acide acétique; 3200 centimètres cubes d'urine donnaient 0,28 de pentosazone fusible à 158 degrés.

Salkowsky (3), Blumenthal (4) ont vainement cherché la pentosurie chez plusieurs diabétiques. Rosin et Alfthan (5) en 1900 ont montré, d'autre part, que la plupart des urines des diabétiques renferment, à côté du glucose, des traces d'autres hydrates de carbone, et en particulier des pentoses.

Plus récemment, Luigi d'Amato (6) a publié un nouveau cas de diabète associé à la pentosurie.

Un paysan de trente-trois ans, sans antécédents, commença, en 1898, à avoir de la polydipsie et de la polyurie. En septembre 1899, affaiblissement, troubles de la vue; il

(1) Ebstein et Barszczewski. *Gazeta lekarska.* Anal. : *Fortschr. der Mediz.*, 97.

(2) Külz et Vogel. *Zeits. f. Biol.*, 1895, XXXII, p. 184.

(3) Salkowsky. *Berl. klin. Wochens.*, 95.

(4) Blumenthal. *Id.*, p. 567.

(5) Alfthan. *Deuts. med. Wochens.*, 1900, et *Inaug. Diss.*, Helsingfors, 1900.

(6) Luigi d'Amato. *Rivista crit. di clin.*, 1902, p. 513.

entre à l'hôpital le 1er janvier 1900. Le malade est amaigri. Il urine 2, 3 litres d'urine renfermant de 5 à 7 grammes de sucre p. 100; les réactions de l'orcine et de la phloroglucine montrent la présence de pentoses. Le 20 janvier, vomique de 200 centimètres cubes. Affaiblissement et cachexie jusqu'à la mort qui survient le 12 mars.

A l'autopsie, abcès du foie ouvert dans le poumon droit; pancréas bourré de petits calculs; son tissu présente tous les caractères de la pancréatite interstitielle chronique.

3° *Pentosurie essentielle*. — Il existe actuellement 15 cas de pentosurie essentielle. Le premier est dû à Jastrowitz et Salkowski (1892). Depuis Blumenthal, Reale, Colombini, Meyer, Bial, Brat, Luzzato en ont publié d'autres.

1° Jastrowitz et Salkowski (1). — Neurasthénique morphinomane âgé de vingt-neuf ans; l'urine est réductrice, mais non fermentescible et à peine capable de dévier la lumière polarisée. Ces caractères persistaient même après la suppression de la morphine. Parfois, un peu de glycosurie. Osazone fusible à 157-158 degrés assez soluble dans l'eau chaude, ce qui la distinguait de la phénylglucosazone; cristallisant en aiguilles soyeuses, jaune citron.

Il existe trois hydrates de carbone dont les osazones fondent entre 158 et 160 degrés : l'arabinose, le xylose et le β. acrosa; or l'arabinose est fortement dextrogyre, l'urine l'était à peine. L'auteur émet l'hypothèse qu'il s'agissait peut-être de xylose.

2° Blumenthal (2). — Commerçant de trente-six ans; au moment de contracter une assurance sur la vie, on lui découvre un diabète. Feschenfel et Blumenthal constatent le pouvoir réducteur de l'urine, l'absence de pouvoir rotatoire et de fermentation. Salkowski constate la présence de pentose. Pendant cinq mois, on avait constamment trouvé les pentoses dans l'urine, sans que l'alimentation exerçât la moindre influence. État général parfait.

3° Blumenthal (3). — Banquier, soixante-deux ans. Antécédents nerveux. Un frère et un neveu diabétiques; ses enfants présentent de nombreuses traces psychiques. Pendant six mois, pentosurie constante.

4° Reale (4). — Aucune association avec la glycosurie; les réactions des pentoses disparurent quatre jours après la suppression de la morphine. En même temps l'urine prit un pouvoir lévogyre. Osazone fusible à 158 degrés.

5° Colombini (5). — Cinquante ans végétarien, sans antécédents; éruption de xanthome sans trouble subjectif autre qu'une diminution de la force. L'urine ne renferme pas de glucose, mais une pentose. Régime lacto-carné; liqueur de Fowler; guérison en quatre mois.

6° Meyer (6). — Homme de trente-neuf ans. Pas d'antécédents. Il y a six ans, on lui découvre un diabète au moment de contracter une assurance sur la vie (réaction de Trommer et de Moore). Après un séjour à Carlsbad, on constate que l'urine ne dévie pas la lumière polarisée. Il y a un an et quart, amaigrissement, endolorissement lombaire, céphalées, névralgies. Examen viscéral négatif; l'urine donne les réactions de Moore et de Trommer; elle ne fermente pas et ne dévie pas la lumière polaire. Pensant à la pentosurie, on fait la réaction de l'orcine, qui est positive; l'osazone fond à 159 degrés et renferme 17,09 p. 100 d'azote.

Le régime diabétique n'exerce aucune influence.

Avec une alimentation mixte, amélioration rapide de l'état nerveux et de la pentosurie.

7° Bial (7). — H..., commerçant, cinquante-sept ans. Depuis quelques années légers troubles gastro-intestinaux; se croit diabétique. On a trouvé du sucre dans ses urines et on lui a prescrit un régime. Pas d'autres signes. Bial constate que l'urine n'est pas fermentescible et ne possède pas de pouvoir rotatoire. En 1898 et en 1899, la réaction de l'orcine est positive et on obtient un osazone caractéristique, fusible à 157-160 degrés ayant la composition centésimale d'une pentosazone. L'urine renfermait 3gr27 p. 100 de pentose, dosé par la méthode de Knapp.

8° Bial (1). — R..., vingt-huit ans; bien portant. En juillet et en décembre 1899, réaction de l'orcine. L'orcine ne fermente pas ni ne dévie la lumière polarisée. En juillet, l'ingestion de 100 grammes de glucose ne produit pas de glycosurie. L'osazone fondait à 158-160 degrés et avait la composition d'une pentosazone : 0,35 p. 100 de pentose dans l'urine par la méthode de Knapp.

9° Brat (2). — Femme de soixante-deux ans. Un frère a de la pentosurie. Pas d'antécédents. En 1900, elle se sent faible et on lui trouve 0,455 p. 100 de sucre. Après un séjour à Carlsbad, elle rentre chez elle plus fatiguée, et ne peut plus supporter le régime diabétique; en avril 1901, on découvre la pentosurie. On la remet au régime habituel, et elle s'améliore rapidement au point de vue général. La pentosurie persiste au bout de plusieurs mois; 200 centimètres cubes d'urine donnent 0,445 de pentosazone fusible à 156 degrés. L'épreuve de la glycosurie alimentaire était négative.

10° Ricardo Luzzato (3). — Un médecin cocaïnomane qui a rédigé lui-même son observation était arrivé à prendre chaque jour par la bouche 2 grammes de cocaïne. Troubles nerveux divers. Quelques années avant le début de cette intoxication, on avait constaté le pouvoir réducteur et levogyre de son urine; le malade croyait être diabétique, d'autant plus qu'il maigrissait et se cachectisait. A partir du jour où il renonça à la cocaïne, l'état général s'améliora rapidement, sans que disparût le pouvoir réducteur de l'urine.

Le pouvoir réducteur de l'urine, exprimé en glucose, était en moyenne de 0,90 p. 1000. Il variait peu suivant les circonstances, ainsi que le montrent les chiffres suivants :

	Quantité d'urine	Pouvoir réducteur en glucose p. 1000.
Alimentation mixte..........		0,90 en moyenne.
— amylacée........	2000	0,64 —
— carnée..........	1700	0,90 —
— pour les fruits...	1660	1,03 —
— pour le sucre....	1900	0,98 —
Travail intellectuel..........	1750	1,10 —
— physique..........	1800	0,81 —

L'urine ne fermentait pas avec la levure de bière, elle donnait les réactions de la phénylhydrazine, de la phloroglucine, de l'orcine; elle donnait des quantités notables de furfuro par distillation avec l'acide chlorhydrique.

L'auteur a eu l'idée d'essayer sur ce malade la réaction de Williamson (4) : ni l'urine ni le sang ne décoloraient le bleu de méthylène.

L'ingestion de 100 grammes de glucose ne provoquait pas de glycosurie.

11° Auerbach et Bendix (5). — Commerçant de cinquante-deux ans, sans antécédents. Il y a un an et demi, à l'occasion d'une grippe, on s'aperçut que ses urines renfermaient un peu d'albumine et étaient réductrices; elles ne fermentaient pas avec la levure de bière et étaient inactives au polarimètre. L'état général restait satisfaisant, avec une alimentation mixte. L'urine renfermait un peu d'albumine, quelques leucocytes, pas de cylindres, pas d'acétone. Les réactions de Trommer et de Fehling se faisaient, comme le prétend Salkowski, après refroidissement et brusquement; réactions de l'orcine et de la phloroglucine positives. L'osazone fondait à 155 degrés et renfermait 10 p. 100 d'azote.

(1) Jastrowitz et Salkowsky. *Centralbl. f. die med. Wissensch.*, 1892, n° 19.
(2) Blumenthal. *Berl. klin. Wochens.*, 1895, n° 26, p. 567.
(3) Blumenthal. *Berl. klin. Wochens.*, 1895, n° 26.
(4) Reale. *Rivista clin. e terap.*, 1894, n° 3, analysé in *Centralbl. f. inn. Med.*, 1894, p. 680.
(5) Colombini. *Monats. f. prakt. Dermat.*, 1897, n° 3, analysé in *Giorn. ital. delle malat. ven.*, 1897, p. 798.
(6) Meyer. *Berl. klin. Wochens.*, 1901, n° 30, p. 785.
(7) Bial. *Zeits. f. klin. Med.*, XXXIX, p. 473.

(1) Bial. *Id.*
(2) Brat. *Id.*, 1902, XXXXVII, p. 499.
(3) Ricardo Luzzato. Volume dédié à Albertoni, Milan 1901. (Zamorani et Albertazzi.) *Arch. di farmacol. sperim.*, 1902; — *Rivista ven. di sc. med.*, 30 sept. 1903; — *Beit. z. chem. Physiol.*, 1904. — Nous remercions ici le docteur Luzzato de l'obligeance avec laquelle il a bien voulu nous communiquer ses divers travaux sur le sujet qui nous occupe, travaux que nous n'avions pu nous procurer.
(4) Williamson. *Brit. med. Journ.*, 19 déc. 1896.
(5) Bendix. *Münch. med. Wochens.*, 1903, p. 1551.

Pas de glycosurie après ingestion de 100 grammes de glucose.

12°, 13°, 14° Bial (1). — Trois personnes d'une même famille, un homme et ses deux sœurs, avaient été regardés comme diabétiques en raison de la réaction de leur urine avec la liqueur de Fehling. La première se plaignait de troubles nerveux sans altération viscérale. Son urine réduisait la liqueur de Fehling (0,30 de glucose); elle donnait la réaction de Bial; elle ne fermentait pas, ni ne déviait la lumière polarisée. L'osazone fondait à 150 degrés et renfermait 17,01 p. 100 d'azote.

Le frère se plaignait de troubles nerveux, céphalée, insomnie, excitation : il se préoccupait beaucoup de la prédisposition au diabète que semblait avoir toute sa famille. Son urine donnait les diverses réactions.

La deuxième sœur avait également été regardée comme diabétique. Bial ne peut pas examiner la malade elle-même; mais il eut l'occasion d'étudier son urine, qui renfermait un pentose, mais pas de glucose.

Le père des malades, leurs deux frères et deux de leurs enfants n'étaient ni diabétiques, ni pentosuriques.

15° Bial (2). — Un homme se plaint de troubles nerveux, de gêne abdominale, de constipation, de flatulence. Pas de troubles objectifs en dehors de l'atonie intestinale. Depuis plusieurs années, on lui a dit que son urine renfermait du sucrc, mais il n'y a pas prêté attention. Bial y trouve un pentose, mais pas de glucose.

A l'aide de ces 15 observations, il est possible d'esquisser l'histoire classique de la pentosurie.

C'est une maladie de l'adulte; elle a été constatée à vingt-huit, vingt-neuf, trente-six, trente-neuf, cinquante, cinquante-sept, soixante-deux, soixante-cinq ans. Le caractère familial n'a été rencontré que dans les cas de Brat et de Bial; ce sont aussi les seuls qui aient trait à des femmes. Les antécédents des malades ne présentent que deux points saillants, et encore ne sont-ils pas constants : d'une part, la neurasthénie et les tares nerveuses (cas de Jastrowitz et Salkowski, cas de Blumenthal; les malades de Meyer et de Brat ont présenté pendant tout le temps où ils se sont cru diabétiques un état de dépression nerveuse qui semble bien en rapport avec quelque tare), et les intoxications (morphine, Salkowski, Reale; cocaïne, Reale, Luzzato).

Dans la plupart des cas, la pentosurie ne provoque aucun symptôme qui lui soit propre; c'est par hasard, à l'occasion d'un examen complet du malade (surtout au moment de contracter une assurance sur la vie) qu'on s'aperçoit de la présence dans l'urine d'un corps réducteur; généralement, le médecin se contente de cette constatation et fait le diagnostic de diabète. On prescrit au malade un régime plus ou moins sévère qui se montre généralement inefficace (sauf dans le cas de Colombini), et qui a plutôt pour résultat de déprimer le malade, tant au point de vue physique qu'intellectuel. Cet état de choses se prolonge indéfiniment, jusqu'au jour où un examen plus attentif de l'urine permet de fixer un diagnostic exact. Quand cette éventualité se produit, il suffit généralement de supprimer tout régime et tout traitement pour que le malade se trouve aussi bien que jamais.

L'étude clinique de la pentosurie se résume donc dans l'analyse de l'urine et dans le diagnostic de cette affection avec le diabète vrai.

L'urine pentosurique réduit la liqueur de Fehling; mais Salkowski (3) a signalé que cette réduction, dans quelques cas, ne se produit qu'un moment après qu'on a chauffé l'urine, et alors le changement de couleur se fait tout d'un coup. Ce caractère est, du reste, inconstant.

Avec de la levure de bière, ou le spectroscope, on aboutit à des constatations négatives.

Les seuls caractères de certitude sont les réactions de la phloroglucine ou de l'orcine, avec l'examen spectroscopique de leur produit, et la formation d'un osazone fondant entre 156 et 160 degrés et renfermant 17,07 p. 100 d'azote.

Ces derniers caractères sont difficiles à déterminer en dehors d'un laboratoire. Salkowsky a proposé de se baser, pour reconnaître la pentosazone, sur la solubilité qui est bien supérieure à celle des hexosazones : la pentosazone ne se déposerait sur les parois du vase qu'après refroidissement de l'urine; au contraire, les hexoses donneraient une osazone qui se déposerait même à chaud.

Zunz a résumé de la façon suivante la marche à suivre pour caractériser les pentoses (1) :

L'urine renferme un corps réducteur	Se combinant directement avec la phénylhydrazine	Osazone fusible vers 200°	Urine fermentant avec la levure de bière	Urine levogyre	levulose
				Urine dextrogyre	glucose
			Urine ne fermentant pas avec la levure		lactose
		Osazone fusible vers 150°	Réaction de l'orcine positive		pentoses
			Réaction de l'orcine négative		isomaltose
	Ne se combinant à la phénylhydrazine qu'après chauffage avec SO^4H^2 dilué				ac. glycuronique combiné

Quand l'urine renferme à la fois des pentoses et du glucose, la recherche des premiers peut devenir difficile. On y parvient cependant : si le glucose n'existe qu'en faible quantité (cas de Jastrowitz et Salkowski) il est impuissant à en marquer les réactions; si, au contraire, il prédomine nettement, Salkowski conseille de le détruire par fermentation avant de faire les réactions caractéristiques.

Les pentoses urinaires sont toujours en quantité relativement faible, surtout si on les compare à la quantité de glucose que peut renfermer l'urine diabétique; ils ne dépassent jamais quelques grammes par litre. La détermination quantitative en est, du reste, assez délicate.

Neuberg (2) a isolé à l'état de pureté le pentose que renfermait l'urine d'un des malades de Blumental et Salkowski; c'était de l'arabinose racémique.

L'inactivité optique du pentose urinaire est, du reste, un fait général, constaté par la plupart des auteurs. Ricardo Luzzato (3) est le seul auteur qui ait isolé une arabinose dextrogyre.

III

Physiologie des pentoses. — Les pentoses, ou plutôt les corps susceptibles de les produire, sont extrêmement répandus dans les plantes (4). En particulier, ils sont très abondants dans certains fruits et feuilles, dans les tiges de graminées que l'on regarde plutôt comme déchets, et qui pourraient acquérir une importance considérable en zootechnie, s'il était démontré que ces corps soient assimilés.

Kossel et Neumann (5) ont retrouvé des pentoses

(1) Bial. *Berl. klin. Wochens.*, 1904, p. 557.
(2) Bial. *Berl. klin. Wochens.*, 1904, p. 552.
(3) Salkowsky. *Berl. klin. Wochens.*, 1895, n° 17.

(1) Zunz. *Journ. de méd. de Bruxelles*, 1903, VII, 433.
(2) Neuberg. *Ber. der deutsch. chem. Gesel.*, XXXIII, p. 2243.
(3) Ricardo Luzzato. Loc. cit.
(4) *Zeitsch. des Vereins für Rübenzucker Industrie*, XXXXIV.
(5) Kossel et Neumann. *Verk. d. physiol. Gesel.*, Berlin, 14 nov. 1892.

dans la levure de bière; Bendix (1), Aronson (2) dans les bacilles tuberculeux et diphtériques.

Dans le règne végétal, la plus grande partie des pentoses se trouve sous forme de pentosanes (3); mais une partie se trouve combinée aux nucléines; c'est ce qu'ont montré Kossel (4) pour la levure de bière; Bendix (5) pour les bacilles da la tuberculose et pour les bactéries de l'intestin, Osborne et Harris (6) pour l'embryon de froment.

Ces pentoses végétales semblent jouer le rôle de produits de réserve, mais on ne connaît rien sur leur mode d'utilisation; en particulier on n'a jamais pu mettre en évidence l'existence des ferments solubles susceptibles de les dégager des combinaisons dont ils font partie.

Dans le règne animal les pentoses sont moins abondantes, mais leur répartition semble également générale.

Sosnowski (7) les a trouvés dans les paramécies à l'état de combinaison nucléinique. C'est, en effet, sous cette forme ou sous des formes analogues, que les pentoses se présentent exclusivement dans le règne animal, à l'exception des pentoses libres de l'urine.

Hammarsten (8), en 1894, a été le premier à obtenir dans les tissus des animaux supérieurs, un corps donnant certaines réactions des pentoses. Il opérait sur les nucléo-protéides extraites du pancréas, mais il n'osa pas affirmer la nature du corps isolé. Salkowski (9) reprit cette étude et conclut que le corps en question était un pentose que Neuberg (10) montre être du xylose, distinct par conséquent du pentose urinaire.

Enfin Bang (11) et Umber (12) ont cherché à préciser quelle était la place qu'occupait le pentose dans la constitution de la molécule de nucléo-albumine : il ferait partie du groupe prosthétique accolé à la matière albuminoïde, et se séparerait de celle-ci en se combinant à l'acide guanylique.

Dans le foie, Wohlgemüth (13) a également isolé un pentose combiné avec une nucléo-albumine. Ce corps serait précipité avec le glycogène que l'on isole par le procédé de Pflüger, et donnerait à ce produit les réactions des pentoses.

Des constations de même ordre ont été faites dans le corps thyroïde par Oswald (14) et Notkin (15); dans le corps thyroïde et le thymus par Blumenthal (16); dans la rate par Jacob et Bergell (17).

Georg Grund (18) a étudié, par la méthode de Tollens, la teneur en pentoses des différents organes. Voici ses résultats :

(1) Bendix. *Deut. med. Woch.*, 1902, nº 2.
(2) Aronson. *Arch. f. Kinderheilk.*, Bd XXX.
(3) Tollens. *Handb. der Kohlenhydrate.*
(4) Kossel. *Arch. f. Physiol.*, 1893.
(5) Bendix. Loc. cit.
(6) Osborne et Harris. *Zeitsch. f. physiol. Chem.*, XXXVI, 1902, p. 85.
(7) Sosnowski. *Centralbl. f. Physiol.*, 1899, XIII, p. 267.
(8) Hammarsten. *Zeitsch. f. physiol. Chem.*, 1894, XIX, p. 28.
(9) Salkowski. *Berl. klin. Wochens.*, 1895, nº 17.
(10) Neuberg *Ber. d. d. chem. Gesell.*, 1902, XXXV, 1467.
(11) Bang. *Zeitsch. f. phys. Chem.*, XXVI, p. 133, XXXI, 411.
(12) Umber. *Zeitsch. f. klin. Med.*, XL et XLIII.
(13) Wohlgemüth. *Zeitsch. f. phys. Chem.*, 1903; *Pflüger's Arch.*, LXXX, p. 238.
(14) Oswald. *Zeitsch. f. physiol. Chem.*, 1898, XXVII.
(15) Notkin. *Wiener med. Wochens.*, 1895, nºs 19 et 20.
(16) Blumenthal. *Zeitsch. f. klin. Med.*, 1898.
(17) Jacob et Bergell. *Id.*, 1898.
(18) Georg Grund. *Zeitsch. f. physiol. Chem.*, XXXV, p. 111; Thèse Hadelberg, 1903.

Organes.	Pentose p. 100 calculé en xylcose.
Pancréas de bœuf	0,447
Foie de veau	0,100
Thymus de veau	0,099
Corps thyroïde de bœuf	0,090
Rate de bœuf	0,081
Rein de bœuf	0,084
Sous-maxillaire de bœuf	0,096
Cerveau de bœuf	0,029
Muscles de bœuf	0,021

Le pancréas est donc l'organe le plus riche en pentoses; mais si on tient compte du poids absolu des organes, on constate avec Grund, qu'il ne renferme qu'une faible partie des pentoses de l'organisme, soit 0g393 sur un total de 10g582; les muscles en renferment 7g382 et le foie 1g856.

Ebstein et Bendix (1) ont obtenu des résultats numériques de même ordre :

Organes.	Poid de pentose p. 100 d'organes frais.
Testicule de taureau	0,104
Foie de taureau	0,158
Foie d'homme	0,098
Thymus de veau	0,114
—	0,148
Pancréas de veau	0,432
—	0,471
—	0,645
Pancréas d'homme	0,22
Cerveau d'homme	0,107

La teneur plus faible des organes humains s'expliqueront parce qu'ils ne sont jamais étudiés qu'après avoir subi un commencement de putréfaction (2); ce processus fait, en effet, diminuer rapidement la quantité de pentose contenue dans les organes. Un pancréas frais en renfermait 0,43 p. 100; au bout de quinze heures, 0,18; au bout de cinquante-cinq heures, 0,08; au bout de sept jours, 0,048. Un foie de veau en renfermait 0,095 à l'état frais, au bout de quarante-huit heures, on ne pouvait plus obtenir les réactions caractéristiques.

L'état fonctionnel des organes semble n'avoir aucune influence sur la teneur en pentose (3); les testicules du veau et du taureau en renferment la même quantité.

Les liquides de l'organisme renferment également des pentoses généralement combinés aux nucléo-albumines : le pus [Bang (4)], le lait [Odenius (5)], le sperme [Slowtzow (6)], le liquide pleurétique [Umber (7)].

Enfin les ferments solubles semblent actuellement rentrer dans la catégorie des composés nucléiniques, et renfermer des pentoses: c'est ce qu'ont démontré Friedenthal (8) pour les ferments protéolytiques et diastasiques; Sieber (9) pour le ferment oxydant du sang.

Les pentosanes résistent aux divers sucs du tube digestif. La ptyaline et le suc pancréatique se sont montrés sans aucune efficacité; le suc gastrique

(1) Ebstein et Bendix. *Zeitsch. f. allg. Physiol.*, 1902, p. 1.
(2) Ebstein. *Zeitsch. f. phys. Chem.*, XXXVI, p. 478.
(3) Ebstein. *Centralbl. f. Stoffwech. und Verdauungsk*, III, p. 503.
(4) Bang. *Deutsch. med. Wochens.*, 97.
(5) Odenius. *Upsala läkaref Fork.*, N. F., t. V.
(6) Slowtzow. *Zeitsch. f. physiol. Chem.*, XXXV, 1902.
(7) Umber. *Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVIII.
(8) Friedenthal. *Arch. f. Anat. und Physiol.*, 1901.
(9) Sieber. *Zeitsch. f. physiol. Chem.*, XXXIX, p. 490.

exerce bien une légère action hydrolysante, se traduisant par la mise en liberté d'un peu de xylose, mais cette action doit être attribuée à l'acide chlorhydrique [Slowtoff (1)].

Les divers ferments protéolytiques semblent agir assez facilement sur les nucléoprotéides pour mettre en liberté les pentoses qu'ils renferment (2).

Les ferments figurés détruisent facilement les sucres en C^5; nous ne pouvons faire ici l'étude complète de ces fermentations (3). Rappelons seulement un point qui a son intérêt en physiologie et qui a été mis en lumière par Bendix : c'est la facilité avec laquelle ces sucres sont attaqués par les microbes de l'intestin; à une solution de pentoses et d'un peu de peptones, il suffit d'ajouter un peu de matières fécales, pour voir se développer une fermentation intense, susceptible, en vingt-quatre heures, de détruire plus de 50 p. 100 des pentoses mis en expériences.

Deux questions ont surtout préoccupé les expérimentateurs : l'utilisation des pentoses par l'organisme animal et la formation de glycogène à leurs dépens. Ces questions auraient un intérêt, tant au point de vue de la physiologie générale qu'à celui plus restreint de l'hygiène de l'alimentation. Malheureusement les résultats obtenus ont été en contradiction les uns avec les autres.

D'une façon générale, les pentosanes sont assez bien assimilés par les animaux herbivores. Ces corps entrent, en effet, comme nous l'avons vu, pour une proportion notable dans leur alimentation et cependant leur urine n'en renferme pas des quantités appréciables.

D'après Weiske (4), le mouton éliminerait par son tube digestif 35 p. 100 et le lapin 46 p. 100 des pentosanes ingérées.

Slowtoff (5) a constaté que l'intestin du lapin absorbait de 33,17 à 82,91 p. 100 du xylane ingéré : sur cette quantité, 1,45 à 4,63 p. 100 passaient dans l'urine; il est vrai qu'il s'agissait de xylane ajouté artificiellement à l'alimentation.

Lindsey (6) a recherché sur des moutons quel était le degré de digestibilité des pentosanes contenus dans divers végétaux.

Il conclut de ses recherches que ces corps sont aussi facilement absorbés que les autres hydrates de carbone, dans des proportions qui varient de 28,62 à 88,34 p. 100 des pentosanes ingérés.

Rudno Rudzinski (7) évalue à 46,82 p. 100 la digestibilité des pentosanes contenus dans la paille de seigle, mais si on associe à cette alimentation d'autres hydrates de carbone (amidon, sucre), la digestibilité des pentoses tombe à 9 ou 12 p. 100.

Chez l'homme sain, l'utilisation des pentoses présente également de grandes variations individuelles.

Ebstein (8) concluait que des quantités de xylose et d'arabinose même minimes apparaissaient dans l'urine peu de temps après leur ingestion; un de ses sujets avait ingéré 0,05 de xylose et deux heures après, son urine donnait la réaction de Tollens.

(1) Slowtoff. *Id.*, XXXIV, p. 181.
(2) Umber. *Zeitsch. f. klin. Med.*, 1901.
(3) Frankland. *Chemical News*, LXIX; Salkowski. *Zeitsch. f. physiol. Chem.*, 1900; Tollens. *B. d. d. chem. Gesel.*, XXX; Bendix. *Zeitsch. f. physiol. Therap.*, III.
(4) Weiske. *Zeitsch. f. phys. Ch.*, XX.
(5) Slowtoff. *Zeitsch. f. phys. Ch.*, XXXIV, p. 167.
(6) Lindsey. *Massachussets State Rep.*, 1902. Anal. in Biochem. *Centralbl.*
(7) Rudzinski. *Zeitsch. f. phys. Ch.*, 1904, p. 317.
(8) Ebstein. *Virchows Arch.*, CXXIX et CXXXIV; *Centrabl. f. d. med. Wissensch.*, 1892.

Lindemann et May (1) ne retrouvèrent dans l'urine que 8 p. 100 du rhamnose ingéré et admirent que tout le reste avait été utilisé par l'organisme.

Jacksch (2) retrouve dans l'urine une quantité variable des pentoses ingérés. Les fèces ne renferment jamais ni xylose ni arabinose, mais de petites quantités de rhamnose. La fièvre diminue l'élimination urinaire des pentoses. L'auteur ne croit pas pouvoir affirmer que les pentoses soient réellement utilisés par l'organisme; en tous cas, ils ne semblent y jouer qu'un rôle très secondaire.

Les grandes variations individuelles qu'ont observées tous les auteurs sont peut-être dues en partie à l'action variable des microbes intestinaux qui détruiraient une quantité plus ou moins grande des pentoses. Voit (3) a cherché à éviter cette cause d'erreur en injectant une solution de pentoses sous la peau : il a constaté également qu'une quantité variable de pentoses se retrouvait dans l'urine, plus considérable cependant qu'en utilisant la voie digestive.

Bendix et Dreger (4) ont étudié l'absorption des pentoses après un jeûne de trente heures; ni l'absorption de ces corps, ni l'acétonurie qu'avait provoquée le jeûne, n'ont été influencées.

Les diverses variétés optiques d'un même sucre semblent se comporter de façon différente. Neuberg et Wohlgemüth (5) ont expérimenté avec les trois stéréo-isomères de l'arabinose : l'arabinose l. se rapproche beaucoup plus du glucose l. que les autres variétés, ils appuyent cette constatation sur des considérations basées sur la formule de constitution de ces divers sucres. On sait, en effet, depuis Fischer, que la destinée physiologique des sucres est commandée par structure moléculaire. De plus, Neuberg et Wohlgemüth ont vu qu'après l'ingestion d'arabinose racémique la forme l. était utilisée en grande partie par l'organisme, tandis que l'urine renfermait de l'arabinose r. et d.

Les pentosanes naturels qui sont apportés à l'organisme humain avec l'alimentation sont, en général, à peu près complètement utilisés. Il faut des sujets prédisposés et une alimentation très riche en pentoses pour que ceux-ci apparaissent dans l'urine comme dans les expériences de Blumenthal (6) et de Barszczewski (7).

D'une façon générale, il semble que les herbivores absorbent et utilisent assez bien les pentoses végétaux; l'homme, au contraire, mieux adapté à l'absorption des hexoses et des polysaccharides susceptibles de se transformer en ces corps, semble les absorber plus mal. C'est ce qui explique la facilité avec laquelle les pentoses ajoutés à l'alimentation apparaissent dans l'urine.

Quant à la question de la formation du glycogène aux dépens des pentoses, elle semble devoir se résoudre par l'affirmative. D'une façon générale,

(1) May. *Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1896.
(2) Jacksch. *Zeitsch. f. Heilkund*, 1899, Bd. XX.
(3) Voit. *Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1897.
(4) Dreger. *Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVIII, p. 198.
(5) Wohlgemüth. *Ber. d. deut. chem. Gesellsch.*, 1901, XXXIV, p. 1745.
(6) Blumenthal. *Deutsch. Klin.*, 1902, p. 312.
(7) Barszczewski. *Gazeta lekarska*, anal. in *Fortschritte der Med.*, 1897.

Voit et Cremer (1) avaient cru pouvoir affirmer que les sucres qui fermentent avec la levure de bière sont seuls susceptibles de donner du glycogène.

Frentzel (2) a fait ingérer à des lapins privés de leur glycogène par la strychnisation, des quantités considérables de xylose, sans obtenir la reproduction des réserves hépatiques.

Mais Cremer (3), lui-même, a observé sous l'influence de l'arabinose, du xylose et du rhamnose, une légère augmentation du glycogène hépatique.

Salkowski, Külz (4), Neuberg et Wohlgemüth (5) ont également obtenu des résultats positifs avec le xylose l. et l'arabinose l., mais non avec l'arabinose d.

IV

Nature de la pentosurie. — Nous ne nous occuperons pas de la pentosurie alimentaire, simple accident résultant de la disproportion entre l'alimentation et la faible quantité de pentosanes que l'organisme humain peut utiliser.

La pentosurie des diabétiques a donné lieu à un certain nombre de recherches expérimentales qui n'en ont, du reste, pas beaucoup éclairci le mécanisme.

Lindemann et May (6) ont constaté qu'un homme sain éliminait 8 p. 100 du rhamnose ingéré, tandis qu'un diabétique chez lequel on était parvenu à supprimer la glycosurie, éliminait 16 p. 100 du rhamnose ingéré, et présentait à la suite une glycosurie persistante.

Bergell (7), en faisant ingérer de l'arabinose à un diabétique dont l'urine ne renfermait plus de sucre, vit également apparaître à la fois la pentosurie et la glycosurie, cette glycosurie lui sembla même pouvoir servir à dépister un diabète latent.

Jacksch (8) a expérimenté avec l'arabinose, le xylose et le rhamnose ; il retrouve toujours dans l'urine une portion considérable de ces sucres; en outre, ils provoquent de la diarrhée, une légère augmentation de la diurèse et de l'azote urinaire; mais pas de diminution de la glycosurie. Il conclut que ces sucres ne sont pas mieux utilisés par le diabétique que par l'homme sain ; qu'ils ne peuvent pas remplacer chez lui le glucose, et que « l'organisme diabétique, comme la levure de bière, est incapable d'utiliser les pentoses ».

Rappelons enfin que Külz et Vogel (9) ont toujours observé la pentosurie dans le diabète et qu'ils ont pu l'obtenir par la dépancréatisation.

La pentosurie essentielle a été également l'objet d'un certain nombre d'hypothèses.

L'origine alimentaire de la pentosurie a été invoquée comme un mécanisme général par Naunyn (10).

Cette théorie ne semble pas soutenable; les malades dont nous avons rapporté les observations vivaient dans les conditions les plus diverses : plusieurs avaient été regardés comme des diabétiques et soumis pendant des mois à un régime carné sans que la pentosurie semblât subir la moindre variation; d'autre part, la faible teneur de la viande en pentoses ne semble pas pouvoir expliquer cette persistance de la pentosurie.

(1) Cremer. *Zeitsch. f. Biol.*, 1901 (Zubelland f. Voit), 1895, Bd. XXXII.
(2) Frentzel. *Pflugers Arch.*, 1894. Bd. LXVI.
(3) Cremer. Loc. cit.
(4) Külz. *Festsch. zu Ludwig.*
(5) Wohlgemüth. *Zeitsch. f. phys. Ch.*, 1902, XXXV, p. 41.
(6) May. *Arch. f. klin. Med.*, 1896.
(7) Bergell. *Fextisch. zü Deyden*, 1902.
(8) Jacksch. *Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXIII, p. 612.
(9) Vogel. *Zeitsch. f. Biol.*, 1895.
(10) *Le diabète*, in Nothnagel.

Blumenthal et Bial (1) ont pu soumettre un de leurs malades à une alimentation riche en nucléines (thymus, foie, etc.) sans augmenter le taux des pentoses urinaires. Enfin, les sucres racémiques n'existent pas dans les plantes, et à part le cas de Luzzato, l'urine n'a jamais renfermé que des pentoses optiquement inactives.

La clinique semble, du reste, contredire également cette hypothèse, la pentosurie alimentaire que l'on provoque chez certains sujets est un phénomène fugace, bien différent de la pentosurie chronique qui se prolonge pendant toute une vie.

En s'inspirant des idées qui ont eu cours sur la pathogénie du diabète et qui ont rattaché cette affection à une diminution du pouvoir oxydant de l'organisme, on pourrait peut-être émettre une hypothèse semblable pour expliquer la pentosurie. Sans insister ici sur le caractère hypothétique du ralentissement de la nutrition, nous devons rappeler le fait expérimental constaté par Blumenthal et Bial (2) : un malade pentosurique ulilisait l'arabinose r. aussi bien qu'un homme sain. En lui en donnant 50 grammes on n'en retrouvait que 6 dans l'urine. Ce même malade ne présentait, du reste, ni glycosurie, ni levulosurie alimentaire; seul le galactose se retrouvait dans l'urine dans la proportion de 5 p. 100. La teneur du sang en glucose était normale.

Salkowski, partant de ce fait que le tissu du pancréas est susceptible de donner un pentose parmi ses produits de dédoublement, avait émis l'hypothèse que la destruction des nucléo-albumines de cet organe suffirait à expliquer la pentosurie. D'autre part, Külz et Vogel ont montré que des chiens rendus diabétiques par l'extirpation du pancréas excrétaient un peu de pentoses avec leur urine; on fut amené à généraliser l'hypothèse de Salkowski et à chercher l'origine des pentoses urinaires dans les diverses nucléines de l'organisme. Cette hypothèse est également inadmissible. D'une part, toutes les nucléines ne sont pas susceptibles de donner des pentoses; Bang (3) dans le thymus, Arak (4) dans la muqueuse intestinale, ont isolé des nucléines qui ne possèdent pas cette propriété. D'autre part, d'après les calculs de Grund (5), la totalité des pentoses contenues dans l'organisme représente à peine la quantité qu'en renferme en un jour l'urine des malades.

Enfin cette élimination des pentoses ne s'accompagne jamais dans l'urine, d'une augmentation des phosphates et des corps du groupe de la purine, augmentation qui devrait marcher parallèlement à la destruction des nucléines. Un autre argument plus démonstratif encore a été fourni par les recherches de Neuberg (6) : le pentose que fournissent les nucléines de l'organisme est du xylose l., tandis que le pentose urinaire est de l'arabinose r.

Enfin, les pentoses urinaires ne semblent pas avoir une origine rénale à la façon de la glycosurie phlorhizurique, puisque Bial et Blumenthal ont retrouvé l'arabinose dans le sang de leur malade et ont pu

(1) Congress f. inn. Med., 1901, *Deutsch. mediz. Wochens.*, 1901, nº 22, p. 349.
(2) Bial. Loc. cit.
(3) Bang. *Beiträg zur ch. Phys.*, 1903, IV, p. 124.
(4) Arak. *Zeitsch. f. phys. Ch.*, 1903, XXXVIII, 99.
(5) Grund. Loc. cit.
(6) Neuberg. *Ber. d. deut. chem. Gesell.*, 1902, XXXV, 1467.

produire la glycosurie à l'aide de la phlorhidzine sans influencer la pentosurie.

En somme, les pentoses urinaires ne semblent pas provenir directement de l'alimentation. On est donc ainsi porté à chercher leur origine dans les principes constituants de l'organisme; mais il est actuellement impossible de préciser par quelle voie se fait cette transformation.

La pentosurie essentielle nous apparaît donc comme un trouble de l'évolution des hydrates de carbone, trouble qui semble quelquefois cliniquement associé au diabète (cas de Salkowski; de Brat, où la glycosurie survient incidemment au cours de la pentosurie, faits de Külz et Vogel); mais dans d'autres cas, ce trouble semble exister isolément, sans s'associer à la glycosurie, sans varier parallèlement à elle, et surtout sans s'accompagner du retentissement sur l'état général qui caractérise le diabète vrai. La pentosurie, dans ce cas, est plutôt une malformation physiologique qu'une maladie.

LIVRES NOUVEAUX

Exploration des fonctions rénales (1), par J. ALBARRAN.

L'auteur de ce très important volume s'est adonné depuis longtemps déjà à l'étude de la physiologie normale et pathologique du rein; ses travaux sur ce sujet sont nombreux et bien connus de tous et il lui appartenait d'en écrire l'histoire. On sait que les recherches sur la sécrétion rénale, recherches dont le point de départ se trouve dans les travaux célèbres de Bouchard, ont pris une orientation nouvelle du jour où, par la construction d'ingénieux appareils, les chirurgiens nous ont appris à isoler la sécrétion de chaque rein et en ont ainsi rendu possible l'étude comparée. Or, si l'étude globale de la sécrétion rénale intéresse le médecin et le chirurgien, l'appréciation de la part qui revient à chaque organe dans la dépuration urinaire n'a d'importance que pour le chirurgien, mais présente pour lui une importance fondamentale. Lorsqu'il s'agit d'enlever un rein ou seulement de l'inciser, il est assurément nécessaire d'en connaître préalablement la valeur, afin de pouvoir apprécier le préjudice que l'opération doit causer à l'économie. Albarran aurait pu se borner à cette étude exclusivement chirurgicale; il a préféré, et c'est fort heureux, réunir en un volume les notions qui résultent des innombrables publications parues dans ces dernières années sur l'élimination urinaire en général. Il a ainsi réalisé une œuvre de synthèse fort utile, dans laquelle sa critique documentée et l'autorité que lui donnent ses travaux, lui ont permis de prendre position sur bien des sujets encore obscurs.

La première partie de son livre est consacrée à l'étude de l'exploration des fonctions rénales considérées dans leur ensemble; on y trouvera des chapitres sur l'examen du sang, l'analyse chimique des urines, la cryoscopie, l'élimination du bleu de méthylène de la rosaniline, de l'iodure de potassium, la chlorurie expérimentale, l'épreuve de la phloridzine, la toxicité urinaire; c'est, on le voit, l'exposé détaillé et critique de toutes les méthodes qui ont vu le jour dans ces dernières années et dont le but est d'apprécier la valeur fonctionnelle de l'organe rénal dans son ensemble.

Dans la deuxième partie, la plus importante, l'auteur étudie les moyens propres à déterminer le fonctionnement comparé de chaque glande. Il va sans dire que l'étude technique du cloisonnement vésical et celle du cathétérisme urétréal constituent comme la préface de ce qui suit. Mais avant de fonder sur l'application de ces méthodes des conclusions précises, il importait de savoir d'abord dans quelle mesure on pouvait compter sur la régularité de la sécrétion rénale; or, les recherches d'Albarran ont montré que cette sécrétion variait dans d'assez larges limites d'un moment à l'autre; il en conclut que, pour avoir une moyenne en laquelle on puisse avoir quelque confiance, il est nécessaire d'observer le fonctionnement du rein pendant deux heures au moins. En outre de nombreuses analyses lui ont prouvé que l'élimination du rein malade est plus régulière que celle d'un organe sain; il a tiré de cette observation le principe d'une nouvelle méthode d'examen, à laquelle il a donné le nom de polyurie expérimentale. Elle consiste à provoquer un supplément d'élimination rénale par l'absorption de trois verres d'eau d'Evian ou de tisane de chiendent chez des malades auxquels on a appliqué la sonde urétérale; on constate alors que l'effort sécrétoire du rein sain augmente tandis que celui du rein malade demeure sensiblement stationnaire. Cette méthode, affirme-t-il, est celle qui nous renseigne le mieux sur le rapport approximatif de la valeur de chaque rein.

LÉON IMBERT (de Marseille).

(1) In-8°. Prix : 12 francs. — Paris, Masson et Cie.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

M. Berlioz a apporté à la Société de thérapeutique le résultat de ses essais de traitement de la toux par le narcyl (chlorhydrate d'éthylnarcéine) dans six cas de tuberculose pulmonaire. Employé à la dose de 0g06 à 0g08 par jour, ce médicament a, en effet, très bien réussi. Il a amendé la toux dès le premier ou le second jour, et supprimé en même temps les vomissements alimentaires. Au point de vue de la durée du traitement, deux de ces tuberculeux ont pris le narcyl pendant un mois, sans le moindre inconvénient, sans aucune influence appréciable du médicament sur la digestion, les échanges intra-organiques, la circulation et le système nerveux (pas de somnolence).

M. Berlioz s'est également fort bien trouvé du narcyl dans deux cas de bronchite chronique et deux cas de bronchite post-grippale.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

EXTERNE, 4e année, ayant un an de consultation de médecine, désirerait remplacement un ou deux mois, Paris ou environs, en juillet, août ou septembre. Ferait aussi toute l'année remplacements le dimanche. — J. K. au Journal.

PERSONNE INTELLIGENTE ET ACTIVE, ayant nombreuses relations dans grands centres, voyagerait pour spécialités pharmaceutiques. — S'adresser au journal.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 64. — MARDI 6 JUIN 1905. 78e ANNÉE. MARDI 6 JUIN 1905. — N° 64.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

PREMIER-PARIS
CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF
La sialorrhée nerveuse, par MM. Albert Mathieu et J.-Ch. Roux.
TRAVAUX ORIGINAUX
Notes étiologiques sur l'épidémie de dysenterie de la garnison de Paris (1904), par MM. Ch. Dopter et Sicre.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Académie de médecine.
Société médicale des hôpitaux.
Société de chirurgie.
Société de biologie.
FORMULAIRE
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Paris, le 5 juin 1905.

Notre confrère, le docteur Louis Sentex (de Saint-Sever) vient de présenter à l'*Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France*, un très intéressant rapport sur la mortalité médicale.

Différentes études ont déjà été publiées sur la mortalité des médecins, mais elles s'appliquaient tant aux médecins français qu'aux médecins étrangers et ne donnaient que des résultats incomplets ou insuffisamment précis en ce qui concerne notre pays.

Grâce à une patiente enquête faite auprès des sociétés départementales et aux réponses déjà faites par 39 d'entre elles, M. Sentex est en mesure de fixer l'âge moyen de la vie chez les médecins :

7936 médecins ayant vécu 514050 années, la moyenne est de 64 ans 77, ou 64 ans, 9 mois et 11 jours.

La durée moyenne de la vie observée par société varie de 58 ans 30, chiffre de la société du Pas-de-Calais, à 70 ans 59, chiffre le plus élevé, obtenu dans la société des arrondissements d'Albi et de Gaillac (Tarn).

Dans cinq sociétés la moyenne de la vie n'atteint pas 60 ans.

Pour toutes les autres sociétés *la moyenne est supérieure à 60 ans*, et dans douze d'entre elles (Gironde, Gers, Dordogne, Indre, Landes, Nièvre, Deux-Sèvres, Yonne, Vaucluse, Toulon, Meaux et Albi et Gaillac), la moyenne est supérieure à la moyenne générale.

M. Sentex nous montre en outre que dans la très grande majorité des sociétés la proportion des décès au-dessus de 60 ans est très supérieure à la proportion des décès au-dessous de ce même âge.

C'est la période de 70 à 79 ans qui offre les survies les plus nombreuses pour les médecins ayant dépassé 60 ans.

En revanche au-dessus de 90 ans nous notons très peu de décès (2,16 p. 100) et *un seul centenaire*.

Grâce à la très intéressante étude de M. Sentex, on peut se rendre compte du nombre de confrères qui auraient pu, pendant plus ou moins longtemps, bénéficier d'une pension de retraite après soixante ans, et ces documents sont bien faits pour engager les médecins à s'affilier aux œuvres de prévoyance.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

HOPITAUX DE PROVINCE. — Clermont-Ferrand. — Nous sommes heureux d'annoncer que notre collaborateur et ami, le docteur Pierre Dionis du Séjour, professeur suppléant à l'école de médecine, vient d'être nommé chirurgien des hôpitaux à la suite d'un très brillant concours.

— Lyon. — A la suite du concours qui vient de se terminer, M. G. Gayet, agrégé, a été nommé chirurgien des hôpitaux.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Rouen. — Le concours ouvert à Paris, pour une place de professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'école de médecine de Rouen, s'est terminé par la nomination de M. Halipré, médecin des hôpitaux de Rouen.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Duché, doyen des médecins de l'Yonne ; Mauriac, médecin honoraire des hôpitaux de Paris ; Ach. Désarménien (de Marcillat-d'Allier).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fête de la Pentecôte.* — A l'occasion de la fête de la Pentecôte, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 9 juin, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 15 juin 1905.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N°5, mai 1905.) Marc ANDRÉ : Recherches sur lymphatiques du nez et des fosses nasales. — ROURE : De la dilatation de la trompe d'Eustache dans le traitement des otites moyennes sèches. — LABOURÉ : Des diverses voies d'accès au sinus sphénoïdal.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Juin 1905.) P. BROUARDEL : Intoxication aiguë par l'opium et ses alcaloïdes. — JEANNE : La consolidation de la blessure dans les accidents du travail. — Nestor GRÉHANT : Empoisonnement par l'alcool ou par l'oxyde de carbone.

Archives de médecine navale. — (N° 4, avril 1905.) MICHEL et DEFRESSINE : Deux cas opérés d'occlusion intestinale aiguë, l'un par diverticule de Meckel et l'autre par brides mésentériques congénitales. — FRIEDRICHSEN : La tumeur bilatérale du nez des pays tropicaux.

Archives générales de médecine. — (N° 22, 30 mai 1905.) Louis RÉNON et VERLIAC : La cachexie anévrismatique. — A. BAUER : Cirrhose alcoolique compliquée de pachypéritonite hémorragique. — H. VIOLLET : De l'état actuel de la thérapeutique radicale du cancer de l'utérus (*fin*). — H. GRENET : Les vomitifs en thérapeutique infantile.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLII, n° 20, 18 mai 1905.) Benjamin TENNEDY : La prostatectomie satisfaisante (avec 2 fig.). — H. B. WHITNEY : La valeur souveraine des râles localisés au début de la phtisie. — Richard F. CHASE : La valeur thérapeutique de quelques préparations digestives et les indications de l'emploi de la pepsine dans les maladies de l'estomac. — Frederick T. LORD : Les infections des voies respiratoires par le bacille de l'influenza et d'autres micro-organismes. Ressemblances symptomatiques et confusion avec la tuberculose. — J. C. Collins WARREN : Instrument combinant le bistouri et une pointe mousse à dissection (1 fig.).

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 19, 23 mai 1905.) ROCHARD : A propos de la stérilisation facultative de la femme. — ROBIN : Le traitement des complications des phlébites. — (N° 20, 30 mai.) LAUMONIER : La pelade d'origine dentaire (pelade de Jacquet). — A. ROBIN : Le traitement des périphlébites.

Bulletin médical. — (N° 42, 31 mai 1905.) BOSQUIER et BINET : La dyspepsie d'après Soupault. — R. LŒWY : Technique de l'extirpation des anthrax. — (N° 43, 3 juin.) E. ROLLET : Complications oculaires du diabète. — PUJOL : Quelques réflexions sur l'entérite muco-membraneuse et son traitement.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 20, 20 mai 1905.) GOLDBERG : Sur la modification apportée par Müller à la recherche du pus par le procédé de Donné.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 20, 18 mai 1905.) FÜRBRINGER : Pronostic et traitement de l'albuminurie. — BOAS : Karlsbad ou Kissingen ? — KAREWSKI : Cause, prophylaxie et traitement de l'attaque de pérityphlite. — VOGT et FRANK : Sur la paralysie juvénile. — FRANEA : Traitement de la méningite épidémique. — HERTER : Sur la respiration artificielle. — BUSCHKE et FISCHER : Sur la présence de spirochaètes dans les organes internes d'un enfant syphilitique. — NEUMANN : Traitement de l'angiome sous-opératoire. — WITTE : Traitement faradique du fibromyome de l'utérus.

Écho médical du Nord. — (N° 22, 28 mai.) VANSTEENBERGHE et GRYSEZ : Le méningocoque et la méningite cérébrospinale expérimentale. — PAQUET : Sur un cas de myélite syphilitique précoce. — CAPRON : Météorisme persistant à la suite d'une observation de hernie étranglée.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 22, 28 mai 1905.) GAUTRELET : Parallélisme des variations de l'alcalinité apparente du sang et de l'hémoglobine en pathologie.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 22, 28 mai 1905.) ABADIE : Le gigantisme et les géants. — SÉRÉGÉ : Du rôle de l'aspiration hépatique dans le traitement des manifestations gastriques de l'hépatisme (hépatisme gastrique alcoolique).

Journal des praticiens. — (N° 22, 3 juin 1905.) RECLUS : Traitement des hémorroïdes. — F. CATHELIN : Diagnostic des tumeurs du périnée.

Lyon médical. — (N° 22, 28 mai 1905.) Ch. PORCHER : Sur la physiologie de la mamelle. — A. MAZERAN : Traitement différentiel de la colite muco-membraneuse d'après ses formes cliniques.

Montpellier médical. — (N° 21, 21 mai 1905.) VIRES : Introduction à l'étude de la neuropathologie générale. — TRUC : Études particulières de la clinique ophtalmologique de Montpellier.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 21, 23 mai 1905.) KORTE et STEINBERG : Sur l'action agglutinante du sérum des typhiques sur les bacilles paratyphiques; remarque sur le séro-diagnostic microscopique et macroscopique. — TENDELOO : Tuberculose lymphogène rétrograde de quelques organes abdominaux. — KERCHENSTEINER : Sur la question de la leucémie. — GEISSLER : Importance et valeur du traitement des névropathes par le travail. — DORNBLÜTH : Prophylaxie de la méningite cérébro-spinale. — ŒFELE : Le sucre comme aliment dans le diabète. — GROSSE : Moyen de protection contre les maladies vénériennes. — MARCUS : Nouvelle méthode de traitement local du furoncle et du charbon. — GROTH : Pansement occlusif pour la vaccine.

Pédiâtrie pratique. — (N° 11, 1er juin 1905.) E. AUSSET : L'importance de l'examen méthodique des selles chez les enfants. — ROUSSEL : La stovaïne.

Presse médicale. — (N° 43, 31 mai 1905.) C. LEVADITI : Syphilis congénitale et spirochaete pallida Schaudinn. — KENDIRDJY et BURGAUD : Cent quarante nouveaux cas de rachi-stovaïnisation. — (N° 44, 3 juin.) THOORIS : L'anémie du mineur en milieu régimentaire. — CHAPUT : Quelques points de la technique de l'appendicectomie. Incision de la paroi. Traitement du moignon. Drainage par l'abdomen, par le rectum ou le vagin.

Revue générale des sciences pures et appliquées. — (N° 10, 30 mai 1905.) G. BERTRAND : Le domaine actuel de la chimie biologique. — J. RÉVIL : La formation des vallées des Alpes de Savoie. — ROMME : L'exode rural et la tuberculose à la campagne.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 21, 27 mai 1905.) Et. LOMBARD : Des indications opératoires dans quelques formes cliniques et anatomiques des sinusites frontales.

Revue médicale de l'Est. — (N° 11, 1er juin 1905.) BOPPE : Observation de sarcome de la capsule surrénale droite ayant déterminé une hémorragie abondante et des symptômes simulant une appendice. Laparotomie. Mort. — Maurice, Lucien et Jacques PARISOT : De la cholécystite suppurée chez le vieillard. Fistule abdominale et abcès du foie.

CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

LA SIALORRHÉE NERVEUSE

Par MM. Albert MATHIEU et J.-Ch. ROUX.

La sialorrhée est fréquente dans les dyspepsies, surtout lorsqu'elles sont douloureuses; elle résulte d'un réflexe qui a l'estomac ou le duodénum comme point de départ. Nous disons le duodénum peut-être parce que nous savons depuis les travaux de von Mering et de l'école de Pawlow, que l'arrivée d'un contenu trop acide au niveau du duodénum amène la fermeture du pylore, par une sorte de réflexe de défense, et il est très possible que d'autres réflexes, de défense également, se produisent à un étage supérieur, et provoquent en particulier la salivation exagérée.

Beaucoup de malades, dès qu'ils souffrent de l'estomac, sentent la salive affluer dans leur bouche, et, assez souvent, il se produit en même temps des vomissements pituiteux œsophagiens que nous avons décrits dans une étude antérieure.

Les malades, avec ou sans état nauséeux, éprouvent quelquefois une sensation de plénitude profonde, rétrosternale. Ils ont l'impression que leur œsophage est douloureusement distendu, puis il se produit des efforts de vomissement plus ou moins pénibles, qui amènent le rejet d'une petite quantité d'un liquide clair, transparent, muqueux. Ces régurgitations œsophagiennes peuvent se renouveler coup sur coup à plusieurs reprises, en dix à vingt minutes, et la totalité du liquide rejeté peut atteindre 100 à 200 grammes.

Dans ce cas, on doit admettre qu'il n'y a pas seulement sialorrhée, mais aussi spasme du cardia, ce qui permet à la salive de s'accumuler dans l'œsophage. Les deux réflexes de défense, le réflexe sialorrhéique et le spasme du cardia, sont ainsi mal coordonnés et le second n'annihile pas seulement l'heureuse influence du premier, mais il devient par lui-même une cause de souffrance.

Parfois l'écoulement de la salive prend une importance plus grande. Le flot de salive ne peut plus être dégluti; il s'écoule passivement par la bouche, et dans les cas extrêmes on peut voir des malades rejeter ainsi en vingt-quatre heures une énorme quantité de liquide, un litre, un litre et demi et plus. Cela devient une cause d'épuisement, de fatigue, d'amaigrissement et de déshydratation. Les malades sont agités, inquiets, ils ont de l'insomnie et leur triste situation est vraiment bien faite pour inspirer la pitié.

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer à l'hôpital Andral un cas de grande, sinon de très grande sialorrhée, dans lequel on pouvait reconnaître l'influence de la gastropathie, et les relations avec les vomissements pituiteux œsophagiens. Enfin, comme la guérison s'est produite par suggestion médicamenteuse, l'influence prépondérante de l'élément psychique s'y est aussi trouvée démontrée de la façon la plus nette.

Voici sommairement cette intéressante observation :

Il s'agit d'une femme de quarante-deux ans, dyspeptique depuis très longtemps. Vers dix-huit ans elle a beaucoup souffert par suite de surmenage et de mauvaise alimentation. Le nervosisme se traduisait chez elle, à cette époque, par des envies de rire et de pleurer sans motif. A trente ans, à la suite d'un second accouchement, elle fut prise « d'idées noires » et son caractère changea complètement.

A ce moment, elle éprouva la sensation de boule œsophagienne peu de temps après les repas, elle eut pour la première fois de la sialorrhée et des vomissements pituiteux œsophagiens. Elle estime à un tiers de litre environ la quantité de salive qu'elle rendait par jour à cette époque.

L'estomac restait endolori pendant deux ou trois jours après les repas, et les vomissements pituiteux se produisaient alors. Il y avait du reste des périodes alternatives d'amélioration et d'exacerbation qui duraient chacune deux ou trois mois.

Depuis cinq ans, les mauvaises périodes tendaient à l'emporter sur les bonnes. Depuis trois mois avant l'entrée de la malade à l'hôpital, l'état dyspeptique douloureux et la sialorrhée avaient duré presque en permanence. L'alimentation avait été notablement diminuée par peur des douleurs, et le poids de la malade était tombé de $50^{k}500$ à $47^{k}800$ du 3 au 23 mars 1904.

Dans ces conditions, la malade fut mise en isolement médical du 23 mars au 3 mai; disons de suite qu'à sa sortie elle avait regagné le poids de $50^{k}500$.

L'analyse du suc gastrique pratiquée le 25 mars donna les résultats suivants : acidité totale 2,52 p. 1000, chlore total 3,97, acide chlorhydrique libre 1,09, chlore en combinaison organique 1,34, chlorhydrie 2,43, chlorures fixes 1,54.

Il y avait donc un certain degré d'hypersécrétion chlorhydrique; l'estomac était lent à se vider, mais on n'y trouvait pas de liquide le matin à jeun.

En somme, un degré assez marqué d'hypersécrétion chlorhydrique sans hypersécrétion, ni stase continues. Les douleurs avaient du reste tendance à se produire assez tardivement, deux heures après les repas et c'est à ce moment que commençait la sialorrhée.

Celle-ci était abondante et pouvait être évaluée à 6 à 700 grammes par jour. Le plus souvent il y avait à la fois sialorrhée simple et vomissements pituitaires œsophagiens. La plus grande partie de la salive recueillie était du reste réjetée directement, sans stase dans l'œsophage et sans effort de vomissements.

Diverses médications furent instituées : sous-nitrate de bismuth, belladone, codéine, applications locales chaudes, etc. Elles avaient pour but de diminuer le réflexe salivaire en agissant à son point de départ gastrique. La malade était, au point de vue alimentaire, maintenue au lait, aux potages au lait et aux œufs. Les résultats obtenus furent médiocres et passagers, l'amélioration ne dépassa jamais quelques jours.

Enfin, on eut recours à la suggestion médicamen-

teuse ; elle fut mise en œuvre avec succès de la façon suivante.

Le vulgaire pissenlit a un nom latin, *taraxacum dens leonis*, bien fait pour inspirer le respect aux ignorants de la botanique. Il nous arrive souvent d'en prescrire l'usage, non sans succès, à des névropathes que nous voulons suggestionner. Nous ne manquons pas, pour préparer notre effet, de déclarer que nous employons depuis longtemps l'extrait de taraxacum à des doses relativement élevées, que nous n'en avons jamais eu d'inconvénients malgré les quantités employées, que nous avons beaucoup moins peur que les autres médecins de ce médicament actif parce que personnellement nous avons la grande habitude de le manier etc. Le malade est prévenu qu'il pourra être « travaillé » par le médicament et il est invité à décrire avec soin ce qu'il éprouvera, s'il ressent quelque chose. Enfin, à l'hôpital, nous faisons délivrer la pilule d'extrait de taraxacum par l'interne en pharmacie qui reçoit la consigne de la faire prendre devant lui.

Grâce à cette mise en scène, on obtient souvent des effets très satisfaisants de suggestion indirecte : diminution marquée du taux de l'urination, dans la polyurie insipide, cessation des vomissements nerveux etc. Quelquefois cependant, les malades sont tellement « travaillés » qu'on est obligé de diminuer les doses, sinon de suspendre complètement l'emploi du médicament.

Dans le cas présent, la sialorrhée tomba en quelques jours de 2/3 de litre à 50 ou 60 grammes par jour. Il fut alors permis à la malade de rentrer dans sa famille. Là, une rechute ne tarda pas à se produire et, au bout d'une quinzaine de jours, l'écoulement salivaire était de nouveau remonté à un demi-litre environ.

De nouveau on eut recours aux pilules de taraxacum dens leonis. Toutefois on ne les délivra pas à la malade sans de minutieuses prescriptions. On lui recommanda instamment de les tenir sous clef et de ne pas dépasser la dose prescrite. La sialorrhée diminua de nouveau en quelques jours et retomba au niveau où elle était au moment de la sortie de l'hôpital.

Depuis ce moment, nous n'avons pas revu la malade et il ne nous est pas possible de dire si l'amélioration obtenue s'est maintenue, et si elle a abouti à une guérison définitive.

Les enseignements qu'on peut tirer de cette intéressante observation n'en sont pas moins des plus nets. Elle montre le passage de la sialorrhée légère avec vomissements pituiteux œsophagiens à la grande sialorrhée. Elle prouve, de plus, que bien qu'on puisse expliquer la sialorrhée par une action réflexe à point de départ stomacal ou duodénal, l'élément psychique peut jouer dans son mécanisme un rôle des plus importants. On ne peut pas expliquer autrement l'action si marquée et par deux fois renouvelée des pilules d'extrait de *taraxacum dens leonis*.

Ce n'est pas la première fois qu'on démontre que la sialorrhée peut être une manifestation morbide due à l'autosuggestion et susceptible de guérir par l'injonction suggestive du médecin. Il y a quelques années, M. Brissaud a publié déjà un fait de ce genre tout à fait démonstratif (1).

Dans ce cas il y avait en même temps que la sialorrhée un hoquet permanent qui, étant donné ce que nous savons actuellement, devait certainement s'accompagner d'aérophagie. Du reste, six ans auparavant, le malade avait présenté pendant trois jours un hoquet semblable aux éructations sonores, mais sans vomissements et sans sialorrhée.

Quelques jours avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, ce malade avait été pris subitement de hoquet, sa bouche était pleine de salive, et il était obligé de cracher sans cesse. Les secousses de hoquet, avec ou sans renvois gazeux, revenaient toutes les cinq ou six minutes. Elles constituaient de véritables crises d'une durée de cinq à six heures, séparées par des accalmies d'une heure ou deux. La sialorrhée était continue, mais la salive ne s'écoulait pas au dehors, elle était déglutie et expulsée par des vomissements survenant en même temps que des crises de hoquet. Le malade en remplissait des cuvettes.

Il présentait de l'anesthésie totale du pharynx, une parole lente et hésitante, de la méfiance et une véritable anxiété d'être examiné. Cependant la guérison eut lieu en quelques jours, sans médication, par le fait seul de la suggestion.

M. Brissaud considère cette sialorrhée comme un fait d'hystérie micro-symptomatique.

C'est également, malgré les différences séméiologiques, l'interprétation qui convient pour notre observation.

Il paraît donc démontré que, souvent, sinon toujours, la grande sialorrhée est, de même que la polyurie insipide, non seulement une manifestation nerveuse, mais même, pour préciser plus encore, de nature hystérique, c'est-à-dire d'origine psychique et susceptible d'être produite par une idée fixe et guérie par suggestion.

Elle est ainsi, dans une parenté étroite avec la pituite hémorragique que, depuis les publications de Josserand (de Lyon) et d'Albert Mathieu, on doit considérer comme ayant la valeur d'un véritable stigmate hystérique.

La conclusion pratique, c'est que la grande sialorrhée doit être traitée comme une manifestation d'un état psychique hystérique par la suggestion directe ou indirecte et au besoin par l'isolement qui représente une forme permanente de suggestion. Cela n'empêchera nullement, du reste, de traiter la gastropathie sous-jacente d'après ses indications éventuelles.

FORMULAIRE

ÉMULSION CONTRE LES COLIQUES HÉPATIQUES.

Huile d'olive........	150 à 400 grammes.
Cognac..............	15 —
Jaunes d'œufs.......	N° 2.
Menthol............	0g5.

A prendre le matin en deux fois à un quart d'heure d'intervalle. (Chauffard. *Nouveaux remèdes.*)

(1) *Gaz. hebd.* n° 91, 1901.

NOTES ÉTIOLOGIQUES

SUR

L'ÉPIDÉMIE DE DYSENTERIE

DE LA GARNISON DE PARIS [1904] (1)

Par MM. Ch. DOPTER,
Médecin-major de deuxième classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce,
et SICRE,
Médecin aide-major de première classe attaché au Laboratoire de bactériologie du Val-de-Grâce.

Pendant les mois d'août et septembre 1904, nous avons eu l'occasion d'observer un certain nombre de cas de dysenterie épidémique qui ont sévi dans plusieurs régiments de la garnison de Paris (rive gauche). A part les cas concernant le 2e régiment de cuirassiers, caserné à l'École-Militaire, et le 104e régiment d'infanterie (caserne Latour-Maubourg), pour lesquels l'épidémie a semblé être la même, propagée qu'elle fut par les rapports de service entre les hommes appartenant à ces régiments, les autres corps de troupe, dont le casernement est éloigné l'un de l'autre, ont présenté des épidémies isolées qui ont évolué chacune pour leur propre compte : le 5e d'infanterie a pris la dysenterie sur place, le 23e régiment colonial (caserne Lourcine) a contracté l'infection au camp de Maisons-Laffitte et l'a ramenée dans son casernement métropolitain.

Les recherches bactériologiques pratiquées chez tous les malades soumis à notre examen ont donné lieu à des particularités intéressantes, dignes d'être signalées, concernant la variété des bacilles dysentériques observés suivant l'épidémie envisagée. Elles ont consisté dans l'examen microscopique direct, l'isolement du germe contenu dans les selles, et la séro-réaction.

Épidémie du 2e régiment de cuirassiers (*École-Militaire*). — Dans tous les cas le bacille dysentérique a présenté des caractères identiques :

Bacille immobile. Cultive sur tous les milieux usuels avec les caractères habituels :

Ne coagule pas le lait ;

Ne fait pas fermenter le bouillon lactosé carbonaté ;

Fait un peu d'indol ;

Acidifie les milieux gélosés tournesolés additionnés de mannite, de maltose, qu'il fait virer au rouge. Pas de formation de gaz.

Le sérum des malades de ce régiment et du 104e d'infanterie, prélevé vers le huitième jour de l'affection l'agglutine en moyenne de 1/50 à 1/100 ; il n'est pas agglutiné ou l'est à peine par le sérum des malades du 23e colonial.

Épidémie du 104e régiment d'infanterie (*Latour-Maubourg*). — Bacille immobile. Mêmes caractères de culture et d'agglutination que ceux du bacille du 2e cuirassiers.

Épidémie du 23e colonial (*caserne Lourcine*). — Bacille immobile. Cultive sur les milieux usités comme le type dit de Shiga :

Ne fait pas fermenter le bouillon lactosé carbonaté ;

Ne coagule pas le lait ;

Ne fait pas d'indol ;

Ne fabrique pas d'acides sur les milieux gélosés additionnés de tournesol et de lactose, mannite, maltose, saccharose, etc.

Ce microbe est agglutiné par le sérum des malades de ce régiment, et non ou à peine par ceux des corps de troupe où un bacille de type différent a été isolé.

Injecté sous la peau d'un lapin de 2 kilogs à la dose de 3 centimètres cubes il tue l'animal en quatre à cinq jours ; ce dernier contracte une dysenterie expérimentale typique, accompagnée habituellement de paraplégie du train postérieur.

Épidémie du 5e régiment d'infanterie (*bastion 64*). — Bacille immobile.

Ne fait pas fermenter le bouillon lactosé carbonaté ;

Ne coagule pas le lait ;

Ne fabrique pas d'indol ;

Sécrète des acides sur agar tournesolée mannitée ;

N'en sécrète pas sur agar tournesolée, lactosée ni maltosée. Pas de formation de gaz.

Mêmes caractères d'agglutination que les bacilles isolés des malades du 2e cuirassiers et du 104e régiment d'infanterie.

En somme, chez les malades atteints de dysenterie que nous avons pu examiner et provenant de régiments différents, nous avons constaté :

1° Que le bacille du 2e cuirassiers et du 104e d'infanterie (épidémie commune) appartient au type Flexner (Manille) ;

2° Que le bacille isolé dans l'épidémie du 23e colonial est identique au type Shiga ;

3° Que le bacille recueilli au cours de l'épidémie du 5e régiment d'infanterie est identique au type Strong.

L'épidémie en apparence globale, observée à Paris en 1904, a donc été composée en réalité de plusieurs petites épidémies restées indépendantes les unes des autres ; il est assez curieux de remarquer que *cette indépendance est non seulement épidémiologique, mais aussi étiologique*, chacune d'elles en effet a été provoquée par une variété spéciale de bacille dysentérique.

Semblable particularité n'avait pas été signalée encore ; elle méritait d'être rapportée.

Elle semble de prime abord appuyer singulièrement l'opinion de certains auteurs, qui croient voir dans les différents types de bacilles dysentériques des germes pouvant donner naissance à des dysenteries différentes ; qui pensent, autrement dit, qu'à chaque type correspondrait une forme spéciale de dysenterie bacillaire, chacun gardant par là même sa spécificité propre. D'aucuns ont même précisé les faits, et déclaré que la dysenterie bacillaire grave ressortissait à l'action pathogène du type Shiga, et que le type Flexner (Manille) n'engendrerait que des dysenteries bénignes. Qu'il nous suffise de faire observer qu'au point de vue clinique, les diverses atteintes présentées par les malades étudiés précédemment dans l'une ou l'autre épidémie, n'ont pas montré de différences notables : le syndrome dysentérique s'y

(1) Travail du laboratoire de bactériologie du Val-de-Grâce.

est manifesté avec son caractère habituel; dans chacune d'entre elles, nous avons pu noter des cas bénins, moyens et graves; en outre dans les faits que nous rapportons, un seul cas de mort s'est produit, et il compte à l'actif du Flexner (Manille)!

Les symptômes cliniques relevés dans ces diverses épidémies ne sont donc pas en faveur de la conception de la pluralité des dysenteries bacillaires d'ailleurs l'un de nous (1) a pu, à l'aide de réactions biologiques, contribuer à en démontrer au contraire l'unicité : La recherche de la sensibilisatrice dans le sérum des animaux vaccinés contre un seul type de bacilles dysentériques, ainsi que dans le sérum des malades eux-mêmes, a nettement prouvé que cette substance était décelable en quantité égale pour les différents bacilles que l'on opposait les uns aux autres; cette recherche effectuée avec les bacilles isolés dans les épidémies précitées a donné lieu à des résultats identiques, aboutissant par conséquent de nouveau à cette conclusion, que le Shiga, le Flexner et les bacilles dysentériques rentrant dans ces catégories doivent se réclamer d'*une seule et même spécificité*; ils représentent seulement *deux races d'une même espèce pathogène*. Les faits rapportés dans cette note ne peuvent constituer un obstacle à cette interprétation.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 29 MAI 1905)

Reproduction expérimentale du cancer de l'homme. — M. MAYET. L'auteur a indiqué en 1893 le rat blanc comme le terrain le plus favorable pour la reproduction expérimentale du cancer de l'homme.

Après de nombreuses expériences négatives chez le chien, M. Mayet a obtenu un résultat probant chez cet animal.

Un chien, bien portant, de forte taille, a reçu à deux reprises, les 4 et 14 mai 1904, 20 centimètres cubes et 40 centimètres cubes de macération de tissu d'un énorme myome utérin (examiné au microscope). Le liquide, filtré au filtre de porcelaine, ne contenait aucun élément anatomique.

Cet animal, mort cachectique le 18 mai 1905, a présenté une tumeur de la rate du volume d'une noix, à tissu d'apparence encéphaloïde et composé de plusieurs amas de cellules fusiformes à un ou deux noyaux à protoplasma relativement volumineux, entouré d'une zone de cellules embryonnaires (sarcome). Ce fait confirme la proposition antérieure de l'auteur que les produits liquides des tumeurs peuvent faire naître loin du lieu d'introduction des néoplasmes à structure de cancer, mais variée et différente de celle de la tumeur initiale.

Autres communications :

Sur la maladie des chiens, par M. CARRÉ.

Des variations du coefficient de déminéralisation chez les animaux en état de dyscrasie acide, par M. A. DESGREZ et Mlle Bl. GUENDE.

1) DOPTER. Soc. de biol., 11 et 18 mars 1905.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 30 MAI 1905)

Tuberculose inflammatoire, ses localisations multiples, en particulier sur l'estomac, l'intestin, etc., par MM. Antonin PONCET et René LERICHE. — Les études de M. Poncet sur le *rhumatisme tuberculeux* l'ont progressivement amené à étendre considérablement la compréhension de la tuberculose et à admettre, aux côtés de la tuberculose classique, à processus histologique bien caractérisé, une *forme septicémique*, et une *forme inflammatoire* dont le champ d'action est tout aussi vaste.

De ce processus inflammatoire de la tuberculose, relèvent des lésions congestives, des manifestations fluxionnaires, fugaces tout d'abord, mais qui souvent durent ou se répètent, prenant alors une tendance plastique et scléreuse particulièrement remarquable.

M. le professeur Poncet et ses élèves ont montré que le rhumatisme tuberculeux articulaire n'est qu'une forme spéciale de cette tuberculose inflammatoire, localisée aux synoviales, aux séreuses, avec toutes les lésions secondaires qu'elle peut produire, au cours ou à l'occasion d'une poussée d'apparence rhumatismale.

En dehors de ces faits, en dehors de toute manifestation fluxionnaire sur les jointures, la tuberculose peut être à l'origine de lésions inflammatoires à tendance scléreuse sur tous les tissus, sur tous les appareils de l'économie. Ces lésions variées ont un point commun : leur étiologie tuberculeuse, probablement purement toxinienne, et la banalité de leur processus histologique.

M. Poncet étudie les lésions au niveau de l'estomac et de l'intestin :

La tuberculose inflammatoire de l'*estomac* peut se présenter sous trois formes : une forme hypertrophique, une ulcéreuse et une fibreuse d'emblée;

Du côté de l'*intestin*, on peut observer des lésions identiques qui relèuent de la même pathogénie sur l'intestin grêle, le segment iléo-cæcal et le gros intestin.

M. Poncet en signale encore des manifestations du côté des seins, des corps caverneux, etc.

Dans toutes ces lésions il s'agit, le plus ordinairement, d'une variété de lésions toxiniennes, d'origine bacillaire, capables d'engendrer, un peu partout, des infiltrations inflammatoires et des scléroses localisées ou diffuses, sans caractéristique anatomique.

Par la *tuberculose inflammatoire*, s'explique, on le voit, comme par le rhumatisme tuberculeux articulaire — qui n'en est, du reste, qu'une des manifestations communes — un grand nombre de lésions bien définies au point de vue clinique, mais de nature jusqu'alors inconnue.

Ankylostomiase. — M. MANOUVRIEZ (de Valenciennes) lit un travail sur ce sujet. En voici le résumé :

« Depuis longtemps, Perroncito avait signalé l'influence de l'eau salée pour empêcher le développement des larves d'ankylostome.

Boycott et Haldane ont récemment démontré qu'à Saint-Just-en-Cornouailles, des mines de houilles situées tout près de la mer renferment de l'eau contenant 1 p. 100 de chlorure de sodium; or, dans ces mines, les larves d'ankylostome ne peuvent se développer, elles succombent dès qu'elles sortent de l'œuf. L'influence de l'eau salée est donc évidente sur l'empêchement du développement de l'ankylostome.

Jusqu'à présent, les seules mines considérées comme susceptibles d'être rendues réfractaires à l'ankylostome par leurs eaux salées du fond étaient, d'une part, des salines (Blanchard) et, d'autre part, des mines métallifères de la mer (Boycott et Haldane), où s'infiltre l'eau provenant de la mer sous laquelle s'étend leur exploitation.

Cette cause d'immunité peut se trouver réalisée dans certaines mines de houille situées dans l'intérieur des terres, par exemple entre Dinan et Anzin dont les eaux de fond renferment du chlorure de sodium dans la proportion de 1,5 p. 100 (1840) et en 1850 1,8 à 2 p. 100. Ce dernier chiffre est donc identique à celui de Boycott et Haldane. Cette eau provient de couches sableuses couronnant les couches carbonifères et qui dépendent du terrain triasique renfermant de grandes quantités d'eau salée du fait du lessivage des masses de sel dudit terrain par les eaux d'infiltration.

A Anzin, 12 fosses se trouvaient sous l'influence du torrent, c'est-à-dire renfermaient de ces eaux salées. Or, jamais dans ces fosses il n'y a eu d'anémie ankylostomiasique. Inversement, dans 12 autres fosses ne renfermant pas d'eau salée, l'anémie existe en permanence avec ankylostomiase très fréquente.

Dans les autres fosses des environs de Valenciennes appartenant à diverses compagnies Frêne-Midi, Crespin, Douchy, Aniche, il y a toujours eu de l'anémie et l'ankylostomiase y sévit. Or, dans aucune de ces mines on n'a trouvé trace du torrent, c'est-à-dire ces eaux chargées de chlorure de sodium provenant des sables triasiques sus-jacents aux couches de houille.

Il est donc légitime de conclure que c'est aux infiltrations d'eau salée qu'est dû l'état réfractaire de certaines mines au point de vue de l'ankylostomiase.

Il se pourrait que des faits de ce genre missent un jour sur la voie d'un mode pratique de désinfection des mines, non pas en détruisant d'un coup œufs et parasites, ce qui paraît difficilement réalisable, mais en détruisant les jeunes larves d'ankylostomes nouvellement écloses dont on provoquerait ainsi méthodiquement une sorte de mortinatalité à laquelle elles sont déjà naturellement si sujettes. En tous cas, pour les mines poussiéreuses (charbonnages allemands exposés aux explosions et mines métallifères anglaises), où il faut recourir aux pulvérisations d'eau, il serait vraisemblablement fort utile de se servir d'une eau salée à 2 p. 100. »

Traitement de la névralgie faciale rebelle. — M. Raymond présente une note du docteur Ostwalt sur les résultats fort satisfaisants qu'il a obtenus avec un nouveau traitement des formes graves de la névralgie faciale, ayant résisté à tous les traitements antérieurs. Il l'a mis en pratique jusqu'ici dans une trentaine de cas dont 14 ont été suivis par M. le professeur Raymond lui-même ou par ses chefs de clinique, 4 par M. le professeur Pierre Marie, 1 par M. le professeur agrégé Dupré.

Le traitement en question consiste en injections profondes d'alcool cocaïné ou stovaïné, dirigées sur les principales branches du trijumeau à leurs points de sortie mêmes, au niveau de la base du crâne.

Ces injections se montrent aussi efficaces dans les névralgies autres que la névralgie faciale, telles que la névralgie du sciatique, du cubital, du plexus cervical, etc.

Election. — Au cours de la séance il a été procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie. La liste de présentation portait, en première ligne, M. Gréhant; en deuxième ligne, M. Henneguy; en troisième ligne *ex æquo* : MM. Delezenne, Langlois, Rémy, Retterer, Hallion. Au premier tour de scrutin, M. Gréhant a été élu par 44 suffrages sur 70 votants.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 2 JUIN 1905)

Lymphocytose rachidienne secondaire et tardive, avec symptômes de méningite spinale, dans un cas de zona thoraco-abdominal. — MM. A. Chauffard et L. Rivet. Il s'agit d'un cas de zona typique, au cours duquel une première ponction lombaire, pratiquée au cinquième jour du zona, donna un liquide céphalo-rachidien normal. Une deuxième ponction, pratiquée au neuvième jour, décela une très forte lymphocytose. En même temps que cette lymphocytose étaient apparus les signes d'une méningite spinale atténuée : rachialgie, signe de Kernig, exagération des réflexes tendineux des membres inférieurs.

Dans ce cas, le processus infectieux a donc évolué en deux étapes bien dissociées : la première, ganglionnaire et radiculaire, uniquement caractérisée par l'éruption; la seconde, étape de propagation méningée, caractérisée par la lymphocytose rachidienne et les signes d'une méningite zonateuse secondaire.

Alimentation et allaitement dans la scarlatine. Statistique d'une année. — M. Henri Dufour, pendant l'année 1904-1905, a eu à soigner 268 malades atteints de scarlatine dont 4 seulement ont succombé, ce qui correspond à une mortalité de 1,5 p. 100 environ. Ces cas de mort ne sont pas imputables seulement à la scarlatine, car deux des malades étaient nettement de grands alcooliques, le troisième un saturnin atteint de néphrite; dans le quatrième cas, il s'agissait d'une femme récemment accouchée dans de très mauvaises conditions. On peut juger par là de la bénignité de cette affection, malgré ses nombreuses complications qui ont sévi sur 29 p. 100 des malades. Au point de vue thérapeutique, il ne saurait trop faire l'éloge de la saignée dans les formes dyspnéiques toxiques sans lésions rénales.

Pendant cette année, il a modifié complètement le régime alimentaire des scarlatineux, les laissant manger à leur faim, dès les premiers jours de leur maladie (du troisième au sixième jour), et sans faire de choix parmi les aliments. Cette pratique, déconseillée par les auteurs dans la crainte d'une complication rénale, n'a été suivie d'albuminurie chez aucun de ses malades.

La fièvre n'est pas une contre-indication à alimenter le malade. L'albumine du début exige le maintien au lait ou au régime déchloruré et encore est-ce là une mesure qui est peut-être peu justifiée; car la reprise de l'alimentation, le jour même où disparaît l'albuminurie, n'a jamais été suivie de sa réapparition.

Cette méthode n'a pas qu'un intérêt théorique, elle est fort utile en pratique, lorsqu'il s'agit de mères allaitant leur enfant et chez lesquelles il faut maintenir la sécrétion lactée à un taux suffisant pour la nourriture de l'enfant.

Le nourrisson doit d'ailleurs être laissé à sa mère surtout dans la clientèle hospitalière, où leur séparation implique pour l'avenir la suppression du lait maternel et ses fâcheuses conséquences. Le nourrisson semble, comme on l'a déjà dit, jouir d'une immunité relative vis-à-vis de la scarlatine.

La conclusion de M. H. Dufour est donc qu'on peut sans danger donner une alimentation solide aux scarlatineux dès

le début de leur maladie en ayant soin de surveiller leurs urines.

La réaction palpébrale des singes macaques à la syphilis. — MM. G. Thibierge et P. Ravaut. Metchnikoff et Roux ont établi que les singes macaques réagissent à l'inoculation de produits syphilitiques virulents avec moins d'intensité que le chimpanzé; dans leurs expériences et dans celles de Neisser les résultats ne sont positifs que dans 60 p. 100 des cas environ.

MM. G. Thibierge et P. Ravaut ont constaté que le bord libre de la paupière réagit constamment, alors que l'inoculation simultanée d'autres régions peut rester négative. 8 macaques bonnets chinois ou japonais inoculés au bord libre de la paupière (5 fois avec des chancres syphilitiques, 2 fois avec des plaques muqueuses de la vulve, 1 fois avec le contenu de vésicules vacciniformes d'un enfant hérédo-syphilitique) ont présenté une réaction manifeste, débutant vingt à trente-cinq jours après l'inoculation sous la forme d'une tuméfaction œdémateuse avec pâleur de la face cutanée et congestion de la face muqueuse; chez quelques animaux, la tuméfaction plus limitée prend l'aspect d'une nodosité de coloration rose légèrement cuivrée avec congestion plus prononcée de la muqueuse. Les lésions augmentent pendant cinq à dix jours; elles peuvent persister plus de cinquante jours. Jamais les auteurs ne les ont vues s'ulcérer.

Les altérations histologiques, très comparables à celles du chancre infectant de l'homme, consistent en une infiltration périvasculaire très intense de cellules mononucléées avec lésions évidentes d'endartérite.

MM. Thibierge et Ravaut ont inoculé sans succès le produit de râclage d'une syphilide papuleuse du bras et le culot de centrifugation du liquide céphalo-rachidien de syphilitiques secondaires et d'hérédo-syphilique riche en lymphocytes.

Ces lésions palpébrales sont caractérisées par leur longue incubation, de durée à peu près constante, par leurs caractères morphologiques, enfin par l'immunité qu'elles confèrent aux animaux contre l'inoculation ultérieure de produits syphilitiques virulents.

Le *chancre simple* détermine sur la paupière des macaques une réaction que M. Thibierge a étudiée avec M. L. Le Sourd; elle se distingue des lésions précédentes par son développement dès le deuxième jour et par l'existence d'une ulcération se réparant rapidement. Chez deux singes inoculés avec le produit de râclage d'un même chancre, on a vu se produire successivement au deuxième jour un chancre simple et au troisième jour la réaction propre aux produits syphilitiques, donnant ainsi la démonstration expérimentale de l'existence du *chancre mixte* de Rollet.

La réaction palpébrale du macaque à la syphilis est suffisamment différenciée (longue incubation, caractères morphologiques et histopathologiques), pour pouvoir être appliquée, au diagnostic des lésions dont la clinique ne permet pas de déterminer la nature : le macaque, en attendant que soient confirmés le rôle et la valeur diagnostique du spirochaète pâle de Schaudinn, peut devenir, dans l'étude de la syphilis, un animal de laboratoire aussi utile par exemple que le cobaye ou le lapin dans l'étude de la tuberculose.

Des insuccès des rayons X dans le traitement des épithéliomes. — M. Danlos démontre que parfois l'application de ces rayons dans les épithéliomes peut être suivie d'insuccès dont le nombre peut être estimé à 8 ou 10 p. 100. Les insuccès semblent dus aux trois causes suivantes : 1° à l'apparition d'une radiodermite; 2° à une ulcération radiodermique ou cancéreuse; 3° à l'apparition d'un nodule qui semble devenir le point de départ de la reprise de la lésion.

M. Lemoine (du Val-de-Grâce) présente un nouveau modèle de **sthétoscope flexible**.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 31 mai 1905)

Lipomes d'origine ostéo-périostique. — La discussion se poursuit sur les faits intéressants signalés par M. Schwartz dans la dernière séance. Chacun vient apporter des faits personnels qui s'ajoutent à ceux de M. Schwartz.

M. Routier apporte un cas de lipome dont le point de départ était la partie externe de la clavicule, lipome pris d'abord pour un abcès froid, ponctionné sans résultat et finalement enlevé, non sans quelques difficultés.

M. Tuffier rapporte l'histoire d'un homme de cinquante-quatre ans, qui portait un énorme lipome à la partie postérieure de la cuisse, qui, comme dans le cas précédent, fut pris pour un abcès, puis ponctionné sans succès, et que M. Tuffier se décida alors à enlever; la tumeur s'insérait sur la partie fibreuse de l'ischion.

M. Guinard appelle particulièrement l'attention sur les fibromes ostéo-périostiques congénitaux, qui sont très rares. Un de ses élèves, M. Hureau, a fait une thèse sur ce sujet. Il a réuni 31 cas. M. Guinard a observé une petite fille de sept mois, fille et nièce de médecins, qui fut prise de phénomènes généraux graves. En même temps, on constatait la présence d'une tumeur fluctuante dans la région sus-épineuse. On montra l'enfant à M. Kirmisson, qui pensa à un abcès froid et conseilla une ponction. Celle-ci fut faite et ne donna rien. M. Kirmisson conseilla alors un traitement antisyphilitique qui resta également sans résultat. Sur le conseil de M. Comby, M. Guinard enleva la tumeur, dont le pédicule s'implantait au niveau du col de la cavité glénoïde. L'apparence de la tumeur était celle d'un sarcome. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un fibro-lipome. Les phénomènes généraux disparurent après l'ablation de cette tumeur. Trois ans après ces symptômes graves, diarrhée incoercible, toux quinteuse, etc., reparurent, et peu après la tumeur récidiva dans le même point avec la même implantation. M. Guinard l'enleva de nouveau, l'enfant se remit et se porte bien depuis deux ans.

A la rigueur, la récidive peut s'expliquer par l'omission possible d'un lobe lipomateux dans la plaie de la première opération; mais quelle est l'explication de ces phénomènes généraux graves qui ont accompagné cette tumeur?

M. Nélaton a opéré un lipome gros comme le poing, qui siégeait sur la nuque et s'implantait sur l'apophyse occipitale. C'était une femme de trente ans. Son lipome remontait à l'enfance. Dans un autre cas, M. Nélaton a opéré un gros lipome de la face interne de la cuisse qu'il avait pris pour un sarcome. Ce lipome s'insérait sur le petit trochanter.

M. Broca a vu un lipome périostique chez un enfant de neuf ans. Ce lipome prenait son point de départ sur la partie supérieure du tibia. Il se divisait en deux parties, l'une enkystée, l'autre non enkystée. M. Broca a observé un autre cas dans lequel il s'agissait d'un lipome développé sur l'axe vertébral. M. Lannelongue avait pensé qu'il s'agissait d'une méningocèle déshabitée. M. Broca n'accepte pas cette opinion.

M. Delbet rappelle avoir présenté un très volumineux lipome dont le pédicule s'implantait sur la face interne du fémur.

Quant aux lipomes siégeant sur l'axe vertébral, M. Delbet pense, avec M. Lannelongue, que certains d'entre eux peuvent être des méningocèles déshabitées et en dégénérescence graisseuse. Il trouve donc que M. Broca fait trop facilement table rase de cette variété de tumeurs.

M. Broca n'a jamais nié l'existence de ces méningocèles déshabitées, mais il affirme qu'à côté de ces tumeurs il en est d'également congénitales, qui ne sont que de simples lipomes périostiques.

M. Kirmisson estime qu'il importe de bien établir une distinction entre ces diverses tumeurs congénitales.

M. Monod rapporte un fait absolument calqué sur celui qu'a présenté M. Routier. Tout le monde avait pensé qu'il s'agissait d'un abcès froid; on ponctionne à blanc, et M. Monod a enlevé un lipome qui s'implantait sur la clavicule.

Corps étrangers de l'œsophage. — M. Kirmisson analyse deux observations adressées par M. Barnsby (de Tours) : dans le premier cas, il s'agit d'une fillette de seize mois, qui avait avalé une pièce de 10 francs en or; tentatives d'extraction avec le panier de Græfe sans succès, extraction avec le crochet de M. Kirmisson. Dans le second cas, il s'agissait d'un morceau d'os; les tentatives d'extraction avec le panier échouèrent et aggravèrent la situation. Le crochet de M. Kirmisson permit seul l'ablation.

Dégénérescence du moignon après l'hystérectomie subtotale. — M. Richelot revient sur cette question pour apporter six nouvelles observations à l'appui de la thèse qu'il a soutenue avec tant de conviction.

Anévrisme du creux axillaire. — M. Mignon présente un volumineux anévrisme de cette région provenant d'un jeune soldat chez lequel il avait pratiqué la ligature des artères.

Appareil à chloroforme. — M. Tuffier présente un volumineux appareil pour donner le chloroforme. Au cours de cette présentation, M. Tuffier émet cette opinion qu'il n'y a pas d'appareils permettant le dosage mathématique du chloroforme administré, ce qui soulève une vive protestation de M. Reynier, qui affirme que son appareil donne un dosage absolument mathématique.

Fibromes. — M. Monod présente deux fibromes utérins volumineux en voie d'infection.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 4 juin 1905)

Sur la teneur en bilirubine du sérum sanguin dans la cholémie familiale. — MM. A. Gilbert et P. Lereboullet ont dans 60 cas de cholémie familiale recherché quelle était la proportion de bilirubine contenue dans le sérum. La cholémimétrie leur a montré une cholémie variable, mais généralement accusée; dans 45 cas, la teneur en bilirubine du sérum a varié de 1/10 000 à 1/25 000, dans 4 cas elle était plus élevée (1/9 200), dans 11 cas plus faible, dont 7 dans lesquels elle était égale à 1/30 000 ou moindre, mais en restant toujours supérieure à la moyenne physiologique (1/36 500). Les rares faits où la proportion de bilirubine a été supérieure à 1/10000 se rapprochent par certains caractères des faits d'ictère chronique simple et doivent être regardés comme des faits de transition. Ceux inversement où la teneur en bilirubine est restée voisine de celle observée à l'état physiologique s'expliquent tous soit par la diminution de la cholémie sous l'influence du traitement, soit par l'intermittence de la cholémie, variant parfois, comme MM. Gilbert et Lereboullet l'ont constaté, d'un jour à l'autre, soit enfin par l'insuffisance hépatique, entraînant un certain degré d'acholie pigmentaire. Mais, même en tenant compte de ces cas extrêmes, la teneur du sérum en bilirubine reste en moyenne assez élevée dans la cholémie familiale, puisqu'elle est, d'après ces 60 cas, de 1/16 940, soit 0,059 milligrammes de bilirubine par litre de sérum, soit par suite près de 18 centigrammes dans la masse du sang.

Action sécrétoire du suc gastrique sur les sécrétions stomacales. — M. Frouin, de ses expériences, conclut : 1° que l'injection ou l'ingestion de suc gastrique détermine une augmentation de la sécrétion stomacale; 2° que ce n'est pas par une action directe sur la muqueuse stomacale qu'est due cette augmentation de la sécrétion; 3° que ce n'est pas non plus aux ferments que contient le suc gastrique, puisque cette action se manifeste par ingestion et que les ferments du suc gastrique sont détruits dans l'intestin.

La toxine du bacille d'Eberth, M. Rodet.

Action physiologique de l'adrénaline pure, M. H. Bierry et Mme Z. Getin-Gruzewska.

L'adrénaline produit-elle la glycosurie par son action sur le pancréas? M. H. Bierry et Mme Getin-Gruzewska.

Sur un nouveau trypanosome de la souris domestique, M. Thiroux.

L'anaphyllaxie par les injections de morphine, M. Ch. Richet.

La viande cuite dans l'alimentation de la tuberculose, M. Ch. Richet.

Note sur la fermentation lactique, M. Ch. Richet.

Températures cubiliales et températures de l'appartement. — Dans cette nouvelle note, le docteur Maurel rapproche les températures de l'appartement avec les températures cubiliales prises près du tronc et près des pieds; et il arrive à cette conclusion : que grâce au zéro physiologique, qui règle la température cubiliale, celle-ci reste sensiblement la même pour chacun de nous, quelle que soit la température de l'appartement.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(actes du 12 au 17 juin 1905)

EXAMENS DE DOCTORAT

Mardi 13 juin, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Pozzi et Marion; — (2e série) : MM. Berger, Poirier et Auvray; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Thiroloix et Gouget; — (2e série) : MM. Gilbert, Renon et Carnot; — M. Langlois, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Le Dentu, Schwartz et Rieffel; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Thiéry et Morestin; — M. Vaquez, suppléant.

Mercredi 14 juin, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Labbé (Marcel).

2e, *Salle Pasteur* : MM. Ch. Richet, Retterer et Desgrez; — M. Teissier, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Ter-

rier, Sébileau et Pierre Duval; — (2e série) : MM. Tuffier, Mauclaire et Proust; — M. Branca, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Segond, Broca (Aug.) et Gosset; — (2e série) : MM. Delens, Legueu et Rieffel; — M. Claude, suppléant.

Jeudi 15 juin, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Chantemesse, Guiart et Maillard; — M. Renon, suppléant.

Vendredi 16 juin, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Legueu et Pierre Duval; — (2e série) : MM. Segond, Mauclaire et Proust; — M. Gosset, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Potocki; — M. Balthazard, suppléant.

Samedi 17 juin, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Thiroloix et Jeanselme; — (2e série) : MM. Chantemesse, Méry et Bezançon; — (3e série) : MM. Achard, Renon et Carnot; — M. Launois, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Schwartz et Marion; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Thiéry et Morestin; — M. Maillard, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bar et Demelin; — M. Broca (André), suppléant.

THÈSES

Mercredi 14 juin 1905. — M. Gustave-Mayer. Histoire du laryngoscope jusqu'en 1860. (MM. Gariel, président; Déjerine, Aug. Broca et Legry.) — M. Gauckler. De la rate dans les cirrhoses et des cirrhoses de la rate. (MM. Déjerine, président; Gariel, Aug. Broca et Legry.) — M. Péduran. Des différents modes d'allaitement des nourrissons et de leurs résultats dans Tarn-et-Garonne et en particulier aux environs de Castelsarrasin. (MM. Pinard, président; Kirmisson, Wallich et Cunéo.) — M. Auffret. Transplantations tendineuses dans le traitement de la paralysie infantile du membre inférieur. (MM. Kirmisson, président; Pinard, Wallich et Cunéo.) — M. Barot. L'opothérapie orchidienne; indications nouvelles. (MM. Landouzy, président; Brissaud, Gaucher et Macaigne.) — M. Grégoire Désaunais-Guermarquer. Valeur séméiologique des impulsions et des obsessions chez les anormaux sexuels. (MM. Brissaud, président; Landouzy, Gaucher et Macaigne.) — M. Noel. Les hématémèses chez les névropathes. (MM. Brissaud, président; Landouzy, Gaucher et Macaigne.) — M. Olivier. Le régime déchloruré dans l'ulcère de jambe. (MM. Gaucher, président; Landouzy, Brissaud et Macaigne.)

Jeudi 15 juin 1905. — M. Lucet. Contribution à l'étude des échanges nutritifs dans la tuberculose. (MM. Bouchard, président; Cornil, Gilbert et Desgrez.) — M. Joux. Recherches anatomiques sur la propagation et généralisation dans le cancer de l'utérus. (MM. Cornil, président; Bouchard, Gilbert et Desgrez.) — M. Blanche. Alimentation rationnelle du tuberculeux. (MM. Gilbert, président; Bouchard, Cornil et Desgrez.) — M. Poinsot. De la cocaïne en art dentaire. (MM. Joffroy, président; Budin, Bonnaire et Vaquez.) — M. Gallimard. De l'avenir immédiat et éloigné des enfants nés par l'accouchement prématuré provoqué. (MM. Budin, président; Joffroy, Bonnaire et Vaquez). — M. Mézie. Des garderies d'enfants annexées aux usines. (MM. Budin, président; Joffroy, Bonnaire et Vaquez.) — M. Renardet. La maternité de l'hôpital de Saint-Denis. (MM. Budin, président; Joffroy, Bonnaire et Vaquez.)

Avis. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les processus généraux, par A. Chantemesse, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, et W. W. Podwyssotsky, doyen de la Faculté impériale de médecine d'Odessa, professeur de pathologie générale à la même Faculté. — Tome II : Hypertrophies, régénérations, tumeurs. Pathologie de la circulation sanguine. Pathologie du sang, de la lymphe et de la circulation lymphatique. Inflammation. Hyperthermie. Hypothermie. Fièvre. Gr. in-8° avec 57 fig. en coul. et 37 fig. en noir. Prix : 22 francs. — Déjà paru : Tome I. Histoire naturelle de la maladie; hérédité; atrophies; dégénérescences; concrétions; gangrènes. Gr. in-8° de 428 p., avec 107 fig. en coul. et 55 fig. en noir. Prix : 22 francs. — Paris, Masson et Cie.

Atlas-manuel des maladies nerveuses (diagnostic et traitement), par le professeur Seiffer et le docteur Gasne, médecin des hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique à la Salpêtrière. In-16 de 356 p., avec 26 pl. coloriées et 264 fig. — Prix, relié mar. souple : 18 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Atlas-manuel des maladies externes de l'œil, par le professeur O. Haab, professeur de clinique ophtalmologique de l'Université de Zurich. *Nouv. édit. franç.*, par le docteur A. Terson, ancien chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Paris. In-16 de 316 p., avec 40 pl. color. — Prix, relié en mar. souple, tête dorée : 15 francs. Paris, J.-B. Baillière et fils.

Manuel des maladies de l'enfance, de Baginsky. 8e édit. — Prix : 22 marks. — Leipzig 1905, S. Hirzel, édit.

Précis d'orthopédie, par le docteur G. Nové-Josserand, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, chirurgien de la Charité. (Collect. Testut.) In-18 colomb., cart. toile, de 600 p., avec 266 fig. dans le texte et 8 pl. en photogravure hors texte. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.

Nouvel abrégé d'anatomie, par le docteur J.-A. Fort, ancien professeur libre d'anatomie à l'École pratique. 7e édit., entièrement refondue, contenant les découvertes les plus récentes. — Prix, cart. toile : 6 fr. 50. — Paris, A. Maloine.

Les formes chirurgicales de la tuberculose intestinale, par les docteurs Léon Bérard, chirurgien des hôpitaux de Lyon, professeur agrégé à la Faculté de médecine, et Maurice Patel, professeur agrégé à la Faculté de médecine. Petit in-8° (Encycl. scient. des Aide-mémoire). — Prix : broché, 2 fr. 50; cart., 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
La gymnastique. Ce qu'elle est — ce qu'elle doit être, par M. Maurice Faure.

FAITS CLINIQUES
La saignée pulmonaire, par M. Larcher.

SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine.

ANALYSES
Médecine : Traitement de la méningite épidémique; — Un cas d'empoisonnement par la digitale avec forte hypothermie; guérison; — Etude du chimisme gastrique chez les saturnins.
Chirurgie : Diagnostic de la vésiculite séminale; — L'opération de Matas dans le traitement des anévrismes.
Anatomie : Anatomie du cæcum et de l'appendice.
Hygiène : Action du cuivre sur les bactéries; — L'influence de l'aération sur la propagation de la tuberculose.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)
Roséoles.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Deuxième concours de chirurgie.* — Question écrite : « Rapports de la parotide. Tumeurs solides de la parotide. »

Ier CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE (*Bruxelles, 18-23 septembre 1905.*) — Le Ier Congrès de la Société internationale de chirurgie aura lieu à Bruxelles cette année, du 18 au 23 septembre.

Les questions mises à l'ordre du jour sont :

I. *Valeur de l'examen du sang en chirurgie.* — Rapporteurs : MM. W. W. Keen (Philadelphie); Sonnenburg (Berlin); Ortiz de la Torre (Madrid); Depage (Bruxelles).

II. *Traitement de l'hypertrophie prostatique.* — Rapporteurs : MM. Reginard Harrisson (Londres); Rovsing (Copenhague); von Rydygier (Lemberg).

III. *Interventions chirurgicales dans les affections non cancéreuses de l'estomac.* — Rapporteurs : MM. Mayo Robson (Londres); von Eiselsberg (Vienne); Mattoli (Ascoli Piceno); Monprofit (Angers); Rotgans (Amsterdam); Jonnesco (Bucarest).

IV. *Traitement de la tuberculose articulaire.* — Rapporteurs : MM. Bier (Bonn); Broca (Paris); Bradford (Boston); Codivilla (Bologne); Willems (Gand).

V. *Traitement de la péritonite.* — Rapporteurs : MM. Lennander (Upsala); Friedrich (Leipzig); Lejars (Paris); Mc Cosh (New-York); Krogius (Helsingfors); de Isla (Madrid).

VI. *Diagnostic des maladies chirurgicales du rein.* — Rapporteurs : MM. Albarran (Paris); Kummel (Hambourg); Giordano (Venise); Lambotte (Bruxelles).

Outre ces questions, les membres de la Société pourront faire des communications diverses, mais celles-ci doivent avoir un caractère purement démonstratif (présentation de malades, de préparations anatomo-chirurgicales, d'appareils, d'instruments, etc.).

Pour demandes de renseignements, s'adresser à M. Willems, à Gand, et à M. A. Broca, délégué pour la France, Paris, 5, rue de l'Université.

SYNDICAT MÉDICAL DE CHATEL-GUYON-LES-BAINS. — En raison de la situation privilégiée de Châtel-Guyon comme centre d'excursions en Auvergne, ainsi que de son voisinage du « circuit », le Syndicat médical de cette station s'est préoccupé d'assurer des facilités de séjour aux médecins qui voudraient assister soit aux « éliminatoires » soit à la « coupe ».

Dans ce but il a obtenu :

1° De disposer en leur faveur d'un certain nombre de chambres dans les meilleurs hôtels de la station et à des prix modérés;

2° De leur réserver des garages;

3° De les faire assister aux épreuves en leur offrant gracieusement des places dans la tribune de la Société sportive « Riom-Châtel-Guyon ».

Afin d'éviter les confusions et les erreurs, prière de s'adresser dès maintenant au président du Syndicat médical de Châtel-Guyon.

COURS PRATIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — M. Wicart, interne des hôpitaux, fera au siège de l'Association corporative des étudiants en médecine, 21, rue Hautefeuille, un cours pratique d'oto-rhino-laryngologie (complet en une dizaine de leçons), qui commencera le mardi 13 juin à six heures pour se continuer les samedis et mardis suivants de six à sept heures.

Ce cours sera absolument gratuit.

LA GYMNASTIQUE

CE QU'ELLE EST — CE QU'ELLE DOIT ÊTRE

Par MAURICE FAURE (de Lamalou),

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

En France, le mot de gymnastique éveille, nécessairement, deux idées : l'idée d'exercices acrobatiques et l'idée d'exercices militaires. Chacun de nous se souvient de l'enseignement identique reçu au lycée ou à la caserne : tourner autour d'une barre fixe, prendre des attitudes compliquées en se pendant à des anneaux ou à un trapèze, faire des exercices d'équilibre dangereux, des tours de force ; telle était la première partie du programme. Outre la gymnastique aux agrès, il y avait une deuxième partie, qui comprenait des exercices d'assouplissement, des manœuvres d'ensemble, le maniement d'armes : c'était là une gymnastique militaire constituant, en somme, l'apprentissage du métier des armes. Ainsi, le bon élève en gymnastique devait aboutir à être, soit un acrobate ou un équilibriste distingué, soit un soldat habile à la manœuvre, et nul, parmi les maîtres de gymnastique, ne pouvait avoir, et n'avait réellement, d'autres ambitions que celles-là. Sans doute, l'amélioration de la santé, l'augmentation de la force, le perfectionnement de l'individu et de la race, étaient bien annoncés comme une résultante probable d'une éducation physique ainsi comprise; mais c'étaient là des avantages qui devaient venir par surcroît, pour ainsi dire, et sans qu'on prit la peine de les rechercher. Leur promesse servait, principalement, de prétexte à des développements littéraires propres à attirer l'attention publique, mais, au fond, le but réel de cette éducation physique était de former des sujets exceptionnels, pour des professions exceptionnelles.

C'est pourquoi la gymnastique n'a été, en France, et n'y pouvait être, qu'un art convenant à des sujets rares, comme, par exemple, la peinture et la sculpture; et un art considéré comme inférieur, parce qu'il aboutissait à des professions jouissant de moins d'estime et de considération que les autres arts.

I

On s'explique alors l'hésitation des médecins qui entendent proposer de traiter des cardiaques, ou d'autres malades aigus ou chroniques, par la gymnastique (Lagrange) : ce mot de gymnastique éveillant, inévitablement, l'idée d'exercices acrobatiques ou athlétiques, et, par conséquent, inutiles ou dangereux pour des malades. On comprend aussi pourquoi les médecins, et, d'une façon générale, tous ceux qui ont charge de l'éducation de la jeunesse, de la santé publique, de l'avenir de la race, se préoccupent si peu de la gymnastique, et pourquoi la place et l'estime qu'ils lui accordent sont si fort au-dessous de celles qu'ils devraient lui accorder.

Il ne faut, d'ailleurs, pas trop médire de notre gymnastique française. Tout d'abord, elle renferme certaines choses qui, en elles-mêmes, sont parfaites, et que les nations étrangères ne peuvent qu'imiter. Par exemple, l'escrime, la boxe, les exercices acrobatiques. Nos gymnastes sont primés dans les concours internationaux : ce résultat n'est pas négligeable, mais il faut le prendre pour ce qu'il est et non pour autre chose : « Il est peu intéressant qu'une petite minorité se livre à un travail excessif et acquière un développement athlétique, si les faibles n'ont d'autre bénéfice que de les admirer et de les applaudir... Il faut éviter de diviser le public en deux classes, composées de ceux qui se donnent en spectacle et de ceux qui les regardent » (Demeny).

C'est, qu'en effet, un tel entraînement a beaucoup moins pour objet véritable de contribuer au perfectionnement de l'espèce, ou plus simplement à l'amélioration de la santé des sujets qui y sont soumis, qu'à la sélection de quelques sujets extraordinaires, qui vaincront dans les assauts, les courses, les matchs, etc., en amusant le public et en flattant la vanité ou les intérêts de leurs partisans. Pour atteindre ce but, l'intérêt de tous les sujets de moindre valeur, ou de valeur différente, est sacrifié, et ceux-là même qui bénéficient le plus de cet entraînement spécial, n'aboutissent ni à une meilleure santé, ni à une vie plus longue, ou plus utile. Les Grecs avaient déjà remarqué que les athlètes avaient une médiocre endurance à la fatigue, et, de nos jours, on sait que les affections thoraciques, et particulièrement la tuberculose pulmonaire et les maladies du cœur, frappent électivement les vainqueurs des tournois sportifs. Et ceux qui évitent ces dangers ne conservent généralement que pendant peu d'années leurs qualités exceptionnelles, dont les restes ensuite ne leur servent plus à grand'chose. C'est donc à un résultat bien minime qu'aboutissent tant d'efforts. L'entraînement, les classes de gymnastique, le travail considérable fourni par les maîtres et les élèves, dans toute la France, devraient produire autre chose qu'une sélection passagère de quelques êtres prodigieux par la force ou l'adresse.

II

Ce fut déjà, cependant, un progrès appréciable que la séparation de la gymnastique méthodique, des jeux et des sports. Jusqu'à la fin du XVIII[e] siècle, en effet, crier, courir, gesticuler, monter à cheval, sauter, grimper, jouer au noble métier des armes et à toutes sortes d'autres jeux, constituaient à peu près toute la gymnastique. Il n'y avait point de méthode d'enseignement ni de principes directeurs, en dehors des règles de ces jeux et des exercices physiques libres. Beaucoup de Français (voire parmi les médecins) n'ont pas dépassé cette période, et pensent encore que les jeux et les sports constituent la meilleure, sinon toute la gymnastique.

A cette époque, Tissot, en France, Gutsmuths, Pestalozzi, Salzmann, Jahn, Clias, en Suisse et en Allemagne, représentaient l'enseignement gymnastique naissant, et cherchaient à codifier un ensemble d'exercices, encore plus ou moins confondus avec les jeux ou sports. Cette codification se fit peu à peu, au début du XIX[e] siècle, dans un sens nettement patriotique et militaire. Et si l'enseignement célèbre de Pestalozzi et de Gutsmuths, à Yverdon et à Schnepfenthal, parut s'inspirer de vues plus larges, et chercher dans la gymnastique un élément de culture humaine, élevant à la fois le corps et l'esprit; en réalité, la gymnastique de ces deux maîtres n'est encore qu'un recueil de jeux et d'exercices généraux, sans base anatomique sérieuse (Dally).

Jahn, bien qu'avec des idées aussi élevées, formula cependant avec insistance le but uniquement militaire et athlétique de son enseignement. Clias fut,

de tous ces maîtres, celui qui eut le plus d'influence en France. Son principal ouvrage fut publié, à Paris, en 1819, examiné et approuvé par la Société de médecine. Clias avait peut-être des préoccupations moins militaires et plus médicales que ses contemporains, mais son livre n'en est pas moins avant tout un recueil d'exercices équilibristes et athlétiques (Mac-Auliffe).

C'est le colonel Amoros, réfugié espagnol, qui fut véritablement l'organisateur de la gymnastique française, telle qu'elle existe aujourd'hui. Les exercices codifiés par lui, et empruntés aux devanciers dont nous venons de citer les noms, créèrent, avec l'appui de l'État, la gymnastique française acrobatique et militaire distincte des exercices libres, des jeux et des sports. Cette gymnastique, pratiquée d'abord dans le gymnase établi à cet effet par Amoros, aux Champs-Élysées, fut ensuite enseignée par des instructeurs militaires formés par lui, à la caserne et dans les lycées et collèges. Cette tradition s'est conservée, et c'est toujours à des instructeurs militaires qu'est confié l'enseignement de la gymnastique à la jeunesse scolaire.

Ce n'est évidemment pas le mode de formation des sociétés de gymnastique qui aurait pu contribuer à modifier cet état de choses. Les premières de ces sociétés naquirent en Alsace, de 1860 à 1870, et le mouvement se propagea, dans toute la France, après la guerre. Ce mouvement était inspiré par des idées et des sentiments louables de patriotisme, de défense nationale, de revanche, etc. Il est évident que l'enseignement, né de ces idées directrices, ne pouvait avoir que des fins militaires. Il est aussi tout naturel qu'au fur et à mesure que ces sentiments s'affaiblissent — par l'action du temps qui effrite toutes choses et aussi parce que d'autres sentiments peu à peu prennent leur place — cet enseignement ne semble plus correspondre aux besoins et aux idées du milieu dans lequel il est donné.

Souvent, du reste, on s'est préoccupé de la compréhension trop étroite de la gymnastique française, et on a cherché, en haut lieu, à y remédier. Des rapports nombreux et très documentés ont été faits dans ce but; des commissions se sont réunies; des circulaires ministérielles ont été lancées, etc. (Tissié). Les uns et les autres ont eu les résultats accoutumés, c'est-à-dire qu'après un échange d'idées justes (et très capables d'amener d'heureuses modifications, si on en avait tiré quelque application vraiment pratique), tout continua comme si l'on n'avait rien dit. Ainsi, très souvent, en France, une expression littéraire tient lieu de réforme, et il semble que notre peuple soit plus satisfait d'avoir parlé d'une affaire que de l'avoir faite.

III

Cela ne veut point dire que la gymnastique française du XIXe siècle ne soit, par aucun de ses côtés, médicale. En effet, parallèlement à la gymnastique militaire et acrobatique se développait une gymnastique qui avait pour objet la cure des maladies. Londe, médecin, fit, en 1821, une critique sévère des idées et des institutions de la gymnastique française et essaya de régler les applications médicales que les gymnastes professionnels, à cette époque comme de nos jours, ne se privaient pas de faire, à tort et à travers. Blache appliqua plusieurs formes de gymnastique au traitement de différentes affections, surtout de l'enfance; et un gymnaste connu, Laisné, se fit, sous sa direction, une spécialité de cette partie de la thérapeutique. Bien d'autres médecins, bien d'autres gymnastes, suivirent leur exemple jusqu'à nos jours, et créèrent la kinésithérapie et la massothérapie françaises. Mais ce ne sont là que des spécialités médicales : le but poursuivi par elles est très restreint; il s'agit d'appliquer à une affection déterminée une pratique thérapeutique déterminée, mais non pas d'agir sur de grandes masses d'hommes, par des manœuvres très générales, destinées à développer ou à maintenir la santé, à perfectionner l'individu et la race. Il y a, en somme, une gymnastique médicale, comme il y a une gymnastique militaire et une gymnastique acrobatique, mais la réunion de ces spécialités ne forme pas une gymnastique générale, applicable à tous.

C'est depuis quelques années seulement que, sous l'impulsion donnée par divers éducateurs, parmi lesquels il faut citer surtout Demeny, Lagrange et Tissié, le public s'est avisé que la gymnastique pourrait bien avoir d'autres buts, d'autres résultats, d'autres ambitions, que ceux qu'on lui avait assignés jusqu'ici.

IV

Car il ne faudrait pas croire que la compréhension française de la gymnastique soit la seule, c'est-à-dire que le mot de gymnastique doive éveiller, nécessairement, dans l'esprit, l'idée d'exercices militaires ou acrobatiques. Nous avons hérité, pour une part, de la culture gréco-romaine, mais pour une part seulement. Les Grecs, qui inventèrent ce que nous nommons gymnastique (de γύμνος, nu), entendaient par là des exercices physiques pratiqués dans les écoles, le corps nu, dans le but de développer la force et la beauté de ce corps. Les écoles, nommées gymnases, servaient, du reste, aussi à l'enseignement philosophique, et les mêmes maîtres et les mêmes élèves s'occupaient ensemble de développer, à la fois, l'esprit et le corps. Ou plutôt, il n'y avait point, comme de nos jours, une division artificielle tracée entre l'esprit et le corps, et la culture antique visait l'homme tout entier, sous ces deux aspects différents. C'est ce qu'exprime Montaigne, interprétant Platon : « Ce n'est pas seulement une âme ou un corps qu'il importe de former, mais un homme. »

La gymnastique grecque avait un but très précis : le perfectionnement de l'individu et de l'espèce. Ce but était éminemment louable, mais l'idée esthétique qui y était contenue devait, naturellement, amener à des concours, à des récompenses. Au lieu d'être un moyen, les exhibitions et les prix devinrent une fin, et la science très réelle de l'élevage humain, que les Grecs avaient réglementée, se perdit pour faire place à des jeux, dont le niveau moral et la valeur physique baissèrent de plus en plus. Les Romains recueillirent les traditions de cette gymnastique déjà transformée et en firent les jeux du Cirque et des Bains, où les plaisirs esthétiques délicats, dus au culte intelligent de la Force et de la Beauté, firent place à des émotions violentes, brutales ou lascives.

C'est la science de l'élevage humain que nous aurions dû puiser dans la culture grecque de la grande époque, et c'est seulement le goût de la force physique donnée en spectacle et primée dans les concours, que nous avons conservé de la décadence gréco-romaine.

V

C'est en Chine qu'il faut aller trouver la première gymnastique, réellement et uniquement inspirée de préoccupations sanitaires et hygiéniques. Le *Kong-Fou*, recueil paru 2698 ans avant notre ère (!), n'indique que des positions et des attitudes ayant pour but de prévenir ou de guérir les maladies (Dally et Mac Auliffe). On dit qu'aujourd'hui les Chinois apprennent la voltige et ont des professeurs français qui leur enseignent la gymnastique militaire et acrobatique; cependant, la gymnastique japonaise, telle qu'elle est encore enseignée de nos jours, semble fortement inspirée des préceptes de l'ancienne gymnastique chinoise. Aussi, de toutes les gymnastiques contemporaines, c'est assurément la japonaise qui se rapproche le plus de la gymnastique suédoise, et l'on sait que, d'ailleurs, les masseurs suédois et japonais sont, incontestablement, les meilleurs du monde.

C'est pourquoi l'on s'est demandé si Ling, le créateur de la gymnastique suédoise, avait eu quelques notions de l'ancienne gymnastique chinoise ou japonaise, et s'il n'y avait point puisé des inspirations. Il n'en est rien probablement, et la gymnastique suédoise semble née, sur place et spontanément, au début du XIXe siècle, au moment même où naissait, en Suisse, en Allemagne et en France, la gymnastique acrobatique, et sans influence appréciable venue du dehors. Et pendant que se développait notre gymnastique, l'école suédoise se développait aussi, lentement et régulièrement, et aboutissait à un système absolument différent du nôtre, par son idée directrice, son but et ses moyens.

VI

C'est en 1814 que Ling fonda l'école qui existe encore aujourd'hui, à Stockholm, et qui est la pépinière d'où sont sortis tant de gymnastes distingués. Ceux-ci ont, à leur tour, créé, en Suède et dans toute l'Europe, des établissements prospères. Poète et historien, en même temps que professeur d'escrime, Ling voulait que sa race alliât la vigueur physique à la culture intellectuelle. Persuadé qu'une éducation physique bien comprise est absolument nécessaire pour amener l'être humain à jouir pleinement de ses moyens physiques et moraux (Demeny), il conçut un système d'instruction gymnastique basé sur l'anatomie et la physiologie, et très supérieur à tous ceux qui avaient été enseignés jusqu'à ce jour.

Tout d'abord, Ling ne fut point compris, et on ne le distingua pas d'un acrobate quelconque. Lorsqu'il demanda, pour son œuvre naissante, l'appui de l'Etat, un ministre peu clairvoyant lui fit répondre : « qu'il y avait déjà assez de saltimbanques, sans en mettre de nouveaux à la charge de l'Etat. » Aujourd'hui, les professeurs de gymnastique qui sortent de l'Institut de Stockholm, jouissent dans l'Université du même traitement et de la même considération que les autres professeurs! Cette comparaison suffit pour mesurer le chemin parcouru en moins d'un siècle. Aujourd'hui, en Suède, comme jadis en Grèce, des maîtres dans les lettres et dans les sciences, d'un âge respectable, se mettent dans les rangs des étudiants et participent à la leçon de gymnastique. Des sociétés d'ouvriers et d'ouvrières suivent des cours gratuits donnés le soir, dans les Instituts, et leur permettant de s'instruire dans l'art national de la gymnastique. De même, en France, des conférences et des cours permettent aux classes pauvres d'acquérir, en dehors des heures de travail manuel, une culture intellectuelle et artistique. Des jeunes filles du monde suivent, à Stockholm, les cours de l'Institut et prennent le titre de professeurs de gymnastique, comme, en France, des jeunes filles riches prennent leur brevet supérieur, sans intention de l'utiliser. Dans les écoles primaires, l'instituteur suédois interrompt de temps en temps son enseignement et donne à ses élèves quelques mouvements qui les distraient, les reposent, et leur permettent de cultiver à la fois leur esprit et leur corps (Demény).

Ces exemples pourraient suffire à mettre en évidence les différences fondamentales de l'enseignement gymnastique français et de l'enseignement gymnastique suédois. Mais on peut trouver d'autres différences encore. La gymnastique suédoise ne vise nullement à former des sujets exceptionnels, des athlètes, mais à donner à tous un développement physique utile. Elle ne choisit point des sujets d'élite pour en faire des phénomènes, mais, au contraire, elle s'adresse aux faibles qui veulent devenir, sinon des forts, du moins des bien portants. Elle n'enseigne point des exercices d'équilibre, ni des exercices de force, où les muscles des membres jouent un rôle prédominant, mais elle vise l'ampliation de la cage thoracique, le maintien des organes abdominaux, le redressement de la colonne vertébrale, etc. Un athlète, qui a de gros muscles et qui fournit de grandes sommes de force physique, a besoin, nécessairement, d'oxydations énormes et use ses poumons, son cœur, son sang et ses viscères, à entretenir cette fabrique de force motrice. La gymnastique suédoise, en s'appliquant à améliorer les conditions de fonctionnement de la respiration, de la circulation, de la digestion, des menstrues etc., a moins pour but de fortifier la musculature que les organes chargés des fonctions vitales et, par conséquent, agit dans un sens opposé à celui de la gymnastique athlétique.

VII

Est-ce à dire qu'il faudrait abandonner la gymnastique française et transplanter en France la gymnastique suédoise? Ce serait une erreur. Les peuples ont la gymnastique qu'ils méritent : c'est-à-dire qu'en supposant que l'on puisse appliquer, en France, la technique de la gymnastique suédoise sans y rien changer, l'esprit dans lequel on appliquerait cette technique serait fort différent de l'esprit suédois. Nos compatriotes ne renonceront ni aux assauts, ni aux concours, ni aux prix : dans la gymnastique, comme dans tout autre chose, ils chercheront, nécessairement, des satisfactions de vanité. De plus, nous avons dit plus haut qu'il existait, dans la gymnastique française, certaines parties très bien faites et qu'il serait regrettable de supprimer ou de transformer. L'avenir est donc, non dans une révolution changeant du tout au tout le système établi, mais dans une évolution lente et progressive, qui modifiera l'état d'esprit des professeurs de gymnastique et du public, et transformera, peu à peu, les mauvaises techniques.

C'est dans cette direction, d'ailleurs, qu'on est déjà engagé. Le nouveau manuel de gymnastique militaire, paru en 1903, a supprimé les agrès et a modifié la gymnastique de pied ferme dans le sens suédois. Les sports, les jeux, ont

atténué ce que la gymnastique d'origine allemande avait de trop rigoureusement automatique (Lagrange). Et si, à certains égards, il est regrettable que l'enseignement de la gymnastique soit, en France, réservé aux militaires, cela présente, d'autre part, un avantage précieux : en effet, il a suffi de modifier le code de gymnastique militaire pour qu'aussitôt toutes les Sociétés de gymnastique, tous les instructeurs des lycées et collèges, aient modifié leur enseignement dans le même sens. Sans doute, ils n'arriveront pas immédiatement au but, et l'évolution progressive n'ira pas sans quelques heurts et sans quelques erreurs. Mais l'attention publique est éveillée. Les instituteurs, les professeurs ne dédaignent plus, actuellement, comme ils le faisaient autrefois, tout ce qui touche aux exercices corporels. Ils comprennent que l'intelligence et la force physique ne sont pas deux êtres distincts, mais deux fonctions d'un même organisme. Des circulaires ministérielles récentes recommandent à l'attention des directeurs de collèges la transformation qui est en train de s'accomplir. Sans doute (comme pour beaucoup d'autres circulaires qui les ont précédées) les conseils qui y sont contenus ne seront pas tous écoutés; mais il importe néanmoins de souligner ce mouvement, de le faire connaître, et de l'appuyer.

L'homme qui semble le mieux préparé, par ses connaissances spéciales et par ses travaux, à la direction technique de cette évolution, est assurément G. Demény. Son impulsion a déjà contribué, dans une large mesure, à créer le mouvement commencé. Il nous paraît que ce mouvement ne fera que s'accentuer dans l'avenir et que l'école de Demény fera pour la France ce que l'école de Ling a fait pour la Suède. Ling lui-même avait, d'ailleurs, souhaité qu'un jour la France entrât dans la voie où il était engagé et, rendant hommage aux qualités scientifiques de notre nation, aux connaissances anatomiques et physiologiques de nos savants, il avait dit : « Il arrivera un temps où l'éducation physique occupera les hommes de qualité, et ce temps est proche... Quand la France s'occupera de gymnastique, il en sortira quelque chose d'important. »

Il n'est pas niable que, depuis une quinzaine d'années, un mouvement considérable porte les Français vers les sports, la vie au grand air, et l'éducation physique; malheureusement, ce mouvement violent, tumultueux, désordonné, n'est guère inspiré par des idées générales et pondérées qui, seules, permettraient d'en tirer des avantages réels. Dans une revue prochaine, nous étudierons cette question des sports, qui mérite une mise au point spéciale. Mais, à défaut d'autre chose, ce mouvement a créé, du moins, un état d'esprit favorable à l'étude des questions de gymnastique et d'éducation physique, et c'est pourquoi nous avons pensé que les médecins s'intéresseraient à l'exposé de l'évolution qui s'accomplit de nos jours (1).

(1) Le cadre étroit de cet exposé ne nous a pas permis les citations trop nombreuses et la critique bibliographique détaillée, qui eussent été nécessaires pour justifier les vues que nous présentons : on trouvera ces renseignements dans nos autres publications. Cependant, nous tenons à mentionner tout particulièrement les ouvrages excellents de Dally, Tissié, Lagrange, l'histoire de la gymnastique de Mac Auliffe, le rapport célèbre d'Hillairet, enfin et surtout l'enseignement classique de G. Demény. C'est à ces sources qu'il faudra toujours revenir, pour comprendre l'évolution de cette question.

FAITS CLINIQUES

LA SAIGNÉE PULMONAIRE

Par M. le docteur LARCHER (de Verdun-sur-le-Doubs).

Le 23 décembre 1898 j'étais appelé auprès de la jeune Louise T..., âgée de dix ans, qui se plaignait d'un violent point de côté, à droite, de dyspnée et de frissons.

Après avoir interrogé les parents et examiné soigneusement cette enfant, je portai le diagnostic de pleuro-pneumonie causée par un refroidissement subit. Je fis une ponction exploratrice qui fut négative et j'ordonnai le traitement de circonstance (vomitif, cataplasmes sinapisés, potion avec oxyde blanc d'antimoine, enveloppement ouaté des jambes).

Le lendemain soir le père revint me chercher d'urgence en me disant que l'état de son enfant avait empiré et qu'elle ne pouvait plus « souffler » du tout.

Je me rendis de suite au village de Pontoux, distant de 9 kilomètres, où habite la famille T..., emportant avec moi l'aspirateur de Potain, pour le cas où j'aurais affaire à un épanchement pleurétique.

Il était dix heures du soir quand j'arrivai auprès de ma petite malade qui, en effet, respirait péniblement et se plaignait davantage de son point de côté.

Je l'examinai rapidement de nouveau et voici ce que je constatai : matité augmentée, râles et bruit de frottement à droite, vibrations thoraciques presque abolies, voussure légère, pas d'égophonie, pas d'expectoration, température 39°6.

Le temps pressait, l'enfant respirait de plus en plus difficilement, la face devenait anxieuse, la douleur augmentait, il fallait intervenir.

Persuadé d'avoir affaire à un épanchement que je redoutais, je pratiquai immédiatement la thoracentèse, à droite, au milieu de la zone de matité, dans le sixième espace intercostal, avec la petite aiguille de l'aspirateur Potain.

A mon grand étonnement, pas une goutte de sérosité ne vint dans mon appareil : je vérifiai rapidement ce dernier et m'assurai que, cependant, il fonctionnait bien.

Instinctivement j'enfonçai mon aiguille d'environ 1 centimètre : je vis alors apparaître à l'orifice du tube de sortie des gros flocons spumeux et rougeâtres; quelques secondes après du sang semi-rutilant se mit à sourdre goutte à goutte dans le récipient : en cinq minutes il en tomba la valeur de deux cuillers à soupe et ce fut tout. Je fermai les robinets de mon appareil et je retirai l'aiguille.

Presque aussitôt la dyspnée et le point de côté diminuèrent.

Il était onze heures du soir et j'étais loin de toute pharmacie; j'attendis un peu plus d'une demi-heure et ma petite malade étant plus calme je me retirai.

Je revins le lendemain matin : l'état local et général de l'enfant s'était sensiblement amélioré. Cinq jours plus tard elle était en pleine convalescence.

Depuis, il m'a été impossible de constater aucune trace de l'affection première, la guérison fut définitive.

La critique de cette observation est facile à faire. Le diagnostic de pleuro-pneumonie n'était pas exact; il s'agissait évidemment d'un cas de « congestion pulmonaire vraie » ou de maladie de Woillez.

L'émission sanguine, ou pour mieux dire la « saignée pulmonaire » pratiquée au milieu du foyer congestif, explique la sédation brusque des phénomènes morbides.

Le 4 août 1900 un cas à peu près identique, mais moins

grave, se présentait à Gergy chez un jeune homme de dix-huit ans, M. François C..., qui avait fait une course assez longue à bicyclette, qui avait beaucoup transpiré et avait pris froid le soir.

Les symptômes de congestion pulmonaire, dominés par la douleur d'un point de côté, à droite, et par la dyspnée, étaient des plus nets.

Cette fois, je pratiquai de propos délibéré la « saignée pulmonaire ».

Je retirai un peu plus d'une cuiller de sang spumeux. Le soulagement fut presque immédiat et, quatre jours après, le malade était debout.

M. François C... est actuellement employé au Bon Marché, à Paris, et ne s'est jamais ressenti de rien.

Depuis, j'ai pratiqué deux fois encore la « saignée pulmonaire » sans aucun accident consécutif.

En publiant ces lignes je n'ai pas la prétention d'ériger en méthode la « saignée pulmonaire ». Mon but est seulement d'appeler l'attention de mes confrères sur un mode d'intervention qui peut leur rendre service dans des cas graves de « congestion pulmonaire maladie de Woillez », et qui, contrairement aux craintes qu'ils peuvent avoir de pneumothorax ou d'autres accidents consécutifs à la perforation du parenchyme pulmonaire, apparaît tout à fait inoffensif, à la condition formelle que la « saignée pulmonaire » soit pratiquée avec toutes les précautions possibles et en respectant les règles de l'asepsie la plus rigoureuse.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 6 JUIN 1905)

La déclaration obligatoire des maladies contagieuses. — Autrefois on accusait les casernes de devenir des foyers d'épidémies pour les villes. Aujourd'hui, ce sont, au contraire, nos confrères de l'armée qui accusent les municipalités de favoriser les épidémies dans les casernes en n'appliquant pas, dans toute sa rigueur, la loi sur la déclaration obligatoire des maladies transmissibles. Ce n'est donc pas l'insuffisance des moyens prophylactiques, en particulier de la désinfection, qu'il faut incriminer en présence de l'éclosion des maladies contagieuses dans les casernes, mais bien l'importation de ces maladies par des permissionnaires qui ont été les contracter dans la ville où ne sont pas prises les mesures édictées par la loi.

Telle est l'argumentation que présente M. VAILLARD, médecin-inspecteur de l'armée, à l'Académie. Il conclut en demandant qu'elle émette le vœu que la loi sur la déclaration obligatoire des maladies transmissibles soit exécutée avec toutes les sanctions qu'elle comporte. Ce vœu sera soumis au vote de l'Académie dans une prochaine séance, car à peine restait-il deux ou trois membres dans la salle des séances au moment de la très intéressante communication de M. Vaillard. L'un de ces membres, M. Fiessinger, a pris la parole, pour faire observer très justement que les médecins praticiens des villes ne sauraient mériter le reproche qui leur est implicitement adressé par M. Vaillard de ne pas déclarer les maladies contagieuses. Chaque fois qu'ils veulent exécuter la loi, ils se trouvent en présence d'un maire ou d'un sous-préfet, d'un fonctionnaire quelconque, qui, par suite d'intérêts électoraux, a toutes raisons de ne pas faire exécuter cette loi. Il en résulte des difficultés véritablement insurmontables pour le malheureux praticien qui n'a pas l'autorité suffisante pour accomplir comme il le voudrait, comme il le devrait, les mesures qu'exige la loi.

L'eau de mer en injections isotoniques, dans 18 cas de tuberculose. — M. CHAUFFARD communique les résultats obtenus par MM. Robert SIMON et René QUINTON dans la tuberculose, avec les injections sous-cutanées d'eau de mer isotonique.

Dix-huit cas de tuberculose, traités par ces deux auteurs, ont donné dans 15 cas des améliorations extrêmement notables, chez des tuberculeux à tous les degrés.

L'amélioration, très rapide, porte d'abord sur l'état général, l'appétit, le sommeil, la toux, l'expectoration, les sueurs nocturnes. Enfin le poids augmente d'une façon régulière, et dans des proportions souvent très remarquables.

Le traitement de la tuberculose au bord de la mer est depuis longtemps classique. Il paraît très probable, après ces résultats, que l'injection sous-cutanée d'eau de mer est appelée à prendre place dans la thérapeutique préventive et curative de la tuberculose.

Hôpital de Tunis. — M. REYNIER analyse un travail de M. Brunswick LE BIHAN sur l'assistance médicale indigène en Tunisie. L'auteur donne une description complète de l'hôpital de Tunis qui, à tous les points de vue, est un établissement modèle, doté de tous les perfectionnements modernes.

M. DELORME saisit très heureusement cette occasion pour faire ressortir les avantages que présente toute organisation sanitaire, civile ou militaire, quand elle est confiée à une autorité compétente, c'est-à-dire au médecin. Nous ne saurions assez partager cette manière de voir, surtout au moment où est déposé un projet de loi tendant à remettre de nouveau cette direction entre les mains de l'intendance.

Traitement de la fièvre puerpérale. — M. FABRE lit un travail sur le traitement de la fièvre puerpérale par les injections intra-utérines d'essence de térébenthine (à 15 p. 1000) et les injections sous-cutanées de sérum artificiel térébenthiné (à 5 p. 1000).

Élections. — MM. Yersin (de Nia-Trang) et Wertheimer (de Lille) ont été nommés membres correspondants nationaux.

ANALYSES

MÉDECINE

Traitement de la méningite épidémique. (Carlos FRANCA. *Deuts. med. Wochens.*, 18 mai 1905, n° 20, p. 789.) — Pendant l'épidémie de méningite cérébro-spinale qui a régné à Lisbonne en 1902-1903, et qui s'est montrée d'une gravité particulière, C. Franca a employé le traitement par les injections intra-rachidiennes de lysol. Il a procédé de la façon suivante : 20 à 50 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien sont soustraits par ponction lombaire, et une solution à 1 p. 100 de lysol est injectée immédiatement par l'aiguille dans l'espace sous-arachnoïdien (12 à 18 centimètres cubes chez les adultes, 3 à 9 centimètres cubes chez les enfants). Si l'état du malade est inquiétant, une semblable injection peut être faite quotidiennement, jusqu'à ce que le liquide céphalo-rachidien soit stérile, ce qui se produit le plus souvent au bout

de quelques jours. Lorsque le pus de la méningite est très épais, on fait précéder l'injection d'un lavage avec une solution physiologique de NaCl.

Parfois l'injection est un peu douloureuse, mais c'est là un phénomène tout passager. Le seul inconvénient observé est l'apparition d'une coloration jaune des téguments à la paume des mains et à la plante des pieds, huit à dix jours après la première injection.

Aucun autre adjuvant n'a été employé chez les malades ainsi traités : ni bains froids, ni applications de glace sur la tête, ni analgésiques.

Les résultats ont été les suivants : la mortalité chez ces malades a été de 29 p. 100, alors qu'elle a atteint 66 p. 100 chez ceux qui ont été traités par la ponction lombaire sans injections de lysol.

De plus les auteurs ont pu noter l'absence de rechutes, la moindre durée de la maladie, une diminution de l'amaigrissement, et la très grande rareté des séquelles.

Plusieurs cas de méningite tuberculeuse ont été soignés sans succès par cette méthode.

Enfin les auteurs, dans quelques cas, ont essayé de remplacer la solution de lysol par une solution de cyanate de mercure; mais les résultats obtenus ont été beaucoup moins favorables. A. LEMIERRE.

Un cas d'empoisonnement par la digitale avec forte hypothermie; guérison. (JOHNSON. *New York med. Journ.*, 13 mai 1905.) — Une femme de soixante-cinq ans, atteinte de dégénérescence du myocarde, prend une dose indéterminée de teinture de digitale, et la répète deux heures plus tard. Quelques minutes après la seconde dose, elle est prise soudainement de vomissements, de diarrhée, de douleurs épigastriques violentes, irradiant dans le dos. Johnson constate un pouls à 54 et une température de 34°4, mais aucun symptôme de collapsus. Pas de dyspnée, ni de sueurs froides, ni de pouls filiforme : un peu de pâleur de la face. Guérison rapide par la chaleur et les stimulants. F. E. GARDNER.

Etude du chimisme gastrique chez les saturnins. (SAILER et SPEESE. *Journ. Amer. med. Assoc.*, 13 mai 1905.) — Les auteurs ont examiné, au moyen de repas d'épreuve, le chimisme gastrique de 12 malades. Sur ces 12, 2 doivent être éliminés, dans 1 cas, le diagnostic de saturnisme était probablement erroné, et dans l'autre il s'agissait d'un cas de saturnisme aigu. Les 10 cas restants de saturnisme chronique ont donné des résultats uniformes. Acidité totale variant de 9 à 17, acide chlorhydrique libre *toujours* absent, acide lactique *toujours* présent, digestion peptique *toujours* diminuée et dans 4 cas totalement supprimée. Pas de bacille d'Oppler-Boas. Dégénérescence basophile du sang dans *tous* les cas où l'examen du sang a pu être pratiqué. L'auteur n'a pu se procurer de pièce histologique établissant l'origine de cette gastrite hypopeptique et hypochlorhydrique. Il est probable que, chez le saturnin, toutes les sécrétions digestives sont altérées : mais quoique les symptômes digestifs soient prépondérants dans le saturnisme chronique, nulle étude chimique n'en a encore été faite. F. E. GARDNER.

CHIRURGIE

Diagnostic de la vésiculite séminale. (CABOT. *Bost. med. and surg. Journ.*, 11 mai 1905.) — De l'étude de 19 cas, Cabot conclut qu'à côté des signes classiques, distension de la vésicule, épaississement, induration, une place des plus importantes doit être faite à l'examen du contenu vésiculaire. Pour éliminer le pus et les microbes de l'urètre postérieur et de la prostate, on fait d'abord uriner les malades qui doivent venir consulter avec une vessie pleine. Puis irrigation urétrale à l'acide borique. Lorsque la vessie est pleine, le malade urine cette solution d'acide borique. Puis la vessie est remplie de nouveau, et l'on masse la prostate, en ayant soin de ne pas toucher les vésicules. Après ce massage, le malade vide une fois de plus sa vessie. On remplit la vessie une troisième fois et l'on fait un massage soigné des vésicules. Il s'écoule alors quelquefois du pus du méat, mais la plus grande part du pus s'accumule dans la vessie, et se trouve dans le liquide que le malade urine après ce second massage.

F. E. GARDNER.

L'opération de Matas dans le traitement des anévrismes. (*C. r. de la Soc. méd. de la Nouvelle-Orléans*, séance du 11 février 1905 ; — in *New Orleans med. and surg. Journ.*, avril 1905, vol. LVII, n° 10, p. 729.) — GENNER vient de rapporter l'observation d'un anévrisme poplité récent traité par cette méthode, avec un plein succès. Cinq jours après l'opération les battements artériels étaient revenus dans la pédieuse.

Divers auteurs discutent la méthode et citent des observations, puis Matas résume la méthode et donne ses résultats.

La méthode consiste, l'hémostase temporaire étant faite avec soin au moyen de la bande d'Esmarch, à découvrir l'anévrisme par une large incision des téguments. Puis on fend la paroi du sac, on vide les caillots s'il y en a et on recherche les deux orifices supérieur et inférieur. Chacun des orifices est fermé par des points de catgut qui accolent endartère contre endartère. On capitonne ensuite par des points de catgut la paroi du sac face interne contre face interne, au lieu de retourner les parois en les enroulant de dehors en dedans selon la méthode de Neuber. Puis on enlève l'hémostase, si des orifices de collatérales donnent encore, on les oblitère par des points de catgut supplémentaires; enfin on ferme les téguments. Cette méthode est supérieure aux autres dans les anévrismes sacciformes et traumatiques, car elle peut permettre de conserver une portion de lumière de l'artère. Dans certains cas la restauration de l'artère est presque idéale. Matas prétend même qu'elle est supérieure aux autres méthodes dans les anévrismes fusiformes et il s'appuie sur la statistique pour le prouver. Depuis la publication de sa méthode dans les *Annales de chirurgie* en février 1903, divers chirurgiens ont opéré 16 cas par cette méthode. Dans 5 cas la restauration de l'artère a pu être établie. Dans 1 seul cas on a observé la récidive. Tous les autres cas ont été favorables. Aucun n'a été suivi de gangrène. Certaines guérisons sont maintenues depuis deux ans.

En regard de ces faits on peut citer le tableau de Gessner qui rapporte les anévrismes traités par différentes méthodes au Charity Hospital de 1884 à 1903. Les cas au nombre de 33 donnent :

Guérison............	17	soit	51,51 p. 100
Amélioration.........	8	—	24,24 —
Sans amélioration.....	1	—	3,03 —
Mort................	7	—	21,21 —

L'intervention en elle-même est fort facile à exécuter au dire de tous les opérateurs, pourvu que l'hémostase préventive ait été faite avec un grand soin. M. LANCE.

ANATOMIE

Anatomie du cæcum et de l'appendice. (QUÉNU et HEITZBOYER. *Bull. de la Soc. anat.*, 1904, p. 777-788, avec 11 fig.) — Les inflexions du cæcum et de l'appendice sont sous la

dépendance des vaisseaux sanguins; le cæcum comprend deux portions : la première correspondant à l'abouchement du grêle, est ordinairement horizontale; la deuxième, portion infundibulaire, au sommet de laquelle s'ouvre toujours l'appendice, forme avec la première un angle d'orientation et d'ouverture très variables; ce sont ces variations qui causent les divers modes de situation de l'appendice. Celui-ci comprend deux portions : la première radiculaire, fixée par l'artère appendiculaire, qui atteint toujours l'appendice à distance du cæcum : la seconde libre, formant avec la précédente un angle très variable, dont l'existence produit la valvule exceptionnellement signalée, de Nauniga, tandis que la valvule de Gerlach est subordonnée à l'inflexion de l'appendice sur le cæcum. Etude des divers modes de coalescence du cæcum, critique des ligaments cæcaux. ALQUIER.

HYGIÈNE

Action du cuivre sur les bactéries. (Le numéro de mai de l'*Amer. Journ. of med. Sc.* contient trois articles sur ce sujet.) — PENNINGTON a constaté que des électrodes de cuivre transportant un courant faible sont extrêmement germicides pour le bacille typhique et le coli-bacille. D'après ses expériences, il conclut que l'action bactéricide dépend plus de la présence d'une large feuille de cuivre avec laquelle les bactéries viennent en contact que de la teneur réelle de l'eau en cuivre.

GILDERSLEEVE a constaté que, de tous les sels de cuivre, le sulfate est le plus actif, probablement parce qu'il subit la dissociation électrolytique plus facilement que les autres. Il est actif à des doses variant de 1/250000 à 1/100000, suivant l'eau. Le cuivre colloïde est fortement germicide. La propriété germicide est beaucoup plus marquée dans les vases en cuivre soigneusement poli.

STEWART a étudié l'action des vases de cuivre sur le bacille typhique concurremment à l'action d'autres vases. L'*eau stérilisée* additionnée de bacille typhique a montré que tous les bacilles avaient péri après un séjour de trois heures dans un vase de cuivre ou d'aluminium, tandis que dans un vase émaillé il n'y avait, dans le même laps de temps, qu'une légère diminution dans leur nombre. Dans les vases en verre exposés à la lumière, les résultats ont été variables, mais jamais les microbes n'avaient complètement disparu après trois heures. Enfin, dans un vase étamé, il y avait toujours des bacilles vivants après vingt-quatre heures. L'*eau de robinet* a montré, en trois heures, dans un vase de cuivre, une diminution de 384000 microbes par centimètre cube à 18000. Dans des vases de verre, il y eut en général augmentation. La même eau prise au robinet, contenant un grand nombre de microbes de rivière et beaucoup de matière végétale et additionnée de millions de bacilles typhiques, a montré que les bacilles typhiques étaient tués dans un temps variant d'une heure trois quarts à deux heures et demie. Le cuivre colloïdal exerce plus d'action sur les bacilles typhiques que sur les microbes de rivière. La quantité de cuivre colloïdal abandonnée à l'eau en trois heures par les parois d'un vase de cuivre de la contenance d'un litre est d'environ 1/4000000. A cette dose, très suffisante pour tuer les bacilles, le cuivre est absolument inoffensif pour l'homme. D'où la conclusion de Stewart qu'en cas d'épidémie typhique l'eau peut être débarrassée du bacille par un séjour de trois heures dans un vase de cuivre. F. E. GARDNER.

L'influence de l'aération sur la propagation de la tuberculose. (*Progrès méd.*, 22 avril 1905.) — M. Lucien GRAUX revient sur la question de la tuberculose dans ses rapports avec l'aération et la lumière solaire; l'auteur s'attache à faire ressortir combien néfastes sont les quartiers aux rues étroites et sombres, dont les maisons abritent de pauvres gens entassés les uns sur les autres. Entre autres arguments M. Lucien Graux cite un travail de M. Marié-Davy, où cet auteur étudie la mortalité par tuberculose dans ses rapports avec le nombre des portes et des fenêtres; or un tableau et un diagramme qui accompagnent ce travail montrent avec la plus grande netteté que « les fortes mortalités correspondent aux fenêtres peu nombreuses, et au contraire, les proportions plus élevées de fenêtres coïncident avec les faibles mortalités ».

M. Lucien Graux rappelle aussi les statistiques de M. Juillerot portant sur onze années; il en ressort entre autres les terribles conclusions suivantes que 820 maisons ont donné 11500 morts; que 10 d'entre elles, sur une population totale de 967 habitants, ont fourni en dix ans 212 morts par tuberculose.

En terminant l'auteur critique la loi de 1902 sur la santé publique; il insiste sur la largeur minimum que devraient avoir les rues et les cours intérieures des maisons par rapport aux bâtiments qui les bordent. Enfin, M. Lucien Graux réclame la disparition de l'impôt sur les portes et fenêtres.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

ROSÉOLES [1]

III. ROSÉOLE DU TYPHUS. — La forme essentielle de l'exanthème, dans le typhus dit pétéchial, est une roséole (Griesinger), habituellement maculeuse, quelquefois aussi papuleuse. Cette roséole diffère de la roséole typhique : α. par le très grand nombre des éléments éruptifs : « dans le typhus exanthématique (ou pétéchial), on compte d'ordinaire plus de 1000 taches occupant généralement le tronc, quelquefois le visage, et en particulier, les avant-bras et les membres inférieurs » (Griesinger); β. par l'existence de catarrhes; γ. par les transformations des taches qui, d'abord rose vif, disparaissent sous la pression des doigts, prennent bientôt une teinte plus foncée, rouge vineux, surtout au dos et aux parties déclives. Au bout de trois à quatre jours, il n'y a plus que des taches pétéchiales plus ou moins claires ou sombres à la périphérie. L'éruption du typhus exanthématique est mûricolore (*mulberry-rash*), celle de la dothiénentérie étant rosée lenticulaire (*lenticular rose-spots*); δ. par l'existence d'un fond marbré, estompé (2), sous-cuticulaire (*subcuticular-rash*), sur lequel se détache l'exanthème; ε. par l'évolution des taches : la roséole apparaît du quatrième au sixième jour, procède par poussées successives et dure de dix à quatorze jours, souvent plus; ζ. par la concordance parfaite qui existe entre les symptômes généraux de la maladie et l'éruption cutanée : celle-ci est, d'ailleurs, beaucoup moins marquée chez l'enfant que chez l'adulte; elle peut manquer dans certaines épidémies.

IV. ROSÉOLE VARIOLEUSE. — A la période d'invasion de la variole surviennent fréquemment des exanthèmes (*variolous rash*) qui peuvent affecter deux types spéciaux : hyperhémique ou hémorragique. Le premier peut prendre l'aspect roséolique : siégeant habituellement aux plis de l'aine, plus rarement au pourtour des grandes articulations, il dure deux ou trois jours, puis disparaît lors du développement des pustules varioliques. Il peut coïncider avec le rash hémorragique.

V. ROSÉOLE VACCINALE. — Elle débute du troisième au huitième jour, autour des boutons de vaccin, et, de là, s'étend

(1) *Gaz. des hôpit*, n° 60, p. 718.

(2) L'existence de catarrhes et la coloration marbrée de la peau orientent souvent l'esprit vers le diagnostic de rougeole : aussi devra-t-on toujours songer au typhus exanthématique en présence d'un malade paraissant simultanément atteint de fièvre typhoïde et de rougeole (Spear).

aux bras, au cou, pour se généraliser à tout le corps. Durant deux à trois jours, ne s'accompagnant d'aucun symptôme général, elle se termine toujours par résolution simple, sans desquamation.

VI. ROSÉOLE CHOLÉRIQUE. — De toutes les éruptions qui surviennent dans le décours du choléra, la plus fréquente, avec l'érythème, est la roséole. Elle se montre vers la fin du stade de réaction et, surtout, au début de la convalescence. Localisée presque exclusivement aux membres, et particulièrement aux bras et aux avant-bras, elle peut s'accompagner de symptômes locaux (prurit) et même généraux (fièvre). Elle ne dure habituellement que quelques jours; dans les cas les plus intenses, elle peut se prolonger pendant une semaine et se terminer, alors, par une desquamation visible.

VII. ROSÉOLE RHUMATISMALE. — D'après Monneret, elle serait constituée par une éruption le plus souvent discrète et localisée autour des jointures malades.

VIII. ROSÉOLE DANS LA PYOHÉMIE ET DANS LA FIÈVRE PUERPÉRALE (Helm, Murchison, Verneuil). — Variable dans son aspect et dans son évolution, c'est une roséole bâtarde, de minime valeur diagnostique (Roger et Damaschino).

IX. ROSÉOLE DANS LA TUBERCULOSE AIGUE. — Jaccoud et Colin ont signalé, dans la *tuberculose miliaire aiguë à forme typhoïde*, l'existence de taches rosées lenticulaires. C'est là un symptôme absolument exceptionnel.

X. ROSÉOLE DANS LA MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE. — Admise par Ziemmsen et Haas, qui la considèrent comme fréquente et lui attribuent le caractère d'être symétriquement disposée, elle est encore mal connue.

B. **Roséoles toxiques.** — I. ROSÉOLE BALSAMIQUE. — Due à l'absorption de copahu, de cubèbe, de santal, de térébenthine, c'est la plus fréquente. Elle survient de bonne heure au début même du traitement, et affecte surtout certains sujets prédisposés, dont les voies digestive paraissent bien tolérer le médicament. Elle peut être *lente ou successive*, ou *rapide et généralisée*. La première, peut-être la plus fréquente, siège presque toujours au niveau des articulations, la seconde se développe simultanément sur toute la périphérie cutanée. Dans les deux cas, l'éruption est constituée par des taches rosées, à bords déchiquetés, confluentes; elle s'accompagne de phénomènes fonctionnels accusés et même, chez les sujets nerveux ou arthritiques, d'urticaire ou de prurigo. Dans la seconde forme, il existe souvent des *symptômes généraux*; α. fièvre; β. troubles digestifs : diarrhée, vomissements; γ. troubles rénaux : oligurie, anurie, albuminurie, hématurie, et même un énanthème plus on moins marqué. La marche de la roséole balsamique est des plus variables : tantôt elle s'efface rapidement, sans laisser de traces, tantôt elle persiste assez longtemps et se termine par une légère desquamation.

II. AUTRES ROSÉOLES MÉDICAMENTEUSES. — A. *Roséole iodique* : rare, coïncidant avec les autres manifestations de l'iodisme : catarrhe oculo-nasal, céphalalgie, etc.; B. *Roséole quinique*, encore plus rare; C. *Roséole arsenicale*; D. *Roséole antipyrinique* : l'éruption débute brusquement, se dispose symétriquement, dure de trois à cinq jours et se termine par une légère desquamation; E. *Roséoles consécutives à l'absorption d'acide salicylique*, de *salicylate*, de *benzoate de soude*, de *chloral*, etc.

ÉVOLUTION GÉNÉRALE. PRONOSTIC. — Nous avons déjà vu le pronostic de la *roséole simple*, de la *roséole typhique* et de la *roséole du typhus pétéchial*. Quant à la *roséole syphilitique*, son pronostic a été très discuté. Pour Diday, la première syphilide donne une juste idée de ce que sera la « syphilis dont elle marque le début ». Cette syphilide est-elle une simple roséole, les accidents ultérieurs seront bénins; appartient-elle, au contraire, aux formes papuleuses, squameuses, vésiculeuses ou pustuleuses, c'est là une menace de syphilis grave. Ainsi formulée, cette opinion est excessive (v. Fournier, loc. cit., t. L, p. 811). D'autre part, pour certains, la roséole ne s'observe que lorsque l'accident primitif a été érosif, superficiel, et n'a présenté qu'une légère induration; dans les cas où l'accident primitif a été ulcéreux, fortement extensif, fortement induré, les accidents secondaires sont constitués par des syphilides pustuleuses, papuleuses, squameuses ou vésiculeuses. Cette corrélation que Bassereau a tenté d'établir entre la qualité du chancre et celle des accidents consécutifs, contient certainement une grande part de vérité. Les *roséoles variolique*, *vaccinale*, *cholérique*, *rhumatismale*, etc., comportent un pronostic variable. Enfin la *roséole balsamique* s'atténue et disparaît rapidement lorsqu'on supprime la cause qui l'a produite.

DIAGNOSTIC. — La plupart des **roséoles d'origine infectieuse** seront reconnues aux symptômes généraux qui les accompagnent et à l'évolution de la maladie au cours de laquelle elles apparaissent. Aussi peut-on n'envisager séparément que le diagnostic de la **roséole syphilitique** qui, seul, peut présenter quelques difficultés, et permet d'ailleurs de passer en revue la plupart des autres roséoles.

La roséole syphilitique a pour elle ses antécédents (chancre avec bubon satellite), sa date d'apparition; sa coexistence fréquente avec d'autres accidents secondaires; elle cède facilement au traitement spécifique. Elle se différencie ainsi de la *rougeole*, où les symptômes généraux sont beaucoup plus intenses; où l'éruption, précédée de fièvre, ne respecte ni la face, ni les extrémités, et s'accompagne constamment de catarrhes; de la *roséole simple*, qui s'accompagne de quelques phénomènes généraux, ne respecte pas la face, présente un caractère éphémère, et ne coïncide jamais avec d'autres accidents d'ordre spécifique; de la *rubéole*, que les uns considèrent comme un mélange de scarlatine et de rougeole, les autres, comme une affection éruptive spéciale, et qui se caractériserait par les éléments suivants : absence d'invasion, éruption éphémère, absence ou faible intensité de la fièvre, insignifiance de la desquamation, et surtout α. existence d'adénopathies, souvent cervicales; β. absence d'accidents spécifiques; de la *roséole balsamique* [cause spéciale (1), localisation au niveau des jointures, caractère prurigineux, durée éphémère]; de la *roséole de l'antipyrine* (antécédents spéciaux, coïncidence d'accidents généraux d'intoxication, évolution rapide); du *pityriasis versicolor rosé* (apparence farineuse, détachement immédiat d'un copeau épidermique, lorsqu'on gratte avec l'ongle la surface des taches [*signe du copeau*]); présence au microscope, dans ce copeau, du *microsporon furfur*; du *pityriasis rosé*, dit encore *roséole squameuse*, qui ne diffère de la roséole vraie que par α. l'*état squameux de l'éruption*, le pityriasis rosé étant, par excellence, une roséole qui desquame (la roséole syphilitique ne desquame jamais). β. l'existence de *médaillons éruptifs* constitués par une zone éruptive ovalaire, de 1 à 3 millimètres de large, rosée, farineuse, avec un centre brun, bistré, parcouru par des hâchures parallèles (*P. circinata*).

TRAITEMENT. — Dans la *roséole essentielle* et dans la plupart des *roséoles infectieuses*, le traitement ne présente ancune indication spéciale. La *roséole syphilitique* est justiciable du traitement spécifique; enfin, en cas de *roséoles médicamenteuses*, on supprimera au plus tôt le médicament nuisible, et l'on stimulera, par les moyens habituels, les fonctions des émonctoires : foie, reins, peau.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — La Compagnie vient de publier un *Album artistique de vues de la Savoie, du Dauphiné, de la Côte d'Azur, du Nivernais, de la Bourgogne, de la Franche-Comté, de l'Auvergne, etc.*

Cet album, qui renferme près de deux cents reproductions en simili-gravures et dessins à la plume, est mis en vente au prix de 0 fr. 50 dans les bibliothèques des principales gares du réseau, il est envoyé également à domicile sur demande accompagnée de 0 fr. 60 en timbres-poste et adressée au service central de l'exploitation, 20, boulevard Diderot, à Paris.

(1) Lorsque les malades nient s'être servis de balsamiques, on peut examiner leurs urines. Traitées par l'acide nitrique, celles-ci donnent un précipité blanc, soluble dans l'alcool.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de la Pentecôte, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Le syndrome de Mœbius (akinesia algera), par M. L. Ingelrans.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de chirurgie.
LIVRES NOUVEAUX
FORMULAIRE
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

EXAMEN D'APTITUDE POUR AIDE-MAJOR DE RÉSERVE. — L'examen d'aptitude exigé des docteurs en médecine candidats au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve et des étudiants en médecine à douze inscriptions ayant satisfait à la loi de recrutement et qui sont candidats au grade de médecin auxiliaire, commenceront le lundi 24 juillet à une heure de l'après-midi, à l'hôpital militaire Saint-Martin.

Les candidats résidant dans le gouvernement militaire de Paris qui désirent prendre part à l'examen devront adresser avant le 20 juillet, à M. le directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris, boulevard de Latour-Maubourg, 51 *bis* :

1° Une lettre faisant connaître d'une manière très précise leurs nom, prénoms, lieu et date de naissance, domicile, bureau de recrutement, et l'adresse à laquelle la convocation doit leur être adressée;

2° Une copie dûment légalisée de leur titre universitaire ou un certificat de scolarité provisoire.

Les intéressés recevront en temps utile une lettre de convocation leur faisant connaître l'époque à laquelle ils auront à subir l'examen d'aptitude.

L'examen consiste en interrogations orales sur les matières suivantes :

1° Notions sur l'organisation générale de l'armée, la discipline et la hiérarchie militaire ;

2° Notions sur l'organisation du service de santé à l'intérieur (règlement du 23 novembre 1889);

3° Notions sur l'organisation du service de santé en campagne (règlement du 31 octobre 1892);

4° Fonctionnement des infirmeries régimentaires ; composition des sacs et sacoches d'ambulance, des voitures médicales régimentaires, etc. ;

5° Infirmiers et brancardiers régimentaires; poste de secours (manuels de 1894, hôpitaux militaires) ;

6° Secours à donner aux blessés sur le champ de bataille, bandages et appareils improvisés, relèvement et transport des blessés, brancards et voitures improvisés ;

7° Composition et fonctionnement des ambulances et hôpitaux de campagne, hôpitaux d'évacuation. Trains d'évacuation. Infirmeries de gare. Convention de Genève.

Afin de faciliter aux candidats la connaissance des matières qui font l'objet de l'examen d'aptitude, des conférences seront faites par M. le médecin-major de première classe Hublé, pendant tout le mois de juin, les mardis, jeudis et samedis, à l'hôpital militaire Saint-Martin (rue des Récollets), de trois heures à quatre heures.

Une autorisation du directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris est nécessaire pour y être admis.

STATISTIQUE. — Le service de statistique a compté, pendant la vingt et unième semaine, 949 décès, au lieu de 928 pendant la semaine précédente (moyenne 976).

Les maladies épidémiques continuent à être rares.

La fièvre typhoïde a causé 2 décès (moyenne 8).

La variole a causé 1 décès (moyenne 3).

La rougeole a causé 8 décès (moyenne 20); la scarlatine, 2 décès (moyenne 4); la coqueluche, 5 décès (moyenne 9); la diphtérie, 2 décès (moyenne 13).

La diarrhée infantile a causé 23 décès de 0 à 1 an, au lieu de 20 pendant la semaine précédente (moyenne 27).

En outre, 38 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 145 décès, au lieu de 128 pendant la semaine précédente (moyenne 156). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 6 décès (moyenne 11); bronchite chronique, 17 (moyenne 20); pneumonie, 26 (moyenne 38); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 96 (moyenne 87), dont 37 sont dus à la congestion pulmonaire et 46 à la broncho-pneumonie.

La phtisie pulmonaire a causé 255 décès ; la méningite tuberculeuse, 15 ; la méningite non tuberculeuse, 18, dont 2 décés survenus à l'hôpital ont été attribués à la méningite cérébro-spinale et provenaient l'un du quartier Saint-Vincent-de-Paul, l'autre de Charonne; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 23 décès.

REVUE GÉNÉRALE

LE SYNDROME DE MŒBIUS

(AKINESIA ALGERA)

Par L. INGELRANS,

Agrégé, chargé du cours des maladies nerveuses à la Faculté de Lille, Médecin des hôpitaux.

C'est le 30 avril 1891 que Mœbius décrivit sous cette dénomination un complexus symptomatique nouveau qu'il venait d'avoir l'occasion d'observer à deux reprises vers cette époque. Depuis lors, d'assez nombreuses études ont paru sur ce syndrome, ou, pour mieux dire, d'assez nombreux faits similaires accompagnés de commentaires. L'ensemble des cas à ce jour ne dépasse pourtant pas une quarantaine d'observations, en y comprenant tout ce qu'on peut rencontrer d'analogue depuis 1891 (même s'il s'agit d'une simple indication donnée par certains auteurs). Comme aucun de ces faits n'a paru en France, que la plupart sont de source allemande ou italienne, qu'on n'a publié aucun travail d'ensemble dans notre pays, on a cru qu'il pouvait être utile de rassembler ici les relations cliniques d'akinesia algera dans leurs traits essentiels et d'en faire une revue, sans qu'on ait d'ailleurs la prétention d'aller plus loin et de donner une description didactique d'un état qui, comme on le verra, ne constitue pas une maladie autonome, mais bien plutôt une manière d'être de certaines névroses, dans lesquelles une série de traits communs permet d'isoler un tableau clinique bien particulier, qui est l'akinesia algera.

I

Akinesia algera est une dénomination bien choisie : cela veut dire impossibilité de remuer sans douleur. Mœbius nous dit qu'il appelle ainsi un état dans lequel les mouvements sont douloureux, sans qu'on puisse rencontrer une cause appréciable, qui explique les douleurs. Il n'y a rien de plus, tout est là : d'ordinaire, on va le voir, cela survient chez des sujets à hérédité névropathique, chez des déséquilibrés. Leur histoire parle d'ailleurs plus que toute description.

Le premier malade de Mœbius est un professeur de trente-trois ans. Son père est atteint d'une affection mentale et se prétend persécuté de chacun. Lui-même est un homme distingué, réputé dans son enseignement auquel il se livre avec ardeur. En 1887, il est pris d'insomnie et de maux de tête; l'année suivante, tout augmente et il devient absolument incapable de tout travail. A peine peut-il écrire une lettre : une occupation un peu sérieuse lui devient impossible. « Ma tête, disait-il, refuse de marcher. » A ce moment, il a une période de grande insomnie, fait une cure dans un établissement spécial : pendant tout le mois qui suit sa sortie, il est pris d'amnésie. Cette période se passe dans un silence entrecoupé de plaintes. L'hydrothérapie l'améliore pour un temps.

Alors, le mal reprend : les membres deviennent lourds. Le patient a des douleurs musculaires après chaque mouvement, surtout dans les bras. Il se soumet au repos complet, prend de l'embonpoint, puis retombe dans son état de douleurs du rachis, des muscles, des nerfs. Les mouvements sont alors si pénibles qu'il reste étendu sur le dos, immobile : malgré cela, il souffre encore.

Mœbius, qui le voit en 1889, donne une description détaillée de son état, dont voici les lignes essentielles :

Il est couché sur le dos, les membres immobiles. On ose à peine remuer ses bras, car il se plaint constamment. L'état des muscles, au point de vue de la nutrition, est cependant loin d'être mauvais : c'est pourtant là que la douleur siège. Après le moindre mouvement, la douleur surgit et persiste des heures : plus fort est le mouvement, plus vive est la douleur. Celle-ci existe même lors du repos absolu; elle est surtout intense aux avant-bras et aux mains.

Réflexes cutanés normaux; réflexes tendineux des membres inférieurs accentués. Clonus du pied à gauche; la sensibilité cutanée n'est pas altérée. La pression des muscles est supportée par le sujet, mais elle est désagréable. Pas de points de Valleix sur les trajets nerveux. On note un peu de glossy skin aux doigts. Tout le reste est normal : le sommeil et l'appétit sont bons. Le malade est gras et rouge; il a des pollutions nocturnes de temps en temps. L'intelligence est absolument saine, mais la fatigue mentale extrêmement rapide. Le sujet peut dicter une lettre, mais chaque pensée, dit-il, lui amène de profondes douleurs dans la tête.

En somme, on le voit, l'examen objectif est quasi négatif. Aucun traitement, d'autre part, ne réussit contre ces douleurs. Il n'y a, dit l'auteur, pour réussir un peu chez ce sujet, que les soins de sa femme et les consolations de son médecin. Un peu à la fois pourtant, le malade s'améliore : il arrive à lire, il tourne les pages d'un livre à l'aide d'un bâtonnet qu'il place entre les dents, de manière à éviter toute douleur du côté des bras. La céphalée s'en va, les réflexes tendineux sont moins vifs, il remue légèrement les jambes; mais du côté des mains, c'est le statu quo. En 1890, l'influenza lui procure une amélioration sensible : il peut se lever et se tenir debout. Quelqu'un lui fait entendre qu'il n'est qu'un simulateur : il fond en larmes, a une rechute persistante. Alors, il apprend à écrire avec le porte-plume tenu entre les dents.

En 1891, il est toujours gisant sur le dos, arrive à remuer les jambes, mais ne sait plus se tenir debout. Voilà plus de quatre années que la maladie a débuté : elle dure toujours.

Le second cas de Mœbius concerne une musicienne de quarante-trois ans, fille d'une mère névropathe et paralytique. Elle a toujours été un peu excentrique; à vingt ans, cette personne souffre de douleurs dans les mains et présente de l'insomnie. Au bout d'un an, elle souffre tellement des pieds qu'elle ne peut plus marcher. Elle s'étend sur une chaise longue ou garde le lit, et cela dure pendant dix ans; tantôt elle a mal aux mains, tantôt aux pieds. D'après son médecin, nul traitement n'a d'effet. Elle offre, en outre, quelques signes d'hystérie, comme des secousses aux extrémités qui durent seulement quelques secondes. Mœbius la vit en novembre 1889 : elle était couchée sur le dos, ayant des douleurs au moindre mouvement. Tout ce qu'elle peut faire, c'est d'aller avec difficulté d'une pièce dans une autre. Les membres seuls sont atteints; la tête est absolument normale. Rien de spécial en ce qui concerne la sensibilité générale, ni les organes des sens. Toutes les fonctions autres que le mouvement,

se font bien. Insomnie, due à ce que chaque battement du cœur amène des douleurs dans le dos.

En janvier 1890, une attaque d'Influenza agit efficacement sur cette femme, comme dans l'histoire précédente. Mais la rechute n'est pas loin. Alors on essaie de toutes sortes de moyens, entre autres de l'hypnotisme, sans aucun résultat. L'état s'aggrave tellement que la patiente veut se tuer en s'ouvrant les veines; elle devient folle, est envoyée dans un asile, où Flechsig, qui la voit, constate qu'elle a des hallucinations auditives, qu'elle est convaincue qu'on veut l'empoisonner, etc. Dans cet état de psychose, l'akniesia algera disparaît. Quand Mœbius écrit son second mémoire, paru le 15 juillet 1892, il annonce que la malade est morte sans que l'autopsie ait rien révélé.

Ce second mémoire est consacré à une étude des symptômes cardinaux des états de ce genre et à une tentative d'interprétation pathogénique. L'auteur montre qu'il se développe d'abord un état de faiblesse nerveuse. Au début, les mouvements accompagnés d'effort sont seuls pénibles, puis les plus minimes déplacements deviennent intolérables. La douleur survient lors du mouvement volontaire, elle persiste aussi après les mouvements et se fait en outre sentir dans des parties du corps plus éloignées. Petit à petit, toute action devient impossible : les malades sont comme paralysés. Cela peut durer extrêmement longtemps. On note des marques de neurasthénie : insomnie, inaptitude au travail, céphalée, rachialgie, etc. L'hystérie n'est pas forcément en jeu : la guérison ne paraît pas impossible, mais la deuxième malade est morte aliénée. Les sujets sont avant tout des dégénérés et leur affection est de nature fonctionnelle ou psychique. En tout cas, ajoute Mœbius, il ne peut être question de névrite ou de lésion organique quelconque. Les douleurs sont des *douleurs-hallucinations*, comme la douleur de nature hystérique, mais ce n'est point cependant l'hystérie qui est en cause.

En 1883, Neftel avait décrit sous le nom d'atrémie quelque chose d'analogue à l'akinesia. Cet auteur étudiait quatre cas d'un état qu'il rapproche de l'hypocondrie, où les malades ne peuvent se lever sans souffrir dans la tête ou dans le dos. Ils peuvent se mouvoir tant qu'ils sont couchés. C'est voisin de l'akinesia, ce n'est pas identique. L'atrémie est à l'akinesia algera ce qu'est l'astasie-abasie à la paraplégie hystérique : dans cette dernière et dans l'akinesia, les mouvements sont impossibles dans n'importe quelle position. Pour ce qui est de la nature de l'atrémie et de la classe dans laquelle on la doit ranger, nous ne voulons rien en dire ici : qu'il suffise de montrer en quoi cet état se distingue de l'akinesia algera.

Mœbius, après avoir délimité ainsi le sujet, fait remarquer que les mouvements sont non seulement douloureux pour les muscles qui les exécutent, mais qu'ils ont des retentissements à distance et donnent des céphalées intenses à leur suite. Ces maux de tête sont même provoqués par le moindre travail intellectuel chez les malades en question.

Or on est habitué, à l'état normal, à voir le travail intellectuel fatiguer la tête et même entraîner la céphalalgie quand il est excessif. Qui plus est, après une tension d'esprit exagérée, le corps entier est parfois brisé. On n'est pas surpris du mal de tête qui naît dans ces conditions, parce que l'on conçoit que l'organe qui a trop fourni de travail subisse les conséquences de son surmenage. Mais on est étonné de voir la fatigue mentale produire des douleurs dans tout le corps. C'est pourtant ce qui se passe, pour Mœbius, dans l'akinesia. Il s'agit, écrit-il, de cerveaux surmenés, irrités, dans lesquels la fatigue, quelle qu'elle soit, entraîne des douleurs centrales généralisées : « Ce sont alors les membres innocents qui paient pour la tête. »

Considérant ainsi que les cerveaux des sujets chez lesquels il a vu l'akinesia algera sont hyperexcitables et produisent une douleur centrale, rapportée à tel ou tel point du corps (à la suite de n'importe quel fonctionnement, comme par exemple dans l'action de contracter un muscle), Mœbius est amené à ranger dans un groupe très voisin les observations des malades qui souffrent lorsqu'ils voient une lumière un peu vive, entendent des bruits même d'intensité moyenne, ou veulent appliquer leur pensée assez attentivement sur un point.

Ainsi, il y a des gens qui ne peuvent souffrir la lumière après un travail intellectuel soutenu. Eh bien ! la rétine est une expansion du cerveau et la photophobie dont il est question trahit son hyperexcitabilité, consécutive à la période de surmenage antécédente. Ici, comme dans l'akinesia algera, tout se résume en ce fait qu'une fonction devient douloureuse après une irritation encéphalique. Le cerveau surmené peut ainsi devenir hyperesthésique lors des mouvements volontaires, de la perception visuelle, de l'acte de penser, etc. Dans l'atrémie de Neftel, c'est uniquement pour la marche que cet état se manifeste, mais l'essence des symptômes est la même, puisqu'une atrémique de Neftel avait justement une photophobie douloureuse.

Cette extrême susceptibilité à la lumière des cerveaux fatigués constitue le fond même de l'histoire de l'illustre Fechner. Dans sa vie, publiée en 1892 à Leipzig par Kuntze, on voit que ce qui le tourmenta sans arrêt fut une photophobie de cette nature, ainsi qu'une hyperesthésie douloureuse de l'ouïe, telle que Fechner ne pouvait même supporter une conversation. Cette relation occupe de nombreuses pages du mémoire de Mœbius : nous ne pouvons en donner la moindre idée, mais son intérêt est considérable et comme le malade lui-même l'a écrite, c'est une auto-observation de toute première valeur.

Le 24 février 1895, à la Société de neurologie de Moscou, Mœbius a reparlé de cette maladie. Il insiste sur la prédisposition héréditaire, le surmenage intellectuel : il dit que l'affection peut mener au délire de persécution ou à l'agitation maniaque. Il lui donne le nom de dyskinesia algera, si les mouvements légers sont encore possibles. Mœbius réserve encore le nom d'apraxia algera aux cas où, comme chez Fechner par exemple, c'est la parole, l'écriture, la lecture, la pensée qui fatiguent la tête au moindre effort et créent des céphalées immédiates invétérées et rebelles. L'avis de Mœbius sur la nature des douleurs reste le même qu'auparavant : ce sont des douleurs-hallucinations et l'akinésie doit, en nosographie, être rattachée à la paranoia dans le sens le plus large du terme. Il signale un troisième cas personnel, vu en 1893. Le sujet était dans un état mélancolique avec des phobies et une diminution de l'activité psychique. La durée du mal a été courte et la terminaison favorable.

Ici se terminent les publications de Mœbius sur l'akinesia : on va voir maintenant ce qu'est devenue la conception de cet état depuis sa première des-

cription et quels sont les cas cliniques que les divers auteurs ont cru devoir y rattacher.

II

Moins d'un an après la description de la maladie, Kœnig en publiait un nouvel exemple chez une femme de quarante-huit ans. En septembre 1887 cette malade, sans antécédents morbides notables, entrait dans un hôpital avec le diagnostic de paranoia chronique : depuis quatorze jours elle voyait des animaux, avait des idées d'empoisonnement, entendait des voix, etc. Le 19 octobre 1891, elle est forcée de rester au lit pour des douleurs articulaires. Bientôt, ces douleurs éclatent partout et à l'occasion des mouvements. Les souffrances sont vives, à tel point qu'elle n'ose plus remuer : ni fièvre, ni tachycardie. Puis insomnie, anorexie, dysarthrie, troubles sensitifs cutanés. Les viscères sont sains. Pas d'œdème; les réactions électro-musculaires sont normales. Cette femme s'est améliorée, mais n'a pas guéri malgré divers essais thérapeutiques. Vingt-cinq ans auparavant, elle avait souffert de la sorte pendant une année. Il ne s'agit sûrement pas de névrite, et ce n'est pas une polymyosite, car on a trouvé sain un fragment de muscle harponné. La patiente ayant présenté des secousses musculaires, ainsi que des troubles auditifs et visuels, avec du bégaiement hypocondriaque, Kœnig fait en général de l'akinesia algera un état lié à l'hystérie ou à l'hypocondrie, et pour la présente observation, il la regarde comme un épisode au cours d'une paranoia hypocondriaque.

Vient ensuite le cas de Putnam, concernant un sujet d'âge moyen, à hérédité chargée, qui ne peut marcher que quelques pas; s'il veut forcer, surviennent des douleurs musculaires violentes. Il n'y a pas lieu d'insister sur cette relation. Plus importante peut-être est celle de Longard, en 1892 également. C'est l'histoire d'une femme de trente-neuf ans environ, qui présente les signes de l'akinesia, mais, point intéressant, il n'y a ici nulle irritation psychique, ce qui ne cadre pas avec les idées de Mœbius. Longard ne croit ni à l'hypocondrie, ni à l'hystérie ; pour lui, c'est simplement ce qu'on avait décrit dès longtemps sous le nom d'irritation spinale : le cerveau jouerait un rôle secondaire en l'espèce.

Ici se place une histoire clinique des plus extraornaires, qu'Erb rapporte en Allemagne le 21 octobre 1892, peu de temps par conséquent après la description primitive de Mœbius. Erb décrit, avec des détails très circonstanciés, l'état sigulier d'un Anglais de quarante-sept ans, se destinant à la diplomatie, qu'il a eu l'occasion de voir en Italie. Ce sujet est d'une famille neuro et psychopathique. Il est lui-même très faible et fort nerveux, malade depuis l'âge de vingt-deux ans, dans l'incapacité de faire nul effort tant il éprouve de douleurs dans la région, de palpitations et de troubles vaso-moteurs.

En 1873, cet homme arrive à ne plus pouvoir se tenir ni debout, ni assis, à cause de douleurs dans les épaules. S'il se force et reste vingt minutes debout, alors les souffrances se généralisent et il en est de même s'il reste longtemps assis dans un fauteuil. Un peu à la fois, l'écriture et la lecture ont les mêmes résultats.

En 1878, tout augmente : incapacité de rester assis plus de deux minutes sans douleurs, incapacité d'entendre la moindre lecture. Les douleurs sont symétriques dans les membres : le malade n'ose plus faire le moindre mouvement, il est comme paralysé. Même la contraction d'un muscle amène une douleur dans le muscle symétrique. De 1878 à 1888, il demeure nuit et jour dans une position strictement horizontale : on le promène ainsi couché. Pourtant, à part de l'insomnie, l'état général est fort bon. Il essaie constamment de réagir : en 1888, après avoir tenté de s'asseoir quatre minutes, il ressent des douleurs dans les oreilles et devient incapable d'entendre prononcer plus de deux ou trois mots, ceci absolument à la lettre.

On cherche à glisser sous lui des coussins très minces pour changer cette situation horizontale permanente : quand il est d'un centimètre plus haut que d'habitude, les douleurs reviennent. Il reste ainsi étendu quatorze années! l'esprit libre, en bonne humeur : il fait des problèmes mentaux, des poésies non sans valeur, il peut dicter, entendre un peu de musique. Quand il se trouve avec des amis, il parle absolument seul, car il ne peut supporter d'entendre plus d'un ou deux mots. Les mainsne parviennent à exécuter aucun mouvement : il lui est même impossible de jouer aux cartes. Chose curieuse : ne pouvant entendre la voix de personne, il parle lui-même facilement. C'est un malade nullement hystérique, d'esprit et de caractère tout à fait distingués. Erb a beaucoup de peine à l'examiner : on n'ose pas lui parler, ni le remuer. Les jambes sont amaigries, la sensibilité est normale. La tête, les yeux, la langue, les bras, les jambes, la motilité, la sensibilité, les réflexes, tout est bon. Et depuis des années, rien n'a pu diminuer les douleurs en question.

En 1894, Erb reçoit des nouvelles de ce malade d'Italie. Maintenant il supporte d'entendre parler. Les repas aggraveraient les douleurs. Sa sœur, qui l'observe bien, croit que ces souffrances dépendent de l'auto-suggestion, d'une *expectant attention*. Alors, on lui ordonne un régime alimentaire qui réussit par son action suggestive. On lui demande de s'habituer petit à petit à entendre parler davantage, à faire quelques mouvements, de manière à vaincre une certaine angoisse évidente dans l'observation. Enfin, le 27 février 1896, Erb écrit que depuis dix-huit mois son patient est en état de se tenir debout et de marcher : l'appétit est bon. Il se croit guéri, mais il offre actuellement de la dépression intellectuelle. Il est persuadé qu'Erb a raison quand il dit que l'auto-suggestion domine l'histoire de sa maladie. Il est arrivé à se convaincre, avoue-t-il lui-même, que ses douleurs étaient imaginaires et provenaient de la peur de ces mêmes douleurs. Quoi qu'il en soit, si le malade va mieux, il n'en est pas moins resté couché dix-neuf ans !

Vient ensuite le travail de Moyer : akinesia chez un sujet de quarante-cinq ans à hérédité nerveuse.

Cet homme a mal dans tous les membres lorsqu'il se lève : il ne peut aller que fort lentement d'une pièce à l'autre de sa maison. La tête est indemne ; lors des mouvements provoqués ou de la percussion d'un os, surviennent de la dyspnée et de la rougeur. Le rachis est fort sensible : il n'y a point d'anesthésie. Les réflexes tendineux et cutanés sont présents, mais difficiles à rechercher ainsi que les réactions électriques. A peine ce sujet peut-il lire quelques lignes sans fatigue. Le même état persiste depuis quatre mois : ce n'est ni un neurasthénique ni un hystérique. La cause de l'affection demeure donc inconnue.

On trouve maintenant trois cas de von Bechterew :

mais ils valent d'être rapportés avec un certain détail.

Le premier mémoire de von Bechterew a été écrit à l'occasion de la présentation qu'il fit d'un malade à la Société neurologique de Kasan, le 23 mars 1893. Il est tout à fait complet au point de vue de l'obervation clinique. Il s'agit d'un soldat de vingt-trois ans qui est obligé de séjourner à l'hôpital pour la troisième fois : depuis deux ans surtout, il éprouve une grande faiblesse, de l'inaptitude au travail et surtout des douleurs qui le clouent sur son lit. Dès qu'on le fait marcher, le cœur et la respiration s'accélèrent : des douleurs généralisées surviennent avec prédominance dans le dos : on ne peut remuer ni ses jambes, ni ses mains, ni ses doigts sans qu'il se plaigne. Tous les muscles, même la langue, sont hypersensibles à la pression : les muscles faciaux seuls sont relativement indemnes. La réalité des douleurs s'affirme par la réaction pupillaire qu'on observe chaque fois.

Les os même sont hyperesthésiques : la pression à leur niveau produit une polypnée réflexe. Fait curieux, le tégument cutané est analgésique sur une très grande étendue. Les réflexes cutanés sont abolis ; le phénomène du genou est exagéré. En résumé, chez ce soldat, les douleurs des os, des muscles et des jointures lors des mouvements actifs et passifs sont telles qu'elles empêchent la marche. Il s'agit bien de la maladie de Mœbius et ce n'est nullement une névrose traumatique, bien qu'a l'origine il y ait eu une contusion avec vive frayeur. Les parents du sujet sont morts tuberculeux : lui-même a eu des accès de somnambulisme et des pertes de connaissance. Bechterew a essayé de l'hypnotiser sans grand résultat. Après avoir montré le malade, il déclare avoir eu connaissance de pareils états longtemps avant la description de Mœbius.

C'est ainsi qu'en 1879 ou 1880, il a eu l'occasion d'observer un soldat né dans les provinces baltiques qui passait pour simulateur. Il marchait très difficilement et demeurait couché tant il souffrait, lors des mouvements, dans les pieds et dans tout le corps : rester assis même ne lui était pas permis, et il souffrait encore étendu dans son lit. La pression d'un muscle, la percussion d'un os ranimait la douleur dans tout le corps avec réaction pupillaire marquant la réalité de cette souffrance. Au dynamomètre, la force était très réduite, à cause des douleurs que produisait la pression de l'appareil. De plus, troubles respiratoires et circulatoires, et analgésie cutanée. Dans les hôpitaux militaires, on croyait à la simulation et des régions de la peau sont, chez le patient, couvertes de cicatrices, produites par les piqûres qu'on lui faisait en vue de lui faire avouer que son analgésie était simulée. Les réflexes patellaires sont très exagérés ; il a du clonus du pied, des secousses cloniques des muscles des extrémités. Petit à petit, l'état s'aggrava ; le malade présenta de la dysarthrie avec un parler enfantin. Il finit par mourir, on fit l'autopsie et l'on ne trouva rien.

Bechterew, en 1886, avait vu encore une autre akinesia algera. C'est le soldat dont Woronin a publié l'histoire sous le titre : Simulation ou maladie ? à la Société des médecins militaires de Kasan le 24 septembre 1887. Il avait vingt et un ans, était d'aspect extérieur assez bon, mais gardait le lit, tant il souffrait dans les muscles et les os. En outre, une dyspnée importante existait, avec des accès semblables à de l'asthme et une grande faiblesse. Les réflexes patellaires étaient exagérés : le patient se plaignait de maux de tête, d'anhélation (quelquefois 80 inspirations par minute). Cette dyspnée cessait pendant le sommeil ; il ne pouvait se lever, parlait avec peine. La douleur faisait chaque fois réagir les pupilles. Ultérieurement, le malade eut de la cyanose, fit une escare lombaire, etc. Tout cet appareil symptomatique remontait, d'après ses dires, à une contusion du thorax à l'âge de treize ans. Peut-être s'agit-il d'une paralysie du nerf vague, peut-être d'une névrose traumatique. En tout cas, Bechterew le range avec les autres dans son mémoire sur l'akinesia algera, dont l'importance n'échappera à personne, puisqu'il contient trois cas personnels à l'auteur. La même année 1894, on trouve encore en Italie une observation de Ferrari.

En 1895, Niermeyer intitule akinesia l'état d'un enfant de onze ans dont l'histoire s'éloigne pourtant singulièrement du type habituel de l'affection. Cet enfant qui, les mois précédents, avait joué beaucoup de clarinette, est pris d'hyperesthésie de l'extrémité supérieure droite depuis quelques semaines. Il souffrait d'abord dans les doigts quand il jouait trop longtemps : petit à petit, la douleur survient au moindre contact ; il semble paralysé ; le bras gauche se prend. Par la suggestion verbale, Niermeyer obtint une amélioration, puis la guérison en six jours. Nous sommes loin, on le voit, du pitoyable état de l'ensemble des sujets précédents.

Spanbock a vu un garçon de douze ans, masturbateur, né de parents consanguins, sans autre hérédité psychopathique, mais lui-même hystérique, qui fut pris de spasmes pharyngés avec anesthésie du pharynx. Ensuite il a des douleurs dans les mains, la tête et le ventre, des convulsions des membres supérieurs. Il doit garder le lit : les douleurs gagnent les jambes. A peine peut-il faire un pas, tant les souffrances dans les extrémités et le dos s'exagèrent par les mouvements. Pour se mettre au lit, cet enfant emploie toute une suite de procédés qui suppriment les grands mouvements. Zones hystérogènes du rachis, du testicule. Réflexes tendineux affaiblis. La lecture lui fait mal aux yeux. C'est bien nettement d'hystérie qu'il s'agit ; mais on voit que le tableau de l'akinesia est surajouté à la névrose primitive.

Faut-il citer un fait de Féré, concernant une névropathe de cinquante-deux ans qui, après un coup de chaleur, se mit à maigrir, offrit des troubles du caractère, ne put plus faire un mouvement sans souffrir et guérit par la suralimentation ? Mingazzini, en Italie, dans la traduction du *Traité de médecine* de Charcot et Bouchard, note qu'il soigne un cordonnier de vingt-quatre ans qui, depuis huit ans, a de la fatigue et de l'insomnie, des douleurs de jambes augmentant par les mouvements, de la rachialgie, de la constriction du thorax. Il a des rémissions, dont une de trois ans et demi, puis il retombe, reste couché sans parler à certaines périodes. Les réflexes tendineux sont exagérés.

A partir de cette date (1897) les observations italiennes vont devenir nombreuses. Mazzuchetti et Gilardoni soignent un malade de quarante-six ans, fils d'une mère très souffrante, atteint de céphalées, puis de douleurs vagues du bras gauche avec tremblement, puis de rachialgie et de douleurs des jambes lors de la station debout et de la marche. Il garde le lit, sans faire un mouvement. On voit une légère amyotrophie de la jambe gauche, des contractions tétaniformes des muscles des membres inférieurs.

Quand le patient reste un certain temps debout, ces secousses, cette myoclonie gagnent tout le corps de bas en haut et d'une façon rythmique. Il marche à l'aide de deux cannes. La palpation des muscles est douloureuse : pas de troubles sensitifs, réflexes rotuliens exagérés, dermographisme. Guérison, puis rechute.

Cavazzini observe une dame de trente-six ans, sans antécédents notables, qui a des douleurs dans un bras lors des mouvements, puis c'est le tour des épaules. Elle guérit en un mois : l'auteur intitule l'observation akinesia algera. Une autre hystérique de quarante-quatre ans a, depuis six ans, date de son dernier accouchement, des douleurs dans les jambes la poitrine et les bras. Elle garde le lit, remue tête et bras, a un aspect robuste, mais ne peut bouger les membres inférieurs, a une peine infinie pour faire quelques pas. Les muscles sont douloureux à la pression. Cavazzini a encore publié l'histoire d'une femme de soixante-quatre ans, sans antécédents nerveux, qui, à la suite d'une entorse du pied gauche, conserva de vives douleurs à l'occasion de tout mouvement. Elle a ensuite les bras atteints, se met au lit, n'ose plus bouger un doigt. Les mouvements amènent des souffrances accompagnées de sueur, rougeur, dyspnée, tachycardie. En quatre mois, Cavazzini a guéri cette hystérie monosymptomatique, comme il l'appelle, par des mouvements passifs graduellement répétés.

En Italie toujours, notons un mémoire de Rummo, un autre de Paganelli, un autre de Fiorentini. Ce dernier concerne une petite paysanne orpheline de dix ans, peu soignée, peu vêtue, mal nourrie. Sa mère et sa sœur sont hystériques. Il y a quatre ans, cette enfant a éprouvé du mal dans les mollets lors de la marche, et uniquement pendant l'hiver. L'été, cela cesse, puis en hiver, tout recommence. Hyperesthésie des mollets et de la face postérieure des cuisses : le froid y est surtout très vivement perçu. Anesthésie de la face antérieure des membres inférieurs, des régions ovarienne et sous-mammaire. Cette enfant a guéri à l'hôpital, mais chez elle a recommencé à souffrir.

Brunazzi voit une fille de dix-neuf ans qui ne marche plus depuis une année, à cause de douleurs lors des mouvements dans les articulations tibiotarsiennes. Guérison en deux mois par une gymnastique appropriée.

Récemment Vigorita soignait à Naples une veuve de soixante-huit ans, sans antécédents morbides héréditaires, mais dont le frère est aliéné. Cette femme s'est mariée à quinze ans, a douze filles vivantes et a eu trois avortements. La ménopause remonte à seize années. Jamais elle n'a eu de crises de nerfs, mais elle a souffert de gastralgies ne permettant pas l'introduction d'une goutte d'eau dans l'estomac. Un jour, elle assiste à une rixe au couteau; dès lors elle ne peut plus remuer sans souffrir et se voit forcée de garder le lit. Anesthésies cutanées au thorax; pression des muscles douloureuse; faire un pas est excessivement pénible. Réflexes rotuliens accentués, pas de clonus du pied. La thérapeutique est impuissante. Puis, une des filles de la malade est atteinte d'infection puerpérale : sa mère se plaint moins, s'améliore pendant ce temps. Elle finit par reprendre ses occupations, mais sans cesser de se plaindre de douleurs persistantes et très fortes, d'après ses dires.

Orleansky, en Russie, est le médecin d'une femme de cinquante-trois ans qui, trois ans auparavant, a eu des douleurs de la jambe gauche et du bras droit, empêchant les mouvements pendant dix jours. Plus tard, elle a un nouvel accès de ce genre qui la prend à l'église, au moment où elle s'incline. Cette malade avait éprouvé, les jours précédents, de vives excitations sexuelles : son champ visuel est rétréci, mais il n'y a nul autre signe d'hystérie. Douleurs à la pression des os, des muscles et des jointures, mouvements très pénibles; amélioration en trois semaines.

Semidalow, à Moscou, voit un fils d'alcoolique de trente-six ans, lui-même buveur de bière, très nerveux. En 1888, il a des douleurs généralisées, avec accès hystéro-épileptiques et hallucinations visuelles. Chaque mouvement exagère les douleurs et, en 1890, elles ont fort augmenté. Il est au lit; la parole est lente et monotone, le sommeil nul, la lecture impossible : en 1893, il veut se tuer. Il s'améliore en une période de trois mois, mais une rechute n'a pas tardé à se produire.

Stompfe a pu voir l'akinesia algera chez le frère et la sœur, tous deux névropathes dès l'enfance. Le frère a trente ans, il étudie le droit, était jadis bien portant, grand marcheur et grand travailleur. Pendant quelque temps, il occupa un poste auprès d'une dame adonnée au spiritisme qui l'envoya dans un vieux château évoquer les morts. Il renonce à cet emploi terrifiant, se remet à l'étude, souffre de la tête, est incapable de lire et arrive à ne savoir plus se tenir debout. En novembre 1893, il est au lit et ne peut s'asseoir, ni parler sans avoir des maux de tête et de la rachialgie : il dort mal, mais ne peut tenir les yeux ouverts. Chaque mouvement lui fait mal : il veut se tuer. On le trouve constamment au lit, les mains croisées sur le ventre, les yeux fermés, parlant d'une voix éteinte, ne pouvant penser, ni entendre parler, ni voir la lumière. Tout lui fait mal : il n'ose serrer les dents ni remuer la langue, boit très difficilement. C'est trop pour lui de dire un mot : un jour, il a écrit quelques lignes à son père les yeux fermés. La description continue ainsi et on voit que la sœur du malade, âgée de trente-cinq ans, souffre du même mal, après avoir soigné son frère et après la mort de leur mère. Douleurs articulaires, séjour au lit. Les mouvements sont à peine supportés. Au moment de l'examen, elle répond d'une voix éteinte que tout son mal remonte à l'âge de vingt ans. A cette époque, elle ne dormait pas tant elle avait de mal dans des dents pourtant saines : ces douleurs dentaires survenaient régulièrement tous les soirs à neuf heures. La malade ajoute d'ailleurs qu'elles disparaissaient, lorsqu'elle n'y pensait pas trop. Ensuite vint de la rachialgie, des douleurs dans les membres qui l'empêchent de marcher, etc. Elle ne peut se lever sans grand mal; des années se passent, elle devient bizarre, a des idées d'empoisonnement, écrit à l'impératrice de venir à son secours, croit qu'elle est la cause des malheurs de son frère. Tel est l'état de la seconde malade de Stompfe au moment où il écrit son article (1898).

Dans la troisième édition du *Traité des maladies nerveuses* d'Oppenheim, on rencontre un chapitre sur l'akinesia parmi les états évoluant sur un fond d'hystérie ou de neurasthénie, mais qui peuvent affecter les allures d'une maladie spéciale. L'auteur en signale au passage cinq observations personnelles. Dans l'une, les douleurs sont unies à de la dyspnée et de la tachycardie; dans une autre, douleur du

côté droit du corps avec hémi-anesthésie; chez une troisième malade, les crises sont amenées par l'alimentation et entraînent ainsi un état de complète inanition. Oppenheim, chez un sujet où la photophobie existait et où la lumière augmentait les souffrances, a obtenu une guérison par l'emploi de lunettes à verres fumés et l'usage de l'électrothérapie en même temps qu'une médication arsenicale. Il cite un cinquième patient qui resta couché dix-huit mois et guérit en six mois par le traitement qu'il lui fit suivre.

Binswanger, dans son *Traité de l'hystérie*, étudie l'akinesia qui, déclare-t-il, peut se voir dans la neurasthénie, l'hypocondrie et l'hystérie. Il déclare avoir vu plusieurs cas de ce genre chez des enfants. Il signale un enfant de sept ans chez qui les mouvements des membres inférieurs étaient douloureux et qui avait de l'amyotrophie. Hyperesthésie cutanée, station debout impossible, guérison en six semaines par la gymnastique. Il soigne aussi une femme d'une trentaine d'années, alitée depuis dix-huit mois, qui ne remue que pour s'alimenter : elle a eu de la photophobie et de l'hyperacousie douloureuses.

Tous les cas cités jusqu'ici viennent de l'étranger. En France, Raymond et Janet ont rapproché du type de l'akinesia une malade qui souffrait lors des mouvements de la jambe et guérit par mouvements forcés pendant l'hypnose et une femme qui avait une terreur véritable de remuer l'épaule de peur de souffrir : elle remuait mieux cette épaule lorsqu'elle n'y pensait pas. Enfin, au moment où nous achevons d'écrire, paraît un mémoire de Chaïkevitch concernant un soldat russe de vingt et un ans et un fonctionnaire de l'intendance de vingt-sept ans, tous deux atteints d'akinesia. Avec ces derniers malades, on arrive au chiffre de quarante et un comme nombre total des cas jusqu'ici publiés (1).

III

Si on y regarde d'un peu près, on voit que cet ensemble contient les cas les plus disparates. Ce que Mœbius a décrit est quelque chose de net, un état, répétons-le, où les mouvements sont douloureux, sans qu'on puisse trouver à expliquer les douleurs. Au point de vue clinique, c'est suffisant pour créer un type morbide distinct. Mœbius nous signale encore dans l'histoire de l'illustre Fechner une espèce voisine, dite apraxia algera.

Kœnig, Putnam, Longard, Erb, Moyer, Bechterew, Mingazzini, Mazzuchetti, Vigorita, Semidalow, Stompfe, Oppenheim, Chaïkevitch, ont retrouvé la maladie dans des formes fort analogues à la description originale; mais faut-il y ranger la relation de Niermeyer où il n'est question que de crampe fonctionnelle ou de paralysie hystérique à ce qu'il semble? Faut-il compter l'enfant de Spanbock où l'hystérie simple peut tout expliquer, et le cas de Féré (qui n'est d'ailleurs rangé dans l'akinesia que par un compte rendu allemand du travail de l'auteur)?

Deux malades de Cavazzini s'éloignent de la description de Mœbius et guérissent en quelques mois; est-ce l'akinesia, au vrai sens du terme? La petite fille de Fiorentini n'a que des phénomènes hystériques, comme les malades de Brunazzi, d'Orleansky, de Binswanger, de Raymond et Janet. Tous ces faits sont voisins, mais qu'on passe au crible beaucoup d'observations, on verra, en les comparant aux relations du début, qu'on a petit à petit élargi le cadre primitif et qu'il y a loin des malades qui meurent ou qui ne guérissent qu'après dix-neuf années de séjour au lit à ceux qui voient leurs tourments terminés en quelques mois, et même en quelques jours.

Ce qui reste certain, c'est que l'akinesia, la dyskinesia et l'apraxia algera existent bien, sinon comme des affections autonomes, du moins comme des formes cliniques d'allures absolument spéciales et reconnaissables. Si, en France, on n'en a point signalé, nous pensons que c'est l'absence de travail d'ensemble sur le sujet qui a empêché de les discerner. Il a suffi en Allemagne, en Russie et en Italie, que les premières observations soient de connaissance répandue, pour que de nouveaux documents s'ajoutent aux précédents.

Nous pourrions donner maintenant un tableau clinique d'ensemble de l'akinesia : les courtes notes sur chaque malade relatées ici nous en dispensent. On a pu suffisamment se rendre compte de ce qui en est : inutile de faire des redites. Qu'on prenne la définition de Mœbius, qu'on l'illustre par la lecture des observations caractéristiques et on aura une idée assez claire de ce qu'est cette maladie.

Mais est-ce bien une maladie? ou n'est-ce qu'un syndrome ou un épisode morbide au cours d'autres affections? C'est ce qu'il reste à voir et il faut maintenant se demander ce qu'en pensent les écrivains dans les mémoires en question.

On connaît l'opinion de Mœbius sur l'akinesia et l'apraxia : elle a été indiquée plus haut. Longard croit que l'irritation psychique, au contraire, n'est pas en jeu : l'idée des douleurs-hallucinations ne le satisfait pas. C'est pour lui, ce qu'on a décrit auparavant sous le nom d'iritation spinale. Erb, en revanche, croit avec Mœbius que l'akinesia a plus d'un rapport avec les psychoses et aussi avec l'hystérie et la neurasthénie. Ce n'est point une maladie spéciale, mais une des formes des névroses fonctionnelles voisines des psychoses, de l'hystérie, de la neurasthénie et aussi de l'hypocondrie. Kœnig considère l'akinesia qu'il a vue comme un épisode au cours d'une paranoia hypocondriaque. Bechterew qui constate plusieurs fois la réalité des douleurs par la réaction pupillaire, qui note la tachycardie, la dyspnée, les troubles vaso-moteurs, ne croit point que ce soit une simple névrose traumatique. Dans un de ses cas, l'hypothèse d'une paralysie du pneumogastrique est agitée, mais cela n'explique point tout l'ensemble clinique, à beaucoup près. Pour Bechterew, la douleur n'est pas hallucinatoire, mais objective, sans autre explication. Spanbock incrimine l'hystérie. Semidalow dit que l'akinesia est à ranger dans le groupe des neuropsychoses, avec élément

(1) On pourrait peut-être, par certains points, rapprocher de ce que Mœbius dénomme apraxia algera une observation communiquée par Brissaud au Congrès des neurologistes à Bruxelles en 1903. C'est celle d'une dame de cinquante ans chez qui le contact d'un cheveu sur le front est difficilement supportable, chez qui le froid, le chaud, la lumière vive, les bruits soudains exagèrent des douleurs de tête préexistantes. Elle s'enveloppe en conséquence la tête d'ouate lors des crises. L'ouïe à ce moment est émoussée et la mémoire, comme la faculté d'attention, diminuée. Brissaud étudie aussi un comptable de vingt-sept ans qui, après du surmenage, ne peut lire les nombres, ni les mots longs, sans avoir une étreinte dans la nuque avec des irradiations dans le dos et jusqu'aux organes génitaux. C'est un névropathe, ce n'est pas un neurasthénique. Nous avons pensé que ces deux relations se rapprochent de l'apraxia, bien que l'auteur n'en dise rien, et nous les mettons à la suite de ceux que nous avons dû très brièvement résumer ci-dessus.

mélancolique. Binswanger en fait surtout de l'hystérie et ajoute qu'on peut la voir dans la neurasthénie et l'hypocondrie. Oppenheim écrit que l'akinesia est un complexus symptomatique qui se développe sur un fond de neurasthénie, d'hypocondrie, d'hystérie ou de dégénérescence mentale; les douleurs sont bien des douleurs-hallucinations, des psychalgies et non, comme le veut Bechterew, des douleurs de nature physique, somatique. Fiorentini, chez la petite fille qui n'était malade qu'en hiver, voit un état d'hystérie à la suite d'une idée fixe, d'un incident relatif à la marche, impression douloureuse aux jambes du froid d'une journée d'hiver. Mais cette observation est-elle bien de l'akinesia? Janet dit que les phobies des fonctions corporelles sont des phénomènes très voisins des algies centrales et que le type peut en être l'akinesia algera. Soury pense que les douleurs ont pour fondement l'hyperesthésie psychique : ce sont des illusions douloureuses. Dejerine les fait rentrer dans le groupe des algies centrales : il faut une tare névropathique pour leur production. Quant à Grasset, enfin, il range l'akinesia dans les désorientations par hyperesthésies et hyperalgésies kinétiques.

L'hypothèse de l'algie centrale est la plus satisfaisante de toutes : ce sont les anciennes topoalgies de Blocq, indépendantes de toute altération des tissus ou des nerfs, quelquefois rebelles à tout traitement et persistant toute la vie. C'est, dit Dejerine, une sensation fixe, extériorisée, une maladie de l'attention. Les douleurs d'habitude de Brissaud ne sont qu'une modalité périodique de ces algies, et on a vu que la seconde malade de Stompfe, atteinte d'akinesia, avait ainsi des douleurs d'habitude dans des dents saines, revenant tous les soirs à neuf heures, douleurs qui disparaissaient lorsqu'elle n'y pensait pas trop.

La malade de Brissaud, que nous rapprochons des sujets atteints d'apraxia algera, ne pouvait supporter le chaud, le froid, le bruit, la lumière et ses crises éclataient tous les jours subitement, à cinq heures de l'après-midi avec la rapidité de l'éclair pour durer jusqu'au matin.

Le sujet étudié par Erb a guéri après dix-neuf ans de séjour au lit, lorsqu'il a compris que l'auto-suggestion dominait son état pathologique : on voit, par un pareil exemple, sur quelles bases repose l'idée de l'algie centrale, envisagée comme maladie de l'attention. Il y a, écrit Brissaud, possibilité d'une véritable obsession hallucinatoire douloureuse chez des sujets, à cela près complètement indemnes, et cet état relève de la pathologie mentale.

Goldscheider classe ainsi les douleurs observées au cours des différentes maladies (*Ueber den Schmerz*, Berlin, 1894) : 1° la douleur vraie; 2° la pseudo-douleur (*dolor spurius*), l'une et l'autre locales, et n'affectant ni le système nerveux tout entier, ni l'intelligence; 3° la douleur psychique. Cette dernière repose sur un état d'hyperexcitabilité centrale : elle est « idéale » et s'observe dans les neuropsychoses; « le plus souvent, écrit Soury, elle se développe sur un fondement héréditaire; elle peut relever d'une disposition actuelle, suite d'une longue maladie, de surmenage intellectuel, d'excitations émotionnelles; elle peut aussi naître sous l'influence de certaines anxiétés, crainte des conséquences funestes d'un traumatisme, etc. Le ton affectif douloureux accompagne les sensations tactiles comme celles du son et de la lumière. Toute sensation devient un supplice. L'étendue et la gravité de cette hyperalgésie augmentent naturellement quand les préoccupations du malade grandissent et que la volonté affaiblie s'effondre. »

Le pronostic de l'akinesia algera est ainsi singulièrement variable suivant la résistance psychique et la faculté de réaction du sujet qui en souffre. Des cas se terminent par la folie, d'autres persistent indéfiniment, d'autres s'améliorent, quelques-uns guérissent. Tout cela est question de terrain et de valeur mentale du patient. Le pronostic est donc relativement grave pour les faits bien caractérisés, car si on voit des patients guérir fort vite, le diagnostic est-il en cette occurrence absolument certain? En tout cas, de fréquentes rechutes sont à relever dans les relations cliniques qu'on a lues.

Ce diagnostic n'est pourtant pas fort ardu. Quand on est en face d'un sujet répondant à la définition de Mœbius, si l'ensemble sémiologique est complet, on n'aura guère à éliminer que la simulation. Si le tableau est plus effacé, ce avec quoi on risque la confusion c'est l'arthralgie hystérique ou d'autres manifestations hyperesthésiques plus ou moins localisées de la grande névrose.

L'arthropathie hystérique paraît avoir été confondue parfois avec l'akinesia; rappelons qu'ordinairement elle est monoarticulaire et que la douleur ne siège pas dans la jointure, mais dans la peau hyperesthésiée sur tout le territoire sus-jacent à l'articulation incriminée; superposition géométrique qui semble commune à toutes les manifestations locales de l'hystérie. De plus, on rencontre des contractures para-articulaires remarquables par leur exagération et leur fréquente diffusion à tous les muscles du membre. La confusion s'évitera aisément pour qui connaît bien la symptomatologie des deux états en question, qui ont peut-être le même fondement, mais affectent des manières d'être très différentes en clinique.

L'atrémie de Neftel est à l'akinesia, écrit Mœbius, ce que l'astasie-abasie est à la paraplégie hystérique; dans cette dernière et dans l'akinesia, les mouvements sont impossibles dans n'importe quelle position. Dans l'atrémie, les malades ne peuvent se lever sans souffrir dans la tête ou dans le dos : ils peuvent se mouvoir sans douleurs quand ils sont couchés. De même l'astasique-abasique ne semble paralysé que pour la station debout ou la marche : étendu dans son lit, tous les mouvements sont normaux. La confusion de l'atrémie ou de l'astasie-abasie avec l'akinesia est ainsi facile à éviter.

De même, dans la stasobasophobie ou astasie-abasie émotive, le malade n'est empêché de se lever que par un état de phobie avec angoisse : il a peur, mais il ne souffre pas. Il y a aussi de l'angoisse dans certains cas d'akinesia, mais constamment aussi de la douleur, des algies, et ce point capital permettra toujours de la séparer de la stasobasophobie.

Quelle thérapeutique mettre en œuvre vis-à-vis de l'akinesia algera? Ce ne peut être qu'une thérapeutique psychique : à auto-suggestion, suggestion inverse. La psychothérapie trouve sa place tout indiquée en pareil cas : nous nous garderons d'en parler; d'excellents travaux ont paru récemment sur ce sujet, on s'y reportera. Mais n'oublions pas que l'akinesia apparaît sur des terrains nerveux foncièrement mauvais et très difficiles à amender; de là, la gravité du pronostic. Peu de sujets sont capables de se rendre compte qu'une douleur hallucinatoire est aussi vive et aussi réelle pour qui la perçoit que si une irri-

tation venue du monde extérieur l'avait provoquée. Peu de malades seront du modèle de celui d'Erb, c'est-à-dire assez intelligents pour comprendre après dix-neuf années de grandes souffrances que c'est la peur même de ces douleurs qui les crée avec une intensité analogue à celle de la douleur vraie. C'est à développer ce thème, dans le but de mobiliser l'idée fixe, que s'emploiera le médecin. Tout sera bon qui atteindra ce but; ainsi, à côté de la suggestion répétée, avec ou mieux encore sans le concours de l'hypnotisme qui a échoué si souvent, on utilisera des exercices gymnastiques très progressifs, destinés à rééduquer la motilité en la dégageant de l'élément sensitif douloureux; on y adjoindra le massage. Dans les formes très graves, le repos prolongé de toutes les fonctions est indispensable, cela va de soi. Dans l'apraxia algera, on voit, comme dans l'observation d'Erb, que le patient par des efforts soutenus peut parvenir à supporter une lecture de jour en jour plus longue, peut, par entraînement progressif, s'accoutumer à parler plus longtemps, à entendre causer davantage, etc. Oppenheim, dans la dysopsia algera (photophobie douloureuse), a eu une guérison par le port de verres fumés, un traitement électrique et l'usage de l'arsenic. Ailleurs, il préconise la balnéation permanente et les injections souscutanées de duboisine. Tout dépend des cas : la thérapeutique varie évidemment avec le terrain et avec la pathogénie dans les faits particuliers qu'on observera; en un mot, elle doit s'adresser à la cause occasionnelle du mal si elle veut amener quelques résultats, souvent d'ailleurs bien minimes, comme on a pu le voir au cours de cet exposé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Mœbius. *Deuts. Zeits. f. Nervenh.*, 30 avril 1891, p. 121; 15 juillet 1892, p. 436; — Soc. de neurol. de Moscou, 24 fév. 1895. — 2. Longard. *Deuts. Zeits. f. Nervenh.*, 15 juillet 1892, p. 455. — 3. Erb. *Deuts. Zeits. f. Nervenh.*, 21 oct. 1892, p. 237; 1894, p. 424; 1896, t. VIII, p. 345. — 4. Kœnig. *Centralbl. f. Nervenh.*, mars 1892, p. 97. — 5. Putnam. *Boston med.*, 1892, p. 245. — 6. Harold Moyer. *Medical Standard*, Chicago, janv. 1893. — 7. Von Bechterew. Soc. de neurol. de Kasan, 23 mars 1893; — *Deuts. Zeits. f. Nervenh.*, 1894, t. V, p. 430; — 8. Spanbock. *Medycyna*, 1893, n° 35; — *Neurol. Centralbl.*, 1895, p. 530; — 9. Ferrari. *Riv. sperim. di frenatria*, 1894, p. 618. — 10. Niermeyer. *Nederl. Tijds. voor Geneesk.*, 1895, t. II, p. 206. — 11. Féré. *Belgique méd.*, 1896, p. 129. (Troubles nerveux par coup de chaleur; signalé dans *Schmidt's Jahrbücher.*) — 12. Mingazzini. *Trattato di medicina* de Charcot-Bouchard et Brissaud, t. VI. — 13. Mazzuchetti et Gilardoni. *Clinica med.*, mars 1898. — 14. Cavazzini. *Riforma med.*, 1898, n° 16, et 1900, p. 232. — 15. Rummo. Dysbasia algera hysterica, *Riforma med.*, 1899. — 16. Orleansky. *Messager méd. russe*, 1899, n°s 20 et 21. — 17. Semidalow. Soc. de neurol. de Moscou, 24 fév. 1895; — *Vratch*, 1895, n°s 2 et 3. — 18. Stompfe. *Zeits. f. Heilk.*, 1898, p. 271. — 19. Oppenheim. *Lehrb. d. Nervenk.*, 3e édit., p. 991. — 20. Binswanger. *Traité de l'hystérie*, Vienne 1904, p. 247. — 21. Dejerine. *Traité de pathologie générale* de Bouchard, t. V, p. 924. — 22. Soury. *Le système nerveux central*, p. 1320. — 23. Raymond et Janet. *Obsessions et psychasthénie*, t. I, p. 190, et t. II, p. 142; — *Névroses et idées fixes*, t. II, p. 311. — 24. Grasset. *Les centres nerveux*, 1905, p. 242. — 25. Brunazzi. *Gaz. degl. osped.*, 24 mars 1901. — 26. Paganelli. *Bollet. soc. eustachiana*, 1903. — 27. Fiorentini. *Gaz. degl. osped.*, 18 juillet 1903, n° 86. — 28. Brissaud. *Cong. des neurol. à Bruxelles*, août 1903. — 29. Vigorita. *Giorn. int. d. sc. medic.*, 1903, p. 261. — 30. Kuntze. *Vie de Gustave-Théodore Fechner*, Leipzig 1892. — Chaïkevitch. *Roussk. Vratch*, 8 janv. 1905.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 7 juin 1905)

Lipomes périostiques. — Chacun apporte des faits dans cette discussion. M. Walther rappelle un cas au sujet duquel il a publié un travail dans la *Gazette hebdomadaire*. Il s'agissait d'un volumineux lipome de la cuisse présentant les caractères d'une tumeur profondément située, bridée par la contraction du triceps. Le diagnostic porté par M. Walther avait été celui de lipome périostique d'origine congénitale. Il s'agissait d'un garçon de quinze ans, qui portait cette tumeur depuis son enfance. M. Walther l'opéra; c'était un fibro-lipome s'implantant au voisinage du petit trochanter.

Dégénérescence des pédicules utérins après l'hystérectomie subtotale. — La question soulevée dans la dernière séance par M. Richelot amène à la tribune M. Faure, qui continue, malgré la nouvelle argumentation de M. Richelot, à rester partisan de l'hystérectomie subtotale. Il est bien évident que, lorsqu'on laisse le col, celui-ci peut devenir le point de départ d'une dégénérescence cancéreuse, mais ces faits sont très rares. Il est certain, d'autre part, que l'hystérectomie totale est une opération plus grave, moins facile, plus dangereuse que la subtotale. La mortalité de celle-ci est certainement moins considérable que celle de la totale. Or, pour éviter aux malades un danger bien problématique, celui de la dégénérescence du col, il n'est pas logique de leur faire courir un danger plus grand du fait de l'opération. C'est pourquoi M. Faure continuera à donner la préférence à l'hystérectomie subtotale.

Extraction des corps étrangers de l'œsophage. — M. Félizet apporte un nouveau fait qui montre les avantages du crochet de M. Kirmisson, pour l'extraction de ces corps étrangers. Chez un enfant qui avait avalé deux pièces de 5 centimes, M. Félizet introduisit avec la plus grande facilité le crochet de Kirmisson; il sentit très nettement quand il eut franchi les deux pièces accolées l'une à l'autre; à ce moment les mains de l'enfant échappèrent à l'aide qui les tenait et, saisissant brusquement la tige de l'instrument, il le retira lui-même chargé des deux pièces de monnaie. C'est là, ajoute M. Félizet, un vrai succès à l'honneur de M. Kirmisson.

Chloroformisation. — Encore un nouvel appareil, ou plutôt un nouveau perfectionnement aux appareils chloroformisateurs. Ce perfectionnement, dû à M. Delbet, a pour but de faciliter la chloroformisation au cours des opérations sur la face, le nez, la langue, le voile du palais, le pharynx. Ce petit instrument en métal, qui peut s'adapter à tous les appareils chloroformisateurs et même à la compresse, est disposé de telle façon, qu'introduit dans la gorge, il coiffe complètement l'orifice supérieur du larynx. Lorsque le malade est endormi; on lui ouvre la bouche et l'appareil vient se placer de lui-même sur l'orifice supérieur du larynx.

Conservation de l'utérus et des ovaires dans les opérations pour annexites suppurées. — M. Tuffier estimant, avec raison, qu'il y a toujours de grands avantages, chaque fois que la chose est possible, à conserver les organes sexuels, a opéré en cinq ans 32 annexites suppurées en laissant en place l'utérus et les ovaires. Il faut, dans ces cas, opérer à

froid. On peut, sans inconvénients, laisser des ovaires scléro-kystiques. Mais est-il logique de garder un utérus infecté? M. Tuffier ne le pense pas. Le manuel opératoire pour enlever les deux trompes en laissant les ovaires est très simple. Il faut assurer l'hémostase du ligament large après l'extirpation de la trompe et faire ou non, suivant les cas, l'ovariopexie. Sur ses 32 cas, M. Tuffier a eu 1 cas de mort par hématome infecté. Dans tous les autres cas les résultats ont été bons.

Luxation récidivante de l'épaule. — M. Picqué présente une malade, une jeune épileptique, qui était atteinte de luxation récidivante de l'épaule. Il l'avait opérée une première fois selon le procédé de Ricard. La luxation s'est reproduite parce que le catgut n'a pas tenu un temps suffisant; dans une seconde opération, M. Picqué a employé la soie. Le résultat obtenu est parfait.

Ablation de l'appendice xiphoïde. — M. Walther présente un appendice xiphoïde qu'il a extrait sur un homme qui avait fait une chute grave et qui était atteint de fracture de cet appendice.

Luxation de la mâchoire inférieure. — M. Bazy rapporte l'histoire d'une malade qui était atteinte de luxation ancienne bilatérale du maxillaire inférieur. Plusieurs tentatives de réduction restèrent sans résultat. M. Bazy a fait la résection des deux condyles et a pu ensuite facilement réduire.

LIVRES NOUVEAUX

Le corset, histoire, médecine, hygiène. *Etude historique* (1), par le docteur O. Followell.

Ce livre, on peut le dire, s'adresse à « tout le monde »; aux médecins d'abord; car, dans l'hygiène du vêtement, qui ne sait la place considérable occupée par le corset, soit que cet « accessoire » de la toilette féminine soit considéré en lui-même, soit encore qu'il soit étudié au point de vue de son influence sur le costume de la femme?

Il faut donc que l'homme de l'art, très souvent consulté sur « cet instrument de torture » d'après les uns, sur « cette source d'élégance » suivant les autres, sache allier à d'immuables principes pour la protection des viscères, une certaine indulgence « pour les coquetteries féminines »; et comment le pourrait-il mieux faire, qu'après avoir étudié le corset depuis ses origines jusqu'à nos jours, depuis les bandelettes romaines jusqu'au « corset de la faculté », depuis les accessoires *qui le font pressentir*, jusqu'aux minutieux détails qui le parachèvent de nos jours?

Les femmes liront cet ouvrage avec fruit... avec intérêt surtout. Elles y verront une foule de détails générateurs possibles de modes nouvelles; elles y apprendront les opinions célèbres de grandes dames *qui s'y connaissaient*; elles sauront enfin que, de nos jours, les corsets, sans abdiquer l'élégance, se recommandent surtout de prétentions hygiéniques. Et maintenant, il est peut-être superflu d'ajouter que tout homme lisant ce travail agrémenté d'illustrations si claires, si multipliées et si suggestives, attendra non sans impatience l'apparition de son successeur... mais aussi qu'il y verra avec surprise que, de tout temps, le sexe fort lui-même songea à demander au corset une diminution d'embonpoint, voire même une fine taille.

P. BATIGNE.

(2) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, Maloine.

FORMULAIRE

DE LA TRINITRINE

Ce médicament s'emploie surtout contre l'angine de poitrine, contre les affections qui s'accompagnent d'ischémie cérébrale (lésions aortiques), contre l'asphyxie des extrémités, la migraine.

On emploie une solution alcoolique au 100e : II à III gouttes, trois fois par jour dans de l'eau sucrée.

Ou :

Solution alcoolique de trinitrine au 100e		0g20
Teinture de capsicum		0g50
Alcool	ãã	12g50
Hydrolat de menthe poivrée		

De II à V gouttes.

Ou en injections hypodermiques :

Solution alcoolique de trinitrine à 1 p. 100	XX gouttes.
Eau distillée de laurier-cerise	10 grammes.

II gouttes par centimètre cube.

La trinitrine a été associée à l'atropine et à la strychnine dans le traitement de la forme anémique de l'insolation.

Sulfate de strychnine	0g01
Sulfate d'atropine	0g003
Trinitrine	0g005
Eau distillée q. s. p.	5 cc.

1 centimètre cube. (*Nouveaux remèdes.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Atlas-manuel de technique gynécologique, par les docteurs Schaeffer, P. Segond, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et O. Lenoir, ancien interne des hôpitaux. In-16 de 200 p., avec 26 pl. color. — Prix, relié mar. souple : 15 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Leçons de clinique obstétricale (2e série), par le docteur Queirel, professeur de clinique obstétricale à l'École de médecine de Marseille, membre correspondant de l'Académie de médecine; préface de M. le professeur A. Pinard. In-8° de 246 p. — Prix : 6 francs. — Paris, G. Steinheil.

Précis d'alimentation des jeunes enfants (état normal, états pathologiques), par le docteur Eugène Terrien, chef de clinique de la Faculté à l'hôpital des Enfants-Malades. Préface de M. le professeur Grancher. In-16 de 236 p. — Prix : 3 francs. — Paris, G. Steinheil.

Nouvelles idées snr la matière, par Léon Max. Broch. de 40 p. — Paris, J. Rousset.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE
Métrorragies et salpingites syphilitiques, par M. DALCHÉ.
TRAVAUX ORIGINAUX
Un cas de bourgeon charnu pédiculé de la plante du pied, par M. LE ROY DES BARRES.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine.
Société médicale des hôpitaux.
Société de neurologie.
Société de biologie.
FORMULAIRE
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Deuxième concours de chirurgie.* — Question écrite. Lecture des copies :

Séance du 8 juin 1905. — MM. Frédet, 27; Guibé, 25; Mouchet, 26.

Séance du 10 juin. — MM. Marcille, 18; Schwartz, 24; Dujarier, 28.

Séance du 13 juin. — MM. Lecène, 27; Lapointe, 28; Wiart, 23.

Prochaine séance jeudi 15 juin, à cinq heures du soir, à la Charité.

— Sont désignés pour faire partie du jury du concours pour l'Internat de Brévannes, Chardon-Lagache et Hendaye, MM. Sergent, de Massary et Launay, qui ont accepté.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le médecin principal de première classe Forgues et M. le médecin-major de première classe Buisson sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Sont désignés ou affectés aux postes ci-après :

MM. les médecins-majors de première classe Silice, désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie (service); — Uffoltz, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Langres (service); — Clavelin, affecté à la 7e direction du ministère de la guerre; — Munschina, à la section technique du service de santé; — Martin, désigné pour le 43e d'infanterie; — Gauvin, pour le 6e du génie; — Sabatier, affecté à l'état-major du gouvernement militaire et de la place de Paris, et chargé spécialement du service à l'hôtel national des Invalides (service); — Robelin, à l'hôpital militaire Saint-Martin à Paris, et détaché à la 7e direction du ministère de la guerre (service).

MM. les médecins-majors de deuxième classe Delahousse, désigné pour l'hôpital de Belle-Ile-en-Mer (service); — Mechin, pour le 2e tirailleurs algériens (service); — Vieron, pour le 19e d'infanterie (service); — de Vernejoul, pour le 74e d'infanterie (service); — Huot, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran (service); — Henault, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie (service); — Malaval, pour le 5e cuirassiers (service); — Bouquet de Jolinière, pour l'école militaire préparatoire des Andelys (service); — Guignot, pour le 131e d'infanterie (service); — Bierer, pour le 5e du génie (bataillon des télégraphistes du mont Valérien).

MM. les médecins aides-majors de première classe Gueytat, désigné pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine (service); — Dienot, pour le 136e d'infanterie (service); — Beaujeu, pour le 13e d'infanterie (service); — Gaubert, pour pour le 112e d'infanterie (service).

M. le médecin aide-major de deuxième classe Bailly, désigné pour le 33e d'infanterie (service).

MM. les pharmaciens-majors de première classe Daviron, désigné pour la direction du service de santé du 12e corps d'armée et pharmacie régionale (service); — Girard, affecté pour ordre à l'hôpital militaire de Bordeaux; — Boutineau, désigné pour l'hôpital militaire de Bayonne (service).

M. le pharmacien-major de deuxième classe Delluc, désigné pour l'hôpital militaire de la Rochelle (service).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bretenaker (de Châlons-sur-Marne).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Circuit d'Auvergne. Courses d'automobiles du 16 juin 1905.* — Train spécial, à prix réduits, *Paris-Clermont.*

Aller : départ de Paris, le 15 juin, à 7 h. 05 soir; arrivée à Clermont, le 16 juin, à 3 h. 32 matin.

Retour : départ de Clermont, le 16 juin, à 4 h. soir; arrivée à Paris, le 17 juin, à minuit 30.

Prix, aller et retour : 21 fr. en 3e classe, 38 fr. en 2e classe.

CLINIQUE MÉDICALE

MÉTRORRAGIES ET SALPINGITES SYPHILITIQUES

Par le docteur DALCHÉ,
Médecin de l'hôpital de la Pitié.

Cette gamine a dix-sept ans; elle est grande et maigre; elle n'a aucun des caractères de la sexualité féminine; ses seins n'existent pas pour ainsi dire, et le contour de ses hanches est à peine ébauché; de plus, elle tousse et parfois même elle a remarqué quelques filets de sang dans ses crachats.

Son père est vivant et bien portant; sa mère a disparu; elle a eu deux frères qui sont morts en bas âge; sur ses quatre sœurs, trois sont vivantes; l'une d'entre elles a été réglée à dix-sept ans seulement et est très délicate; la quatrième est morte à quatre ans de méningite. Cette petite malade elle-même a joui toujours jusqu'ici d'une santé très chancelante. Jusqu'au 17 janvier dernier, elle n'a pas eu ses règles; cependant, quelque temps auparavant et à plusieurs reprises, elle avait remarqué qu'elle perdait, qu'elle avait des « flueurs blanches ». Le 17 janvier dernier, elle constate qu'elle perd du sang; cette perte prend bientôt les proportions d'une véritable hémorragie et, en même temps, apparaît, dans le bas-ventre, au côté droit, une douleur intense, atroce, qui l'oblige à crier... Cette hémorragie et cette douleur persistent pendant vingt jours, avec les mêmes caractères; le 8 février, elle se décide à entrer à l'hôpital où, en trois jours, on parvient à arrêter la métrorragie; mais la douleur existe encore, peut-être moins intense, toujours localisée au même endroit : la palpation de ce côté est très douloureuse au niveau de l'ovaire et, par le toucher, on trouve en effet un ovaire gros, dur, douloureux, présentant des caractères pathologiques.

Mais je ne vous ai pas tout dit : l'année dernière, il est arrivé un grand malheur à cette petite malade; un monsieur l'a poursuivie dans son escalier et, en même temps qu'il l'a déflorée (ou plutôt qu'il a essayé de le faire), il lui a donné la syphilis : or, je l'ai déjà soignée dans mon service, dans le courant de l'année dernière, pour des plaques muqueuses de la bouche et de la vulve : je suis donc sûr de mon diagnostic. Nous avons affaire ici à une impubère qui prend, à seize ans, une syphilis qui fait son évolution; un an après, elle est réglée, mais dans des conditions tout à fait anormales; nous avons donc à étudier ce cas de métrorragie chez une syphilitique ou de métrorragie syphilitique : c'est, comme vous le voyez, une observation très rare et très intéressante.

D'abord, nous devons remarquer le retard de la puberté de cette jeune malade; elle a été réglée à dix-sept ans et sa sœur l'a été seulement à dix-huit ans, alors que l'âge moyen de la puberté en France est de quatorze ans et demi. Je sais bien que l'apparition des premières règles varie suivant le climat, suivant l'hygiène, suivant que l'on a affaire à des campagnardes ou à des citadines, et suivant bien d'autres raisons. La fille de la campagne mangeant une nourriture saine et respirant un air pur est réglée plus tôt que l'ouvrière des villes, qui vit son adolescence au milieu d'une atmosphère empestée et dans des conditions de misère physiologique que vous connaissez tous; cependant, celle-ci a une intellectualité beaucoup plus précoce, et cela peut être parfois une cause de précocité physique. Quoi qu'il en soit, nous constatons ici un retard assez considérable chez une petite ouvrière de Paris, souffreteuse et mal portante, dont l'hérédité est très chargée. Sa mère a disparu; elle a perdu des frères et une sœur en bas âge; c'est certainement une fille de tuberculeuse qui est en puissance ou en imminence de bacillose, et vous savez que cette terrible affection est responsable de bien des retards de développement. Peut-être cependant, la syphilis est-elle ici en jeu? M. le professeur Fournier a décrit, en effet, l'aménorrhée syphilitique secondaire, et l'on peut admettre que la syphilis acquise ait reculé encore la date de l'apparition des premières règles.

Puis il y a cette douleur intense, angoissante presque, qui n'a pas encore tout à fait disparu. Est-elle attribuable à ces hyperhémies ovariennes qu'a décrites Lawson Tait? En tous cas, la douleur ne persiste pas dans la période intercalaire. De plus, je dois insister sur la durée de ce phénomène. Pendant vingt-trois jours, cette douleur a été intolérable; or ce fait est exceptionnel; pour ma part, je n'ai jamais vu citer une douleur, marquant la première menstruation, persistant si longtemps : il y a donc là un fait morbide, pathologique.

Enfin, il y a la présence de cet ovaire, très douloureux, mobile, fuyant sous le doigt et causant une douleur exquise; et cet ovaire présente les mêmes caractères pathologiques après que l'écoulement menstruel a cessé : cela est encore un fait qui doit nous arrêter, car si l'ovaire augmente de volume et peut être douloureux au moment de la menstruation, il subit ensuite une régression, et cela chez les adultes, à plus forte raison chez cette jeune fille.

Nous nous trouvons donc en présence de trois symptômes, douleur, hémorragie, ovaire perceptible et douloureux : nous pouvons conclure à une ovarite. Mais une ovarite de quelle nature? Ah! si, lors de son premier rapport, cette jeune malade avait contracté une blennorragie, nous ne serions pas embarrassés : ce n'est pas le cas. Serait-ce une ovarite scléro-kystique? on pourrait être tenté d'y penser, surtout depuis qu'on a observé que l'ovaire scléro-kystique était syphilitique; je ne me crois pas cependant autorisé à le dire, car cette sclérose se serait développée, dans notre cas, avec une bien grande rapidité. Il semble bien que nous soyons ici en présence d'une ovarite menstruelle, à symptômes bruyants, touchant, pour ainsi dire, à l'apoplexie ovarienne. Mais quelle en est la cause?

Pourquoi ne serait-ce pas la syphilis? Sans doute les hémorragies de la période secondaire sont rares; cependant M. Fournier en a cité des exemples; M. Ozenne, de son côté, a signalé les hémorragies de la puberté, par syphilis héréditaire. Or nous avons ici certainement des altérations anatomiques, puisque l'ovaire est augmenté de volume. Enfin je vous

rappellerai que Lawson Tait a décrit une hyperhémie ovarienne survenant au cours de la rougeole, de la fièvre typhoïde, de toutes les maladies infectieuses en général : or la syphilis est bien une infection. C'est évidemment une observation qui peut se discuter; dans tous les cas, nous allons remettre la malade au traitement spécifique et nous en verrons le résultat.

Je possède une autre observation aussi troublante; j'ai eu l'occasion de soigner, dans la salle Trousseau, une femme mariée venue me consulter pour une perte de sang; en l'examinant, je découvris sur ses jambes des plaques caractéristiques; de même son œil semblait atteint d'iritis syphilitique; ce diagnostic a été confirmé par M. de Lapersonne. Il est bien permis de penser que cette femme, qui n'avait jamais eu d'autre perte, présentait bien une métrorragie syphilitique.

D'autres observations ont été publiées : une des plus typiques est celle de Trépant (d'Amiens); elle concerne une femme qui, pour une perte incoercible, avait été irriguée, curetée, drainée, un nombre considérable de fois, sans aucun résultat; on allait même lui extirper son utérus, en désespoir de cause, lorsqu'on s'aperçut qu'elle avait eu la syphilis et cette hémorragie, qui durait depuis neuf ans, céda à six semaines de traitement hydrargyrique.

M. Ozenne a signalé deux cas d'hémorragie avec ovaire gros et sensible, survenu chez deux personnes qui ne présentaient aucun signe net de syphilis ; dans ces deux cas, cependant, le traitement spécifique a eu d'heureux résultats. M. Pichevin, dans une étude très serrée, a fait la critique de ces deux observations et il a surtout reproché à M. Ozenne de ne point avoir pu établir d'une façon rigoureuse les antécédents syphilitiques de ses malades.

Enfin on a également cité une ancienne observation de Laugier dans laquelle une tumeur ovarienne diminua sous l'influence de ce traitement.

Enfin, au point de vue anatomique, on a les deux cas d'ovaire scléro-kystique, dont je vous ai déjà parlé.

Mon observation est donc intéressante, car je crois que le fait n'a pas été encore enregistré dans ces conditions : une jeune fille impubère contracte la syphilis; un an après, elle a ses premières règles, qui sont l'occasion d'une métrorragie très abondante et excessivement douloureuse; vous avouerez qu'il y a beaucoup de chances pour que la syphilis ait joué un grand rôle dans la genèse de ces accidents.

Mais l'ovarite syphilitique n'est pas encore de notion classique, il en est de même de la salpingite de même nature, qui est cependant bien plus connue. Voici une jeune femme qui est très probablement atteinte de cette affection. Elle est fortement membrée, mais son système lymphatique est très développé. Elle a été réglée à treize ans et demi, à intervalles réguliers, et ses règles n'ont pas été douloureuses. Elle s'est mariée, il y a deux ans environ, elle est devenue enceinte, mais sa grossesse s'est terminée au septième mois, le 29 juin dernier. Il n'y a pas eu de suites de couches. Cependant, par certains renseignements que j'ai pu avoir sur la marche de cette grossesse, sur le rapport du poids du placenta au poids de l'enfant, sur certains accidents qu'aurait présentés cette femme, je puis être à peu près certain qu'elle est syphilitique. Mais c'est tout à fait par hasard, en l'examinant, que j'ai trouvé une salpingite gauche absolument indolente.

Etant donnés les antécédents, j'ai mis la malade au mercure. En deux mois, la salpingite a diminué d'une façon considérable et les troubles menstruels se sont atténués.

Voilà encore une observation que l'on pourra discuter comme celle de M. Ozenne. Il n'en est pas moins vrai qu'il y a là plus qu'une coïncidence curieuse, et ce cas paraît bien rentrer dans le cadre de l'affection que M. Wassilieff, dans un mémoire très curieux et très documenté, a décrite sous le nom de salpingite syphilitique. Voyons quels sont les caractères qu'il lui assigne : la douleur est peu intense (elle était nulle dans notre cas). Cette douleur a une exacerbation nocturne (nous ne l'avons pas constaté); les règles augmentent d'abondance et de durée (cela nous paraît exact); la douleur augmente elle aussi, gagne l'autre côté, va et vient (c'est un des côtés curieux de la syphilis que cette sorte de symétrie de ses lésions); les lésions sont petites et les trompes d'un petit calibre (c'était le cas ici); il y a, à la pression, une sensibilité, une douleur même, qui n'existe pas spontanément et qui n'est réveillée que par la palpation, même à distance, au niveau des artères pelviennes ou fémorales (nous n'avons pu constater ce signe que M. Wassilieff considère comme très précieux); enfin cet état dure très longtemps, puis s'atténue et la trompe se sclérose. En effet, M. Wassilieff a pu constater que, dans les salpingites syphilitiques récentes, la trompe est bleue, cyanotique, gorgée de sang; plus tard au contraire, elle se sclérose, elle devient blanche, nacrée, elle présente l'aspect du tissu cicatriciel.

Voilà donc un cas de salpingite chez une syphilitique. Il serait, je crois, préférable de dire : salpingite syphilitique. Dans tous les cas, retenez bien qu'il peut exister, au niveau des ovaires et des trompes, à tous les moments de la syphilis et en particulier dans la période secondaire, des lésions dont elle est responsable, et je souhaite que vous n'oubliiez pas cette contribution à l'étude de la syphilis des annexes.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DES NÉVRALGIES

D'après Neuber et Delbastaille, les injections d'acide osmique, 0g50 à 1 gramme de solution à 1 p. 100, calment rapidement les névralgies.

Autre formule :

Acide osmique..................	0g10
Eau distillée..................	5 grammes,
Glycérine......................	4 —

v à vi gouttes en injection. (*Nouveaux remèdes.*)

UN CAS DE

BOURGEON CHARNU PÉDICULÉ

DE LA PLANTE DU PIED

Par le docteur LE ROY DES BARRES,

Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Médecin-directeur de l'Hôpital indigène du protectorat à Hanoï.

Les bourgeons charnus pédiculés improprement appelés botryomycômes, ont été signalés particulièrement aux mains, plus rarement aux lèvres, paupières, bras, joues; nous n'en connaissons pas d'exemple à la plante du pied, aussi avons-nous pensé qu'il serait intéressant de relater succinctement l'observation suivante :

Le nommé Ng-van-brân, âgé de trente-cinq ans, entre le 5 mars dans notre service à l'hôpital indigène du Protectorat, pour une plaie de la plante du pied droit, qui est, dit-il, peu douloureuse, mais qui saigne constamment.

Les renseignements pris sur les antécédents, tant héréditaires que personnels, ne fournissent aucune particularité digne d'être signalée.

Il y a six mois, notre malade qui est cultivateur, et qui, comme tous les Annamites, marche pieds nus, s'enfonça un morceau de bambou dans le pied. Ce corps étranger fut extrait sans difficulté, et le blessé continua à vaquer à ses occupations. La plaie résultant de cette piqûre ne se ferma pas, suppura légèrement. Puis peu à peu l'ulcération s'entoura de bords cornés, et du fond s'éleva un petit bourgeon charnu qui saignait à chaque instant; cette plaie était indolore.

L'examen clinique fournit les renseignements suivants :

Le malade porte au milieu de la plante du pied droit une ulcération d'une largeur moindre que celle d'une pièce de cinquante centimes; cette ulcération est cachée par un bourgeon aplati, gros comme un pois, rougeâtre, mollasse, saignant facilement. Les bords de cette ulcération sont épaissis et cornés; l'ulcération est profonde de près d'un centimètre, en soulevant ses bords, et en tirant un peu sur le bourgeon, on constate l'existence d'un pédicule assez épais. La cavité dans laquelle est logé le bourgeon charnu est remplie de pus épais, verdâtre. La peau qui avoisine l'ulcération est normale; les ganglions inguinaux droits sont le siège d'une légère adénopathie qui se rencontre d'ailleurs aussi du côté gauche; de plus notre malade a eu de fréquentes lésions des téguments des membres inférieurs. La recherche des altérations de la sensibilité tant au niveau de l'ulcération, que sur le membre atteint, et sur le reste du corps ne donne que des renseignements négatifs. L'examen complet du malade ne révèle aucun signe de lèpre, de syphilis; il existe une légère hypertrophie de la rate d'origine paludéenne.

Après application de pansements humides pendant deux jours, l'ablation fut pratiquée à l'aide de la curette, et suivie d'une légère cautérisation au chlorure de zinc à 1/10. Les suites furent des plus simples, quinze jours après la plaie était entièrement cicatrisée, et le malade quittait l'hôpital. Des cultures faites sur bouillon avec le pus de l'ulcération fournissent des staphylocoques à l'état pur.

De petits fragments de la tumeur colorés au carmin, à l'hématoxyline, montrèrent une constitution histologique identique à celle des bourgeons charnus. Une coloration des microbes dans un fragment permit de voir des staphylocoques en abondance.

En résumé il s'agit bien là d'un cas de bourgeon charnu pédiculé, dont le seul intérêt réside dans le siège plantaire; cette localisation paraît très rare, même dans les pays où les indigènes marchent pieds nus.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 13 JUIN 1905)

La déclaration obligatoire des maladies contagieuses. — La communication faite dans la dernière séance par M. Vaillard, a soulevé une discussion qui ne manque pas d'intérêt; M. Fiessinger, qui avait déjà pris la parole après M. Vaillard pour montrer combien il est difficile, pour le praticien, d'exécuter la loi quand il se heurte à des intérêts électoraux, a développé aujourd'hui cette déclaration. Il fait observer que le suffrage universel et l'hygiène ne s'entendront jamais, l'un n'ayant en vue que des intérêts électoraux immédiats, l'autre, au contraire, cherchant à prévoir le mal de loin et faisant passer l'intérêt de la santé publique avant tout autre. Si l'on compare, dit M. Fiessinger, l'état sanitaire de l'armée allemande avec celui de l'armée française, on est frappé de la différence qui existe en faveur de l'armée allemande. Cela tient à ce que les médecins y sont beaucoup mieux soutenus par les pouvoirs publics. En France, le médecin est isolé, désarmé, impuissant. Il ne peut rien par lui-même, et s'il se trouve en opposition avec le maire, les municipalités ou le préfet, il n'arrivera à rien. Dans ces conditions la loi sur la déclaration des maladies contagieuses est inapplicable, inexécutable. C'est une loi de passage. Le vœu que doit former l'Académie doit donc être que cette loi soit revisée et, dans cette circonstance, l'Académie doit donner son appui moral aux médecins.

M. Brouardel est d'accord avec M. Fiessinger sur bien des points, mais il est aussi d'accord avec M. Vaillard sur la nécessité d'appliquer la loi sur la déclaration obligatoire des maladies contagieuses. Il est certain que la loi doit être modifiée et qu'il faut protéger le médecin contre le pouvoir, souvent excessif, des municipalités. M. Brouardel rappelle que le comité d'hygiène a obtenu que la question fût soulevée au Sénat, qu'elle y fut même discutée et qu'on avait demandé l'institution des inspecteurs de la santé publique. Malheureusement on n'obtint pas cette création qui serait si utile et tout pouvoir fut remis entre les mains des municipalités. Il est bien certain que la morbidité dans nos casernes est très supérieure à celle qu'on observe dans les casernes allemandes. Cette morbidité devient un danger pour le soldat en temps de paix, elle deviendrait un danger pour la nation en temps de guerre. Il y a donc lieu de prendre des mesures contre le fâcheux état des choses et la première nécessité qui s'impose est de modifier et d'appliquer, une fois modifiée, la loi sur la déclaration des maladies contagieuses.

Il est bien certain que les municipalités ne comprennent pas toujours l'intérêt de l'hygiène, ou, si elles le comprennent, elles le sacrifient trop souvent à d'autres intérêts, commerciaux ou électoraux.

En voulant cacher l'existence d'épidémies pour ne pas faire tort au commerce, bien des municipalités vont précisément à l'encontre du but qu'elles se proposent : on ne dit rien, à l'occasion d'une fête quelconque devant attirer des étrangers;

ceux-ci arrivent, contractent la maladie régnante, et cela fait aussitôt bien plus de tort à la ville que n'aurait fait la déclaration des premiers cas de la maladie contagieuse régnante.

M. Brouardel cite de nombreux exemples à l'appui de cette manière de voir. L'intérêt immédiat est un intérêt bien mal compris. M. Brouardel nous donne aussi des chiffres comparatifs, empruntés aux statistiques étrangères. Ces chiffres ne sont nullemeut à notre honneur. En terminant, M. Brouardel exprime le ferme espoir que le Parlement consentira à reviser, à modifier la loi sur la déclaration des maladies contagieuses et à la rendre applicable et efficace. Espérons-le. Mais il faut attendre que les Chambres aient des préoccupations moins graves que celles qu'elles ont actuellement.

M. Kelsch prend la parole après M. Brouardel et s'occupe plus particulièrement de la rougeole et des oreillons qu'a eus surtout en vue M. Vaillard dans son intéressant travail. Ce sont ces deux maladies, en effet, qui règnent le plus souvent dans les casernes, et ce sont bien certainement les permissionnaires qui les y apportent de la ville. Il est évident, d'autre part, que le plus souvent on ne déclare pas ces maladies. Mais si les médecins ne les déclarent pas, c'est que le plus souvent ils les ignorent. En effet, il est admis dans le peuple que la rougeole et les oreillons n'exigent pas qu'on fasse venir le médecin. C'est ainsi que nombre d'épidémies échappent à la déclaration légale. Pour ne parler que des oreillons, M. Kelsch, qui a compulsé d'innombrables travaux sur la question, est arrivé à cette triste constatation que tandis qu'en Allemagne, dans ces dernières années, on comptait tout au plus 250 à 300 oreillons dans une année, dans l'armée, en France on en comptait dans les mêmes années de 6 à 11 000. Il est vrai que M. Kelsch s'empresse d'ajouter que cette énorme différence n'est pas tant le résultat des mesures prises dans les deux pays que celui de la fréquence beaucoup plus grande des oreillons dans la population civile en France.

M. Javal, au point de vue de la rougeole, émet cette idée, en apparence quelque peu paradoxale, qu'étant donné que tout le monde est appelé à l'avoir, il vaut mieux ne pas prendre tant de précautions pour en garantir l'enfant dans les écoles, attendu qu'il vaut mieux la contracter étant enfant qu'étant adulte. A l'appui de cette thèse, M. Javal rappelle l'histoire de ce port de mer en Islande où la rougeole était inconnue. Un voyageur débarque, atteint de rougeole; tous les individus de ce port agés de moins de soixante ans l'ont contractée.

Cette discussion se poursuivra dans la prochaine séance.

Du rôle de l'alimentation dans la tuberculose expérimentale. — M. Richet a fait connaître à l'Académie le résultat d'expériences intéressantes qu'il a faites sur des chiens et qui ont amené cette conclusion que la viande crue exerce une influence très favorable tandis que la viande cuite exerce au contraire une influence très défavorable sur la tuberculose. Qu'on en juge : sur une série de chiens auxquels on a inoculé la tuberculose, les uns sont nourris avec de la viande cuite, les autres avec de la viande crue, d'autres avec des bouillies et du riz. Or tous les chiens nourris exclusivement avec de la viande cuite sont morts au bout d'un mois. Un seul a survécu, parce qu'on l'a mis après quelques jours à la viande crue. Tous les chiens nourris avec de la viande crue ont résisté. Quelques chiens ont été soumis à plusieurs jours de jeûne; ils ne sont pas morts, tandis que tous ceux qui ont été soumis, pendant le même laps de temps, à la viande cuite, ont succombé. La viande cuite produit des intoxications qui leur enlèvent complètement l'appétit. C'est ainsi qu'ils s'affaiblissent et meurent.

M. Richet tient à bien déclarer qu'il n'apporte que des faits d'expérimentation physiologique mais qu'il n'en tire aucune conclusion applicable à la clinique humaine.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 9 juin 1905)

Recherches cliniques, anatomiques et expérimentales portant sur 7 cas de leucémie myélogène. — M. André Jousset communique les résultats que lui a fournis l'étude de 7 malades atteints de leucémie myélogène typique observés et suivis pendant trois années consécutives.

Ce sont des individus des deux sexes appartenant tous à la classe ouvrière chez lesquels l'affection a débuté insidieusement et ne s'est révélée que par des symptômes locaux de *tumeur splénique* plus gênants que douloureux.

A cette phase initiale, le plus souvent latente, succède généralement une période d'état *spléno-hématique* pouvant durer deux ou trois années, où l'anémie moyenne dans son intensité remarquable par sa fixité ne se différencie pas cliniquement des autres anémies moyennes.

Vient enfin la troisième phase qu'on peut appeler *phase cachectique* où le malade décline brusquement et où les complications diverses, les infections, la tuberculose notamment se succèdent, emportant le malade en quelques mois. C'est à ce moment que la formule hématologique, sous l'influence des hydropisies et des infections, subit les plus grandes variations.

Au point de vue des symptômes, l'auteur insiste sur une fièvre propre à la leucémie, et sur la fréquence de l'albuminurie qu'il attribue à une néphrite infectieuse spécifique (4 fois sur 7).

Au point de vue anatomique, l'auteur signale l'importance de la sclérose dont le développement est peut-être le facteur principal de la splénomégalie.

Les résultats hématologiques à la période d'état ont été ceux de toutes les leucémies myélogènes. Il existe à cet égard de grandes analogies entre tous les malades. Un point curieux de physiologie pathologique a retenu l'attention de l'auteur : c'est la présence de myélocytes dans le liquide ascitique de deux sujets et dans le pus phlegmoneux d'un troisième, constatations qui témoignent peut-être du pouvoir migrateur des leucocytes médullaires autrefois discuté.

M. A. Jousset termine par un rapide exposé de recherches entreprises pour élucider la pathogénie de l'affection.

Chez les 4 malades sur les 7 observés (tous les quatre présentaient de l'albuminurie et un peu de fièvre) il a pu provoquer par la transfusion de sang dans le péritoine de cobayes des péritonites septiques plus ou moins aiguës, dans l'exsudat desquelles se trouvait invariablement un seul et même microbe qu'il a pu cultiver, cocco-bacille présentant la plupart des attributs du groupe des *pasteurelloses* et avec lequel il a provoqué une fois chez l'animal une réaction myéloïde du sang avec énorme splénomégalie, *rate de 20 grammes chez un cobaye*. Sans se prononcer sur la valeur pathogénique de ces constatations, l'auteur, étant donné leur fréquence et leur similitude, réclame la poursuite de recherches analogues qui vaudront surtout par leur nombre et diront si, comme il le pense, la leucémie myélogène est oui ou non un syndrome infectieux.

Injections intraveineuses de sérums thérapeutiques. — M. J. Courmont. L'usage de différents sérums : hémoly-

tiques, anticancéreux (d'ailleurs non curatifs), antitétaniques, provenant d'ânes, de chèvres, de chevaux, l'a conduit à substituer complètement la voie veineuse à la voie sous-cutanée. *Il est ainsi possible d'éviter complètement les accidents sériques.* Il n'a jamais eu de phénomènes postsérothérapiques (fièvre, arthralgies, œdèmes) depuis qu'il fait les injections intraveineuses. Cette constatation a une importance théorique, quant à la pathogénie de ces accidents; elle a, en tous cas, une importance pratique considérable.

Les injections intraveineuses sont inoffensives, très faciles à effectuer; elles sont peut-être encore plus actives que sous-cutanées (Arloing, Calmette); il faut les utiliser non seulement pour les sérums mais aussi pour le mercure, etc.

Radiothérapie dans les leucémies. — MM. Béclère et Beaujard. L'action des rayons X sur les organes hématopoiétiques, bien étudiée par Herneke, Melchner et Monc, Aubertin et Beaujard, est véritablement spécifique et explique l'action remarquable de la radiothérapie dans les leucémies. A l'appui de cette conception, les auteurs présentent deux malades. Le premier est atteint de leucémie myéloïde, avec 2650000 globules rouges et 235000 globules blancs, dont 23 p. 100 de myélocytes; splénomégalie considérable, perte des forces, amaigrissement, œdème et albumine. En l'espace de six mois, le malade a reçu vingt séances hebdomadaires de radiothérapie, de façon à obtenir la dose maxima sans intéresser la peau, qui ne présente qu'un léger degré de radiodermite. L'amélioration de l'état général a précédé la diminution de la rate, qui est aujourd'hui presque normale. Le sang nous donne aujourd'hui 3300000 globules rouges et 5400 globules blancs, dont 3 p. 100 de myélocytes. L'œdème et l'albumine ont disparu. Le malade va reprendre son travail.

Le deuxième, atteint de leucémie lymphoïde avec polyadénopathie, splénomégalie, affaiblissement, œdème et albuminurie, avait en octobre 2130000 globules rouges et 349000 globules blancs, dont 78 p. 100 de lymphocytes et 2 p. 100 de polynucléaires. Il a subi vingt-trois séances de radiothérapie et s'est amélioré rapidement : 10000 globules blancs au bout de deux mois. Actuellement, le malade a repris son travail depuis deux mois et le sang donne 4400000 globules rouges et 4000 globules blancs, dont 62 p. 100 de polynucléaires. Adénopathie, splénomégalie, œdème et albumine ont disparu.

En somme, par la radiothérapie on obtient une amélioration de l'état général, la diminution des tumeurs spléniques et ganglionnaires, le relèvement du chiffre des hématies, la diminution des leucocytes, l'amélioration de la faune leucocytaire, et tous ces effets peuvent être obtenus sans autre inconvénient qu'une légère radiodermite.

Sur le régime alimentaire dans la scarlatine. — MM. Comby et Béclère reviennent sur le régime alimentaire dans la scarlatine à l'occasion de la récente communication de M. Dufour. M. Comby estime qu'il n'y a aucun intérêt à abandonner le régime lacté chez le scarlatineux pour lui substituer le régime carné que tout le monde s'entend à proscrire dans les néphrites.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(séance du 8 juin 1905)

Cécité verbale pure et hémianopsie homonyme droite. — MM. Lévi et Taguet. Homme de soixante-cinq ans, artérioscléreux et albuminurique, présentant simultanément une hémianopsie homonyme droite avec conservation de la sensation lumineuse dans la partie du champ visuel atteinte d'hémianopsie, et une cécité verbale pure qui, après être demeurée pendant deux mois stationnaire, s'est ensuite améliorée très rapidement.

Discussion. — L'amélioration est un fait rare dans la cécité verbale pure, d'après M. Déjerine; M. Thomas cite cependant un exemple personnel d'amélioration attribuable à la rééducation.

Au sujet de la pathogénie des accidents, M. Dufour fait ressortir ce fait que les symptômes des lésions cérébrales organiques présentent, chez les urémiques, une augmentation qui disparaît avec l'urémie, sans que l'on puisse invoquer un œdème cérébral localisé, ou un simple effet de l'hypertension, ainsi que semblent l'indiquer d'ailleurs les expériences de Pierret, de Castaigne et Rathery. M. Brissaud dit n'avoir jamais constaté d'œdème vrai du cerveau : dans le cas actuel on pourrait aussi bien invoquer un angiospasme, ou bien attribuer l'amélioration à la rééducation qui peut donner des résultats parfois extrêmement rapides. M. Lévi fait remarquer que le spasme aurait duré deux mois, ce qui est peu vraisemblable, et que l'amélioration n'a commencé qu'au bout de deux mois, pour devenir ensuite extrêmement rapide.

Tabès supérieur chez un enfant, sans signe d'Argyll. — MM. Déjerine et Lienhardt. Jeune garçon présentant depuis deux ans de l'ataxie considérable aux membres supérieurs, légère aux membres inférieurs, avec de gros troubles des sensibilités profondes et aux membres supérieurs une anesthésie cutanée dissociée (tact et douleur pris, sensibilité thermique respectée). Pas de Romberg net; réflexes rotuliens et achilléens abolis; pas de signe d'Argyll; la syphilis héréditaire ou acquise ne semble pas exister. L'absence complète de douleurs spontanées ou provoquées, les gros troubles des sensibilités profondes, l'anesthésie cutanée radiculaire éliminent l'hypothèse d'une névrite et font porter le diagnostic de tabès. Cependant, c'est à peine si l'on trouve quelques lymphocytes dans le liquide céphalo-rachidien.

Névrite radiculaire. — M. Déjerine a vu survenir, chez une femme, une névrite radiculaire des plexus cervical et brachial droits. L'anesthésie radiculaire a été précédée de violentes douleurs, provoquées par des éternuements; ces douleurs ont disparu à mesure que se développait l'anesthésie; actuellement, elles reparaissent à gauche. M. Déjerine se demande s'il ne faut pas les considérer comme un signe précurseur de la radiculite. Cette hypothèse est confirmée par M. Sicard qui, actuellement, cherche à savoir si la douleur provoquée par la toux ne pourrait servir à diagnostiquer la sciatique par lésion radiculaire, de la sciatique par lésion extra-rachidienne. On sait, en effet, que, lors de la ponction lombaire, le liquide céphalo-rachidien s'écoule plus abondamment à chaque secousse de toux : d'autre part, la séreuse engainant les racines postérieures plus étroitement que les antérieures, on comprend comment la toux ou l'éternuement peuvent être douloureux s'il y a une lésion radiculaire.

Injections de scopolamine dans la maladie de Parkinson. — MM. Marie et Roussy montrent un malade chez lequel une injection de 1 milligramme de scopolamine améliore tous les symptômes pendant vingt-quatre heures. M. Alquier fait remarquer que les bromhydrates d'hyoscine et de scopolamine ont une action comparable; mais l'amélioration que procurent ces médicaments est de courte durée; de plus, chez les parkinsoniens qui présentent des troubles vaso-moteurs intenses, les signes d'intolérance apparaissent au bout de quelques injec-

tions. M. Sicard se demande s'il n'y a pas là un phénomène d'anaphylaxie dont il faut tenir compte, ce qui commande une extrême prudence dans l'emploi de ces médicaments.

Tremblement du type parkinsonien associé à des symptômes protubérantiels. — MM. Brissaud et Moutier. A la suite d'un ictus vertigineux, une femme présenta un tremblement unilatéral à type parkinsonien avec parésie du membre supérieur et signe de Babinski; la coexistence d'une ophtalmoplégie interne, de dysarthrie, de névralgie faciale, permet de préciser le siège de la lésion.

Sclérose en plaques atypique probable. — M. Baudoin montre une jeune fille de treize ans, atteinte depuis trois ans de spasmodicité avec parésie variable des membres inférieurs. On constate, outre la spasmodicité; le signe de Babinski, de l'ataxie des quatre membres, avec signe de Romberg, démarche cérébello-spasmodique, sans asynergie cérébelleuse; léger tremblement intentionnel, nystagmus. Pas de troubles psychiques.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 10 juin 1905)

A quel moment le cerveau des hommes et des animaux mordus par un chien enragé devient-il virulent? — M. Remlinger adresse une note d'où il résulte que chez le lapin et le cobaye inoculés sous la peau ou dans les muscles avec du virus fixe, les centres nerveux peuvent être virulents dix jours avant la mort de l'animal, c'est-à-dire à une période plus précoce qu'il n'était admis. Il est très probable que, chez l'homme, les choses ne se passent pas différemment et qu'en cas de morsure par un animal enragé, le cerveau et le bulbe sont virulents plus tôt qu'on ne l'avait cru. Il est même possible que, dans certains cas tout au moins, le traitement antirabique agisse, non pas en empêchant le virus d'arriver au cerveau, mais en le neutralisant dans le cerveau même. Un certain nombre de faits cliniques viennent à l'appui de cette manière de voir.

Action favorisante du chlorure de sodium sur le pouvoir pathogène des saprophytes. — M. Lafforgue a appliqué aux saprophytes la méthode d'injection favorisante de chlorure de sodium proposée par H. Vincent pour exalter le pouvoir pathogène du bacille typhique et du bacille du tétanos. En injectant simultanément aux cobayes, sous la peau et en des points différents, 4 à 8 centimètres cubes de solution de NaCl à 10 p. 100 et une culture de bacillus mesentericus, on détermine la mort des animaux en un à trois jours.

Les témoins ayant reçu le microbe saprophyte seul, restent indemnes. Chez les autres, après la mort, on constate un œdème gélatiniforme rosé, très étendu, avec bacilles nombreux et leucocytose presque nulle. Le péritoine renferme un exsudat rosé, riche en bacilles et en gros mononucléaires. Il se coagule rapidement. Parfois il existe un exsudat pleural analogue.

Les microbes sont plus abondants au foyer d injection du NaCl qu'au niveau de l'inoculation des bacilles. Les microbes peuvent être retrouvés par la culture dans le sang et les viscères. Fait remarquable, ils ont acquis des propriétés culturales nouvelles : absence de voile en bouillon, culture visqueuse et non plissée sur pomme de terre, etc. Ces modifications sont semblables à celles que Vincent a également signalées en 1898, dans ses recherches sur les aptitudes pathogènes des microbes saprophytes.

Elles confirment la possibilité de leur communiquer une grande virulence.

Sur la teneur en bilirubine du sérum sanguin dans la lithiase biliaire. — MM. A. Gilbert et P. Lereboullet, ayant fixé le taux moyen de la bilirubine contenue dans le sérum de sujets atteints de cholémie simple familiale, ont fait la même étude dans la lithiase biliaire. Cette affection survient en effet communément chez des sujets antérieurement atteints de cholémie familiale, et qui, cliniquement, paraissent souvent avoir une cholémie plus accusée, que lorsque la cholémie familiale existe seule. Les 14 examens pratiqués par MM. Gilbert et Lereboullet chez des malades atteints de lithiase biliaire sans obstructions du cholédoque, ont montré que le taux de la bilirubine oscillait de 1/7900 à 1/26700, et qu'il était en moyenne égal à 1/14760, soit en chiffres ronds 1/15000. Ce chiffre correspond à près de 68 milligrammes de bilirubine par litre de sérum, soit plus de 20 centigrammes dans la masse du sang. Il est donc nettement plus fort que le chiffre moyen trouvé dans la cholémie simple familiale sans lithiase (1/17000). Ces résultats sont parallèles à ceux de l'examen clinique, qui montre chez les lithiasiques un teint bilieux souvent marqué, et un ensemble de symptômes tel que, pour bien saisir la symptomatologie de la cholémie familiale, c'est surtout chez les lithiasiques qu'il faut la rechercher. L'intensité plus grande de la cholémie paraît pouvoir être expliquée par les crises lithiasiques, qui, en créant un état d'obstruction temporaire de voies biliaires facilitent l'infection des voies biliaires profondes et exaltent la virulence des agents de cette infection. La lésion biliaire, intra-hépatique est de ce fait aggravée; non seulement la cholémie peut alors devenir plus accusée, mais cette lésion peut avoir sa répercussion sur la circulation portale, d'où l'apparition possible de splénomégalie, d'hémorragies gastriques, d'hémorroïdes etc. La cholémimétrie, jointe à l'examen clinique, contribue donc à établir que dans la lithiase biliaire, tout ne se borne pas à la lésion vésiculaire, mais qu'il faut également tenir compte des lésions d'angiocholite intra-hépatique, se traduisant cliniquement par les symptômes de la cholémie familiale, et susceptibles d'évoluer pour leur compte et d'entraîner des symptômes d'infection biliaire plus grave.

Les caractères territoriaux du bacille de la lèpre. — M. P. Emile-Weil insiste sur ce point que le bacille de Hausen, normalement doué d'une forte acidorésistance, perd, dans les lésions lépreuses en involution, cette propriété. Il se décolore peu par les acides, ne prend plus le Gram et se laisse même colorer par certains blancs. Mais le changement de propriété est lié à la dégénérescence des microbes, en voie de disparition. D'ailleurs, le bacille garde son acidorésistance dans le corps de l'animal. Aussi doit-on exiger des cultures éventuelles, qu'elles présentent les caractères tinctoriaux typiques du bacille vivace.

Le liquide céphalo-rachidien dans la lèpre. — MM. P. Emile-Weil et Tanon ont pratiqué la ponction lombaire dans 5 cas de lèpre datant de quatre à dix-sept ans. Il s'agissait de lèpre tuberculeuse pure (1 cas), de lèpre nerveuse (1 cas) et de lèpre mixte (3 cas); un malade fut examiné au cours d'une poussée éruptive fébrile. Dans tous ces cas, le liquide se montra normal, dans son aspect et ses réactions chimiques. On ne constata ni de lymphocytose, ni la présence du bacille. D'après ces cas et deux étudiés antérieurement par MM. Jeanselme et Milray, également négatifs, il semble que, dans la lèpre comme dans l'infection rabique (Lesieur), les réactions méningées manquent complètement.

Cytologie des éléments urinaires. — M. Colombino, étudiant la formule cytologique des urines dans les diverses affections, remarque que, dans la tuberculose rénale, les leucocytes ont subi des altérations morphologiques si considérables que l'on peut, par le seul examen des préparations, porter un diagnostic exact.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 19 AU 24 JUIN 1905)

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 19 juin, à une heure. — 1[er] (oral), *Salle Béclard* : MM. Kirmisson, Sébileau et Proust.

2[e], *Salle Broussais* : MM. Gautier, Ch. Richet et Retterer.

3[e] (1[re] partie, oral), *Salle Charcot* : MM. Terrier, Lepage et Cunéo ; — (2[e] partie), *Salle Corvisart* : MM. Blanchard, Legry et Claude ; — M. Richaud, suppléant.

5[e] (chirurgie, 1[re] partie), *Charité* : MM. Reclus, Broca (Aug.) et Gosset ; — M. Desgrez, suppléant.

5[e] (chirurgie, 1[re] partie), *Hôtel-Dieu* (1[re] série) : MM. Segond, Legueu et Rieffel ; — (2[e] série) : MM. Tuffier, Mauclaire et Duval (Pierre) ; — (2[e] partie, 1[re] série) : MM. Hayem, Roger et Macaigne ; — (2[e] série) : MM. Déjerine, Teissier et Labbé (Marcel) ; — M. Balthazard, suppléant.

5[e] (obstétrique, 1[re] partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Wallich et Potocki ; — M. Broca (André), suppléant.

Mardi 20 juin, à une heure. — 3[e] (2[e] partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Chantemesse, Bezançon et Maillard.

1[er] (oral), *Salle Pasteur* : MM. Le Dentu, Poirier et Launois.

2[e], *Salle Dubois* : MM. Cornil, Gley et Richaud.

3[e] (2[e] partie, oral), *Salle Thouret* : MM. Dieulafoy, Thiroloix et Guiart.

4[e], *Salle Richet* : MM. Gilbert, Dupré et Langlois ; — M. Vaquez, suppléant.

5[e] (chirurgie, 1[re] partie), *Charité* (1[re] série) : MM. Berger, Schwartz et Auvray ; — (2[e] série) : MM. Pozzi, Thiéry et Rieffel ; — (2[e] partie) : MM. Hutinel, Achard et Renon ; — M. Carnot, suppléant.

5[e] (chirurgie, 1[re] partie), *Hôtel-Dieu* : MM. de Lapersonne, Marion et Morestin ; — M. Jeanselme, suppléant.

5[e] (obstétrique, 1[re] partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bar et Demelin ; — M. Méry, suppléant.

Mercredi 21 juin, à une heure. — 3[e] (2[e] partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Desgrez et Claude.

1[er] (oral), *Salle Dubois* : MM. Poirier, Proust et Branca.

3[e] (1[re] partie, oral), *Salle Corvisart* (1[re] série) : MM. Segond, Retterer et Lepage ; — *Salle Richet* (2[e] série) : MM. Tuffier, Wallich et Cunéo ; — *Salle Velpeau* (3[e] série) : MM. Sébileau, Legueu et Potocki ; — (2[e] partie), *Salle Pasteur* : MM. Landouzy, Roger et Achard.

4[e], *Salle Thouret* : MM. Pouchet, Gley et Balthazard ; — M. Broca (André), suppléant.

5[e] (chirurgie, 1[re] partie), *Laënnec* (1[re] série) : MM. Kirmisson, Broca (Aug.) et Rieffel ; — (2[e] série) : MM. Delens, Gosset et Duval (Pierre) ; — M. Labbé (Marcel), suppléant.

Jeudi 22 juin, à une heure. — 1[er] (oral), *Salle Béclard* : MM. de Lapersonne, Thiéry et Rieffel.

3[e] (1[re] partie, oral), *Salle Broussais* : MM. Guyon, Launois et Demelin ; — (2[e] partie), *Salle Charcot* (1[re] série) : MM. Raymond, Thiroloix et Dupré ; — *Salle Richet* (2[e] série) : MM. Troisier, Méry et Renon.

4[e], *Salle Pasteur* : MM. Joffroy, Vaquez et Langlois ; — M. Maillard, suppléant.

Vendredi 23 juin, à une heure. — 2[e], *Salle Charcot* : MM. Gariel, Retterer et Gley.

3[e] (1[re] partie, oral), *Salle Richet* : MM. Segond, Sébileau et Potocki ; — (2[e] partie), *Salle Corvisart* (1[re] série) : MM. Hayem, Blanchard et Labbé (Marcel) ; — *Salle Pasteur* (2[e] série) : MM. Landouzy, Roger et Balthazard.

4[e], *Salle Thouret* : MM. Pouchet, Déjerine et Macaigne ; — M. Teissier, suppléant.

5[e] (chirurgie, 1[re] partie), *Necker* (1[re] série) : MM. Terrier, Delens et Mauclaire ; — (2[e] série) : MM. Tuffier, Legueu et Duval (Pierre) ; — M. Claude, suppléant.

5[e] (obstétrique, 1[re] partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich ; — M. Proust, suppléant.

Samedi 24 juin, à une heure. — 1[er] (oral), *Salle Béclard* : MM. Thiéry, Launois et Marion.

4[e], *Salle Broussais* : MM. Chantemesse, G. Ballet et Richaud ; — M. Langlois, suppléant.

5[e] (2[e] partie), *Beaujon* (1[re] série) : MM. Raymond, Achard et Renon ; — (2[e] série) : MM. Hutinel, Thiroloix et Gouget ; — (3[e] série) : MM. Troisier, Bezançon et Carnot ; — M. Méry, suppléant.

5[e] (obstétrique, 1[re] partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Brindeau ; — M. Guiart, suppléant.

THÈSES

Mercredi 21 juin 1905. — M. Dupont. Contribution à l'étude du traitement des déviations du tibia rachitique. (MM. Lannelongue, président ; Terrier, Reclus et Mauclaire.) — M. Bouvier. Contribution à l'étude du drainage du canal hépatique. (MM. Terrier, président ; Lannelongue, Reclus et Mauclaire.) — M. Mayer, dit Mayersohn. De la circoncision et spécialement de la circoncision rituelle, envisagée au point de vue historique, hygiénique, préventif et prophylactique. (MM. Reclus, président ; Lannelongue, Terrier et Mauclaire.) — M. Bing. Les taches de Koplik, leur importance pour le diagnostic et la prophylaxie de la rougeole. (MM. Brissaud, président ; Gaucher, Teissier et Legry.) — M. Fouquet. Traitement de la syphilis articulaire. (MM. Gaucher, président ; Brissaud, Teissier et Legry.)

Jeudi 22 juin 1905. — M. Stevenard. Le secret médical et la syphilis. (MM. Brouardel, président ; Dieulafoy, Chantemesse et Jeanselme.) — M. Pichard. Contribution à l'étude pneumographique de la pathologie pulmonaire. (MM. Dieulafoy, président ; Brouardel, Chantemesse et Jeanselme.) — M. Ambard. Des rétentions chlorurées dans la néphrite interstitielle. (MM. Chantemesse, président ; Brouardel, Dieulafoy et Jeanselme.) — M. Bocage. Contribution à l'étude des tumeurs primitives du poumon d'origine conjonctive. (MM. Cornil, président ; Gilbert, Bezançon et Carnot.) — M. Demargue. De la tension artérielle dans la maladie de Basedow. (MM. Cornil, président ; Gilbert, Bezançon et Carnot.) — M. Rigault. Des ruptures traumatiques des piliers ou tendons de la valvule mitrale. (MM. Gilbert, président ; Cornil, Bezançon et Carnot.) — M. Lassance. Les opothérapies dans le diabète sucré. (MM. Gilbert, président ; Cornil, Bezançon et Carnot). — M. Faivre. Les déchirures des culs-de-sac du vagin dans l'accouchement. Les déchirures spontanées. (MM. Budin, président ; Pozzi, Poirier et Bar.) — M. Dehergne. Statistique du service de M. le docteur Auvard pendant les années 1902 et 1903. (MM. Budin, président ; Pozzi, Poirier et Bar.) — M. Christin. Albuminurie et menstruation. (MM. Pozzi, président ; Budin, Poirier et Bar.) — M. Pérard. Contribution à l'étude des gros calculs du rein. (MM. Poirier, président ; Budin, Pozzi et Bar.)

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 5, mai 1905.) — H. Vincent : La symbiose fuso-spirillaire, ses diverses déterminations pathologiques. — Rochet et Billet : Note sur un cas de lèpre. — Ch. Audry : Dermatite pustuleuse prémycosique.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 6, juin 1905.) Carlier : Les varices dans l'armée et leur traitement chirurgical. — Vennas : Contribution à l'étude des congestions pleuro-pulmonaires apyrétiques de la base, comme signe précurseur de la tuberculose. — Barillé : Inconvénients de l'emploi de l'eau de laurier-cerise dans les solutions pour injections hypodermiques.

Archives générales de médecine. — (N° 23, 6 juin 1905.) H. Verdalle : Note sur le traitement du diabète. Action de l'arsenic des eaux chlorurées sodiques arsenicales sur le diabète. — Cathoire : Observation d'un cas de piroplasmose généralisée en Tunisie. — A. Cange : La syphilis des paupières.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLII, n° 21, 25 mai 1905.) Joël E. Goldthwait : Considérations anatomiques, pathologiques et cliniques sur les articulations du bassin (avec 11 fig.). — A. Coolidge : Un cas de corps étranger œsophagien (avec 1 fig.). — R. G. Wadsworth : Chirurgie conservatrice des trompes et des ovaires ; Analyse de 90 observations. — A. Coolidge : Un nouveau porte-coton et une nouvelle pince pour la bronchoscopie (avec 2 fig.).

Bulletin médical. — (N° 44, 7 juin 1905.) Cathelin : La pathologie du méat urétéral.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 21, 27 mai 1905.) Quadrone : Recherches cliniques et expérimentales sur l'action des rayons Röntgen.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 21, 25 mai 1905.) Von Leyden : Quelques mots sur l'épidémie menaçante de méningite cérébro-spinale. — Kirchner : Comment fixer topographiquement la pointe du cœur ? — Lenbuscher et Bibrowicz : La neurasthénie chez les travailleurs. — Heine : La cyclodialyse, nouvelle opération du glaucome. — Karewski : Prophylaxie et traitement de l'attaque de pérityphlite. — Rona : Sur le dédoublement des uretères.

Écho médical du Nord. — (N° 23, 4 juin 1905.) Manouvriez : Eaux salées de filtration rendant certaines mines de houille réfractaires à l'infestation par les larves d'ankylostome.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 23, 4 juin 1905.) Ed. Aubaret : De l'insuffisance valvulaire du canal lacrymo-nasal.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 23, 4 juin 1905.) Abadie : Le gigantisme et les géants. — Brindel : La broncho-œsophagoscopie en France.

Journal de médecine de Bruxelles. — (N° 22, 1er juin 1905.) Frunck : Les nouvelles méthodes de coloration de la chromatine. — J.-P. Nuel : Du choix du médecin traitant en cas d'accident du travail. La capacité de concurrence dans l'évaluation des dommages causés par les accidents du travail.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 22, 3 juin 1905.) G. Eustache : La fécondité de la race française et la prophylaxie anticonceptionnelle. — A. Bonnet-Laborderie : Fœtus syphilitique né vivant avec des lésions cutanées très marquées. Mort après sept heures de respiration artificielle.

Lyon médical. — (N° 23, 4 juin 1905.) Poncet et Leriche : Tuberculose inflammatoire ; ses localisations multiples, en particulier sur l'estomac, l'intestin. — R. Horand : Les spirochaètes de Schaudinn et Hoffmann et les formes évolutives de l'hémoprotiste de la syphilis.

Marseille médical. — (N° 11, 1er juin 1905.) Poucel : Uretéro-néo-cystostomie. — Oddo : Maladie de Recklinghausen (*à suivre*).

Medical Record. — (N° 20, 20 mai 1905.) Frank Johnson : Cystoscopie et lavage rénal. — W. Leszinsky : Les troubles du système nerveux survenant au cours de la néphrite chronique. — Ch. Allen : Traitement de l'eczéma et de l'impetigo chez les enfants. — Wise : La profession médicale et la lutte contre la tuberculose. — Farnum Stoll : Un cas de maladie de Hodghin avec hypertrophie légère des ganglions lymphatiques superficiels. — Harbin : Decubitus ventral comme moyen de favoriser le drainage dans la péritonite purulente diffuse. — Harvey Bashore : Hygiène des camps pendant l'été.

Médecine moderne. — (N° 23, 7 juin 1905.) Lucas-Championnière : L'acide phénique. Traitement de la coxalgie.

Presse médicale. — (N° 45, 7 juin 1905.) E. Escat : L'obstruction brusque dans le tubage sans surveillance. Emploi de tubes ajourés.

Revue mensuelle des maladies de l'enfance. — (N° 23, juin 1905.) Broca : Fracture de l'extrémité superieure de l'humérus. — Jules et Roger Voisin, Norero : Du régime hypoazoté dans l'épilepsie. — Nèble : Astasie-abasie chez un enfant hystérique. — G.-L. Simon : Méningite à bacilles de Pfeiffer.

Revue neurologique. — (N° 9, 15 mai 1905.) G. Deny et Paul Camus : Sur une forme d'hypocondrie aberrante due à la perte de la conscience du corps. — Ingelrans et Descarpentries : Hématomyélie cervicale traumatique. Paralysie des membres gauches et du membre supérieur droit. Thermoanesthésie et analgésie de la moitié droite du corps. Myosis bi-latéral. Abolition des réflexes tendineux avec conservation des réflexes cutanés. Autopsie. — (N° 10, 30 mai.) Pierre Marie et André Léri : Contribution à l'étude anatomique des voies optiques, bandelettes et chiasma. Persistance d'un faisceau intact dans les bandelettes, dans les atrophies complètes des nerfs : le « faisceau résiduaire de la bandelette ». Le ganglion optique basal et ses connexions. — Raymond et Cestan : Dix-huit cas de sclérose latérale amyotrophique avec autopsie. — L. Bard : De l'inversion unilatérale du phénomène des orteils dans un cas de paraplégie pottique. — Lannois et Hugues Clément : La trépidation épileptoïde du pied pendant l'anesthésie.

Revue scientifique. — (N° 22, 3 juin 1905.) Louis Fredey : Les théories générales du changement. — L. Richon : Le service de santé de l'armée. — E. Guarini : Le podographe et le cyclographe Ferguson.

(Voir la suite, p. 803.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

SUITE DES SOMMAIRES

Riforma medica. — (N° 19, 13 mai 1905.) E. de Renzi : La sérothérapie de la pneumonie. — Mario Russo : La réaction du bleu de méthylène, sa valeur clinique. — Giuseppe Severino : Les réflexes profonds et superficiels et le tremblement vibratoire des doigts de la main dans la neurasthénie. — Oreste Cignozzi : Deux cas d'endothélioma de l'estomac. — (N° 20, 20 mai.) Enrico Ciaramelli : L'infection expérimentale par le microbe tétragone septique. — Oreste Cignozzi : Deux cas d'endothéliome de l'estomac. — G. Severino : Les réflexes profonds et superficiels et le tremblement vibratoire des doigts de la main dans la neurasthénie (*suite*).

Semaine gynécologique. — (N° 22, 30 mai 1905.) Pichevin : Le traitement chirurgical des inflammations périutérines.

Semaine médicale. — (N° 22, 31 mai 1905.) L. Bard : De la persistance des sensations lumineuses dans le champ aveugle des hémianopsiques. — (N° 23, 7 juin.) H. Le Meignen : Les accidents du travail au point de vue médical d'après les travaux du Congrès de Liège.

Tribune médicale. — (N° 21, 27 mai 1905.) Cathelin : Nouvelle méthode de cystoscopie. Cystoscope à air, sans partie optique, avec lampe renversée au plafond. — Oppenheim et Laubry : Les grandes indications du traitement de la tuberculose pulmonaire. — (N° 22, 3 juin.) H. Luc : Une nouvelle méthode simple et rapide pour la cure radicale des polypes muqueux des fosses nasales. — Mauclaire : Pelvipéritonite gonococcique aiguë chez une jeune fille. Guérison sans intervention.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 10, 30 mai 1905.) A. Bourgeois : La correction totale de la myopie.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 20, 18 mai 1905.) Mosetig-Moorhof : Sur l'opération radicale dans la coxalgie. — Schopf : Sur la question de la narcose. — Kokoris : Sur la colite aiguë primitive. — Singer : Pseudo-appendicite et douleur iléo-cæcale. — (N° 21, 25 mai.) Marburg : Le diagnostic topique des maladies du mésocéphale. — Colombani : Expériences sur l'analgésie lombaire par la tropococaïne. — Kuhn : Casuistique et traitement de l'éléphantiasis. — Bail : Sur l'agressive du bacille tuberculeux.

N° 68. — SAMEDI 17 JUIN 1905. 78e ANNÉE. SAMEDI 17 JUIN 1905. — N° 68.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Étude des fonctions gastro-intestinales par le régime d'épreuve. Examen critique de la méthode du professeur Adolf Schmidt (de Dresde), par MM. Jean-Ch. Roux et Antoine Riva.
HYDROLOGIE
Les eaux de lavage.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de chirurgie.
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Deuxième concours de chirurgie.* — Question écrite. Lecture des copies :

Séance du 15 juin 1905. — MM. Veau, 24; Alexandre, 23; Labey, 24.

Prochaine séance samedi 17 juin, à cinq heures du soir, à la Charité.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU (M. Dieulafoy, professeur). — *Cours de technique clinique et application des méthodes de laboratoire au diagnostic clinique.* — Un cours de vacances, commençant le 26 juin et comprenant seize leçons, aura lieu à l'amphithéâtre et au laboratoire de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, sous la direction de M. le professeur Dieulafoy, le matin, de dix heures à onze heures et demie.

Ce cours aura pour programme :

1° Les méthodes d'investigation clinique applicables à l'examen des malades;

2° L'exposé des principaux procédés de recherches bactérioscopiques, cytoscopiques, uroscopiques et hématoscopiques applicables au diagnostic clinique;

3° Les principales indications des grandes médications (thoracentèse, ponction lombaire, bains froids, etc.).

L'enseignement, essentiellement pratique, sera fait par MM. les docteurs Nattan-Larrier et O. Crouzon, chefs de clinique; Lœper et Gouraud, chefs de laboratoire; Bonnier, Déhu et Lacaille, assistants; Gaultier, ancien interne.

Programme du cours. — *Lundi 26 juin.* — M. Nattan-Larrier : Méthode générale d'examen d'un malade. Diagnostic clinique des maladies infectieuses. Indications et applications des bains froids.

Mardi 27 juin. — M. Lœper : Application des procédés de laboratoire au diagnostic des infections; technique du sérodiagnostic, diazoréaction, cultures du sang.

Mercredi 28 juin. — M. Bonnier : Technique de l'examen du nez, du pharynx, du larynx et de l'oreille.

Jeudi 29 juin. — M. Nattan-Larrier : Examen clinique des poumons et de la plèvre. Thoracentèse.

Vendredi 30 juin. — M. Lœper : Diagnostic de la tuberculose par les procédés de laboratoire, examen des crachats, inoculations, cyto-diagnostic.

Samedi 1er juillet. — M. Nattan-Larrier : Examen clinique du cœur et des vaisseaux, asystolie : indications de la digitale.

Lundi 3 juillet. — M. Lœper : Examen clinique du sang : hémodiagnostic.

Mardi 4 juillet. — M. O. Crouzon : Examen clinique du système nerveux, motilité, réflexes, sensibilité. Ponction lombaire.

Mercredi 5 juillet. — M. O. Crouzon : Examen clinique du système nerveux, état mental, langage, écriture. Rééducation motrice et psychique.

Jeudi 6 juillet. — M. Gaultier : Méthodes d'exploration clinique de l'intestin. Analyse des fèces.

Vendredi 7 juillet. — M. Gouraud : Méthodes cliniques de l'exploration des maladies de l'estomac.

Samedi 8 juillet. — M. Gouraud : Méthodes de laboratoire pour l'exploration de l'estomac.

Lundi 10 juillet. — M. O. Crouzon : Examen clinique du foie et de la rate.

Mardi 11 juillet. — M. Gouraud : Exploration rénale : examen clinique des urines, urémie, indication de la saignée, déchloruration.

Mercredi 12 juillet. — M. Déhu : Méthodes cliniques d'examen des maladies cutanées et syphilitiques. La médication mercurielle.

Jeudi 13 juillet. — M. Lacaille : Méthodes d'exploration des réactions électriques : leur application au diagnostic et au traitement. Radiologie. Radiothérapie.

Le droit à verser est de 80 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit.

Les bulletins relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Duché (d'Ouanne).


AK

REVUE GÉNÉRALE

ÉTUDE DES FONCTIONS GASTRO-INTESTINALES

PAR LE RÉGIME D'ÉPREUVE (1)

EXAMEN CRITIQUE DE LA MÉTHODE DU PROFESSEUR ADOLF SCHMIDT (DE DRESDE)

Par MM. Jean-Charles ROUX,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
et Antoine RIVA,
De l'Institut de pathologie interne de Pavie.

Nos procédés d'examen des fonctions gastro-intestinales sont à l'heure actuelle singulièrement limités. Pour la majorité des médecins la diarrhée ou la constipation, la présence ou l'absence de mucus ou de membranes, apparents à un examen superficiel, sont les signes objectifs sur lesquels s'appuie presque exclusivement le diagnostic des maladies de l'intestin. Les travaux remarquables de Nothnagel qui a distingué à l'examen des fèces une série de signes et a surtout bien déterminé la valeur pathologique du mucus, sont relativement peu connus et les procédés d'exploration qu'il préconise rarement mis en pratique.

Nous ne savons apprécier par l'examen des résidus digestifs que les graves lésions de l'intestin ou des glandes annexes; la suppression de la sécrétion biliaire ou pancréatique, par exemple, entraîne des désordres considérables dans la digestion des matières albuminoïdes et surtout dans l'élaboration chimique et l'absorption des matières grasses. On trouvera avec des vues originales nombreuses, un exposé complet des recherches déjà publiées sur ce point, dans l'excellente thèse de Gaultier (2). Encore faut-il remarquer que l'examen, pour être complet, exige un dosage des différents corps gras des selles, acides gras, savons, graisse neutre, et n'est pas facilement à la portée d'un grand nombre de médecins.

Dans une série de recherches qu'il a poursuivies depuis longtemps en collaboration avec Strasburger, Schmidt (3) a eu au contraire l'intention d'établir un procédé, vraiment clinique, d'examen des fonctions gastro-intestinales, assez rapide pour qu'un médecin instruit puisse facilement l'appliquer d'une façon habituelle, assez sensible pour qu'il puisse déceler les désordres fonctionnels de l'estomac ou de l'intestin.

Comme il est impossible, sauf exception extrêmement rare, de recueillir directement par la sonde gastrique les produits de sécrétion pancréatique ou intestinale, nous ne pouvons juger de l'état de la digestion intestinale que par l'étude des résidus alimentaires contenus dans les fèces. Suivant que telle variété d'aliment échappe à l'élaboration chimique, nous pouvons par déduction arriver à connaître avec plus ou moins d'exactitude, l'élément insuffisant de la digestion intestinale. Ce procédé, dans son principe, n'a rien de nouveau; depuis longtemps les chimistes, en dosant l'azote et la graisse dans les aliments d'abord, dans les matières fécales correspondantes ensuite, essayaient d'établir d'après la différence trouvée l'activité de la digestion intestinale. Mais comme nous l'ont appris des recherches ultérieures, une grosse cause d'erreur troublait toutes les déductions tirées de ces chiffres. Les matières fécales ne comprennent pas seulement les résidus non utilisés des aliments, mais il s'y ajoute une quantité notable de produits de sécrétion ou de desquamation intestinale.

Comme l'a établi Rieder (1), à la suite des recherches physiologiques de Hermann et de Prausnitz, on peut admettre qu'environ 30 p. 100 de l'azote excrété par les fèces provient de la sécrétion propre de l'intestin, et que suivant les cas cette proportion peut encore augmenter. Il en serait de même pour les résidus de substance grasse. D'après Schmidt, les graisses produites par les sécrétions intestinales paraissent constituer une partie importante de ce résidu. L'homme à l'état de jeûne complet excrète en moyenne, d'après Müller, 0g97 de graisse par jour (2). Si l'on songe que pour un régime moyen les matières fécales contiennent environ 5 p. 100 de graisse, on conçoit que la sécrétion intestinale en représente une proportion considérable.

On ne peut donc comparer la composition des matières fécales à celle des aliments, pour apprécier, par différence, la quantité d'aliments absorbés. Ce procédé n'est valable que si de graves lésions entraînent un désordre considérable dans la digestion intestinale. Alors les résidus inutilisés constituent une telle masse que l'azote ou les graisses sécrétés par la paroi intestinale peuvent être négligés et ne peuvent troubler les conclusions générales.

Schmidt pense qu'il vaut mieux préférer à l'analyse chimique, qui dans les troubles fonctionnels légers de l'intestin ne donne aucun résultat, l'examen direct de résidus intestinaux à l'œil nu ou au microscope. On apprécie ainsi la quantité des aliments qui ont échappé à la digestion gastrique et intestinale, d'après l'abondance des résidus encore reconnaissables au microscope. On peut discerner à quel degré de digestion plus ou moins avancée sont parvenus ces aliments, renseignement d'une grande utilité et que l'examen chimique ne peut donner. Il n'est pas indifférent en effet que l'amidon de la pomme de terre soit encore contenu ou non dans son enveloppe de cellulose, que le tissu conjonctif de la viande soit digéré ou non, etc.

La mise en œuvre de ce procédé exige seulement que le malade soit soumis pendant la période d'étude à un régime d'épreuve rigoureusement déterminé. La composition des repas, le mode de préparation des aliments doit être nettement établi, afin que les

(1) Travail du laboratoire de M. le docteur Albert Mathieu à l'hôpital Andral.

(2) Gaultier. *De l'exploration fonctionnelle de l'intestin par l'analyse des fèces*, Th. de Paris, 1905.

(3) Adolf Schmidt. *Die fonctionsprüfung des Darmes mittels der Probekost*, Bergmann, Wiesbaden, 1904.

(1) Rieder. *Zeits. f. Biol.*, 1884, t. XX, p. 378.

(2) Müller. *Virchow's Archiv*, 1893, supplement heft.

résidus non digérés soient facilement reconnus. La quantité des aliments doit enfin être réglée de façon à ce qu'à l'état normal tous les aliments donnés soient à peu près digérés, et que toute augmentation de telle ou telle variété de résidus puisse être considérée comme un signe anormal.

I

Composition du régime d'épreuve de Schmidt. — Schmidt a donc été conduit à proposer pour l'étude des fonctions gastro-intestinales un régime qui lui a servi pour la plupart de ses recherches et qui a l'avantage de ne laisser passer à l'état normal qu'une très faible proportion de résidus inutilisés dans les fèces.

Voici d'abord ce régime, tel que le donne Schmidt, nous indiquerons ensuite comment nous avons été amenés à le modifier pour l'adapter aux mœurs françaises et italiennes.

Le matin : Un demi-litre de lait et 50 grammes de Zwieback.

Si le lait est mal supporté on peut le remplacer par la préparation suivante : poudre de cacao, 20 grammes; sucre, 10 grammes; lait, 100 grammes. Eau, 400 grammes.

Dans la matinée : Un demi-litre de soupe de gruau d'avoine, composée de 40 grammes de gruau, 10 grammes de beurre, 200 grammes de lait, 300 grammes d'eau, un œuf. Cette soupe doit être passée.

A midi : 125 grammes de bœuf haché (pesé cru). Le faire cuire très légèrement dans 20 grammes de beurre de façon à ce que le centre reste encore cru.

250 grammes de purée de pommes de terre, préparée avec 190 grammes de pommes de terre écrasées, 100 grammes de lait, 10 grammes de beurre.

L'après-midi : Un demi-litre de lait.

Le soir : Une soupe de gruau d'avoine comme dans la matinée.

Pour adapter ce régime à nos mœurs nous avons dû y introduire quelques changements; nous avons laissé la même quantité d'aliments, mais nous l'avons répartie à des heures différentes. Nous avons aussi remplacé la soupe de gruau d'avoine par de la soupe de farine de gruau d'avoine, infiniment plus facile à préparer. La seule différence qui en résulte c'est que les fèces sont privées de quelques résidus de cellulose qui dans le repas primitif de Schmidt proviennent du gruau d'avoine.

Voici le menu auquel nous nous sommes arrêtés et que nous avons fait suivre à tous nos malades :

MENU DE LA JOURNÉE

Le matin, un potage.

Prendre deux cuillerées à soupe rasées au couteau, mais bien pleines de farine de gruau d'avoine; les délayer dans un quart de litre d'eau et verser dans un quart de litre de lait bouillant. Laissez cuire dix minutes. Ajouter 10 grammes de beurre. Sucrer ou saler à volonté.

A midi :

125 grammes de viande de bœuf, finement hachée.

La manger crue en boulettes ou, après avoir réuni la viande hachée en gâteau aplati, la faire frire dans 20 grammes de beurre fondu très chaud pendant une minute à peine : l'intérieur de la viande doit rester rouge.

250 grammes de purée de pommes de terre au lait, avec 10 grammes de beurre.

Biscotte, 50 grammes.

Un demi-litre de lait en boisson.

A sept heures :

Un potage de farine de gruau d'avoine comme le matin.

Deux œufs à la coque à peine cuits.

Biscotte, 50 grammes.

Un demi-litre de lait en boisson.

Le malade suit ce régime d'épreuve pendant deux à trois jours en général : les garde-robes sont recueillies lorsqu'elles proviennent nettement du régime d'épreuve, ce qui se reconnaît sans difficulté à leur couleur claire, d'après Schmidt.

Toutefois, pour plus de sûreté, on peut administrer le premier jour du régime, au premier repas, une substance colorante qui passe dans les matières fécales. A partir du moment où les fèces sont colorées, on recueille les garde-robes. On peut indiquer la fin de l'expérience en faisant ingérer la même substance colorante, au dernier jour du régime, au dernier repas. Nous avons employé comme substance colorante le charbon pulvérisé; on peut aussi administrer une petite quantité de carmin (30 centigrammes).

Un des inconvénients de ce régime d'épreuve c'est l'abondance du lait, mal supporté par certains malades, surtout les premiers jours, soit qu'il détermine de la constipation, soit qu'il provoque de la diarrhée. L'évacuation trop rapide de l'intestin trouble la digestion chimique des aliments et empêche de juger exactement de leur utilisation. On peut dans ces conditions, sans grand inconvénient, diminuer la quantité de lait pris sous forme liquide, et augmenter la proportion de lait dans les potages; on peut également remplacer en partie le lait par du cacao. Mais les deux aliments essentiels sont les féculents (farine d'avoine, biscotte, pomme de terre) et la viande crue. Il ne faut pas diminuer leur quantité sous peine de ne pouvoir tirer aucune conclusion de l'expérience.

II

Procédé d'examen des fèces. — Le malade recueille les matières fécales au jour indiqué et les apporte au laboratoire le plus tôt possible.

Le procédé d'examen est des plus simples.

Après avoir soigneusement trituré les matières dans un mortier, on en prend une petite quantité, environ 5 grammes, que l'on dilue jusqu'à consistance très fluide. Avec un agitateur on dissocie complètement tous les grumeaux. Ce liquide est alors versé lentement sur une cuvette à fond blanc ou à fond noir. Déjà à l'œil nu on reconnaît les débris de membrane, les traînées ou les flocons de mucus, les résidus d'aliments.

Le microscope permet d'identifier très rapidement les résidus de nature douteuse. On peut s'aider de quelques réactions histo-chimiques dans cette recherche. La présence de la bile est reconnue par la réaction du sublimé. Enfin on peut déceler les traces de sang par la réactionde Weber. Schmidt attache aussi une grande importance à l'épreuve de la fer-

mentation des matières à l'étuve. Ces recherches n'offrent pour le plus grand nombre aucune difficulté, comme nous allons le dire.

D'après Schmidt, ces quelques constatations suffiraient souvent pour orienter le diagnostic et le traitement dans un cas de troubles de la digestion chimique.

Aussi nous avons voulu vérifier ces données importantes qui permettront peut-être de jeter quelque clarté sur la pathologie intestinale. Nous avons examiné suivant cette méthode 67 malades atteints de désordres gastriques et intestinaux les plus variés. Nous avons également appliqué la même méthode de recherches à des sujets en apparence normaux. Nous apportons ici les premières conclusions de ces recherches où nous avons essayé de déterminer dans quelle mesure les affirmations de Schmidt étaient confirmées par les faits cliniques. Nous allons examiner successivement les divers éléments que l'on peut rencontrer dans les fèces après le régime d'épreuve, et nous essaierons d'établir leur valeur séméiologique.

III

Le mucus. — Dans les matières, le mucus se présente sous différents aspects ; nous ne voulons que rappeler les masses de mucus ou de membranes qui dans la colite mucomembraneuse sont éliminées en même temps que les garde-robes et sont extrêmement faciles à reconnaître. Mais si l'on prend la peine de délayer les matières fécales et de les diluer comme nous l'avons dit, on verra avec quelle fréquence on peut observer des *membranes mêlées* avec les *matières* et non apparentes à un examen superficiel. Ces membranes ont l'aspect de tractus blanchâtres plus ou moins irréguliers et de dimensions très variables. Toutefois les membranes ainsi mêlées avec les matières sont en général filamenteuses, larges de 2 à 3 millimètres au plus et longues de 3 à 4 centimètres.

Le mucus existe aussi sous forme de mucus hyalin. Il forme des taches transparentes sur le fond blanc ou noir de la cuvette et à un examen même superficiel il est facile à déceler. Il se présente sous forme de petites masses de quelques millimètres de côté, ou de flocons plus grands mesurant parfois plusieurs centimètres carrés.

Le mucus, comme les membranes, semble provenir exclusivement du gros intestin, et traduit, d'après la plupart des auteurs, une inflammation plus ou moins intense de sa muqueuse. Emis en masses volumineuses, membraneuses ou hyalines, indépendantes des matières et comme juxtaposées, lorsque l'inflammation siège sur l'S iliaque et les parties terminales du gros intestin, il est au contraire en fragments plus petits et intimement mêlés aux fèces lorsqu'il provient du côlon ascendant et du cæcum. Il est peu probable que la sécrétion muqueuse de l'intestin grêle puisse passer dans les matières fécales : en effet le mucus provenant des régions supérieures est complètement dissous par les ferments digestifs, avant d'atteindre la valvule de Bauhin, d'après Schmidt. Pour affirmer que certains flocons de mucus proviennent de l'intestin grêle, il faut qu'ils soient extrêmement petits et colorés par la bilirubine en jaune, ou qu'ils contiennent des cristaux de bilirubine et qu'ils soient contenus dans une selle entièrement diarrhéique. C'est en effet ce que l'on observe, d'après Schmidt, dans la fièvre typhoïde, le choléra, ou la tuberculose intestinale.

Nothnagel avait décrit sous le nom de grains de mucus de petites masses transparentes, de la grosseur d'une tête d'épingle, que l'on observe assez souvent dans les fèces. Transportés sur une lame et écrasés avec une lamelle, ces grains ont en effet au microscope l'apparence de mucus. Nothnagel croyait y voir la forme du mucus originaire de l'intestin grêle. Mais Schmidt a établi qu'il s'agissait de débris végétaux et non pas de masses muqueuses. Nous pouvons confirmer à cet égard l'opinion de Schmidt. Ces grains nous ont toujours paru constitués par des cellules végétales, prenant souvent, lorsqu'on les laisse séjourner longtemps dans une solution iodo-iodurée, une coloration bleue. On arrive aussi à reconnaître, au microscope, l'enveloppe de la cellule végétale.

Sur les 67 sujets que nous avons soumis au régime d'épreuve, nous avons cherché les membranes et le mucus avec la technique que nous avons indiquée. Il est bien certain, comme Nothnagel l'avait établi, que mucus et membranes représentent un élément pathologique. Dans les fèces d'un individu normal avec le régime d'épreuve, il n'existe pas de mucus ni de membranes, tout au plus peut-on trouver de temps à autre quelques petits flocons de mucus hyalin, ou quelques tractus filamenteux extrêmement rares : encore ces derniers éléments ne se voient-ils que lorsqu'il existe un léger degré de constipation.

Par contre 29 malades, sur 67, présentaient des membranes en grande quantité, intimement mêlées aux matières pour la plupart et échappant à un examen superficiel. Tous les malades se plaignaient de troubles intestinaux, sérieux et parfois très graves. Le plus souvent le malade souffre d'une constipation ancienne, dans 12 cas sur 29. Mais parfois la diarrhée est le symptôme prédominant et la présence de membranes nous a fait seule songer à une fausse diarrhée : l'examen plus attentif du malade révélait, en effet, qu'entre les longues périodes de diarrhée, il y avait deux à trois jours de constipation parfois opiniâtre. Sur nos 29 malades, 10 répondaient à ce type de constipation méconnue et masquée par une fausse diarrhée parfois très intense.

Mais nous avons aussi rencontré quelques malades, atteints de diarrhée de longue date, sans jamais aucune période de constipation, et qui présentaient pourtant dans leurs matières des membranes nombreuses. Nous avons observé 7 fois ce type clinique. Nous ne voulons pas insister ici sur ces faits, nous proposant d'y revenir dans une publication ultérieure.

Somme toute, nous voyons que dans la grande majorité des cas, 22 fois sur 29, la constipation, plus ou moins dissimulée par de la fausse diarrhée, existe chez les malades qui ont des membranes dans les

fèces, ce qui indique bien que les concrétions de mucus se produisent en général sur la muqueuse du gros intestin irritée par des scybales.

Le plus grand nombre des malades ont à la fois dans les matières fécales du mucus hyalin et des membranes. Cette coïncidence semble établir que le mucus hyalin, comme les membranes, provient bien du gros intestin. On peut voir d'ailleurs dans des examens successifs le mucus hyalin remplacer les membranes. On observe même parfois du mucus concrété, forme de transition entre le mucus hyalin et les membranes.

Enfin sur 8 de nos malades il n'existait que du mucus hyalin, en quantité variable. La constipation paraît encore jouer ici un rôle important : 5 de ces malades avaient depuis longtemps une constipation opiniâtre.

Dans 3 cas seulement, chez des malades souffrant depuis longtemps déjà de diarrhée chronique, nous avons trouvé du mucus coloré par la bilirubine. Mais rien ne nous permet d'affirmer que dans ces cas le mucus venait de l'intestin grêle.

Schmidt admet en principe que le mucus révèle un degré d'inflammation plus ou moins marqué de la muqueuse intestinale, et tout ce que nous savons de la façon dont les autres muqueuses réagissent aux irritants divers, confirme cette idée.

Toutefois Soupault et son élève Jouaust (1) ont admis que le mucus provenait d'une hypersécrétion réflexe de la muqueuse, due à une irritation à distance du grand sympathique abdominal. Nous ne pouvons pas apporter ici d'arguments qui permettent de trancher ce débat, mais il nous semble, étant donné la fréquence de la constipation chez nos malades, qu'il faut faire jouer, parmi les causes qui provoquent la sécrétion de mucus et la formation de membranes, un rôle prépondérant à l'irritation mécanique de la muqueuse par des scybales et des matières fécales dures.

IV

Les résidus du tissu musculaire et du tissu conjonctif. — Les 125 grammes de viande hachée crue ou légèrement cuite laissent parfois dans les matières des résidus auxquels Schmidt attache la plus grande importance. Dans une digestion normale, d'après lui, le tissu conjonctif de la viande crue est attaqué et digéré par le suc gastrique; le tissu musculaire qui ne séjourne pas un temps suffisant dans l'estomac est, au contraire, digéré dans l'intestin. Si la digestion est parfaite, il ne ressort dans les matières aucun débris de tissu conjonctif; par exception, on trouve parfois un ou deux filaments conjonctifs dans des examens répétés. Presque toute la viande a été digérée également; on ne trouve plus que quelques fibres musculaires dissociées à peu près entièrement digérées, et seulement à l'examen microscopique. La présence de tissu conjonctif en quantité plus considérable, ou la présence de fragments de viande auraient une haute valeur séméiologique et traduirait une insuffisance fonctionnelle de l'estomac ou de l'intestin.

Nous avons voulu vérifier l'action du suc gastrique et du suc pancréatique sur le tissu conjonctif et sur le tissu musculaire. Sans vouloir rapporter nos expériences ici, nous avons vu de la façon la plus nette que le tissu conjonctif mis dans la gastérine de Fremont diluée se digère complètement, tandis que dans une solution de pancréatokinase de Carrion, il se gonfle, se ramollit, mais même au bout de plusieurs jours, ne disparaît pas. Toutefois, il est difficile d'affirmer, comme le fait Schmidt, que le tissu conjonctif qui a échappé à l'action du suc gastrique arrivera indemne jusqu'à l'anus. La sécrétion intestinale, que nous connaissons si mal, et les fermentations bactériennes ne sont-elles pas à même d'attaquer parfois le tissu conjonctif? Nous ne pouvons citer à l'appui de l'opinion de Schmidt que les expériences déjà anciennes d'Ogata (1); cet auteur a vu qu'en introduisant la viande directement dans le duodénum du chien, le tissu conjonctif apparaissait intact dans les matières. L'importance du sujet mériterait de nouvelles recherches. Il serait, en effet, très utile d'avoir un signe aussi net de l'insuffisance gastrique.

Le tissu conjonctif dans les matières est parfois difficile à différencier d'avec les membranes filamenteuses dont nous avons déjà parlé. Le meilleur procédé pour le reconnaître est d'étendre le filament douteux sur une lame, et de le dissocier légèrement. On ajoute alors une goutte d'acide acétique dilué; s'il s'agit d'un débris de tissu conjonctif, on voit les fibres devenir transparentes et disparaître. Au contraire, les débris de membranes s'épaississent, deviennent opaques et striés. Nous avons aussi employé le réactif triacide d'Ehrlich. On met le fragment douteux dans une solution très étendue de ce colorant; au bout de quelques heures, le tissu conjonctif a pris une teinte rouge, le mucus une teinte verte.

Nous avons trouvé assez souvent, sur nos 67 malades, des débris de tissu conjonctif et de tissu musculaire.

Dans 12 cas, il y avait à la fois des débris de tissu conjonctif et de tissu musculaire en quantité notable dans les matières. Presque régulièrement, dans 10 cas sur 12, il s'agissait de malades étant sujets à une diarrhée habituelle, plus ou moins fréquente et persistante.

Nous avons trouvé 10 fois des débris de tissu conjonctif abondant sans débris de viande. Cinq fois il s'agissait de diarrhée chronique; les cinq autres malades avaient des troubles intestinaux variés.

Enfin, dans 2 cas, nous avons trouvé des débris de viande sans tissu conjonctif.

A voir la fréquence de la diarrhée dans ces faits, on pourrait admettre à première vue que l'apparition de débris de viande dans les selles ne tient pas à un défaut de la digestion chimique, mais à une évacuation trop rapide de l'intestin. Il se peut certainement que, chez un certain nombre de malades atteints de

(1) Jouaust. *Contribution à l'étude de l'entérocolite muco-membraneuse*, Th. de Paris, 1904.

(1) Ogata. Physiologische Abtheilung, *Arch. f. Anat. und Physiol.*, 1883, p. 89.

diarrhée intense, ce mécanisme intervienne. Mais si la théorie de Schmidt est exacte, si le tissu conjonctif ne peut être digéré que dans l'estomac, la diarrhée n'expliquerait pas la présence de tissu conjonctif dans les matières fécales. Nous devons dire d'ailleurs qu'un certain nombre de malades avec débris de viande et de tissu conjonctif avaient des matières moulées. L'épreuve du charbon nous a permis aussi de constater que, dans la très grande majorité des cas, malgré la diarrhée, la traversée digestive durait de vingt à vingt-deux heures. Ce n'est que dans deux cas où le charbon, ingéré au début du régime, a été évacué en neuf heures, que l'on peut penser à un séjour insuffisant des matières dans l'intestin grêle. Nous devons ajouter également que beaucoup d'autres malades que nous avons suivis ont eu des matières diarrhéiques avec le régime d'épreuve, mais que ces matières ne contenaient pas de débris de viande ou de tissu conjonctif. La présence de ces résidus, chez les malades dont nous parlons actuellement, ne tient donc pas à la diarrhée.

Une autre objection peut-être plus valable, c'est que la préparation de la viande peut laisser parfois à désirer; si elle est mal hachée, de gros fragments peuvent traverser le tube digestif sans être complètement digérés. Aussi doit-on insister beaucoup auprès du malade afin qu'il prépare la viande crue avec tout le soin désirable.

Si la dissolution du tissu conjonctif dépend exclusivement de la digestion gastrique, on peut penser que l'examen de la sécrétion de l'estomac donnera à la fois la raison de la présence de débris conjonctif dans les matières fécales et de la diarrhée. On sait, en effet, que la diarrhée chronique est liée très souvent à l'hypochlorhydrie.

Sur *sept malades* dont les fèces contenaient du tissu conjonctif en abondance, nous avons établi le type de la sécrétion gastrique. *Quatre fois* il existait une hypochlorhydrie marquée, *une fois* une proportion moyenne d'acide chlorhydrique, *deux fois* une sécrétion hyperchlorhydrique. Nous avons vérifié que dans ces deux derniers cas l'abondance de l'acide chlorhydrique ne masquait pas une insuffisance de pepsine. La pepsine, dosée par la méthode de Mette, était en quantité normale. Nous pouvons donc conclure que le défaut de digestion du tissu conjonctif paraît tenir assez souvent à une digestion chlorhydrique diminuée : il existe pourtant des cas où l'absence de digestion ne tient ni à un défaut d'acide chlorhydrique, ni à un défaut de pepsine. Il faut admettre très probablement dans ces faits un passage trop rapide des aliments à travers l'estomac.

Nous n'avons pas procédé à la recherche de l'albumine qui est contenue parfois dans les fèces en solution. La valeur de ce signe est encore des plus incertaines.

Il serait intéressant également de pouvoir distinguer l'albumine du sérum de l'albumine alimentaire. Dans un travail du laboratoire du professeur Devoto, le docteur Bonfanti (1) a cherché à reconnaître dans les fèces l'albumine provenant d'une exsudation de l'intestin et à la distinguer de l'albumine restant des aliments en utilisant le sérum immunisé contre l'ovo-albumine, le sérum de bœuf ou le sérum humain. En faisant ingérer ensuite au malade des œufs ou de la viande de bœuf, il a trouvé que « sur les malades atteints de diarrhée, lorsqu'il existe de l'albumine en solution dans les fèces, elle provient en partie des ingesta, en partie du sérum ». Ces premières recherches, très intéressantes, méritent d'être contrôlées et étendues.

(1) Bonfanti. Sopra un metodo per differenziare gli albuminoidi emessi colle feci, *Clinica medica*, 1904.

V

Résidus d'hydrate de carbone. — Les hydrates de carbone représentent la seule partie constituante des matières fécales qui provienne exclusivement de l'alimentation. Le procédé de dosage simultané des hydrates de carbone dans les aliments et dans les fèces, pourrait être appliqué ici dans toute sa rigueur pour mesurer l'activité de la digestion intestinale; les produits plus ou moins abondants sécrétés par la muqueuse intestinale ne peuvent nullement troubler l'interprétation des résultats obtenus.

Toutefois le simple examen à l'œil nu et au microscope, aidé de l'épreuve de fermentation imaginée par Schmidt et Strasburger, suffit à apprécier l'abondance des résidus amylacés contenus dans les fèces.

Dans le régime d'épreuve, les hydrates de carbone contenus dans le lait, les biscuits, la farine d'avoine, sont, sauf exception, extrêmement rares, parfaitement digérés. Seuls les débris de pomme de terre peuvent passer dans les fèces, et, d'après Schmidt, à l'état normal, il ne passe dans les fèces que quelques grains très rares de pomme de terre.

Avec un peu d'habitude, on peut reconnaître ces résidus de pomme de terre qui apparaissent sous forme de grains de sagou, légèrement transparents, ressemblant à du mucus; mais ils ne s'étalent pas comme le mucus, ils proéminent au-dessus du niveau de la mince couche fluide des fèces que l'on fait couler sur le fond de la cuvette.

L'examen microscopique permet d'ailleurs de vérifier leur nature.

Pour rechercher l'amidon au microscope, il suffit de mette une goutte de la dilution des fèces sur une lame de verre. S'il se trouve des grains hyalins de nature douteuse, on les met également sur la lame et on les écrase. Puis on ajoute une goutte de solution iodo-iodurée. Très rapidement, tout l'amidon qui reste est coloré en bleu; au microscope, il est facile de le reconnaître et d'apprécier son abondance. Si l'amidon est encore contenu dans les cellules, comme cela s'observe souvent dans les débris de pomme de terre, la coloration peut être difficile et il faut attendre assez longtemps avant que la coloration bleue apparaisse.

Par un moyen différent, l'épreuve de la fermentation permettrait d'apprécier l'abondance des résidus amylacés au dire de Schmidt et Strasburger. La technique de cette recherche est des plus simples, nous ne pouvons l'indiquer ici que très rapidement.

Une petite quantité de fèces, environ 5 grammes, est mise dans un récipient rempli d'eau et communi-

quant par un tube avec une éprouvette remplie d'eau où les gaz qui se dégagent pourront se réunir en refoulant l'eau de l'éprouvette, qui s'écoule dans un réservoir adjacent. Le récipient destiné à recevoir l'eau qui s'écoule est représenté dans l'appareil de Schmidt et Strasburger par une éprouvette vide percée d'un orifice à son sommet et réliée à sa partie inférieure à la première éprouvette, par un tube en U. Un coup d'œil jeté sur la figure qui représente l'appareil à fermentation dans le mémoire de Schmidt, fera comprendre sa disposition mieux que toute description. On apprécie l'intensité de la fermentation par la quantité de gaz recueilli dans l'éprouvette après vingt-quatre heures de séjour à l'étuve à 37 degrés.

A l'état normal il n'y a pas de fermentation.

Dès que les gaz produits remplissent 1/3 de l'éprouvette, il s'agit d'un état pathologique plus ou moins accentué d'après Schmidt, révélant une insuffisance de la digestion amylacée. Mais il faut dans ce mode d'examen éviter quelques causes d'erreur. Pour être certain que les gaz produits proviennent de l'amidon, il faut que la fermentation se produise rapidement en vingt-quatre heures et qu'elle s'accompagne d'une réaction acide nette de la masse mise à fermenter. Les albumines contenues dans les matières peuvent en effet donner aussi des gaz, mais il s'agit alors de fermentation tardive (se produisant au bout de quarante-huit heures), peu abondante (les gaz ne remplissent pas 1/4 de l'éprouvette) et associée à une réaction alcaline des matières qui se putréfient.

D'après Schmidt et Strasburger, comme nous l'avons rappelé plus haut, à l'état normal on ne trouve dans les fèces que quelques grains d'amidon assez rares; toute proportion d'amidon plus considérable est pathologique et révèle un trouble de la sécrétion de l'intestin grêle ou de l'absorption. Ces auteurs décrivent même sous le nom de *dyspepsie intestinale par fermentation* un type clinique où avec des coliques, un état général mauvais, et une diarrhée légère, on ne trouve dans les selles qu'une quantité considérable d'amidon, la viande et la graisse étant utilisées normalement. L'épreuve de fermentation est toujours très nette dans ces faits.

Sur les 67 malades que nous avons examinés, 49 fois nous avons trouvé dans les fèces des débris d'amidon, mais souvent en très petite quantité. L'existence de l'amidon dans les fèces, après le régime d'épreuve, est assez fréquente à l'état normal, pour qu'il n'y ait pas lieu de s'étonner de cette forte proportion.

L'épreuve de fermentation a donné un résultat positif 16 fois sur nos 67 malades, c'est-à-dire que les gaz produits ont rempli plus du tiers de l'éprouvette : dans tous ces cas il y avait dans les matières fécales une forte proportion d'amidon. Toutefois l'existence de l'amidon dans les fèces ne suffit pas pour que l'on trouve une fermentation accentuée. Dans 15 cas les fèces contenaient de l'amidon en quantité plus ou moins notable, et il ne s'est produit aucune fermentation.

Schmidt a d'ailleurs bien noté le fait, et il croit que seul l'amidon prêt à être absorbé peut fermenter, l'amidon encore contenu dans les cellules échappant au processus de fermentation. Il nous a paru aussi que la fermentation était positive lorsque l'on trouvait certaines levures dans les fèces; leur présence nous a même paru indispensable dans certains cas. Nous ne pouvons pas d'ailleurs apporter encore sur ce point des conclusions nettes.

Si donc une fermentation abondante permet d'affirmer l'insuffisance de la digestion des amylacés, il faut bien savoir que l'absence de fermentation n'indique nullement que les fèces ne contiennent pas d'amidon. La fermentation peut faire défaut aussi bien par suite de l'absence d'amidon que parce que les agents qui décomposent l'amidon sont absents.

La valeur séméiologique de ce signe ne nous paraît pas établie encore nettement. Les 16 cas où l'épreuve de fermentation a été positive répondaient à des diagnostics assez variés. Dans 7 cas il existait une diarrhée plus ou moins intense, chez deux malades cette diarrhée paraissait tenir à une insuffisance de l'estomac, les matières contenant des débris abondants de tissu conjonctif. Quatre malades avec une épreuve de fermentation des plus nettes se plaignaient surtout d'une constipation plus ou moins tenace. Un de nos malades était atteint d'appendicite chronique, un autre de cancer de l'estomac, dans un cas nous n'avons relevé qu'une neurasthénie assez accentuée. Somme toute la fermentation hydrocarbonée des fèces, après le régime d'épreuve, paraît exister dans des conditions très différentes. Aussi ne croyons-nous pas que la valeur séméiologique de ce signe soit encore nettement établie.

Une difficulté d'interprétation de ce signe c'est que, recherché plusieurs jours de suite, le malade étant toujours au même régime, il peut d'une fois à l'autre conduire à des résultats différents. Quatre malades ont ainsi présenté en l'espace de quelques jours une épreuve de fermentation, négative d'abord, et plus tard, toujours avec le même régime, nettement positive.

Tout en reconnaissant que l'épreuve de fermentation permet de déceler une insuffisance dans l'élaboration des matières amylacées, nous devons avouer que, mal renseignés sur le déterminisme de la fermentation des fèces, nous ne pouvons fixer la signification exacte de ce symptôme.

VI

Recherche des graisses. — Il existe toujours des graisses dans les fèces en assez notable quantité. L'emploi du régime d'épreuve et l'examen au microscope ne permet donc pas d'obtenir de renseignements aussi précis que pour la digestion des albumines et des hydrates de carbone. Les débris de viande et d'amidon révèlent toujours un état pathologique lorsqu'ils atteignent une proportion nettement appréciable. Pour les graisses on ne peut conclure à un trouble dans leur digestion que si elles existent en quantité très considérable.

Les graisses se présentent sur une préparation microscopique sous forme de gouttelettes de graisse neutre ou de cristaux d'acides gras et de savons. On

peut reconnaître ces derniers très facilement en ajoutant à la préparation une gouttelette d'acide acétique dilué et en chauffant : les savons qui se présentent sous l'aspect de plaques disparaissent. Nous préférons employer la réaction plus nette indiquée par Nothnagel; après avoir examiné la préparation au microscope, on ajoute une goutte d'éther, qui dissout les graisses neutres, les acides gras et les savons : par la différence d'aspect de la préparation après l'addition d'éther on peut juger facilement de l'abondance de la graisse.

On ne peut reconnaître ainsi d'ailleurs que des troubles considérables de l'élaboration des graisses, par exemple la stéarrhée due à l'absence de la sécrétion biliaire. On peut aussi diagnostiquer une oblitération du canal pancréatique, lorsque les graisses très abondantes sont presque toutes à l'état de graisse neutre. Aucun de nos 67 malades ne présentait de troubles de cet ordre. Nous n'avons observé que des variations peu considérables de la quantité de graisse contenue dans les fèces d'un malade à l'autre, et ces variations relativement légères sont difficiles à reconnaître au microscope d'une façon absolument certaine. Pour arriver à un diagnostic exact, il faudrait, comme l'a fait Gaultier dans sa thèse, que nous avons déjà citée, doser la quantité totale des graisses, et établir la proportion de graisse neutre, d'acides gras et de savons.

VII

Recherche de la bile dans les fèces. — Enfin aux examens précédents nous avons toujours ajouté la recherche de la bile dans les matières fécales. Nous avons employé la réaction proposée par Schmidt. On met une petite quantité de fèces, diluée avec l'eau, dans une capsule, et on l'additionne d'une solution aqueuse concentrée de sublimé. On agite et on laisse reposer pendant vingt-quatre heures. Les matières normales contenant de l'hydrobilirubine sont colorées en rouge. Des parties vertes, même microscopiques, indiquent la présence de bilirubine et sont pathologiques. Sur nos 67 malades nous n'avons observé que 2 fois une coloration verte de fèces par le sublimé ; dans les deux cas le malade avait eu une diarrhée intense.

Si nous voulons résumer rapidement les principales conclusions auxquelles nous a conduits cet examen critique de la méthode de Schmidt, nous voyons que, sur un grand nombre de points, nos recherches confirment celles de cet auteur. Nous avons reconnu comme lui la grande importance de diverses formations de mucus pour distinguer les affections du gros intestin, notion classique d'ailleurs depuis les recherches de Nothnagel. Nous avons vérifié son opinion sur la digestion du tissu conjonctif et du tissu musculaire, et il nous a paru que l'apparition de débris de viande dans les fèces était un signe d'une grande valeur pour le diagnostic. Enfin sans être aussi affirmatif que Schmidt en ce qui concerne l'épreuve de fermentation, nous avons reconnu que c'était bien un symptôme pathologique mais d'une signification encore douteuse. Par contre l'examen microscopique des graisses nous a donné des résultats moins précis.

Nous n'avons d'ailleurs apporté ici qu'une statistique de nos recherches, mais nous croyons que cette méthode d'examen permet une appréciation beaucoup plus exacte des troubles de la digestion gastrique et intestinale, et d'après ce que nous avons observé, il nous a semblé que ces examens conduisaient à des mesures thérapeutiques efficaces dans les affections de l'intestin que nous avons pu étudier.

HYDROLOGIE

LES EAUX DE LAVAGE

La mode est aux eaux de lavage. C'est la conséquence naturelle des croyances en l'auto-intoxication. Faire passer à travers la glande rénale un courant d'eau pure, diurétique, est, en effet, un moyen de désintoxiquer l'organisme, mais est-ce le meilleur ?

Ce serait le meilleur si les produits toxiques dont il s'agit de débarasser nos tissus, étaient en simple solution dans le sang. Mais tel n'est pas le cas. Les produits d'oxydation incomplète de nos aliments sont en général peu solubles ; ils se déposent dans les tissus comme l'acide urique chez les goutteux, et ils contractent avec eux des combinaisons que l'eau ne détruit pas. En pratiquant le lavage aqueux de l'organisme, nous faisons un peu comme la ménagère qui voudrait enlever, sur un tissu, une tache de graisse ou une tache d'encre avec beaucoup d'eau. Elle n'aboutirait qu'à un résultat médiocre, sinon nul. L'indication est de chercher un dissolvant de la tache. Quelques gouttes d'un alcali enlèveraient mieux la tache de graisse, un peu d'acide oxalique la tache d'encre, que des hectolitres d'eau.

Eh bien, il en est de même pour l'organisme. Les substances toxiques sont, chez la grande masse des arthritiques. des substances acides que les alcalis solubilisent facilement. L'acide urique, par exemple, est dix fois moins soluble que les urates, c'est-à-dire qu'un litre d'eau alcaline suffira à le dissoudre là où il faudrait 10 litres d'une eau indifférente.

Y a-t-il donc inconvénient à savonner l'organisme au lieu de le laver à l'eau pure ?

Au point de vue digestif, une eau alcaline légère comme l'eau de Vals Saint-Jean, par exemple, n'a que des avantages. Elle excite légèrement la sécrétion gastrique et rend la digestion plus prompte et plus facile. Au point de vue général, on a beaucoup redouté l'abus des alcalins. Est-il utile de dire que si on peut redouter l'usage de doses de 20 à 30 grammes par jour de bicarbonate de soude (et encore d'excellents cliniciens, comme Huchard, trouvent-ils cette crainte exagérée), l'ingestion quotidienne de 0g50 à 1 gramme de bicarbonate de soude, dose maximum qu'on a introduite dans l'organisme par l'usage constant au repas d'eau de Vals Saint-Jean, ne peut avoir aucun inconvénient ?

Elle en a d'autant moins que nous avons tous ou presque tous, par le fait d'une alimentation trop carnée, d'une vie trop sédentaire, d'un fonctionnement exagéré du système nerveux, des tissus et humeurs exagérément acides, et qu'une petite dose d'alcali ajoutée à l'alimentation, loin de constituer une condition anormale, n'est que le correctif tendant à ramener à

la normale un organisme acidifié outre mesure par une mauvaise hygiène.

Nous irons plus loin. Avec l'usage exclusif de l'eau de Vals Saint-Jean, ce correctif serait insuffisant pour des sujets très hyperacides (diabétiques, goutteux, etc...) et il est nécessaire de le renforcer par l'emploi momentané d'une eau plus riche en alcali, par exemple de la source Précieuse, ou même de la source Magdeleine, la plus riche en bicarbonate de soude de toutes les eaux minérales connues.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 14 JUIN 1905)

Luxations récidivantes de l'épaule. — A propos de la communication de M. Picqué sur ce sujet, M. LEGUEU rapporte l'histoire d'un jeune épileptique de dix-sept ans qui, dans ses chutes, s'était déjà plusieurs fois luxé l'épaule gauche. Le 4 février dernier, M. Legueu ouvrit l'articulation, découvrit la capsule, l'incisa, donna issue à un liquide sanguinolent, trouva les lésions classiques de la luxation extra-coracoïdienne, réduisit la luxation et referma par trois plans de suture, deux avec des crins de Florence, un avec du catgut. Les crins de Florence étaient disposés de telle façon qu'ils maintenaient bien la tête humérale dans la capsule. Mais les crises épileptiques se multiplièrent; il y eut, malgré tout, récidive de la luxation qui fut réduite par le procédé de Kocher. La capsulorraphie elle-même ne met donc pas d'une façon certaine à l'abri des récidives de luxation chez des épileptiques.

M. BROCA insiste sur la nécessité d'ouvrir la capsule et de se bien rendre compte de la variété et de la disposition de la luxation, comme l'a fait M. Legueu.

M. DELORME, devant la faillite au moins partielle de la capsulorraphie, a cherché à remédier d'une autre façon à ces luxations récidivantes : A un officier dont il réduisit la quatorzième luxation de l'épaule, il a fait porter une sorte de bretelle munie d'une courroie entourant le bras qui s'opposait aux mouvements d'abduction, car ce sont ces mouvements d'abduction qu'il faut éviter pour empêcher la reproduction de la luxation. Ce capitaine porta cet appareil pendant des années, puis il cessa de le porter et il y eut récidive. Si la capsulorraphie ne donne pas les résultats attendus, on pourra trouver, dans la prothèse, le moyen d'empêcher ces luxations récidivantes.

M. NÉLATON, qui s'est déjà luxé 8 fois l'épaule, est arrivé par un procédé bien simple, qu'on pourrait appeler le procédé du tailleur, à ne plus se luxer l'épaule rien qu'en mettant son pardessus. Ce procédé consiste à faire aux vêtements une manche mal faite qui s'oppose aux mouvements d'abduction du bras.

M. TUFFIER fait observer qu'il y a une variété de luxations récidivantes qui s'accompagne d'atrophie musculaire et dans laquelle le massage rend de grands services.

De la conservation des ovaires dans le traitement chirurgical des annexites. — M. LEGUEU revient sur cette question soulevée, dans la dernière séance, par M. Tuffier. Y a-t-il avantage à conserver l'utérus et les ovaires dans ces cas comme le propose M. Tuffier? M. Legueu a suivi cette conduite sur 17 malades; il a revu 10 de ces malades et sa première opération remontait à 1894, il peut fournir des résultats définitifs assez éloignés : sur ces 17 malades, pas un seul décès; au point de vue de la menstruation, les règles sont venues régulièrement chez les 10 malades, la santé générale est restée bonne, mais les résultats locaux n'ont pas été toujours satisfaisants. Chez la première malade opérée en 1894, les douleurs sont revenues et il a fallu la réopérer. On peut dire qu'en somme les résultats locaux ont été plutôt mauvais; la plupart de ces malades conservent des douleurs dans les ovaires conservés et exigent des opérations itératives.

M. ROUTIER a tenté lui aussi de faire de la conservation et cela ne lui a pas beaucoup réussi. Il faut, dit-il, s'appliquer surtout à faire un bon diagnostic et ne pas hésiter à enlever tout ce qui est malade. Quand on a affaire à des salpingo-ovarites suppurées, le plus sage est de tout enlever.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a aussi cherché à conserver. Dans certains cas, il a eu d'assez bons résultats, dans d'autres il a eu des déboires et a été obligé de réopérer. Toutefois, chez de jeunes femmes, chaque fois qu'il voit la possibilité de garder l'utérus et un ovaire, il le fait, considérant la castration totale comme une chose fâcheuse chez de jeunes sujets.

Résection iléo-cæcale. — M. CHAPUT fait un rapport sur deux observations de résection iléo-cæcale, l'une pour cancer, l'autre pour tuberculose, présentées récemment par M. Souligoux.

Paralysie d'origine traumatique. — M. RIEFFEL présente l'observation d'un charretier qui, dans une chute contre sa voiture, a eu le bras heurté et a conservé un notable affaiblissement dans le bras droit avec la présence d'un hygroma d'origine traumatique.

M. MIGNON apporte un fait analogue.

M. RICARD raconte l'histoire d'un confrère qui, s'étant cogné le bras à la portière de sa voiture, fut pris de paralysie d'une partie des extenseurs des doigts, par suite de la compression de la branche profonde du nerf radial determinée par la présence d'une tumeur profonde présentant l'aspect d'un lipome. On fit la radiographie et on pensa en effet à la possibilité d'une tumeur. On soumit le malade à la radiothérapie, la tumeur diminua et la paralysie disparut. Il devait s'agir là d'un hygroma d'origine traumatique, analogue à celui dont a parlé M. Rieffel.

M. RIEFFEL est convaincu que ces hygromas d'origine traumatique sont plus fréquents qu'on le croit généralement.

Anévrisme. — M. ROUTIER présente un malade qui portait un anévrisme de l'avant-bras. Il lia l'artère au-dessus et au-dessous et enleva la poche. Guérison.

Greffes. — M. DELBET montre un malade qui portait un vaste ulcère circulaire de la jambe qu'il a comblé par des greffes italiennes et des greffes de Thiersch.

Tumeur abdominale. — M. POTHERAT rapporte l'observation d'une malade qu'il a opérée d'un gros kyste de l'abdomen qui ne s'insérait sur aucun des organes voisins. C'était un kyste par inclusion de la paroi postérieure de l'abdomen.

Utérus tuberculeux. — M. REYNIER présente un utérus tuberculeux en insistant sur la difficulté du diagnostic dans ces cas. On avait cru d'abord à une grossesse extra-utérine. On fit la laparotomie, on trouva des trompes tuberculeuses et un utérus porteur d'une vraie gomme tuberculeuse. Il s'agissait donc d'une tuberculose utérine et annexielle.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

On connaît la célèbre estampe du dessinateur Barrère, représentant les professeurs de la Faculté de médecine groupés avec une hilarante maestria.

Il vient de publier une deuxième estampe qui montre le docteur Doyen faisant une démonstration devant la Faculté.

Cette façon bien moderne de rappeler la *Leçon d'anatomie* de Rembrandt obtiendra un immense succès auprès des étudiants et des médecins.

Prix de chaque planche format 51 × 92, 3 fr. 50, franco 3 fr. 80. Les deux, franco, 7 fr. 30.

Il a été tiré à part, pour les amateurs, 60 exemplaires numérotés et signés sur papier du Japon. Ces épreuves sont en vente au prix de 12 francs chacune.

Traité d'hygiène et de pathologie du nourrisson et des enfants du premier âge, publié sous la direction du docteur Henri DE ROTHSCHILD, médecin en chef de la Policlinique H.-de-Rothschild, directeur de la *Revue d'hygiène et de médecine infantiles*. T. III, gr. in-8° jésus de 820 p., avec 186 fig. dans le texte et 12 pl. hors texte. — Prix : 15 francs. — Paris, O. Doin.

Médecine de l'enfance (jusqu'à l'adolescence), par le docteur E. MONIN. In-16, cart. — Prix : 5 francs. — Paris, A. Maloine.

La neurasthénie, pathogénie et traitement, par le docteur L. PRON. In-18, 88 p. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J. Rousset.

N° 69. — MARDI 20 JUIN 1905. 78e ANNÉE. MARDI 20 JUIN 1905. — N° 69.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE
Adénite cervicale tuberculeuse favorablement traitée par les rayons X, par MM. Jean FERRAND et KROUCHKOLL.
MÉDECINE PRATIQUE
L'ipéca en médecine infantile.
Le traitement de la kératite purulente par le collargol.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Société médicale des hôpitaux.
Société de biologie.
LIVRES NOUVEAUX
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Deuxième concours de chirurgie.* — Question écrite. Lecture des copies :

Séance du 17 juin 1905. — MM. Proust, 28; Bernard, 20.

La prochaine séance — épreuve clinique — aura lieu le mardi 20 juin, à cinq heures du soir, à l'hôpital Beaujon.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours de l'internat s'ouvrira le lundi 18 septembre, à huit heures du matin. Il y aura 15 places de titulaire, et un nombre de provisoires à fixer au moment du concours.

— Le concours de l'externat s'ouvrira le lundi 4 septembre, à huit heures du matin.

Le nombre de places à attribuer sera déterminé au commencement du concours.

MARSEILLE. — *Concours pour une place de chirurgien-adjoint.* — Le lundi 25 septembre 1905, à trois heures du soir, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu pour une place de chirurgien-adjoint des hôpitaux.

Ce concours aura lieu devant la Commission administrative, assistée d'un jury médical.

Le jour fixé pour l'ouverture du concours, les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteurs de l'une des Facultés de France, et être de nationalité française.

Les deux années de pratique comme docteur ne sont pas exigées des anciens internes dans les hôpitaux des villes où siège une Faculté, ni des anciens internes des hôpitaux de Marseille; ils pourront, en conséquence, concourir dès qu'ils seront munis de leur diplôme de docteur.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le concours du prosectorat vient de se terminer par la nomination de MM. Hallopeau et Chevassu.

LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES. — M. le ministre de l'Instruction publique vient adresser à MM. les recteurs une circulaire les invitant à consulter les facultés de médecine sur les points suivants :

1° Répartition des enseignements entre les diverses années d'études médicales de façon à en mieux établir la coordination et à assurer l'instruction progressive des étudiants;

2° Organisation plus complète, plus méthodique et plus efficace des travaux pratiques et du stage, de façon qu'il soit possible de tenir compte aux étudiants de la participation active qu'ils y auront prise;

3° Régime des examens : y aurait-il lieu de conserver le régime actuel, ou bien de rétablir les examens de fin d'année, ou de les grouper à la fin de la seconde et de la quatrième année ?

Les résultats de cette enquête devront être communiqués au ministère avant le 1er janvier 1906.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Charcot a été nommé chevalier de la Légion d'honneur pour sa belle expédition dans les régions antarctiques.

M. le médecin-major Drouineau et M. le docteur Roulet (de Riom) sont nommés chevaliers du Mérite agricole.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS. — La prochaine séance aura lieu le jeudi 22 juin, à quatre heures et demie, dans les locaux de la Société de chirurgie.

MÉDAILLE OFFERTE AU PROFESSEUR POZZI. — Le Comité nous fait savoir que l'époque de la clôture de la souscription primitivement fixée au 15 juin a été reculée jusqu'au 15 juillet à cause des souscripteurs étrangers. Nous rappelons que toute souscription de 25 francs donne droit à une médaille en bronze par Chaplain, et que les souscriptions sont reçues à la librairie Masson, 120, boulevard Saint-Germain.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 826.*)

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives générales de médecine. — (N° 24, 13 juin 1905.) DUBREUIL-CHAMBARDEL : De la duplicité du canal génital chez la femme. — MAILLAUD : Rhumatisme tuberculeux et tuberculose inflammatoire (Revue générale des thèses soutenues depuis dix-huit mois à la Faculté de Lyon sur cette double question). — H. GRENET : Les indications thérapeutiques dans le croup.

Bulletin médical. — (N° 45, 10 juin 1905.) A. ROBIN : Le traitement médical des hémorroïdes. — (N° 46, 14 juin.) IIe Congrès d'hygiène scolaire et de pédagogie physiologique. — (N° 47, 17 juin.) KIRMISSON : Occlusion intestinale par brides épiploïques au cours d'une péritonite tuberculeuse latente; laparotomie; guérison.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 22, 3 juin 1905.) HOCHHEIM : Expériences cliniques avec le digalène.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 22, 1er juin 1905.) RIEDEL : Technique de l'opération du goitre. — WESTPHAL : Un cas d'hystérie traumatique évoluant sous forme d'ophtalmoplégie externe. — POLYA : Pathogénie de la typhlite primitive. — PELZ : Contribution à l'étude du coddéinisme. — RACHIGER : Les névroses après le traumatisme électrique. — LENNHOFF et LEVY-DURN : Recherches sur les luttes. — ESCHWEILER : Sur des œdèmes cutanés de nature inconnue, observés dans la prison de Düsseldorf-Derendorf. — KULENKAMP : Un cas de gangrène traumatique.

Écho médical du Nord. — (N° 24, 11 juin 1905.) INGELRANS : Les spasmes de la face.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 24, 11 juin 1905.) H. GIRARD, J. SABRAZÈS et M. LÉGER : Déséquilibre hémoleucocytaire et réaction iodophile dans l'abcès du foie. — LEURET et LAFITE-DUPONT : De la méningite cérébro-spinale d'origine otitique. Un cas à forme foudroyante.

Medical Record. — (N° 21, 27 mai 1905.) Randay HUNT : Claudication intermittente et symptômes associés dus à l'angiosclérose des extrémités. — John ROBERTS : La déformation dite « en pelle de jardinier » et la déformation en « dos de fourchette » dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius (avec fig.). — Robert MORRIS : Mes opinions successives sur l'appendicite. — HOUGHTON : Toxémie d'origine intestinale comme cause prédisposante d'infections secondaires. — James WEIR : La responsabilité dans les déviations mentales.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 22, 30 mai 1905.) MARCKWALD : Début et accroissement des cancers intestinaux. — ROSENBACH : Remarques sur le traitement de la leucémie par les rayons Röntgen. — HERZ : Le phénomène de Quinquaud. — SCHWARZ : Traitement de la conjonctivite de la fièvre des foins. — URBANTSCHITCH : Traitement du rhume des foins. — ROTH : Contribution à l'étude de l'exanthème hyperkératosique blennorragique. — BORNEMANN : Un cas de cécité consécutif à une injection d'atoxyline dans le lichen ruber planum. — BICHLER : Un cas de corps étranger dans le sac pleural. — MAYER : Cicatrice conjonctive, postopératoire, de la paroi de l'utérus puerpéral. — FUOSS : Une nouvelle pince écarteur. — RŒTLIESBERGER : Appareil pour fixer le point cryoscopique. — KANG et THANISCH : Dix-neuvième rapport annuel de la clinique otologique de l'université royale de Münich. — BRUNS : Remarques sur l'article « sur l'anchylostomase » par Thenholt (de Bochum), paru dans le n° 18 de ce journal. — SCHMIT : Opération radicale de l'ulcère de jambe. — TENDELOO : Tuberculose lymphogène rétrograde de quelques viscères. — (N° 23, 6 juin.) AXENFELD : Résection de l'orbite de Krönlein pour le traitement des humeurs et inflammations rétrobulbaires. — BAUMANN : Conservation du lait par le superoxyde d'hydrogène. — SCHADE : Influence catalytique de la combustion du sucre. — SICK : Polymyosite récidivante à allures épidémiques. — SCHLESINGER : Les séquelles, notamment les crampes après l'emploi de la théophylline. — KEHR : Deux opérations rares sur les voies biliaires. — WILMS : Traitement sérothérapique du charbon. — TRAUTMANN : Deux cas de fièvre ganglionnaire. — KUHN : Appareils pour toute espèce d'extension. — PRAUSNITZ : Traitement de la fièvre des foins.

Nord médical. — (N° 256, 1er juin 1905.) G. CAVRIEN : Traitement des oreillons. — J. DEBÈVE : Sur un cas de polioencéphalite disséminée. — O. PASTEAU : Comment faut-il examiner l'urètre.

Presse médicale. — (N° 46, 10 juin 1905.) TUFFIER : Diagnostic des tumeurs de l'hypocondre droit. — (N° 47, 14 juin.) GARNIER et JOMIER : Des embolies hydatiques de l'artère pulmonaire. — NATTAN-LARRIER et A. BERGERON : L'hydro-hémolyse. Recherche du bacille de Koch et des autres microbes dans le sang. — (N° 48, 17 juin.) BRUNSWICK LE BIHAN : L'hôpital Sadiki et l'assistance médicale indigène en Tunisie. — A. MAZERAN : L'atonie dans les dyspepsies.

Revue de chirurgie. — (N° 6, 10 juin 1905.) GREENE-CUMSTON : Un cas de hernie interstitielle chez une jeune fille de neuf ans, avec remarques sur cette forme de hernie. — M. BAUDOIN : Pathologie préhistorique : un cas de luxation simple de l'atlas sur l'axis en avant chez un homme de l'époque mégalithique (avec 5 fig.). — P. GOULLIOUD et G. FAYSSE : De l'amputation abdomino-péritonéale du rectum cancéreux (avec 6 fig.). — RICARD et CHEVRIER : De la tuberculose et des sténoses tuberculeuses du pylore [avec 1 fig. (*suite*)]. — Paul GUIBAL : La chirurgie du cœur (*suite*).

Revue de médecine. — (N° 6, 10 juin 1905.) LAIGNEL-LAVASTINE : Contribution à l'étude anatomo-pathologique du sympathique abdominal dans les infections (avec 6 fig.). — ROUSSEL et JOB : La diphtérie dans les collectivités : son étiologie, sa prophylaxie [avec 2 fig. (*à suivre*)]. — V. KIPIANI : De l'excitabilité des muscles à l'état normal et à l'état pathologique, d'après I. Iioteiko. — G. CATOLA : Quelques considérations sur certains symptômes de la maladie de Parkinson.

Therapie der Gegenwart. — (Juin 1905, 6e fasc.) Max RUNGE : Traitement du cancer de l'utérus. — Wilh. DŒVENSPECK : Contribution à la thérapeutique des injections intra-veineuses. — H. ELSNER : Indications et contre-indications de l'emploi des préparations de fer dans les maladies de l'estomac. — Otto ROMMEL : Lait caillé artificiellement (Künstliche Sanermilch) dans le régime thérapeutique des nourrissons malades.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 22, 1er juin 1905.) KALMANN : Contribution à la connaissance de l'action du radium des sources minérales. — EUGSTLER : Le réflexe plantaire et le signe de Babinski chez mille enfants d'un an. — HAMBURGER : Comment pouvons-nous obtenir l'allaitement maternel. — ESCHERICH : Formation d'un comité pour la propagation de l'allaitement au sein. — FRIENDJUNG : Discussion sur la nourriture naturelle des nourrissons. — MARBOURG : Diagnostic topique des maladies du mésencéphale.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL BEAUJON

ADÉNITE CERVICALE TUBERCULEUSE

FAVORABLEMENT TRAITÉE PAR LES RAYONS X

Par le docteur Jean FERRAND,
Chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine de Paris,

Et le docteur KROUCHKOLL,
Chef du service radiologique à l'hôpital Beaujon.

La malade qui fait le sujet de cette observation a commencé son traitement au mois d'août 1904. Nous avons donc été parmi les premiers à utiliser les rayons X dans les cas d'adénite cervicale tuberculeuse. Nous avons attendu, avant de publier le résultat de ce traitement, non seulement d'avoir une amélioration notable, mais encore persistante. En effet depuis cinq mois la malade a quitté l'hôpital. Elle est revenue nous voir à différentes reprises. Elle a pu reprendre son travail et elle a conservé tout le bénéfice du traitement.

Et si nous ne prononçons pas en ce qui la concerne le mot de guérison, c'est que nous pensons que le fait d'avoir fait rétrograder une affection chronique et de l'avoir enrayée dans son évolution ne suffit pas à justifier le terme de guérison. Mais l'amélioration a été si nette et si définitive qu'il nous a paru intéressant d'en faire connaître l'histoire.

Observation. — P... Clémentine, trente et un ans, entre le 5 mai à l'hôpital Beaujon pour des tumeurs ganglionnaires du cou.

Antécédents héréditaires. — Son père et sa mère sont bien portants. Ils ont eu 18 enfants dont 5 sont morts de maladies aiguës. Parmi les 12 qui restent on n'en connaît guère qu'un ou deux atteints de tuberculose.

Antécédents personnels. — La malade a toujours été pâle, chétive et ne se rappelle pas avoir eu aucune maladie grave jusqu'à l'âge de dix ans. Réglée à ce moment et bien réglée, elle n'a jamais eu aucun trouble menstruel. Chaque hiver elle tousse, s'enrhume facilement sans cependant s'aliter; de dix-huit à vingt-quatre ans elle souffre ainsi de bronchites répétées, de migraines et de troubles gastriques.

A vingt-quatre ans, tout à coup, en lavant, d'une façon fortuite, elle s'aperçoit qu'elle a dans l'aisselle gauche une tumeur qui la gêne pour écarter le bras : cette tumeur, indolore, bien mobile sur les plans sous-jacents, augmenta peu à peu et atteignit le volume d'une orange. On la soigna par l'arsenic et le sirop iodotannique. La gêne fonctionnelle, l'impossibilité de se vêtir, mais non la douleur, la contraignirent à se faire opérer deux ans après en avril 1899.

L'ablation réussit bien mais quelque temps après la tumeur récidivait à la même place.

Bientôt apparaît une petite tumeur arrondie en arrière de l'angle de la mâchoire à gauche. Sous l'influence du traitement général, son état reste stationnaire pendant quatre ans.

En février 1903 à la suite d'une bronchite plus grave que les autres et qui dura six semaines, les ganglions de l'aisselle gauche et du cou s'hypertrophient considérablement. Cette progression continue pendant l'année 1903 sans douleur, entraînant seulement une impotence fonctionnelle marquée.

Au début de l'année 1904 le volume s'accroît encore et d'autres masses apparaissent du côté droit. Ces tumeurs nouvelles sont plus douloureuses et provoquent des élancements dans le cou, l'épaule droite et la nuque. La progression continue des tumeurs et des douleurs oblige enfin la malade à entrer à l'hôpital au mois de mai 1905.

Etat au début du traitement. — Le cou vu de face a un aspect caractéristique presque proconsulaire. Il est à peu près cylindrique et légèrement évasé vers le haut au niveau des parotides où les téguments sont soulevés par une bosselure bilatérale très nette.

A la palpation on perçoit à droite une tumeur globuleuse du volume d'une noix s'étendant verticalement du conduit auditif externe à l'angle du maxillaire et transversalement du bord postérieur du maxillaire à la face externe du muscle sterno-mastoïdien, empiètant sur la surface externe de ce muscle d'environ 2 centimètres. Sous l'angle de la mâchoire se trouve une seconde tumeur plus petite.

A gauche on note une grosse masse bien plus considérable qu'à droite, du volume d'une petite orange, qui descend du conduit auditif externe au tiers inférieur du cou et va de la branche montante du maxillaire, sur laquelle elle empiète de 2 à 3 centimètres, à la région postérieure du cou débordant de 1 à 2 centimètres le bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien, qui disparaît ainsi complètement sous la tumeur. Cette masse est lobulée; la peau est peu mobile à sa surface : il y a adénite et périadénite.

A l'aisselle gauche on sent une masse unique du volume d'une mandarine, ovalaire, appliquée contre la face thoracique du creux axillaire, à contours nets et bien mobilisable sur les plans sous-jacents.

Signes fonctionnels. — Les tumeurs du cou gênent la déglutition des aliments solides mais n'empêchent pas le passage des liquides. Du côté droit elles sont le siège de douleurs lancinantes et spontanées. La tumeur de l'aisselle gauche est également douloureuse.

Poumons. — Signes très nets de tuberculose pulmonaire chronique caractérisés par une submatité de toute la fosse sus-épineuse gauche avec diminution du murmure vésiculaire : les vibrations sont très diminuées.

Peu de signes du côté droit.

Aucune expectoration. Pas de signes d'adénopathie trachéo-bronchique.

L'examen du sang a été pratiqué et n'a révélé aucune altération qualitative ni quantitative des leucocytes. Il y avait seulement légère diminution du nombre des hématies.

La fièvre oscillait entre 38 degrés le matin et 39 degrés le soir.

Traitement. — Le diagnostic porté fut celui d'adénite cervicale tuberculeuse et la malade traitée pendant quelque temps par l'arsenic, le sirop iodotannique, l'iode en nature et les antithermiques.

On commence alors le traitement radiothérapique.

Première séance, vers le 20 août, du côté droit seulement. On emploie un tube assez dur, avec 7 centimètres d'étincelle équivalents, et un courant primaire de 10 ampères sur un circuit de 110 volts, du courant alternatif du secteur des Champs-Élysées.

Deuxième séance, trois jours après, de dix minutes sur le côté opposé.

Troisième séance, huit jours après, de dix minutes, des deux côtés simultanément et à l'aisselle. On constate deux jours après une certaine diminution de

toutes les tumeurs. La dysphagie s'atténue. Mais une légère pigmentation des régions traitées fait remettre la

Quatrième séance, à quinze jours, dix minutes.

Cinquième séance quinze jours après. On est forcé de se servir de l'interrupteur Wenhelt, mais deux jours après, apparaît un érythème sur la région inférieure du côté droit du cou. Le traitement est alors interrompu.

Le côté droit du cou a considérablement diminué, de l'aveu même de la malade. Le côté gauche est resté à peu près stationnaire. Le ganglion axillaire a diminué de moitié.

L'état général s'est amélioré très nettement. Dès les premières applications la température est tombée à la normale. Le poids a augmenté de 10 livres, et de 50 est passé à 55 kilos.

Traité à la pommade de Reclus, cet érythème ne s'améliore que lentement. On note encore une alopécie assez marquée au niveau des régions traitées : la malade se plaint de quelques maux de tête. Aussi le traitement est-il suspendu le 1er octobre.

Après la guérison des érythèmes, il est repris le 15 novembre 1904 et continué de quinze en quinze jours par des séances de dix minutes avec applications de rayons sur le cou et l'aisselle.

La malade quitte l'hôpital au mois de février 1905. A ce moment elle est très améliorée. Il ne reste plus sur les deux côtés de la région cervicale que des saillies insignifiantes. A la palpation on ne sent plus les volumineuses tumeurs du début. Seule la cicatrice due à l'érythème persiste encore. La malade peut s'habiller facilement et boutonner le col de sa robe.

Les douleurs locales et l'impotence fonctionnelle ont disparu. L'état général est très amélioré. L'appétit est meilleur et la malade a engraissé.

Elle a repris son travail à sa sortie de l'hôpital, Depuis quatre à cinq mois nous l'avons revue plusieurs fois, il n'y a pas de nouvelle récidive.

Conclusions. — Il nous a paru intéressant de relater le résultat de ce traitement parce que nous avons pu suivre au jour le jour cette malade pendant son séjour à l'hôpital et que l'amélioration chez elle est indéniable et persistante. L'un de nous a eu l'occasion de traiter de la même manière d'autres cas d'adénites cervicales : le résultat a toujours été favorable et même deux cas d'adénites suppurées ont pu être ainsi améliorés par les rayons X.

Mais chez notre malade la diminution des tumeurs cervicales a été telle, qu'elle est aujourd'hui complètement transformée et qu'elle a pu reprendre ses occupations et gagner sa vie.

Nous pensons que, pour agir ainsi, quelques précautions sont nécessaires.

Il faut employer des tubes durs; il faut aussi faire des poses courtes de dix minutes au maximum et interrompre le traitement dès que la pigmentation apparaît. Du reste ces arrêts n'allongent pour ainsi dire pas la durée du traitement et il semble que l'action curative ne soit pas suspendue comme si les rayons emmagasinés continuaient à agir longtemps après leur absorption.

Il nous semble donc que ce résultat favorable doive engager à essayer ce traitement dans tous les cas d'adénite cervicale tuberculeuse chronique. Car si nous consultons toutes les méthodes de traitement de cette affection tant médicales que chirurgicales, nous voyons combien elles sont incertaines dans leur application et graves dans leurs conséquences. Aussi avant de recourir à l'excision et de risquer ces cicatrices difformes ou ces fistules qui déparent le cou de tant de jeunes sujets, fera-t-on bien de tenter un traitement radiothérapique.

MÉDECINE PRATIQUE

L'IPÉCA EN MÉDECINE INFANTILE

On désigne sous le nom d'ipécacuanha les racines de trois rubiacées. Mais on n'emploie en thérapeutique que l'ipécacuanha officinal, *ipecacuanha gris annelé*, racine du *Cephœlis Ipecacuanhæ*. Le principe actif est l'*émétine*.

D'après M. H. Grenet (1), on utilise surtout la racine pulvérisée, qui constitue la poudre d'ipéca, et le sirop d'ipéca, dont 20 grammes contiennent 0g20 d'extrait, correspondant à 1 gramme de poudre.

La *poudre d'ipéca* se prescrit aux doses suivantes, d'après J. Simon :

Pour un enfant nouveau-né.....	0g20 centigr.
Jusqu'à 1 an..................	0g30 —
De 1 à 2 ans..................	0g50 —
A partir de 2 ans.............	1 gramme.

Marfan indique des doses plus faibles :

Nouveau-né............	0g10 centigr.
Jusqu'à 1 an...........	0g20 —
De 1 à 3 ans...........	0g30 —
De 3 à 5 ans...........	0g50 —
De 5 à 10 ans..........	0g50 à 1 gramme.

Le plus souvent, on administre la poudre mêlée au sirop d'ipéca, et on prescrit :

Poudre d'ipéca.. *dix à cinquante centigrammes* (selon l'âge).
Sirop d'ipéca... 20 à 30 grammes.

A donner par cuillerées à café de dix en dix minutes, jusqu'à effet vomitif. Faire suivre chaque cuillerée à café d'une gorgée d'eau tiède.

On remarquera qu'il y a dans cette formule une quantité de sirop correspondant à 1 gramme ou 1g50 de poudre, dose vraiment considérable pour un jeune enfant. Mais l'effet vomitif se produit presque toujours avant que toute la potion ne soit prise; et la dose totale n'est jamais absorbée.

A partir de deux ans, la poudre d'ipéca peut être donnée pure dans de l'eau ou dans un sirop quelconque.

Il est souvent difficile de faire prendre un vomitif par un enfant. J. Simon donne, à ce sujet, d'utiles conseils : « Lorsque la persuasion aura échoué, vous envelopperez l'enfant dans une couverture, et, le tenant debout entre vos jambes, vous lui introduirez doucement entre les dents la cuiller à café chargée du médicament; puis vous inclinerez l'enfant; le liquide tombera tout naturellement dans la gorge et rencon-

(1) H. Grenet. *Arch. gén. de méd.*, n° 22. 1905.

trera le voile du palais : un mouvement réflexe de déglutition surviendra, qui mettra l'enfant hors d'état de rejeter le médicament que vous l'aurez forcé à prendre sans employer une extrême violence ni vous épuiser en vaines exhortations. »

Si l'enfant oppose une résistance insurmontable ou s'il tombe dans des accès de rage faisant craindre des convulsions, on peut prescrire l'émulsion suivante, dont le goût n'est pas trop mauvais :

Poudre d'ipéca	*dix centigr.* à 1 gr. (selon l'âge).
Sirop de violette.........	30 grammes.
Looch blanc du codex	120 —

(J. Simon.)

L'ipéca entre dans la composition de deux préparations souvent employées, le sirop de Desessartz et la poudre de Dover.

Le sirop de Desessartz, ou sirop d'ipéca composé, a la formule suivante, inscrite au Codex :

Ipéca concassé	3 grammes.
Feuilles de séné.............	10 —
Serpollet....................	3 —
Fleurs de coquelicot	12 —
Sulfate de magnésie..........	10 —
Vin blanc	75 —
Eau de fleurs d'oranger	75 —
Eau bouillante	300 —
Sucre blanc	Q. S.

Ce qu'il importe surtout de se rappeler, c'est que 20 grammes de ce sirop (une cuillerée à soupe) contiennent 0gr10 de poudre d'ipéca.

La poudre de Dover est un mélange d'ipéca, de nitrate de potasse et d'opium. Voici la formule du Codex :

Poudre d'azotate de potasse....	40 grammes.
— de sulfate de potasse ...	40 —
— d'ipécacuanha.........	10 —
— d'opium officinal.......	10 —

Un gramme de poudre contient 0gr10 de poudre d'opium et d'ipéca. Elle se donne à la dose de 0gr05 par année d'âge, mais seulement *chez les enfants au-dessus de trois ans.*

L. BABONNEIX.

LE TRAITEMENT DE LA KÉRATITE PURULENTE PAR LE COLLARGOL

On sait que le collargol a deux gros avantages sur les autres sels d'argent : il ne provoque aucune douleur et ne précipite pas en présence des sels. Cette dernière propriété permet de l'employer même quand l'épithélium cornéen n'est plus intact au cours d'une ophtalmie purulente. Bien mieux, sous l'influence de cet agent, les ulcérations se cicatrisent très rapidement.

Aussi, M. le professeur de Lapersonne emploie couramment le collargol dans toutes les kératites purulentes, et il l'applique de la façon suivante (1) :

1° *Le malade est examiné dès le début.* — Mettre II gouttes d'un collyre au chlorhydrate de cocaïne 0,40/10 ; faire un lavage de la conjonctive avec une solution de cyanure d'hydrargyre à 1/5000 ; toucher légèrement la surface et surtout les bords de l'ulcère avec un galvano-cautère, à son défaut avec un thermocautère à pointe fixe ; mettre II gouttes d'un collyre au collargol à 1/20 deux ou trois fois par jour ; le soir, pommade à l'iodoforme à 1/10 ; bandeau flottant.

Si la pression sur la région du sac lacrymal ramène du pus ou du muco-pus, il faut immédiatement traiter la dacryocystite par l'opération de Stilling : incision des canalicules lacrymaux et du canal nasal, avec passages de sondes de Bowmann n° 6. Dès le quatrième ou cinquième jour on fera dans les voies lacrymales, après cathétérisme, des injections avec la solution de collargol à 1/50.

L'ectasie du sac ou les complications plus graves, comme la péricystite, demandent des interventions plus complètes et c'est alors l'ablation du sac qui est indiquée.

2° *L'ulcère est étendu, entouré du croissant d'infiltration, l'hypopyon occupe plus d'un tiers de la chambre antérieure, les douleurs sont très vives.* — Le collargol sera appliqué toutes les deux ou trois heures. A la cocaïne, au cyanure, à l'iodoforme on associera l'atropine à petite dose : deux fois par jour 1 goutte de sulfate neutre d'atropine 0,02/10, en raison des complications iritiques, tout en surveillant journellement la tension intra-oculaire.

Mais il faut surtout cautériser profondément l'ulcère en ouvrant au besoin la chambre antérieure. Mieux encore, on fera l'incision de Sœmisch, c'est-à-dire la transfixion de l'ulcère au moyen du couteau de Græfe, en ayant bien soin de dépasser les limites de l'infiltration et en essayant de débarrasser la chambre antérieure du caillot purulent qu'elle contient. Aussitôt après, on baignera l'incision avec le collargol et on mettra un pansement occlusif qui sera renouvelé deux ou trois fois par jour.

3° *A la période de réparation.* — On cessera le plus tôt possible l'atropine pour éviter l'hypertension ; elle devra être quelquefois remplacée immédiatement par les myotiques, pilocarpine ou ésérine 1/100.

On enlèvera le bandeau occlusif dès que la chambre antérieure est reformée et l'on continuera le collargol jusqu'à la guérison complète.

L. GAYARD.

(1) Cf. *Presse médicale*, 6 mai 1905.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 5 JUIN 1905)

Sur une nouvelle méthode de protection contre les rayons de Röntgen, par M. J. BERGONIÉ. — Cette nouvelle méthode de protection, employée déjà depuis six mois dans le service d'électricité médicale de l'Université de Bordeaux et des hôpitaux, est très simple. Elle consiste à placer tout l'entourage du malade au-dessus du plan horizontal prolongeant l'anticathode et, au-dessous de ce plan, le malade seul. L'espace est ainsi virtuellement divisé en deux parties, dont l'une, la supérieure, est si complètement indemne de rayons X qu'on peut y manier la plaque sensible radiographique auprès du tube sans risques de voile.

Sur la dénomination de l'agent présumé de la syphilis. — M. Paul VUILLEMIN se basant sur l'étude morphologique du Sp. pallida de Schaudinn propose de l'appeler Spironema pallidum.

Autres communications :

Sur un nouveau réactif de l'albumine, par M. Eugenio Piñerúa ALVAREZ ;

Sur la méthémoglobine et sa combinaison fluorée, par MM. J. Ville et E. Derrien;

Les cérébrines et l'acide cérébrique préexistent dans le tissu nerveux à l'exclusion du protagon, par M. N. A. Barbieri;

Du contraste simultané des couleurs, par M. A. Polak;

Sur les chaleurs de combustion et la composition chimique des tissus nerveux et musculaire chez le cobaye en fonction de l'âge, par M. J. Tribot.

(séance du 13 juin 1905)

Sur le débit probable des sources dans le bassin de la Seine pendant le deuxième semestre de 1905, par MM. F. Launay et E. Maillet. — Le débit minimum annuel des sources profondes aura plutôt tendance à diminuer sensiblement dans la majeure partie du bassin de la Seine, sauf en aval de Paris. Ainsi on peut s'attendre au tarissement de la source supérieure de la Somme (Marne) vers la fin de juin; on peut prévoir pour la source de Cérilly (Vanne) le débit minimum de 75 litres environ, et pour celle voisine d'Armentières (et Drains) le débit minimum de 260 litres environ. Ce sont là des chiffres très bas.

Toutefois une saison chaude exceptionnellement sèche ou pluvieuse pourrait rendre ces prévisions moins exactes sur certains points.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 16 juin 1905)

L'eczéma et l'hyperchlorhydrie dans les pays chauds. — M. Marchaux rappelle que l'eczéma est d'origine microbienne et provient de fermentations qui se produisent dans l'estomac à la faveur de l'abaissement du taux d'acidité des liquides digestifs.

Sur sept observations faites à Rio-de-Janeiro sur divers types d'eczéma, le résultat du traitement chlorhydrique (v gouttes d'acide chlorhydrique fumant dans un verre d'eau immédiatement après le repas) a été très remarquable. L'eczéma a disparu en quelques jours. La cause de cette hypochlorhydrie, si fréquente dans les pays chauds, doit être recherchée dans l'abondance de la sécrétion sudorale qui prive l'organisme d'une grande quantité de chlorures et d'eau. La soif ardente qui accompagne ces phénomènes contribue aussi à diluer les liquides digestifs et à diminuer leur acidité. Dans ces conditions les microbes se développent très vite dans les aliments ingérés et en particulier la levure blanche de l'estomac. L'administration de cette levure et d'un bacille isolé d'un estomac malade a permis de rappeler une éruption d'eczéma chez un malade guéri.

Le régime déchloruré dans la scarlatine. — M. Dopter estime que les résultats obtenus par M. Dufour dans la scarlatine à l'aide du régime carné, demandent à subir quelques réserves. Il s'est peut-être trouvé en face d'une épidémie où le virus scarlatin s'est montré sans affinité pour le parenchyme rénal. M. Dopter présente à ce sujet les résultats du régime déchloruré, institué dès l'apyrexie, au cours d'une épidémie où les cas de néphrite et d'albuminurie secondaires étaient relativement fréquents. Le régime déchloruré *préventif* semble avoir empêché ces complications de se produire. Est-ce coïncidence, ou l'heureux effet du traitement? On ne saurait encore rien affirmer; c'est à l'expérience de sanctionner ces résultats.

S'ils sont reconnus exacts, la viande agirait non par elle-même, mais par le sel ingéré en même temps. Le régime lacté exclusif reconnaîtrait dans ce fait les heureux résultats qu'on lui attribue; le régime déchloruré lui serait préférable; il augmenterait la résistance de l'organisme, et lui permettrait de lutter plus efficacement contre les infections secondaires; les courbes de poids peuvent en faire foi, quand on les compare dans l'un et l'autre cas.

Cette nouvelle communication sur la diététique dans la scarlatine permet à M. Dufour de revenir sur ses premières affirmations et à M. Barth de montrer que toute médication absolument systématique peut être défectueuse et que mieux vaut en médecine ne pas généraliser, ce qui paraît être l'expression exacte de la vérité.

Syphilis osseuse multiple nécrosante avec amyotrophie et cachexie. — MM. Léon Bernard, Lortat et Salomon rapportent l'observation d'une malade entrée à la clinique de l'hôpital Laënnec pour impotence de ses membres provoquée par des fractures multiples, des arthropathies douloureuses et de l'atrophie musculaire qui s'étaient développées dans l'espace d'une année environ. La face amaigrie, symétrique avec des déformations osseuses et des fistules suppurées, lui donnaient presque un aspect léonin. Le tronc immobile et émacié, les membres déformés par la tuméfaction des articulations et par les fractures des os étaient effilés sous des masses musculaires extrêmement réduites, recouvertes d'une peau sèche; l'asthénie profonde, les douleurs provoquées par le moindre mouvement aboutissaient à un tableau clinique saisissant. A l'autopsie on trouva des gommes osseuses expliquant les fractures et les lésions articulaires et des lésions scléreuses ou scléro-gommeuses du foie, de la rate ou des reins. Le système nerveux est indemne de toute lésion. Les auteurs, qui n'ont pas trouvé d'observations analogues, ont remarqué que le caractère particulier de celle qu'ils apportent réside seulement dans la multiplicité des lésions qui avaient entraîné l'immobilisation de la malade, l'amyotrophie et la cachexie. La syphilis osseuse acquise est ordinairement limitée à un petit nombre de localisations. Au contraire la syphilis héréditaire provoque ordinairement des foyers multiples ou généralisés. Les auteurs mettent en lumière les caractères qui permettent peut-être de rattacher leur cas à la syphilis héréditaire tardive et de le mettre en regard de la maladie de Fayet.

Méningite cérébro-spinale à méningocoque guérie. — M. Barth rapporte l'observation d'un malade atteint de méningite cérébro-spinale évoluant avec des allures aiguës qui a cédé à des injections intra-veineuses de collargol.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 18 juin 1905)

Au début de la séance, M. F. Frank lit une notice biographique relative à M. Marey, ancien président de la Société.

Leucocytose au cours de la vaccination antirabique chez l'homme et chez les animaux. — MM. J. Nicolas et Bancel (de Lyon) concluent, de leurs recherches, que les vaccinations antirabiques engendrent une hyperleucocytose constante, souvent très marquée et atteignant son maximum à la fin du trai-

tement. Chez les animaux et chez l'homme, il n'y a pas de variations marquées de la formule leucocytaire. Enfin l'injection de moelles saines produit chez les animaux des résultats semblables à ceux produits par l'injection de moelles rabiques : hyperleucocytose très accusée sans modifications de la formule leucocytaire.

Syphilis congénitale et spirochaète pâle de Schaudinn. — MM. Levaditi, Nobécourt et Darré ont observé, dans le service de M. Hutinel, un cas de syphilis héréditaire intéressant au point de vue microbiologique. Il s'agissait d'un nourrisson présentant du pemphigus, des papules, des fissures péribuccales, du coryza.

Or, tandis que l'examen microscopique a révélé la présence de nombreux spirochaètes au niveau des lésions cutanées (bulles de pemphigus), il a été impossible, malgré des recherches minutieuses, d'en déceler dans les divers viscères (foie, poumon, rein, rate, moelle osseuse).

Il faut ajouter que l'on ne pouvait constater aucune lésion syphilitique des viscères, dont la plupart étaient remplis de streptocoques.

Hyperchlorhydrie rapide. — M. Meunier présente quatre observations de malades chez qui le seul examen du chimisme gastrique a pu faire porter le diagnostic d'hyperchlorhydrie rapide.

Chez ces malades, en effet, la sécrétion stomacale, au lieu d'atteindre son maximum au moment où on fait le tubage, atteint ce maximum bien rapidement, puis va en décroissant, de telle sorte qu'au moment du tubage l'acide chlorhydrique et les éléments chlorés sont au-dessous de la normale.

Ce diagnostic peut être facilement établi par la simple et rapide recherche quantitative de l'amidon digéré, qui existe toujours en faible quantité chez les hyperchlorhydriques rapides.

Passage du virus vaccinal à travers la bougie Berkefeld. — MM. Remlinger et Osman Nouri ont démontré précédemment que le passage du virus vaccinal à travers la bougie Berkefeld pouvait être démontré par l'inoculation du filtrat sur la peau fraîchement rasée du lapin ou du cobaye, selon le procédé de Calmette. L'expérience suivante prouve également que le virus vaccinal doit rentrer dans la catégorie des virus filtrants. Cinq grammes de pulpe vaccinale fraîche sont incorporés à 100 grammes de solution physiologique. L'émulsion est filtrée à travers une Berkefeld et le filtrat est injecté sous la peau d'un lapin ou d'un cobaye. Six jours plus tard, lorsque l'immunité a eu le temps de s'établir, cet animal est inoculé sur la peau rasée avec un vaccin frais et très actif. Il ne se manifeste aucune éruption.

La teneur en bilirubine du sérum sanguin dans les ictères chroniques simples. — MM. A. Gilbert et P. Lereboullet ont pu déterminer, dans 12 cas d'ictère chronique simple, la proportion de bilirubine contenue dans le sérum sanguin. Il résulte de leurs recherches que la cholémie est dans ces cas notablement plus élevée que lors de cholémie familiale, associée ou non à la lithiase biliaire; le taux de la bilirubine varie en effet de 1/3650 à 1/9250 et le chiffre moyen est de 1/6700; il y a donc en moyenne près de 15 centigrammes de bilirubine par litre de sérum, et près de 45 centigrammes dans la masse du sang, soit environ deux fois et demi plus que lors de cholémie familiale. Ces données vérifient l'observation clinique qui établit que les ictères chroniques simples représentent des types de transition entre la cholémie familiale et les cirrhoses biliaires. D'ailleurs la cholémie peut ici, comme dans la cholémie familiale, varier chez un même sujet suivant le moment de l'examen, et notamment, à la suite du traitement; elle reste toutefois toujours assez élevée.

LIVRES NOUVEAUX

Traitement de l'entérite muco-membraneuse (1), par le docteur A. Combe, professeur de clinique infantile à la Faculté de médecine de Lausanne.

Le *Traitement de l'entérite muco-membraneuse* par le docteur Combe est un livre tout à fait d'actualité. Au moment où les théories pathogéniques et thérapeutiques les plus diverses ont été soutenues à propos de cette affection au sein des différentes sociétés médicales, il est particulièrement intéressant de connaître les idées du praticien qui depuis quelques années s'est spécialement consacré à son traitement.

Ce traité se divise en deux parties distinctes : l'une théorique où l'auteur s'efforce à définir nosographiquement l'entérocolite muco-membraneuse et à prouver sa nature inflammatoire; l'autre éminemment pratique, où il expose les règles générales de son traitement et donne une quantité de recettes de cuisine. On y trouve ainsi la possibilité de varier presque à l'infini, tout en n'ayant recours qu'aux pâtes et farines alimentaires, la diète spéciale et systématique qui constitue la véritable originalité de son traitement.

Dans la première partie, le docteur Combe distingue nettement l'*entérite secondaire* due à une affection locale et spécifique de l'intestin (cancer, rétrécissement organique, adhérences, inflammations de continuité, entéroptose, etc.), et qui demande un traitement causal, de l'*entérite essentielle* ou *primitive*. Dans les cas qui ressortissent à cette dernière il y a lieu, d'après l'auteur, de faire une classe à part pour l'*entéro-névrose muco-membraneuse*, affection rare (28 cas sur 1 800) que l'on ne rencontre que chez les nerveux héréditaires ou accidentels et contre laquelle le seul traitement à opposer est le sanatorium spécial, la cure de Weir Mitchell, la suggestion, la persuasion.

Cette entéro-névrose muco-membraneuse correspond à la *sécrétion névrose* de Leyden, la *myo-angioneurose* de Vanni, la *colique muco-membraneuse* de Nothnagel, l'*entéro-névrose* de Lyon.

Les autres cas correspondent aux infections intestinales chroniques et à ce que l'on appelle vulgairement l'entérocolite muco-membraneuse. La cause première de l'entérocolite muco-membraneuse est pour le docteur Combe une infection intestinale. *La cause pathogénique de l'entérocolite muco-membraneuse est l'infection microbienne de la muqueuse du côlon, produite par l'augmentation des putréfactions intestinales.* A l'appui de cette assertion l'auteur fait appel à ces différentes preuves : 1° l'entérite *glaireuse chronique* fait souvent suite aux entérites glaireuses aiguës, subaiguës ou dysentériformes, sa marche est souvent coupée par des épisodes infectieux aigus (l'entérocolite *glaireuse* chronique devient *muco-membraneuse* lorsqu'elle évolue sur un intestin d'arthritique); 2° l'entérite chronique peut donner lieu à des complications nettement infectieuses (appendicite, péritonite, cholécystites, cystites, polioencéphalites, furoncles, etc.); 3° un cas de contagion aurait été nettement constaté dans le service d'enfants

(1) In-18 de 272 p., avec 4 pl. color. Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

du docteur Combe; 4° si la constitution des fausses membranes et du mucus est la même dans l'entérocolite et dans les cas d'irritation mécanique de l'intestin, il n'en est pas moins vrai qu'elles contiennent une grande quantité de microbes; 5° Rothmann, Max de Rothmann et Jagie ont constaté à l'autopsie une infiltration cellulaire de la muqueuse inter et sous-glandulaire.

Puisque la fermentation intestinale est la cause primaire de l'infection colique, une thérapeutique rationnelle devra se proposer de la diminuer, pour cela il faudra :

1° *Modifier le bouillon de culture intestinale;*

2° *Combattre l'action putréfiante des microbes du côlon;*

3° *Évacuer les produits de putréfaction du gros intestin.*

Les deux premières indications peuvent être remplies par l'antisepsie intestinale et par l'asepsie alimentaire, mais ce ne sont là que des moyens adjuvants, car la désinfection complète de l'intestin est physiologiquement impossible. On arrive à ce but *en changeant complètement le milieu de culture dans lequel vivent les microbes de l'intestin*; on peut ainsi *en coupant les vivres aux microbes diminuer leur vitalité, leur activité et leur virulence.* On combattra de même l'action putréfiante des microbes du côlon en ne donnant que les aliments peu susceptibles de se putréfier.

Ce double but sera atteint en « diminuant dans le régime, dans la mesure du possible, les aliments putrescibles et *en augmentant, autant que faire se pourra, les aliments antiputrides* ». Le dosage des sulfo-éthers, dans l'urine, permettra en quelque sorte de mesurer l'intensité des putréfactions intestinales.

Les expériences de Poehl, Biernachi, Hirschter, Winternitz montrent que l'alimentation lactée absolue donne lieu à trois fois moins de sulfo-éthers que l'alimentation carnée; mais le lait est un excellent milieu de culture pour les bacilles protéolytiques. Or ce sont *ces microbes qui prédominent presque exclusivement dans le côlon en état d'entérite. Le lait dans l'entérite favorise donc ici la vitalité microbienne.*

De plus il est en général mal supporté quand il est pris pur; mais il n'en est pas de même lorsqu'il est mélangé avec les farineux. Ceux-ci (farines de céréales, riz, pâtes alimentaires) constituent l'aliment antiputride par excellence, et seul capable de modifier favorablement le milieu de culture intestinal. Il faut pour obtenir ce résultat « saturer » l'intestin d'hydrocarbure : c'est-à-dire en donner beaucoup et souvent. D'après Hopp Seyler « à la dose de moitié farineux, moitié viande, les farineux diminuent notablement la proportion des sulfo-éthers ». D'après le docteur Combe le maximum du résultat est obtenu lorsque la quantité des farineux représente cinq fois celle de la viande. Le régime exclusif des farineux à l'eau ou au lait, suivant les cas, est « un régime médical » qui ne sera appliqué que pendant les crises aiguës et la grande intoxication; on donnera dès qu'on le pourra de la viande très cuite mais toujours en très petite quantité. Comme adjuvant on tirera un bon profit de la confiture de myrthil. Enfin on ne laissera boire (de l'eau) qu'en dehors des repas.

Nous ne pouvons entrer dans tous les détails de cette diète spéciale dont on trouvera tous les détails dans le livre du docteur Combe.

On surveillera l'évacuation du gros intestin et on la provoquera, au besoin, par de petites purgations répétées (huile de ricin, calomel) ou par les grands lavages.

Il y a lieu également d'instituer un traitement général qui comprendra le repos physique et intellectuel, le séjour dans les stations d'altitude, le massage général, l'hydrothérapie chaude générale ou locale, les cures thermales à Plombières, qui est *tout indiqué dans l'entérite membraneuse lorsque l'entérospasme est marqué et que l'état nerveux du malade est particulièrement développé*, ou à Chatelguyon, *dont l'indication précise serait d'une part la constipation atonique, d'autre part la phase atonique refroidie et les complications hépatiques de l'entérite membraneuse.*

FROUSSARD
(de Plombières-les-Bains).

L'arthritis (1), par le docteur Th. Guyot (de Paris), avec une préface du docteur E. Besnier, de l'Académie de médecine.

Le terme « arthritis » désigne à la fois une prédisposition et un état. Chez le prédisposé des causes multiples contribuent à révéler la tare arthritique, et parmi ces causes, l'*infection* apparaît comme élément étiologique non négligeable. Les plus hardis chercheurs dans cette voie nous donnent à envisager la probabilité d'une infection spécifique, et à leur tête se place M. le docteur Th. Guyot, qui nous donne cette année la deuxième édition d'un ouvrage aussi remarquable qu'original. « L'arthritis avec ses diverses manifestations : rhumatisme, goutte, diabète, artério-sclérose, neurasthénie, affections nerveuses, asthme, calculs, etc., est une maladie générale, microbienne et transmissible, » nous dit l'auteur; et il s'attache à justifier son dire en accumulant un nombre infini de documents, de faits positifs, disséminés dans le champ de l'observation médicale.

Des travaux français ont mis en avant l'importance d'un « diplococcus » dans l'histoire clinique du rhumatisme et de ses complications. Ces constatations ont été confirmées par les travaux anglais, allemands, russes et italiens. Il existe une bactériologie, tendant à la spécificité, des manifestations rhumatismales, puisque les recherches microbiologiques permettent de retrouver le diplococcus en question chez les sujets atteints de désordres arthritiques (lithiases, diabète, rhumatismes chroniques, etc.). Il est donc tentant de supposer que toutes les variétés des désordres (rhumatismes et manifestations arthritiques), apparentées si l'on en juge par leurs allures cliniques, sont réunies par une même cause, un microbe spécifique, qui serait le diplococcus. Celui-ci, hôte de notre tractus digestif, ferait par voie canaliculaire les différents désordres glandulaires qui sont à la base des déviations fonctionnelles de l'arthritisme. Voilà pour les complications (lithiase, diabète, etc.). Ce germe, introduit dans les voies circulatoires, provoquerait les altérations plus ou moins lentes et continues de l'*artério-sclérose arthritique*, avec toutes ses conséquences trophiques, pour ainsi dire, venant en explication des modifications physiologiques des sujets arthritiques, atteints de « diathèse congestive », suivant l'expression de Sénac.

Ces désordres vasculaires ne sont-ils pas en outre à l'origine de tant de névroses, de troubles nerveux que tous les maîtres, y compris Charcot, ont rattachés à l'arthritisme?

On peut dire qu'actuellement l'ouvrage remarquable de M. Th. Guyot a rassemblé au mieux les diverses mailles de la chaîne arthritique, et que son hypothèse est la plus féconde en aperçus conformes aux données de la clinique et de la biologie générale.

Pour que l'hypothèse devienne réalité, il faut, comme le demande l'auteur, la sanction expérimentale. Reproduire l'artério-sclérose, le diabète, les manifestations viscérales chroniques, serait prouver la spécificité du germe « arthritique ».

(1) In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, G. Steinheil.

M. Th. Guyot a le grand mérite « d'avoir orienté les recherches »; puisse-t-il avoir bientôt la joie si légitime d'avoir la preuve, et « d'entraîner les convictions ».

L. TRIBOULET.

L'appendice vermiforme et ses maladies (1), par KELLY et HURDON.

Kelly vient de faire paraître la plus importante des monographies publiées jusqu'ici sur l'appendice. Dans l'historique il insiste longuement sur le rôle de Mélier, qui avait tout prévu, mais qui n'eut malheureusement pas le courage de ses opinions devant l'opposition de Dupuytren; puis il fait voir comment la conception primitive fut obscurcie par les Allemands et par la création de la doctrine de la typhlite, qui faussa tout pendant plus de quarante ans; puis enfin comment les opérations, jugées d'abord téméraires, des Américains permirent de rétablir les faits et de revenir, en la complétant, à la doctrine de Mélier. Les chapitres d'anatomie normale et comparée, d'embryologie et d'histologie sont très étendus; ils contiennent 146 figures originales. Un soin particulier est apporté aux figures des vaisseaux du cæcum et de l'appendice. Puis Kelly fait l'anatomie pathologique chirurgicale de l'appendicite, et revient ensuite sur les lésions fines et la bactériologie.

L'anatomie pathologique des infections spécifiques, tuberculose, actinomycose, fièvre typhoïde et dysenterie, occupe le chapitre suivant. L'étiologie souligne l'importance des troubles digestifs et le rôle plus que secondaire des corps étrangers de toute nature. Après l'étude clinique générale et le diagnostic, un chapitre spécial traite de l'appendicite typhoïde. Les lésions appendiculaires dans la fièvre typhoïde sont loin d'avoir, à intensité égale, la même gravité et la même signification au point de vue indication que dans l'appendicite ordinaire. Puis le chapitre classique de l'appendicite chez l'enfant. Du chapitre opératoire, nous dirons qu'il est ce qu'on pouvait attendre d'un chirurgien comme Kelly. Puis, en vrai gynécologiste, l'auteur étudie à fond les rapports gynécologiques et obstétricaux de l'appendice. L'histoire clinique des infections spécifiques est moins nette, mais ne s'agit-il pas là de chapitres nosologiques moins nets eux-mêmes au point de vue des limites? Et ce sont là questions seulement ébauchées jusqu'aujourd'hui. Un court chapitre sur les néoplasmes et un autre sur l'appendicite au point de vue médico-légal terminent ce livre, qui n'a pas l'allure mathématiquement réglée d'un livre didactique, mais présente un caractère personnel très marqué. La richesse de la documentation inédite et la profusion des figures originales en rendent la lecture des plus attrayantes et instructives.

F. E. GARDNER.

L'appendicite chronique d'emblée. (WAGON. Th. de Paris, 1904.) — L'auteur décrit plusieurs formes cliniques d'appendicite chronique. Dans la première, il y a douleur spontanée dans la fosse iliaque ou autour de l'ombilic, cette douleur réveillée par la pression dure quelques minutes. Les troubles dyspeptiques : intolérance gastro-intestinale élective, indigestions sans cause satisfaisante, sont fréquents. Il n'y a pas de fièvre, mais à la longue, altération du teint, amaigrissement, neurasthénie, parfois même cachexie véritable.

Une deuxième forme, plus fréquente chez l'adulte, est l'appendicite chronique avec entérocolite.

Une troisième est l'appendicite chronique à paroxysmes ou à rechutes, qui peut revêtir suivant la prédominance des symptômes la forme douloureuse, dyspeptique, nerveuse.

La crise appendiculaire aiguë n'est qu'une complication de l'appendicite chronique. Dans celle-ci on trouve des lésions macroscopiques et microscopiques très nettes, de folliculite hémorragique. La guérison spontanée étant exceptionnelle et son attente pleine de danger, le traitement est l'extirpation de l'appendice.

CHEVRIER.

Des prolapsus génitaux symptomatiques d'une tumeur de l'utérus ou de ses annexes. (Charles DE PIERREPONT. Th. de Paris, 1904.) — Le prolapsus vaginal peut être symptomatique d'une tumeur de l'utérus ou de ses annexes. C'est une complication rare de ces tumeurs de même que c'est une étiologie rare des prolapsus génitaux. La tumeur causale pourra passer inaperçue par suite d'un examen incomplet, accidentel ou forcé.

Tout traitement qui ne s'occupera pas d'abord de la tumeur causale échouera. Si le prolapsus n'est pas guéri par cette première intervention, on la fera suivre d'une opération secondaire sur le col ou le périnée.

CHEVRIER.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 26 JUIN AU 1er JUILLET 1905)

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 26 juin, à une heure. — 5e (2e partie), *Charité* : MM. Hayem, Teissier et Balthazard; — M. Broca (André), suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Brissaud, Roger et Labbé (Marcel); — (2e série) : MM. Déjerine, Legry et Macaigne; — M. Claude, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* (à neuf heures du matin) : MM. Pinard, Lepage et Potocki; — Duval (Pierre), suppléant.

Mardi 27 juin, à une heure. — 1er (sages-femmes, 1re série) : MM. Budin, Bar et Rieffel; — (2e série) : MM. Poirier, Demelin et Brindeau; — M. Launois, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Hutinel, Renon et Bezançon; — (2e série) : MM. Chantemesse, Gouget et Carnot; — M. Méry, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Dieulafoy, Thiroloix et Jeanselme; — M. Langlois, suppléant.

Mercredi 28 juin, à une heure. — 3e (2e partie, oral, 1re série) : MM. Landouzy, Roger et Labbé (Marcel); — (2e série) : MM. Blanchard, Achard et Macaigne; — M. Broca (André), suppléant.

2e (sages-femmes), *Clinique Baudelocque* (à neuf heures du matin) : MM. Pinard, Ribemont-Dessaignes et Wallich; — M. Potocki, suppléant.

Jeudi 29 juin, à une heure. — 1er (sages-femmes) : MM. Budin, Thiéry et Demelin; — M. Renon, suppléant.

Vendredi 30 juin, à neuf heures du matin. — 2e (sages-femmes), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Ribemont-Dessaignes et Lepage; — M. Wallich, suppléant.

Samedi 1er juillet, à une heure. — 2e (sages-femmes), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Ribemont-Dessaignes et Brindeau; — M. Demelin, suppléant.

THÈSES

Mercredi 28 juin 1905. — M. COUSTAING. L'acide borique est-il toxique? (MM. Pouchet, président; Segond, Aug. Broca et Desgrez.) — M. JACQUEMIN. Étude clinique de l'appendicite herniaire inguinale et crurale. (MM. Segond, président; Pouchet, Aug. Broca et Desgrez.) — M. JOUEN. Contribu-

(1) In-8°, 827 pages. — Philadelphia, Saunders and C°.

tion à l'étude de la syphilis des trompes et des ovaires. (MM. Brissaud, président; Gaucher, Teissier et Claude.) — M. Trehet. Contribution à l'étude de la polyencéphalite hémorragique aiguë supérieure et inférieure. (MM. Brissaud, président; Gaucher, Teissier et Claude.) — M. Grunberg. Le thiocol (ortho-sulfo-gaïacolate de potasse), dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (MM. Brissaud, président; Gaucher, Teissier et Claude.) — M. Sabareanu. Chancres syphilitiques successifs. Etude expérimentale, clinique et théorique. (MM. Gaucher, président; Brissaud, Teissier et Claude.)

Jeudi 29 juin 1905. — M. Masson. Crises gastriques et pseudo-appendiculaires causées par l'ascaris lombricoïde chez l'adulte. (MM. Debove, président; Hutinel, Méry et Bezançon.) — M. Vitry. Étude sur la physiologie de la nourrice, en particulier au point de vue de sa résistance aux malades [étude expérimentale et clinique]. (MM. Hutinel, président; Debove, Méry et Bezançon.) — M. Longin. Les hybrides de syphilis et de lupus. (MM. Dieulafoy, président; Joffroy, Raymond et Jeanselme.) — M. Bonhomme. Contribution à l'étude des troubles du caractère chez les paralytiques généraux. Leur prétendue bienveillance. (MM. Joffroy, président; Dieulafoy, Raymond et Jeanselme.) — M. Merlin. Contribution nouvelle à l'étude des polynévrites sulfo-carbonées. (MM. Raymond, président; Dieulafoy, Joffroy et Jeanselme.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(suite)

Consultations gratuites pour le traitement des maladies vénériennes. — L'administration de l'Assistance publique informe le public que les malades privés de ressources atteints d'affections vénériennes peuvent se présenter à la consultation médicale dans les dispensaires dont la liste suit, aux jours et heures désignés ci-après :

Le malade doit justifier de son domicile à Paris et peut se présenter au dispensaire de son choix.

Dispensaires. — Tous les jours, à neuf heures du matin : 12 *bis*, rue de la Jussienne; 1, rue Boutebrie; 3, rue de l'Épée-de-Bois; 25, rue de la Rochefoucauld; 33, rue Saint-Bernard; 70, rue du Chemin-Vert; 28, rue de Citeaux; 1, rue Pleyel; 44, rue Jenner; 1, place de Montrouge; 43, rue Gauthey; 115, rue Ordener; 51, rue Stephenson; 1, rue Delouvain; 5, rue Jomard; 27, rue Boyer; 15, rue Saint-Blaise.

Tous les jours à dix heures du matin : 19, rue Pastourelle.

Les mardis, jeudis et samedis, à neuf heures du matin : 17, rue de l'Arbre-Sec; 13, rue d'Alleray.

Les mardis et vendredis, à neuf heures du matin : 78, rue Lauriston.

Les lundis, mercredis et vendredis, à deux heures du soir : 43, rue Gauthey.

Les mardis, jeudis et samedis, à deux heures du soir : 19, rue Pastourelle.

Les mardis, jeudis et samedis, à trois heures et demie du soir : 15, rue Saint-Blaise.

Les mardis, jeudis et samedis, à quatre heures du soir : 44, rue Jenner.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Le Roy (de Rouen), H. Lafont (de Pau) et Mme Mesnard (de Bordeaux).

Chemins de fer de Paris-Lyon-Méditerranée. — Villes d'eaux desservies par le réseau P.-L.-M. — 1° *Billets d'aller et retour collectifs* (*de famille*). — La Compagnie délivre, du 1er mai au 15 octobre, dans toutes les gares de son réseau, sous condition d'effectuer un parcours simple minimum de 150 kilomètres, aux familles d'au moins trois personnes voyageant ensemble, des billets d'aller et retour collectifs de 1re, 2e et 3e classes, pour les stations thermales suivantes : Aix-en-Provence, Aix-les-bains (Aix-les-bains, Marlioz), Baume-les-Dames (Guillon), Besançon, Bourbon-Lancy, Carpentras (Montbrun), Cette (Balaruc), Chambéry (Châlles), Charbonnières-les-Bains, Clermont-Ferrand (Royat), Coudes-Saint-Nectaire, Digne, Die (Le Martouret, Sallières-les-Bains), Divonne-les-Bains, Euzet-les-Bains, Évian-les-Bains (Amphion), Genève (Champel), Grenoble (Uriage), Groisy-le-Plot-la-Caille, La Bastide-Saint-Laurent-les-Bains, Le Fayet-Saint-Gervais, Le Luc et le Cannet (Pioule), Lépin-Lac d'Aiguebelette (La Bauche), Lons-le-Saunier, Manosque (Péroulx), Menthon (Lac d'Annecy), Montélimar (Boudonneau), Montpellier (Lamalou), Montrond (Montrond-Geyser), Moulins (Bourbon-l'Archambault), Moutiers-Salins (Salins, Brides), Pontcharra-sur-Brédat (Allevard), Pougues-les-Eaux, Rémilly (Saint-Honoré-les-Bains), Rion (Châtelguyon, Châteauneuf), Roanne (Saint-Alban), Sail-sous-Couzan, Saint-Georges-de-Commiers (La Motte-les-Bains), Saint-Julien-de-Cassagnas (Les Fumades), Saint-Martin-Sail-les Bains, Salins (Jura), Santenay, Sarrians-Montmirail, Sauve (Fousange-les-Bains), Thonon-les-Bains, Vals-les-Bains-la-Bégude, Vandenesse-Saint-Honoré-les-Bains, Vichy (Vichy-Cusset), Villefort (Bagnols).

Le prix s'obtient en ajoutant au prix de 4 billets simples ordinaires (pour les deux premières personnes), le prix d'un billet simple pour la troisième personne, la moitié de ce prix pour la quatrième et chacune des suivantes.

Validité : trente-trois jours. Faculté de prolongation. Arrêts facultatifs.

Nota. — Il peut être délivré à un ou plusieurs des voyageurs inscrits sur un billet collectif de stations thermales et en même temps que ce billet, une carte d'identité sur la présentation de laquelle le titulaire sera admis à voyager isolément (sans arrêt) à moitié prix du tarif général, pendant la durée de la villégiature de la famille, entre la gare de départ et le lieu de destination mentionné sur le billet collectif.

2° *Billets d'aller et retour individuels.* — La Compagnie délivre, du 1er mai au 31 octobre dans toutes les gares de son réseau, des billets d'aller et retour de 1re, 2e et 3e classes, comportant une réduction de 25 p. 100 en 1re classe et de 20 p. 100 en 2e et 3e classes, pour les stations thermales dénommées ci-dessus.

Validité : dix jours (non compris les jours de départ et d'arrivée). Faculté de prolongation. Arrêts facultatifs.

Faire la demande de billets (collectifs ou individuels) quatre jours au moins à l'avance à la gare de départ.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 franc** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **gratuits** *de deux mois pour MM. les Étudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Imprimerie F. Levé, rue Cassette, 17.

N° 70. — JEUDI 22 JUIN 1905. 78e ANNÉE. JEUDI 22 JUIN 1905. — N° 70.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

L'eau de mer en injections isotoniques sous-cutanées dans 18 cas de tuberculose, par MM. ROBERT-SIMON et René QUINTON.

Un cas d'ulcère perforant du duodénum avec péritonite généralisée. Intervention, décès, autopsie, par M. André CHALIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

ANALYSES

Médecine : Contribution à l'étude des accidents nerveux consécutifs aux méningites aiguës simples ; — Intoxication chronique par l'acétanilide ; — Sarcome hémorragique du lobe frontal n'ayant donné lieu à aucun symptôme.

Chirurgie : Physiologie du choc opératoire ; — La botryomycose.

Thérapeutique : Médication parathyroïdienne et maladie de Basedow.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

Endocardites aiguës. Anatomie pathologique, symptômes et diagnostic.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

MÉDAILLE D'OR DE L'INTERNAT EN PHARMACIE. — Le concours de la médaille d'or de l'internat en pharmacie vient de se terminer par l'attribution des récompenses suivantes : première division (élèves de troisième et quatrième années). Prix, médaille d'or et bourse de voyage, M. Lecoq ; accessit, médaille d'argent, M. Pérou ; mention, M. Deval.

Deuxième division (élèves de première et de deuxième années). Prix, médaille d'argent, M. Bagros ; accessit, des livres, M. Dumesnil ; première mention, M. Couroux ; deuxième mention, M. Lasausse.

MINISTÈRE DU COMMERCE. — Sont nommés membres du Conseil supérieur de statistique :

MM. les docteurs Gariel, Chervin, Jacques Bertillon, et le médecin principal Altemaire.

LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE a décidé, à l'unanimité, d'offrir un banquet à M. le professeur Gréhant, président honoraire de la Société, à l'occasion de sa récente élection à l'Académie de médecine.

Le syndicat professionnel de la Presse scientifique a bien voulu s'associer à cette manifestation sympathique.

Le banquet aura lieu le jeudi 29 juin, à sept heures et demie précises du soir, au restaurant du Nègre, 17, boulevard Saint-Denis (entrée particulière, 16, rue Sainte-Apolline), sous la présidence de M. Janssen, membre de l'Institut, président de la Société.

La cotisation est fixée à 6 fr. 50.

Adresser les adhésions avant le 25 juin (dernier délai), à M. Joltrain, secrétaire général de la Société française d'hygiène, boulevard Pereire, 162.

VOYAGES D'ÉTUDES MÉDICALES, 1905. — Le VIIe voyage d'études médicales aura lieu sous la direction scientifique de M. le professeur Landouzy, du 1er au 14 septembre 1905.

Il comprendra les *stations du sud-ouest de la France* : Luchon, Capvern, Barbazan, Siradan, Bagnères-de-Bigorre, Castera-Verduzan, Argelès, Barèges, Saint-Sauveur, Cauterets, Pau, Saint-Christau, Eaux-Bonnes, Eaux-Chaudes, Salies-de-Béarn, Biarritz, Cambo, Hendaye (sanatorium), Dax, Arcachon.

Six bourses de voyage données au V. E. M. de 1905 sont attribuées par leurs fondateurs :

1° Celle du professeur Henrot (de Reims) à un interne des hôpitaux de Reims ;

2° Celle de la Société de Châtel-Guyon à un membre de la Société de l'internat des hôpitaux de Paris ;

3° et 4° Celles du Conseil municipal des Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées) et de la Société d'Evaux-les-Bains à deux médecins à la fois membres du « Concours médical » et de « l'Association générale des médecins de France » ;

5° Celle de la Société d'Évian à un médecin de Belgique ;

6° Celle de la Compagnie de Vichy à un jeune médecin ayant passé sa thèse de doctorat à la Faculté de médecine de Paris, dans l'année scolaire 1904-1905.

Le V. E. M. de 1905 — comme les six précédents — est placé sous la direction scientifique du docteur Landouzy, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, qui fera sur place des conférences sur la médication hydrominérale, ses indications et ses applications.

Réduction de moitié prix sur tous les chemins de fer pour se rendre, de son lieu de résidence, au point de concentration, Luchon (Compagnie du Midi).

Les médecins étrangers bénéficient de cette réduction à partir de la gare d'accès sur le territoire français.

Même réduction est accordée, à la fin de la tournée, au point de dislocation : Arcachon, pour retourner à la gare qui a servi de point de départ.

De Luchon à Arcachon, prix à forfait : 300 francs, pour tous frais : chemins de fer, voitures, hôtels, nourriture, transport des bagages, pourboires.

Pour les inscriptions et renseignements, s'adresser à M. le docteur Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris (8e).

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 15 août 1905, terme de rigueur.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 24, 11 juin 1905.) VERGELY : Fausses grippes. — GAUTRELET : Quelques notes relatives à la bibliographie et à l'établissement du manuscrit d'une thèse ou d'un mémoire.

Journal de médecine de Bruxelles. — (N° 24, 15 juin 1905.) VAN HASSEL : Y a-t-il des cas où la hernie peut être considérée comme un accident du travail ?

Journal des praticiens. — (N° 23, 10 juin 1905.) A. BROCA : Fistule thyro-hyoïdienne congénitale. — SABOURIN : Importance de la « tare cardio-vasculaire » chez les phtisiques. — (N° 24, 17 juin.) L. RENON : Les congestions primitives du poumon.

Lyon médical. — (N° 24, 11 juin 1905.) LECLERC et CADE : Un cas de congestion pulmonaire primitive prolongée liée à une pneumococcie à localisations multiples.

Montpellier médical. — (N° 22, 28 mai 1905.) VIRÈS : Introduction à l'étude de la neuropathologie générale. — TRUC : Études particulières de la clinique ophtalmologique de Montpellier. — (N° 23, 4 juin.) VENNES : Chancres multiples du sein. — GAGNIÈRE et MARQUÈS : Deux cas d'épithélioma cutané traités par la radiothérapie. — GILIS : Notes et impressions sur Bagnols-les-Bains (Lozère).

Semaine médicale. — (N° 24, 14 juin 1905.) Ch. AUBERTIN : Origine myélogène de la leucémie aiguë.

Tribune médicale. — (N° 23, 10 juin 1905.) DEBOVE : Sur un cas de goitre exophtalmique. — H. GOUGEROT : Troubles régressifs du squelette (main).

L'EAU DE MER

EN

INJECTIONS ISOTONIQUES SOUS-CUTANÉES

DANS 18 CAS DE TUBERCULOSE (1)

Par MM. ROBERT-SIMON et RENÉ QUINTON.

Une récente communication à l'Académie de médecine nous oblige à publier avant l'heure les résultats que nous avons nous-mêmes obtenus par injections sous-cutanées d'eau de mer ramenée à l'isotonie (2).

Le nombre de nos observations est encore restreint, 18 cas, dont 14 de tuberculose pulmonaire. Nous aurions voulu, pour présenter des moyennes, un nombre de cas plus élevé, et surtout une durée d'expérimentation plus longue ; il n'a pas dépendu de nous de pouvoir attendre.

On sait déjà les remarquables effets thérapeutiques obtenus chez les tuberculeux par le séjour au bord de la mer (3) ; il pouvait résulter des travaux de l'un de nous (4), que ces effets étaient dus à l'eau de mer elle-même, en tant que milieu minéral extrêmement voisin du milieu organique. La thérapeutique marine par injections sous-cutanées, pouvait donc être tentée, au moins à titre d'essai. Les résultats que nous avons obtenus semblent dès maintenant justifier notre initiative.

Nos observations se répartissent de la façon suivante :

Tuberculose pulmonaire au premier degré....	7 cas
— — deuxième degré..	3 —
— — troisième degré..	4 —
— ganglionnaire..................	3 —
Lupus tuberculeux........................	1 —
Total......	18 cas

Le traitement a consisté en injections sous-cutanées, tous les trois et quatre jours, de 100 à 300 centimètres cubes d'eau de mer isotonique, sauf dans un cas (lupus), où l'amélioration ne s'est manifestée qu'après des doses de 500 centimètres cubes. Avec les doses moyennes, les réactions immédiates sont en général très faibles et rappellent de tous points la fièvre marine, qui atteint nombre de personnes dans les premiers temps de leur séjour au bord de la mer.

Dans 3 cas (1 tuberculeux pulmonaire, 2 tuberculeux ganglionnaires) le bénéfice obtenu a été nul ; le cas de tuberculose pulmonaire, et l'un des ganglionnaires se référaient à des sujets en baisse importante de poids : le traitement n'a pas enrayé cette chute, il ne l'a d'ailleurs pas précipitée ; elle a continué après suspension des injections.

Dans les 15 autres cas, l'amélioration a été d'une remarquable netteté :

1° Au point de vue général, la toux fréquente ou incessante, ainsi que l'expectoration et les sueurs nocturnes, ont diminué ou disparu ; le sommeil mauvais ou nul est devenu long et réparateur ; l'inappétence a fait place à un appétit normal et souvent même exagéré, avec fringales ; les fonctions digestives sont devenues meilleures, le tout très rapidement, en même temps qu'apparaissaient des phénomènes d'euphorie, d'entrain et de gaieté.

Nous commencions toujours le traitement par une dose de 100 centimètres cubes. Si le relèvement de l'état général, dans les divers symptômes que nous venons d'énumérer, n'était pas manifeste après la deuxième injection, nous augmentions aussitôt la quantité à injecter (200, 300 centimètres cubes). Chaque malade marque ainsi la dose qui lui convient.

2° Au point de vue stéthoscopique ou des lésions, nous avons constaté : chez les 7 pulmonaires au premier degré, après un, deux ou trois mois de traitement, non seulement un retour partiel ou total, à la normale, du rythme respiratoire altéré, mais encore la disparition complète dans 5 cas, et relative dans les 2 autres, des craquements et râles fins en foyer, ainsi que de tout frottement pleural ; chez les 3 pulmonaires au second degré, les râles humides ont diminué, l'expectoration est devenue notoirement moindre ; chez l'un d'eux, les bacilles de Koch, au nombre de 150 pour un ensemble de douze préparations, au début du traitement, sont tombés en tout à 9 pour le même nombre de préparations ; chez un autre, atteint de laryngite tuberculeuse, les phénomènes de sécheresse douloureuse de la gorge, avec dysphagie et augmentation de volume du cou, se sont notablement amendés ; chez les 3 pulmonaires au troisième degré, assèchement absolu d'une caverne dans un cas, assèchement relatif des cavernes dans les 2 autres, avec suppression pour l'un d'eux de crachats sanguinolents quotidiens depuis deux mois.

Le malade atteint de lupus du nez a vu son ulcération passer des dimensions d'une pièce de 50 centimes à celles d'une lentille.

Enfin, chez le seul tuberculeux ganglionnaire amélioré, sur les 3 cas observés, on constate une diminution dans l'ensemble des ganglions, avec suppression de l'écoulement de deux ganglions suppurés.

(1) Note présentée à l'Académie de médecine, le 6 juin 1905, par M. Chauffard.

(2) Il a été dit que, pour contrôler les résultats indiqués par M. Quinton dans son livre : *L'Eau de mer, milieu organique*, on aurait injecté, « à l'exemple de cet auteur, de l'eau de mer ramenée à l'isotonie, c'est-à-dire ne contenant, *comme le sang*, que $7^{g}50$ de sels par litre. »

Cette définition de l'eau de mer isotonique est erronée. L'eau de mer isotonique est celle qui congèle au même degré que le sérum du sang, c'est-à-dire à $-0^{\circ}57$. Cette eau isotonique est obtenue par le mélange d'eau de mer de l'Atlantique, 83 parties, et eau de source très pure, 190 parties. Ce mélange contient non pas $7^{g}50$ de sels par litre, mais $10^{g}4$ environ. Quand donc on dénomme hypertonique un plasma marin contenant 10 grammes de sels par litre, loin qu'il soit hypertonique, comme on le croit, il n'est qu'hypotonique, et reste au-dessous du taux salin que nous avons constamment employé (voir *L'Eau de mer, milieu organique*, p. 164).

(3) Voir notamment les travaux de LALESQUE, *Cure marine de la phtisie pulmonaire*, 1897, et *La mer et les tuberculeux, phtisiothérapie marine*, 1904, Masson, Paris.

(4) René QUINTON. *L'Eau de mer, milieu organique*, 1904, Masson, Paris.

3° Les poids de ces malades sont importants à considérer : le nombre des jours d'expérience étant de 908 pour l'ensemble des 15 malades améliorés, l'augmentation totale a été de $24^{k}650$, ce qui correspond à une augmentation moyenne de $1^{k}643$ pour une durée moyenne de traitement de soixante jours.

Numéros.	Degré.	Poids initial.	Poids terminal.	Durée du traitement.	Gain total.	Gain par jour.	Amélioration des lésions.
1.	Premier degré.......	$59^{k}500$	$60^{k}200$	37 jours	$0^{k}700$	$18^{g}40$	Très sensible.
2.	—	$47^{k}900$	$49^{k}600$	54 —	$1^{k}700$	$33^{g}72$	Très sensible.
3.	—	$55^{k}700$	$55^{k}800$	44 —	$0^{k}100$	$2^{g}27$	Sensible.
4.	—	15^{k}	$16^{k}500$	28 —	$1^{k}500$	$53^{g}57$	Très sensible.
5.	—	$55^{k}400$	$56^{k}200$	25 —	$0^{k}800$	32^{g}	Sensible.
6.	*Id.* et tuberc. ganglion.	$44^{k}500$	$47^{k}200$	102 —	$2^{k}700$	$26^{g}46$	Très sensible.
7.	Premier degré.......	$60^{k}700$	$62^{k}500$	47 —	$1^{k}800$	$38^{g}59$	Sensible.
	Premier degré, moyenne des augmentations journalières : 27g59						
8.	Deuxième degré......	55^{k}	$56^{k}500$	44 jours	$1^{k}500$	$34^{g}09$	Très sensible.
9.	—	77^{k}	80^{k}	98 —	3^{k}	$30^{g}61$	Très sensible.
10.	—	$61^{k}550$	62^{k}	59 —	$0^{k}450$	$7^{g}62$	Sensible.
	Deuxième degré, moyenne des augmentations journalières : 24g65						
11.	Troisième degré......	$69^{k}200$	74^{k}	110 jours	$4^{k}800$	$43^{g}63$	Très sensible.
12.	—	$54^{k}200$	$58^{k}200$	88 —	4^{k}	$43^{g}18$	Très sensible.
13.	—	$78^{k}900$	79^{k}	55 —	$0^{k}100$	$1^{g}80$	Sensible.
	Troisième degré, moyenne des augmentations journalières : 35g17						
14.	Lupus..............	$65^{k}500$	$66^{k}700$	50 jours	$1^{k}200$	24^{g}	Sensible.
15.	Ganglions...........	$61^{k}500$	$61^{k}500$	67 —	0^{k}	0^{g}	Très sensible.
	Tuberculose externe, moyenne des augmentations journalières : 12g						

AUGMENTATION MOYENNE QUOTIDIENNE POUR CES 15 CAS : *27g14*

Ces résultats sont d'autant plus intéressants qu'aucun malade n'était en progression de poids avant le traitement, que certains étaient stationnaires, et plusieurs en chute extrêmement marquée. Nous pouvons citer entre autres un malade, pulmonaire au deuxième degré, observé pendant six mois et sept jours avant d'être soumis au traitement marin, et qui durant ce temps, avait perdu $16^{k}450$, soit $84^{g}55$ par jour. Dès le début du traitement, son poids a cessé de décroître ; après deux mois, durant lesquels le malade a repris son travail, le poids s'est élevé de 450 grammes.

En définitive, l'augmentation de poids de nos malades a été en moyenne de *27g14* par jour.

Or, les belles observations de Lalesque, à Arcachon, que l'on peut considérer à bon droit comme une des meilleures stations climatiques marines de France, vont nous offrir un terme de comparaison.

Lalesque, dans son ouvrage : *La cure marine de la tuberculose*, relate 191 cas de tuberculose pulmonaire aux trois degrés. Supprimons d'abord de sa statistique tous les cas défavorables, c'est-à-dire ceux où la maladie a continué à évoluer et les poids à baisser ; considérons uniquement les cas d'amélioration. Ils s'élèvent, dans l'ouvrage de Lalesque, au nombre de 132. Parmi ces 132 cas, Lalesque ne rapporte en détail que 29 observations avec poids : 7 cas au premier degré, 11 au second, 11 au troisième degré. La moyenne d'augmentation journalière de ces 29 cas est de $32^{g}61$, se décomposant ainsi :

Degré	Nombre de cas rapportés par Lalesque.	Gain moyen par jour et par cas.
Premier degré...	7	$37^{g}69$
Deuxième degré..	11	$39^{g}18$
Troisième degré.	11	$24^{g}74$

MOYENNE DES 29 CAS : $32^{g}61$.

D'une part donc, à Arcachon, augmentation journalière de *32g61*, pour 29 cas expressément choisis parmi 191 malades bénéficiant de la cure d'air et de repos et de conditions climatériques spéciales ; d'autre part, à Paris, pour 15 cas sur 18 observés, augmentation journalière de *27g14* chez des malades ayant continué d'évoluer, durant l'hiver, dans les mêmes conditions matérielles et sociales auxquelles ils doivent d'avoir contracté la tuberculose.

Nos résultats supportent donc la comparaison.

Comme le bénéfice n'est pas uniquement pondéral, mais que, ainsi que nous l'avons dit, il porte en même temps et d'une façon très notable sur l'état général et local, il semble bien résulter de nos recherches que le traitement marin de la tuberculose, par injections d'eau de mer ramenée à l'isotonie, entre dans le domaine pratique.

Toutefois, malgré ces résultats très nets, nous faisons nous-mêmes les plus expresses réserves sur l'avenir d'un traitement, dont la durée d'expérimentation est trop courte encore.

Le seul point qui paraît ressortir comme acquis de nos travaux est celui-ci : c'est que l'eau de mer isotonique, modifiant et améliorant d'une façon indis-

cutable, dans la majorité des cas, l'état général, l'appétit, le sommeil, les forces, la toux, l'expectoration, les lésions, ENRAYANT ENFIN LA CHUTE DE POIDS, est un des agents dont la thérapeutique peut user désormais dans la tuberculose, pour retarder tout au moins son évolution.

UN CAS
D'ULCÈRE PERFORANT DU DUODÉNUM
AVEC PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE

INTERVENTION — DÉCÈS — AUTOPSIE

Par M. André CHALIER,
Interne provisoire des hôpitaux de Lyon.

Il nous a été donné récemment d'observer, à l'hôpital de la Croix-Rousse, dans le service de notre maître M. le docteur Devic, un cas de péritonite généralisée par perforation du duodénum consécutive à un ulcère, chez un homme de vingt-huit ans. Nous le croyons digne d'un certain intérêt et mériter de prendre place à côté des nombreux cas colligés par Collin et de ceux publiés depuis le travail si complet de cet auteur.

Charles M..., vingt-huit ans, appréteur, entré le 13 février 1905 à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Saint-Nizier n° 23, mort le 19 février 1905.

Diagnostic clinique : *Péritonite par perforation consécutive à un ulcère probable de l'estomac. Intervention trente-huit heures après le début des accidents. Décès quatre jours après.*

Diagnostic anatomique : *Perforation de la face antérieure de la portion juxta-pylorique du duodénum consécutive à un ulcus. Péritonite diffuse.*

Le malade est amené dans la nuit du 13 février en proie à de violentes douleurs abdominales. L'interne de garde, croyant avoir affaire à une colique hépatique ou néphrétique, fait une injection de morphine et applique une vessie de glace sur l'abdomen. Malgré cela, le malade souffre horriblement pendant toute la nuit; et ce n'est que le lendemain qu'après plusieurs injections de morphine, la douleur cesse, et le malade se calme. Son intelligence est parfaite, et il peut répondre assez facilement aux questions qu'on lui pose.

Il n'y a rien d'intéressant à noter dans ses antécédents héréditaires.

Personnellement, il n'a pas eu de maladies sérieuses; il n'a jamais toussé, ni craché. Il aurait eu seulement de l'hypertrophie des amygdales avec angines fréquentes.

Il a fait quatre ans de service militaire. Pas de maladies vénériennes.

Alcoolisme avéré : Deux litres de vin en dehors des repas, et quelques petits verres; mais pas d'apéritifs.

Le malade *dit souffrir de l'estomac depuis plusieurs années*; mais ce n'était que des malaises passagers survenant généralement après des excès de boissons.

Par contre, *depuis trois mois*, il présentait des *douleurs assez vives*, survenant régulièrement tous les jours deux ou trois heures après l'ingestion des aliments, de préférence après les deux principaux repas. Ces douleurs, localisées ordinairement à l'épigastre, auraient eu quelquefois des *irradiations dorsales*; elles prenaient habituellement le malade en plein travail et l'obligeaient à s'arrêter, mais seulement quelques minutes; jamais elles ne furent assez violentes ou assez prolongées pour interdire tout travail. Aussi le malade, qui cependant s'observait bien, n'y attacha-t-il aucune importance, et il ne consulta pas de médecin. D'ailleurs, il ne présenta jamais *ni vomissements alimentaires ou bilieux, ni hématémèses, ni melænas.*

Cependant, depuis deux jours, comme les douleurs étaient devenues un peu plus vives, le malade avait supprimé l'usage de toute boisson alcoolique et s'était décidé à ne boire que du lait dans l'intervalle de ses repas. Le 13 février, il mangea comme d'habitude à midi. Mais le soir, vers cinq heures, quelques minutes après avoir ingéré une tasse de lait avec du pain, *il fut pris brusquement d'une violente douleur à la base du thorax.* Cette douleur, que le malade compare à une sensation de broiement, de torsion, fut d'une telle acuité qu'elle lui arracha des cris, et qu'elle s'accompagna de lypothymie, voire même de collapsus. Elle persista avec la même intensité plusieurs heures, pour ne disparaître à peu près complètement qu'au bout de vingt-quatre heures.

Le 14 février au matin, le malade présente un aspect assez abattu, mais il n'a nullement le facies péritonéal. Il est dans le décubitus dorsal, les cuisses légèrement fléchies. Ses douleurs, beaucoup moins vives qu'au début, sont réveillées par les moindres efforts respiratoires ou les moindres secousses de toux.

Ni cyanose, ni refroidissement des extrémités.

La *température* est de 38°3.

Le *pouls* est fort, non dépressible, à 120.

L'*abdomen* est légèrement ballonné, de façon uniforme partout.

La *contracture des muscles de la paroi* et la douleur provoquée par la palpation rendent l'exploration malaisée. La palpation est douloureuse un peu partout, mais surtout à l'épigastre, et dans toute la moitié droite de l'abdomen; elle ne l'est pas spécialement au point de Mac Burney.

A la percussion : tympanisme dans toute l'étendue du ventre, sans matité dans les parties déclives. *Pas de disparition de la matité hépatique.*

Ni nausées, ni vomissements, depuis le début des accidents.

Pas de hoquet.

Respiration costale supérieure.

Anorexie absolue. Soif très vive. Langue saburrale, un peu sèche, non rôtie.

Le malade qui, auparavant, avait une selle normale tous les matins, *n'a fait ni matières, ni gaz*, depuis trente-six heures.

Le *toucher rectal* ne détermine aucune douleur, et ne décèle rien d'anormal.

Pas d'ictère.

Pas de troubles de la nutrition. Pas d'hématurie.

Rien aux poumons, ni au cœur.

Le 15 février, M. Devic et M. Bérard, consulté, décident le malade et sa famille à une *intervention.* Le diagnostic posé étant celui d'ulcère perforé de l'estomac sans accidents antérieurs de sténose pylorique, on pense que l'ulcère doit, en ce cas, se trouver au voisinage de la petite courbure en dehors de la région pylorique. En conséquence, une incision sus-ombilicale haute est menée. Le péritoine ouvert, immédiatement se présente dans la plaie un côlon transverse distendu par des gaz, mais non congestionné, sans pus ni fausses membranes à sa surface. Ce côlon est refoulé en bas et l'on attire dans la plaie la face antérieure de l'estomac. A ce niveau encore, on ne trouve ni liquide purulent, ni liquides alimentaires, ni fausses membranes. Toute la face antérieure est

ainsi explorée, jusques et y compris la région pylorique, qui ne présente pas d'altérations. Des mèches de gaze ayant refoulé dans l'abdomen l'estomac et le côlon transverse, l'incision est poursuivie jusqu'au-dessous de l'ombilic. Immédiatement des anses grêles jaillissent hors de l'abdomen, anses distendues, violacées, un peu adhérentes par des tractus fibrineux récents, comme si elles étaient au voisinage d'un foyer purulent. La main se porte alors vers la région appendiculaire, dans l'hypothèse d'une appendicite de type anormal. Quand elle arrive dans la région cæcale, elle fait sourdre une certaine quantité de pus, qui semble confirmer le diagnostic d'appendicite avec péritonite diffuse; mais le liquide purulent fuse du côté de la cavité pelvienne. Un gros drain est introduit dans la direction du cæcum, un autre vers le pelvis. Des mèches complètent le drainage que l'on tâche de faire aussi large que possible. On termine par la suture de la portion sus-ombilicale de la plaie.

Le soir de l'opération, chute de la température de quelques dixièmes de degré. Pouls à 108.

Le 16 février : ballonnement du ventre; un peu de hoquet; vomissements bilieux et hématiques abondants, marc de café. Dyspnée modérée. Pouls à 120, un peu moins fort. Le teint se plombe légèrement, mais ni cyanose, ni refroidissement des extrémités, ni battements des ailes du nez. Température à 38°3 le matin, à 38°2 le soir.

Le 17, même état. Pouls à 116. Température à 38°2 le matin, à 38 degrés le soir. Persistance des vomissements.

Le 18 février, le malade prend nettement le facies péritonéal.

Le pouls devient petit, rapide (130), et la température monte le soir à 39 degrés.

Mort le 19 février.

Autopsie faite par M. Devic (n° 556). A l'ouverture de l'abdomen, on est frappé par la *distension énorme des anses intestinales* qui sont fortement vascularisées. *Aspect trouble du péritoine*. Pas de ganglions suspects. Pas d'adhérences anormales de l'estomac et du duodénum avec les organes voisins. Il n'y a pas d'épanchement dans la cavité pelvienne; mais en soulevant les viscères abdominaux pour pratiquer l'éviscération, on aperçoit une collection purulente au niveau de la face inférieure du foie. L'arrière-cavité des épiploons est remplie d'une sérosité louche, jaunâtre.

Pas de liquide dans les plèvres. Quelques adhérences récentes au niveau de la partie moyenne de la plèvre costale gauche.

Les *poumons* (P. D. = 700 grammes; P. G. = 480 grammes) sont un peu congestionnés, mais crépitent bien. Il existe une *cicatrice du sommet gauche* avec, à la coupe, à un centimètre au-dessous, un *tubercule fibro-crétacé* ancien, du volume d'une noisette.

Le *cœur* (400 grammes) est volumineux, étant donné surtout l'âge du malade. Pas de lésions orificielles. Myocarde un peu décoloré.

Aorte déjà un peu *athéromateuse*.

Les *reins* (180 grammes chacun) ne présentent pas d'altérations macroscopiques.

La *rate* (100 grammes) est normale.

Le *foie* (2000 grammes) est volumineux, un peu congestionné.

Œsophage et *estomac* : rien d'anormal.

Duodénum : dans la première portion, à la face antérieure, à un centimètre exactement de la valvule pylorique, on trouve une perte de substance ovalaire, à grand diamètre parallèle à l'axe du conduit, et mesurant 18 millimètres de longueur sur 9 de large. Les bords n'en sont ni relevés, ni saillants, ni bourgeonnants; ils ne sont surtout pas taillés en gradin; la muqueuse, au contraire, semble plonger dans la profondeur pour aller presque rejoindre la séreuse.

Le reste de l'*intestin grêle* est rempli de matières jaunâtres liquides, et présente par endroits quelques suffusions sanguines, mais pas d'ulcérations.

Le *gros intestin*, rempli de scybales, est absolument sain. *Rien notamment au cæcum et à l'appendice*. Pas de ganglions péri-cæcaux ou péri-appendiculaires.

En résumé, il s'est agi, comme on vient de le voir, d'un ulcère de la première portion du duodénum (face antérieure) qui, après s'être développé de façon torpide, presque latente, chez un éthylique avéré, s'est terminé brusquement par une perforation avec péritonite généralisée.

C'est là, en effet, une évolution très commune dans l'ulcère duodénal et, depuis Bucquoy, Collin, Rosenheim, tous les auteurs l'ont parfaitement décrite.

On sait aussi que le siège de la perforation n'est point quelconque et que, dans plus de la moitié des cas (68 fois sur 111, d'après Collin), elle occupe la face antérieure de la première portion du duodénum, d'où sa gravité. Cette face, en effet, constitue la paroi la plus mobile, la moins protégée de l'organe. On conçoit par conséquent que, s'il se produit à son niveau une perte de substance, celle-ci ne se trouvera que très rarement obturée par l'un des organes voisins (pancréas, foie, vésicule biliaire), contrairement à ce qu'on observe ordinairement quand la perforation siège ailleurs, notamment à la face postérieure. En un mot, l'ulcère perforant aboutira d'emblée à une péritonite diffuse, presque toujours mortelle. Cette terminaison, à son tour, ne sera que plus certaine si l'ulcération présente les caractères anatomiques que nous avons observés à l'autopsie de notre malade et sur lesquels Boas a particulièrement insisté.

En ce qui concerne le diagnostic de la perforation du duodénum, notre observation en fait bien ressortir toute la difficulté.

Certes, dans notre cas, le début brutal par une violente douleur, l'état général rapidement grave, la contracture des muscles abdominaux, la discordance entre le pouls (120) et la température (38°3), l'absence d'émission par l'anus de matières et de gaz, tous ces signes réunis nous parurent plus que suffisants pour établir le diagnostic de perforation. Mais quel en était le siège? Notre maître, M. Devic, se basant sur l'existence de quelques signes digestifs antérieurs, sur les résultats négatifs du toucher rectal et sur l'absence des vomissements, conclut à une perforation stomacale. Nous avons vu comment, au cours même de l'opération, ce diagnostic fut reconnu inexact et comment l'appendice iléo-cæcal fut accusé de tous les troubles. Or l'autopsie montra que, pas plus que l'estomac, l'appendice ne devait être mis en cause, et que la perforation siégeait sur le duodénum.

Les cas où l'on a pris ainsi une perforation duodénale pour une perforation appendiculaire, même pendant l'intervention, sont loin d'être rares. Depuis Collin, tous les auteurs en ont cité des exemples.

Schwartz y insiste dans son rapport (1). « Cette erreur, dit-il, a été commise par les chirurgiens les plus éminents; elle résulte d'une certaine disposition anatomique. Lorsque le duodénum se perfore au niveau de sa face antérieure, si, comme c'est le cas presque toujours, aucune barrière n'existe du côté de la cavité péritonéale, les matières qui sont contenues dans l'intestin ou y passent sont déversées au-dessus du mésocôlon transverse dont elles suivent la face supérieure sous le foie, pour ensuite fuser le long du côlon ascendant vers la fosse iliaque droite; de là, l'apparition de signes de péritonite plutôt localisés à cette région et que l'on met sur le compte de l'appendicite perforante. »

Dans notre cas, l'erreur était d'autant plus facile à commettre que le pus avait fusé uniquement du côté de l'arrière-cavité des épiploons et sur la face externe du côlon ascendant pour aller de là dans la fosse iliaque et le pelvis. Dans ces conditions, l'examen de la face antérieure de l'estomac, du grand épiploon et du côlon transverse était resté négatif; on ne trouvait à ce niveau pas même une fausse membrane, pas trace de liquide stomacal. C'est pourquoi l'on ne poussa pas plus loin l'examen de la région duodénale qui, d'ailleurs, eût été rendue très difficile par le tympanisme déjà considérable dû à la distension des anses par les gaz.

Du reste, si nous nous demandons quel bénéfice le malade aurait pu retirer d'un diagnostic exact du siège de sa perforation et d'une intervention basée sur ce diagnostic, nous croyons, après consultation des diverses statistiques, que ce bénéfice n'eût été vraisemblablement que très médiocre et que, quoi qu'on eût fait, le pronostic n'en serait pas moins resté malheureusement fatal.

En effet, parmi les multiples cas de péritonite aiguë par perforation du duodénum, publiés dans les thèses de Collin, Chapt, Darras, Houzé, Ladevèze (2), ou présentés à la Société anatomique et à la Société de chirurgie de Paris, on ne connaîtrait qu'*un seul cas de guérison définitive*, celui de Dunn, cité par Schwartz (3). Mais la laparotomie a au moins l'avantage de soulager l'opéré, comme nous avons pu l'observer pour notre malade, et ce seul fait, pour M. Blum, devrait suffire à décider l'intervention, même dans les cas désespérés (4).

Comme on l'a vu, notre observation présente de nombreuses analogies avec beaucoup de celles publiées antérieurement sur la perforation duodénale. Notre but, en la publiant, a été seulement de montrer une fois de plus, par un exemple typique, quelles sont, dans l'ulcère perforant du duodénum, la difficulté du diagnostic, la gravité du pronostic, et aussi malheureusement l'inefficacité du traitement chirurgical, le seul cependant rationnel, et le seul sur lequel on puisse, malgré tout, fonder quelque espérance.

(1) Schwartz. Rapport à la Soc. de chir., 5 janv. 1898.

(2) Ladevèze. *Étude clinique et traitement de l'ulcère du duodénum*, Th. de Lyon, 1900.

(3) Nous venons cependant de lire (*Deuts. Zeits. f. Chir.*, Bd. LXXV, Heft. 5 u. 6, déc. 1904) que M. Bonheim, sur 6 cas de péritonite par perforation consécutive à un ulcère duonénal, opérés à Krankenhaus St-Georg de Hambourg, aurait eu 5 décès et *1 guérison*.

(4) Grivot et Aguinet. Soc. anat., nov. 1900.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 20 JUIN 1905)

La déclaration obligatoire des maladies contagieuses. — La discussion se poursuit sur la loi relative à la déclaration obligatoire des maladies transmissibles. M. Monod, directeur de l'assistance publique au ministère de l'Intérieur, avec toute l'autorité qui s'attache à sa personne et à sa fonction, rappelle ce qu'a fait l'administration pour que la loi soit appliquée dans toute sa rigueur. Mais tous les procédés employés en vue d'enrayer la propagation des maladies contagieuses resteront sans effet si les médecins ne veulent pas s'astreindre à faire la déclaration que leur impose la loi. Si l'Académie juge utile de donner de nouvelles indications, l administration sanitaire les suivra.

M. Cornil fait observer que nous sommes très suffisamment armés par la loi pour enrayer la propagation des maladies contagieuses. Mais la déclaration est le premier terme de l'application de cette loi. Il faut donc que les médecins s'astreignent à la faire. Pour que la loi soit appliquée dans toute sa rigueur, il faut que la déclaration soit suivie de la désinfection. Il est donc indispensable que les villes et les communes soient munies des appareils nécessaires. M. Cornil propose que l'Académie émette le vœu que le règlement d'administration publique soit tel que la désinfection soit obligatoire, effective et constante.

Très juste l'observation de M. Daremberg (de Cannes), qu'il y a loin entre la théorie et la pratique. Théoriquement, la loi est très bonne. Mais pratiquement, elle est souvent inapplicable et, dans de nombreuses circonstances, le médecin ne peut faire la déclaration exigée par la loi. Il y a donc avantage à insister beaucoup plus sur la désinfection que sur la déclaration.

M. Chantemesse fait remarquer qu'on a trop souvent confondu la désinfection avec la stérilisation. On a construit des appareils coûteux propres à la stérilisation. Il faut des appareils simples et d'un maniement facile.

M. Vaillard proteste contre les observations de M. Daremberg. Pour M. Vaillard, la déclaration s'impose; elle peut seule permettre l'application rigoureuse de la loi.

Le vœu émis par M. Vaillard sur la stricte obligation de la loi sur la déclaration des maladies contagieuses est mis aux voix et adopté à l'unanimité.

Le vœu émis par M. Cornil (voir plus haut) est également adopté à l'unanimité.

Les formiates. — M. Huchard tient à déclarer qu'on a singulièrement exagéré le pouvoir thérapeutique des formiates. Dans sa communication, M. Huchard a insisté sur leur action toni-musculaire et diurétique; mais il n'a jamais parlé des merveilleux effets de toutes sortes qu'on a signalés depuis. Il tient donc à protester publiquement contre l'abus que l'on a fait de son nom.

Les micromélies congénitales (dysplasie périostale). — M. G. Durante. A côté de l'achondroplasie et du rachitisme

congénital dont l'auteur s'est occupé dans une communication antérieure, d'autres affections, trop souvent confondues avec les précédentes, peuvent déterminer la *micromélie congénitale*. L'une d'elles, la *dysplasie périostale* semble réaliser une entité clinique bien nette et est, en quelque sorte, la contre-partie de l'achondroplasie.

Au point de vue *clinique* ces enfants ont parfois des membres courts et boudinés qui pourraient en imposer pour de l'achondroplasie, mais la face est normale tandis que la voûte cranienne, mal ossifiée, est papyracée. Les os des membres, non pas ramollis comme dans le rachitisme, mais friables, fragiles, se cassent facilement, d'où la grande fréquence des fractures anciennes ou récentes (parfois plus de cent chez le même sujet) entraînant des déformations diverses. Les côtes, les clavicules sont également atteintes.

Au point de vue *histologique*, l'ossification cartilagineuse est normale. Mais il y a raréfaction du tissu compact des diaphyses qui est aminci ou remplacé par un large tissu spongieux, ce qui explique la fragilité des os. Il ne s'agit pas d'une aplasie, d'un défaut de formation osseuse, puisque les fractures se réparent aisément, mais d'une *dysplasie* par résorption excessive des lames osseuses résultant d'une activité exagérée des ostéoclastes.

On peut en rapprocher la *fragilité constitutionnelle des os* qui en constituerait une forme fruste, ainsi que la *dysostose cléido-cranienne* de Marie qui en représente une forme partielle.

Les trois principales affections capables de déterminer les *nains microméliques* ont des caractères assez tranchés pour permettre un diagnostic exact.

L'*achondroplasique* se reconnaît à ses os solides, rectilignes ou à coudures brusques juxta-épiphysaires ; à l'atrophie de la face, au volume exagéré de la voûte cranienne bien ossifiée. Le *rachitique* a une face normale ; ses os flexibles plient, présentent des incurvations à grand rayon, mais se fracturent rarement. Dans la *dysplasie* la voûte cranienne est papyracée ; les clavicules, les côtes, les os longs sont mal ossifiés, très fragiles, et présentent, en général, des fractures multiples.

Dans l'*achondroplasie*, l'ossification périostale est normale. Il s'agit d'une *sclérose* destructive du cartilage de conjugaison, par action directe d'un agent toxi-infectieux. Le *rachitisme*, caractérisé par la persistance à l'état cartilagineux des travées directrices, est un *trouble fonctionnel par défaut*, mais passager, des *ostéoblastes*. La *dysplasie* respecte le cartilage et intéresse exclusivement l'os périostal. Caractérisée par une résorption exagérée de l'os compact, elle représente un *trouble fonctionnel par excès* et généralement définitif des *ostéoclastes*. Identique aux ostéoporoses qui succèdent aux affections du système nerveux, elle en représente, en quelque sorte, la forme congénitale et héréditaire et, sous ce rapport, apparaît comme un *trouble trophique simple* qui peut être rapproché des *myopathies rimitives*.

A un point de vue général, *on peut opposer dans les dystrophies osseuses congénitales la dysplasie périostale à l'achondroplasie, comme, dans la pathogénie musculaire, on oppose les amyotrophies aux myosites scléreuses.*

Ces trois dystrophies osseuses congénitales dont le seul symptôme commun est la *micromélie*, sont moins des entités morbides que des syndromes. Mais, possédant des caractères propres au triple point de vue clinique, anatomique et pathogénique, elles ont la valeur d'*entités cliniques* dont le diagnostic est d'autant plus nécessaire, que le pronostic et le traitement ne sont pas les mêmes dans chacune d'elles.

La nutrition chez les tuberculeux. — M. G. Pouchet donne lecture d'un rapport sur un travail de M. René Laufer relatif à la nutrition chez les tuberculeux spécialement sous l'influence des graisses. Il résulte de l'expérimentation et de la clinique que celles-ci déterminent dans la tuberculose une rétention et par conséquent une épargne notable de l'azote. C'est ainsi que des doses croissantes de graisses augmentent l'épargne azotée, mais cela jusqu'à un certain point au delà duquel celle-ci reste stationnaire ; il y a donc un surplus de matières grasses qui, au moins de ce fait, demeure inutilisé.

Ce résultat est confirmé par l'examen des malades soumis, les uns à un régime de graisses à hautes doses (150 à 200 grammes par jour, comprenant les substances grasses de l'alimentation et une certaine dose de graisses surajoutées sous forme de beurre ou d'huiles), les autres à des doses modérées (80 à 100 grammes par jour au total). Pour la première catégorie (hautes doses), la courbe des poids des malades s'élève rapidement, mais devient ensuite horizontale et finalement s'abaisse, quelquefois au-dessous des poids primitifs, soit par suite de troubles digestifs, soit par perte d'appétit pour d'autres aliments, soit enfin par défaut d'utilisation. Pour la seconde catégorie (doses modérées), le poids s'élève lentement, mais d'une façon progressive et continue, de sorte qu'au bout de l'expérience on arrive à un bénéfice certain.

Il y aura lieu de tenir compte de la teneur en substances grasses des aliments avant de prescrire des graisses sous diverses formes, de façon à ne pas arriver à des quantités telles qu'elles soient non seulement inutilisées, mais encore nuisibles pour le tube digestif. En terminant, le rapporteur met en relief l'importance de la nutrition chez le tuberculeux, importance telle qu'aucune médication ne saurait donner de résultats si la nutrition n'est pas avant tout judicieusement et rationnellement établie.

Morts subites d'origine gastrique. — M. H. Benjamin communique une observation relative à deux juments, qui, arrivées du Mans à midi, succombaient, le soir même, à une heure d'intervalle. Leur autopsie décela, chez l'une comme chez l'autre, une plénitude extrême de l'estomac qui ne renfermait ni gaz, ni liquide, mais était bourré d'aliments secs et tassés. Il rapproche ces faits très rares des morts subites d'origine gastrique dont M. Lancereaux a entretenu l'Académie en 1902, et y trouve une confirmation des phénomènes observés par M. Reynier lorsque, expérimentant sur des chiens, il mesurait la pression artérielle et notait ses très importantes modifications, suivant qu'il remplissait ou vidait l'estomac.

ANALYSES

MÉDECINE

Contribution à l'étude des accidents nerveux consécutifs aux méningites aiguës simples. (V. Courtellemont. Th. de Paris, 1904 ; J. Rousset, édit.) — Les méningites aiguës simples peuvent être suivies d'accidents nerveux persistants, immédiats ou éloignés. Caractérisés par leur polymorphisme symptomatique et leur tendance spontanée à l'amélioration, ces accidents sont de plusieurs ordres. Parmi les troubles moteurs, il faut signaler les quadriplégies et les diplégies spasmodiques des membres, les hémiplégies et les paralysies flasques. Les troubles sensoriels, très fréquents, sont : la surdité, la surdi-mutité, la cécité, les paralysies oculaires ; il s'y

adjoint quelquefois des troublés sensitifs, mentaux et de l'hydrocéphalie.

Les accidents que nous venons de signaler sont habituellement la conséquence des altérations atteignant le névraxe ou les nerfs périphériques, sans qu'il soit toujours possible de dire dans tous les cas si les lésions méningées ont précédé les lésions centrales, ou si, inversement, celles-ci ont été les premières en date.

Mais les séquelles des méningites doivent-elles se borner aux faits actuellement connus? Ne convient-il pas de faire figurer sur la liste diverses maladies qui, on le sait, s'accompagnent souvent de lymphocytose céphalo-rachidienne : zona, névralgie du trijumeau, tabes, paralysie générale, scléroses médullaires, épilepsie, myélite, névrites radiculaires, convulsions infantiles, etc.? C'est à l'avenir qu'il appartient, dit justement l'auteur, d'élargir encore les horizons que la notion des séquelles de méningite a ouverts au monde médical, ou de les borner. L. BABONNEIX.

Intoxication chronique par l'acétanilide. (STEWART. *Journ. of the Amer. med. assoc.*, 3 juin 1905.) — L'acétanilide, mélangé ou non à un peu de caféine, constitue la base d'à peu prés toutes les poudres anti-migraines lancées par la réclame et vendues par les pharmaciens sans ordonnance. Stewart rappelle les quelques cas d'intoxication chronique publiés et en ajoute trois personnels. Il montre que l'on passe presque toujours à côté du diagnostic parce que l'on n'y songe pas. D'ailleurs les malades prennent presque autant de précaution pour cacher leur « manie » pour l'acétanilide que pour la morphine. Comme tous les dérivés dn goudron du groupe antipyrétique, l'acétanilide est un poison du sang et amène de la méthémoglobinhémie avec toutes ses conséquences : teint terreux, faiblesse, parfois collapsus cardiaque grave. L'examen du sang montre des modifications globulaires nettes, mais pas extrêmement intenses. Il y a diminution du nombre des globules rouges. La suppression du poison et une bonne hygiène suffisent pour amener la guérison. F. E. GARDNER.

Sarcome hémorragique du lobe frontal n'ayant donné lieu à aucun symptôme. (VIGOUROUX et COLLET. *Bull. de la Soc. anat.*, mars 1905, p. 186.) — Volumineux sarcome occupant presque toute l'épaisseur du lobe frontal. Le malade avait eu pendant deux mois un délire de persécution qui guérit et que les auteurs attribuent à l'alcoolisme. Pendant les derniers jours de la vie, céphalée intense, sans autre signe.

L. ALQUIER.

CHIRURGIE

Physiologie du choc opératoire. (*Lancet*, 18 mars 1905.) — Dans une étude concernant le choc opératoire, M. MUMMERY émet l'opinion qu'il s'agit d'un problème d'ordre physiologique bien plutôt que pathologique. Il cite notamment les travaux de Sherrington qui a établi que l'état de choc s'accompagne d'une élévation du poids spécifique du sang. Il est probable que cette modification du poids spécifique est en rapport avec l'abaissement de la pression sanguine qui s'observe en pareil cas. Cette diminution de pression est ellemême sous la dépendance de l'inhibition du centre médullaire vaso-moteur. L'ordre de succession des phénomènes est le suivant : Il se produit tout d'abord un abaissement général de la pression sanguine, lequel est compensé par le centre vasomoteur. Bientôt cette compensation devient insuffisante et le cœur intervient à son tour, par l'intermédiaire du centre accélérateur, pour maintenir une pression moyenne. Puis le cœur faiblit et il se produit une nouvelle chute de la pression sanguine. L'oxygénation du sang n'étant pas suffisante, les centres nerveux cessent d'être régénérés, et l'appareil vasomoteur ne tarde pas à s'épuiser; le sang s'accumule alors dans les grosses veines de l'abdomen. L'afflux du sang dans le cœur droit est notablement diminué, l'organe faiblit et le sérum transsude au travers des parois des vaisseaux. Ainsi se trouve réalisée l'augmentation du poids spécifique du sang. L'activité cellulaire est entravée et la mort ne tarde pas à s'ensuivre.

Le collapsus diffère de l'état de choc par ce fait que dans le premier cas la paralysie vaso-motrice n'existe pas.

A. HOUSQUAINS.

La botryomycose. (LEGROUX. Th. de Paris, 1904.) — Chez le cheval, la botryomycose ou champignon de castration ne semble pas être une maladie spéciale. C'est une infection banale, une simple funiculite, et les noyaux de généralisation ne sont que des foyers infectieux secondaires, expliqués par la participation du système vasculaire (artérite, thrombo-phlébite) au processus inflammatoire.

Chez l'homme, la botryomycose décrite par Poncet et Dor n'a pas d'agent pathogène spécial. Au point de vue histologique ce n'est pas non plus un fibro-adénome sudoripare : ce sont des bourgeons charnus pédiculés. C'est à la surface seulement de la tumeur qu'on trouve les agents de la suppuration et en particulier le staphylocoque : la nécrose superficielle et les modifications cellulaires et nucléaires (fugénose) décrites autrefois comme amas botryomycosiques sont d'origine infectieuse. Mais l'infection n'est pas tout et il faut tenir compte de conditions étiologiques qui créent en partie l'affection : siège en région très vasculaire, favorisant les hémorragies intradermiques, traumatismes fréquents, cautérisation, peut-être y a-t-il une prédisposition générale individuelle, il ne faut pas en tout cas la chercher dans la syphilis. L'ablation doit comprendre l'extirpation du pédicule. CHEVRIER.

THÉRAPEUTIQUE

Médication parathyroïdienne et maladie de Basedow. (WALSH. *Amer. Med.*, 20 mai 1905.) — Se basant sur la théorie de Gley, Mc. Callum et Munk, qui soutiennent que le goitre exophtalmique a pour cause l'absence des glandes parathyroïdes du cou, l'auteur a administré des parathyroïdes desséchées à quatre malades. Dans deux cas légers, les résultats ont semblé bons; mais quelle part faut-il faire ici à la suggestion, si fréquente chez les basedowiens? Dans un cas plus intense, l'action fut nulle et dans le quatrième cas, plus intense également, l'administration de parathyroïde sembla amener une exacerbation des symptômes, tout comme eût fait l'administration d'extrait thyroïdien. Quoique les parathyroïdes eussent été préparées avec le plus grand soin, Walsh ne peut affirmer qu'elles étaient absolument pures de tout mélange avec un peu de tissu thyroïdien.

F. E. GARDNER.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

ENDOCARDITES AIGUES

ANATOMIE PATHOLOGIQUE, SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Il est classique, depuis Hanot, de distinguer deux variétés d'endocardite aiguë, l'une *infectieuse atténuée* (endocardite bénigne simple), où tout se borne à des accidents locaux; l'autre, *infectante* ou *maligne*, où, en plus d'accidents locaux, existent toujours des phénomènes généraux plus ou moins marqués.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — § I. SIÈGE DES LÉSIONS. — Les lésions de l'endocardite aiguë peuvent frapper chacun des deux cœurs, et, au niveau de chacun des deux cœurs, l'endocarde pariétal ou l'endocarde orificiel.

L'*endocardite aiguë du cœur droit* se localise habituellement à l'orifice tricuspidien : elle est exceptionnelle en dehors de l'infection puerpérale.

L'*endocardite aiguë pariétale du cœur gauche* peut ou exister seule, et alors elle se cantonne souvent aux auricules (Cornil), ou coexister avec l'endocardite orificielle.

L'*endocardite aiguë localisée aux orifices du cœur gauche* est, de beaucoup, la plus fréquente. Elle atteint surtout la *face auriculaire de la mitrale* et la *face ventriculaire des sigmoïdes aortiques*, c'est-à-dire les faces qui, étant les plus exposées au frottement de la masse sanguine, sont soumises à d'incessants traumatismes. Les lésions siègent à *quelques millimètres du bord libre des valvules*, et, quand elles occupent la *mitrale*, elles se localisent à la *grande valve*.

§ II. CARACTÈRES DES LÉSIONS. — « L'endocardite est essentiellement caractérisée par des végétations, des érosions et des ulcérations de l'endocarde, qui amènent quelquefois des perforations et des déchirures des valvules » (Cornil et Ranvier).

A. **Endocardites végétantes** (syn. : *granuleuses, prolifératives, simples, infectieuses atténuées*). — *Au début*, il n'existe que de la *rougeur* et du *boursouflement œdémateux de l'endocarde*; la séreuse a perdu son poli par nécrose de nombreuses cellules endothéliales (Letulle).

Puis apparaissent les *granulations* ou *végétations*. Dans les formes les plus légères, ce sont de petites saillies rougeâtres ou rose pâle, parfois si nombreuses « qu'elles donnent à des régions plus ou moins étendues de l'endocarde un aspect dépoli ou chagriné » (Cornil et Ranvier), disposée à quelques millimètres du bord libre de la valvule, en guirlande festonnée, à la limite du réseau vasculaire.

Lorsque la maladie continue à évoluer, leur volume augmente jusqu'à atteindre celui d'un petit pois. Leur forme, parfois très irrégulière, peut être conique, nummulaire, framboisée. Très translucides et très friables, elles sont cependant adhérentes à la paroi, dont on ne peut les enlever sans la déchirer. Histologiquement, elles sont constituées, au début par des cellules lymphoïdes recouvertes de dépôts fibrineux (lesquels, en se détachant, peuvent déterminer la mort subite des malades [Hanot]); plus tard, par du tissu embryonnaire provenant de la multiplication des cellules de la couche aplaties de la valvule et, peut-être aussi, de leucocytes diapédésés. Cette zone de prolifération ne se limite pas nettement, mais s'étend, tout en s'atténuant progressivement, jusqu'aux parties saines. Si l'on fait une coupe de la végétation, on voit qu'elle est constituée : à sa surface, par une couche de fibrine ; dans le reste de son étendue, par du tissu déjà organisé : cellules fusiformes, fibrilles connectives, vaisseaux embryonnaires (Letulle).

Les microbes se trouvent α. dans les mailles du coagulum fibrineux et au-dessous de lui ; β. à la base des granulations, dans les vaisseaux des valvules, qu'ils oblitèrent (Köster), et dans les fentes du tissu conjonctif de l'endocarde (Cornil et Babès).

Pour Ziegler, les végétations endocardiques ne seraient, au début, que de simples thromboses fibrineuses, se formant dans les régions préalablement altérées par les micro-organismes. Ce n'est qu'ultérieurement que les couches endocardiques sous-jacentes entrent en prolifération et se substituent au thrombus.

Suivant Achalme, si l'on prend comme type l'endocardite rhumatismale, on peut décrire, dans l'évolution des lésions, trois phases : une première, *œdémateuse*; une seconde, *proliférative*; une troisième, *cicatricielle*. En effet, à la dernière phase, les cellules embryonnaires subissent la transformation conjonctive, il se forme une véritable cicatrice qui peut même, à un certain moment, s'infiltrer de sels calcaires.

B. **Endocardites infectantes malignes** (syn. : *nécrosiques, ulcéreuses*). — Ce qui caractérise cette forme, c'est que les lésions, au lieu de tendre vers l'organisation, évoluent vers la nécrose : il résulte de ce processus : 1° des *ulcérations* plus ou moins profondes; 2° des *embolies* dues au passage, dans le torrent circulatoire, des produits pathologiques désagrégés.

1. L'endocardite maligne peut être *nécrosique d'emblée*. La lésion débute alors par une petite plaque rosée, mate, formée par une zone toute locale de la valvule infiltrée et en voie de nécrose ; elle se déprime peu à peu vers le centre, où se produit une ulcération en cupule, qui se creuse progressivement.

2. Plus souvent, l'endocardite maligne est *végétante ulcéreuse*. Il se développe d'abord des plaques végétantes qui se recouvrent de couches stratifiées de fibrine. Le tissu embryonnaire qui les constitue, mal vascularisé, frappé de mort par le poison soluble que sécrètent les microbes, se dissocie, ses éléments subissent la fonte granulo-graisseuse, se ramollissent et, finalement, sont entraînés par le courant sanguin. Ils laissent à leur place des *ulcérations* d'étendue variable, de forme arrondie, à bords, ou découpés, taillés à pic, ou irréguliers, déchiquetés, entourés parfois eux-mêmes d'une couronne de végétations verruqueuses. Le fond de l'ulcère est constitué par un enduit gris jaunâtre, granuleux, de consistance molle, reposant sur un tissu dont tous les éléments sont nécrosés.

Ces ulcérations frappent, par ordre de fréquence, la mitrale, les sigmoïdes aortiques, les valvules du cœur droit, qui sont atteintes, soit primitivement, soit secondairement, l'endocarde pariétal. Elles déterminent des accidents en rapport avec leur siège : α. sur les valvules, des *anévrismes valvulaires*, poches petites, globuleuses, dont l'ouverture est située, pour la mitrale, du côté ventriculaire; pour les sigmoïdes aortiques, du côté du vaisseau, et qui, en se rompant, provoquent une perforation de la valvule ou une dissociation de son tissu; β. sur la paroi, ou une dissociation limitée des fibres du myocarde (*anévrisme disséquant*) ou des cavités limitées (*anévrismes aigus du cœur*) qui peuvent siéger soit à la pointe du cœur, soit sur le septum interventriculaire. Leur rupture, dans le premier cas, fera communiquer le cœur avec le péricarde, dans le second, plus fréquent, le cœur gauche avec le cœur droit; γ. sur les cordages tendinaux qui se rompent au moindre effort, laissant leur extrémité libre flotter dans le courant sanguin, ou encore permettant aux valvules auriculo-ventriculaires de se retourner *in toto* dans la cavité auriculaire, et de créer ainsi une insuffisance valvulaire aiguë.

Diverses lésions secondaires : *aortite, artérite, myocardite, péricardite*, coexistent fréquemment avec l'endocardite.

Les débris de végétations mis en liberté sont emportés par le courant sanguin et vont, suivant leur volume, oblitérer des rameaux artériels plus ou moins importants. Du cœur droit partent des *embolies* pulmonaires; du cœur gauche, des embolies qui peuvent s'arrêter : dans l'aorte abdominale; dans les artères des membres; dans les artères viscérales : hépatique, rénale, splénique, encéphaliques, déterminant des *infarctus* des viscères correspondants. D'autres vont oblitérer les artères mésaraïques, d'où l'apparition d'ulcérations intestinales circulaires, à fond gris sale, piqueté de rouge, à pourtour fluxionné, siégeant sur n'importe quelle partie de l'intestin, et ne présentant aucun rapport avec les glandes de Peyer; d'autres encore obstruent les rameaux des coronaires, provoquant des infarctus du myocarde ; d'autres, les capillaires cutanés, d'où purpura, les capillaires des séreuses (foyers ecchymotiques), et des articulations, etc., etc. *Il n'y a donc pas d'artère qui ne puisse être le siège de ces embolies.*

Ce qui caractérise ces embolies, c'est surtout leur nature infectieuse. La suppuration des infarctus, des séreuses, des artilations s'observe fréquemment. Ainsi l'endocardite infectante maligne se comporte comme une véritable maladie générale, à déterminations multiples, redoutables, et par ses accidents mécaniques, et surtout par ses phénomènes infectieux, tandis que, dans l'endocardite végétante, tout se borne à des accidents locaux, d'ordre purement mécanique, et nullement infectieux.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Billets pris à l'avance. — Les gares de Paris, Lyon, Marseille, Saint-Étienne, Aix-les-Bains et Genève délivrent à l'avance, par série de vingt, des billets de 1re, 2e et 3e classes, pour les gares de la banlieue de ces villes et réciproquement.

Ces billets peuvent être utilisés dans les deux sens (aller et retour). Leurs prix présentent une réduction de 10 p. 100 sur les prix des billets ordinaires. Les billets délivrés pendant les dix premiers mois de l'année sont valables jusqu'au 31 décembre inclus et ceux qui sont délivrés pendant les mois de novembre et décembre jusqu'au 31 décembre inclus de l'année suivante. Les demandes doivent être adressées aux chefs des gares intéressées ou dans les bureaux succursales.

N° 71. — SAMEDI 24 JUIN 1905. 78e ANNÉE. SAMEDI 24 JUIN 1905. — N° 71.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Les rapports du travail musculaire et du travail intellectuel, par M. N. Vaschide.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de chirurgie.
ANALYSES
Médecine : De l'eau de mer et du sérum artificiel chez le nouveau-né; — Résurrection du cœur. La vie du cœur isolé. Le massage du cœur.
Chirurgie : Pseudarthrose de la jambe chez un enfant; échec de la suture osseuse.
NOTES DE THÉRAPEUTIQUE
La neurasthénie.
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Deuxième concours de chirurgie.* — Épreuve clinique :

Séance du 20 juin 1905. — MM. Lecène, 17; Veau et Guibé, 15.

Séance du 22 juin 1905. — MM. Fredet, 18; Dujarrier, 20; Schwartz, 18.

La prochaine séance aura lieu le samedi 24 juin, à cinq heures du soir, à l'hôpital de la Charité.

APPEL DES MÉDECINS DE RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE EN 1905. — Le ministre de la guerre adresse la circulaire suivante à MM. les gouverneurs militaires et les généraux commandant les corps d'armée :

Le nombre des médecins de réserve et de l'armée territoriale à convoquer en 1905 sera fixé, dans chaque grade, aux chiffres ci-après indiqués :

Réserve (période de quatre semaines).

Médecins-majors de deuxième classe	10
Médecins aides-majors de première classe	68
Médecins aides-majors de deuxième classe	438
Total	516

Armée territoriale (période de deux semaines).

Médecins-majors de deuxième classe	30
Médecins aides-majors de première classe	220
Médecins aides-majors de deuxième classe	79
Total	329

La convocation et l'instruction des médecins de réserve et de l'armée territoriale seront assurées dans les conditions fixées par l'instruction du 28 décembre 1898 sur l'administration des officiers de réserve et des officiers de l'armée territoriale (dispositions spéciales au service de santé, art. 16, 17 18 et 19).

Toutefois, par application de la circulaire du 6 avril 1903, relative aux stages fractionnés des officiers de réserve ou de l'armée territoriale et assimilés, les médecins de réserve et de l'armée territoriale qui ont pris part, en qualité d'officiers du service de santé et depuis le 1er janvier 1900, soit aux grandes manœuvres de la troupe, soit aux exercices spéciaux du service de santé en campagne, pourront être autorisés à accomplir leur période d'instruction, au cours des années 1905 et 1906, par fractions dont la durée sera déterminée par le directeur du service de santé du corps d'armée.

Le directeur du service de santé procédera, s'il y a lieu, à des convocations nouvelles, de manière à utiliser, en 1905, le crédit devenu disponible par suite du renvoi à 1896 d'un certain nombre de périodes (ou fractions de périodes) prévues, au titre de chaque corps d'armée, dans la présente circulaire.

Il demeure entendu que les médecins de réserve et de l'armée territoriale, qu'ils puissent ou non bénéficier des dispositions de la circulaire précitée du 6 avril 1903, sont autorisés à demander des changements de lieu de convocation ou des stages sans solde dans les conditions arrêtées par l'article 18 visé ci-dessus et libellé ainsi qu'il suit :

« C'est au directeur du service de santé de leur corps d'armée d'affectation que les médecins de réserve et de l'armée territoriale doivent adresser les demandes qu'ils pourraient formuler en vue d'obtenir soit un sursis ou devancement d'appel, soit un changement de lieu de convocation ou une autorisation de stage sans solde.

Ce directeur statue sur les demandes dont il s'agit, à moins qu'elles ne tendent à l'accomplissement d'une période normale d'instruction ou d'un stage sans solde dans un corps d'armée autre que celui auquel les intéressés sont affectés.

Dans ce cas, les demandes, instruites d'abord par le directeur du service de santé du corps d'armée d'affectation, sont soumises à l'appréciation du général commandant le corps d'armée, qui les transmet, en cas d'acceptation, au général commandant le corps d'armée sur le territoire duquel les médecins désirent être convoqués.

Ce général statue sur les demandes qui lui sont adressées après avoir pris l'avis du directeur du service de santé du corps d'armée. »

Il est entendu également que si les médecins d'un grade déterminé venaient à faire défaut, le directeur du service de santé du corps d'armée convoquerait à leur place les médecins du grade immédiatement inférieur.

GUERRE. — Par décision du 20 juin 1905, M. Sieur, médecin-major de première classe aux hôpitaux de la division d'Alger, est nommé professeur à l'école d'application du service de santé militaire (chaire de diagnostic chirurgical spécial).

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Archives générales de médecine. — (N° 25, 20 juin 1905.) E. MICHELEAU : Hyperchlorurie et pleurésie tuberculeuse. — A. MERRY et A. FRANÇAIS : Plaie du foie et de l'estomac par coup de couteau, suture, guérison. — F. RAYMOND : Le sommeil dans les tumeurs cérébrales. — HALLION et CARRION : Le sérum physiologique, son efficacité thérapeutique, son mode d'action, son titrage rationnel. Avantage du sérum marin.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLII, n° 22, 1er juin 1905.) John Mc COLLOM : Résultats de l'emploi pendant neuf années du sérum antitoxique dans le traitement de la diphtérie (5 tableaux). — A. H. WENTWORTH : Description de la maladie de Pfeiffer (fièvre glandulaire) avec deux observations nouvelles. — A. C. KLEBS, J. H. MUSSER. F. BILLINGS, J. E. WILSON, H. R. M. LANDIS : Rapport sur le diagnostic précoce de la tuberculose. — Joël E. GOLDTHWAIT et Robert B. OSGOOD : Considérations anatomiques, pathologiques et cliniques sur les articulations du bassin (*suite et fin*).

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 21, 8 juin 1905.) A. ROBIN : Traitement médical des hémorrhoïdes. — (N° 22, 15 juin.) E. ROCHARD : A propos du delirium tremens. — Ernest LEWIN (de Stockholm) : Le sérum antituberculeux de Marmorek.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 23, 10 juin 1905.) NEUMANN : Appareil pour fixer exactement le taux de petites quantités de suc gastrique.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 23, 8 juin 1905.) ROSTHORN : Traitement de l'infection puerpérale. — ARUSPERGER : Le moment favorable pour l'opération de l'appendicite. — IBRAHIM : Contribution à la pathogénie de la maladie de Hirschsprung. — REUNERT : Sur les maladies pseudoleucémiques causées par la tuberculose et leur traitement par la nouvelle tuberculine. — PIORKOWSKI : Nouvelle communication sur l'inoculation de la syphilis au cheval. — STERNBERG : Une nouvelle méthode pour l'examen clinique du sens gustatif au moyen d'un gustomètre. — KLEINE : Résultats des recherches de Robert Koch sur la fièvre des bovidés et sur la maladie mortelle des chevaux pendant sa dernière expédition dans l'Afrique australe.

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 61, 21 mai 1905.) Ettore GIULANO : Contribution à l'étude du phlegmon ligneux post-opératoire. — Gennaro BECHI : La stérilisation du catgut par le procédé de Claudius. — Luigi MARCHETTI : Contribution à l'étude de la cure des ulcères d'origine veineuse et des surfaces granuleuses par la méthode de Scott Schley. — Carlo QUADRONE : A propos de quelques nouvelles méthodes de recherche de la sensibilisatrice spécifique dans le sérum des typhiques et dans le sérum des animaux immunisés contre le bacille d'Eberth. — (N° 64, 28 mai.) Luigi PANICHI : Contribution à l'étude des germes latents (staphylococcus pyogenes albus) dans le torrent circulatoire de l'homme. — Pietro BOVERI : Athérome aortique expérimental par le tabac. — Giuseppe INGIANNI : Calcification du tendon d'Achille comme conséquence rare de la ténotomie de ce tendon. — Vittorio GRAZZI : Troubles psychiques et affections des oreilles. — Giovanni VETRANO : L'acide picrique dans la thérapeutique moderne. — (N° 67, 4 juin.) G. GHEDINI : Gomme tuberculeuse ulcérée de la langue. — Allessandro RIZZOLI : Les cellules éosinophiles dans le sang et dans l'expectoration des tuberculeux. — A. BLASI : Corps étrangers de l'oreille. — L'hémolyse dans la lèpre. — Emilio PITTARELLI : A propos de quelques réactions colorées des aldéhydes formique et acétique, de l'acétone et du benzoquinone, et leurs applications probables aux études médicales. — Vico BARBIERI : Un cas de hernie cruro-propéritonéale étranglée. — (N° 70, 11 juin.) Gustavo FERRARI : Les diminutions rapides des limites plessimétriques dans la péricardite séro-fibrineuse aiguë. — G. MATTIROLO : Adénocarcinome primitif du foie chez un enfant de neuf ans. — Giovanni GHEDINI : Leucémie et sarcome. — Carlo BERTAZZOLI : L'urticaire parmi les prodromes de la fièvre typhoïde.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 24, 13 juin 1905.) FRAENKEL : Sur la présence du « spirochaete pallida » dans la syphilis. — HEUSNER : Signification physiologique du grand épiploon. — HERFF : La désinfection à l'eau chaude et l'alcool d'après Ahlfeld, dans le service d'obstétrique de Bâle. — MICHELS : La castration dans le carcinome mammaire. — HELLENDALL : La transformation manuelle des présentations de la face et du front. — THELHABER : L'oophorite chronique. — METZGER : L'ictère menstruel. — SAKS : Un cas de rupture spontanée de l'utérus pendant l'accouchement dans une présentation du sommet. — MÜLLER : Tentative de suicide hystérique. — GOTTSCHALK : La tétanie puerpérale. — EGGEBRECHT : Contribution statistique à l'étude de la présente épidémie de méningite. — GUTBROD : Expériences avec la couveuse de Polano. — FOREST : Amélioration de la pompe à lait. — FRIRUM : Un appareil simple pour les lavages d'intestin dans les consultations d'enfants. — PETERS : Sur la question du trachome. — SICK : Polymyosite aiguë récidivante à allures épidémiques.

Policlinico. — (Juin 1905.) *Section médicale.* — Prof. Ferruccio SCHUPFER : Un nouveau bacille anaérobie pathogène pour l'homme. — Goffredo MARI : La vitalité des globules blancs du sang. Nouvelles méthodes d'étude. Premières recherches. Déductions relatives à l'hypo et à l'hyperleucocytose dans les infections. — Pietro BARBAGALLO : L'entamœba hominis (Casagrandi et Barbagallo, 1897) et l'entomœba histolytica (Schaudinn 1903) dans leurs rapports avec la dissenteria amœbica. — *Section chirurgicale.* — Prof. R. ALESSANDRI : Tubercule solitaire de la région rolandique. Craniectomie. Ablation. Guérison. — G. FIGHERA. L'hypertrophie de la glande pituitaire consécutive à la castration. — Eugénie SIMELEW : Un cas d'urétérite d'origine kystique. Recherches histologiques et considérations critiques.

Riforma medica. — (N° 21, 27 mai 1905.) Raffaele SUPINO : La prétendue recherche positive du bacille de Koch dans les urines de malades atteints de tuberculose pulmonaire. — Emilio CIOFFI : Nouvelles recherches sur la fonction protectrice de l'épiploon. — A. B. GIANASSO : Les modifications apportées dans la formule hémo-leucocytaire des enfants par les injections iodo-iodurées. — (N° 22, 3 juin.) Ferruccio SCHUPFER : Etudes sur les leucémies et les pseudoleucémies. — Luigi FERRANNINI : Les échanges organiques et les hydrates de carbone. — Emilio CIOFFI : Nouvelles recherches sur la fonction protectrice de l'épiploon.

Semaine gynécologique. — (N° 25, 20 juin 1905.) R. PICHEVIN : Ablation des annexes ou d'une partie des annexes dans les inflammations ovaro-salpingiennes.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 23, 8 juin 1905.) REUTER : Signes anatomiques des brûlures faites pendant la vie et après la mort. — SACHS : Contributiou à l'étude de la pathogénie de la vulvite. — HEINDL : La fièvre des foins et son traitement par la pollantine. — STRASSER : Cancer muqueux de la mamelle avec hémorragies.

REVUE GÉNÉRALE

LES RAPPORTS DU TRAVAIL MUSCULAIRE

ET DU TRAVAIL INTELLECTUEL (1)

Par M. N. VASCHIDE,

Chef des travaux du laboratoire de psychologie expérimentale
de l'École des hautes-études (asile de Villejuif).

La question du rapport entre le travail musculaire et le travail mental est une de celles qui s'imposent aujourd'hui à l'attention des psychologues et des médecins. L'extraordinaire développement des sports d'une part, d'autre part le travail intellectuel acharné auquel doivent se livrer les hommes de science à notre époque plus peut-être qu'à toute autre, sont accusés d'avoir engendré des troubles particuliers devant lesquels le praticien reste souvent perplexe. Seuls, les travaux de laboratoire, accomplis avec le calme hautain de l'esprit scientifique, peuvent permettre de fonder solidement la pratique médicale. Ce sont ces données expérimentales indispensables que nous croyons utile d'examiner dans cette revue. Bien que cette question, qui rentre dans la question générale des rapports du physique et du moral, ait de tout temps sollicité l'attention des penseurs et des savants, les données expérimentales sont en nombre relativement restreint et appartiennent toutes à la période contemporaine; elles suffisent cependant à préciser les « opinions », et de leur examen se dégagent déjà certains faits importants.

I

Travail neuro-musculaire automatique. — Heinrich (2) est le premier qui nous fournisse des documents expérimentaux sur les rapports du travail cérébral et du travail musculaire. Dans ses recherches, l'attention du sujet était fixée soit sur une impression visuelle située devant lui, soit sur une impression visuelle s'écartant de sa vision droite, soit par un calcul mental. L'influence du travail mental sur les muscles de l'œil était ensuite rigoureusement examinée; dans les trois cas, la pupille et le rayon du cristallin furent mesurés au moyen d'un ophtalmomètre. L'éclairage était constant. L'œil gauche seul fut l'objet d'expériences.

La pupille présentait un diamètre plus large lorsque l'attention était fixée soit par la vision indirecte, soit par le calcul mental, et le minimum était atteint par la fixation de l'attention sur le calcul mental.

Un relâchement général des muscles de l'œil est donc ici l'effet du travail mental.

Les expériences de Mac Dougall (3) sur les caractéristiques physiques de l'attention nous montrent de nouveau cette diminution de la tonicité musculaire sous l'influence du travail cérébral. De ces intéressantes expériences, qui se divisent en trois parties (rapport de l'attention avec la respiration, la circulation et la tonicité musculaire) nous ne retiendrons que la dernière série qui entre seule dans le cadre de cette revue. Que le travail intellectuel soit la perception de très petites excitations ou soit le calcul mental, toujours il s'est accompagné d'un relâchement de la tonicité musculaire. C'est là le fait caractéristique qui ressort très net de ces expériences de Mac Dougall comme de celles de Heinrich.

Nous n'insisterons pas sur cette activité automatique du système neuro-musculaire. Mieux nourries de faits et plus importantes à notre point de vue sont les expériences dont nous allons parler.

II

Travail neuro-musculaire volontaire. Recherches individuelles. — Les expériences de Mosso (1) sur la question ont directement porté sur les rapports existant entre la fatigue intellectuelle et la fatigue musculaire. Elles ont été faites à l'aide de l'ergographe de Mosso, instrument d'un usage trop répandu aujourd'hui pour que nous nous attardions à en donner une description. La première observation de Mosso a été faite sur le docteur Maggiora. La courbe ergographique était prise avant et après le travail intellectuel. Ce travail consistait en examens à faire subir pendant trois heures et demie, sans repos. La fatigue intellectuelle du docteur Maggiora était encore augmentée par l'émotion « de sentir la responsabilité de son propre enseignement en présence de collègues compétents qui assistaient comme membres de la commission examinatrice et qui pouvaient le juger ».

A deux heures, avant le travail intellectuel, le nombre des soulèvements d'un poids de 2 kilogs est de cinquante-cinq. Après le travail, il est de neuf; la première et la seconde contraction musculaire sont très fortes; mais la force décroît ensuite considérablement. Deux autres courbes prises le même jour à sept heures et à neuf heures du soir sont à peine meilleures. Il y a donc dans ce cas une considérable diminution du travail musculaire à la suite d'un travail intellectuel intense.

Dans le cas du professeur Adducco, cité par Mosso, le travail mental (cours à faire, discours à prononcer) provoquait au contraire un accroissement de la force musculaire.

Une seconde observation a été faite par Mosso sur le docteur Maggiora. Deux courbes ont été prises avant et après la leçon faite par ce professeur. Avant la leçon, le nombre des soulèvements est de quarante-huit; la somme des hauteurs de soulèvement égale à 2343 millimètres; les premiers soulèvements mesurent de 63 à 65 millimètres. Après la

(1) Voir Vaschide et H. Piéron. Influence du travail intellectuel sur la température du corps, *Gaz. des hôpit.*, 1902, n° 94, p. 933-943.

(2) Heinrich. Die Aufmerksamkeit und die Funktion der Sinnesorgane, *Zeits. f. Psych. u. Physiol. d. Sinn.*, vol. IX et XI.

(3) Mac Dougall. The physical characteristics of attention, *Psychol. Review*, 1896, p. 158-180.

(1) Mosso. Influence de la fatigue psychique sur la force musculaire, *Arch. ital. de biol.*, XIII, 1890, p. 124, 135, 153, et *La fatigue intellectuelle et physique*, trad. française, Bibl. phil. cont., 1894.

leçon, le nombre des soulèvements est de trente-sept; la somme des hauteurs de soulèvement est de 1 646 millimètres; la hauteur des premiers soulèvements de 63 à 64 millimètres comme dans la courbe précédente. Encore une fois, le travail mental a donc produit un abaissement du travail musculaire.

La troisième observation de Mosso est celle du professeur Patrizzi qui devait prononcer, en remplacement de Mosso, une leçon de physiologie. Patrizzi était très ému à cette idée. Le matin il se leva dès cinq heures, dans un état de grande agitation (température rectale : 37°8 ; à dix heures toujours 37°8); à dix heures vingt-sept minutes, au moment de monter en chaire, le nombre des pulsations est de 136 par minute. La leçon dure soixante-dix minutes. « Je sortis, dit Patrizzi, à moitié couvert de sueur, et un grand soupir de soulagement s'échappa de ma poitrine. Avec l'ergographe, en soulevant un poids de 3 kilos, je ne pus exécuter qu'un travail de 4k50 alors que deux heures auparavant, lorsque mon agitation était à son comble, j'avais accompli un travail de 5k95. On voit que je n'étais pas encore rentré dans la phase de dépression nerveuse, parce que ce travail de 4k50 accompli immédiatement après la leçon est encore supérieur au travail normal accompli à la même heure, celui-ci n'étant que de 4k35. » Dans ce cas, l'émotion accompagnant le travail intellectuel a donc provoqué un travail musculaire plus élevé qu'à l'ordinaire.

La conclusion de Mosso est qu'il n'existe qu'une seule espèce de fatigue : la fatigue nerveuse; la fatigue musculaire n'étant en dernière analyse qu'un phénomène d'épuisement nerveux; et que « la complication des phénomenes réside surtout en ce que ceux-ci sont sentis différemment par les divers individus ».

Le laboratoire de Heidelberg apporte son importante contribution à cette partie de la question qui nous occupe. Les expériences de Hoch et Kræpelin (1) nous intéressent surtout par leurs conclusions. Le but de ces auteurs était de rechercher l'influence des substances contenues dans le thé sur le travail musculaire et le travail mental. Avec leur précision coutumière, ils ont étudié l'influence du thé sur les muscles à l'aide de l'ergographe; sur le travail mental par la méthode des additions.

Les médicaments ont été pris alternativement; les jours où le travail se faisait sous leur influence étaient séparés par des jours normaux dont le travail pouvait servir de termes de comparaison.

Les auteurs ont de suite reconnu le défaut capital de l'ergographe de Mosso : fixation insuffisante permettant, dès l'apparition de la fatigue, l'accomplissement du travail par de nouveaux muscles. Ils y ont remédié en faisant subir à l'appareil une modification qui ne laisse libre qu'une seule articulation. Les sujets ont été soigneusement choisis; ce furent les docteurs Hoch et Fost, le docteur en médecine Hibbard et l'étudiant en médecine Reis. Les doses de caféine variaient entre 0,06 et 0,6; d'huiles éthériques entre 1,2 et 4,8; de feuilles de thé du Paraguay entre 10 et 25 grammes avec 200 grammes d'eau. Le poids à soulever, à intervalle d'une seconde, était de 5 kilogs. L'expérience durait une heure, chaque courbe étant séparée par un repos de dix minutes dans la première, troisième et quatrième expériences, et de cinq minutes dans la deuxième. Nous allons voir que les expériences réalisées selon ce dispositif ont suggéré à Hoch et Kræpelin cette hypothèse que, dans les courbes ergographiques, la hauteur des soulèvements mesure le travail musculaire, et le nombre des soulèvements le travail nerveux central.

Les expériences selon la méthode de l'addition duraient chacune une heure et demie. Le médicament était pris au bout d'une demi-heure. Des épreuves faites les jours normaux alternaient avec les épreuves faites sous l'influence des médicaments.

Des conclusions auxquelles sont arrivés Hoch et Kræpelin, nous devons retenir les suivantes :

Dans les courbes ergographiques, le nombre des mouvements dépend de l'état des tissus nerveux et la grandeur des mouvements de l'état musculaire; la disposition psychique et l'habitude portent par conséquent directement sur le nombre des mouvements, tandis que la nourriture et la fatigue musculaire agissent sur la grandeur des mouvements.

Les rapports entre le nombre et la grandeur des mouvements sont individuels.

La fatigue et l'habitude, présentant des rapports de dépendance mutuelle, sont probablement l'expression d'une propriété générale des tissus nerveux.

La principale partie de l'excitation dépend de notre disposition journalière.

Les oscillations des opérations sont, pendant la journée, différentes pour les muscles et le système nerveux.

La cessation du travail musculaire est la conséquence d'un arrêt réflexe causé par la matière de déchet produite par l'activité musculaire.

III

Travail neuro-musculaire volontaire. Recherches générales. — Parmi les recherches que nous examinons, celles qui nous semblent les plus fécondes, tant au point de vue scientifique qu'au point de vue pratique, sont celles qui portent sur des groupes plus ou moins importants de sujets.

Keller (1), puis Kemsies (2) sont les premiers à avoir expérimenté sur les élèves des écoles. Leurs résultats concordants constatent la diminution de la force musculaire après le travail intellectuel, et les variations d'un jour à l'autre enregistrées par l'ergographe. Voici quelques chiffres fournis par un

(1) August Hoch und Emil Kræpelin. Ueber die Wirkung der Theebestandheile auf kœrperliche und geistige Arbeit, *Psychologische Arbeiten*, 1896, I, p. 378-487. — Voir aussi N. Vaschide. Les coefficients psychiques du thé, *Progrès médical*, t. XXI, 1905, nos 11, 12, p. 161-167, 177-181.

(1) Keller. Pädagogisch-psychometrische Studien, *Biolog. Centralbl.*, 1894.

(2) Kemsies. Zur Frage der Ueberbürdung unserer Schuljugend, *Deuts. med. Wochens.*, 1896, 27.

enfant de quatorze ans, soulevant un poids de 2 550 grammes :

Mercredi à 3 h. après midi.	$2^{k}058$
Jeudi à 2 h.	$1^{k}02$ (un peu fatigué).
Jeudi à 6 h.	$1^{k}22$ (un peu fatigué).
Vendredi à 3 h.	$0^{k}867$ (un peu fatigué).
Vendredi à 6 h.	$0^{k}740$ (fin des études).
Samedi à 8 h. du matin. . . .	$1^{k}173$ (un peu fatigué).
Samedi à 2 h. après midi. . .	$0^{k}867$
Samedi à 6 h.	$0^{k}842$ (fin des études).
Lundi à 6 h.	$1^{k}275$
Mardi à 8 h. du matin.	$2^{k}130$
Mardi à 2 h.	$1^{k}700$

Les expériences de Gilbert (1) qui viennent ensuite nous intéressent tout particulièrement et par le nombre des sujets sur lesquels elles ont porté et par la nature des questions étudiées. Les moyennes fournies par l'auteur ont été prises sur des enfants âgés de six à dix-neuf ans, chaque âge fournissant environ 100 sujets. Les questions étudiées sont celles des différences physiques et psychiques entre garçons et filles, du développement des forces physiques et intellectuelles dans les deux sexes, des rapports entre la force physique et la valeur intellectuelle. L'auteur décrit dans son introduction son dispositif expérimental : c'est celui qu'on emploie généralement dans les laboratoires américains. Ses tests sont au nombre de 12 : 1° pouls avant les expériences ; 2° seuil de la douleur ; 3° force de soulèvement du poignet ; 4° force de soulèvement du bras ; 5° estimation d'une longueur par un mouvement du bras ; 6° estimation d'une longueur par l'œil ; 7° capacité vitale ; 8° poids ; 9° taille ; 10° habileté motrice volontaire (nombre de coups frappés en un temps donné avec un manipulateur électrique) ; 11° fatigue ; 12° pouls après la fatigue.

Ce serait inutile d'indiquer quelques-uns des chiffres obtenus pour faciliter la compréhension des résultats.

Les chiffres de ces auteurs nous montrent clairement le développement des fonctions physiques avec l'âge. Ce développement n'est pas le même pour les deux sexes : très faibles entre petits garçons et petites filles de six ans, les différences augmentent considérablement à partir de la puberté. Tandis que les garçons se développent vigoureusement, les filles restent dans un état à peu près stationnaire. C'est ainsi par exemple que la force musculaire prise au dynamomètre présente à l'âge de six ans, entre garçons et filles, une différence de $0^{k}5$; à quatorze ans, de $3^{k}5$; à dix-neuf ans, de 13 kilogrammes. Les filles sont d'une manière générale plus sensibles à la douleur que les garçons, mais c'est surtout à partir de la puberté que la différence s'accentue. Le développement mental ne semble pas suivre le même développement que la force physique. L'habileté motrice volontaire augmente considérablement avec l'âge, mais ne subit pas l'influence de la puberté. Les filles sont ici légèrement inférieures aux garçons.

(1) F. Allen Gilbert. Researches upon School Children and College Students, *Studies on Psychology*, Iowa, 1897, p. 1-40.

Par contre on constate une réelle égalité par les tests d'intelligence : appréciation des distances, impliquant des faits de mémoire et d'attention. Quant à la question du rapport entre la force musculaire des élèves et leur valeur intellectuelle, les chiffres recueillis par Gilbert ne permettent pas de conclure.

Binet et Vaschide (1) ont étudié dans les écoles de la ville de Paris la question du travail musculaire et du travail mental. Leurs expériences ont été réalisées soit à l'aide du dynamomètre (pression et traction), soit à l'aide de l'ergographe, soit en faisant monter les enfants à la corde lisse par traction. Elles ont porté sur l'intensité de la force musculaire et la force de fond.

L'intensité de la force musculaire était mesurée en faisant presser aux sujets un dynamomètre de Regnier, alternativement de la main droite et de la main gauche, deux fois de suite.

Voici pour les 43 enfants ayant servi de sujet la moyenne des deux épreuves de chaque main.

Force dynamométrique de la main chez les garçons de douze à treize ans (moyenne de deux expériences).

	Main droite.	Main gauche.
Maximum.	$36^{k}5$	$32^{k}5$
Minimum.	$13^{k}4$	$11^{k}5$
Moyenne.	$20^{k}96$	$16^{k}5$

Les différences individuelles sont en outre beaucoup plus accentuées entre les forts qu'entre les faibles. Les chiffres de la main gauche sont toujours moins élevés que ceux de la main droite. Cet abaissement se montre nettement dans le tableau suivant où Binet et Vaschide ont réparti, selon leur force, les sujets en quatre groupes.

Moyenne de la force dynamométrique pour les enfants de douze à treize ans, divisés en quatre groupes.

	Main droite.	Main gauche.
Premier groupe (les plus forts). . . .	$27^{k}25$	$22^{k}15$
Deuxième groupe (moyens forts). . .	$22^{k}25$	19^{k}
Troisième groupe (moyens faibles).	$18^{k}5$	16^{k}
Quatrième groupe (les plus faibles).	$15^{k}75$	$14^{k}25$

On voit que l'inégalité entre les deux mains augmente avec la force musculaire. Il résulte du détail des chiffres que les forts se fatiguent aussi vite que les faibles.

Les expériences de fond ont été réalisées au moyen du dynamomètre et de l'ergographe. Binet et Vaschide ont fait presser le dynamomètre des deux mains, alternativement, et cinq fois de suite. Une première série d'expériences a eu lieu sans émulation.

On constate, pour les deux mains, une décroissance de force.

Les auteurs se sont demandé s'il existait plusieurs types de développement de la force musculaire et ils ont conclu à l'existence de quatre types principaux :

(1) Binet et Vaschide. *Année psychologique*, une vingtaine de mémoires, 1898, IV, p. 1-306, Paris ; — Expériences de force musculaire et de fond chez les jeunes garçons, *Année psychologique*, IV, p. 15-64, p. 17-18.

1° Type de la décroissance brusque, puis stationnaire. Type nettement caractérisé. Beaucoup plus fréquent pour la main droite que pour la main gauche. D'abord un vigoureux effort de pression, puis une chute brusque suivie de légères oscillations;

2° Type stationnaire. Fréquent : 10 sujets sur 31. Se présente également pour la main droite et la main gauche. La courbe se maintient à une hauteur un peu supérieure à celle du type précédent;

3° Type de la décroissance continue, surtout chez les enfants les plus forts;

4° Type de croissance continue. Très rare et moins accentué que les types précédents. En poursuivant les expériences, on arriverait évidemment à une décroissance.

Il semble donc que l'épreuve répétée du dynamomètre permette, malgré toutes les critiques auxquelles se prête cet instrument, de caractériser les sujets selon le type de leur force musculaire.

Une seconde série d'expériences de fond a été réalisée en faisant entrer un facteur psychique : l'émulation. Après les classes du soir, à quatre heures et demi, le directeur de l'école réunit les élèves dont la force avait été mesurée au dynamomètre le matin même et leur reproche leur mollesse, annonçant que les expériences vont être reprises et que chacun doit faire preuve de plus d'énergie. Devant tous ses camarades, chaque enfant monte sur l'estrade où se tiennent les expérimentateurs et, tandis que ceux-ci inscrivent les chiffres de pression, le directeur excite le sujet à donner toute la mesure de sa force.

L'émulation se fit nettement sentir. Voici les chiffres :

Sommes des cinq pressions faites par les 31 enfants.

Sans émulation.		Avec émulation.	
Main droite....	3k049	Main droite....	3k508
Main gauche...	2k680	Main gauche...	3k183

La progression est à peu près égale pour les deux mains (à peu près 1/7). L'influence de l'émulation s'est fait sentir non seulement par une augmentation de la force musculaire, mais aussi par une plus faible perte de force. L'émulation rend la main gauche plus forte que la main droite sans émulation.

Complétant les expériences au dynamomètre (pression manuelle) des expériences de traction verticale ont été réalisées. L'instrument employé se composait d'une barre de fer maintenue sous les pieds et à laquelle était attachée une chaîne terminée par un dynamomètre. Chaque élève fait trois tractions. Ils sont appelés par groupes de 10 et l'on annonce le chiffre atteint à haute voix, ce qui produit une certaine émulation. Voici la moyenne de cette série d'expériences :

Traction verticale. Expériences sur 37 enfants de douze à quatorze ans. Moyenne de trois épreuves.

Maximum......	131 kilogrammes.
Minimum......	56 —
Moyenne.......	77 —

La moyenne des forces de pression manuelle avait été de 20 kilogrammes; la force de traction est donc pour des enfants de cet âge quatre fois plus élevée que la force de pression de la main droite. Sur 37 enfants, 30 ont atteint un chiffre plus élevé à la seconde traction qu'à la première. Ce fait s'explique par l'adaptation à l'instrument et par la non-importance de la fatigue produite par un travail auquel un grand nombre de muscles participent.

Des expériences sur la force de fond ont encore été réalisées par les auteurs à l'aide de l'ergographe et des exercices à la corde lisse.

Expériences à l'aide de l'ergographe (modifié par Binet-Vaschide). Chaque élève soulève un poids de 2 kilogrammes, quarante fois par minute suivant les battements d'un métronome. Voici les moyennes :

Nombre moyen de flexions ergographiques faites par 40 enfants de douze ans soulevant un poids de 2 kilogrammes.

Maximum...........	102
Minimum...........	0
Moyenne............	35,53

Nombre moyen de flexions faites par 40 enfants répartis en quatre groupes.

Premier groupe..........	57,50
Deuxième groupe........	39,50
Troisième groupe........	30
Quatrième groupe........	12

Expériences à la corde lisse. Le grand défaut de ces expériences est que l'on ne peut coter justement les élèves trop faibles pour faire une seule brassée. La corde mesurait 3m90; l'enfant l'empoignait environ à une hauteur de 2 mètres; la longueur d'ascension qui lui restait à faire, à la force des bras, sans le secours des jambes, était donc environ de 1m90. Les enfants peuvent être répartis en quatre groupes.

Le temps employé a été pour ceux qui se sont élevés jusqu'au haut de la corde treize secondes; jusqu'à la moitié de la corde de dix secondes; jusqu'au quart de la corde de neuf secondes.

Toutes ces épreuves faites, Binet-Vaschide ont cherché la corrélation qui existait entre elles. Nous indiquerons leurs principaux résultats.

La corrélation est établie entre les épreuves suivantes : dynamomètre main droite, traction verticale, petits points, ordre intellectuel, temps de réaction, mémoire des chiffres.

Dynamomètre. — Les sujets sont classés d'après leur premier chiffre de pression, main droite. La décroissance entre les sujets est très régulière. Elle s'accorde avec la décroissance dans les autres exercices physiques, et aussi, quoique avec moins de précision, avec les épreuves mentales.

Traction verticale. — Comme la force dynamométrique, s'harmonise avec les autres formes de la force musculaire.

Petits points. — Cette épreuve consiste à faire marquer par le sujet le plus grand nombre possible de petits points en un temps donné, cinq secondes par exemple. La conclusion des auteurs est que cette épreuve de vitesse « est moins dépendante du poids, de la taille et de la force musculaire » des sujets que l'épreuve du dynamomètre.

Ordre intellectuel. — Les renseignements sont

fournis par les professeurs. Il existe une corrélation régulière entre l'ordre intellectuel et la force musculaire.

Temps de réaction. — Les temps de réaction ne s'harmonisent ni avec l'ordre intellectuel, ni avec la force musculaire. Dans cette épreuve, la faculté essentielle de la vie mentale, l'attention, entre en jeu.

Mémoire des chiffres. — Cette épreuve, qui réellement nous permet une comparaison entre le physique et le mental, s'accorde très régulièrement avec l'ordre intellectuel et la force physique.

La conception romantique de l'intelligence est sensiblement modifiée. Les recherches de Binet et Vaschide ont pour la première fois mis en relief la question si importante de la corrélation des tests mentaux et physiques.

Nous n'avons retenu, pour ne pas sortir du cadre de cette revue, que les corrélations caractéristiques, fondées sur de nombreuses et diverses expériences. Des recherches très étendues ont aussi été entreprises par Carman (1). Mesurant la force musculaire de 1507 écoliers et leur résistance à la douleur au moyen de l'algomètre de Mac Donald, l'auteur arrive à ces conclusions : que les plus intelligents sont aussi les plus sensibles à la douleur et les plus robustes; que la douleur diminue avec l'âge, et que les filles sont plus sensibles que les garçons. Il est regrettable que Carman ne donne pas un compte rendu plus détaillé de ses intéressantes recherches.

De nouvelles expériences faites par Schuyten (2) dans les écoles publiques ont porté sur le développement de la force musculaire des écoliers au cours de l'année scolaire. Une première série d'expériences a été réalisée en faisant entrer en jeu l'émulation. Les enfants, garçons et filles, de deux écoles primaires supérieures, furent soumis aux expériences, d'octobre 1898 à juillet 1899, une fois par mois, vers le 15, entre deux et trois heures de l'après-midi. Nous reproduisons les principaux chiffres obtenus dans ces conditions.

Tableau des résultats généraux.

	Garçons.	Filles.	Filles et garçons ensemble.
Octobre 1898...	43,8	43,4	43,6
Novembre......	46,9	43,6	45,4
Décembre......	48,7	45,2	46,9
Janvier 1899....	49,1	45,3	47,3
Février........	51,0	48,6	49,7
Mars...........	49,0	48,1	48,6
Avril..........	51,5	48,1	49,9
Mai............	53,4	48,3	50,9
Juin...........	55,8	48,3	52,4
Juillet........	58,2	50,6	54,7

Le fait très net qui ressort de ces expériences est l'abaissement de la force musculaire au mois de mars. On doit remarquer aussi que les chiffres, d'octobre en juillet, exception faite pour le mois de mars, suivent un ordre régulièrement croissant.

Dans de nouvelles séries d'expériences, Schuyten précise le rôle joué par l'émulation. Les sujets furent selon l'âge répartis en trois groupes : 1° enfants de dix ans et neuf mois; 2° dix ans et huit mois; 3° dix ans et sept mois. Ils travaillaient, sans émulation, entre neuf et dix heures du matin, tous les jours, pendant la première quinzaine de chaque mois. Les expériences fournissent les résultats généraux suivants :

	Garçons.	Filles.	Filles et garçons ensemble.
Octobre 1901...	56,0	46,2	51,3
Novembre......	53,5	43,3	48,2
Décembre......	53,2	42,8	47,9
Janvier 1902....	53,9	43,4	48,4
Février........	52,8	44,1	48.3
Mars...........	*52,6*	*42,5*	*47,5*
Avril..........	53,8	48,8	49,2
Mai............	54,7	43,8	49,2
Juin...........	54,2	43,5	49,0

Les premiers résultats relatifs au mois de mars sont donc confirmés, les chiffres obtenus pendant ce mois étant sensiblement inférieurs à ceux des autres mois. Au lieu des courbes ascendantes d'octobre à juillet, on obtient dans ces expériences sans émulation des courbes très irrégulières.

Pour ce qui est des variations entre la force de la main droite et celle de la main gauche, la droite étant supposée égale à 10, voici les résultats obtenus :

Garçons : 10 — 9,18
Filles : 10 — 9,16

Si l'on compare ces chiffres avec ceux des premières expériences avec émulation :

Garçons : 10 — 9,2
Filles : 10 — 9,4

on constate que l'absence d'émulation s'est fait sentir des deux côtés du corps avec une même force et pour les deux sexes. Ceci devient très caractéristique si l'on compare les filles aux garçons, supposant la force des garçons, à droite et à gauche, égale à 10 :

	Droite.	Gauche.	Ensemble.
Expér. avec émulation.	10 — 8,2	10 — 8,4	10 — 8,3
Expér. sans émulation.	10 — 8,1	10 — 8,1	10 — 8,1

Schuyten conclut de l'examen des autres courbes à la supériorité musculaire des enfants dont les parents sont relativement riches sur ceux appartenant à des familles pauvres, et à la supériorité intellectuelle des enfants jouissant d'une plus grande force musculaire.

Les dernières recherches dont nous ayons à parler sont celles de Clavière (1). Elles sont d'un intérêt tout particulier en ce qu'elles portent sur le travail intellectuel ordinaire de nos lycéens. Avant ou après

(1) Carman. Citation de mémoire d'après notes incomplètes. Il nous manque la possibilité de compléter cette indication bibliographique.

(2) Dr. M. C. Schuyten. Over de tœname der Spierkracht bij kinderen gedurende het Scholjaar, *Paed. Jaarb.*, I, 1900, p. 1, et 1904, p. 118.

(1) F. Clavière. Le travail intellectuel dans ses rapports avec la force musculaire mesurée au dynamomètre, *Année psychologique*, 1900, p. 206-230.

la classe, avant ou après l'étude, Clavière mesurait par 15 pressions dynamométriques la force musculaire des élèves. Les professeurs et les répétiteurs donnaient leur appréciation sur l'attention et l'application des élèves pendant les heures de travail intellectuel et ces appréciations ont presque toujours été confirmées par les élèves eux-mêmes. Les expériences ont été faites sur 57 élèves, nombre duquel furent éliminés 9 élèves non suffisamment entraînés, 8 à cause d'erreur dans le fonctionnement du dynamomètre, 3 ne remplissant pas les conditions de travail voulues. Restent 17 observations se rapportant au travail de la classe et 20 au travail de l'étude.

Ces chiffres ont permis à Clavière de constater que le travail de classe entraîne une diminution moyenne de 0^k2 et celui de l'étude une diminution de 1^k9. L'élève en effet donne un plus grand effort intellectuel en étude qu'en classe.

L'auteur a été conduit à formuler les conclusions suivantes :

« 1° A un travail intellectuel intense et prolongé durant deux heures correspond une diminution notable et proportionnelle de la force musculaire mesurée au dynamomètre;

2° A un travail intellectuel moyen ne correspond aucun affaiblissement appréciable de la force musculaire;

3° A un travail intellectuel nul correspond une augmentation de force musculaire. »

IV

Tel est, du point de vue expérimental, l'état actuel de la question des rapports du travail musculaire et du travail mental, état d'ailleurs extrêmement pauvre. Les recherches expérimentales restent à faire. Nous avons vu les conclusions propres à chaque auteur. Sans vouloir conclure d'une manière générale et certainement prématurée, disons cependant que certains faits se dégagent de ces données expérimentales. C'est ainsi que le travail mental intense et prolongé semble amener un relâchement de la tonicité musculaire, et que d'autre part la force musculaire est la condition du travail mental. Pour être en possession de la nourriture intellectuelle nécessaire, la force musculaire est l'indispensable fondement. Il semble établi que, dans les classes, les meilleurs élèves sont aussi les plus forts. L'aspect paradoxal de cette proposition disparaît du reste si, comme le croit Mosso, il n'existe qu'une seule fatigue : la fatigue nerveuse.

BIBLIOGRAPHIE

ARESSLAR. Some Influences which affect the rapidity of voluntary movements, *Amer. Journ. of Psychol.*, IV, p. 514. — BERGSTRÖM. An experimental study of some of the conditions of mental activity. *Amer. Journ. of Psychol.*, VI, p. 247. — BINET et VASCHIDE. Une vingtaine de mémoires sur la fatigue physique, *Année psychologique*, IV, 1898, p. 1-306 ; — Expériences de force musculaire et de fond chez les jeunes garçons, *Année psychologique*, IV, p. 15-64. — BINET et V. HENRI. *La fatigue intellectuelle*, 1898, chap. VI, p. 167-197. — MC DOUGALL. The physical characteristics of attention, *Psychol. Review*, 1896, p. 158-180. — Ch. FÉRÉ. Les variations de l'excitabilité dans la fatigue, *Année psychologique*, VII, 1900, p. 69-82. — F. CLAVIÈRE. Le travail intellectuel dans ses rapports avec la force musculaire mesurée au dynamomètre, *Année psychologique*, 1900, p. 206-230. — F. Allen GILBERT. Researches upon School Children and College Students, *Studies on Psychology*, Iowa, 1897, p. 1-40. — HEINRICH. Die Aufmerksamkeit und die Funktion der Sinnesorgane, *Zeits. für Psychol. u. Physiol.*, vol. IX et XI. — HOCH und KRÆPELIN. Ueber die Wirkung der Theebestandheite auf kœrperliche und geistige Arbeit, *Psychol. Arbeiten*, 1896, I, p. 378-487. — HOLMES. The fatigue of a school hour, *Pedagogical Seminary*, III, 1895, p. 213-235. — HOUGH (T.). Ergographic studies in neuro-muscular fatigue, *Amer. of Physiol.*, 1901, V, 240-266. — JOTEYKO. Participation des centres nerveux dans les phénomènes de fatigue musculaire, *Année psychol.*, 1900, VII, p. 161-187. — KELLER. Pädagosgisch-psychometrische Studien, *Biol. Centralbl.*, 1894. — KEMSIES. Zur Frage der Ueberbürdung unserer Schuljugend, *Deuts. med. Wochens.*, 1896, 27. — KRÆPELIN. *Ueber geistige Arbeit*, Iena 1894 ; — *Zur Hygiene der Arbeit*, Iena 1894, 30 p. — LINDLEY. A preliminary study of some of the motor phenomena of mental effort, *Amer. Journ. of Psychol.*, VII, p. 491. — Ernest H. LINDLEY. Ueber Arbeit und Ruhe, *Psychol. Arbeiten*, III, 3, 482. — LOMBARD. Alterations in the strength which occureduring fatiguing voluntary muscular work, *Journ. of Physiology*, XIX, 1893. — A. MOSSO. Influence de la fatigue psychique sur la force musculaire, *Arch. ital. de biol.*, XIII, 1890 ; — *La fatigue intellectuelle et physique*, 1894 (Bibl. phil. contemp.), trad. franç. Langlois. — SACHNINE. *Etude sur l'influence de la durée du travail quotidien sur la santé générale de l'adulte*, Th. de Lyon, 1900. — SAUTESSON (C. G.). Nochmals über die Ermüdbarkest des Muskels und seiner motorischen Nervenendigungen, *Skand. Arch. f. Physiol.*, 1901, XI, 333-341. — M. C. SCHUYTEN. Over de tœname der Spierkracht bij kinderen gedurende het Scholjaar, *Paed. Jaarb.*, I, 1900, p. 1, et 1904, p. 118. — TREVES (Z.). Ueber den gegenwärtigen Stand unserer Kenntniss die Ergographie betreffend, *Archiv. f. d. ges. Physiol.* (*Pflüger's*), 1901, LXXXVIII, p. 67.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 21 JUIN 1905)

Plusieurs discussions s'enchevêtrent actuellement à la Société de chirurgie : la dégénérescence des moignons utérins après l'hystérectomie subtotale, le traitement chirurgical des luxations récidivantes de l'épaule, les lipomes périostiques, la conservation des ovaires dans le traitement chirurgical des annexites, les résections de l'intestin dans le cancer ou la tuberculose de cet organe, l'anesthésie par la scopolamine, toutes ces questions sont en discussion et ont été traitées dans cette séance.

Dégénérescence du moignon utérin après l'hystérectomie subtotale. — M. QUÉNU communique un cas dans lequel il a constaté, cinq ans après une hystérectomie totale, la dégénérescence de la cicatrice, ce qui tendrait à démontrer que même l'hystérectomie totale, tant vantée par M. Richelot, ne met pas toujours à l'abri de la dégénérescence cancéreuse de la cicatrice. M. Quénu, malgré les arguments plusieurs fois présentés par M. Richelot, reste partisan de l'hystérectomie subtotale.

M. RICHELOT apporte deux nouveaux faits de dégénérescence du col après la subtotale et continue, s'appuyant sur les mêmes arguments, à vanter les avantages de la totale, à laquelle il reste plus que jamais fidèle.

MM. FAURE et POIRIER viennent à leur tour défendre l'hystérectomie subtotale, comme plus facile, plus rapide, moins dangereuse que la totale.

Luxations récidivantes de l'épaule. — M. Ricard revient sur l'observation présentée par M. Picqué. Il reproche à son collègue d'avoir, dans sa première opération, eu recours au catgut. M. Ricard a toujours employé la soie plate et a toujours eu soin de charger une grande épaisseur de tissus dans ses points de suture.

Conservation des ovaires dans le traitement des annexites. — Nous arrivons à cette question délicate soulevée par M. Tuffier. M. Faure fait observer avec raison qu'il est parfois bien difficile, même le ventre ouvert et les organes sous les yeux, de distinguer un ovaire absolument sain, d'un ovaire malade ou même d'un ovaire douteux. Or, dans le doute, vaut-il mieux conserver ou vaut-il mieux enlever? Telle est la question que cherche à résoudre M. Faure. Il reconnaît que l'ablation d'un ovaire sain a le grand inconvénient de provoquer une ménopause prématurée; mais n'y a-t-il pas encore plus d'inconvénients à laisser un ovaire malade qu'on est obligé d'enlever secondairement? M. Faure pense que ces inconvénients sont plus considérables que de provoquer une ménopause prématurée. C'est pourquoi, dans l'espèce, il a plutôt des tendances radicales, et chaque fois qu'il n'est pas absolument certain de la parfaite intégrité de l'ovaire, il préfère l'enlever. La conduite à tenir, en pareil cas, est rendue difficile par la difficulté même d'un diagnostic très précis à l'œil nu.

Lipomes périostiques. — M. Lucas-Championnière revient sur la question des lipomes périostiques pour faire observer qu'on a confondu sous le même nom bien des affections différentes.

Résections intestinales. — M. Delbet fait connaître un procédé d'anastomose intestinale qu'il a employé dans un cas de tuberculose hypertrophique iléo-cæcale, qu'il a opérée chez un homme de quarante ans. Cet homme ayant un passé appendiculaire, on avait diagnostiqué une appendicite. M. Delbet fit donc l'incision latérale habituelle à travers le muscle droit; il commença par réséquer une partie d'épiploon adhérent, puis il se trouva en présence d'une volumineuse tumeur existant dans le cæcum lui-même; il diagnostiqua une tuberculose hypertrophique et fit la résection illéo-cæcale. La résection faite, il fit une suture par invagination dont il donne la description : l'iléon dilaté étant à peu près de même calibre que le côlon rétracté, il fit d'abord une suture circulaire totale, bout à bout; cela fait, il a poussé l'iléon dans le côlon, de manière à l'y invaginer; puis il a fait une suture au catgut, de chaque côté des bords du côlon replié aux bords de l'iléon rentrés dans le cæcum. Cette suture lui a paru la plus rapide et la plus sûre. Elle se trouvait facilement réalisable, dans ce cas, à cause du peu de différence du calibre des deux bouts de l'intestin à rapprocher. D'ailleurs, le résultat obtenu a été parfait.

M. Legueu a opéré, en 1901, un malade atteint de tuberculose iléo-cæcale hypertrophique. La résection a porté sur 27 centimètres d'intestin. Le résultat a été très bon. Chez un autre malade âgé de trente ans que M. Legueu a opéré en 1903, il s'agissait d'une adénopathie péricæcale. Il fit la laparotomie latérale, tomba sur une grosse masse de ganglions au milieu desquels se trouvait l'appendice, enleva les ganglions, réséqua l'appendice. L'examen histologique montra qu'il s'agissait de tuberculose. Quelque temps après, il intervint de nouveau; il y avait une large fistule de l'appendice; il fit alors une ablation complète de tous les tissus envahis, et fit ensuite un abouchement termino-latéral. L'examen de la pièce montra des lésions tuberculeuses du cæcum, une ulcération et de nombreux ganglions. C'était une forme ganglionnaire de tuberculose cæcale.

A propos de la suture que vient de décrire M. Delbet, M. Guinard fait observer qu'il a eu recours au même procédé dans les cas de gangrène herniaire. Il a donné à ce procédé le nom de tout-à-l'égout.

M. Routier trouve que la suture latérale se fait très rapidement.

M. Walther indique un procédé analogue et dont l'exécution est très simple.

M. Poirier ne comprend pas que l'on cherche un autre procédé de suture intestinale que la suture termino-terminale qui se fait si rapidement, si facilement. Pourquoi, dit-il, ces invaginations, quand la suture termino-terminale vous donne une sécurité absolue, même quand elle s'exerce sur des bouts d'intestin de calibre différent?

Anesthésie par la scopolamine. — M. Walther fait un rapport sur un travail de M. Desjardin relatif à l'emploi de la scopolamine associée au chloroforme. M. Walther a pratiqué 56 anesthésies par ce procédé mixte. Il faut faire aux malades qui doivent être opérés une injection sous-cutanée d'un centimètre cube d'une solution contenant un milligramme de scopolamine et un centigramme de morphine. Le maximum du sommeil ainsi provoqué s'observe une heure après l'injection; le malade alors dort tranquillement. On lui administre du chloroforme à l'aide de l'appareil de Ricard et il passe ainsi sans la moindre secousse du sommeil de la scopolamine au sommeil du chloroforme. Il suffit de petites doses de chloroforme pour entretenir l'anesthésie; le sommeil est paisible, la respiration très régulière. On sait que la scopolamine a une action diurétique, très salutaire. On a signalé un seul inconvénient, la vaso-dilatation, qui peut favoriser les hémorragies. M. Walther n'a jamais été gêné par la moindre hémorragie au cours des opérations pratiquées avec ce mode d'anesthésie. Dans certains cas, il y eut des vomissements abondants.

M. Terrier apporte au débat sur ce sujet de nouvelles observations sur lesquelles nous reviendrons.

Nous arrivons aux présentations :

Ankylose du coude. — M. Quénu nous présente une jeune fille qu'il a guérie d'une ankylose complète du coude par interposition musculaire. Il s'est dans ce cas servi du triceps.

Corps étranger dans le cerveau. — Peu banale la présentation de M. Poirier : Une jeune fille de seize ans, sortant de l'école en tenant un crayon à la main, fait une chute, se relève et ne retrouve pas son crayon. Seconde chute d'apparence syncopale; on la mène chez un pharmacien qui l'envoie à l'hôpital Lariboisière où l'interne de M. Poirier la reçoit, l'examine attentivement, soupçonne une lésion cérébrale. En examinant les yeux, et en ouvrant les paupières qui étaient fermées, il trouve dans le coin de l'œil gauche un petit corps étranger; il cherche à le prendre avec une petite pince, n'y parvient pas; prend une pince de Kocher et, en exerçant une certaine traction, il extrait le crayon qui, par l'œil, avait pénétré dans le cerveau. A l'aide d'un crâne, M. Poirier montre le chemin qu'a dû parcourir le crayon. Jusqu'ici cette enfant ne présente aucun trouble cérébral. Mais M. Poirier fait des réserves pour l'avenir, au point de vue d'un abcès possible.

Appendicite. — M. Villemin montre un appendice enlevé à froid qui, dans une crise d'appendicite, avait subi une véritable amputation spontanée.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

LA NEURASTHÉNIE

Les mémoires récents sur la neurasthénie des ouvriers, qui viennent d'être publiés en Allemagne par MM. Leubuscher et Bibrowicz et en France par M. Iscovesco, montrent que cette maladie, tout comme l'hystérie, frappe non seulement les classes aisées, mais encore les milieux plus modestes.

Le traitement de la neurasthénie est donc à l'ordre du jour. L'hygiène morale, les sports, et quelques médicaments — glycérophosphates, lécithine, cacodylates — constituaient jusqu'ici le traitement de choix. Les derniers essais cliniques du professeur Huchard sur l'ibogaïne font espérer que ce nouveau médicament est appelé à rendre d'utiles services dans le traitement de la neurasthénie et des atonies nerveuses. On l'administre à la dose de 10 à 30 milligrammes par jour, ou sous forme de dragées Nyrdahl à base d'ibogaïne (2 à 4 par jour), d'après la formule donnée par le docteur Landrin.

ANALYSES

MEDECINE

De l'eau de mer et du sérum artificiel chez le nouveau-né. (Gabriel LACHÈZE. Th. de Paris.) — Depuis la publication du livre de M. Quinton, assistant au Collège de France, sur *L'eau de mer milieu organique*, les travaux se multiplient sur les applications thérapeutiques de l'eau de mer.

La très intéressante thèse que M. Lachèze vient de publier envisage un des côtés et non le moins intéressant de la question qu'étudiaient dans notre dernier numéro MM. Robert-Simon et Quinton (1).

Il résulte du travail de M. Lachèze :

1° Qu'à l'état normal ou pathologique chez le nouveau-né la médication saline, qu'on l'emploie sous forme de sérum artificiel en injections sous-cutanées, sous forme de chlorure de sodium ingéré dans un peu d'eau bouillie avant la tétée (Nobécourt et Vitry) ou sous forme de bouillon de légume salé (Méry) remplaçant momentanément l'alimentation par le lait, dans tous ces cas, cette médication exerce la plus profonde influence sur la nutrition de l'enfant, et en particulier sur l'augmentation de son poids.

2° Que cette action puissante est due à ce fait, que nous avons une origine marine, et qu'il y a identité entre notre « milieu vital » et l'eau de mer (Quinton); que si les 0,84 des sels de cette dernière sont du chlore et du sodium, elle contient encore, en proportions diverses, une foule d'autres éléments rares, décelés aussi dans notre organisme, dont l'action doit être prise en considération, et qu'une solution de chlorure de sodium à 7 p. 1000 est incapable de produire. Qu'en conséquence, l'eau de mer semble devoir remplacer dans le plus grand nombre de cas le sérum artificiel.

3° Que les plus belles indications de ce traitement, que l'on peut assimiler aux médications opothérapiques, sont :

a. La débilité congénitale des prématurés;

b. Les troubles gastro-intestinaux des nourrissons, causes de leur dénutrition et par suite de leur diminution de poids;

c. Tous les cas en un mot, où la vitalité de l'enfant est affaiblie par une affection aiguë, broncho-pneumonie par exemple, et où sa résistance est sur le point de sombrer.

4° La voie hypodermique est absolument de choix. Les injections seront faites de préférence dans la région sus et sous-épineuse de l'omoplate.

Elles seront :

a. Pour le sérum artificiel, de 10 à 15 centimètres cubes d'une solution de chlorure de sodium à 7 p. 1000, tous les deux jours seulement, si le traitement doit être long. Tout antiseptique, quel qu'il soit, acide phénique surtout, sera rigoureusement exclu de cette solution.

b. Pour le sérum marin, on se servira d'une eau de mer pure, captée au large, par un temps calme, à dix mètres de profondeur, ramenée à l'isotonie par l'addition de 2/3 d'eau de source, le tout stérilisé à froid au filtre Chamberland. On injectera de 5 à 20 centimètres cubes suivant l'âge de l'enfant, et on attendra trois jours pour renouveler l'injection.

L. GAYARD.

Résurrection du cœur. La vie du cœur isolé. Le massage du cœur, par le docteur Maurice D'HALLUIN (2). — L'auteur, chargé des travaux pratiques de physiologie à la Faculté libre de médecine de Lille, a consacré de nombreuses expériences à étudier la question de la reviviscence du cœur.

Il expose dans son ouvrage tout l'historique de cette importante question, les procédés qu'il a employés à son tour, et enfin le résultat de son expérimentation. Voici le résumé de ses conclusions.

Les recherches de l'auteur, qui montrent la résistance considérable du myocarde, ont porté sur des cœurs de chiens tués de diverses façons et sur des cœurs d'enfants morts peu après leur naissance. Chez le chien après vingt-deux heures trente minutes on ne pouvait plus ranimer les mouvements rythmiques des ventricules alors que les oreillettes restaient vivaces jusqu'à vingt-quatre heures trente minutes après la mort. Avec des cœurs d'enfants on obtenait encore vingt-heures après la mort des contractions rythmiques ventriculaires et des battements énergiques des oreillettes au bout de quarante-deux heures.

Le cœur, même celui des mammifères, peut être maintenu en activité au moyen d'un sérum artificiel à condition que celui-ci renferme des sels de calcium.

Si immédiatement après la mort on parvient à ranimer l'activité du cœur, on peut par des moyens artificiels rappeler le sujet à la vie, pourvu qu'il n'y ait pas de lésions matérielles incompatibles avec cette dernière.

Le massage du cœur est une excellente méthode de restauration des fonctions cardiaques; il est très aisé à pratiquer par la voie sous-diaphragmatique au cas de syncope au cours d'une laparotomie et la rapidité de l'intervention augmente les chances de succès. Peut-être même pourra-t-on arriver au même résultat dans les cas de mort accidentelle.

Le massage du cœur agit surtout en réalisant une véritable circulation artificielle à travers l'organisme et principalement à travers les vaisseaux coronaires.

L'obstacle principal à la reprise des contractions rythmiques du myocarde réside dans les trémulations fibrillaires du cœur. Les injections intraveineuses de chlorure de potassium et l'application directe sur le cœur d'un courant de 240 volts ont permis de les faire cesser et de résoudre le problème de la réviviscence. A. GAULLIEUR L'HARDY.

CHIRURGIE

Pseudarthrose de la jambe chez un enfant; échec de la suture osseuse. (BAUBY. Soc. anat. clin., *Toulouse méd.*, 1er mai 1905, n° 9.) — Un enfant quelque peu rachitique glisse en jouant et se casse la jambe gauche. Un appareil d'immobilisation laissé pendant trente jours ne donne aucune consolidation. Une suture osseuse, faite dix mois après, reste sans effet. Depuis lors, le membre fracturé reste court et atrophié, le squelette est très grêle et les muscles réagissent faiblement à l'excitation électrique. Aujourd'hui, l'enfant a cinq ans et il se sert de béquilles.

L'auteur, peu disposé à faire une nouvelle intervention, fait des injections de chlorure de zinc au 10e dans le foyer de pseudarthrose, donne du corps thyroïde, prescrit un traitement et fait fabriquer un appareil de marche. L. GAYARD.

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 70, p. 831.
(2) 1 vol. de 187 p. avec 22 dessins et 6 pl. hors texte. — Paris, Vigot frères; Lille, veuve A. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 72. — MARDI 27 JUIN 1905. 78e ANNÉE. MARDI 27 JUIN 1905. — N° 72.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Les gastrorragies, par Maurice Soupault.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Société médicale des hôpitaux.
Société de biologie.
FORMULAIRE
Pommade analgésique, hémostatique et antiseptique.
LIVRES NOUVEAUX
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Deuxième concours de chirurgie.* — Épreuve clinique :

Séance du 24 juin 1905. — MM. Alexandre, 16; Labey, 17; Wiart, 13.

La prochaine séance aura lieu le mardi 27 juin, à cinq heures du soir, à l'hôpital Beaujon.

Répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes en pharmacie pour l'année 1905-1906. — MM. les élèves internes en pharmacie actuellement en fonctions, et ceux qui seront nommés à la suite du dernier concours sont prévenus qu'il sera procédé, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49, à leur répartition dans les divers établissements hospitaliers, pour l'année 1905-1906, le mercredi 28 juin 1905, à deux heures.

MM. les élèves devront se présenter eux-mêmes pour retirer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements. Ils seront appelés dans l'ordre de leur réception au concours.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Un concours pour neuf places d'interne en médecine aura lieu le 2 octobre 1905.

Un concours pour soixante places d'externe en médecine aura lieu le 3 octobre 1905.

Un concours pour deux places d'interne en pharmacie aura lieu le 23 octobre 1905.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux — Le docteur Paul Lande est nommé après concours chef de clinique médicale, et M. le docteur Pierre Nadal, chef de clinique adjoint.

GUERRE. — Sont promus médecins-inspecteurs, MM. les médecins principaux de première classe Poignon, directeur du service de santé du 13e corps; Bénech, directeur du service de santé du 20e corps; Chavasse, professeur à l'École d'application du service de santé; Fluteau, adjoint au directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris.

MM. les médecins-inspecteurs Poignon et Bénech sont maintenus dans leurs fonctions actuelles.

M. le médecin-inspecteur Chavasse est nommé directeur du service de santé du 1er corps d'armée.

M. le médecin-inspecteur Fluteau est nommé directeur du service de santé du 16e corps d'armée.

Ve CONGRÈS PÉRIODIQUE INTERNATIONAL D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE (Saint-Pétersbourg, 11-18 septembre 1905). — Nous recevons du comité d'organisation la communication suivante :

Le Comité, réuni en séance extraordinaire, tenant compte des appréhensions émises par un grand nombre de membres du Congrès et se rendant à leurs arguments, a statué, avec l'autorisation de S. M. l'empereur, de porter à la connaissance des intéressés, qu'en vue du désir exprimé par les membres, le Ve Congrès international d'obstétrique et de gynécologie, devant avoir lieu à Saint-Pétersbourg en septembre 1905, est remis à un an.

Par suite de quoi toutes les dates, indiquées dans le règlement ci-joint, sont transférées conformément à la nouvelle date du Congrès.

Les questions et rapports mis à l'ordre du jour sont virtuellement maintenus au programme, le comité se réservant de faire connaître aux intéressés les modifications qui pourraient y être apportées.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS-INSPECTEURS DES ÉCOLES DE LA VILLE DE PARIS. — La prochaine réunion de la Société aura lieu à la mairie du IVe arrondissement (salle de conférences), le jeudi 29 juin 1905 à huit heures et demie du soir.

Ordre du jour : 1° Communication du président; 2° Compte rendu du Congrès d'hygiène scolaire; 3° Communication de M. le docteur Vauthier sur les moyens propres à empêcher la propagation de la tuberculose dans les écoles; 4° Participation de la Société au Congrès de la tuberculose, etc.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale expérimentale et clinique. — (N° 167, 10 juin 1905.) J. BELOT : De l'importance du dosage et de la méthode dans le traitement radiothérapique de quelques affections néoplasiques. — ACUNA : Modifications hématologiques observées dans les leucémies spléno-médullaires sous l'influence de la radiothérapie.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLII, n° 23, 8 juin 1905.) Arthur Tracy CABOT : Observations de calculs urétéraux. — John H. CUNNINGHAM : Les cas de calculs du rein et de l'uretère au Boston City Hospital. — Hugh CABOT : Résultats des interventions pour calculs du rein au Massachussets general Hospital de 1897 à 1904 inclusivement (avec 4 figures). — Benjamin TENWEY : Le diagnostic des calculs du rein et de l'urètre. — H. F. HEWES : Les points du diagnostic des calculs du rein qui peuvent être tirés de l'examen de l'urine.

Bulletin médical. — (N° 48, 21 juin 1905.) PINARD : Des interventions intra-utérines pendant les suites de couches. — (N° 49, 24 juin.) Ch. METZGER : Le syndrome de la colique appendiculaire larvée. — LÉVY-BING : Des moyens de coloration du spirochaete pallida. — ARNOZAN : La réforme de l'agrégation. — NOEL : Le projet de loi de M. Dumont.

Écho médical du Nord. — (N° 25, 18 juin 1905.) E. FRANÇOIS : Etat actuel de la question d'ankylostomiase dans la région du Nord. — A. BONN : Le lait consommé à Lille.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. (N° 25, 18 juin 1905.) BRANDEIS : L'urine des parkinsoniens. — E. GINESTOUS : Procédé nouveau de détermination de l'inclinaison de l'axe d'un verre cylindrique. Le cylindro-axomètre.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 25, 18 juin 1905.) W. DUBREUILH et P. MAGNE : La trichotillomanie. — MONGOUR : Rapports du foie et du diabète. — DE BATZ, BOURDIER et G. BEAURE : Recherche de la tuberculose et de la prétuberculose dans la population scolaire d'Arcachon (d'après la méthode de Grancher).

Journal des praticiens. — (N° 25, 24 juin 1905.) Paul RECLUS : Pommade analgésique, hémostatique et antiseptique.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 23, 10 juin 1905.) LAVRAUD : Paralysie de la corde vocale gauche et de la moitié gauche du voile du palais. — AUGIER et LEPOUTRE : Tumeur mixte du testicule d'origine wolfienne. Récidive abdominale. — (N° 24, 17 juin.) M. D'HALLUIN : Vingt et un cas de massage direct du cœur chez l'homme. — DERVAUX : Syphilis secondaire tardive méningo-corticale, cardiaque, hépatique et cutanée.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 25, 22 juin 1905.) BAYET : Le spirochaète de la syphilis.

Lyon médical. — (N° 25, 18 juin 1905.) Paul COURMONT : Aphasie et mutisme hystériques. — E. CLÉMENT : Les capsules surrénales sécrètent-elles de l'acide formique ? — A. POLLOSSON et H. VIOLET : Sur l'anatomie pathologique des kystes dermoïdes de l'ovaire.

Marseille médical. — (N° 12, 15 juin 1905.) ODDO : Maladie de Recklinghausen (*fin*). — QUEIREL : De l'ophtalmie des nouveau-nés.

Médecine moderne. — (N° 25, 21 juin 1905.) MAUCLAIRE : Abcès froids tuberculeux, injections modificatrices en position déclive.

Nord médical. — (N° 257, 15 juin 1905.) LEMOINE : Traitement de l'insomnie. — G. CARRIÈRE : Sur un cas de rhumatisme chronique chez l'enfant. — VANVERTS : Plaidoyer en faveur du procédé de la compresse de flanelle pour l'administration du chloroforme. — PAUCHET : Chloroformisation. Appareil ou compresse.

Pédiâtrie pratique. — (N° 12, 15 juin 1905.) NOGUÈS et SIROL : Un cas de myopathie primitive progressive. — HOUBOTTE : A propos d'une gynécomastie. — René SAND : Un cas de myotonie fruste et intermittente.

Presse médicale. — (N° 49, 21 juin 1905.) DENIKER et DÉZARNAULDS : Des fractures supra-condyliennes de l'humérus chez l'enfant. — (N° 50, 24 juin.) Georges LUYS : La cystoscopie à vision directe. — René DE GAULEJAC : Nouvelle pathogénie des varices.

Revue générale des sciences pures et appliquées. — (N° 11, 15 juin 1905.) HADAMARD : Réflexions sur la méthode heuristique. — A. DE ROMEU : L'industrie des abrasifs et le corindon. — L. FRÉDÉRICQ : Revue annuelle de physiologie.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 23, 10 juin 1905.) A. CARTAZ : Paralysie bilatérale par compression cicatricielle du récurrent à la suite de thyroïdectomie. — (N° 24, 17 juin.) SEIFERT : Sur les abcès du lobe frontal d'origine nasale.

Revue neurologique. — (N° 11, 15 juin 1905.) SABRAZÈS et BOUSQUET : A propos d'un cas d'allochirie sensorielle. — P. ROY et R. DUPOUY : Amnésie localisée rétro-antérograde ayant débuté brusquement par un ictus chez un paralytique général.

Revue scientifique. — (N° 23, 10 juin 1905.) MAUCLAIRE : Ablations chirurgicales et complètes d'organes importants. — L. FREDEY : Les théories du changement. — Marcel BAUDOUIN : Les parasites de la sardine. — (N° 24, 17 juin.) Albert BAZIN : Théorie et imitation du vol à voile. — Charles VALENTINO : L'admissibilité des tuberculeux au mariage. — Ph. TISSIÉ : L'évolution de l'éducation physique en France et en Belgique. — (N° 25, 24 juin.) Charles R. EASTMAN : Anaximandre, le premier des précurseurs de Darwin. — A. BAZIN : Théorie et imitation du vol à voile (*fin*).

Semaine médicale. — (N° 25, 21 juin 1905.) MARINESCO : Tétanie d'origine parathyroïdienne.

Tribune médicale. — (N° 24, 17 juin 1905.) MAUCLAIRE : Ablation d'un épithélioma du testicule avec toute la gaine des vaisseaux spermatiques. — OPPENHEIM et LAUBRY : Les grandes indications du traitement de la tuberculose pulmonaire.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 11, 15 juin 1905.) DIDIER : Cancer du poumon.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité théorique et pratique des maladies de l'enfance, par le docteur F. CRIADO Y AGUILAR, professeur du cours des maladies de l'enfance à la Faculté de médecine de Madrid. In-8° de 1000 p. — Prix : 15 francs. — Paris, O. Doin.

Thérapeutique aérienne antiseptique, par le docteur René COUETOUX (du Mans). Conférence faite à l'Association des dames françaises le 20 mars 1905. In-8° de 36 p. avec fig. — Prix : 1 franc. — Paris, O. Doin.

LES GASTRORRAGIES

Par Maurice SOUPAULT,
Médecin des hôpitaux de Paris (1).

On désigne sous ce nom les hémorragies issues des vaisseaux des parois gastriques.

Variétés cliniques de la gastrorragie. — Selon la façon dont le sang s'épanche dans l'estomac, le tableau symptomatique est très variable.

Souvent le sang est rejeté au dehors, soit par la bouche (hématémèse), soit par l'anus (melæna). Parfois il est retenu dans l'estomac et résorbé par l'intestin sans apparaître à l'extérieur.

Lorsque l'hémorragie est abondante, on note l'existence de troubles généraux (troubles circulatoires, anémie, affaiblissement), qui n'existent pas lorsque la quantité de sang perdue est de faible volume.

Nous examinerons successivement les différents cas qui peuvent se présenter.

Une petite hémorragie se produisant accidentellement, comme par exemple sous l'influence d'un traumatisme externe ou interne, passe souvent absolument inaperçue. Elle n'a aucune conséquence locale ou générale.

Petites hémorragies répétées sans issue de sang à l'extérieur. — Quand l'écoulement de sang se fait dans l'estomac en petite quantité à la fois, mais se répète souvent et pendant longtemps, sa présence ne se manifeste souvent que par des symptômes généraux plus ou moins intenses, consistant principalement dans un état anémique dont les conséquences sont la décoloration de la peau et des muqueuses, l'appauvrissement du sang en hémoglobine et en globules rouges, des phénomènes d'asthénie générale avec ou sans tendance aux lipothymies et aux syncopes, l'existence d'une hypotension artérielle et de souffles vasculaires toujours liés aux troubles circulatoires. Lorsqu'on rencontre une anémie quelque peu prononcée chez un gastropathe, il faut toujours penser à étudier avec soin l'état de l'estomac.

Si la gastrorragie est abondante, elle peut déterminer la mort subite, sans que le sang soit rejeté au dehors, mais il en est très rarement ainsi, et seulement quand un gros vaisseau voisin de l'estomac (l'artère splénique le plus souvent) est ulcéré. Dans presque tous les cas d'hémorragie abondante le sang est expulsé par la bouche ou par l'intestin sous forme d'hématémèse ou de melæna.

Hématémèse. — L'hématémèse est le rejet par la bouche du sang venant de l'estomac. Selon les cas, le liquide rejeté est d'apparence différente. Souvent il est rejeté en nature : liquide ou coagulé, de couleur normale un peu foncée; il est facilement reconnaissable, qu'il soit pur ou mélangé à des aliments.

Mais le sang vomi peut être modifié par les sucs digestifs avec lesquels il est resté en contact : selon son abondance et le temps qu'il a séjourné dans l'estomac, son aspect est altéré plus ou moins fortement; sa couleur est brune comme du marc de café, grise comme de la suie délayée, ou noire comme de l'encre. En général, le sang ainsi modifié dans son aspect est peu abondant. On le voit souvent sous forme de taches ou de filaments muco-sanguinolents, plus ou moins abondants et confluents, collant au vase ou flottant au milieu de mucosités pures ou mélangé de résidus alimentaires. D'ordinaire le sang plus abondant est plus intimement mêlé au suc gastrique et lui donne une coloration uniforme : celle-ci d'ordinaire est assez foncée, mais elle peut rester assez claire par suite de son extrême dilution; dans l'un et l'autre cas, en laissant reposer le liquide sanguinolent, il se dépose souvent au fond du vase une poudre brune comparée assez justement à du marc de café.

Diagnostic de l'hématémèse. — Il se peut qu'on puisse méconnaître l'existence de sang dans les vomissements, quand celui-ci est fortement altéré. Le sang peut être confondu avec des substances alimentaires ou médicamenteuses; en cas de doute, il faut se livrer à une enquête minutieuse sur les ingesta pris soit récemment, soit plusieurs jours auparavant, et recourir, si le doute persiste, aux réactions caractéristiques du sang.

Quand on a bien nettement reconnu l'existence du sang, il faut rechercher s'il provient d'une gastrorragie ou s'il a une autre origine. Ce n'est guère que lorsque le sang est rouge qu'on a à se poser cette question, car lorsque l'hématémèse est composée de matières noirâtres, il est tout à fait exceptionnel qu'elle ait pris naissance au-dessus de l'estomac.

Le sang rouge peut provenir d'une épistaxis, d'une stomatorragie, de ruptures vasculaires de l'arrière-gorge, d'une hémoptysie.

L'*épistaxis* est d'ordinaire facile à distinguer par suite de l'écoulement du sang à la fois par les narines et par la bouche, et par l'examen du pharynx qui permet de voir des traces de sang dans l'arrière-nez.

On reconnaîtra que *le sang vient de la bouche* par l'examen de ses différentes parties constituantes et en particulier des gencives et des alvéoles dentaires.

Le sang venant de l'arrière-gorge forme d'ordinaire des taches ou des filets rougeâtres communiquant au liquide salivaire auquel il est mélangé une coloration rose plus ou moins foncée.

On a décrit sous le nom d'*hémosialémèse* [Josserand (de Lyon)], ou de *pituite hémorragique* (Mathieu) des vomissements sanguinolents venant de l'œsophage. Il sont en général peu abondants, du volume d'un demi-verre au plus, ressemblant soit à du sirop de groseilles, soit à du sirop de ratanhia dilué. On les rencontre presque exclusivement chez les hystériques. Ils sont faciles à reconnaître pour qui les a vus, ou même seulement pour qui en est prévenu.

L'hémoptysie présente des caractères spéciaux : le sang est rutilant, mousseux, comme battu d'air; il est moins souvent en caillot; il provoque de la toux

---

(1) Ce travail forme un des chapitres du *Traité des maladies de l'estomac* que le regretté Soupault achevait quelques jours avant sa mort si imprévue.

Cet important ouvrage auquel ont collaboré MM. Hartmann, Linossier, Cautru, Gourin, Delherm, Binet, Fariset et Salignat, paraîtra dans quelques jours à la librairie Baillière.

en même temps que des efforts de vomissement, enfin l'expulsion des substances sanglantes se prolonge en s'affaiblissant pendant plnsieurs jours : les commémoratifs et souvent l'auscultation directe indiquent chez les malades qui rendent le sang l'existence de lésions pulmonaires. N'empêche que souvent le diagnostic est fort embarrassant et peut rester très longtemps en suspens. L'existence du melæna est toujours fort importante à rechercher dans ces cas et tranche souvent le diagnostic en faveur de l'hématémèse.

Melæna. — On donne le nom de *melæna* à l'évacuation du sang par les garde-robes. Le sang provenant de l'estomac a toujours une coloration foncée. Plus ou moins intimement mélangé aux selles, il leur communique une coloration noirâtre; il a souvent l'aspect de suie ou de poix, ou encore de marc de café. Quand il est abondant, il est rendu sous forme de selles demi-liquides, poisseuses, ayant l'apparence du goudron ou du résiné; mais s'il est en quantité moins grande, il forme une poussière ou des conglomérats brunâtres plus ou moins intimement mêlés à des matières solides ou demi-solides. Aussi, pour bien étudier les selles suspectes de contenir du sang, on doit d'abord les délayer dans l'eau, puis en faire des examens microscopiques ou chimiques qui pourront seuls permettre de différencier le sang des substances médicamenteuses, notamment des sels de bismuth.

Phénomènes généraux accompagnant les gastrorragies. — Les hématémèses et les melæna s'accompagnent parfois de phénomènes généraux assez intenses. En général, il faut pour cela que la quantité de sang soit relativement abondante. Les hématémèses à sang rouge s'en compliquent souvent, tandis que les hématémèses à sang noir s'en accompagnent exceptionnellement; de même les melæna poisseux, goudronneux, diarrhéiques sont seuls annoncés par des phénomènes syncopaux qui ne se rencontrent guère lorsque le sang est mélangé en petites quantités aux matières. Quoi qu'il en soit, les phénomènes généraux qu'on observe sont d'abord, un peu avant l'hémorragie ou au moment même où elle se produit, des vertiges, des éblouissements et des lipothymies qui souvent peuvent aller jusqu'à la syncope, des sueurs froides, de la pâleur cadavérique des téguments, de la rapidité du pouls. Après l'hémorragie, le malade reste pâle, avec la peau et les muqueuses décolorées, affaibli à l'extrême, se plaignant de phénomènes d'anémie cérébrale, étourdissements, éblouissements, teintements d'oreille, parfois de battements de cœur et d'oppression, etc. Cet état se prolonge souvent assez longtemps après le raptus hémorragique; pendant deux ou trois semaines au moins, lorsque la perte de sang ne se répète pas; au cas où elle se répète, même légèrement, les phénomènes s'aggravent et se prolongent indéfiniment; chaque nouvelle hémorragie, même quand elle ne se manifeste pas au dehors, se signale par des phénomènes identiques à ceux du début : lipothymie, syncope, vertiges, sueurs froides. Naturellement, l'auscultation permet de constater des souffles cardiaques et vasculaires souvent très prononcés, et l'étude de la pression artérielle permet de constater une hypotension très marquée.

Bénignité des troubles locaux. — En opposition avec l'existence de ces troubles généraux toujours assez marqués, nous devons signaler l'absence ou tout au moins la bénignité des troubles locaux. Les sensations engendrées par la gastrorragie et par l'ulcération qui l'a produite sont nuls ou à peu près. A peine peut-on signaler, quelques heures ou plutôt quelques jours avant l'émission du sang, une sensation de plénitude dans l'estomac, ou une chaleur à l'épigastre avec sensation d'oppression et d'angoisse. Il est fréquent, chez les individus qui souffrent habituellement de leurs digestions, de noter une exagération manifeste dans l'intensité des douleurs. Mais, ce qui est tout à fait remarquable et presque constant, c'est que l'hémorragie une fois produite, tous les troubles dyspeptiques s'amendent comme par enchantement et pendant une période souvent fort longue, pouvant se prolonger plusieurs mois, les malades ne souffrent plus. Cette accalmie très remarquable peut s'expliquer par ce fait que la saignée locale qui résulte de l'hémorragie diminue dans une forte mesure l'inflammation et la congestion de la muqueuse de l'estomac, causes prépondérantes des douleurs gastralgiques et des autres phénomènes gastriques.

Quant à l'examen objectif de l'estomac, on ne relève aucun trouble important; la recherche de la douleur à la pression est le plus souvent négative, à moins qu'il n'existe des lésions importantes de périgastrite; mais alors la sensibilité épigastrique ainsi que les autres constatations objectives ne sont pas du ressort de la gastrorragie, mais bien des complications qui accompagnent la lésion causale.

Le tableau morbide que nous venons de tracer est commun à presque toutes les gastrorragies tant soit peu prononcées, et qu'elle qu'en soit la cause.

Cependant, nous devons signaler comme une exception remarquable qu'il manque dans les gastrorragies des hystériques du moins dans la plupart des cas. On voit les malades de cette catégorie subir des pertes de sang extrêmement abondantes et souvent répétées avec une véritable indifférence. Nous en avons vu personnellement un exemple frappant : une malade très franchement hystérique vomissait toutes les semaines environ une demi-cuvette de sang; elle avait en plus des hémorragies rénales, des crachats franchement sanglants, des pertes de sang par le sein et par l'oreille, enfin des menstrues très abondantes qui se prolongeaient huit à neuf jours; malgré cette soustraction formidable de sang par toutes les voies, nous n'avons jamais noté aucune altération de sa santé générale ou locale : jamais la malade ne s'est plainte de douleurs d'estomac, jamais nous n'avons constaté de souffles vasculaires, d'anémie, de petitesse de pouls, etc.; bref, les hémorragies n'ont eu aucune conséquence. Il est assez difficile d'expliquer les faits de ce genre, qui, cependant, ne sont pas absolument exceptionnels.

Marche et pronostic des gastrorragies. — La marche, l'évolution, la durée des phénomènes morbides liés aux gastrorragies sont très variables selon

les cas, influencés par une foule de circonstances dont les principales dépendent de la lésion causale. Les petites hémorragies, insignifiantes si elles sont peu fréquentes, prennent de l'importance par leur répétition et arrivent à créer un état d'anémie et de cachexie qui vient aggraver notablement la maladie dont elles dépendent. En cas d'hémorragies importantes, la marche et la durée des troubles morbides sont très variables selon les cas et pour ainsi dire impossibles à prévoir. Dans tel cas l'hémorragie, unique, déterminera un état d'affaiblissement considérable au moment de la crise, mais qui ne persistera pas, et permettra au bout de quinze à vingt jours le retour à la santé. D'autres fois, les hémorragies se répétant à courts intervalles entretiendront pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois un état d'anémie et d'affaiblissement extrêmes. Dans d'autres cas encore, les hémorragies seront inquiétantes non pas à cause de leur abondance et de leur persistance, mais en raison de leur répétition à intervalles rapprochés. On peut voir des malades avoir ainsi six, huit, dix crises hémorragiques en quelques années. Nous avons connu un malade ayant ainsi présenté quinze accès gastrorragiques en six ans; en général, ces hémorragies multiples sont dues à des lésions ulcéreuses, et plus particulièrement à des ulcères du duodénum, qui sont d'une façon très remarquable hémorragipares.

Quoi qu'il en soit, le pronostic de l'hémorragie gastrique est bénin.

Certes, il existe des exemples trop nombreux de gastrorragies mortelles, mais il est vraiment très frappant de voir avec quelle fréquence des individus littéralement saignés à blanc et laissés pour morts après une crise, arrivent à se rétablir du choc qu'ils ont subi. Il n'est pas un médecin qui n'ait été témoin de ces résurrections; et en résumé, on peut hardiment affirmer que, dans l'immense majorité des cas, l'hémorragie gastrique ne menace pas directement par elle-même la vie des malades qui en sont atteints.

En réalité, le pronostic de toute gastrorragie est essentiellement subordonné à la maladie dont elle dépend, et c'est à déterminer ces causes que le médecin doit s'appliquer pour formuler son jugement.

Etiologie, pathogénie, formes. — Une première cause relativement rare est le *traumatisme de l'estomac*. On peut surtout incriminer les *contusions directes* de la région épigastrique, qui sont cependant plus rarement qu'on ne serait tenté de le croire l'origine d'hématémèses ou de melæna, et les *plaies pénétrantes* de l'estomac. On a cité aussi des gastrorragies survenues à la suite d'un *effort*, d'un exercice de gymnastique. Dans un cas de Lucas-Championnière, une chute sur le dos a été suivie d'une forte hématémèse. Enfin, la muqueuse gastrique peut être ulcérée par l'usage d'un corps contendant ou coupant. Quelle que soit son origine, la blessure de l'estomac peut consister soit dans une contusion plus ou moins importante des parois gastriques, soit dans une déchirure. Dans le premier cas, le sang s'épanche dans la celluleuse et décolle la muqueuse sur une étendue variable; s'il est peu abondant, il se résorbe; mais s'il est en quantité notable, la muqueuse se sphacèle, donnant lieu à une escare qui se détache après un temps plus ou moins long. L'hémorragie en cas de contusion peut être retardée de quelques jours ou même d'une semaine ou deux; lorsqu'elle tarde plus longtemps, on peut l'attribuer non pas au traumatisme même, mais à la formation d'un ulcère créé à la faveur de la solution de continuité. Dans le cas de déchirure, le sang est rendu de suite; l'hémorragie peut être assez grave pour entraîner la mort; plus souvent l'épanchement de sang s'arrête, soit après une première hématémèse, soit après s'être prolongé plusieurs jours, ce qui est rare. Les hémorragies tardives sont plus graves que les hémorragies précoces, en raison des lésions stomacales qui les accompagnent et qui peuvent désorganiser l'estomac sur une large étendue. Dans l'un et l'autre cas, on peut voir se développer, à la suite d'une hémorragie traumatique, des symptômes indiquant l'existence d'un ulcère de l'estomac.

L'*ulcère rond* est la cause la plus fréquente du vomissement de sang. Celui-ci est d'importance variable, ordinairement assez abondant et composé de sang rouge. Exceptionnellement, le sang rendu est en petite quantité et noirâtre : il provient alors d'un ulcère chronique de vieille date. L'abondance et la répétition des hémorragies sont essentiellement variables suivant les cas et ne peuvent être prévues d'avance; on ne peut non plus en conclure de l'importance de l'ulcère. Dieulafoy a montré que de toutes petites lésions (*exulceratio simplex*) peuvent fournir autant de sang qu'un grand ulcère; cela dépend de la dimension des vaisseaux ulcérés, et de l'état de leurs parois, toutes choses dont on ne peut se rendre compte en clinique.

La gastrorragie d'ordre ulcéreux peut se montrer dans le cours d'une santé excellente, sans avoir été précédée d'aucun trouble dyspeptique récent ou ancien. C'est quand elle est le résultat d'un ulcère aigu, comme celui qui se montre chez les jeunes femmes chlorotiques, par exemple. C'est aussi quand cet ulcère s'est produit dans une région tolérante de l'estomac, loin des orifices. Lorsque l'hémorragie a pour cause un ulcère chronique, elle est précédée d'une série de troubles dyspeptiques plus ou moins graves et variables selon la localisation de l'ulcère et les lésions de voisinage qu'il a provoquées. Nous ne pouvons nous étendre sur ces points qu'on trouvera décrits en détail au chapitre traitant de l'ulcère de l'estomac.

Le pronostic de la gastrorragie d'origine ulcéreuse est en général bénin, même quand celle-ci est abondante et qu'elle se répète. La mort survient de suite si un gros vaisseau est ulcéré, mais si le malade survit quelques jours, on peut considérer la guérison comme probable.

Il y a lieu cependant de réserver le pronostic s'il existe de la fièvre. C'est là un point très important à étudier et qui, à notre avis, n'a pas suffisamment attiré l'attention des observateurs : vu les indications qu'il fournit, nous conseillons toujours de rechercher l'état de la température chez les malades atteints de gastrorragie. Les documents sur ce sujet

manquent presque totalement, et ce sont uniquement les résultats de notre propre expérience que nous donnons ici. En général, dans la simple gastrorragie, la température reste normale; lorsque la perte de sang est abondante, le thermomètre marque quelques dixièmes de degré au-dessous de 36°5 (T. rectale). Parfois il monte les jours suivants à 37°5 et exceptionnellement à 38 degrés (T. R.). Mais jamais cette température n'est dépassée lorsqu'il n'existe pas de complications. Cette légère élévation de la température, on l'attribue à la corruption du sang dans les voies digestives engendrant des fermentations anormales; en tout cas, elle est éphémère et ne dure guère qu'un jour ou deux au maximum. Si la fièvre persiste ou si elle s'élève au-dessus de 38 degrés (T. R.), il faut craindre des complications; dans ces cas, il existe presque toujours, associées à la rupture vasculaire cause de l'hémorragie, des lésions péritonéales plus ou moins graves, parfois des péritonites importantes qui s'annoncent par des phénomènes bruyants, dramatiques, mais souvent aussi par des péritonites évoluant à bas bruit, sans grande réaction locale, qui se bornent à provoquer un peu de hoquet, du ballonnement du ventre, quelques douleurs sous forme de coliques, un peu de refroidissement des extrémités, de la dyspnée, enfin une rapidité anormale du pouls qui d'ordinaire dépasse 100 et 110. Si on constate ces symptômes, il y a lieu de s'alarmer; d'ailleurs on ne tarde pas à voir l'état général décliner, l'intelligence s'obscurcir, et le malade tomber dans un état cachectique qui se termine rapidement par la mort. Nous avons eu, depuis que notre attention a été attirée sur ce fait, de nombreux exemples confirmatifs de cette opinion, et nous avons maintenant la conviction que toute hématémèse, faible ou abondante, coïncidant avec une température supérieure à 38 degrés et se maintenant plusieurs jours, comporte un pronostic très réservé.

Les gastrorragies ayant pour origine un ulcère de l'estomac peuvent s'éliminer à la fois par la bouche et par l'anus, mais le mélæna est d'ordinaire moins important que l'hématémèse. Quand on constate la proportion contraire ou que l'évacuation du sang par l'anus existe seule, il faut croire ou que la gastrorragie est peu importante, et alors le mélæna est peu intense, ou si celui-ci est très marqué, que l'ulcère siège au niveau du duodénum.

Le *cancer de l'estomac* provoque souvent aussi des gastrorragies. Le raptus hémorragique peut être abondant et se manifester par des hématémèses rouges ou du melæna abondant. Trousseau et Dieulafoy ont insisté sur les hématémèses abondantes prémonitoires du cancer. Elles se produisent quelquefois plusieurs années ou mois avant les phénomènes propres au cancer. Dieulafoy les compare aux hémoptysies prémonitoires de la tuberculose. Mathieu fait observer très justement que le cancer peut se greffer sur une cicatrice d'ulcère rond et que souvent c'est à cette dernière lésion qu'appartient ce syndrome hémorragique prémonitoire. Le cancer confirmé donne rarement lieu à d'abondantes hématémèses. Aussi le sang qui a séjourné un certain temps dans l'estomac avant d'être rendu est-il plus ou moins altéré, brun, couleur de cendre ou couleur d'encre. Parfois il est en si faible quantité qu'il colore seulement les matières rendues auxquelles il est mélangé en une teinte café au lait, un peu rougeâtre. En général, les gastrorragies du cancer sont faciles à attribuer à leur véritable cause par leur association avec l'anorexie, les troubles dyspeptiques associés à des altérations caractéristiques du chimisme gastrique (hypo et anachlorhydrie, présence d'acide lactique, mucosités abondantes), avec la déchéance générale de l'organisme caractérisée par l'amaigrissement, l'anémie, la perte des forces, etc.); enfin, parfois, la présence d'une tumeur dans l'épigastre ou dans les hypocondres vient lever tous les doutes.

La *gastrite ulcéreuse* est parfois suivie d'hématémèse et de melæna. On peut en distinguer deux variétés, suivant que les pertes de substance sont superficielles, ne dépassant pas les limites de la muqueuse (érosions gastriques), ou qu'elles sont plus étendues et plus profondes (ulcérations gastriques). Pour celles-ci, il est plus théorique que pratique d'établir une distinction avec l'ulcère rond de Cruveilhier : les conséquences cliniques de ces deux lésions sont à peu près les mêmes et, en ce qui concerne spécialement les gastrorragies, le tableau morbide est absolument semblable. De telles ulcérations peuvent se rencontrer dans les gastrites subaiguës des buveurs, des urémiques, des hépatiques, ou dans les gastrites aiguës qui compliquent les maladies infectieuses (fièvre typhoïde, pneumonie, etc.). Dieulafoy a insisté sur les gastrorragies des syphilitiques et Arloing sur celles des tuberculeux.

Quant aux érosions, elles fournissent une quantité de sang insignifiante qui est rejetée sous forme de taches ou de filaments brun noirâtre mélangés intimement à d'épaisses mucosités : rarement le sang est à l'état de pureté ou suffisant pour colorer les matières rejetées d'une façon uniforme.

Les gastrorragies sont fréquentes dans les *états infectieux* : elles sont le plus souvent bénignes, mais peuvent revêtir une grande intensité; elles se montrent soit au début de la maladie, dues à des troubles vaso-moteurs sans lésions du moins apparentes, soit à des ulcérations comme il a été déjà dit. Il est difficile d'en déterminer exactement le mécanisme. Nous ne saurions d'ailleurs aborder ici cette question de pathologie générale.

Dans toutes les *maladies du foie*, on observe des hématémèses avec une fréquence variable selon les différentes affections qui atteignent ce viscère : mais c'est surtout la cirrhose atrophique qui en fournit le chiffre de beaucoup le plus élevé. Les hémorragies gastriques sont dans cette affection d'intensité variable : souvent elles sont inquiétantes par leur abondance et leur répétition et il n'est pas rare qu'elles entraînent la mort. Elles simulent fort souvent l'hémorragie de l'ulcère et nous ne craignons pas d'affirmer que leur pronostic est plus grave. Le plus fréquemment elles sont dues à des varices perforées de l'œsophage ou de l'estomac, mais Debove et Courtois-Suffit ont montré que des vomissements de sang entraînant la mort peuvent se produire sans varices stomaco-œsophagiennes.

Enfin nous devons signaler les gastrorragies *d'origine névropathique*, celles des hémophiliques qui sont sans gravité et se font par d'autres voies en même temps que par l'estomac, celles des maladies du système nerveux central et en particulier du tabes qui sont d'ordinaire peu abondantes, composées de sang noir et qui se montrent au moment des crises douloureuses paroxystiques, celles enfin des hystériques. Nous avons déjà mentionné plus haut les particularités symptomatologiques très remarquables de celles-ci. Ajoutons qu'elles n'obéissent à aucune règle dans leur apparition, qu'elles peuvent être supplémentaires des règles ou en être indépendantes, les précéder ou les suivre, être uniques ou associées à d'autres hémorragies, se faire sans cause ou sous l'influence d'émotions, de traumatisme, d'indigestions, etc. Elles peuvent accompagner ou non des crises convulsives et se présenter chez des hystériques avérés, indéniables, ou chez des individus indemnes des stigmates habituels de la névrose. On les considère en général comme d'origine vasomotrice, ne reconnaissant pour cause aucune ulcération de l'estomac. Nous croyons pour notre part qu'on a une tendance à abuser de cette interprétation. Nous pensons, quant à nous, qu'une ulcération, et souvent l'ulcère rond de l'estomac, est presque toujours la base des gastrorragies, mais que, par suite de troubles congestifs et vaso-moteurs habituels aux hystériques, cette lésion fournit une quantité de sang plus abondante que chez les individus normaux : la névrose modifie d'une façon toute particulière les conditions de la circulation au niveau de l'ulcère et favorise les congestions et les flux hémorragiques.

TRAITEMENT. — *Traitement local.* — Le traitement des gastrorragies dépend de leur abondance, de leur cause, de leur durée, de leur répétition.

Quand les hémorragies sont abondantes, il est bon de n'user d'aucun moyen local interne. Il faut laisser le malade au repos absolu au lit, dans l'immobilité la plus complète, lui défendre de s'agiter, de parler, de s'occuper de quelque façon que ce soit. Il sera bon de lui maintenir des compresses froides ou de la glace sur le creux de l'estomac. Pour soulager sa soif, ordinairement vive, on lui fera rincer et gargariser fréquemment la bouche avec de l'eau simple ou de l'eau alcaline, ou encore de l'eau aromatisée avec du citron ou de la menthe. Nous avons aussi l'habitude d'administrer un ou deux lavements de sérum artificiel à 8 p. 1 000, de 250 grammes environ.

Cette diète dure un, deux ou trois jours selon les cas, selon que l'hémorragie se reproduit ou non : il est rare qu'elle dure davantage. Pour reprendre l'alimentation buccale, on commence par donner quelques cuillerées d'eau de riz ou d'eau albumineuse, puis un peu de lait glacé, par demi-tasses d'abord. On augmente d'un demi-litre de lait environ par jour jusqu'à deux litres et demi à trois litres. Puis on permet graduellement et lentement une alimentation plus substantielle, lorsque le lait est bien toléré.

Pendant cette période post-hémorragique, nous sommes franchement opposé à toute médication quelle qu'elle soit. Lorsque les malades seront rétablis de leur hémorragie, il faudra instituer le traitement qui convient à la maladie qu'elle complique.

Si les hémorragies sont peu abondantes, durent longtemps et se répètent souvent, elles sont dues non pas à la rupture d'un vaisseau important, mais à une série de petites ruptures vasculaires dépendant d'un tissu contenant des vaisseaux néoformés dont les parois fragiles donnent facilement issue au sang. Ici les prescriptions diététiques, tout en gardant leur importance, peuvent être moins sévères. Selon les cas, les malades seront mis au régime lacté ou au régime ovo-lacté, ou encore au régime lacto-végétarien. En général, nous interdisons la viande comme imposant à l'estomac la plus grande somme de travail. Si on se décide à la permettre, il est préférable de la donner crue et pulpée, ou peu cuite et hachée.

Nous ne croyons pas devoir proscrire les *médicaments* d'une façon aussi catégorique qu'en cas d'hémorragies abondantes. Les principales substances hémostatiques autrefois employées, le perchlorure de fer du Codex qu'on mélange à de l'eau sucrée, le nitrate d'argent, le tanin, nous paraissent plutôt nuisibles et nous nous en abstenons toujours.

Les préparations d'ergot de seigle ou de ses dérivés, celles ayant pour base l'hamamelis virginica ou l'hydrastis canadensis, les substances ayant pour propriété d'augmenter la coagulabilité du sang, telles que la gélatine, le chlorure de calcium, ont été aussi conseillées. Enfin, tout récemment, on a vanté l'adrénaline.

Nous ne sommes personnellement pas très enthousiaste de ces moyens thérapeutiques internes. Cependant, nous croyons que, dans certains cas, l'ergotine et le chlorure de calcium peuvent être administrés avec avantage.

M. Linossier a préconisé le lavage de l'estomac dans les cas d'hémorragies liées au cancer de l'estomac. Celles-ci sont habituellement de légère intensité, mais se répètent fréquemment et parfois se font sans trêve. Elles coïncident souvent avec de la stase et seraient sinon dues, du moins entretenues par des liquides irritants contenus dans l'estomac. M. Linossier aurait obtenu, en lavant l'estomac des malades de cette catégorie, des améliorations remarquables. Le lavage dans ces conditions devra être fait avec de l'eau bouillie.

Traitement indirect. — En règle générale, dans n'importe quelle variété d'hémorragie, nous préférons employer les méthodes indirectes, c'est-à-dire celles qui agissent à distance de l'estomac.

On peut administrer les médicaments par la voie rectale ou par la voie sous-cutanée.

1° *Voie rectale.* — Nous avons déjà parlé plus haut des lavements de sérum (250 grammes environ deux fois par jour). M. Tripier (de Lyon) a conseillé les grandes injections rectales chaudes plusieurs fois par jour avec 1 litre d'eau à 50 degrés. M. Pasteur (de Londres) a aussi publié d'intéressants résultats obtenus par ce moyen. Nous l'avons toujours utilisé avec profit.

On peut aussi introduire par le rectum, soit en

lavements, soit en suppositoires, des substances angéiospastiques, c'est-à-dire augmentant la coagulabilité du sang, telles que l'ergotine, l'hamamelis, le chlorure de calcium, l'adrénaline.

2° *Voie sous-cutanée.* — La première indication à remplir en cas d'hémorragie tant soit peu abondante, c'est de remonter la tension artérielle à l'aide d'injections sous-cutanées de sérum artificiel pratiquées très abondamment pendant les deux premiers jours, et données à plus faibles doses pendant les cinq ou six jours suivants.

Les médicaments antihémorragiques de divers ordres, que nous avons déjà énumérés précédemment, peuvent aussi pénétrer dans l'économie par voie sous-cutanée.

Pour hâter la convalescence et favoriser les échanges nutritifs, nous nous sommes bien trouvé d'injections contenant de l'arsenic et du fer. Les cacodylates de soude et de fer nous ont paru spécialement recommandables.

Traitement chirurgical. — Quelques auteurs, notamment M. Dieulafoy, ont préconisé le traitement chirurgical dans certains cas d'hémorragie stomacale. Ils n'ont été suivis dans cette voie que par bien peu de médecins ou de chirurgiens.

Voici, pour notre part, comment nous croyons devoir envisager la question.

En cas d'hémorragies importantes avec rejet abondant de sang par la bouche et l'anus, phénomènes lipothymiques, anémie prononcée, nous croyons, avec l'immense majorité des praticiens, que l'intervention chirurgicale aggrave beaucoup la situation des malades et qu'elle leur est bien plus funeste qu'utile. Terrier et Hartmann disent que l'opération est mortelle dans 70 p. 100 des cas. Certainement on voit parfois des guérisons impressionnantes. Une de nos malades, presque exsangue après des hémorragies répétées, fut opérée par Lyot. Ce chirurgien put trouver et lier le vaisseau qui avait produit la gastrorragie. La malade se rétablit vite et fort bien. Mais il ne faut pas faire état de ces cas heureux qui sont exceptionnels, et il faut considérer l'ensemble des résultats qui sont, en somme, très mauvais. En résumé, il ne faut pas opérer les malades atteints d'hématémèses abondantes. D'ailleurs, nous savons que le pronostic en est d'une façon générale très favorable, et que le seul traitement médical suffit à rétablir les malades dans la plupart des cas.

Lorsque des hémorragies importantes se répètent à courts intervalles ou que le sang s'épanche lentement mais presque sans arrêt dans l'estomac, l'intervention chirurgicale paraît plus rationnelle. Elle a pour but, soit de supprimer la source des hémorragies par l'excision de la lésion (ulcère ou tumeur) qui saigne, soit de diminuer l'irritation dont elle est l'objet par le contenu gastrique, en détournant celui-ci par une voie anastomotique. Cette opération, indiquée surtout dans les affections du pylore et du duodénum, donne fort souvent de bons résultats. La lésion étant au repos se décongestionne et se cicatrise, et on voit cesser les hémorragies.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 19 JUIN 1905)

Action de l'air liquide sur la vie de la graine, par M. Paul Becquerel. Depuis que l'on peut produire facilement par la liquéfaction des gaz des températures très basses, plusieurs observateurs, tels que R. Pictet, Cas, de Candolle, Brow et Escombe, Thyselton Dyer, s'appuyant sur ce fait que des graines ont pu résister pendant quelques heures, et même plusieurs jours à des froids oscillant de — 40 degrés à — 250 degrés, en ont conclu que, dans ces conditions, l'abaissement de température arrêtait complètement les phénomènes vitaux et que la matière vivante pouvait conserver aussi longtemps qu'elle restait congelée son aptitude à revenir à la vie.

Une pareille opinion, bien qu'elle puisse être vraisemblable, étant en complet désaccord avec l'idée que tous les biologistes se font de la continuité des phénomènes de la vie, méritait d'être l'objet de nouvelles recherches.

Des expériences de M. Becquerel il résulte : que la résistance des graines aux basses températures dépend uniquement de la quantité d'eau et de gaz que renferment leurs tissus. Si cette quantité d'eau et de gaz est suffisante, le froid désorganise le protoplasma et le noyau, et rend tout retour à la vie impossible, mais si le protoplasma a atteint déjà, par la dessiccation, son maximum de concentration, et, par là même, son minimum d'activité, il échappe complètement à l'action des basses températures, il ne gèle pas et la graine, alors, conserve son pouvoir germinatif comme par le passé.

Dans ces conditions, on comprendra qu'il est impossible de voir dans cette résistance des graines à l'action des basses températures, comme les auteurs précités, un argument en faveur de la suspension de la vie.

Pour résoudre ce problème, il faudrait des expériences d'une durée qui dépasse de beaucoup la longévité du pouvoir germinatif des graines et ne jamais constater, même après des années d'immersion dans l'air liquide, aucune baisse dans leur aptitude à germer.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 23 JUIN 1905)

Leucémie myélogène avec myélomes multiples de l'intestin grêle. — MM. Maurice Letulle et Paul Halbron montrent les pièces provenant de l'autopsie d'une jeune femme de vingt-cinq ans entrée mourante à l'hôpital Boucicaut et atteinte d'ascite ponctionnée d'urgence. Après la ponction on avait trouvé l'abdomen rempli de masses dures, rappelant les gâteaux de la péritonite tuberculeuse. Elle avait présenté des troubles digestifs, vomissements et douleurs intestinales. L'examen du sang fit faire le diagnostic de leucémie myélogène ; il y avait près de 500 000 globules blancs pour 2 500 000 globules rouges, avec 42 myélocytes sur 100 leucocytes.

A l'autopsie on trouva de l'ascite hémorragique. La rate pesait 1600 grammes, ni elle, ni le foie, ni les reins, ni les poumons ne présentaient de tumeurs. Au contraire l'intestin grêle était dans toute son étendue recouvert de masses sessiles, lisses, développées manifestement aux dépens de la couche sous-séreuse. Les tumeurs sont de dimensions variables, depuis le volume d'une lentille jusqu'à celui d'une mandarine. Par places ces masses sont assez confluentes pour former à la surface de l'anse intestinale une sorte de blindage bosselé.

Au microscope la transformation myéloïde de la sous-séreuse est généralisée et les masses tumorales sont consti-

tuées par une hyperplasie du tissu conjonctivo-vasculaire dont les mailles sont remplies d'éléments cellulaires nucléés. Les myélocytes éosinophiles et neutrophiles prédominent et sont accompagnées de nombreuses cellules géantes à noyau bourgeonnant énorme, identique à celles de la moelle osseuse.

En résumé ce fait est remarquable par la prédominance des accidents intestinaux constatés pendant la vie qu'il est peut-être permis de rapprocher de la présence exceptionnelle des symptômes multiples de l'intestin grêle.

De l'asystolie survenant au repos. Rôle de la rétention chlorurée dans la pathogénie de l'insuffisance cardiaque. — MM. Vaquez et Digne. Il n'est pas, en pathologie cardiaque, de question plus intéressante que celle qui consiste à déterminer les conditions pathogéniques qui mettent fin à la période d'adaptation et font entrer le malade dans celle des troubles organiques. A cette question, en effet, se rattachent; d'une part, celle du pronostic des affections cardiaques, d'autre part, celle de l'hygiène et de la thérapeutique préventive qu'il convient d'opposer à leur évolution. On a pensé pouvoir établir ce que l'on pourrait appeler le « bilan de résistance cardiaque » en évaluant le mode de réaction du cœur, vis-à-vis des mouvements provoqués. MM. Vaquez et Digne passent en revue les différentes méthodes proposées pour déterminer l'état fonctionnel du cœur. Ces méthodes arrivent toutes à cette conclusion, que le sujet atteint de cardiopathie en état encore apparent d'adaptation résiste moins bien que tout sujet sain au surmenage musculaire même réduit à son expression la plus infime; il semble impossible de tirer de ces différentes méthodes des renseignements vraiment précis relativement au pronostic des affections cardiaques. En tous cas, les considérations sur lesquelles elles s'appuient, si elles ont quelque valeur, quand il s'agit d'expliquer les accidents d'insuffisance cardiaque, dus au surmenage et à la fatigue, sont de nulle valeur pour expliquer le retour des crises systoliques chez des sujets maintenus au lit dans un état de repos moral et physique complet. Il était donc rationnel de rechercher une interprétation de ces phénomènes dans l'alimentation, et surtout il était nécessaire de bien déterminer la nature de l'écart du régime qui avait provoqué la crise asystolique.

MM. Vaquez et Digne rapportent tout d'abord l'observation de deux malades atteints de lésion mitrale qui, soumis au repos complet au lit pendant tout leur séjour à l'hôpital, présentèrent à plusieurs reprises des attaques d'asystolie, soit à la suite d'écarts de régime, soit à la suite de l'ingestion de chlorure de sodium. L'asystolie fut ainsi reproduite par eux alors qu'ils donnaient à leurs malades la substance, le chlorure de sodium dans l'espèce, qui leur avait paru devoir être incriminés. L'expérimentation avait dès lors reproduit un fait conforme à la clinique. Dans une troisième observation, il s'agit d'un malade porteur d'une lésion aortique et d'une lésion rénale, chez lequel la cure de déchloruration a suffi à déterminer la disparition des accidents asystoliques et l'ingestion de chlorure de sodium l'apparition de ces mêmes accidents. Cette observation, rigoureusement suivie pendant plusieurs mois, est d'une netteté démonstrative, et cela tient justement à ce que le malade présentait une perméabilité excessivement diminuée pour les chlorures, puisqu'il suffisait d'ajouter à son régime alimentaire (maintenu constamment isothermique et isohydrique) du chlorure de sodium même à faible dose pour voir se reproduire non seulement l'infiltration des tissus et l'œdème, mais à la suite les phénomènes de l'insuffisance cardiaque et de l'asystolie. Il n'en est pas ainsi dans tous les cas, et l'on peut voir des malades, comme l'ont observés MM. Widal, Froin et Digne qui presque incapables d'éliminer le chlorure de sodium dans la période asystolique présentent au décours de celle-ci ou dans la guérison définitive une perméabilité à peu près normale; chez de tels malades l'épreuve chlorurée au repos serait incapable de reproduire les accidents de l'asystolie, il faut quelque chose de plus et c'est justement ici qu'interviennent la fatigue et le surmenage qui provoquent une insuffisance cardiaque définitive ou transitoire, mettent le cœur dans l'incapacité de suffire à la chasse chlorurée normale, on voit en résumé que cette notion de l'asystolie par rétention chlorurée a une importance pathogénique de premier ordre, elle rend compte de certains phénomènes qui seraient inexplicables sans elle et qui consistent dans la reproduction des complications les plus graves des affections du cœur pendant le repos le plus complet du malade.

Elle montre d'autre part combien est défectueuse la méthode de recherches qui consiste à établir le bilan de la résistance cardiaque par le simple mode de réaction du cœur et de la circulation vis-à-vis des mouvements spontanés ou provoqués.

Le spirochaète de Schaudinn dans le chancre induré. — M. Queyrat rapporte à la Société le résultat de ses recherches sur ce sujet. Il a trouvé le spirochaète environ une fois sur quatre dans le chancre induré. Il n'existe ni dans les chancres mous ni dans les lésions qui simulent le chancre syphilitique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 25 juin 1905)

MM. P. Carnot et A. Chassevant ont démontré, dans une précédente communication, qu'un mécanisme réflexe d'origine duodénale : le réflexe Δ — *régulateur du pylore*, règle l'admission dans l'intestin grêle des liquides ingérés. Les solutions salines isotoniques passent rapidement tandis que les solutions *anisotomiques* sont retenues par fermeture spasmodique du pylore.

Le retard dans le passage de ces liquides est d'autant plus considérable, que leur concentration moléculaire est plus éloignée de l'équilibre osmotique des liquides de l'organisme.

Les solutions de glucose subissent, comme les solutions salines, des transformations qui tendent à les amener à l'isotonie.

L'organisme emploie dans ce but divers mécanismes qui sont mis en œuvre simultanément et dans des proportions variables.

Le réflexe Δ — régulateur du pylore est donc un mécanisme destiné à protéger l'intestin contre l'admission de liquides *anisotoniques*.

Cause d'erreur dans l'étude des organismes intra-microscopiques. — M. Remlinger remarque que la notation des bougies filtrantes, bonne au point de vue commercial, manque de rigueur scientifique. Il semble de plus que, dans ces derniers temps, les pores de certaines bougies aient été artificiellement resserrés. D'où une source d'erreurs très importante. Les bougies destinées à l'étude des microbes dits « invisibles » doivent avoir une notation différente de celle des bougies qui servent à la filtration proprement dite. Cette notation doit être établie en fonction du débit très rigoureusement calculé. Elle doit être la même quelle que soit la matière constituante de la bougie.

Sur la teneur en bilirubine du sérum sanguin dans les cirrhoses biliaires. — MM. A. Gilbert et P. Lereboullet ont, dans 11 cas de cirrhose biliaire avec ictère, pratiqué la cholémimétrie. Il résulte de leur constatation que le taux de la bilirubine dans le sérum y varie de 1/1290 à 1/8000 (chiffre moyen, 1/3000); il y a par suite en moyenne 33 centigrammes de bilirubine par litre de sérum, et un gramme environ dans la masse du sang. La cholémie augmente donc avec l'intensité plus grande des lésions qui en déterminent l'apparition. Modérée dans la cholémie simple familiale (1/17000), elle est déjà plus intense, lorsqu'à celle-ci s'associe la lithiase biliaire (1/15000); elle atteint 1/6700 lors d'ictère

classique simple, 1/3000 dans les cirrhoses biliaires avec ictère.

Débuts du syphilome initial. — Pour M. Salmon, le début du chancre marque le début de l'infection générale. Localement, la lésion syphilitique pure siège dans le tissu cellulaire du derme, principalement sur les vaisseaux. La lésion de l'épiderme est due surtout à l'infection secondaire.

Le phénomène observé avec le sphygmomètre unguéal de M. A.-M. Bloch. — Ce phénomène, étudié par M. Busquet, consiste dans l'apparition d'une ombre qui, à chaque systole, se déplace de la matrice de l'ongle vers son bord libre. Elle est due à une augmentation de la vitesse de locomotion sanguine au moment de la contraction ventriculaire. Elle subit des influences très variées parmi lesquelles il faut signaler l'effet défavorable du mercure et du plomb chez les victimes d'intoxications professionnelles, de l'artério-sclérose, des lésions valvulaires cardiaques. Cependant la maladie de Corrigan augmente son intensité.

De la valeur du sérodiagnostic tuberculeux. — Des recherches portant sur 80 sujets ont montré à MM. Jousset et Paraskivopoulos que le sérodiagnostic de la tuberculose, tel que l'ont proposé MM. Arloing et Courmont, peut rendre des services cliniques si l'on substitue aux cultures homogènes vivantes, difficiles à entretenir et à manier, les emulsions artificielles de bacilles morts. On a ainsi un véritable réactif de laboratoire toujours prêt à servir et dont la valeur indicatrice est réelle, à condition de l'employer à 1/20. Dans ces conditions, les défaillances de la méthode deviennent plus rares. Il semble que les cas où la séroréaction était la plus nette correspondaient aux tuberculoses pulmonaires jeunes, enfin et surtout aux tuberculoses bacillémiques où le séro-diagnostic peut atteindre une valeur considérable.

De la présence de la catalase dans les différents organes. — Lorsqu'on se met à l'abri de toutes les causes d'erreur, on constate, d'après M. Iscovesco, que le cerveau, l'ovaire, le poumon, la prostate, la rate, les reins, les capsules surrénales, les testicules, les ganglions lymphatiques, le thymus et la thyroïde ne contiennent pas de catalase à l'état normal. De tous les organes de l'économie, le foie seul contient en grande quantité un ferment ayant la propriété de décomposer l'eau oxygénée. Ce ferment existe aussi dans le placenta, mais en plus petite quantité.

De l'équilibre chimique dans l'action de la catalase hépatique. — Lorsqu'on fait agir la catalase hépatique sur l'eau oxygénée à une concentration variable, on arrive toujours, dit le même auteur, à un arrêt de la décomposition, qui est un véritable équilibre chimique, car il suffit d'ajouter à ce moment-là une nouvelle quantité d'eau oxygénée pour que la décomposition recommence et s'arrête de nouveau à un niveau déterminé.

FORMULAIRE

POMMADE ANALGÉSIQUE, HÉMOSTATIQUE ET ANTISEPTIQUE

Dans les plaies, les brûlures, les ulcérations douloureuses de tout genre, le professeur Reclus emploie la pommade suivante, dont on peut, suivant les circonstances, faire modifier les substances et leurs doses :

Vaseline	200 grammes.
Antipyrine	5 —
Acide borique	3 —
Salol	3 —
Iodoforme	1 —
Acide phénique neigeux	1 —
Sublimé corrosif	0,10 centigrammes.

Dans certaines brûlures étendues, on peut dédoubler la pommade en mettant 400, 500 ou 600 grammes de vaseline.

LIVRES NOUVEAUX

Du rôle de la végétation dans l'évolution du paludisme (1), par le docteur E. Le Ray.

Grand est l'intérêt qui s'attache aux faits que M. E. Le Ray fait ressortir dans le livre qu'il publie aujourd'hui. A la faveur de documents nombreux qu'il a puisés dans sa longue pratique coloniale, l'auteur arrive à émettre des opinions originales concernant l'étiologie, l'épidémiologie et la prophylaxie du paludisme. Le rôle des végétaux y est particulièrement envisagé pour expliquer l'éclosion de cas de malaria dont l'étiologie reste douteuse, et paraît, selon lui, indépendante du moustique et de son influence. Mais cette étude s'étend sur des limites beaucoup plus vastes, et l'auteur en déduit des idées ingénieuses sur les causes des maladies infectieuses en général en émettant des conceptions toutes personnelles qui sont à lire et à méditer.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 3 au 8 juillet 1905)

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 3 juillet, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste), *Salle Thouret* (1re série) : MM. Ch. Richet, Sébileau et Rieffel; — (2e série) : MM. Retterer, Gley et Cunéo; — M. Proust, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Brissaud, Teissier et Labbé (Marcel); — (2e série) : MM. Roger, Legry et Macaigne; — M. Claude, suppléant.

Mardi 4 juillet, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste), *Salle Béclard* (1re série) : MM. Poirier, Gley et Launois; — *Salle Corvisart* (2e série) : MM. Thiéry, Langlois et Rieffel; — M. Morestin, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Joffroy, Achard et Renon; — (2e série) : MM. Raymond, Thiroloix et Carnot; — M. Gouget, suppléant.

Mercredi 5 juillet, à une heure. — 3e (2e partie, oral), *Salle Pasteur* : MM. Blanchard, Legry et Balthazard.

1er (chirurgien-dentiste), *Salle Broussais* (1re série) : MM. Ch. Richet, Retterer et Sébileau; — *Salle Charcot* (2e série) : MM. Gley, Rieffel et Branca; — M. Mauclaire, suppléant.

Jeudi 6 juillet, à une heure. — 3 (2e partie, oral), *Salle Richet* : MM. Chantemesse, Vaquez et Gouget.

1er (chirurgien-dentiste), *Salle Pasteur* (1re série) : MM. Poirier, Gley et Rieffel; — *Salle Béclard* (2e série) : MM. Schwartz, Launois et Langlois; — M. Marion, suppléant.

Vendredi 7 juillet, à neuf heures. — 1er (chirurgien-dentiste), *Salle Béclard* (1re série) : MM. Ch. Richet, Sébileau et Branca; — *Salle Broussais* (2e série) : MM. Delens, Gley et Rieffel; — M. Duval (Pierre), suppléant.

Samedi 8 juillet, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste) : *Salle Richet* (1re série) : MM. Schwartz, Gley et Launois; — *Salle Thouret* (2e série) : MM. Thiéry, Langlois et Marion; — M. Dupré, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Hutinel, Renon et Jeanselme; — (2e série) : MM. Chantemesse, Méry et Bezançon; — (3e série) : MM. Troisier, Gouget et Carnot; — M. Thiroloix, suppléant.

(1) Paris, 1905. A. Leroux.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 73. — JEUDI 29 JUIN 1905. 78e ANNÉE. JEUDI 29 JUIN 1905. — N° 73.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Étudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Nouvelle méthode de recherche des bacilles de la tuberculose dans les épanchements séro-fibrineux, par M. VETTER.
Sur le dosage de certaines substances réductrices des urines normales et pathologiques au moyen du bleu de méthylène (avec 1 fig.), par M. J. LE GOFF.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine.
ANALYSES
Gynécologie : Le développement des fibromes dans l'utérus après ablation des annexes.
FORMULAIRE
CORRESPONDANCE
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)
Endocardites aiguës. Anatomie pathologique, symptômes et diagnostic.
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Deuxième concours de chirurgie.* — Épreuve clinique :

Séance du 27 juin 1905. — MM. Mouchet, 18; Lapointe, 20.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 29 juin, à cinq heures du soir, à l'hôpital de la Charité.

— Un concours pour la nomination à trois places d'assistant titulaire et à trois places d'assistant adjoint des services spéciaux d'ophtalmologie des hôpitaux de Paris, pour entrer en fonctions le 1er janvier 1906, sera ouvert le lundi 20 novembre 1905, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

Les candidats seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale (service du personnel), de midi à trois heures, du lundi 16 octobre 1905 au mardi 31 du même mois inclusivement.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Adjuvat.* — Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Heitz-Boyer, Bréchot, Papin, Descomps et Mathieu.

GUERRE. — Sont promus :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Quivogne, Robert et Ravenez.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Perrin, Troché, Stoupy, Pierron et de Casabianca.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Chevallier, Friant, Puig, Georges, Cardot, Augias, Marignac, Delaborde, Creton, Gary, Pelegry, Provendier, Delahousse, Janot et Jantet.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Uzac, Blot, Vorbe, Mercier, Alix, Blondeau, Laporte, Jullien, Thouzellier, Courvoisier, Kolb, Fabre, Regnault, Moulin, Rouchaud et Ouin.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Sont nommés ou désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins principaux de deuxième classe Hussenet, nommé médecin en chef des salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Mihiel; — Lacronique, pour l'hôpital militaire Bégin à Saint-Mandé.

MM. les médecins-majors de première classe Kocher, désigné pour la place et prisons militaires de Lyon; — Pilon, pour le 2e tirailleurs algériens (service).

MM. les médecins-majors de deuxième classe Méchin, désigné pour le 111e d'infanterie (service); — Millière, pour le 16e d'infanterie (service); — Boucabeille, pour le 12e chasseurs à cheval (service); — Caënens, pour le 21e dragons (service).

MM. les médecins aides-majors de première classe Delacroix, désigné pour la place de Belfort, et spécialement affecté au service des 4es bataillons (service); — Boppe, pour le 54e d'infanterie (service); — Delestan, pour le 10e dragons; — Chevrant, pour le 94e d'infanterie (service); — Polliot, pour le 4e d'artillerie (service); — Yvernault, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran (service); — Penot, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine (service).

M. le médecin aide-major de deuxième classe Masson, désigné pour le 146e d'infanterie (service).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les indications des interventions chirurgicales dans les maladies internes à l'usage des médecins praticiens, par le professeur Hermann SCHLESINGER (de Vienne); traduction française de MM. les docteurs LICHTWITZ et SABRAZÈS, professeur agrégé, médecin des hôpitaux de Bordeaux. — *Deuxième partie :* Maladies du foie et de la vésicule biliaire, maladies de la rate, maladies du pancréas, maladies du rein et du bassinet, maladies de la vessie. — In-18 jésus. — Prix : 4 francs. — Paris, Vigot frères.

La radiographie dentaire, suivie de notes sur l'endodiascopie, à l'usage des chirurgiens dentistes et des étudiants en chirurgie dentaire, par R. DARMEZIN; préface de M. le docteur FAUVEAU DE COURMELLES. In-8° raisin avec 30 fig. intercalées dans le texte. — Prix : 3 francs. — Paris, Vigot frères.

Nouvelle méthode de recherche des bacilles de la tuberculose

DANS LES

ÉPANCHEMENTS SÉRO-FIBRINEUX

Par le docteur VETTER (d'Amsterdam),
Ancien interne de l'hôpital Saint-Pierre.

A peine s'est-il écoulé quatre ans depuis que Widal et Ravaut ont publié les résultats de leurs recherches cytologiques, et dans ce court espace de temps le mode d'investigation qu'ils ont inauguré a été l'objet d'une telle affluence d'études dans tout le monde savant qu'à cette heure on serait fort en peine d'en dresser une liste bibliographique complète.

Sans exception ces ouvrages reconnaissent élogieusement l'importance clinique des faits mis en lumière par Widal et Ravaut, et les nombreuses recherches entreprises dans la voie tracée par ces savants ne peuvent manquer d'assigner au cytodiagnostic une place d'honneur parmi les moyens d'investigation, cela d'autant plus que la méthode en question n'exige pas d'appareils compliqués, qu'elle est facilement praticable et expéditive, et enfin qu'elle conduit très rapidement à des résultats sérieux.

Comme l'on sait, la technique en est des plus simples. Toutefois, sans méconnaître la haute valeur des prescriptions de Widal et Ravaut, il nous a semblé désirable d'y apporter quelques modifications en procédant comme suit :

On remplit deux tubes effilés de 8 centimètres cubes d'une solution physiologique de sel à 0,9 p. 100. Après ponction au moyen de la seringue de Roux on verse dans chacun des tubes 2 centimètres cubes d'exsudat soutiré au malade. Immédiatement après on centrifuge pendant trois à cinq minutes, puis on décante prudemment et l'on replace les tubes dans la position verticale. On voit alors descendre au fond des tubes assez de liquide resté adhérent à leurs parois, pour que, en l'agitant légèrement avec le culot, on obtienne un liquide uniformément trouble, qui se trouve ainsi dans les conditions voulues pour l'examen.

Grâce à la dilution dans une solution physiologique de NaCl, les préparations teintes perdent l'opacité, qui empêche d'observer nettement les cellules et provient d'un pigment qui colore l'albumine fort abondante dans les exsudats. La défibrination devient dès lors inutile, ce qui constitue un avantage, parce qu'évidemment il est impossible de savoir si, et dans quelle proportion, elle entraîne la perte de globules blancs.

La préparation étant convenablement fixée, on la colore d'une solution de bleu de méthylène-éosine (1). Quand on a affaire à des exsudats séreux, cette méthode de coloration est suffisante, mais quand le liquide est purulent — auquel cas il se produit d'ordinaire une rapide dégénération des éléments cellulaires — on fera bien d'appliquer plus d'une méthode de coloration, pour les contrôler l'une par l'autre.

Widal et Ravaut ont trouvé que les épanchements fibrineux peuvent, suivant leurs éléments cellulaires, se répartir en trois groupes principaux, chacun répondant à une formule cellulaire déterminée.

Le *premier groupe* embrasse la pleuro-tuberculose, autrefois dite pleurésie *a frigore* ou pleurésie idiopathique, qui se caractérise par une formule cellulaire composée exclusivement de lymphocytes (*lymphocytose*). Tout à fait au début on y rencontre d'ordinaire des leucocytes polynucléaires, mais ceux-ci ne tardent pas à disparaître. Il est à signaler que jamais on n'y trouve de cellules endothéliales.

Le nombre des lymphocytes reste prédominant même quand on constate dans les poumons des altérations de nature tuberculeuse; cependant on ne trouve à côté que relativement peu de leucocytes polynucléaires : leur présence est-elle un indice d'infection secondaire de l'exsudat? Quand toutefois les altérations pulmonaires ont beaucoup progressé (cavernes étendues, pneumothorax) les leucocytes polynucléaires prennent le dessus et ces cellules se trouvent le plus souvent en état de décomposition, elles sont fortement déformées, à noyau estompé, à granulations neutrophiles indistinctes, etc.

Le *second groupe* renferme tous les exsudats qui proviennent d'un processus inflammatoire (non tuberculeux), plus ou moins aigu, causé par les pneumocoques, les staphylocoques, les streptocoques, les gonocoques, le bacille d'Eberth, etc.; il se caractérise par la prédominance des leucocytes polynucléaires (*polynucléose*).

Le *troisième groupe*, enfin, embrasse les cas où l'épanchement de la plèvre provient de causes mécaniques ou toxiques (hydrothorax, épanchement brightique) et il a pour caractéristique la prépondérance des cellules endothéliales isolées ou groupées sous forme de placards à contour polycyclique (*endothéliose*).

Nous avons examiné 10 cas de soi-disant pleurésie primaire chez des malades qui ne présentaient après un examen minutieux et réitéré aucun symptôme de tuberculose pulmonaire; tous ces cas étaient aigus et auparavant les sujets étaient en parfaite santé. Peut-être pouvait-il, chez tel ou tel d'entre eux, être question d'antécédents tuberculeux, mais dans la majorité des cas, ceux-ci étaient absolument absents.

Or, dans tous les dix cas, il y avait *lymphocytose*.

Nous avons aussi eu à examiner 3 cas de pleuro-tuberculose secondaire (altérations des poumons au premier et au deuxième stade); là également il y avait lymphocytose, mais à côté de 80-95 p. 100 de lymphocytes, il a été relevé 1-18 p. 100 de leucocytes polynucléaires et 1-4 p. 100 de grandes cellules mononucléaires.

L'examen de 3 exsudats métapneumoniques, ainsi que de 2 exsudats survenus dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, nous a permis de constater

(1) Nous nous sommes bien trouvé dans nos expériences de l'emploi de la solution Leishman de bleu de méthylène-éosine en vente chez Grubler (LEISHMAN. *Brit. Med. Journ.*, 21 sept. 1901). La coloration a lieu ainsi : on dépose sur une lamelle préparée, mais non encore fixée, α gouttes de matière colorante; on les y laisse une demi-minute, puis on ajoute 2 α gouttes d'eau distillée qu'on laisse agir pendant cinq minutes; on lave légèrement et on trempe dans l'eau distillée, on sèche; fixation et coloration se font simultanément.

la présence de multiples leucocytes polynucléaires (*polynucléose*); par contre il n'y avait que 2-10 p. 100 de cellules endothéliales.

Enfin l'examen morphologique de 3 exsudats pris sur des brightiques, ainsi que de 3 hydrothorax, fait au microscope sur une préparation, ne nous a fait trouver d'abord que des cellules endothéliales soudées en placards (*endothéliose*). Ce n'est qu'après de longues recherches que nous avons découvert par-ci par-là dans la préparation un leucocyte polynucléaire ou un lymphocyte isolés. Ces résultats concordaient donc absolument avec ceux obtenus par Widal et Ravaut.

Mais, quelle que soit la confiance avec laquelle nous acceptons les faits mis en lumière par Widal et Ravaut, à notre sens ils ne fournissent qu'une preuve indirecte de la cause de l'épanchement. C'est pourquoi nous avons cherché à établir par voie directe la nature tuberculeuse ou non tuberculeuse de l'exsudat, ce qui incontestablement importe le plus au point de vue clinique et thérapeutique.

A cet effet il a été fait usage d'inoculations et de cultures.

Nombre d'expérimentateurs ont eu recours à l'inoculation à l'effet de fixer l'étiologie des pleurésies qu'ils avaient à traiter, entre autres Chauffard et Gombault (1), Kelsch et Vaillard (2), Netter (3) et Grober (4). Ce dernier a examiné 37 cas de pleurésie primaire, inoculant dans chaque cas 10 centimètres cubes de liquide exsudé et communiquant par là la tuberculose à 13 des cobayes inoculés.

Nous avons aussi expérimenté sur des cobayes, inoculant chaque fois 3 sujets. Dans les deux premiers cas, en nous servant d'une seringue de Roux stérilisée pendant vingt minutes, nous n'avons injecté chaque fois dans la cavité péritonéale des sujets, immédiatement après la ponction, que 2 centimètres cubes de liquide exsudé, mais plus tard 10 centimètres cubes. Chaque semaine les animaux furent pesés; ceux qui avaient succombé ou qui avaient été tués au moyen de chloroforme furent l'objet d'un minutieux examen anatomique, et le diagnostic ne fut établi qu'après la découverte de bacilles de Koch dans les préparations colorées suivant la méthode Ziehl-Neelsen. Les cobayes restés bien portants et dont le poids allait en augmentant furent maintenus quatre mois en observation, après quoi on les tua par le chloroforme afin de les examiner au point de vue des altérations tuberculeuses. Chacun des cobayes fut isolé dans une cage ad hoc, installée dans la cave du laboratoire d'hygiène et de bactériologie.

Bezançon et Griffon (5) ont été les premiers qui aient réussi à cultiver les bacilles de la tuberculose provenant d'exsudats tuberculeux. Le *milieu artificiel* mis en usage par eux était composé comme suit: dans des tubes à réaction stérilisés remplis de bouillon mélangé à 2 p. 100 d'agar et 6 p. 100 de glycérine ils versaient du sang extrait aseptiquement de la carotide d'un lapin; puis les tubes étaient balancés prudemment afin de répartir également le sang, avant sa coagulation, dans le liquide; ensuite on les tenait inclinés jusqu'au refroidissement, après quoi ils pouvaient servir à l'examen. Au bout de vingt-cinq jours les premières colonies apparaissaient sous forme de petites masses saillantes grosses comme une tête d'épingle.

Mais comme le fait remarquer M. Dieulafoy (1), dans le service duquel furent faites en partie les expériences de MM. Bezançon et Griffon, cette méthode, malgré sa valeur, ne résout pas d'une façon assez constante le problème.

Ce n'était donc guère fait pour nous engager à tenter de démontrer par le même procédé la présence du bacille de Koch dans des exsudats. Toutefois ce n'est pas à la nature du milieu artificiel choisi par ces expérimentateurs, milieu qu'ils estiment aussi utilisable que celui de la pomme de terre glycérinée, que nous crûmes devoir attribuer l'infidélité de leur méthode; il nous sembla plutôt qu'elle s'expliquait par un fait qui contrecarre toujours ces expériences, à savoir la très faible quantité de liquide qui pouvait être utilisée pour la culture. En effet, de cette façon il est impossible de mettre plus de 1 à 2 centimètres cubes de liquide exsudé en contact avec le milieu artificiel, quantité que nous estimons absolument insuffisante pour constater avec quelque certitude la présence des bacilles de la tuberculose. Aussi, pour arriver à la démontrer, nous avons jugé nécessaire de faire porter nos investigations sur une quantité beaucoup plus grande de liquide exsudé. Voici la méthode qui a été mise en usage:

De très grands tubes à réaction, mesurant 20 centimètresde haut sur 2 centimètres de diamètre, et pourvus d'un léger étranglement à 4 centimètres du fond, furent remplis de 8 centimètres cubes d'eau additionnée de 1 p. 100 de peptone, de 1/2 p. 100 de chlorure de sodium et de 10 p. 100 de glycérine. Ce mélange fut légèrement alcalinisé au moyen de carbonate de soude. Pour compléter le terrain de culture adopté par nous il faut ajouter un disque de pomme de terre long de 4-5 centimètres, reposant par en bas sur l'étranglement du tube, sans toutefois le boucher complètement, et se terminant en haut par un bout aminci, puis il faut stériliser pendant cinq quarts d'heure à 110 degrés centigrades. La pomme de terre et le liquide se trouvent ainsi d'abord séparés par un assez grand intervalle. Sur chacun des terrains de culture ainsi préparés il fut versé 8 centimètres cubes de liquide exsudé immédiatement après son extraction de la cavité de la plèvre au moyen de la seringue de Roux. Donc, après l'addition de l'exsudat, le liquide contenait 5 p. 100 de glycérine et 1/2 p. 100 de peptone, et la pomme de terre baignait dans le liquide jusqu'à 1/3 de sa hauteur.

Ces cultures furent placées dans une étuve à la température de 38 degrés centigrades. Les deux premiers jours on les agita légèrement à quelques reprises, afin de rendre plus intime le contact entre la pomme de terre et le liquide.

(1) Chauffard et Gombault. Soc. méd. des hôpit., 19 avril 1886.
(2) Kelsch et Vaillard. *Arch. de phys.*, 1886.
(3) Netter. Soc. méd. des hôpit., 17 avril 1891.
(4) Grober. *Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 30 sept. 1902.
(5) Bezançon et Griffon. Soc. méd. des hôpit., 24 mars 1899.

(1) Dieulafoy. *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*, 1901-1902, t. IV, p. 16.

Quand, le lendemain, on retirait les cultures de l'étuve, on constatait le plus souvent que la fibrine s'était nettement formée; souvent aussi on la voyait déposée sur le fond du tube en forme de mince pellicule repliée sur elle-même; souvent encore le tissu fibrineux à fines mailles était resté accroché par un pan au plan inférieur de la pomme de terre et son extrémité convexe pendait librement dans le liquide.

Chaque jour on contrôlait la température de l'étuve et les tubes étaient examinés à heure fixe et minutieusement.

Il se développa des colonies de bacilles de la tuberculose tant sur la pomme de terre que dans le liquide; dans certains cas aussi le liquide seul se montra actif et la pomme de terre resta stérile (1). Au bout de vingt et un à vingt-cinq jours les colonies sur la pomme de terre avaient la grosseur d'une tête d'épingle; augmentant peu à peu de volume, elles présentaient une surface granuleuse, et leur couleur jaune pâle à l'origine devint plus tard nettement jaune, puis finalement jaune brun. Quand la culture était en plein développement, il se formait souvent une pellicule ridée sur la pomme de terre, ainsi qu'à la surface du liquide, parfois même le long des parois du tube au-dessus du niveau du liquide. Quand les colonies se développaient dans le liquide, c'était invariablement *entre les mailles de la fibrine dissociée*, et on le constatait surtout avec une netteté parfaite quand la fibrine pendait librement dans le liquide. A travers les fines mailles du transparent tissu fibrineux, on pouvait suivre distinctement tout leur développement, depuis leur forme initiale de petits points à peine perceptibles, jusqu'à ce qu'elles atteignissent les dimensions d'un grain de millet, moment où elles présentaient une surface irrégulière finement granulée et de nuance jaune.

Toutes les cultures furent contrôlées au microscope.

Le tableau ci-après donne un aperçu des résultats des inoculations comme des cultures, toutes faites avec du liquide exsudé provenant de sujets atteints de soi-disant pleurésie primaire.

Si nous ajoutons que, dans l'examen de trois exsudats provenant de malades *atteints de tuberculose pulmonaire* (premier et deuxième stades), nous avons établi à la fois par les inoculations et par les cultures la présence du bacille de Koch (formule cellulaire : *lymphocytose*), qu'en outre cinq exsudats survenus respectivement dans le cours d'un carcinome de l'ovaire compliqué de péritonite chronique, d'une néphrite chronique, d'une infection puerpérale, d'un rhumatisme articulaire aigu, d'une fracture costale, furent, après examen par inoculation et culture, constatés francs de bacilles de la tuberculose (formule cellulaire : *pas de lymphocytose*), nous aurons résumé les résultats qui se dégagent de l'examen morphologique de dix-huit exsudats différents.

(1) C'est cette constatation qui nous a engagé à essayer avec quatre exsudats chaque fois quatre cultures à part, où il fut fait usage du même milieu artificiel, mais sans la pomme de terre, mais qui toutes restèrent stériles, tandis que celles pour lesquelles on avait employé la pomme de terre ont donné des résultats positifs avec le même exsudat.

Pleurésie soi-disant primaire.

	INOCULATIONS	CULTURES	EXAMEN MORPHOLOGIQUE
1	2 cm^3 —	2 cult. restées stériles. 2 — après 2 j. staphylocoques	Lymphocytose.
2	2 cm^3 —	2 — ap. 24-26 j. + bac. de Koch. 4 — restées stériles. 2 — après 2 j. staphylocoques.	—
3	10 cm^3 + tub. 2 cobayes.	5 — ap. 22-25 j. + bac. de Koch 1 — restée stérile. 2 — après 2 j. staphylocoques.	—
4	10 cm^3 + tubercul. tous les cobayes.	5 — ap. 19-22 j. + bac. de Koch. 3 — après 2 j. staphylocoques.	—
5	10 cm^3 + tubercul. tous les cobayes.	4 — ap. 21-24 j. + bac. de Koch. 2 — restées stériles. 2 — après 2 j. staphylocoques.	—
6	10 cm^3 —	4 — ap. 22-24 j. + bac. de Koch. 2 — restées stériles. 2 — après 2 j. staphylocoques.	—
7	10 cm^3 + tubercul. tous les cobayes.	7 — ap. 19-23 j. + bac. de Koch. 1 — après 2 j. staphylocoques.	—
8	10 cm^3 + tubercul. tous les cobayes.	8 — ap. 20-24 j. + bac. de Koch.	—
9	10 cm^3 + tubercul. tous les cobayes.	4 — ap. 19-22 j. + bac. de Koch. 1 — restée stérile. 3 — après 2 j. staphylocoques.	—
10	10 cm^3 —	4 — ap. 19-22 j. + bac. de Koch. 2 — restées stériles. 2 — après 2 j. staphylocoques.	—

Au moyen d'inoculations nous avons trouvé six fois et au moyen de cultures neuf fois des bacilles de la tuberculose dans l'exsudat des dix sujets atteints de ce qui, selon toute apparence, était une pleurésie primaire. Si le résultat des cultures s'est trouvé une fois négatif, il faut l'attribuer probablement à la trop faible dose de l'exsudat employé; nous pouvons en dire autant à l'égard de deux des cas d'inoculation.

En conséquence nous estimons que la méthode de culture appliquée par nous l'emporte sur l'inoculation, comme fournissant d'une façon plus simple, plus sûre et plus rapide, la preuve directe de l'étiologie de l'exsudat. Nous croyons aussi avoir confirmé le fait que, indirectement si l'on veut, le cytodiagnostic met à même de résoudre la question de savoir si la pleurésie est, oui ou non, d'origine tuberculeuse. Tous les expérimentateurs se sont exprimés dans le même sens au sujet de cette méthode, qu'ils ont proclamée sûre, rapide et commode.

En terminant, nous nous faisons un devoir de témoigner notre reconnaissance aux professeurs Pel et Saltet, ainsi qu'au privat docent Klein pour leur bienveillant concours.

POTION CONTRE LA GRIPPE

Antipyrine.............	2 grammes.
Benzoate de soude......	2g50
Eau de laurier-cerise....	10 grammes.
Sirop de codéine......	25 —
Eau bouillie...........	100 —

A prendre en trois fois, à une heure d'intervalle.

Avec le second tiers, prendre un à quatre cachets de 0g25 de chlorhydrate de quinine. (*Bull. gén. de thérap.*)

SUR LE DOSAGE
DE CERTAINES
SUBSTANCES RÉDUCTRICES DES URINES
NORMALES ET PATHOLOGIQUES
AU MOYEN DU BLEU DE MÉTHYLÈNE

Par le docteur J. LE GOFF,
Lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

Tous ceux qui s'occupent d'urologie, et spécialement de l'urologie du diabète, ont remarqué que certaines urines décolorent le réactif cupro-potassique et donnent, soit une liqueur à fluorescence très nette, soit un précipité floconneux sans formation d'oxyde rouge de cuivre. Cette réduction spéciale est due à certaines substances, parmi lesquelles je citerai l'acide urique, les urates, la créatinine, les matières colorantes de l'urine, l'acide glycuronique et ses conjugués, et surtout les traces d'hydrates de carbone signalées par divers auteurs. Wedenski (1), Baisch (2), Salkowski (3) ont trouvé dans toute urine des substances réductrices analogues au glucose. Comme Udranski (4), j'ai obtenu la réaction au furfurol de Schiff avec n'importe quelle urine. D'après Tollens, l'urine humaine normale renferme toujours de très petites quantités de sucre, décelable par les essais à la phénylhydrazine, au chlorure de benzoyle ou à l'α naphtol, et qui, dans la plupart des cas, doit être du glucose. Suivant Baisch, il y a de 3 à 9 centigrammes de sucre par litre d'urine normale; avant lui, Quinquaud avait trouvé des chiffres décuples de ceux-ci. On peut rencontrer dans l'urine normale, même à l'état sain, de plus grandes quantités de sucres réducteurs, par exemple dans la glycosurie alimentaire et à la suite d'ingestion d'une certaine quantité de saccharose, de glucose, de lactose.

Chez les diabétiques, dans les années qui précèdent l'apparition de la glycosurie *permanente* décelable par nos moyens ordinaires, on voit le glucose s'élever progressivement de 3 ou 4 centigrammes à 30, 40 centigrammes, 1 gramme et au delà, pour descendre plus tard au-dessous de 1 gramme pendant les périodes dites de guérison; dans d'autres cas, comme je le montrerai plus tard, le glucose se trouve remplacé par un de ses dérivés, gluconate, acide glycuronique ou ses conjugués.

La recherche et le dosage de très petites quantités de glucose deviennent très problématiques par la liqueur de Fehling et le polarimètre. Il n'existe pas jusqu'à présent de méthode simple de dosage des substances réductrices des urines normales.

En 1897 (5), j'ai fait connaître un procédé très précis permettant de rechercher et de doser le sucre dans l'urine. Il repose sur la décoloration du bleu de méthylène en milieu alcalin, en présence du glucose.

Sous l'inspiration du professeur Nothnagel (de Vienne), mes travaux ont été repris par le docteur Alfred Fröhlich, qui a publié un mémoire des plus intéressants (1). Au début de cet article, je constate cependant que l'auteur, n'ayant eu connaissance de mon travail que par une analyse, a reproduit mon procédé d'une façon inexacte. J'ai écrit, en effet, que pour savoir si une urine contient une certaine quantité de sucre, on l'étend au dixième, c'est-à-dire qu'à un volume d'urine on ajoute neuf volumes d'eau, et non un seul volume, comme le dit M. Fröhlich; de cette urine diluée au dixième, on prélève 1 centimètre cube que l'on fait tomber dans un tube à essais placé dans l'eau bouillante, et on y ajoute un certain nombre de centimètres cubes d'une solution de bleu de méthylène à 1 p. 5000, et quelques gouttes d'une solution de potasse : l'urine normale dans ces conditions reste bleue, l'urine diabétique prend une teinte jaune.

Comme je l'avais établi, M. Fröhlich a remarqué que toutes les urines renferment une certaine quantité de substances qui ont la propriété de transformer le bleu de méthylène en blanc de méthylène dans un milieu alcalin.

Pour éliminer ces substances, il défèque les urines par l'acétate de plomb, il prend 10 centimètres cubes d'urine y ajoute 5 centimètres cubes d'une solution d'acétate neutre de plomb à 30 p. 100, et 5 centimètres cubes d'une solution d'acétate basique de plomb. Par filtration il obtient un liquide clair, limpide, incolore, ou présentant une légère teinte jaunâtre.

Il prépare d'autre part une solution de bleu de méthylène à 1 p. 300, et une solution de potasse à 10 p. 100; puis dans un tube à essais il met un certain nombre de centimètres cubes de la solution de bleu, y ajoute 1 centimètre cube de la solution de potasse et chauffe à feu nu, puis y fait tomber un volume égal de l'urine déféquée et chauffe de nouveau jusqu'à l'ébullition, après quoi, il enlève le tube de la flamme. Si l'urine contient du sucre, le liquide qui était bleu noir, devient clair, même blanchâtre et à la fin transparent avec une teinte jaune pâle. L'excès de plomb ne dérange en rien la réaction, mais se dépose au fond du tube.

Dans ses diverses recherches, le docteur Fröhlich a toujours pris 5 centimètres cubes de la solution de bleu à 1 p. 300 rendue alcaline par l'addition de 1 centimètre cube de la solution de potasse et 5 centimètres cubes d'urine déféquée; quand l'urine contient beaucoup de sucre, quelques gouttes suffisent à décolorer le bleu; quand il y en a moins de 2 p. 1000, il faut ajouter aux 5 centimètres cubes de la solution de bleu la même quantité d'urine.

La décoloration se fait très rapidement dans la plupart des cas.

Le docteur Fröhlich a examiné un grand nombre d'urines d'après ce procédé, et dans 100 cas il en a

(1) Wedenski. *Zeits. f. physiol. Chem.*, t. XVIII, p. 193.
(2) Baisch. *Id.*, t. XVIII, p. 193.
(3) Salkowski. *Id.*, t. XVII, p. 229.
(4) Udranski. *Id.*, t. XIX, p. 338; t. XX, 249.
(5) Le Goff. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séance du 9 avril 1897.

(1) A. Fröhlich. Uber den Nachweis von Traubenzucker im Harn mittels Methylenblau, *Centralbl. f. inn. Med.*, 1898, nº 4.

fait le contrôle par la réaction de la liqueur de Fehling ou la réaction de la phénylhydrazine; et dans tous les cas où se produisait la décoloration du bleu, il y avait formation de cristaux de phénylhydrazone nettement visibles au microscope, et réduction de la liqueur cupropotassique.

L'auteur a examiné les urines de malades atteints d'affection du poumon, du cœur, de l'estomac, du foie, les urines albumineuses, hémoglobinuriques, etc., il a constaté que la décoloration du bleu ne se produisait que lorsqu'il s'y trouvait du sucre.

Ce qui confirme les résultats que j'ai publiés en 1897 dans la monographie : *Sur certaines réactions chromatiques du sang dans le diabète sucré* (p. 45-82).

Comme je l'avais établi dans ce travail, le docteur Fröhlich démontre que le chlorure de sodium, l'urée, l'acide urique, les urates, la créatinine, l'albumine ne décolorent pas le bleu en milieu alcalin.

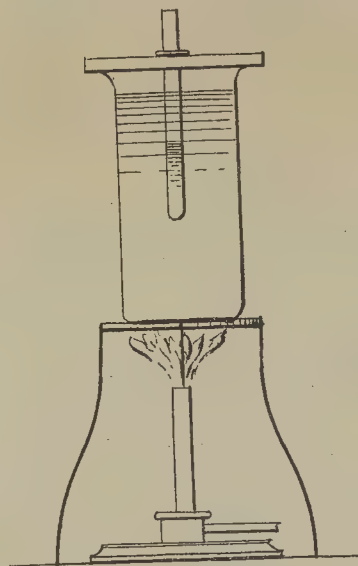
Le procédé que je viens de décrire n'est pas à l'abri de toute critique; l'emploi d'une solution concentrée est défectueuse car elle est d'un bleu noir qui tache les instruments et les doigts de l'opérateur; elle n'est pas transparente et ne permet pas de lire les divisions de la burette anglaise. L'addition d'une solution de potasse concentrée à une solution concentrée de bleu donne naissance à un précipité abondant de la base du bleu, et amène la formation de thionol et thionoline; par la chaleur, la solution vire au violet foncé. Il s'agit là d'un mélange des plus complexes.

Je recommande d'employer ma solution primitive de bleu à 1 p. 5000; j'ai montré que le bleu de méthylène en solution étendue n'est pas altéré même au bout de plusieurs jours par une solution de potasse étendue.

En milieu alcalin certains réducteurs, les aldéhydes, les cétones, les hydrates de carbone à fonction aldéhydique ou cétonique, l'hydrosulfite de sodium, certains phénols décolorent la solution de bleu, à une température relativement basse, souvent au-dessous de 100 degrés, quelquefois même à la température du corps humain. j'ai montré que la quantité de bleu décolorée est proportionnelle au poids du réducteur qui se trouve décomposé, et j'en ai déduit une méthode très simple de dosage du glucose dans l'urine et dans le sang. Depuis longtemps j'ai appliqué cette méthode au dosage de *certaines substances réductrices* des urines (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séance du 25 juin 1897).

D'après le professeur Armand Gautier (1), on peut mesurer le pouvoir réducteur que certaines urines doivent à une trace de glucose, d'acide glycuronique, de créatinine et de matières extractives diverses, en prenant 200 centimètres cubes d'urine que l'on additionne de liqueur cupropotassique en quantité suffisante pour les bien colorer; après chauffage à 100 degrés, on ajoute de l'acide sulfurique jusqu'à réaction acide, et enfin du sulfocyanure d'ammonium (2). Il se fait un précipité de sulfocyanure cuivreux proportionnel à l'oxyde de cuprosum qui s'est formé; on lave, on sèche, on pèse ce précipité, son poids donne la mesure du pouvoir réducteur. C'est là un procédé de laboratoire d'une grande précision sans doute, mais qui n'est pas à la portée du clinicien, celui que je propose est plus rapide et ne demande qu'un matériel des plus restreints.

On fait tomber dans un tube à essais 1 centimètre cube d'urine neutralisée, on ajoute 1 ou 2 centimètres cubes d'eau distillée si la densité de l'urine est trop élevée, afin que la solution de bleu ne surnage pas. On recouvre d'une mince couche de xylol, laissé quelque temps au contact d'une solution de bleu. Ce xylol a pour effet d'empêcher l'oxygène de l'air de venir oxyder le blanc de méthylène formé; on peut remplacer le xylol par un autre carbure d'hydrogène et même par de l'huile de pétrole. *Le tube à essais est placé dans un support en bois qui le maintient immobile dans un becher-glass contenant de l'eau bouillante que l'on chauffe par un bec Bunsen ou une lampe à alcool* (fig. 1). *On fait tomber dans le tube à essais, au moyen d'une burette anglaise, la solution de bleu à 1 p. 5000 additionnée au moment de l'expérience de 1mgr5 de potasse par centimètre cube, jusqu'à ce qu'on obtienne une teinte bleu violacé persistant pendant cinq minutes.*


Fig. 1.

Depuis quelques années, j'ai modifié ce procédé de la façon suivante : *dans le tube à essais on verse 1 centimètre cube d'urine, 1 centimètre cube d'eau distillée, 1 centimètre cube d'une solution de potasse à 10 p. 100. On recouvre de xylol et l'on porte dans l'eau bouillante, et on y ajoute la solution de bleu à 1 p. 5000 jusqu'à ce que la teinte bleu violacé persiste : la durée du dosage par ce deuxième procédé ne dépasse guère cinq minutes.*

J'ai remarqué que le pouvoir réducteur des urines varie suivant les individus, l'état de santé et de maladie, la quantité de boisson absorbée, et la nature des aliments ingérés; il est compris entre quelques gouttes et 5, 10, 20 centimètres cubes et plus de la solution de bleu à 1 p. 5000. On peut exprimer ce pouvoir réducteur en glucose : il suffit pour celà de diviser le nombre de centimètres cubes trouvés par 6,5 dans le premier procédé et par 7 dans le second. En effet, il résulte de considérations théoriques et de dosages effectués avec le glucose et le bleu de méthylène purs, que si l'on prend 1 centimètre cube d'une solution de glucose à 1 p. 1000, il est nécessaire d'y ajouter dans les conditions de l'expérience, dans le premier cas 6cc5 de bleu potassique, et dans le second 7 centimètres cubes de bleu

(1) Armand Gautier. *Leçons de chimie biologique*, p. 648.

(2) M. Linossier vient de modifier et de simplifier ce procédé. (*C. r. de la Soc. de biol.*, 11 fév. 1905, p. 258.)

pur à 1 p. 5000, pour avoir la teinte bleue persistante. Le bleu de méthylène dont je me suis servi a été mis gracieusement à ma disposition, par la Sociétés des matières colorantes de Saint-Denis à laquelle j'adresse tous mes remerciements.

Parmi les substances qui décolorent le bleu de méthylène, je citerai certaines matières colorantes de l'urine, l'acétone, certains composés phénoliques, les hydrates de carbone à fonction aldéhydique ou cétonique, l'acide glycuronique et ses conjugués etc.

J'ai remarqué que les urines *normales* très foncées ont un pouvoir réducteur plus prononcé que les urines *normales* pâles; telle urine très foncée réduisait 11 centimètres cubes de bleu, alors que filtrée sur charbon et devenue incolore, elle ne réduisait plus que $7^{cc}5$.

Je dois à l'obligeance du professeur Arm. Gautier d'avoir pu faire agir directement le bleu sur la bilirubine pure et son produit d'oxydation l'urochrome; j'ai constaté que cette dernière substance réduisait fortement le bleu, tandis que la première le colorait seulement en vert. Ces deux produits réduisaient plus ou moins la liqueur de Fehling.

Flückiger a attribué le pouvoir réducteur et lévogyre de l'urine *normale* en partie à un acide glycuronique conjugué. Je montrerai plus tard que cet acide et ses dérivés existent assez souvent dans l'urine diabétique; par sa fonction aldéhydique, il réduit la liqueur cupropotassique et le bleu de méthylène. Avec son obligeance habituelle, M. Gabriel Bertrand a mis à ma disposition quelques centigrammes de lactone glycuronique pure qu'il avait extraite du jaune indien; on sait que le jaune indien provient de l'urine du chameau; j'en ai fait une solution à 1 p. 1000, j'en ai prélevé 1 centimètre cube que j'ai mis dans un tube à essais et alcalinisé par la potasse, j'ai porté le tube dans l'eau bouillante et j'ai dû ajouter 7 centimètres cubes de bleu de méthylène à 1 p. 5000 pour avoir la teinte bleue persistante : c'est le pouvoir réducteur du glucose.

Fröhlich avait déjà remarqué que 5 centimètres cubes d'urine normale additionnés d'un demi-centimètre cube d'une solution à 1/100 d'anhydride glycuronique décolorent $12^{cc}5$ de la solution de bleu de méthylène à 1/300.

L'acétone existe en petite quantité dans toutes les urines normales; on le vérifie aisément par la production de la réaction de Lieben avec les premiers produits de la distillation des urines; elle décolore également le bleu comme le fait aussi l'éther acétylacétique. Par contre, l'urée, l'acide urique, les urates, les chlorures, les phosphates, l'albumine, la créatinine n'ont pas d'action sur le bleu. Ainsi se trouve défini et précisé le pouvoir réducteur total des urines normales par rapport au bleu de méthylène.

Si l'on veut éliminer les matières colorantes formées dans l'urine en faisant abstraction de leur chromogène, on filtre sur charbon, et on dose le pouvoir réducteur du liquide obtenu, dans lequel on peut encore précipiter les glycuronates, les phénols, par le nitrate acide de mercure.

Enfin, si l'on ne veut connaître ni le pouvoir réducteur des matières colorantes ni celui des glycuronates et des phénols, on prend 20 centimètres cubes d'urine que l'on défèque par le réactif de Patein, on filtre, on neutralise par la potasse, on filtre de nouveau et l'on dose suivant le procédé que je viens de décrire. Pour aller rapidement, on se contente de déféquer par une solution d'acétate neutre de plomb.

Fröhlich, après avoir déféqué l'urine normale par les sels de plomb, n'avait plus obtenu de réduction de sa solution de bleu à 1 p. 300.

Il serait intéressant de connaître la variation des substances réductrices de l'urine normale et pathologique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 27 JUIN 1905)

Les séances se suivent et ne se ressemblent pas. Après deux ou trois séances assez bien remplies par la discussion sur la loi relative à la déclaration obligatoire des maladies contagieuses, celle d'aujourd'hui, qui n'a pas duré trois quarts d'heure, a été consacrée à la lecture d'un rapport, à deux courtes communications, à quelques présentations et à l'élection d'un directeur de la vaccine en remplacement de M. Hervieux. Le choix de l'Académie s'est porté sur M. Kelsch. Il ne pouvait être plus heureux.

Anévrisme artériel de la tibiale postérieure. — M. ROUTIER communique l'observation d'un rhumatisant qui, au cours d'une grippe, fut pris d'une violente douleur dans la jambe gauche. On crut d'abord à une nouvelle crise de rhumatisme, mais en y regardant de plus près, on vit qu'il existait au niveau du mollet gauche une tumeur qui offrait tous les caractères d'un anévrisme artériel. M. Routier, consulté, proposa l'extirpation, mais ce malade étant cardiaque, il hésitait à accepter, par peur du chloroforme. On prit alors l'avis de M. Huchard qui constata, en effet, une insuffisance aortique et un rétrécissement mitral, ce qui ne l'empêcha pas de déclarer que le chloroforme était sans danger. M. Routier fit l'opération sous le chloroforme qui fut très bien supporté. Les suites de l'opération furent simples et le malade guérit fort bien.

Les formiates. — Voilà cinq à six ans que M. GARRIGUE étudie l'action thérapeutique des formiates. Il est arrivé à cette conclusion qu'ils devaient être employés à très petites doses, quelques milligrammes, les hautes doses aboutissant à un effet absolument contraire à celui qu'on cherche, c'est-à-dire à l'épuisement des forces.

Blépharoplastie par la méthode italienne. — M. LAGRANGE (de Bordeaux), chez une malade dont la face, à la suite de brûlure grave, était couverte de cicatrices, et ne présentait plus un seul lambeau de peau saine, a refait les deux paupières de l'œil gauche avec la peau du bras du même côté.

Le bras a été maintenu en contact avec la tempe à l'aide d'un appareil plâtré amovo-inamovible; dix jours après l'opération, le pédicule a été sectionné et le bras libéré.

La restauration des deux paupières a été très satisfaisante ainsi qu'en témoignent des photographies faites vingt mois après l'opération.

Syphilis. — Nous signalons parmi les présentations celle qu'a faite M. RAYMOND d'un livre de M. Edmond Fournier sur l'étude de la syphilis transmise du grand-père au petit-fils. Ce travail, basé sur 116 observations, aboutit à cette conclu-

sion que le grand-père peut transmettre la syphilis à ses petits-enfants. A cette question de M. Chantemesse : L'intermédiaire, c'est-à-dire le père de l'enfant ainsi atteint, est-il resté indemne? M. Raymond répond qu'il peut être resté indemne, mais seulement en apparence. Il est plus que probable que le bacille spécifique a existé chez lui sans évoluer de façon à donner lieu à des accidents appréciables. On conçoit tout l'intérêt et toute l'importance de cette question, qui nous obligera désormais, à défaut d'antécédents paternels, à rechercher ceux du grand-père.

CORRESPONDANCE

Nous recevons, de M. Möbius (de Leipzig), la lettre suivante :

« Très honoré Monsieur,

J'ai lu avec plaisir dans le n° 66 de la *Gazette des hôpitaux* l'article de M. Ingelrans sur l'*akinesia algera* et je me sens honoré par l'appellation de *syndrome de Möbius*.

Permettez-moi cependant une remarque. Il est sans importance que l'auteur dise que j'ai eu l'occasion de parler de l'*akinesia algera* au congrès de Moscou de 1895, où je ne suis pas allé, mais je suis vraiment peiné de ce que l'auteur n'ait pas connu mon troisième mémoire sur l'*akinesia algera*.

Ce travail contient la fin de l'histoire des malades suivis jusqu'à leur mort, des observations et des constatations nouvelles. Il a été publié dans la deuxième partie de mes Contributions neurologiques, « *Neurologischen Beiträge* » (Leipzig 1894, Barth édit.).

Je n'en ai malheureusement plus un seul exemplaire à vous envoyer, mais la Société médico-psychologique de Paris en possède un.

Vous me ferez plaisir en portant ces détails à la connaissance de vos lecteurs.

Recevez etc.

MÖBIUS. »

ANALYSES

GYNÉCOLOGIE

Le développement des fibromes dans l'utérus après ablation des annexes. (Bovee. *Journ. of the Amer. med. Ass.*, 27 mai 1905.) — Après avoir fait remarquer l'absence de littérature sur le sujet, Bovee rapporte 6 cas, dont 4 personnels, où l'utérus devint fibromateux après ablation bilatérale des annexes et fut enlevé par une intervention secondaire. S'agit-il de fibromes existant avant la première opération et si petits à ce moment qu'ils ont échappé à l'observation? C'est possible. En tout cas, leur développement va à l'encontre de la théorie qui veut que la castration entrave le développement des fibromes. Bovee explique cette dégénérescence par les troubles d'innervation et d'endartérite oblitérante que l'ablation des ovaires amène du côté de l'utérus.

Les faits de Bovee sont intéressants et ses efforts pour dégager une pathogénie sont louables; mais pourquoi l'utérus d'une femme privée de ses ovaires n'aurait-il pas le droit de devenir fibromateux comme tout autre? Les ablations d'ovaires de Bovee datent de 1895-1897. Aujourd'hui, quel est le chirurgien qui laisse l'utérus quand il enlève les annexes des deux côtés?

FAXTON E. GARDNER.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 3 AU 8 JUILLET 1905)

THÈSES

Mercredi 5 juillet 1905. — M. Droit. Contribution à l'étude de la nicotine et de ses composés aldéhydiques. (MM. Pouchet, président; Reclus, Gosset et Richaud.) — M. Pougnault. Développement du lobe gauche du foie. (MM. Reclus, président; Pouchet, Gosset et Richaud.) — Mlle Tessene. Contribution à l'étude du traitement chirurgical des ulcères variqueux (le procédé de l'incision circulaire de la cuisse). (MM. Reclus, président; Pouchet, Gosset et Richaud.) — M. Poujade. Valeur pronostique de l'hémoptysie chez les tuberculeux à la période de germination. (MM. Landouzy, président; Roger, Teissier et Marcel Labbé.) — M. Bloch. Les néoplasmes malins primitifs de la plèvre. (MM. Roger, président; Landouzy, Teissier et Marcel Labbé.)

Jeudi 6 juillet 1905. — M. Hernandez. Dyspepsie hyposthénique de la puberté. (MM. Debove, président; Dieulafoy, Budin et Demelin.) — M. Loze. Traitement des adénites cervicales tuberculeuses chroniques. (MM. Dieulafoy, président; Debove, Budin et Demelin.) — M. Delacour. Indications, contre-indications et accidents de la version par manœuvres externes. (MM. Budin, président; Debove, Dieulafoy et Demelin.) — M. Eveno. L'homicide dans la mélancolie. Considérations générales sur les états mélancoliques au point de vue du diagnostic différentiel et médico-légal. (MM. Joffroy, président; Raymond, Dupré et Renon.) — M. Trepsat. Etude des troubles physiques dans la démence précoce hébéphréno-catatonique. (MM. Joffroy, président; Raymond, Dupré et Renon.) — M. Rochu. Des hallucinations dans la mélancolie et des phénomènes hallucinatoires post-mélancoliques. (MM. Raymond, président; Joffroy, Dupré et Renon.) — Mlle Gorovitz. Contribution à l'étude de l'atrophie musculaire à contribution radiculaire du type supérieur dans la poliomyélite antérieure aiguë. (MM. Raymond, président; Joffroy, Dupré et Renon.) — M. Chartier. De la persistance de certains signes physiques chez les tuberculeux pulmonaires guéris. (MM. Hutinel, président; Gilbert, Thiroloix et Méry.) — M. Mabilais. Du traitement de la laryngite tuberculeuse par les aspirations laryngées de dicodoforme. (MM. Gilbert, président; Hutinel, Thiroloix et Méry.) — M. Pivert. Les angines ulcéreuses et les perforations du voile du palais dans la scarlatine. (MM. Gilbert, président; Hutinel, Thiroloix et Méry.)

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

ENDOCARDITES AIGUES

ANATOMIE PATHOLOGIQUE, SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC (1)

SYMPTOMATOLOGIE GÉNÉRALE. — A. **Endocardite simple ou infectieuse atténuée.** — La symptomatologie de l'*endocardite aiguë rhumatismale aiguë simple*, prise comme type de description (bien qu'exceptionnellement l'endocardite aiguë rhumatismale puisse être infectante), n'est pas une : « Elle varie suivant le siège, l'étendue, le volume, la constitution des efflorescences, suivant l'état du muscle cardiaque, du péricarde, suivant l'existence ou la non-existence de lésions antérieures du cœur, suivant l'état du sujet au moment où il a été frappé par le rhumatisme » [Hanot (2)]. On peut cependant en donner la description suivante.

Le DÉBUT, quelquefois bruyant, est le *plus souvent insidieux*, aussi est-il indispensable d'ausculter soigneusement chaque jour le cœur du malade; il se caractérise par des *symptômes généraux* : aggravation de l'état général (Sibson), *ascension brusque de la courbe thermique*, se produisant à la fin de la première semaine ou au commencement de la seconde, et par des *symptômes fonctionnels* divers.

PÉRIODE D'ÉTAT. — *Signes fonctionnels et généraux.* — a. *Gêne précordiale ou épigastrique*, ne prenant une certaine intensité qu'en cas de pleurésie ou de péricardite concomitantes; b. *Palpitations*, revenant par accès à l'occasion des mouvements, des efforts, etc., pouvant même survenir la nuit, d'où insomnie; c. *Lipothymies*; d. *Dyspnée*, qui n'est marquée qu'en cas de complication pleuro pulmonaire ou de lésion valvulaire ancienne; e. *Modifications du pouls* qui peut : ou être rapide et régulier; ou être faible et irrégulier, le cœur restant régulier, symptôme attribué par Bouillaud à l'existence de concrétions fibrineuses portant obstacle à la libre pénétration du sang dans l'aorte; ou présenter des intermittences coïncidant avec celles du cœur (Pigeaux) ou donner à la main une sensation spéciale (*frottement globulaire*, Simonet); f. *Troubles encéphaliques* : céphalalgie, éblouissements, bourdonnements d'oreille, vertige, insomnie, cauchemars, tous symptômes dus à l'éréthisme cardiaque; g. *Fièvre* « commandée seulement par l'évolution de la maladie causale » (A. Petit) et qui pourrait manquer en cas d'endocardite aiguë primitive (Donovan).

La plupart de ces signes relèvent moins de l'endocardite elle-même que d'une lésion associée : insuffisance du myocarde, péricardite, pleurésie; leur valeur séméiologique est donc médiocre; de plus, ils peuvent faire complètement défaut ou être à peine ébauchés et, dans ce cas, l'endocardite évolue d'une façon absolument latente.

Signes physiques. — L'*inspection* révèle une légère voussure de la région précordiale; la *palpation* renseigne sur la fréquence et la force des battements cardiaques, l'augmentation d'étendue de l'impulsion systolique, l'existence (dans certains cas) d'un frémissement vibratoire, la percussion décèle une légère augmentation de la matité précordiale (dilatation paralytique du cœur, Potain). Rien, dans tout cela, de précisément caractéristique (Hanot).

Autrement importants sont les signes d'*auscultation*. A ce sujet, deux théories principales :

α. *Pour les uns*, les premiers signes physiques de l'endocardite aiguë consistent en *altérations du timbre et de la sonorité des bruits normaux du cœur* (Potain, Bouillaud, Piorry).

Pour Potain, en particulier, *au début* de l'endocardite aiguë « le tissu des valvules rougit, s'imbibe et se vascularise. L'imbibition du tissu amène son gonflement. Il se dépose entre les mailles du tissu conjonctif une sorte de substance gélatiniforme. *Bientôt*, il y a prolifération de ce tissu conjonctif et disparition des fibres élastiques. La valvule devient plus friable et, en même temps, moins flexible. *Plus tard*, ce tissu conjonctif de nouvelle formation devient fibreux, la valvule s'indure ».

Au début, il y aura donc *assourdissement du claquement valvulaire* : le claquement normal est sourd, étouffé, voilé, comme si l'on avait recouvert les valvules d'étoffe ou de papier mouillé. Cet assourdissement s'observe chez la moitié des rhumatisants, frappe aussi bien l'orifice aortique que l'orifice mitral; peut se produire du jour au lendemain et persister plus ou moins longtemps.

Puis le bruit devient *éteint et dur*, parcheminé. « On l'a comparé au bruit d'un tambour recouvert d'un crêpe. La tonalité devient plus basse, et l'intensité diminue » (Potain).

Enfin avant de reprendre ses caractères normaux, le claquement valvulaire passera par une phase où il est sec, *dur*.

Donc trois phases : *bruit éteint*; *éteint et dur*; *dur*.

Pour Potain, l'endocardite aiguë se caractériserait uniquement au début, par ces altérations des bruits normaux du cœur; quant aux *souffles* que l'on peut entendre à cette phase, *ils seraient toujours anorganiques* et liés, soit à une contracture, soit à une paralysie des muscles papillaires. Les *souffles organiques*, symptomatiques de l'endocardite, *seraient beaucoup plus tardifs* et ne s'observeraient pas avant le trentième jour.

β. *Pour les autres* [Bucquoy, Peter, C. Paul, Jaccoud (1)], l'endocardite aiguë peut, dès le début, donner lieu à des souffles organiques, le plus souvent systoliques mitraux : « bruit systolique et au-dessous du mamelon de l'insuffisance mitrale, tel est habituellement le signe physique de l'endocardite aiguë » (Peter). Ce souffle s'accompagne fréquemment de retentissement du deuxième bruit pulmonaire, et d'insuffisance tricuspidienne.

TERMINAISONS. — L'endocardite aiguë simple peut :

1. *Guérir complètement*, surtout dans les formes légères et chez l'enfant;
2. *Se transformer en endocardite aiguë maligne*;
3. *Passer à l'état chronique*;
4. *Donner lieu à des complications* : péricardite, myocardite, aortite aiguë (v. classiques); thromboses intra-cardiaques donnant lieu à de la tachycardie (Marey), à des embolies, et pouvant déterminer la mort subite (*endocardite aiguë à forme syncopale*).

B. **Endocardites infectantes, malignes.** — Leur DÉBUT varie selon que l'endocardite aiguë est *primitive* ou *secondaire*. Dans le premier cas, il s'accuse brusquement par des phénomènes généraux graves et des troubles cardio-vasculaires; dans le second, l'endocardite aiguë succède : α. à un état cachectique : il est alors latent; β. ou à une infection caractérisée : il se traduit alors par les mêmes signes que dans l'endocardite aiguë primitive; γ. à une endocardite ancienne, d'où aggravation des signes antérieurs.

ÉTAT. — Les *symptômes locaux* sont les mêmes que dans toute endocardite aiguë. Leur seul caractère important, c'est d'être « sujets à des changements dont une observation attentive peut parfois suivre les progrès d'un jour à l'autre » (Charcot et Vulpian).

Quant aux *symptômes généraux*, ce sont eux qui impriment à la maladie un cachet spécial de malignité. Suivant leurs modalités, on distingue :

1. Une FORME TYPHOÏDE, qui, après quelques prodromes mal définis, débute par un frisson unique auquel succède immédiatement une élévation de température considérable. La *température* se maintient à 40-41 degrés, avec quelques rémissions irrégulières; le pouls, d'abord fort et rapide, est bientôt faible, intermittent, ralenti. Il existe des *troubles nerveux* : accablement, stupeur, ou délire violent; *digestifs* : lèvres fendillées et fuligineuses, langue sèche, rôtie, soif, anorexie, ballonnement du ventre, diarrhée fétide, abondante, parfois mélangée de sang (ulcérations intestinales dues à des embolies mésaraïques) [*état cholériforme* de Trousseau], hépato et splénomégalie; *urinaires* : oligurie, albuminurie soit d'origine toxi-infectieuse ou mécanique (infarctus rénaux); *respiratoires* : bronchite, congestion pleuro-pulmonaire; *cutanés* : purpuras, érythèmes divers, taches rosées lenticulaires, donnant à la maladie l'aspect de la typhoïde grave la plus typique. L'endocardite aiguë à forme typhoïde dure habituellement de trois à quatre semaines, avec alternatives de rémissions et d'exacerbations (Jaccoud). *(A suivre.)*

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 70, p. 838.
(2) *L'endocardite aiguë*, coll. Léauté.

(1) Voir pour cette discussion WIDAL, art. RHUMATISME ARTCULAIRE AIGU, *Traité Brouardel-Gilbert*, t. II, p. 750.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 74. — SAMEDI 1er JUILLET 1905. 78e ANNÉE. SAMEDI 1er JUILLET 1905. — N° 74.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Étudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
La médication phosphorée, par M. CONTET.
FORMULAIRE
Le sucre en dermatologie.
LIVRES NOUVEAUX
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Deuxième concours de chirurgie.* — Première épreuve clinique :

Séance du 29 juin 1905. — MM. Bernard, 13; Proust, 19.

La prochaine séance aura lieu samedi 1er juillet, à cinq heures du soir, à l'Hôtel-Dieu.

MARINE. — Des concours pour trois emplois de professeur dans les écoles de médecine navale seront ouverts au port de Brest le 16 octobre prochain :

Concours pour l'emploi de professeur de physique, chimie et histoire naturelle à l'école principale de Bordeaux.

Concours pour l'emploi de professeur de physique biologique aux écoles annexes de Brest et Rochefort.

Le concours annoncé pour l'emploi de professeur de séméiologie médicale et chirurgicale à l'école annexe de Toulon qui devait avoir lieu dans ce port le 10 octobre prochain, sera également ouvert au port de Brest le 16 octobre 1905.

STATISTIQUE. — Le service de statistique a compté, pendant la vingt-cinquième semaine, 817 décès, au lieu de 825 pendant la semaine précédente (moyenne 862).

Les maladies épidémiques continuent à être rares.

La fièvre typhoïde a causé 5 décès (moyenne 5).

La variole a causé 1 décès (moyenne 4).

La rougeole a causé 10 décès (moyenne 21); la scarlatine, 4 décès (moyenne 4); la coqueluche, 8 décès (moyenne 7); la diphtérie, 2 décès (moyenne 9).

La diarrhée infantile a causé 45 décès de 0 à 1 an, au lieu de 20 pendant la semaine précédente (moyenne 30).

En outre, 16 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 98 décès, au lieu de 131 pendant la semaine précédente (moyenne 119). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 3 décès (moyenne 10); bronchite chronique, 10 (moyenne 15); pneumonie, 20 (moyenne 38); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 65 (moyenne 66), dont 14 sont dus à la congestion pulmonaire et 41 à la broncho-pneumonie.

En outre, 1 décès a été attribué à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 188 décès ; la méningite tuberculeuse, 17; la méningite non tuberculeuse, 17; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 26 décès.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs René Du Castel, médecin de l'hôpital Saint-Louis, membre de l'Académie de médecine. Ses obsèques auront lieu samedi 1er juillet, à midi, en l'église Sainte-Clotilde; — Dietrich, chef des travaux à l'École de médecine de Besançon, chargé de cours à la Faculté des sciences.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Voyages circulaires à itinéraires fixes.* — La Compagnie délivre, dans les principales gares situées sur les itinéraires, des billets de voyages circulaires à itinéraires fixes, extrêmement variés, permettant de visiter, à des prix très réduits, en 1re, 2e et 3e classes, les parties les plus intéressantes de la France (notamment l'Auvergne, la Savoie, le Dauphiné, la Tarentaise, la Maurienne, la Provence, les Pyrénées, etc.), l'Italie et la Suisse.

Arrêts facultatifs à toutes les gares de l'itinéraire. La nomenclature de tous ces voyages, avec les prix et conditions, figure dans le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

BON POSTE A PRENDRE dans chef-lieu de canton du centre de la France. Conviendrait à médecin d'un certain âge ou médecin militaire. — S'adresser au Journal.

REVUE GÉNÉRALE

LA MÉDICATION PHOSPHORÉE

Par le docteur CONTET (de Paris).

Depuis un quart de siècle, presque chaque année a vu éclore une nouvelle formule permettant, pensait-on, d'obtenir avec certitude le maximum d'effets de la médication phosphorée ; d'autre part, ses grandes indications et les principes généraux sur lesquels elle repose, ont été récemment l'objet de travaux qui prétendraient à la refonte complète des théories régnantes, pourtant *en apparence* solidement établies, relatives à la nature intime et à la pathogénie de la vaste classe de maux qu'il est convenu de grouper sous le vocable générique de troubles neuro-arthritiques. Il nous a donc semblé intéressant de donner ici une idée d'ensemble de cette vaste question, d'actualité toujours brûlante, en nous plaçant au triple point de vue de l'étude des étapes parcourues, de l'inventaire de nos moyens actuels d'action et de l'exposé de doctrines et d'idées qui, prises peut-être d'une façon trop exclusive et trop absolue par leurs promoteurs, n'en méritent pas moins, en raison de leur originalité, de la solidité apparente de leurs bases et de leurs conséquences thérapeutiques, d'être portées à la connaissance de tous ceux qui s'intéressent à l'art de guérir.

I

Historique. — De tous temps on a employé la médication phosphorée, mais avec des procédés et d'après des conceptions fort différentes, que nous rapporterons à trois périodes de fort inégale durée.

A. *Période de phosphothérapie inconsciente.* — Depuis les temps les plus reculés jusqu'à la fin du XVIIIe siècle, ce n'est qu'indirectement, d'une manière en quelque sorte inconsciente et sans reconnaître le moindre principe directeur que l'on fait de la phosphothérapie : tout est alors affaire d'empirisme enfantin, d'esprit doctrinaire bizarre et de spéculation fantaisiste.

Mais la médication n'en existe pas moins en fait! Les anciens thérapeutes ne connaissaient-ils pas, en effet, l'action éminemment reconstituante du jaune d'œuf, *source et facteur de vie*, et ne l'utilisaient-ils pas journellement ainsi que les produits de combustion des substances osseuses (os, cornes), les concrétions les plus diverses, depuis les innombrables espèces de bézoards jusqu'aux perles et aux yeux d'écrevisses (1)?

Or, que nous a appris la chimie moderne si ce n'est la présence de matières phosphorées en abondance et sous forme de combinaisons variées dans ces substances? De même, l'emploi des glandes génitales, des semences animales, ne nous apparaît-il pas, à la lumière des travaux contemporains, comme constituant, en définitive, une modalité de la médication phosphorée?

Enfin quand Hippocrate tonifiait ses malades et ses convalescents avec la décoction d'orge, sa πτίσανη, que faisait-il, en somme, si ce n'est prodiguer des phosphates faciles à assimiler?

B. *Période de phosphothérapie empirique.* — La période, où on emploie *sciemment* les substances phosphorées, ne commence que bien près de nous : en effet, si dès 1665 Brand (de Hambourg) isole le phosphore, ce « sel natif des urines » est encore longtemps confondu avec d'autres substances, avec lesquelles il n'a pourtant rien de commun, telles que la pierre de Bologne [qui n'est qu'un sulfure de baryum (1)] l'agathe et même le diamant.

Peu à peu cependant, il arrive à être mieux connu, on en décèle la présence à l'état de combinaisons variées dans les différents règnes et, en particulier, dans les diverses parties de l'organisme humain : son importance comme composant étant alors connue, et déduite d'ailleurs simplement de la notion de son abondance, son règne thérapeutique proprement dit va commencer.

La première application en est faite à propos de maladies du système osseux, ce qui n'a rien pour surprendre si on réfléchit à la quantité énorme de phosphore qu'il contient et qui le place, à ce point de vue, au premier rang dans l'organisme. Cependant, pendant un certain temps encore, il est assez difficile de se rendre compte de ce qui, du métalloïde lui-même ou des bases auxquelles il est uni, dans les préparations alors employées, présente la plus grande importance aux yeux des thérapeutes.

Les travaux vont néanmoins se multipliant et l'on applique bientôt la médication phosphorée à toutes les maladies portant sur des organes dans la constitution desquels le phosphore occupe une place importante (système nerveux, appareil génital) et à tous les cas d'insuffisance organique générale, de dénutrition exagérée.

C. *Période de phosphothérapie scientifique.* — Avec la période contemporaine, les données acquises à l'aide de la seule observation clinique se trouvent confirmées, étendues, expliquées, précisées par les travaux du laboratoire,

On demande tout d'abord à l'analyse des excrétions l'indication de l'emploi des substances phosphorées en thérapeutique : celle-ci étant représentée, d'une façon générale, par tous les cas où on en constate une déperdition exagérée.

Par la suite, le problème est envisagé de plus haut : on se rend compte, non plus seulement de la présence et de la répartition du phosphore dans les tissus vivants et dans leurs produits de désintégration, mais encore de la nature intime réelle des combinaisons dans lesquelles il est englobé et, chose plus importante encore, de son rôle dans les échanges nutritifs intracellulaires, de son importance dans la production des phénomènes si essentiels de défense

(1) Le fameux *album græcum*, « excréments de petits chiens auxquels on a fait ronger des os, n'est guère autre chose que du phosphate calcaire. » (Viret. *Traité pharm.*, 1840.)

(1) Cette confusion s'explique par ce fait que la pierre de Bologne jouit de la propriété bien connue aujourd'hui, appelée *fluorescence*, que l'on a confondue pendant longtemps avec la phosphorescence.

organique (1). Sans phosphore, pas de croissance, pas de vie possible (2), telle est, en définitive, la formule à laquelle amènent les modernes recherches. L'importance de la médication phosphorée apparaît dès lors dans toute sa force !

Parallèlement aux acquisitions théoriques marchent, d'ailleurs, celles d'ordre pharmacologique : on cesse bientôt de réclamer le précieux métalloïde au règne minéral, pour demander à la matière organique vivante de le fournir sous une forme utilisable par nos cellules le plus facilement et le plus directement possible et en exigeant le minimum de travail d'élaboration.

Cependant, il est intéressant de remarquer que, bien qu'agissant avec plus d'esprit scientifique et de précision dans la recherche des moyens et le contrôle de leur action, avec plus d'à-propos et moins de fantaisie dans l'étude des indications, nous en sommes, à peu de choses près, restés en pratique au même point que l'antique médecine hippocratique. A l'œuf, à la laitance, à la semence des animaux, aux décoctés de graines, nous avons substitué l'emploi d'extraits spéciaux, qui les rendent sans doute plus maniables et plus actifs, mais les grandes bases restent les mêmes et les indications thérapeutiques n'ont guère varié.

Il a donc fallu arriver jusqu'à ces toutes dernières années pour trouver enfin une note vraiment nouvelle sur cette question : elle est l'œuvre d'un pharmacien nommé Joulie, auquel nous devons une méthode thérapeutique qui mérite d'être prise en sérieuse considération. A l'heure actuelle, elle est, d'ailleurs, encore bien loin d'avoir conquis droit de cité dans les traités et ce sont presque exclusivement les anciennes conceptions qui dirigent la pratique journalière de la médication phosphorée.

II

Idées directrices de la médication phosphorée. — Les idées directrices sur lesquelles est basé l'emploi des composés phosphorés sont de deux sortes : les *idées classiques* et les *idées nouvelles*.

A. *Principes classiques de la phosphothérapie*. — Comme nous allons le montrer, on peut dire que pour les classiques, la phosphothérapie ne constitue, en quelque sorte, qu'un cas particulier de l'alimentation.

En effet il est indéniable que l'apport de phosphore est indispensable tant à l'accroissement de notre organisme qu'au maintien de son intégrité, puisque, d'une part, nos éléments anatomiques en renferment des quantités abondantes en combinaisons variées [12 grammes (calculés en P^2O^5) pour le système nerveux, 130 grammes pour les muscles, 1 400 grammes pour le squelette] et que, d'autre part, il en est de même, à l'état normal, de nos déjections [2g30 à 3 grammes pour les urines, 31 à 36 grammes p. 1000 pour les fèces (1)]. Les quantités de phosphore auxquelles correspondent ces derniers chiffres ne proviennent toutefois pas seulement de la désintégration cellulaire, mais aussi, pour une très large part, des substances alimentaires ingérées : il y aurait donc, de ce chef, une sérieuse correction à leur faire subir pour pouvoir en déduire la ration phosphorée indispensable.

A l'état pathologique, l'élimination phosphorée peut s'accroître considérablement [dans la phosphaturie (2)] et, en outre, certains produits morbides, rejetés parfois en énorme abondance, peuvent contribuer encore à la spoliation organique de même ordre : tels sont les crachats (surtout chez les tuberculeux) et le pus (3).

Heureusement, toutes les substances habituellement empruntées pour l'alimentation aux deux règnes vivants présentent du phosphore en quantités fort appréciables : ainsi, dans le règne animal, 100 grammes de cendres de chair musculaire contiennent 37,5 d'acide phosphorique, ce qui correspondrait, à l'état frais, à environ 5 grammes p. 1000 (4), le lait renferme de 3,40 (lait de femme, Schwentz) à 4,37 (lait de vache, Marchand) de phosphates divers par litre et enfin le jaune d'œuf est composé d'environ 4 grammes d'acide phosphorique p. 100 et le jaune de 60 à 66 p. 100.

Dans le règne végétal on trouve de même, d'après Moleschott, pour 1 000 parties :

Dans la pomme de terre...	1,79	de P^2O^5.
Dans le riz...............	3,12	—
Dans le froment..........	9,98	—
Dans l'orge..............	11,32	—
Dans les lentilles.........	5,97	—
Dans les asperges.........	1,13	—
Dans les carottes.........	2,17	—
Dans les amandes........	20,79	—
Etc.		

Or, l'observation de chaque jour montre que, à l'état normal, les quantités introduites dans l'organisme du fait de l'ingestion habituelle de ces divers aliments sont amplement suffisantes.

Cependant il n'est pas sans intérêt de rapprocher la question de la ration phosphorée de celle de la ration chlorurée, qui lui apparaît comme absolument connexe; or, si quelques rares voix discordantes s'élèvent de-ci de-là, d'une façon générale, le consentement est unanime à réclamer une part supplémentaire dans le dernier cas au règne inorganique. Il est donc permis de se demander si, alors que, à l'état

(1) Les leucocytes seraient éminemment riches en substances phosphorées (nucléines) et ce seraient eux qui véhiculeraient le phosphore introduit dans l'organisme. Enfin c'est à la présence de ce métalloïde qu'il y aurait lieu de rapporter leur action phagocytaire et bactéricide.

(2) Buchner. Ohne phosphor, kein leben. — Bouchat. Sans phosphore aucune cellule ne peut se former, ni même subsister.

(1) Rischoff et Voit. In *Traité de chimie*, A. Gautier, t. III.

(2) Comme on le sait, celle-ci est dite *absolue* si l'élimination phosphorée dépasse 3 grammes par jour et relative si le rapport de l'acide phosphorique à l'urée est supérieur à 19.

(3) Pour 100 parties de globules de pus secs, il y aurait 0,405 de phosphate de Ca, 0,113 de phosphate de Mg, 0,916 de phosphate de fer et 0,916 d'acide phosphorique (Hoppe Seyler) et, pour 100 parties de sérum, il y aurait 6 à 10 grammes de lécithine et 3 à 6 grammes de phosphates divers (Robin).

(4) Champion et Pellet, cités par Gautier (loc. cit.).

normal, l'emploi d'une ration phosphorée spéciale apparaît comme inutile, il n'en est pas autrement dans les circonstances pathologiques où les dépenses phosphorées sont augmentées (suppurants, phosphaturiques) ou bien les besoins de même ordre anormalement exagérés.

Or, à côté du phosphore qu'ils contiennent, les aliments renferment d'autres substances (hydrates de carbone, matières azotées) dont le besoin en supplément ne se fait nullement sentir et qui présentent même une série d'inconvénients : nécessité d'un travail digestif plus grand pour les transformer en substances absorbables, d'où possibilité de troubles gastro-intestinaux, résorption de produits de fermentation, difficultés ultérieures d'assimilation, et aussi, souvent, élaboration intra-organique incomplète avec tous ses inconvénients bien connus.

Dans ces conditions, on s'explique que l'on ait pu, sans manquer aux règles de la logique et de la rigueur scientifique, se proposer d'introduire le phosphore dans l'organisme en dehors de toute association inutile d'autres principes, c'est-à-dire, en somme, de procéder à cet égard, dans des cas nettement différenciés, comme on l'a fait de tous temps, dans les circonstances ordinaires, à propos du chlorure de sodium.

Telle est la conception classique de la phosphothérapie! Nous verrons par ailleurs quels sont les principaux moyens à l'aide desquels on a tenté de la réaliser et quelle est leur valeur relative.

E. *Théories et méthode de Joulie* (1). — Avec Joulie le souci dominant du thérapeute va consister dans le relèvement du degré d'acidité organique. Ses découvertes ne sont d'ailleurs que l'application et comme un corollaire direct des travaux dans lesquels Gautrelet a montré que, contrairement aux idées admises avant lui, le *sang n'est pas alcalin, qu'il n'en a que les apparences et que, en réalité, par son acide carbonique et ses sels monométalliques, il est acide.* Dans ces conditions il est donc permis d'espérer trouver dans les variations de l'acidité de l'urine un reflet des variations de celle du sang; cette étude prend donc une importance primordiale en clinique.

L'originalité réelle de l'œuvre de Joulie consiste dans la méthode d'étude et d'observation qui lui a permis de se mettre à l'abri des incertitudes qui entachent les procédés classiques en matière de séméiologie urinaire et d'enchaîner ses déductions avec toute la rigueur désirable.

Dans le dosage de l'acidité, il conseille l'abandon des réactifs colorants pour leur préférer le sucrate de chaux, au moyen d'une solution titrée duquel on sature l'acidité jusqu'à l'apparition d'un louche, dû à la précipitation des phosphates.

Pour exclure les erreurs habituelles d'interprétation liées à l'intervention de substances provenant de l'alimentation ou du tube digestif, il recommande de faire porter l'analyse uniquement sur le produit de la première miction matinale et de laisser de côté le reste de l'émission du nychthémère.

Enfin, au lieu de rapporter, comme les classiques, tous les résultats obtenus soit à l'unité de volume, ce qui est purement arbitraire, soit à la quantité totale d'urines des vingt-quatre heures, facteur éminemment contingent, profondément influencé par le régime alimentaire et la quantité de boissons ingérées et qui devrait, en outre, subir par rapport à l'âge, à la taille, au poids, « au segment anthropométrique » des corrections dont on conçoit la complication et les difficultés pratiques, Joulie rapporte tout à la densité de l'urine examinée, ou plus exactement, à la différence (Δ) entre celle-ci et celle de l'eau dans les mêmes conditions de température (1).

Dans ces conditions, chez les sujets qui peuvent être considérés comme normaux, l'acidité exprimée en acide sulfurique monohydraté serait d'environ 0,849 et son rapport à l'excédent de densité de l'urine normale sur l'eau varierait entre 4 et 5 (en moyenne 4,55). Par suite, *chaque fois que l'analyse donnera un chiffre supérieur à 5, il s'agira d'une urine hyperacide, et en dessous de 4, elle devra être rangée dans les hypoacides.*

Mais, quel que soit le soin pris pour éliminer les influences étrangères, l'hyperacidité peut être exagérée ou bien, au contraire, une hypoacidité réelle peut être masquée par l'intervention d'acides organiques de fermentation. Il y a donc lieu de doser l'acidité phosphorique qui est l'acidité vraie de l'urine et de la comparer au rapport d'acidité précédemment obtenu. Or, normalement, elle est d'environ 2,083, et son rapport à l'excédent de densité (*phosphatie*) varie entre 11 et 11,5 (en moyenne 11,17) : *au-dessous de 11, il y aura donc hypophosphatie et hyperphosphatie au-dessus de* 11,5.

La comparaison de ce rapport avec le précédent renseigne d'une manière précise sur les réactions humorales et, en outre, sur l'état des fonctions digestives [la coexistence d'une acidité exagérée avec une hypophosphatie, ou même avec une phosphatie normale, indique, en effet, l'intervention de fermentations digestives, c'est-à-dire d'une insuffisance gastro-intestinale, d'une dyspepsie hyposthénique, donnée qui s'est, d'ailleurs, toujours trouvée confirmée par les résultats du sondage gastrique (2), dont on se trouverait, dès lors, dispensé].

Or, en étudiant de la sorte un grand nombre de malades, Joulie est arrivé à cette conclusion, fort inattendue, que *ordinairement, dans les cas où il est classique d'incriminer l'hyperacidité humorale et, par suite, d'instituer une médication alcaline, c'est en réalité l'hypoacidité qui est en cause, tout au plus masquée par une hyperacidité étrangère* (3). Dès lors

(1) Consulter sur cette question : Gautrelet *Urines, dépôts, sédiments* ; — Joulie. De l'acidité urinaire, Acad. des sc., 1897 ; *Urologie pratique et médication nouvelle*, 1901 ; — Nicolaïdi. *Contribution à l'étude de l'acidité urinaire chez l'homme sain et malade*, Th. de Paris, 1902; — Martinet. Les éléments actuels de la médication phosphorique, *Presse méd.*, juin 1901 ; La médication phosphorique dans la psychasthénie, *Presse méd.*, 1904; *Les médicaments*, Paris, 1903; *Bull. de la Soc. de thérapeut.*, 1900-1901.

(1) D'après Joulie, normalement $\Delta = 18,64$ à 15 degrés.

(2) Cautru. Soc. de thérapeut. et Congrès intern. méd., 1900 (section de thérap. gén.).

(3) Ainsi, Cautru a relevé : sur 66 dyspeptiques arthritiques, 55 *hypoacides* urinaires (dont 2 alcalins), 6 normaux et 5 hyper-

le but que le thérapeute devrait se proposer serait « de *rétablir l'acidité nécessaire pour maintenir en dissolution le phosphate de chaux, soluble seulement dans un milieu acide* », car ce serait ce sel qui déterminerait, *lorsqu'il s'accumule dans un organisme hypoacide, une foule d'accidents que l'on attribuait à tort jusqu'ici à l'acide urique, par conséquent à l'hyperacidité générale* » (1).

Et effectivement, dans son auto-observation qui a servi de point de départ à tous les travaux ultérieurs, Joulie, qui s'était traité sans résultats d'après le rituel thérapeutique classique dans toute sa rigueur, n'a obtenu la cessation de tous les troubles de grand et de petit arthritisme, qu'il avait subis pendant de longues années, que par l'application du principe que nous venons d'énoncer (2). Mais quel rapport celui-ci a-t-il avec la phosphothérapie? N'importe quel acide ne pourrait-il être employé?

En fait, il n'en est rien : en effet, les acides organiques ne peuvent servir, puisqu'ils sont transformés par les processus digestifs en bases alcalines, leur emploi dans le cas particulier serait donc un véritable leurre. Quant aux acides minéraux, ils ne modifieraient, en dernière analyse, l'acidité organique que d'une façon indirecte, en décomposant le phosphate de chaux en excès dans la circulation et en mettant en liberté son acide phosphorique. Il apparaît donc comme plus logique d'employer cet acide lui-même. D'ailleurs les données classiques relatives au rôle du phosphore dans les phénomènes organiques ne pourraient que plaider encore en faveur de ce choix. On peut donc dire que, *avec les idées nouvelles, la médication phosphorée devient la médication phosphorique!*

D'ailleurs, l'emploi des phosphates n'est pas pour cela complètement rejeté de la thérapeutique : leur rôle est seulement réduit à celui d'accessoire. Joulie, en effet, calcule le rapport de l'acide phosphorique des phosphates alcalins d'une part et des phosphates de chaux et de magnésie d'autre part à l'excédent de densité et administre, en sus de l'acide phosphorique, ceux de ces sels qui lui apparaissent être en déficit dans l'organisme.

C. *Comparaison des deux conceptions de la phosphothérapie.* — Les idées de Joulie peuvent facilement se concilier avec l'ancienne conception de la phosphothérapie et on peut dire que, loin de se contredire, les deux méthodes se complètent mutuellement; d'ailleurs, Bardet avait déjà remarqué que les glycérophosphates acides avaient une plus grande activité thérapeutique que les glycérophosphates neutres (3).

La seule différence qui apparaisse, en dernière analyse, avec netteté est que la méthode classique est essentiellement symptomatique, puisqu'elle s'attache simplement à rendre à l'organisme des substances phosphorées en proportion des déperditions de même ordre qu'il subit et que la nouvelle méthode est d'ordre pathogénique, puisqu'elle vise à modifier l'activité cellulaire et à activer l'élaboration intra-organique et l'assimilation des principes phosphorés que comporte l'alimentation ordinaire, aidée ou non de l'adjonction d'une ration thérapeutique supplémentaire.

Toutefois la méthode de Joulie n'a pas manqué de soulever des objections variées : les unes sont relatives à la technique suivie et à la valeur du point de comparaison choisi (Δ); on peut leur répondre que Joulie les a en grande partie prévues, et que somme toute « si sa méthode a des imperfections, elle est mieux que toute autre capable de fournir les renseignements les moins erronés » (1). Les autres ne sont, en somme, que le cri de révolte des anciennes doctrines de pathologie générale, or les faits cliniques recueillis aujourd'hui en nombre vraiment imposant par tous les médecins qui ont étudié sérieusement la méthode semblent permettre de leur répondre victorieusement.

Toutefois, étant donné, d'une part, la nouveauté relative de cette méthode et, d'autre part, la complexité des troubles auxquels elle prétend s'adresser, il nous semble qu'il y aurait une faute grave à renoncer trop vite et d'une manière définitive aux doctrines sur lesquelles nous avons vécu jusqu'à ce jour et qu'il faut attendre les résultats d'une expérience plus longue. Peut-être apparaîtra-t-il alors que la question mérite d'être scindée et que, du côté des classiques tout comme de celui des novateurs, on a eu le tort de vouloir trop généraliser des données vraies et indubitables pour des cas spéciaux.

En tous cas la méthode de Joulie mérite d'être prise en sérieuse considération et on ne saurait trop recommander aux praticiens de penser à elle quand ils se trouveront en présence de cas de maladies chroniques vis-à-vis desquels la thérapeutique classique se sera montrée impuissante. Mais, il y a lieu de les mettre en garde contre leur tendance, si fréquente, à négliger la base indispensable d'indications que représente l'analyse urinaire, faite d'après les principes que nous avons énoncés, sinon ils s'exposeraient à agir à tort et à travers et, par suite, ils n'auraient aucunement le droit, en cas d'échec, comme cela a pourtant été fait par des médecins de valeur, d'en accuser la méthode elle-même et, par suite, de lui dénier ensuite toute valeur, puisqu'ils ne l'auraient appliquée que d'une manière purement fantaisiste.

III

INDICATIONS DE LA PHOSPHOTHÉRAPIE. — D'après les idées classiques, la médication phosphorée est indiquée: dans tous les états de dépression, surtout quand ils s'accompagnent d'exagération de l'élimination phosphorée par les divers produits d'excrétion, physiologiques ou autres. D'autre part, la présence de

acides; sur 73 diabétiques, 14 hyperacides, 14 normaux et 45 *hypoacides*; sur 80 neurasthéniques arthritiques : 65 *hypoacides*, 3 *alcalins*, 7 hyperacides, 5 normaux, et enfin, sur 30 malades atteints de maladies cutanées chroniques aucun n'était, contrairement aux idées classiques, hyperacide.

(1) NICOLAÏDI. *La médication phosphorique*, 1904.

(2) JOULIE. Loc. cit.

(3) Acad. des sc., 2 avril 1900.

(1) BARDET. Soc. de thérap.

phosphore en quantité importante dans les os et les nerfs explique que l'on ait songé à l'employer dans les maladies qui atteignent ces tissus : fractures, ostéomalacie, rachitisme, neurasthénie, ataxie, anaphrodisie, impuissance.

Les résultats obtenus, dans ces circonstances, sont d'ailleurs souvent fort contradictoires, d'autant plus que l'on ne peut facilement faire la part respective exacte de ce qui revient, en cas de succès, à l'action de la médication phosphorée elle-même et aux pratiques employées concurremment avec elle.

Avec la méthode de Joulie, les indications (1) sont essentiellement individuelles : ce qui les caractérise, c'est un terrain humoral déterminé d'une manière nette par l'analyse urinaire. On ne s'étonnera donc pas de voir côte à côte, parmi les malades qui en ont éprouvé les bons effets, des diabétiques, des neurasthéniques, des rhumatisants chroniques, des obèses, des tuberculeux, des dyspeptiques (2), des goutteux (3), des lithiasiques biliaires et urinaires, des cas d'affections hépatiques, cutanées (4), c'est-à-dire, en somme, des cas de toutes les maladies chroniques. Pour bien comprendre cette extension et n'en pas tirer, comme on serait tenté de le faire, un argument contre la valeur et le bien-fondé de la méthode, on ne saurait trop répéter qu'elle ne prétend pas guérir le diabète, la goutte, la dyspepsie, mais simplement des diabétiques, des goutteux, des dyspeptiques. C'est à ce point de vue qu'il faut se placer pour la juger!

IV

Moyens actuels de réaliser la phosphothérapie. — Nous ne ferons que citer les moyens proposés dans le but de faire absorber et assimiler en plus grande proportion le phosphore des aliments (méthodes culinaires spéciales, procédés de panification perfectionnés, sels de table spéciaux), de même nous ne ferons que rappeler que l'huile de foie de morue, ce médicament si employé dans le traitement des déprimés, contient 0,203 de phosphate p. 1000 et que certains extraits sont présentés comme en contenant deux fois plus (sans parler évidemment des diverses émulsions phosphatées).

Plus spécialement liées à notre sujet sont la médication séquardienne et la thérapeutique par les levures. La première, selon A. Robin (1), « n'agirait probablement qu'en raison des phosphates organiques que contient le liquide testiculaire. De telle sorte qu'il pourrait y avoir avantage à les employer à sa place, puisque l'on substituerait ainsi un produit défini, dosable, à une préparation incertaine, variable et éminemment altérable. » C'est de cette idée que dérive la création des glycérophosphates synthétiques.

Quant aux levures, qu'elles proviennent du raisin ou de la cuve des brasseurs, selon certains auteurs elles n'exerceraient leur heureuse action de renforcement de la défense organique contre les suppurations que grâce aux substances phosphorées (nucléines) qu'elles contiennent et qui ont été elles-mêmes récemment introduites, comme nous le verrons, dans la matière médicale. Il y a d'ailleurs là un problème de biologie et de pharmacodynamie bien complexe, qu'il nous suffira d'avoir signalé.

Quant aux formes pharmaceutiques proprement dites, elles peuvent se grouper de la façon suivante :

A. Phosphore en nature.
B. Phosphore en combinaisons inorganiques :
  a. Avec l'oxygène : acide phosphorique;
  b. Avec des métaux : phosphure de zinc, phosphate de cuivre;
  c. Avec les alcalins et alcalino-terreux : phosphates et phosphites.

C. Phosphore en combinaisons organiques :
  a. Substances préparées par synthèse : glycérophosphates;
  b. Substances extraites de produits animaux : lécithines, nucléines, acide nucléinique;
  c. Substances extraites de produits végétaux : anhydrique oxyméthylène diphosphorique.

A. *Phosphore en nature.* — Le phosphore blanc est seul employé en thérapeutique; considéré comme le spécifique de la scrofule par Glover, comme un des meilleurs médicaments du tabes par Dujardin-Beaumetz, comme le moyen le plus puissant d'agir sur le système nerveux et génital par Leroy, comme le meilleur procédé de « galvaniser instantanément l'organisme » par Gubler, il a pu être regardé aussi comme « un médicament inutile et dangereux qu'il vaut mieux ne jamais prescrire » (Rabuteau).

Cette dernière opinion présente d'ailleurs une manifeste exagération, mais, en raison des difficultés de l'emploi du phosphore sous cette forme, de son action caustique locale, de ses effets stéatosants sur les viscères, il y a lieu de recommander la plus grande réserve et la plus excessive prudence : il importe, en particulier, de ne pas prolonger trop longtemps le traitement, de manière à ne pas intro-

(1) Cf. in *Bull. de thérap.*, Cautru, Bardet, Dalché; — Acad. de méd., 1901, Morel-Lavallée; — Joulie, Nicolaïdi, etc., loc. cit.

(2) Parmi les dyspeptiques, on trouve aussi bien des hyperchlorhydriques que des hypochlorhydriques. Les premiers se trouveraient, selon Cautru et Joulie, du fait même de leur mode de fonctionnement gastrique, être des hypoacides urinaires par le mécanisme suivant; le chlorure de sodium serait décomposé en grande quantité et le sodium mis en liberté irait, après absorption, saturer les phosphates et les rendre neutres. Pour ce qui est des hypochlorhydriques, la médication non seulement agirait sur leur acidification organique générale, mais encore exercerait une précieuse action locale sur la digestion gastrique; l'acide phosphorique ingéré décomposerait, en effet, les chlorures des aliments en donnant de l'acide chlorhydrique et des phosphates acides de soude; il empêcherait, en outre, de ce chef les fermentations.

(3) Cautru divise, à la lumière des analyses faites d'après les procédés et les théories de Joulie, les rhumatisants chroniques en deux catégories : l'une, celle des hypoacides, dont les accidents articulaires sont dus à des dépôts phosphatiques; l'autre, celle des hyperacides, chez qui il faut incriminer les dépôts uratiques (ce seraient les goutteux vrais). Les premiers seuls relèveraient de la médication phosphorique.

(4) Rappelons que, sur 30 cas de dermatoses diverses, Cautru n'en a pas trouvé un seul évoluant chez un hyperacide.

(1) A. Robin. Acad. de méd., 1894.

duire dans l'organisme d'une façon consécutive plus de cinq centigrammes de phosphore.

B. *Dérivés inorganiques du phosphore.* — a. *Acide phosphorique.* — Des trois acides phosphoriques, mono-, bi- et tri-hydraté ou méta-, pyro- et orthophosphorique, le premier n'a jamais été utilisé sous aucune forme en thérapeutique; le second a tout juste fourni des sels doubles de fer et de sodium peu usités; seul le troisième fait vraiment partie intégrante de préparations portées au Codex : la solution officinale titrée à 50 p. 100 représentant 30,4 p. 100 d'anhydride phosphorique entre, à raison de 2 grammes par litre, dans la composition de la limonade phosphorique, dite aussi parfois *limonade psychologique*.

Infiniment moins caustique que les autres acides minéraux (azotique, chlorhydrique, sulfurique), il a encore l'avantage de jouir d'une très faible toxicité. Cependant, les classiques fixent à 2 grammes *pro die* sa dose maxima et se montrent encore très réservés quant à son emploi, par crainte d'effets stéatosants que leur fait théoriquement redouter sa proche parenté avec le phosphore en nature. Mais il est absolument démontré aujourd'hui que des doses véritablement énormes peuvent être supportées pendant un temps indéfini sans le moindre inconvénient : ainsi Nicolaïdi (1) a pu en donner quotidiennement 200 centimètres cubes à des chevaux, Cautru (2) a pu expérimenter dans les mêmes conditions sur des canards, des cobayes, des chiens... et démontrer, avec preuves histologiques à l'appui, l'absence de toute lésion organique consécutive, et ces résultats sont, d'ailleurs, parfaitement applicables à l'homme, puisque Joulie a pu prendre lui-même cc à cccc gouttes de solution officinale par jour pendant plusieurs années, et il en fut de même dans les 3500 cas d'individus de tous âges réunis par Nicolaïdi, Cautru, etc.

Quant à sa valeur thérapeutique, si on s'en rapporte aux travaux contemporains de Joulie et de son école, elle tiendrait tout simplement du merveilleux (3) : stimulation générale du système nerveux et du cœur, influence heureuse sur le système vaso-moteur, action eupeptique et, en outre, antiseptique (par inhibition des fermentations stomacales), amélioration de toute une série de symptômes, « impression de bien-être général caractérisée, avec accroissement de la puissance musculaire et de l'acuité mentale et tendance à la gaîté » (4). « Il régulariserait encore le poids (Cautru), diminuerait le volume des obèses par une substitution du tissu musculaire au tissu graisseux. Il relèverait l'acidité générale, rétablirait l'équilibre des oxydations organiques, empêcherait la précipitation dans les organes de phosphates alcalino-terreux et favoriserait, lorsque son emploi est prolongé, la désagrégation et l'élimination de ces dépôts. » Enfin, « de même que les plantes soumises à l'alimentation phosphorique résistent aux maladies cryptogamiques, de même les animaux qui subissent la médication phosphorique présentent un terrain hostile à la culture microbienne. Les expériences de Charrin, Hugonencq et Levaditi sur la statique des sels minéraux prouvent que les animaux ayant reçu des injections de sels à base d'acide phosphorique, résistent à l'inoculation pyocyanique tandis que les animaux témoins succombent » (1).

(1) Nicolaïdi. Loc. cit.
(2) Cautru. Soc. de thérap., 1904.
(3) Nicolaïdi. *La médication phosphorée.*
(4) Martinet. *Presse méd.*

Mais les résultats obtenus avec l'acide phosphorique ne tiendraient-ils pas moins à son choix même qu'à ce fait que les quantités totales de phosphore absorbé avec la médication de Joulie sont colossales par rapport à celles que comporte l'emploi ordinaire des phosphates, lécithines..., et, par suite, en augmentant les doses de ces substances n'obtiendrait-on pas des résultats analogues? Cette objection marque, en somme, l'état du débat entre la physiothérapie classique et la nouvelle.

b. *Combinaisons métalliques du phosphore.* — Les seules employées en médecine sont le *phosphate de cuivre* et le *phosphure de zinc*.

Luton a proposé le premier dans le but d'adjoindre l'action reconstituante, classiquement admise du phosphore, à l'action quasi-spécifique qu'il attribuait au cuivre, mais cette médication ne semble guère avoir eu de succès.

Au contraire, le phosphure de zinc est assez fréquemment employé comme moyen de faire de la médication phosphorée directe, tout en évitant les inconvénients (surtout ceux d'ordre local) que présente l'emploi du métalloïde en nature (2).

c. *Phosphates et phosphites.* — 1° *Phosphates.* — Seuls, les phosphates de soude et surtout de chaux sont d'un emploi courant. Des trois espèces de ce dernier, le bi et le tricalcique, dits aussi phosphates neutre et basique, représentent, le premier surtout, la forme exclusive sous laquelle on a, pendant longtemps, administré le phosphore en thérapeutique (poudre d'os). Ils sont pourtant, l'un et l'autre, totalement insolubles et, par suite, seule la faible partie que peut attaquer le suc gastrique paraît susceptible d'être absorbée.

Le phosphate acide ou monocalcique est, au contraire, très soluble et même déliquescent; il semblerait donc qu'il doive être plus facilement absorbé : telle n'est cependant pas l'opinion unanime, et on lui reproche parfois, en outre, de nécessiter, dans le cas où il parviendrait tout de même dans la circulation, de nouvelles mutations pour former du phosphate neutre, le seul qui, d'après certains auteurs, existerait dans l'organisme. Mais cette dernière opinion, exacte si on considère uniquement les besoins du système osseux, tombe si on se rappelle que ce serait sous la forme acide que les phosphates circuleraient normalement, la diminution de leur acidité amenant, avec leur précipitation, toute une série d'accidents pathologiques.

2° *Lacto et chlorhydrophosphates.* — Partant de cette notion que le terme ultime des transformations digestives des phosphates est la formation de lacto et de chlorhydrophosphates par l'action sur eux du

(1) Viaud. Cité par Nicolaïdi.
(2) Curie et Vigier. *Bull. de thérap.*, 1868.

suc gastrique, on a recommandé l'emploi direct de ces sels comme permettant d'administrer le phosphore sous une forme directement assimilable et capable même, par ailleurs, d'activer les processus digestifs en raison de la fonction acide qu'ils présentent.

A côté des espérances qu'ils avaient fait naître, ils n'ont pas cependant manqué de soulever des objections : au lactophosphate on a reproché d'être basé sur une erreur physiologique, l'acide normal de l'estomac n'étant pas l'acide lactique ; quant au chlorhydrophosphate, s'il est à l'abri de ce grief, par contre il est, tout comme le précédent, passible de celui de nécessiter une quantité excessive d'acide dans sa préparation, ce qui, dans la cure du rachitisme en particulier et des diathèses hyperacides en général, ne laisserait pas, dit-on, que d'être un sérieux inconvénient.

Mais, si ce que nous avons dit des conséquences de l'hypoacidité et de son rôle dans la genèse des troubles autrefois considérés comme relevant de l'excès contraire est vrai, cela ne constituerait-il pas, au contraire, au moins dans certains cas particuliers, un avantage incontestable?

Quoi qu'il en soit, l'emploi de ces préparations est actuellement en sérieuse décroissance.

3° *Biphosphate de chaux*. — L'idée d'employer le biphosphate de chaux repose sur une nouvelle conception du mode d'absorption des phosphates qui, pour Rabuteau, Vial, Odet, formeraient toujours, en présence d'un acide, un biphosphate et un sel calcique correspondant (lactate ou chlorure dans le cas particulier des acides digestifs), dès lors les sels que nous venons d'étudier au paragraphe précédent n'existeraient pas dans la réalité chimique, et l'emploi des biphosphates serait seul indiqué pour épargner tout travail d'élaboration au tube digestif et, d'autre part, éviter la formation de lactate et de chlorure de calcium, auquels certains auteurs attribuent des inconvénients (1).

4° *Hypophosphites*. — L'emploi des hypophosphites repose sur cette idée que « le phosphore étant à l'état oxydable constituerait un médicament capable d'augmenter presque indéfiniment l'hématose et la nutrition cellulaire. » Par contre, Massol et Gouel (2) prétendent que, non seulement ces sels ne sont pas absorbés, ce qui les rend inutiles, mais encore qu'ils enlèvent le phosphore à l'organisme proportionnellement à leur poids de calcium, ce qui les rendrait nuisibles.

C. *Phosphore en combinaisons organiques*. — Tant que le problème qui se posait avait semblé simplement être de restituer des phosphates à l'organisme, on avait pu logiquement administrer ceux-ci aux malades, mais le jour où l'on sut qu'ils devaient, pour être finalement utilisés, être transformés en corps plus complexes, lécithines, nucléines..., c'était évidemment vers l'administration de ceux-ci en nature que devaient tendre tous les efforts.

On s'efforça donc de réaliser par voie de synthèse, en partant de la nature minérale, un corps présentant la structure moléculaire et les propriétés biologiques des composés organiques ; puis, par la suite, on s'adressa directement à la nature vivante pour en isoler les composés dont on voulait donner une ration thérapeutique aux malades et, dans cet ordre d'idées, c'est presque exclusivement aux tissus animaux que l'on s'adressa d'abord.

Mais, par la suite, on recula encore les limites du problème en s'efforçant de suivre aussi servilement que possible les modes de procéder de la nature. Or, on sait que le règne végétal constitue le laboratoire intermédiaire, en quelque sorte indispensable, entre le règne inerte et les animaux ; dans le cas particulier qui nous occupe, c'est lui qui absorbe les faibles quantités de phosphates qui se dissolvent dans l'eau du sol à la faveur de l'acide carbonique, et les accumule lentement pour les fournir ensuite, d'une manière relativement massive, aux animaux sous une forme nouvelle : il semble donc que, logiquement, ce soit directement à lui que l'on doive demander la forme idéale sous laquelle on pourra administrer le phosphore aux malades. Telles sont les diverses étapes subies par la médication phosphorée organique.

a. *Phosphore en combinaison organique synthétique : glycérophosphates*. — L'acide glycérophosphatique était connu dès 1846 (époque de sa découverte par Pelouze), mais ce n'est qu'en 1894, lorsque Prunier et Portes eurent trouvé le moyen pratique de le préparer, que l'on put enfin l'utiliser en thérapeutique et que A. Robin fit à l'Académie de médecine (1) la retentissante communication qui marque le véritable avènement de ces sels dans la thérapeutique (les essais antérieurs de Jolly avaient, en effet, à peu près complètement passé inaperçus du monde médical). Ils supplantèrent alors complètement la médication Séquardienne dans ses multiples et hétéroclites indications, et ce n'est que dans ces toutes dernières années qu'ils sont arrivés à être moins employés en raison de la vogue grandissante des nouvelles substances dont nous allons parler.

b. *Phosphore en combinaisons organiques extraites du règne animal*. — Si nous laissons de côté la *phospholéine* préconisée par Beau en 1858 et préparée avec la moelle allongée du veau, qui n'a qu'une simple valeur historique, les substances organiques phosphorées extraites directement des tissus animaux sont au nombre de trois : la *lécithine*, la *nucléine* et l'*acide nucléinique*.

Lécithine (2). — Découverte par Gobley en 1846,

(1) Tandis que, pour certains auteurs, cette formation de chlorure de calcium plaiderait en faveur de l'emploi des phosphates chez les tuberculeux, puisqu'il rendrait leur sang plus coagulable et, par suite, pourrait prévenir ou enrayer les hémoptysies, pour d'autres la présence de ce sel est un inconvénient, car ils le regardent comme toxique. Pour ce qui est du lactate de Ca, dans le cas particulier des rachitiques, il présenterait des inconvénients spéciaux (dont la réalité n'est, d'ailleurs, nullement démontrée).

(2) Massol et Gouel. Acad. des sc., 1er octob. 1904.

(1) Robin. Acad. de méd., 24 avril 1894.

(2) Pour plus amples renseignements sur les lécithines consulter : Danilewski. *C. r. Ac. des sc.*, 1891, 1895, 1896. — Carrière. Id., 1901. — Serono. *Arch. ital. biolog.*, 1897. — Gilbert

introduite en thérapeutique seulement en 1897 par Danilewski, la lécithine est « une substance complexe, extraite du jaune d'œuf de poule, des œufs et de la laitance de carpe, du cerveau, du sang. Elle existe dans la bile, dans les globules rouges. Elle forme la partie principale de la *matière grasse blanche du cerveau* de Vauquelin (le protagon de Liebreich) (1) ».

On en rencontre enfin aussi dans le lait où elle jouerait un rôle très important : c'est, en particulier, à sa destruction par les hautes températures qu'il faudrait, selon certains auteurs, attribuer les accidents complexes que produit parfois l'emploi du lait stérilisé (rachitisme, maladie de Barlow).

En réalité, il n'y a pas une, mais des lécithines, correspondant à des combinaisons, variables selon les origines, des divers acides gras avec des glycérophosphates et de la névrine ou de la choline : de toutes, la plus fréquemment employée et la plus appréciée serait l'ovo-lécithine extraite du jaune d'œuf.

Les uns leur reconnaissent des propriétés thérapeutiques remarquables (2), tandis que d'autres leur adressent toute une série de reproches variés :

1° Elles seraient insuffisamment riches en phosphore (4 p. 100);

2° Elles se transformeraient dans le tube digestif en glycérophosphates, sels d'acides gras et choline ou névrine, de telle sorte que l'usage des glycérophosphates, qui évite à la fois ce travail d'élaboration dont ils sont le terme ultime essentiel et la formation de bases toxiques, serait infiniment préférable;

3° Elles ne seraient que des produits d'excrétion cellulaire dont l'incorporation resterait, par suite, aléatoire;

4° Enfin leur usage produirait rapidement dans tous les cas des troubles gastriques et, en outre, chez les tuberculeux, de la fièvre et de l'agitation.

En somme, en dépit du nombre de travaux dont cette question a fait l'objet, la plus grande incertitude règne encore à l'heure actuelle quant aux conclusions à tirer des résultats contradictoires relevés par des observateurs dignes de foi et d'une compétence reconnue universellement.

Nucléines (3). — Sous ce nom, on désigne un « groupe de substances douées de la fonction acide, riches en azote et en phosphore, insolubles dans les acides dilués et indigestibles par le suc gastrique. On les rencontre surtout dans le noyau des cellules végétales ou animales, dans les bactéries et les levures dénuées de noyaux » (4). Elles formeraient, fait intéressant à remarquer, 78 p. 100 de la substance des leucocytes.

Introduites en thérapeutique en 1892 par Horbaczewski, elles se retirent surtout du lait, du jaune d'œuf et des levures, mais cette diversité d'origines n'est pas sans présenter d'inconvénients, puisque la teneur en phosphore des produits ainsi obtenus varierait entre 2,1 et 9,6; celle qui provient de l'œuf tiendrait, d'ailleurs, le milieu entre ces compositions extrêmes et aurait, en outre, l'avantage, appréciable en nombre de circonstances, de contenir du fer, ce dernier caractère lui étant exclusif.

Elles auraient sur les lécithines le double avantage de présenter une plus grande richesse en phosphore (environ le double) et de représenter un produit organique essentiellement vivant; par contre on leur a reproché de renfermer toute une série de matières albuminoïdes qui, du fait de leur évolution digestive, pourraient donner lieu à la formation de bases toxiques à la faveur desquelles s'expliquerait peut-être l'action, analogue à celle de la tuberculine, que G. Sée aurait parfois relevée lors de leur emploi chez les bacillaires (provocation de symptômes nouveaux ou exagération de ceux qui préexistaient). C'est à cette objection que prétendra répondre l'emploi direct de l'acide nucléinique.

Acide nucléinique (1). — « Cette substance organo-chimique constituante du noyau cellulaire qui, combinée à la protéine, forme la nucléine, » se rencontre en abondance dans toutes les parties organiques qui président à la génération dans les deux règnes vivants : pollen, graines et surtout spermatozoïde, dont la tête est le type par excellence du noyau cellulaire (il est donc permis de se demander si l'emploi de l'acide nucléinique ne constitue pas le succédané par excellence de la médication de Brown-Séquard). Il occupe encore une place très importante dans la composition du thymus, des leucocytes, des levures, aussi est-ce encore à lui que l'on tend à rapporter, en dernière analyse, les propriétés biologiques des globules blancs et l'action thérapeutique des levures (2).

c. *Phosphore en combinaison organique extraite des végétaux.* — Les substances que nous venons de citer existent dans les deux règnes vivants, mais avec une prédominance spéciale dans les tissus animaux, aussi est-ce à ceux-ci qu'il est classique de s'adresser exclusivement pour les extraire et la thérapeutique phosphorée organique d'origine végétale n'est entrée dans une phase vraiment pratique que lorsque Posternak (3) fut arrivé à isoler l'acide anhy-

---

et Fournier. Soc. de biol., 1901. — Desgrez et Ali Zally. Ac. des sc., 1901. — Lancereaux et Paulesco. Ac. de méd., 1901, et toute une série de thèses : Coulombe. Paris, 1901 ; Morichau-Beauchamp. Id., 1901 ; Boulenger. Lille, 1902 ; Maillon. Lyon, 1902 ; Ariès. Paris, 1902.

(1) A. Gautier. Traité de chimie, t. III.

(2) Entre autres Serono, dont les travaux font autorité sur cette question, attribue à la lécithine une action reconstituante comparable à celle de l'arsenic, mais beaucoup plus rapide.

(3) Cf. surtout Martinet. Les nucléines en thérapeutique, *Presse méd.*, déc. 1902.

(4) A. Gautier. Loc. cit.

(1) En raison des diversités d'origine on s'explique qu'il n'y ait pas un, mais des acides nucléiniques (acides thymo, spermo-nucléinique).

(2) Kossel, Vergnoux, M. Labbé.

(3) Cf. Posternak. Sur un nouveau principe phospho-organique d'origine végétale, Soc. de biol., 1903, et *C. r. de l'Acad. des sc.*, t. CXXXVII. — Gilbert et Posternak. *La médication phosphorée envisagée au point de vue des échanges nutritifs de l'organisme.* — Gilbert et Lipmann. *Presse méd.*, août et sept. 1904. — Séchéret. *De l'acide anhydro-oxymétrique diphosphorique*, Th. de Paris, 1904.

dro-oxyméthylène-diphosphorique, très abondant dans les graines de céréales, dont il représente 70 à 80 p. 100 du phosphore total, et contenant lui-même 26,08 p. 100 de ce mélange (alors que la lécithine n'en contenait, comme on l'a vu, que 4 p. 100 et l'acide nucléinique 10 p. 100). Il est intéressant encore de remarquer que ce produit ne serait autre « que l'anhydride d'un isomère alcoolique de l'acide formique » : ne pourrait-on pas, dès lors, voir dans son emploi un moyen d'unir les propriétés, classiquement reconnues, de la phosphothérapie et celles de la médication formique, récemment rénovée à la tribune de l'Académie de médecine? Il n'y a, d'ailleurs, là, hâtons-nous de le dire, qu'une pure hypothèse, les propriétés biologiques, tout comme les propriétés chimiques, pouvant varier profondément d'une substance à l'autre, en dépit de compositions moléculaires tout à fait voisines.

Avec cette dernière substance se trouve close pour le moment la liste des acquisitions successives de la matière médicale phosphorée : tout comme les autres, elle s'annonce avec une série de promesses, mais ne serait-elle pas passible aussi de nombre des reproches adressés à celles qui l'avaient précédée et qui avaient aussi connu une époque « où elles guérissaient »? Il y a donc lieu d'attendre de nouvelles observations avant de conclure que l'on est en possession d'une forme définitive et idéale de la médication phosphorée.

Tel est l'état actuel de la question de la phosphothérapie, qui comprend, comme on a pu le voir, nombre de points encore obscurs et incertains. Notre but n'était, d'ailleurs, nullement de chercher à les résoudre ici, mais seulement de signaler les principaux d'entre eux et de donner une idée d'ensemble des travaux si nombreux qui sont épars un peu partout sur cette question aussi vieille que la médecine.

FORMULAIRE

LE SUCRE EN DERMATOLOGIE

Dans des dermatoses vésiculeuses ou pustuleuses, M. Hodara (de Constantinople) a obtenu de bons résultats avec la formule suivante :

Lanoline	ââ 20 grammes.
Vaseline	
Sucre en poudre	
Oxyde de zinc	
Glycérine	ââ 10 —
Soufre	

Dans deux cas d'eczéma séborrhéique généralisé psoriasiforme, M. Hodara s'est également très bien trouvé de la pommade suivante :

Lanoline	ââ 30 grammes.
Vaseline	
Sucre en poudre	20 —
Glycérine	ââ 10 —
Soufre	
Chrysarobine	1 à 2 —

LIVRES NOUVEAUX

Notes d'un voyage médical en Danemark (1), par le professeur Landouzy.

« Pendant les quelques jours, brefs, en dépit de leurs longs crépuscules, passés en Danemark, écrit le professeur Landouzy, ayant vu et ouï beaucoup de choses, m'étant frotté à beaucoup d'hommes de science et de cœur, je m'en serais voulu de ne pas dire combien, au pays d'Hamlet, j'avais goûté la définition des voyages, donnée par Montaigne, définition que, jutement, nous rappelait à Tivoli, le plus parisien des Danois, le professeur Ehlers : « Voyager... c'est frotter et « limer sa cervelle contre celle d'aultruy. »

Pendant une semaine, le professeur Landouzy a donc « limé sa cervelle contre celle de nos amis de Copenhague », où l'appelait l'Association internationale contre la tuberculose.

Nous n'essaierons pas d'analyser les impressions qu'il publie aujourd'hui. Ce serait affaiblir et déflorer la forme spirituelle que le professeur sait donner aux observations les plus profondes.

L. GAYARD.

L'entérocolite muco-membraneuse et son traitement à Châtel-Guyon (2), par Frank Baraduc, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Dans cette intéressante monographie, l'auteur passe en revue d'une façon très complète tous les derniers travaux consacrés à la colite muco-membraneuse. D'une façon générale, il adopte l'hypothèse qui admet dans cette affection un déséquilibre du sympathique abdominal. Aucune autre des causes invoquées habituellement n'est suffisante, d'après lui, pour produire la colite muco-membraneuse. Il faut de toute nécessité une prédisposition spéciale du système nerveux et plus particulièrement du sympathique abdominal à réagir d'une façon désordonnée aux chocs qu'il reçoit.

Il reconnaît pourtant avec M. Albert Mathieu, que la constipation joue, dans la pathogénie de la colite muco-membraneuse, un rôle prépondérant. C'est, en effet, parce qu'elles suppriment lentement la constipation, sans toutefois avoir une action purgative, que les eaux de Châtel-Guyon sont utiles dans le traitement de la colite muco-membraneuse. Elles agissent aussi d'ailleurs par une action antiseptique et qui paraît indépendante de son influence sur les évacuations intestinales.

Nous signalerons, parmi les meilleures pages de ce travail, une étude intéressante sur les indications de la cure de Châtel-Guyon dans la colite muco-membraneuse compliquée d'appendicite, éventualité qui se présente dans 7 p. 100 des cas d'après la statistique de Baraduc.

L'auteur, qui a une grande expérience du mode d'action et de l'emploi thérapeutique des eaux de Châtel-Guyon, donne d'ailleurs toutes les indications indispensables au médecin praticien pour reconnaître les cas de colite muco-membraneuse qui relèvent de cette cure thermale.

En somme nous ne pouvons que conseiller la lecture de ce travail d'ensemble, très intéressant et très instructif alors même que l'on ne partage pas toutes les idées de l'auteur.

JEAN-CH. ROUX.

(1) In-8°. — Paris, Maretheux.
(2) In-8°. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 75. — MARDI 4 JUILLET 1905. 78e ANNÉE. MARDI 4 JUILLET 1905. — N° 75.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF
Un cas d'hémosialémèse de très longue durée. Hémosialémèse ou vomissement pituiteux hémorragique? par MM. Albert MATHIEU et J.-Ch. ROUX.

SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Société médicale des hôpitaux.
Société de chirurgie.
Société de biologie.

ANALYSES
Anatomie : La structure du foie chez l'homme.

FORMULAIRE
Des injections de biiodure de mercure.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Deuxième concours de chirurgie.* — La séance qui devait avoir lieu samedi soir à l'Hôtel-Dieu est remise à demain mardi.

CONGRÈS INTERNATIONAL DES GOUTTES DE LAIT (1re session, Paris, 20-21 octobre 1905). — Ce Congrès se réunira à Paris le vendredi 20 octobre sous la présidence de MM. G. Variot, médecin de l'hôpital des enfants, et Léon Dufour (de Fécamp), fondateur de la *Goutte de Lait.*

Dans le grand mouvement pour la protection de l'enfance qui s'est manifesté partout, une institution nouvelle, la Goutte de Lait, est venue prendre une place importante.

On a enfin compris qu'un des facteurs les plus puissants de la mortalité infantile était l'allaitement artificiel défectueux, et que le meilleur moyen de le perfectionner était de distribuer du bon lait, d'en contrôler l'emploi et de conseiller les mères ignorantes et inexpérimentées durant l'élevage de leurs nourrissons.

Sans doute, il faut encourager et stimuler l'allaitement au sein, qui garantit si sûrement les enfants contre les maladies; mais, jamais, quoi qu'on fasse, on ne pourra supprimer l'allaitement artificiel. Il y aura toujours un grand nombre d'enfants, surtout dans les villes, condamnés à prendre le biberon, soit à cause de l'incapacité physique des mères, soit à cause des circonstances sociales qui s'opposent à ce qu'elles donnent le sein.

Tous ces enfants au biberon courent les plus grands risques de mort : il est admis que le taux de leur mortalité est trois ou quatre fois plus élevé que celui des enfants nourris par leur mère. C'est pour sauvegarder la vie de ces enfants allaités artificiellement que les Gouttes de Lait sont organisées.

Les premières distributions de lait stérilisé, que nous nommons maintenant Gouttes de Lait, ont été créées en France. Elles se sont propagées rapidement en Europe, et même dans le monde entier, en se modifiant suivant les divers milieux sociaux. *Mais le but essentiel est resté le même : protéger la vie des enfants élevés artificiellement.*

Le développement et la multiplication des gouttes de Lait nous ont paru tels que le moment est venu de les réunir en un *Congrès international.* C'est la méthode la plus sûre pour échanger des idées et faire progresser l'institution elle-même. D'ailleurs, de grandes *assises internationales de laiterie* se tiendront à Paris, à la même époque que nous avons choisie pour les séances du Congrès spécial des Gouttes de Lait. Les philanthropes, les medecins, les savants, aussi bien que les techniciens de l'industrie laitière pourront ainsi s'éclairer sur les questions qui les intéresseront particulièrement.

On a mis à l'ordre du jour les sujets qui ont paru les plus importants; mais toutes les communications, dans cet ordre d'idées, seront également bien accueillies.

Questions proposées. — 1° Lait frais et lait stérilisé dans les Gouttes de Lait.

2° Lait pur et laits modifiés dans les Gouttes de Lait.

3° Les divers modes de stérilisation : pasteurisation, méthode de Soxhlet, stérilisation industrielle.

4° Le scorbut infantile, le rachitisme, dans leurs rapports avec la stérilisation du lait;

5° L'adduction du lait dans les grandes villes;

6° Les meilleurs procédés de distribution du lait dans les grandes villes;

7° La gratuité et la vente à prix réduits aux nourrissons dans les Gouttes de Lait;

8° Alimentation des nourrissons normaux et des atrophiques.

(La plus entière liberté sera donnée pour les communications dont la durée ne devra pas excéder dix minutes et dont le sujet ne devra pas s'écarter de l'esprit des questions ci-dessus énoncées.)

Les manuscrits devront être remis dans le mois qui suivra le Congrès, sous peine de ne pouvoir figurer au bulletin.

Adresser les adhésions (cotisation 20 francs) avant le 15 octobre à M. le docteur Paul Roger, 39, rue de Berry à Paris, ou à M. le docteur Paul Grasset, 20, rue de Clocheville. à Tours (Indre-et-Loire).

Prière d'indiquer le sujet des communications.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLII, n° 24, 15 juin 1905.) Henry F. Hewes : Étude expérimentale sur la précision des méthodes modernes cliniques pour le diagnostic des affections de l'estomac : 1° Le diagnostic de la dilatation de l'estomac; 2° Le diagnostic du cancer et de l'ulcère de l'estomac. — R. C. Cabot et P. K. Brown : Les facteurs individuels de l'hygiène. — S. W. Langmaid : Les effets du tabac sur la gorge. — Arthur Morton : Les réflexes dans l'épilepsie ; — Le traitement de l'état de mal épileptique. — Morgan B. Hodskins : La paralysie par épuisement dans l'épilepsie. — Arthur Morton : Étude sur le traitement de l'épilepsie par le régime de déchloruration. — Morgan Hodskins et Arthur Morton : La ponction lombaire dans l'état de mal épileptique. — F. B. Lund et Howard H. Smith : Un cas de calcul urétéral, enlevé par incision iliaque.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 24, 17 juin 1905.) Quadrone : Recherches cliniques et expérimentales sur l'action des rayons Röntgen. — (N° 25, 24 juin.) Grünberger : Découverte d'acide acétique dans le liquide céphalo-rachidien, au cours du coma diabétique.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 24, 15 juin 1905.) Ebstein : Traitement de l'amaigrissement. — Kochmann : Action de l'alcool sur la circulation de l'homme. — Joseph et Schwarzschild : Sur le Jolhion. — Glücksmann : Affections traumatiques des voies digestives supérieures et leur traitement. — Burckhardt : Tuberculose et grossesse. — Hopmann : Progrès dans le traitement des maladies du laaynx. — Haike : Maladies tuberculeuses de l'oreille chez le nourrisson. — Baesluck : Formation de métastases dans l'adénocarcinome de la souris. — (N° 25, 22 juin.) Maungu : Traitement du diabète sucré. — Drigalski : Observations sur la méningite. — Krou : Un cas de tumeur de la moelle opérée. — Hackenbruch : Traitement de la paralysie spinale infantile par la greffe nerveuse. — Quest : Traitement de la scarlatine. — Albu : Diagnostic et traitement de la pérityphite. — Kroner : Un cas de fracture et de luxation de la rotule. — Reitmann : Coloration du « spirochaete pallida » de Schaudinn. — Wederhacke : Recherche des taches de sperme dans un but médico-légal.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 26, 29 juin 1905.) Pechère : Rein tuberculeux et néphrite tuberculeuse (la néphrite bacillaire). — Léon Jacqué : Le spirochaète de la syphilis.

Medical Record. — (N° 22, 8 juin 1905.) H. Grad : Maladies inflammatoires des annexes de l'utérus et leur traitement. — Kalish : Quelques réflexions sur l'ophtalmologie. — Silvio von Ruch : Le cœur et la circulation dans le pronostic et le traitement de la tuberculose pulmonaire. — Coggeshall. Relation des inflammations ethmoïdales avec l'asthme. — Langfilt : Diagnostic difficile dans un cas de grossesse abdominale. — Atwood : Un cas d'« héroinomanie ». — (N° 23, 10 juin 1905.) Francis Kinnicutt : Contribution à l'hémophilie et particulièrement aux manifestations articulaires. — Rawson Pennington : Remarques sur l'étiologie de la fissure anale. — Pogue : Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. — William Haggard : Encéphaloméningocèle. — Marx : La craniotomie sur l'enfant vivant est-elle justifiable? — Egerton : Blessures de l'abdomen par armes à feu.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 25, 20 juin 1905.) Grunert : Importance de la ponction lombaire en otologie. — De Waele et Sugg : La recherche du streptocoque dans la varicelle et la variole, moyen de diagnostic. — Wasiclewski : Sur la technique de la vaccination de Guarnieri ; son application à la démonstration des agents de vaccination dans l'organisme des animaux. — Lichtenberg : Sur l'existence des voies para-urétrales de l'homme. — Klienenberger : Sur l'urine et les sédiments urinaires dans les stases locales chroniques, dans les états terminaux et dans le collapsus. — Fuld : Sur un nouvel indicateur. — Asch : L'action des injections de sublimé sur la muqueuse des voies urinaires et ses dangers. — Rahner : L'antitussine dans le traitement de la coqueluche. — Federschmidt : Un cas d'accouchement subit médico-légal. — Pezold : Extraits des rapports médico-militaires de la guerre d'Extrême-Orient. — Schlagintweit : Remarques sur l'appareil de Rœthlisberger pour la fixation du point cryoscopique. — Herff : Sur la désinfection par l'alcool et l'eau chaude d'après la méthode d'Ahlfeld, dans la clinique obstétricale de l hôpital des femmes de Bâle. — (N° 26, 27 juin.) Schridde : Les granulations des lymphocytes du sang. — Weichhardt : Sur la toxine de la fatigue et son antitoxine. — Schlachta : Théorie de l'action biologique des rayons. — Merkel : Formation métaplastique des os dans les appareils lymphatiques. — Schrötter : Contribution à l'étude clinique de la bronchoscopie. — Schaefer : Traitement de la cryptorchidie. — Reich : Intubation avec des tubes de celluloïd. — Stegmann : Traitement de la scrofule par les rayons Röntgen. — Schatz : Abréviation du traitement consécutif des opérations sur la mastoïde par le remplissage avec de la paraffine. — Theilhaber : Sur les causes des hémorragies utérines. — Klienenberger : Sur l'urine et les sédiments urinaires dans les stases chroniques et locales, dans les maladies inflammatoires, et dans le collapsus.

Presse médicale. — (N° 51, 28 juin 1905.) Antoniu : Des kystes hydatiques des os du crâne. — G. Keim : De la médication ocytocique (sucre et quinine). — (N° 52, 1er juillet.) Jonnesco et Grossman : Pylorospasme avec hypersécrétion et tétanie. Etude clinique et expérimentale.

Semaine médicale. — (N° 26, 28 juin 1905.) Lejars : Traitement chirurgical précoce des collections liquides endo-pulmonaires, non tuberculeuses.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 24, 15 juin 1905.) Weichselbaum et Ghon : Le microcoque de la méningite cérébrospinale comme cause d'endocardite; son existence dans les fosses nasales des sujets bien portants et malades. — Schwarz : La dynamique de l'insuffisance mitrale. — Pfeiffer : Contribution à l'étude de la différenciation de l'albumine spermatique d'avec les autres sortes d'albumines de même aspect par la méthode des précipitines. — Rüdiger Rydygier : Contribution à l'étude du traitement opératoire de la luxation habituelle de la rotule d'après Ali-Krogius. — (N° 25, 22 juin.) Clairmont et Rauzi : Contribution à l'étude du traitement opératoire de l'abcès sous-phrénique. — Schippmann : Les corpuscules de Negri dans la rage. — Maresch : Structure fine des corpuscules de Negri. — Salus : L'agression du colibacille; sa spécificité. — Weil : Sur la possibilité du développement du bacille du foin dans le corps des animaux. — Pauli : Participation de la chimie des colloïdes à la recherche de l'immunité. — Bechhold : Qustions non résolues dans les rapports de la chimie des colloïdes et la recherche de l'immunité.

Tribune médicale. — (N° 25, 24 juin 1905.) Paul Ribierre : Albuminurie massive et transitoire au cours de la colique hépatique. — Lucien Graux : La structure du foie d'après E. Géraudel.

CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

UN CAS D'HÉMOSIALÉMÈSE
DE TRÈS LONGUE DURÉE
HÉMOSIALÉMÈSE OU VOMISSEMENT PITUITEUX HÉMORRAGIQUE?

Par MM. Albert MATHIEU et J.-Ch. ROUX.

Une malade de trente-cinq ans entre, le 15 décembre 1902, à l'hôpital Andral. Elle devait y rester jusqu'au 12 juin 1903. Pendant ce long espace de temps, elle a présenté tous les jours, une, deux et quelquefois jusqu'à cinq ou six fois par jour, une crise douloureuse qui se terminait par le vomissement d'une certaine quantité d'un liquide sanguinolent, ayant tous les caractères du liquide vomi au cours de la pituite hémorragique, ou, si l'on adopte la dénomination de M. Josserand (de Lyon), de l'hémosialémèse.

A n'importe quelle heure de la journée, mais de préférence la nuit, elle ressent une douleur extrêmement vive, « à se rouler par terre, » au niveau de la région épigastrique. Cette douleur est très limitée; elle est ressentie « sur une surface grande comme une pièce de 5 francs ». Elle siège exactement sur la partie interne du septième cartilage costal gauche, à 5 centimètres au-dessus et à gauche de l'appendice xyphoïde. Elle irradie vers le flanc gauche, en ceinture, et correspond en arrière à un point situé un peu à gauche de la ligne médiane, au niveau de la dixième vertèbre dorsale.

L'apparition de la douleur est bientôt suivie de la régurgitation de quelques centimètres cubes d'un liquide muqueux, filant, coloré en rouge noirâtre. La teinte est à peu près celle de la gelée de groseilles. La quantité totale de liquide rendu chaque jour est de 50 à 80 centimètres cubes.

Si, lorsque la malade a ces régurgitations, elle ne crache pas le liquide qui lui est remonté dans la bouche, elle dit souffrir davantage et avoir ensuite une régurgitation plus abondante, ce qui indique bien une accumulation dans l'œsophage.

Un troisième phénomène est constant dans les crises douloureuses et les vomissements pituiteux, c'est une sensation de faim anxieuse, phobique. Ce phénomène est très pénible, déclare la malade. La faim s'accompagne toujours de faiblesse, d'étourdissement, de sueurs froides. En dehors de ces crises, la malade présente au moment de son entrée fort peu de manifestations dyspeptiques.

Les accidents avaient débuté brusquement dix ans auparavant. La malade ayant fait un effort énergique et brusque pour retenir un panier de pommes qui allait tomber, fut prise d'une violente douleur à la région épigastrique. A partir de cette époque, elle ressentit, à intervalles assez irréguliers, mais rapprochés, tous les huit ou quinze jours, une douleur insupportable siégeant à gauche, un peu au-dessus de l'ombilic, et irradiant vers le côté gauche. Elle n'avait pas d'horaire fixe et sa durée était extrêmement variable, de quelques minutes à plusieurs heures, parfois une journée entière. C'était tantôt une brûlure, tantôt une sensation de torsion ou de déchirure, souvent accompagnées par une sensation de boule remontant de l'épigastre à la gorge et s'accompagnant d'un peu d'étouffement.

L'ingestion des aliments tantôt calmait, tantôt exagérait le phénomène. Quand cette douleur était vive, la malade rendait par régurgitation, sans aucun effort de vomissement, une ou deux gorgées de liquide filant, coloré en rouge; ce rejet ne procurait aucun amendement de la douleur.

Il y avait de plus des éructations nombreuses, en série, et quelquefois des régurgitations alimentaires.

Les choses allèrent ainsi pendant sept ans, sans grande modification qu'une exacerbation progressive des phénomènes. Les trois dernières années avant l'entrée à l'hôpital, les accidents sont devenus quotidiens; depuis lors il ne s'est pas passé une seule journée sans que se produisent des crises semblables à celles que nous avons décrites plus haut.

La malade est extrêmement nerveuse et moralement très déprimée; elle se croit atteinte d'un ulcère de l'estomac. Elle dort mal, a souvent de l'insomnie ou des cauchemars; le matin elle est plus fatiguée que le soir en se couchant. Elle accuse souvent de la céphalée. Elle a de temps en temps des crises de larmes, jamais elle n'a eu de crises convulsives.

L'examen de la sensibilité donne des renseignements importants. Il existe une hémianesthésie droite totale portant à la fois sur la sensibilité générale et sur la sensibilité spéciale. Il y a hémiagueusie, hémianorexie, hémiacousie. On note aussi la disparition du réflexe rotulien.

Du côté gauche, on rencontre une bande d'hyperesthésie large de 5 à 6 centimètres; elle prend naissance en arrière au niveau du point douloureux auquel il a déjà été fait allusion plus haut, situé à gauche de la dixième vertèbre dorsale; en avant, elle aboutit au cinquième interne du septième cartilage costal gauche au point douloureux antérieur.

L'analyse du liquide muqueux, d'un rouge foncé, régurgité par la malade a fait reconnaître la présence de ptyaline, de sulfocyanure de potassium et d'hémoglobine. A l'examen microscopique, pas de globules rouges, les hématies avaient été dissoutes. Le liquide avait une réaction acide, on n'y a pas constaté toutefois les réactions de l'acide chlorhydrique.

En somme, sauf la réaction acide qui est rare, le liquide régurgité au moment des crises douloureuses présentait les caractères assignés par M. Josserand à l'hémosialémèse et par l'un de nous à la pituite hémorragique (1).

Ces deux auteurs ont, sous ces deux noms différents, décrit un même phénomène auquel ils s'accordent à reconnaître la valeur d'un véritable stigmate de la grande névrose.

La malade qui présentait ces accidents était elle

(1) Josserand. Sur une variété d'hématémèse nerveuse (hémosialémèse), *Lyon médical*, p. 219, 1893. — A. Mathieu et Milian. Etude sur la pituite hémorragique des hystériques, *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 148.

aussi une hystérique, l'observation en fait foi. On a relevé en effet, à l'examen de l'hémianesthésie sensitive et sensorielle, des crises de larmes, de l'insomnie, des cauchemars, de la fatigue du matin au réveil, de la céphalée habituelle, etc.

Ici donc encore, les rapports de l'hémosialémèse et de la grande névrose n'étaient nullement douteux.

Il convient d'ajouter que les manifestations nerveuses présentaient chez cette malade certaines particularités intéressantes : les crises de faim défaillante et anxieuse, la demi-ceinture hyperesthésique et les deux points douloureux topoalgiques, thoraciques et dorsaux.

La faim avec sensation de lipothymie, de défaillance, d'anxiété, n'est pas très rare chez les névropathes. Dans les formes accentuées de la faim anxieuse, on peut la considérer comme l'équivalent d'une phobie et elle devient un véritable stigmate de dégénérescence. Ici, il s'agissait en réalité d'une faim à la fois douloureuse et anxieuse.

La faim douloureuse paraît plus fréquente chez les hyperchlorhydriques, sans doute, semble-t-il, parce l'acide chlorhydrique en excès exerce une action excitante sur la muqueuse de l'estomac, du pylore et du duodénum. Elle ne s'observe guère du reste, à un degré marqué, que chez des nerveux.

L'existence au moment des crises d'un point douloureux antérieur et d'un point douloureux postérieur, situés de telle sorte qu'une ligne les réunissant aurait rencontré le cardia, a particulièrement attiré notre attention. Nous pouvions y voir, en effet, une présomption en faveur d'un spasme douloureux du cardia.

Dans le but de rechercher s'il y avait réellement un spasme du cardia, nous avons demandé à M. Béclère de pratiquer l'examen radioscopique pendant la déglutition d'un cachet de sous-nitrate de bismuth. Le cachet a franchi le cardia sans marquer de temps d'arrêt; mais peut-être eût-il fallu faire cette expérience au moment d'une crise douloureuse pour pouvoir constater l'existence du spasme du cardia. Si l'hémosialémèse n'est, comme nous le pensons, qu'une variété de pituite œsophagienne, elle doit reconnaître, de même que celle-ci, sinon comme cause principale, au moins comme élément pathogénique important, l'occlusion spasmodique du cardia.

On remarquera la très longue durée de la maladie : elle durait déjà depuis dix ans au moment où la malade est entrée à l'hôpital Andral. Six mois après, à sa sortie, elle ne présentait qu'une amélioration insuffisante, malgré les nombreuses tentatives thérapeutiques auxquelles elle avait été soumise. L'hémosialémèse est tenace, ainsi qu'en témoignent les faits publiés antérieurement; toutefois, nous n'en connaissions pas d'exemple aussi prolongé.

Pour terminer, nous voudrions présenter quelques considérations sur le mécanisme du syndrome et sur l'appellation qui lui convient le mieux.

Son mécanisme nous paraît être celui des vomissements pituiteux œsophagiens (1) auxquels l'un de nous a, dans ce journal même, consacré une étude particulière.

Les substances vomies ne viennent pas de l'estomac. Elles sont constituées par de la salive et des produits de sécrétion des glandes salivaires, pharyngiennes et œsophagiennes. Ce liquide, plus ou moins filant, suivant que prédomine la sécrétion des glandes salivaires ou pharyngo-œsophagiennes, s'accumule dans l'œsophage au-dessus du cardia fermé. Un effort de vomissement plus ou moins pénible l'en expulse. Parfois un peu de liquide venu de l'estomac peut avoir reflué dans l'œsophage avant le vomissement, où y refluer sous l'influence des efforts d'expulsion; c'est un élément secondaire.

La sensation de plénitude rétro-sternale éprouvée par les malades correspond sans doute à la réplétion de l'œsophage et au spasme du cardia. Si le liquide provenait de l'estomac, on s'expliquerait mal qu'il fût en si petite quantité, qu'il ne fût pas plus acide, que le sang ne fût pas digéré par le suc stomacal, et enfin que le liquide pituiteux ne fût pas plus souvent mélangé de débris alimentaires.

D'où vient le sang mélangé à la salive et dilué par elle ? Quelquefois des glandes salivaires elles-mêmes, mais sans doute aussi parfois du pharynx ou de l'œsophage. Son mélange intime semble indiquer une origine intraglandulaire.

Quelle appellation convient-il de conserver ? Hémosialémèse ou pituite hémorragique ?

Ce que nous venons de dire justifie cette dernière dénomination. M. Gélibert l'a cependant critiquée assez vivement (2) dans son important travail sur l'hémosialémèse.

Il pense que le vomissement pituiteux typique, c'est le vomissement des alcooliques. « Cette pituite, dit-il, est constituée par un liquide plus filant, plus glaireux que l'hémosialémèse, elle est expectorée au prix d'efforts, de difficultés caractéristiques, véritable expiation matutinale bien connue des buveurs qu'on voit et qu'on entend vomir bruyamment, longuement, péniblement, le visage injecté et les yeux pleins de larmes. Chez les hystériques, au contraire, l'expectoration se fait facilement, silencieusement, rapidement, le plus souvent d'un seul coup et elle est précédée seulement d'une vague sensation de gêne rétrosternale à laquelle elle met rapidement un terme. »

L'opposition entre ces deux tableaux est parfaitement exacte ; en résulte-t-il cependant que l'hémosialémèse ne soit pas un vomissement pituiteux œsophagien ?

Par pituite ou par vomissement pituiteux, nous entendons, venons-nous de dire, un vomissement de liquide salivaire plus ou moins mélangé de mucosités d'origine pharyngo-œsophagienne. Et nous croyons que la pituite des alcooliques n'échappe pas à cette règle. On a dit que les alcooliques vomissent le matin de la salive qu'ils ont pendant la nuit accumulée dans leur estomac. L'a-t-on démontré? Nous ne le

(1) A. Mathieu. Des vomissements pituiteux œsophagiens, *Gaz. des hôpit.*, 11 janv. 1898.

(2) A. Gélibert. *De l'hémosialémèse*, Th. de Lyon, 1898.

croyons pas. Nous pensons plutôt que le liquide pituiteux expulsé par les alcooliques ne provient pas de l'estomac, mais de la bouche, du pharynx et de l'œsophage. Est-ce que par le passage du tube on extrait de leur estomac un liquide *préexistant* au lavage qui présente ces caractères? Chez eux, il semble que ce soit la pharyngite chronique autant, sinon plus que la gastrite, qui amène cette vive irritation et ces efforts répétés de vomissement.

Le vomissement pituiteux des alcooliques se produit du reste toujours en plusieurs actes, il ne se fait pas d'une seule tenue, par une seule série d'efforts. Il semble que le patient remplisse à plusieurs reprises son œsophage de salive et de mucosités et le vide, à plusieurs reprises également, par des efforts dont l'excès est attribuable à son nervosisme et à l'irritabilité de son pharynx. Le mécanisme semble donc rester le même, l'intensité des phénomènes varie seule.

Les malades atteints de pituite œsophagienne simple, en même temps le plus souvent que de sialorrhée, accusent presque toujours une sensation de gêne et de plénitude rétrosternale, plus ou moins pénible, qui précède la crise de régurgitation. Dans le cas précédent, exceptionnel à ce point de vue, on peut se demander si la douleur en broche observée au moment des accès et qui correspondait exactement à la situation anatomique du cardia n'était pas causée par un spasme douloureux de cet orifice. N'est-ce pas l'exagération de ce qui se passe à l'état normal?

Nous ne voulons pas, du reste, insister sur cette discussion. Qu'on l'appelle pituite hémorragique ou bien hémosialémèse, le phénomène reste le même, et nous ne demandons pas mieux après tout que d'adopter le terme hémosialémèse qui, comme le fait remarquer M. Gélibert, n'est pas plus mal composé que le terme hématémèse. Il a au moins l'avantage de ne supposer aucune théorie ni de la pituite en général, ni de la pituite hémorragique en particulier.

L'hémosialémèse est observée presque exclusivement chez des hystériques. Toutefois, M. Ausset déclare l'avoir observée chez des neurasthéniques.

Mais où est la limite entre la neurasthénie et l'hystérie?

Cette dernière, dit Babinski, est caractérisée par ce que ses manifestations sont susceptibles d'être provoquées ou guéries par la suggestion.

Nous venons de rapporter un cas d'hémosialémèse rebelle à tous les traitements, même à la suggestion, et nous avons subi d'autres échecs semblables, bien que les malades atteintes d'hémosialémèse fussent manifestement des hystériques. Peut-être notre suggestion n'avait-elle pas été suffisamment impérative. L'insuccès ne démontre pas que le syndrome n'était pas susceptible de disparaître sous l'influence d'une suggestion pratiquée dans des conditions meilleures.

Nous dirons donc désormais hémosialémèse; mais nous n'oublierons pas que ce terme est dans le plus grand nombre des cas synonyme de pituite œsophagienne hémorragique des hystériques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 26 juin 1905)

Toxicologie du mercure phényle, par MM. E. Louïse et F. Moutier. — Lorsque furent découverts les composés organo-métalliques les plus simples du mercure, le mercure méthyle et le mercure éthyle, leur étude fut l'occasion d'accidents mortels.

Il a semblé à MM. Louïse et Moutier que cette toxicité pouvait ne pas s'étendre aux composés possédant un radical *aromatique* et ils ont étudié à ce point de vue le plus simple de tous, le mercure phényle, corps solide, bien cristallisé, inodore et ne répandant aucune vapeur sensible à la température ordinaire.

Leurs expériences ont montré à ces auteurs que le mercure, introduit dans l'organisme sous la forme de mercure phényle, l'imprègne rapidement, s'y emmagasine en partie, puis s'élimine peu à peu et d'une façon continue pendant un temps très long après la cessation des injections hypodermiques. Mais si la toxicité du mercure est en partie masquée dans le mercure phényle, son pouvoir thérapeutique s'y trouve conservé.

Autres communications :

L'oxyhémoglobine du cobaye. Action des fluorures, par MM. Piettre et Vila.

Action hématolytique et toxicité générale du sérum d'anguille pour la marmotte, par MM. L. Camus et E. Gley.

Sur la présence du venin dans les œufs de vipère, par M. C. Phisalix.

Traitement du cancer cutané par le radium, par MM. Jules Rehns et Paul Salmon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 30 juin 1905)

Accidents syphilitiques tardifs. — M. Jacquet présente un homme très vigoureux, porteur d'un tibia en fourreau de sabre. Cette déformation est de date récente. Il y a trois ans, cet homme heurta violemment avec la jambe un tréteau et, sous l'influence de la douleur, il perdit connaissance. Ni plaie, ni fracture. Six mois après, douleurs vives, sensation de chaleur très pénible, déformation osseuse. Comme antécédents on ne trouve que l'apparition, à dix-sept ans, d'une trentaine de chancres à la verge, ayant duré près d'un an. Pas de traitement à ce moment.

M. Jacquet a prescrit, il y a un mois, le traitement spécifique et sous cette action les douleurs ont disparu, la marche est redevenue possible; la rétrocession du tibia a été d'un centimètre.

M. Jacquet pense qu'il s'agit d'une maladie de Paget à titre partiel et que l'action du traitement montre la spécificité de la lésion.

Maladie du sommeil chez un blanc. — MM. Sicard et Moutier présentent un homme âgé de vingt-huit ans, atteint de maladie de sommeil. L'affection a été contractée il y a deux ans en Gambie, le pays de prédilection de la trypanosomiase. Le début a été marqué par de la céphalée, et des phénomènes de lassitude et d'asthénie généralisée.

Des contractures partielles avec crises épileptiformes et longue torpeur consécutive furent les symptômes prédominants de la seconde étape. La troisième période s'est affirmée il y a huit mois par un sommeil profond de dix à vingt heures par jour.

Enfin des accès irréguliers de fièvre, du gâtisme, un commencement d'escare sacrée font présager de la déchéance finale proche.

La ponction lombaire révéla une lymphocytose extrêmement abondante du liquide céphalo-rachidien, et tous les signes d'une réaction méningée intense.

Les anomalies et les signes cliniques actuels suffisent à éliminer le diagnostic de paralysie générale, de tumeur cérébrale, de processus méningé syphilitique tuberculeux ou palustre, et permettent d'affirmer celui de maladie du sommeil, même en l'absence de contrôle expérimental. Le trypanosome n'a pas été retrouvé, en effet, dans le sang ni dans le liquide céphalo-rachidien, mais on sait que, chez le blanc, cette recherche n'est pas toujours positive. Les inoculations aux animaux sont encore de date trop récente pour que les auteurs puissent se prononcer à cet égard.

Pneumonie récidivante. — MM. Achard et Grenet rapportent le cas d'un jeune homme de dix-sept ans, entré à l'hôpital avec une pneumonie dont la défervescence se fit au sixième jour, avec une chute considérable de la température (34°5), mais qui récidiva après sept jours d'apyrexie. Cette récidive dura cinq jours et le malade fut envoyé en convalescence. Mais une seconde récidive survint et ne dura que trois jours. La durée totale de la maladie, du début de la première atteinte à la fin de la dernière, fut de trente-sept jours.

Les trois atteintes avaient frappé le même point, la base droite. A chacune des deux récidives, une ponction exploratrice avait retiré du foyer pneumonique le pneumocoque vivant et virulent.

Hérédité de l'achondroplasie. — MM. Launois et Apert présentent un sujet atteint d'achondroplasie, et sa fille qui présente absolument la même conformation. Onze autres observations ont été réunies par eux, concernant des familles où l'achondroplasie s'est présentée avec les caractères d'une maladie familiale, se propageant pendant plusieurs générations, et atteignant parfois plusieurs frères et sœurs d'une même génération sans qu'on trouve d'autre cas dans les ascendants. En comparant ces faits aux observations analogues recueillies dans différentes espèces animales, chez lesquelles la transmission héréditaire de l'achondroplasie a pu aboutir à la formation de véritable race, MM. Launois et Apert considèrent l'achondroplasie comme une variation de l'espèce humaine, virtuellement susceptible d'aboutir à l'apparition d'une race nouvelle, si des conditions extrinsèques, et surtout les malformations du bassin de la femme achondroplasique, n'y mettaient obstacle.

Association de spirilles et de bacilles fusiformes de Vincent dans un chancre syphilitique à tendance phagédénique. — MM. Launois et Læderich ont constaté sur des préparations des spirilles en nombre considérable et des bacilles fusiformes de Vincent, associés à des germes communs. M. Vincent reconnut que les spirilles étaient bien les spirochaetæ pallidæ de Schaudinn, et qu'il y avait dans leur voisinage d'autres spirilles se rapprochant de celles qu'il a décrites. Les auteurs se demandent si cette symbiose n'est pas en rapport avec le processus destructif, chancre phagédénique qu'ils ont observé.

Endocardite blennorragique, constatation du gonocoque dans le sang pendant la vie et sur la végétation valvulaire après la mort. — MM. Widal et Faure-Beaulieu. L'observation d'endocardite blennorragique qu'ils rapportent, tire son intérêt de ce fait, que le gonocoque a pu être isolé du sang pendant la vie, et a été constaté sur la valvule après la mort.

Il s'agit d'un jeune homme de dix-sept ans, atteint d'insuffisance aortique, ancien rhumatisant qui, à la suite d'une blennorragie, fut pris d'arthropathies au niveau des deux genoux, qui avaient déjà été atteints lors des attaques de rhumatisme articulaire antérieures.

Trente-quatre jours après le début de cette blennorragie, au moment où l'écoulement venait de se tarir, commencèrent à se dérouler les symptômes d'une endocardite aiguë, accusée par des palpitations, de l'essoufflement, et un souffle au premier temps à la pointe, surajouté au souffle du second temps à la base qui caractérisait l'ancienne insuffisance aortique.

Le cycle fébrile s'est déroulé pendant presque toute la durée de l'endocardite, suivant un type intermittent d'une pureté remarquable. L'accès était précédé d'un gros frisson, une forte élévation de température dépassant parfois 40 degrés, était ensuite notée, puis, la crise se terminait par de fortes transpirations.

Une embolie de l'artère poplitée gauche survint comme complication cloturale. Le malade mourut vingt-quatre jours après le début de l'endocardite.

Le sang ensemencé dans 500 centimètres cubes de bouillon à la dose de 20 centimètres cubes donna une culture pure de gonocoques, lors de la prise faite avant la mort, ce microbe n'a plus été retrouvé dans les prises faites le lendemain, puis neuf et treize jours plus tard.

A l'autopsie, on constate, outre une vieille lésion d'insuffisance aortique, une végétation récente sur la grande valve de la mitrale.

L'examen microscopique y décèle la présence de gonocoques se décolorant par le Gram.

Cette double constatation faite dans le sang pendant la vie et sur la végétation valvulaire après la mort, garantit bien l'authenticité de la nature gonococcique de cette endocardite, et prouve, une fois de plus, la réalité de la septicémie gonococcique.

M. Ménétrier présente une malade atteinte de **sclérodermie traitée et guérie par le traitement thyroïdien.**

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 28 juin 1905)

Lipomes périostiques. — Un nouveau fait nous est apporté par M. Sébileau. Il s'agit d'un de ces cas de lipomes apparaissant chez l'enfant, présentant une marche rapide, contractant des adhérences, s'accompagnant d'un état général assez grave et sujets à récidives. C'est bien à cette variété que M. Guinard a proposé, avec raison, de donner le nom de fibro-lipomes périostiques congénitaux. Il s'agissait, dans le cas de M. Sébileau, d'une jeune fille de dix-huit ans qui présentait, sur la cuisse droite, une tumeur volumineuse que l'on pouvait prendre pour un fibromyome. La tumeur, qui avait le volume d'une tête d'adulte, siégeait au niveau de la face interne de la cuisse droite. Elle avait déjà été opérée et avait récidivé. M. Sébileau, pensant avoir affaire à un sarcome de la cuisse, se proposait de pratiquer la désarticulation de la hanche. Mais, au

préalable, il fit une incision sur la tumeur, s'aperçut qu'il s'agissait d'un lipome, l'énucléa, non sans difficultés; elle était formée de trois grosses masses, une antérieure, une interne, une postérieure. L'opération fut assez sanglante et difficile, mais la malade guérit bien et jusqu'ici il n'y a pas eu de récidive. C'était, d'après l'examen histologique, un fibrolipome d'origine périostique, congénital.

M. WALTHER rappelle avoir communiqué un cas identique.

M. SCHWARTZ résume cette discussion et fait observer que, somme toute, cette variété de lipome ostéo-périostique d'origine congénitale n'est pas aussi rare qu'on l'avait cru.

Ablation des tumeurs cæcales. — M. DEMOULIN, après avoir rappelé les différents cas de tuberculose hypertrophique du cæcum traités par l'ablation, les travaux de Broca et Hartmann, les communications de Legueu, de Delbet, etc., s'applique à bien poser l'état de la question. Il croit qu'il y a lieu de distinguer les formes hypertrophique, entéro-péritonéale ulcéro-caséeuse perforante, adénopathique partielle, enfin la tuberculose iléo-cæcale perforante et atrophique sténosante. M. Demoulin ne veut s'occuper que de la forme entéro-péritonéale dont il a observé plusieurs exemples. Cette forme est caractérisée par des lésions ulcéro-caséeuses du segment iléo-cæcal avec retentissement péritonéal et ganglionnaire, le tout donnant lieu à un empâtement de la fosse iliaque qui se termine parfois par un abcès et une fistule d'abord simple, puis devenant stercorale; d'autres fois, plus rarement, elle forme une tumeur peu mobile, mal limitée, de consistance inégale, on opère et on tombe sur un magma d'adhérences cicatricielles, de granulations, de collections purulentes et de ganglions caséeux. Le mieux, dans ces cas, est de procéder à l'exclusion de l'anse malade.

Que devient l'appendice dans ces différentes formes de tuberculose cæcale? Telle est la question que se pose M. Demoulin. D'après l'examen des faits, l'appendice serait envahi secondairement par la tuberculose.

Kyste par inclusion de la paroi abdominale postérieure. — A propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Potherat, M. HARTMANN signale un cas analogue développé dans le mésocôlon transverse, et dont les parois présentaient la structure habituelle de celles des kystes du mésentère.

Traitement de la dilatation bronchique par la pneumotomie. — M. TUFFIER fait un rapport sur une observation de M. ANTIPAS relative à un enfant de quatre ans, qui présentait tous les signes d'une cavité suppurée de la base du poumon avec vomique. La pneumotomie montra que la cavité suppurée ne correspondait, ni comme dimensions, ni comme siège, aux lésions diagnostiquées par l'auscultation. Il s'agissait d'une petite cavité, de la dimension d'une noix, constituée par une dilatation bronchique. M. Antipas draina cette cavité; une fistule permanente s'établit et le jeune malade finit par succomber à une pneumonie aiguë.

A propos de ce fait, M. Tuffier se déclare nettement partisan de la pneumotomie dans les cas d'ectasies bronchitiques. Il serait tout disposé, à l'avenir, à recourir à une thoracoplastie qui favoriserait la rétraction pulmonaire et l'oblitération spontanée de la dilatation bronchique.

M. Tuffier s'est bien trouvé de l'emploi de l'appareil à hyperpression de Brauer qui, au cours de ces opérations, maintient l'accolement du poumon à la paroi thoracique.

MM. LEJARS et POTHERAT ont vu fonctionner, en Belgique, cet appareil ainsi que celui de Sauerbruch et ont été frappés de leurs avantages.

M. DELBET a fait deux pneumotomies pour dilatations bronchiques. Dans un cas, la malade perdit son drain et la fistule se ferma en vingt-quatre heures. Elle succomba peu de temps après à un abcès cérébral. Dans le second cas, le malade est resté guéri.

Résection des deux coudes pour ankylose. — M. CHAMPIONNIÈRE présente une malade à laquelle il a fait, il y a huit et six ans, une résection des deux coudes pour ankylose totale d'origine rhumatismale. Il a fait ces résections sans interposition musculaire. La radiographie montre qu'il ne s'est fait aucune reconstitution des extrémités osseuses. C'est d'ailleurs toujours ce qui se passe, que l'on conserve ou non le périoste. Cependant, cette malade jouit de tous ses mouvements. Le résultat fonctionnel est des plus satisfaisants.

Kyste hydatique du foie. — M. DELBET a opéré une malade d'un kyste volumineux de la face convexe du foie. Il a fait une incision antéro-latérale, a ponctionné la poche, a retiré 3 litres et demi d'un liquide louche contenant des hydatides mortes, a dû faire une résection du rebord costal, n'ayant plus assez de jour à mesure que la poche se vidait, a enlevé la membrane mère et a fait une réunion complète sans drainage.

M. QUÉNU a agi de même dans un cas analogue à liquide louche, mais en ajoutant le formolage (injection préalable de formol dans la poche).

Péritonite tuberculeuse. — M. POTHERAT présente deux malades qu'il a opérées, par la laparotomie, de péritonites tuberculeuses à forme ascitique. Ces malades opérées depuis plusieurs années vont très bien. L'une d'elles a eu depuis un kyste du ligament large, dont elle a été opérée avec succès par une seconde laparotomie.

A ce propos, M. ARROU rapporte l'histoire d'une jeune malade qu'il a opérée, à Saint-Antoine, en 1897, d'une péritonite tuberculeuse ascitique avec granulations. Lavage au sérum chaud. Quatre ans après récidive, nouvelle laparotomie, seconde guérison. En 1903, salpingite tuberculeuse, troisième laparotomie, guérison.

Myxome de l'appendice. — M. ROUTIER montre un appendice iléo-cæcal atteint de myxome.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 1er JUILLET 1905)

Précipitines spécifiques du sérum antidysentérique. — M. DOPTER a pu déceler dans le sérum des animaux vaccinés contre le bacille dysentérique l'existence de précipitines spécifiques (réaction de Kraus). Le sérum de cheval immunisé contre l'un des types de ce bacille contient des précipitines spécifiques pour le germe qui a servi à l'immunisation, de même aussi pour les autres bacilles de même ordre, expérimentés de même façon. De même le sérum d'un cheval immunisé contre le type Shiga contient ces substances, non seulement vis-à-vis du Shiga, mais aussi, quoique en moins grande abondance, vis-à-vis du Flexner (Manille) et des bacilles dits « pseudo-dysentériques ».

Ces faits constituent un nouvel argument en faveur de l'unité spécifique de ces germes. De plus, les pseudo-dysentériques ne se comportant pas autrement que le Flexner (Manille) devant la réaction de Kraus, tous doivent être rangés dans le groupe de ces derniers et ne pas en être différenciés.

Un cas de rage consécutif à une morsure de souris. — M. REMLINGER relate l'observation d'une jeune fille qui,

mordue au doigt par une souris, succomba six mois plus tard à une attaque classique de rage furieuse d'abord, puis paralytique. Cette jeune fille n'avait jamais été mordue ni léchée par un chien ou un chat enragé ou suspect. Aussi a-t-il paru logique d'attribuer à cet accident l'éclosion de la rage. M. Remlinger a insisté antérieurement sur la grande susceptibilité de la souris et du rat vis-à-vis du virus rabique. Les morsures de ces animaux constituent une indication formelle au traitement pasteurien.

De la cytolyse dans les séreuses humaines pathologiques. — Beaucoup de cellules se détruisent dans les sérosités humaines. On peut, pour M. Froin, classer celles-ci, au point de vue de la cytolyse, en trois groupes : 1° les liquides dans lesquels le pouvoir cellulicide de l'agent pathogène est considérable. La sérosité conserve un aspect louche et le culot est surtout constitué par des microbes (pleurésies putrides et quelques rares cas de méningites); 2° les humeurs dans lesquelles l'attaque cellulaire est moins profonde avec une influence chimiotactique souvent considérable (majorité des pleurésies, des méningites et des péritonites purulentes); 3° enfin, viennent les épanchements créés par un agent pathogène peu ou lentement cytolytique et d'habitude peu chimiotactique. La centrifugation éclaircit et nettoie parfaitement le liquide. C'est ainsi que se présentent ordinairement la pleurésie tuberculeuse séro-fibrineuse, la plupart des cas de méningite tuberculeuse, les hémorragies suivies d'hématolyse, etc. La désintégration cellulaire peut être tellement ralentie que la résorption des particules protoplasmiques se fait aussi rapidement que la cytolyse et masque le phénomène.

A propos du syndrome myotonique. — M. Léopold Lévy estime que le syndrome myotonique est fonction : soit d'hypergénèse sarcoplasmatique (maladie de Thomsen congénitale avec lésions musculaires d'Erb), soit d'exaltation de la fonction sarcoplasmatique liée : à l'action de poisons physiologiques (capsules surrénales, corps thyroïde etc.), ou à une lésion excitatrice portant sur l'appareil du tonus.

Entre l'état physiologique et l'état pathologique, on peut trouver tous les intermédiaires.

MM. Carnot et Amet, au cours de recherches sur les échanges salins intestinaux, ont été amenés à étudier l'**action locale des lymphagogues sur ces échanges**. L'addition de très petites doses de lymphagogues modifie notablement les échanges salins : elle augmente l'afflux d'eau et de sels dans l'anse intestinale où la solution est séquestrée, en sorte que la quantité de liquide, la concentration moléculaire et la teneur en chlore deviennent plus considérables que dans les anses contenant les solutions témoins.

Les lymphagogues les plus puissants à cet égard ont été les extraits ovariens et intestinaux d'oursin, les extraits hépatiques d'écrevisse; d'autres lymphagogues (extraits hépatiques de chien, peptone) se sont montrés efficaces, mais inconstants. Les toxines microbiennes provoquent une exsudation intestinale abondante.

L'intensité des exsudations aqueuses et salines provoquées par les lymphagogues est, en partie, comparable à celle de certains purgatifs, elles doivent être rapprochées de la diarrhée qui s'observe assez fréquemment après l'absorption de certains de ces corps.

L'action des toxines microbiennes explique, en partie, les diarrhées que l'on observe au cours d'infections générales ou localisées au tube digestif.

Ces phénomènes ne peuvent s'expliquer uniquement par les lois de l'osmose : ils nécessitent, de la part de l'organisme, un effort réactionnel qui détermine une diarrhée éliminatrice à laquelle on peut attribuer une signification défensive.

(*A suivre.*)

ANALYSES

ANATOMIE

La structure du foie chez l'homme. (Géraudel. *Journ. de l'anat.*, 1905, n° 2.) — Pour Kiernan, le foie est constitué par des petites masses, appendues aux ramifications de la veine sus-hépatique, enveloppées par une gaine vasculo-connective où se ramifie la veine porte. Ces masses, ce sont les lobules hépatiques. Entre leur axe, veine centro-lobulaire et leur enveloppe, veines extra-lobulaires, est interposé le réseau capillaire intra-lobulaire.

C'est contre cette conception classique que vient de s'élever M. Géraudel dans un fort intéressant mémoire. Comment, avec cette théorie de Kiernan, comprendre que la veine sus-hépatique, centro-lobulaire, peut gagner la veine collectrice, forcément extra-lobulaire sans se mettre quelque part en contact avec les veines portes qui, elles aussi, sont extérieures à ce lobule? Comment expliquer que, chez la plupart des animaux, les lobules hépatiques sont tout à fait indistincts? Comment, enfin, faire cadrer les données classiques avec l'embryologie et l'anatomie comparée qui, toutes deux, montrent le foie comme une glande en tubes, ordonnée suivant ses canaux excréteurs, et non comme une glande composée de lobules ordonnés suivant les vaisseaux?

Aussi, s'appuyant sur l'anatomie comparée, l'embryologie et l'histologie, M. Géraudel propose-t-il une autre conception. L'embryologie montre que, au niveau de la paroi ventrale de l'intestin moyen (futur duodénum), l'entoderme pousse deux bourgeons : l'un antérieur qui devient le foie et le canal hépatique, l'autre postérieur, qui donnera ultérieurement naissance à la vésicule biliaire et au canal cystique. La région de l'intestin où font saillie ces deux bourgeons, d'abord creusée en gouttière, subit ultérieurement une évagination plus marquée, d'où la formation d'un canal, le canal cholédoque, dont partent en définitive les deux bourgeons hépatique et cystique.

Le bourgeon hépatique se ramifie, et finalement, donne naissance aux cylindres de Remak. Le foie est alors constitué comme une glande en tubes ramifiés composée. Chez les animaux inférieurs, il garde cette structure. Chez les animaux supérieurs, les tubes glandulaires voisins viennent au contact et s'anastomosent : la glande hépatique est devenue une glande en tubes réticulée.

Toutes les parties qui la constituent ne subissent d'ailleurs pas une égale différenciation. Celle qui est la plus proche de l'intestin garde sa couche unistratifiée de cellules cubiques; celle qui en est le plus éloignée présente au contraire un épithélium très différencié, véritablement spécifique, constitué par les cellules hépatiques. La première, c'est la partie excrétrice ou *biliaire*, la seconde, la partie sécrétrice, *hépatique*, de l'organe.

A cette division du foie en deux portions bien tranchées au point de vue épithélial, correspond une division aussi nette du régime circulatoire. La portion biliaire partage avec l'intestin son mode d'irrigation sanguine. Pour la portion hépatique, au contraire, la circulation est exclusivement assurée par le collecteur porto-sus-hépatique, sur lequel la portion hépatique du foie s'étale, capillarisant à son contact la région où elle s'applique. Partout où se fait l'accolement, le vaisseau

sanguin se capillarise. En amont de cette différenciation capillaire, le courant de décharge intestinal, c'est la veine porte; en aval de la sangsue hépatique, c'est la veine sus-hépatique. Il convient donc de décrire : 1° la voie de décharge générale et de ses annexes; 2° les dérivés du bourgeon hépatique, c'est-à-dire sa portion biliaire, avec son régime circulatoire de type intestinal, et sa portion hépatique proprement dite, avec son régime circulatoire de type spécial.

La voie de décharge sanguine de l'intestin au cœur droit comprend trois secteurs : secteur d'amont ou veine porte; secteur intermédiaire ou réseau capillaire parenchymateux, secteur d'aval, ou veine sus-hépatique.

Dans son trajet général, la *veine porte* garde par rapport au foie la même position dorsale, postérieure, que conservent toujours les vaisseaux destinés à l'intestin. Arrivée au sillon transverse du foie, la veine porte se divise en deux branches qui, elles-mêmes, donnent naissance à cinq vaisseaux principaux, trois à droite, deux à gauche.

Chacun de ces vaisseaux se divise, selon le type dichotomique, en branches de plus en plus petites, mais qui, toutes, ne donnent naissance qu'à d'autres veines, d'où le nom que leur donne M. Géraudel de *veines préveineuses*, de *veines stériles*. Aux plus petites des veines de cette première série font suite d'autres veines, se résolvant uniquement en capillaires; l'ensemble de ces veines *précapillaires* ou fertiles constitue la deuxième série des veines résultant de la division de la veine porte.

Chaque veine précapillaire marche directement à la rencontre d'une autre veine collatérale née dans le voisinage, et se rapproche très près d'elle, tout en restant toujours séparée par une zone neutre formée par l'affrontement des capillaires nés de part et d'autre des deux veines considérées. C'est cette disposition qui a fait admettre aux classiques les anastomoses directes des branches portes les unes avec les autres; c'est encore elle qui fait que le système veineux porte est comme fermé sur lui-même : l'ensemble de ses branches constitue une sorte d'éponge, dont les travées sont de deux sortes : les unes plus grosses, formées par les branches préveineuses, stériles, isolées dans les gaines de Glisson, les autres, plus petites, formées par les branches précapillaires, opposées bout à bout et en contact intime avec le parenchyme hépatique.

Né de la veine porte, le *réseau capillaire* se collecte en aval dans la veine sus-hépatique. Entre ces deux troncs veineux existe un secteur intermédiaire : le réseau capillaire. Les capillaires naissent des veines précapillaires pour aboutir dans la région centrale des espaces réservés par les travées de l'éponge porte, et là, se collectent pour constituer les origines de la veine sus-hépatique. Ce trajet n'est pas direct : les capillaires prennent le maximum de développement dans l'espace réservé, s'infléchissant suivant le mode habituel.

Quant aux *veines sus-hépatiques*, elles naissent au milieu de l'espace circonscrit par les ramifications portales, agissant comme un pôle d'attraction sur les capillaires nés des veines précapillaires et convergeant vers elles. Chacune d'elles collectant les capillaires de toutes les moitiés dirigées vers elles des collatérales portes qui l'entourent. Beaucoup plus larges que les veines précapillaires, elles rejoignent par le plus court chemin la branche volumineuse d'aval.

Le long de ce courant circulatoire de décharge qui va ainsi de l'intestin au cœur droit, le foie vient se coller comme une sangsue. Dans le foie, il convient de distinguer deux portions : l'une biliaire, para-intestinale à régime circulatoire ordinaire; l'autre hépatique, à proprement parler.

La *portion biliaire* est d'abord constituée par le canal hépatique, puis par le canal biliaire. Ses ramifications forment les voies biliaires. Le canal hépatique monte vers le sillon transverse du foie et pénètre avec la veine porte dans le foie, se divisant comme elle. Il monte généralement en spirale, à tours très allongés autour de la veine puis forme des branches collatérales, qui restent dans la gaine de Glisson, d'où leur nom de branches vaginales (Kiernan). Ces branches, en se ramifiant, forment une sorte de feutrage qui, par sa surface, se met en contact parfait avec la surface concentrique du canal parenchymateux engainant. Les dernières branches biliaires qui constituent le feutrage donnent enfin naissance, par leurs rameaux terminaux, aux tubes glandulaires. A ce moment, les canaux biliaires sont devenus très fins, sans lumière apparente; ils sont formés d'un épithélium très aplati, dont le noyau est placé parallèlement à l'axe du conduit. Ainsi toutes les travées du système porte sont entourées de canaux biliaires, aussi bien les travées stériles que les travées fertiles.

Le *régime circulatoire de la portion biliaire* du bourgeon hépatique est en tous points comparable à celui de la muqueuse duodénale. Née du trépied cardiaque, l'artère hépatique monte à côté du canal cholédoque, puis du canal hépatique, se ramifiant comme le canal biliaire. Elle fournit, en effet, un système de branches vaginales destinées à nourrir le feutrage biliaire; les capillaires qui font suite à ces branches, après avoir irrigué l'épithélium biliaire, font retour au courant de décharge, formant autant d'origines intra-hépatiques de la veine porte. L'artère hépatique reste donc, en quelque sorte, en marge du parenchyme et n'irrigue aucune partie de la portion hépatique du bourgeon glandulaire.

Toutes les formations précédentes : veine porte, portion biliaire du bourgeon hépatique avec les vaisseaux et les nerfs, le tout uni par du tissu conjonctif, forme la gaine de Glisson. Cette gaine de Glisson, toutes les coupes du foie l'intéressent quelque part, suivant des aires de section variées. « Ces aires de section, ce sont les espaces de Kiernan des descriptions classiques... Cette appellation consacre l'erreur qui consiste à considérer ces formations comme des espaces prismatiques réservés par l'accolement incomplet à ce niveau des lobules, et séparant ceux-ci, alors qu'en réalité il s'agit de la section arrondie d'une gaine de Glisson plongée dans un parenchyme. De même pour les fissures de Kiernan. »

Les ramuscules émanés des dernières ramifications du canal biliaire se transforment, chacun, en un tube glandulaire hépatique. Aucune transition n'a lieu entre la dernière cellule biliaire aplatie, longue, étroite, et la première cellule hépatique, prismatique, volumineuse. Le passage de l'une à l'autre (passage de Hering) est brutal. Toute la surface extérieure de la gaine glissonienne est hérissée de ces tubes hépatiques naissant par bouquets du chevelu biliaire, par tous les points de sa surface, et effectuant leur poussée excentrique jusqu'à ce qu'ils rencontrent les tubes hépatiques nés des gaines voisines, et, du moins chez les vertébrés supérieurs, s'anastomosent avec eux. Ainsi se forme un réseau : ainsi la glande en tubes ramifiés primitive devient une glande en tubes ramifiés et anastomosés.

De leur origine jusqu'à leur terminaison, les tubes hépatiques subissent une série d'inflexions : chez les animaux supérieurs, leur cavité est tout à fait minime si bien que, au moins chez l'homme, on peut les considérer comme des colonnes cellulaires presque pleines. Par contre, si la face libre de leurs cellules tend de plus en plus à se réduire, leur face opposée, sanguine, répond dans toute son étendue au capillaire qui le

longe. La cellule hépatique interpose donc toujours l'épaisseur de son protoplasme entre le courant sanguin, d'une part, et la cavité glandulaire, d'autre part. Tubes hépatiques et capillaires adjacents sont accompagnés de tractus conjonctifs, qui se continuent, d'une part avec la gaine glissonienne, d'autre part, avec l'adventice des veines sus-hépatiques. Gaines de Glisson, treillis conjonctif du parenchymateux, capsules de Sœmmering-Laënnec sont trois formations analogues, correspondant à la sous-muqueuse intestinale; la capsule de Glisson est, au contraire, une formation à part, répondant à la séreuse et à la sous-séreuse.

Quel est le *régime circulatoire de cette portion hépatique*? Les capillaires sont diposés de telle sorte que leur moitié portale tapisse les travées stériles de l'éponge porte, tandis que leur moitié sus-hépatique se place naturellement au milieu du cocon périphérique formé par cette moitié portale. Les tubes hépatiques qui naissent au pourtour de ces travées et, de là, se dirigent vers la région centrale, sont donc irrigués d'abord par la moitié paraportale, puis par la moitié para-sus-hépatique de ces capillaires. Il y a donc deux territoires parenchymateux, l'un, périportal : c'est la zone des collets des glandes tubuleuses hépatiques; l'autre, péri-sus-hépatique, c'est la zone des culs-de-sac de ces mêmes glandes. Dans la première, les cellules sont grosses, bien colorées; dans la seconde, elles sont plus petites, moins colorées. Les affinités tinctoriales diffèrent d'ailleurs pour les deux zones. De même, leurs réactions physiologiques. La veine porte ayant une structure artérielle, le sang qu'elle contient est chassé par les dernières contractions de leurs fibres, dans la veine sus-hépatique. Aussi, sur les coupes, trouvera-t-on, au centre des zones pâles, vide de sang, les veines portes; au centre des zones foncées, pleines de sang, les veines sus-hépatiques.

Cette différenciation du parenchyme hépatique en deux zones prend toute sa valeur en pathologie. Lorsque, par exemple, une gêne est apportée au courant sanguin, la zone portale est peu touchée, la zone sus-hépatique, très altérée. Y a-t-il obstacle au cours de la bile, les lésions sont analogues. Aussi peut-on dire que la zone portale se comporte comme une zone résistante, la zone sus-hépatique comme une zone fragile, ou plutôt que les deux sont différentes et réagissent différemment. La raison de ces différences réside vraisemblablement dans ce fait, que le sang qui nourrit l'épithélium de la zone sus-hépatique a subi, en plus du contrôle de l'intestin ou de ses annexes, celui de l'épithélium de la zone portale.

FORMULAIRE

INJECTIONS DE BIIODURE DE MERCURE

La question des injections mercurielles vient d'être particulièrement bien traitée dans l'excellent *Formulaire clinique des praticiens* que viennent de publier MM. Courtois-Suffit et Lafay (1).

L'iodure mercurique ou biiodure contient 44,05 p. 100 de Hg.

a. *Solution aqueuse.* — On utilise généralement la solution suivante :

Biiodure de mercure............		0,10 centigr.
Iodure de sodium pur et sec......		0,10 —
Eau distillée stérilisée....	Q. s. p.	10 cc.

(Barthélemy, Lafay, Lévy-Bing.)

On peut remplacer l'eau distillée par le sérum physiologique. *Un centimètre cube contient 0g01 de biiodure correspondant à 0,0044 de Hg.* La dose efficace moyenne journalière est de 0,02 à 0,025 de biiodure. A cette dose le biiodure est actif, peu douloureux, ne provoque ni diarrhée ni stomatite, ni indurations (injections très profondes); la solution est facile à préparer et se conserve longtemps.

b. *Solutions huileuses.* — Formule de Panas :

Biiodure de mercure.............		0,04 centigr.
Huile purifiée et stérilisée,	Q. s. p.	10 cc.

Un centimètre cube renferme seulement 0,004 milligrammes de biiodure correspondant à 0,001mgr76 de Hg.

Formule de Lafay centésimale :

Biiodure de Hg..................		0,10 centigr.
Huile de noix vraie, purifiée et stérilisée..................	Q. s. p.	10 cc.

Opérer la dissolution au bain-marie vers 70 degrés.

Un centimètre cube renferme 0,01 centigramme de biiodure correspondant à 0,0044 de Hg.

Formule de Lafay (forte) :

Biiodure de mercure...............	0,15 centigr.
Huile de noix vraie purifiée et stérilisée.	3 cc.
Huile de ricin stérilisée...........	7 —

Un centimètre cube renferme 0,015 milligrammes de biiodure correspondant à 0,0066 de Hg, soit quatre fois environ la dose de l'huile de Panas.

On peut facilement obtenir des huiles biiodurées à plus haut titre (Lafay). Ses huiles biiodurées sont parfois associées au camphre, au gaïacol, au menthol, etc. qui s'y dissolvent comme dans une huile quelconque. L'huile iodée ou *lipiodol* s'associé également au biiodure : on a ainsi une huile très active, iodo-biiodurée, permettant le traitement mixte intensif en injections hypodermiques.

Les résultats thérapeutiques sont excellents, mais l'injection est généralement plus douloureuse qu'avec la solution aqueuse et présente en outre l'inconvénient des excipients huileux.

(1) Paris, O. Doin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 10 AU 15 JUILLET 1905)

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 10 juillet, à une heure. — 2e (chirurgien-dentiste), *Salle Richet* (1re série) : MM. Gaucher, Legueu et Desgrez; — *Salle Béclard* (2e série) : MM. Roger, Gosset et Richaud; — M. Broca (André), suppléant.

5e (2e partie), *Charité* : MM. Déjerine, Claude et Labbé (Marcel); — M. Branca, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Hayem, Teissier et Balthazard; — (2e série) : MM. Brissaud, Legry et Macaigne; — M. Retterer, suppléant.

Mardi 11 juillet, à une heure. — 2e (chirurgien-dentiste), *Salle Béclard* (1re série) : MM. Le Dentu, Troisier et Desgrez; — *Salle Corvisart* (2e série) : MM. Berger, G. Ballet et Vaquez; — *Salle Pasteur* (3e série) : MM. Pozzi, Dupré et Richaud; — *Salle Richet* (4e série) : MM. de Lapersonne, Méry et Carnot; — *Salle Broussais* (5e série) : MM. Gilbert, Bezançon et Morestin; — M. Langlois, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Dieulafoy, Thiroloix et Renon; — (2e série) : MM. Raymond, Launois et Jeanselme; — M. Guiart, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Hutinel, Achard et Gouget; — M. Maillard, suppléant.

Mercredi 12 juillet, à une heure. — 2e (chirurgien-dentiste), *Salle Pasteur* (1re série) : MM. Pouchet, Delens et Retterer; — *Salle Richet* (2e série) : MM. Tuffier, Desgrez et Balthazard; — M. Legueu, suppléant.

5e (2e partie), *Laënnec* : MM. Hayem, Legry et Labbé (Marcel); — M. Gosset, suppléant.

Jeudi 13 juillet, à une heure. — 2e (chirurgien-dentiste), *Salle Broussais* (1re série) : MM. Guyon, Thiroloix et Carnot; — *Salle Pasteur* (2e série) : MM. Pouchet, Renon et Marion; — M. Langlois, suppléant.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'hérédité morbide, par le docteur Paul Raymond, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. In-8° écu. — Prix : 5 francs. — Paris, Vigot frères.

Annuaire des eaux minérales, par le docteur Morice. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Maloine et Bureaux de la *Gazette des eaux.*

N° 76. — JEUDI 6 JUILLET 1905. 78e ANNÉE. JEUDI 6 JUILLET 1905. — N° 76.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Étudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
L'hérédité des stigmates de dégénérescence et les familles souveraines, par M. V. GALIPPE.
Comparaison des réactions cellulaires hématolytiques aux réactions cellulaires en général, par M. G. FROIN.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine.
ANALYSES
Injections hypodermiques de chlorhydrate d'adrénaline dans le traitement de l'asthme; — Héroïnomanie; — Trois cas de calculs vésicaux à symptomatologie spéciale. Signe de la culbute; — Considérations sur l'anatomie pathologique de la démence précoce, à propos d'un cas.
NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)
Endocardites aiguës. Anatomie pathologique, symptômes et diagnostic.
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
NOTES DE THÉRAPEUTIQUE
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Deuxième concours de chirurgie.* — Consultation clinique :

Séance du 4 juillet 1905. — MM. Dujarier, 20; Guibé, 14; Lecène, 19; Fredet, 20.

La prochaine séance aura lieu jeudi 6 juillet, à cinq heures du soir, à l'hôpital Beaujon.

L'ACADÉMIE DES SCIENCES a procédé, lundi, à l'élection d'un membre titulaire, dans la section de physique, en remplacement de M. Alfred Potier, décédé. La section avait établi la liste de classement suivante et présenté : en première ligne, M. Curie; en deuxième ligne, *ex æquo*, et par ordre alphabétique, MM. Bouty, professeur à la Sorbonne; Gernez, professeur à l'École centrale, et Pellat, professeur à la Sorbonne. Au premier tour de scrutin, M. Curie a été déclaré élu par 29 voix contre 22 à M. Gernez.

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — M. le docteur Micheleau est nommé, après concours, médecin adjoint des hôpitaux.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — M. le docteur Leuret est nommé chef de clinique des maladies médicales infantiles.

M. le docteur Rabère est nommé chef de clinique des maladies chirurgicales infantiles.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — Un concours s'ouvrira le 8 janvier 1906 devant l'école supérieure de pharmacie de l'Université de Paris pour l'emploi de suppléant de la chaire de chimie à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

GUERRE. — Ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe de réserve. — MM. les médecins principaux de première classe de l'armée active retraités Linon et Forgues.

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins principaux de deuxième classe de l'armée active retraités Mercier et Lauza.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Cassedebat, Tartière, Bregi, Godard, Virolle, Herrmann, Coquand, Leprêtre, Namin, Durand et Stouff.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée active dont la démission a été acceptée Peyroux, Zeller et Julié.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — M. le médecin aide-major de première classe de l'armée active dont la démission a été acceptée Suttel.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de rérerve. — MM. les docteurs en médecine Bruguière, Friedel, Le Barzic, Bernard, Faure, Guyot, Cahen, Belgrand, Philippe, Pophillat, Combes, Giraudet, Ledoux, Mendelssohn, Laignel-Lavastine, Gouin, Thiers, Coriat, Balencie, Porot, Bouvier, Beck, Aubry, Braillon, Martin, Masmonteil, Molinery, Auby, Gomma, Casalta, Giffard, Mougenc de Saint-Avid, Blum, Lamot, Jaume, Evrard, Pons, Labelle, Dalimier, Florion, Poissenot, Benoit, Esteoule, Reboul, Chaussat, Mussy, Pillon, Roché, Villebrun, Fulconis, Rouquette, Cagnard, Rosenthal, Wapler, Labouré, Vermon, Lafarge, Che-

vallier, Cordier, Gaultry, Jacquot, Henry, Briançon, Landaud, Royet, Dodier, Casanouve-Soulé, Fabre, Gargaud, Muller, Molas, Billaud, Bourganel, Le Bras, Nicot, Beauchef, Leuret, Dirigoin, Grégoire, Serre, Poucel, Weill, Fortineau, Pigeon, Long-Pretz, Dumenil, Frison, Colombié, Rancher, Vaillant, Goude, Richard, Grandjean, Gaillard, Etling, Megrat, Renault, Perignat, Vidal, Nel, Le Tohic, Pagès, Lebrun, Folliot, Dumesnil, Caye, Bassuet, Poirrier, Legrand, Landrin, Bellet, Merle, Mollet, Albarède, Canterac, Rancoule, Bourguet, Bonnet, Bernex, Armand-Delille, Ogé et Lecomte.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs en médecine Hallé, Varnière, Mettetal et Gaillard.

Au grade de pharmacien-major de première classe de l'armée territoriale. — M. Breuil.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les pharmaciens de première classe Blanchard, Desaunay, Goubillon, Louviot, Fraisse, Piedallu et Thierry.

Corps de santé militaire. — M. le médecin principal de première classe Landriau est nommé adjoint au directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris.

M. le médecin-major de première classe Baudisson est affecté provisoirement à l'hôpital Saint-Martin à Paris.

M. le médecin-major de deuxième classe Ulliel est désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran.

Corps de santé des troupes coloniales. — Sont promus :

Au grade de médecin-major de première classe de réserve. — MM. les médecins-majors de première classe des troupes coloniales retraités Guérin, Durand, Flandrin, Thomas, Duville, Vinas, Suard et Carmouze.

Marine. — Ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de directeur du service de santé. — M. le médecin en chef de première classe Duchateau.

Au grade de médecin en chef de première classe. — MM. les médecins en chef de deuxième classe Duval et Ortal.

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — MM. les médecins principaux Mercié et Foucaud.

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Roby et Bonain.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Chauvin et Michel.

— M. le médecin principal Nodier, du port de Lorient, est désigné pour embarquer sur le *Magenta* (école des torpilles à Toulon), en remplacement de M. le docteur Geay de Convalette.

Internes des asiles. — Deux places d'internes des asiles sont vacantes à l'asile de la Roche-Gandon à Mayenne, et à l'asile de Quimper. Les internes reçoivent 800 francs, nourris, logés, blanchis, chauffés et éclairés.

Les candidats pourvus de dix inscriptions doivent adresser les demandes à MM. les directeurs-médecins en chef de ces asiles.

Clinique chirurgicale de l'Hotel-Dieu. — *Cours de vacances.* — Le docteur Mauclaire commencera ce cours le mardi 18 juillet, et le continuera les vendredis et mardis suivants à neuf heures et demie.

Visites dans les salles à neuf heures un quart. Examens cliniques par les élèves. Opérations tous les jours à dix heures et demie. Opérations abdominales le jeudi.

Programme du cours : Douze leçons de chirurgie pratique.

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives générales de médecine. — (N° 26, 27 juin 1905.) Paul Ferrier : Les pertes et les gains en chaux chez l'homme. — J. Berthaud : Danger des injections intra-vésicales faites avec les solutions aqueuses d'acide borique. — E. Metchnikoff : La syphilis expérimentale.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 23, 23 juin 1905.) G. Bardet : De la médication reminéralisatrice par les préparations de plantes en général et par les extraits de céréales en particulier.

Bulletin médical. — (N° 50, 28 juin 1905.) P. Reclus : Sur deux observations de kystes muqueux thyro-hyoïdiens. — Paul Sainton : Comment doit-on rechercher le signe de Kernig ? — (N° 51, 1er juillet.) A. Cange : La blépharoplastie.

Écho médical du Nord. — (N° 26, 25 juin 1905.) J. Patoir et M. Dehon : Un cas de leucémie aiguë chez une adulte. — Denis : Au sujet de trois cas d'extraction d'aiguilles avec l'aide de la radioscopie.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 26, 25 juin 1905.) E. de Batz : Note sur les variations de la teneur en hémoglobine du sang des malades en traitement à Arcachon. — Anglade et Dumora : Paraphasie, aphasie amnésique et démence.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 26, 25 juin 1905.) Bergonié : La radiothérapie du cancer du sein. — Grenier de Cardenal : Chute spontanée des dents et nécrose des maxillaires chez les tabétiques.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (N° 12, 25 juin 1905.) : A. Terson : Les abcès de glandes de Meibomius (faux orgelet). Traitement des blépharites.

Journal des praticiens. — (N° 26, 1er juillet 1905.) A. Broca : Traitement du torticolis par rétraction. — Monteuuis : Le lait caillé élixir de longue vie et le retour à la nature.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 25, 24 juin 1905.) H. Desplats : Asystolie avec cœur droit forcé due à une péritonite tuberculeuse généralisée. — D. Augier : Grossesse tubaire à terme. Enfant mort. Laparotomie, guérison.

Lyon médical. — (N° 26, 25 juin 1905.) A. Ducros : Le bain prolongé. — E. Duroux et J. Corneloup : Myxome pur des os récidivé et généralisé.

Médecine moderne. — (N° 26, 28 juin 1905.) Mailland : Tuberculose inflammatoire, rétraction de l'aponévrose palmaire (maladie de Dupuytren) d'origine tuberculeuse.

Montpellier médical. — (N° 24, 11 juin 1905.) Gilis : La région parotidienne de l'espace maxillo-pharyngien (*suite*).

Pédiâtrie pratique. — (N° 13, 1er juillet 1905.) G. Araoz Alfaro : Sur la rétention des chlorures et l'action du régime hypochloruré dans les néphrites infantiles. — E. Estor : Traitement du pied-bot varus-équin congénital. — Comby : Traitement des fièvres intermittentes chez les enfants.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 25, 24 juin 1905.) A. Ruault : Les injections intratrachéales appliquées au traitement de la tuberculose pulmonaire.

Semaine gynécologique. — (N° 26, 27 juin 1905.) R. Pichevin : De l'incision du cul-de-sac postérieur dans le traitement des inflammations péri-utérines.

L'HÉRÉDITÉ DES STIGMATES DE DÉGÉNÉRESCENCE ET LES FAMILLES SOUVERAINES

Par le docteur V. GALIPPE.

Dans un mémoire publié en 1900, sur l'hérédité des anomalies des maxillaires et des dents, j'avais indiqué que l'hérédité tératologique était soumise aux mêmes lois que l'hérédité pathologique et insisté sur ce fait que si la dissemblance est la règle dans la transmission de certaines monstruosités, il est cependant des familles dans lesquelles cette transmission est homologue.

Dans le champ habituel de nos observations, où nous voyons les unions s'accomplir au hasard des combinaisons familiales ou de l'attraction sexuelle, sans qu'une sélection rationnelle intervienne jamais, nous observons cependant des individus, véritables monstripares, imposer leurs tares physiques et morales à plusieurs générations.

Toutefois, dans la généralité des cas et après un temps variable, les anomalies ainsi transmises ou se transforment, ou disparaissent pour reparaître après deux ou trois générations, ou s'éteignent avec les individus qui en étaient porteurs, ceux-ci ayant cessé de pouvoir se reproduire.

La pathologie comparée nous montre, comme la zootechnie, que l'on peut fixer certaines monstruosités par voie de sélection et créer ainsi de véritables familles tératologiques.

Il était permis de se demander si, en appliquant à la race humaine les lois établies par la zootechnie pour la fixation de certains caractères tératologiques ou non, on arriverait aux mêmes résultats que ceux obtenus par les éleveurs et dont nous voyons tous les jours de si remarquables exemples.

Il serait à coup sûr légitime de poursuivre l'amélioration de la race humaine par voie de sélection sexuelle, et il est souhaitable qu'il en soit ainsi dans l'avenir. On blâmerait, au contraire, l'expérimentation féroce qui appliquerait les règles de la puériculture à la reproduction des monstres.

Ce que l'expérimentation n'a point tenté et ne tentera point, l'histoire nous apprend que certaines familles souveraines l'ont réalisé, d'une façon plus restreinte, il est vrai, mais néanmoins avec un plein succès.

Il est superflu de dire que les familles souveraines ont obéi, en agissant comme elles l'ont fait, à des considérations tout à fait différentes de celles qui inspirent les éleveurs, et si, spontanément, elles se sont conformées aux règles édictées par la zootechnie pour la fixation et la transmission de certains caractères n'appartenant pas à l'espèce humaine, elles ont agi ainsi soit par orgueil de caste, soit par nécessités politiques.

Je n'entends pas dire que les familles souveraines aient seules le privilège peu enviable de posséder et de transmettre des caractères particuliers de dégénérescence. Il n'en est rien. Si, pour des raisons qui sont exposées dans un livre qui paraîtra dans quelques jours (1), les familles souveraines dégénèrent plus vite que les familles roturières, celles-ci peuvent présenter à des degrés variables toutes les tares observées dans les premières.

La vie d'un seul médecin ne suffirait pas à étudier la transmission et les métamorphoses de toutes les tares héréditaires. Les documents, du reste, lui feraient généralement défaut, le propre des familles populaires étant de ne point posséder d'archives. Il n'en est pas de même des familles souveraines, dont les archives sont complètes et se succèdent pendant des siècles.

Si donc, on a la bonne fortune de rencontrer dans l'une de ces familles un stigmate se répétant de génération en génération et qu'on puisse l'étudier à l'aide des documents légués par le passé, on apportera ainsi une contribution précieuse à la pathologie générale et à la pathologie historique.

Il est nécessaire en effet de ne point perdre de vue que, si ancien que soit un stigmate, envisagé comme anomalie de développement, ce stigmate, en quelque sorte, se souvient toujours de son origine et conséquemment ne sera jamais qu'une tare dégénérative, s'accompagnant d'autres anomalies ou physiques ou intellectuelles ou morales.

C'est pourquoi la pathologie historique est seule capable d'interpréter les faits et gestes de certains souverains qui, sans elle, resteraient inexplicables.

Parmi les familles souveraines, il en est une possédant un caractère tératologique, facilement appréciable à la vue et qui s'est transmis à travers les âges avec une telle constance qu'il fait pour ainsi dire partie intégrante de cette famille et lui imprime une originalité propre. Nous voulons parler de l'illustre maison des Habsbourg, du prognathisme inférieur et du développement exagéré de la lèvre inférieure présentés par l'immense majorité de ses membres.

Me proposant de traiter dans une communication ultérieure du prognathisme inférieur et de son interprétation en pathologie humaine et comparée, je me contenterai aujourd'hui de donner en peu de mots la définition de cette anomalie, telle que la comprennent les stomatologistes et les tératologistes.

Nous entendons par prognathisme inférieur, l'anomalie en vertu de laquelle les rapports des deux maxillaires et des dents cessant par un mécanisme quelconque d'être normaux, la mandibule est projetée en avant, laissant le maxillaire supérieur plus ou moins en arrière et donnant ainsi à la partie inférieure de la face, un aspect rappelant la malformation décrite chez les bouledogues.

Comme toutes les anomalies, celle-ci ne se montre généralement pas seule et s'accompagne presque toujours d'un développement considérable des lèvres, surtout de l'inférieure. Le nez peut également offrir des anomalies de forme en relation avec celles que présente le maxillaire inférieur.

Ayant à fixer la transmission héréditaire d'une ano-

(1) Paris, Masson et Cie.

malie facilement accessible à la vue, nous avons dû recourir à l'iconographie, c'est-à-dire aux portraits des personnages que nous nous proposions d'étudier.

Que ces documents doivent être l'objet d'une critique sévère, nous n'en disconvenons pas, au contraire. Nous savons combien il faut se défier de la courtisanerie de certains peintres, qui, soit par intérêt, soit par crainte, étaient enclins à flatter leurs modèles. Les sculpteurs, les médaillistes se sont toujours montrés plus sincères que les peintres.

Les graveurs à leur tour, en interprétant, les portraits, les ont souvent déformés, aussi déclarons-nous spontanément que tous les portraits que nous donnons sont flattés, aussi bien ceux des hommes que ceux des femmes, mais surtout ceux de ces dernières.

Toutefois si, en dépit de ces conditions défavorables, nous reproduisons un ensemble de documents offrant tous, ou à peu près, une particularité commune, force sera de reconnaître que les choses étaient bien ainsi qu'elles ont été figurées.

Cette documentation ne diffère pas sensiblement de celle fournie par les textes. Comme ces derniers, elle est justiciable de la critique scientifique, de l'examen de sources, de la sincérité des auteurs.

Les documents iconographiques présentent en outre ceci de commun avec les documents historiques, auxquels ils sont en cela peut-être supérieurs, que leurs auteurs n'ont jamais songé au parti qu'on en pourrait tirer un jour.

En présence des nombreuses difficultés qu'offre l'interprétation des documents historiques, difficultés si grandes qu'en dépit de l'érudition et du sens critique de ceux qui ont tenté la solution de certains problèmes, beaucoup sont restés insolubles, au moins provisoirement, nous avons pensé, comme nous le disions plus haut, que l'étude d'un stigmate héréditaire, facilement découvrable, s'imposant en quelque sorte à la vue, ayant pris en outre un caractère de fixité à peu près constant dans certaines familles, pourrait fournir à la pathologie historique des indications précieuses, puisqu'à un stigmate physique correspondent habituellement, ou d'autres stigmates physiques, ou des anomalies psychiques, ceux-ci ou celles-là étant sous la dépendance des premiers.

Les anormaux sont anormaux dans leur organisation tout entière et ce n'est pas entrer dans le champ de l'hypothèse que d'admettre que les individus affectés d'anomalies des formes extérieures présentent à un degré quelconque des anomalies, visibles ou non, de leurs structures internes.

« Ouvrir, comme le dit Renan, une nouvelle série d'aperçus historiques, c'est presque toujours créer une série de documents négligés jusque-là, ou montrer dans ceux qui étaient déjà connus, ce qu'on n'avait pas su y voir. »

C'est ce que nous avons essayé de faire, en étudiant la fixation dans la famille des Habsbourg d'un caractère tératologique et la transmission de ce caractère aux familles qui se sont alliées avec elle.

En se basant sur leur iconographie, on peut résumer ainsi les traits généraux de la caractéristique physionomique des Habsbourg :

Aplatissement latéral du crâne, ayant déterminé les anomalies faciales suivantes : hauteur souvent exagérée du front, exorbitisme plus ou moins prononcé, variations dans la forme et le volume du maxillaire inférieur et du nez.

La plus célèbre et la plus évidente de ces anomalies faciales, celle qui s'est transmise par hérédité depuis plusieurs siècles avec une constance presque absolue, est le prognathisme inférieur et secondairement le développement exagéré de la lèvre inférieure.

Les documents authentiques ne remontent guère au delà de la moitié du XVe siècle. Les portraits que nous possédons des personnages ayant vécu avant cette époque, pour être apocryphes, n'en sont pas moins conformes à la tradition.

Quoi qu'il en soit, à l'aide des milliers de documents iconographiques que nous avons pu étudier, depuis le XVe siècle jusqu'à nos jours, relatifs soit à la famille des Habsbourg proprement dite, soit aux familles souveraines qui se sont alliées avec elle, nous avons établi la transmission presque fatale des caractères résumés plus haut. Si parfois cette transmission a pu subir un temps d'arrêt tout à fait exceptionnel, la reviviscence du type ne tarde pas à se produire chez les enfants et en particulier chez les mâles.

Il est une conclusion d'ordre général qu'il est important de signaler, c'est que, chez les Habsbourg, les femmes, alors même qu'elles ne présentaient point à un degré très accusé le stigmate familial caractéristique, plus marqué chez les hommes que chez celles-ci, avaient en puissance la faculté de l'imposer, quel que fût leur conjoint, à leur descendance avec des particularités morales et intellectuelles, tellement il était solidement fixe et inséparable en quelque sorte de la personnalité des Habsbourg.

Ceci n'a rien qui doive nous étonner et est conforme à ce que nous enseigne la pathologie. Dans les familles soumises habituellement à notre observation, nous constatons, en étudiant l'influence du sexe sur la transmission des tares héréditaires, que c'est le sujet présentant au plus haut degré les caractères de la dégénérescence qui les impose généralement quand l'un des conjoints seulement est sain.

Dans ce cas les enfants ressemblent à celui de leurs parents qui, en vertu de son état de dégénérescence plus marquée, a une aptitude plus grande à transmettre certains caractères d'ordre pathologique ou tératologique.

Lorsque les mariages sont consanguins, c'est-à-dire que les deux époux présentent des stigmates identiques ou analogues, l'hérédité s'impose à tous les enfants sans acception de sexe.

C'était le cas habituel des Habsbourg lorsqu'ils s'unissaient entre eux et fixaient encore ainsi plus profondément leurs stigmates.

Quel que fût son sexe, lorsqu'un Habsbourg se détachait du tronc familial et contractait une union avec une famille étrangère à la sienne ou possédant déjà une certaine proportion du sang des Habsbourg dans les veines, c'est toujours l'hérédité de cette

famille qui s'imposait, même quand son représentant était une femme! Il en résulte que ceux qui contractaient alliance avec la famille des Habsbourg pour propager leur race propageaient surtout celle des Habsbourg.

Napoléon Ier nous en fournit un exemple topique. En s'unissant à une Habsbourg, à une archiduchesse d'Autriche, pour faire souche de Napoléon, il ne pouvait avoir qu'un représentant du type maternel, parce que celui fixé depuis des siècles devait fatalement s'imposer à lui. Aussi le roi de Rome fut-il un Habsbourg, par la structure de son crâne, par sa ressemblance frappante avec sa mère et son grand-père, par sa personnalité morale et ses aptitudes pathologiques.

La quasi-fatalité de l'hérédité des stigmates des Habsbourg ressort avec tant de netteté des recherches que nous avons faites, qu'elle peut servir de base à l'élucidation de certains problèmes historiques et même à en susciter de nouveaux.

Tout le monde connaît la caractéristique physionomique, en quelque sorte indélébile, imposée par Charles-Quint à ses descendants. Cette caractéristique, Charles-Quint l'avait reçue lui-même de ses aïeux, et sa transmission héréditaire ne comporte pour ainsi dire pas d'interruption si l'on excepte toutefois son fils naturel don Juan d'Autriche. Ce dernier, si on le compare à Philippe II, son frère, auquel il ne ressemblait nullement, était beau. Il avait des cheveux blonds bouclés, de fines moustaches et ne présentait point de prognathisme inférieur, contrairement aux autres enfants que son père supposé avait eus.

Cette constatation permet d'inférer que Charles-Quint a pu se tromper ou être trompé sur la réalité de sa paternité.

La femme dont Charles-Quint avait eu ce fils était une servante allemande, nommée Barbe Blomberg, créature vulgaire dont il était un peu honteux. Elle finit par mener une vie tellement scandaleuse que son fils, don Juan, demanda son internement dans un monastère.

L'indignité de la mère, sa condition sociale, l'absence du stigmate héréditaire que les Habsbourg ont imposé à leurs descendants même bâtards, est un argument des plus sérieux contre la filiation de don Juan d'Autriche.

Ce même moyen de contrôle, basé sur l'hérédité de certains stigmates de dégénérescence, peut s'appliquer à l'élucidation de problèmes historiques plus voisins de notre temps. Nous voulons parler de la question de Louis XVII inséparable des revendications de Naundorff qui a compté et compte encore de nombreux partisans de la légitimité de ses prétentions. Nous n'avons pas à nous occuper de la survivance et de l'enlèvement du Temple de Louis XVII, au point de vue purement historique, mais en appliquant à l'élucidation de ce problème les résultats qui nous ont été fournis par nos études spéciales sur l'hérédité de certains stigmates de la face, on peut arriver à des conclusions pour le moins intéressantes! Il suffit de se reporter aux portraits que nous donnons dans notre ouvrage pour constater, sans le moindre doute, que Louis XVI et Marie-Antoinette avaient du prognathisme inférieur, plus accusé chez cette dernière que chez son mari. Tous deux étaient des Habsbourg et portaient la marque caractéristique de cette famille.

Rappellons qu'il résulte de nos recherches que l'anomalie des Habsbourg était presque fatalement héréditaire et qu'il suffisait de l'introduction dans une famille (ne possédant point ce caractère) d'un des membres de la maison d'Autriche, pour le conférer à la descendance avec une constance presque absolue. *A fortiori* les choses devaient-elles se passer ainsi, quand le père et la mère étaient porteurs du même stigmate. Il est donc légitime de conclure qu'il ne s'est point produit d'exception pour Louis XVII, pas plus que pour ses ancêtres, et que pour sa sœur la duchesse d'Angoulême qui était nettement prognathe inférieure.

L'étude des portraits de Louis XVII, l'examen des documents relatifs à sa santé et à l'évolution de son système dentaire, nous permettent de conclure qu'il avait des anomalies dentaires, mais ne nous autorisent point à affirmer d'une façon rigoureuse qu'il était ou qu'il eût été prognathe inférieur; toutefois cela, pour les raisons exposées plus haut, est presque certain.

Or si l'on examine les portraits de Naundorff, on voit qu'ils ne présentent à aucun degré le stigmate héréditaire des Habsbourg.

Si Naundorff avait été le fils de Marie-Antoinette, à supposer même que par un retour tout à fait exceptionnel à la médiocrité, il n'ait point ressemblé à sa mère, il se serait manifesté chez ses descendants une reviviscence du type des Habsbourg, comme nous l'avons constaté dans le passé et dans le présent. Or de l'examen que nous avons fait des portraits des descendants de Naundorff, aucun ne présente le type familial caractéristique.

Si donc on attache quelque valeur scientifique aux constatations matérielles, en quelque sorte tangibles, que nous avons faites dans le cours de nos recherches, il ne paraîtra pas possible d'admettre la légitimité des revendications de Naundorff. Nous n'avons pas la prétention de rendre un jugement sans appel, puisque dans une question où l'historien a le droit de faire état de toutes espèces de preuves, nous n'invoquons que des arguments tirés de l'anatomie pathologique. Ces arguments nous paraissent néanmoins avoir une valeur sérieuse. Si nous voyons ce qui s'est passé pour Marie-Louise et Napoléon, alors que ce dernier, n'ayant aucun lien avec la Maison d'Autriche, mais qui était autrement énergique que Louis XVI, n'avait pu procréer qu'un Habsbourg, comment pourrions-nous admettre que Naundorff n'ait point ressemblé à sa mère dont la physionomie était encore plus caractéristique que celle de Marie-Louise, alors qu'il eût été Habsbourg par son père et par sa mère?

Au cours de nos recherches sur les familles souveraines et l'hérédité de certains stigmates de dégénérescence, nous avons eu plus d'une fois l'occasion d'aborder de graves problèmes d'hygiène et de morale sociale sur lesquels nous n'insisterons pas ici.

Il nous suffira d'avoir montré, une fois de plus, tout le parti que les sciences historiques peuvent tirer de semblables études.

COMPARAISON

DES

RÉACTIONS CELLULAIRES HÉMATOLYTIQUES

AUX

RÉACTIONS CELLULAIRES EN GÉNÉRAL

Par le docteur G. FROIN,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Pendant l'hématolyse *in vivo*, on peut se rendre compte que l'hématie extravasée est phagocytée ou désagrégée dans le milieu qui la reçoit. Dissociée ou non, elle laisse diffuser son hémoglobine dans le liquide où elle nage. En même temps, l'hémoglobine est partiellement ou totalement transformée et communique, suivant son abondance, une coloration jaune ou une coloration biliaire au liquide de l'hématome.

Bien que se passant dans des régions différentes (plèvres, méninges, péritoine), ces phénomènes d'autolyse sont toujours très comparables et il n'y a pas lieu d'incriminer une cause productrice locale qui serait infiniment variable, telle que : constitution de la sérosité ou du tissu, conditions physiologiques propres à la cavité hémorragique, tension osmotique, teneur en albumine, en urée, en sucre, etc. Certains de ces facteurs locaux peuvent influencer profondément le travail hématolytique, mais ils sont insuffisants pour expliquer le plan général et les lois qui régissent la destruction des globules rouges dans la profondeur des tissus. Cette action spéciale ne peut se développer qu'aux dépens des cellules qui se rendent vers le foyer hémorragique, à l'occasion de sa production. Ces éléments ne manquent jamais et s'infiltrent dans l'hématome : ce sont des leucocytes et des cellules endothéliales. L'hématolyse résulte de leur action tout entière et les influences dues au milieu et au tissu dans lesquels elle évolue, la modifient mais sont impuissantes à la créer.

Après avoir été conduit à attribuer aux éléments blancs la destruction des globules rouges, j'ai été frappé, dans l'observation du phénomène, par les oscillations considérables et souvent très rapides des différentes variétés cellulaires. L'hématolyse commence après l'apparition d'une lymphocytose qui s'efface très vite devant l'irruption de polynucléaires neutrophiles, de mononucléaires grands, moyens et petits, avec chute des cellules endothéliales. En présence de ces éléments, la destruction globulaire est rapide, des hématies sont phagocytées, détruites, et d'autres se décolorent dans la sérosité qui les contient. Lorsque les globules rouges sont peu abondants, les lymphocytes prédominent de nouveau et la destruction hématique se ralentit. Tel est le schéma de l'évolution générale de l'hématolyse. La cause intime qui provoque l'attraction des leucocytes de constitution variable étant méconnue, on s'est borné d'abord, comme dans tous les phénomènes inflammatoires, à incriminer l'irritation : la lymphocytose étant due à une irritation légère, la polynucléose à une irritation vive. Mais si telle est la cause de la diapédèse leucocytaire, quel est l'effet de cet afflux des cellules mobiles ?

Quel rôle viennent-elles remplir et comment procèdent-elles ?

Je passe sur la notion fondamentale et si féconde de la phagocytose que nous devons à M. Metchnikoff et qui nous a dévoilé le microphage sous les traits du polynucléaire neutrophile, le macrophage réalisé par le mononucléaire. Mais quelle est donc la fonction du lymphocyte et celle de l'éosinophile ? Et dans le cas de l'hématolyse, comment agit le polynucléaire neutrophile ? Est-ce un agent de globulolyse ou transforme-t-il plutôt l'hémoglobine ? S'il est difficile de répondre à toutes ces questions, quand on observe des corps aussi ténus que les microbes et qu'on veut apprécier les transformations de leurs toxines encore peu connues, il n'en est plus ainsi pour le globule rouge extravasé, élément passif et non germinatif, car il est possible d'apprécier ses variations quantitatives et qualitatives, de considérer son stroma albuminoïde et les dislocations qu'il peut subir, de voir si la substance chimique qu'il renferme l'abandonne, si elle s'échappe avec rapidité ou lenteur, si elle se transforme, enfin, lorsqu'elle a quitté l'enveloppe globulaire. Que tous ces phénomènes s'accompagnent de variations cellulaires, et il devient possible de chercher un rapport existant entre une cellule déterminée et une modification très visible du stroma hématique ou de son contenu hémoglobinique. L'étude de la leucocytose hématolytique devient alors d'une importance primordiale, non seulement parce qu'on peut se rendre compte de toute la dégradation de l'agent irritant, mais encore parce qu'elle est susceptible de se manifester avec grande ampleur et de comprendre des lymphocytes, des mononucléaires, des cellules endothéliales, des neutrophiles et des éosinophiles.

Je pense avoir élucidé en partie la raison d'être du lymphocyte et de l'éosinophile venus au milieu des hématies en destruction. Grâce aux variantes nombreuses susceptibles de se montrer pendant l'acte biologique de l'autolyse hématique, j'ai pu me rendre compte qu'il existait un rapport entre l'abondance d'un élément cellulaire donné et une modification particulière de l'hématie.

Voici la série des altérations marquées sur les éléments hémoglobinifères. Ils peuvent être fragmentés ou épineux (globulolyse) ou décolorés (achromatocytes) ; l'hémoglobine est soit entièrement transformée en xantochrome (lutéine) ou en pigment biliaire, soit dissoute en quantité très variable dans la sérosité.

Que l'afflux des différentes sortes de leucocytes soit dû à des degrés variables de l'irritation, peu importe, et voici ce qu'on constate : quand il y a beaucoup de polynucléaires neutrophiles dans l'hématome, le nombre des globules rouges diminue rapidement et en même temps on voit fréquemment des globules décolorés. C'est le stade où les hémato-

macrophages peuvent être abondants, ainsi que les mononucléaires, particulièrement quand il y a production de pigments biliaires. Pendant cette destruction rapide, s'il persiste une lymphocytose notable, on remarque que les globules rouges ont une tendance très marquée à se déformer ou à se fragmenter (globulolyse). Avec la diminution du nombre des hématies l'afflux des polynucléaires s'atténue rapidement et ce sont les lymphocytes qui demeurent avec un nombre plus ou moins considérable d'éléments uninucléés. Ce stade de lymphocytose terminale montre souvent des fragments de globules plus ou moins teintés.

Les réactions précédentes sont presque spéciales à l'hématome des espaces sous-arachnoïdiens qui est ordinairement très dilué par le liquide céphalo-rachidien. Mais dans les hématomes concentrés, plus fréquents dans la plèvre ou le péritoine, on voit souvent beaucoup d'éosinophiles avant le début de l'hématolyse ou bien au moment de sa plus grande activité. Dans le premier cas, l'hématolyse est suspendue; dans le second, elle est ralentie.

De tous ces faits, j'ai conclu que le lymphocyte contribue à désorganiser le globule rouge et l'éosinophile à le consolider, tandis que le polynucléaire et le mononucléaire agissent plus violemment sur l'hématie et l'hémoglobine : ils prédominent toujours quand la destruction hématique est rapide et considérable (1).

En même temps que se modifie le stroma des hématies, il est facile de constater une altération profonde des éléments blancs. En quelques heures, dans ces milieux aseptiques, une grande partie des cellules endothéliales, des polynucléaires et des mononucléaires présentent au maximum les apparences morphologiques désignées sous le nom de plasmolyse et de karyolyse. Au moment de l'irritation maxima, il n'est pas surprenant que le polynucléaire et le mononucléaire s'effritent et se désorganisent. N'en est-il pas de même dans tous les cas où un agent pathogène produit une inflammation vive, et sa nocivité n'est-elle pas souvent caractérisée non seulement par l'abondance des éléments attirés, mais encore par leur destruction rapide?

Quand les polynucléaires ont abandonné le foyer hémorragique et que l'irritation moins aiguë retient seulement des lymphocytes, quelle est la raison d'être de la présence de ces leucocytes? D'abord cette lymphocytose terminale représente numériquement un abaissement considérable du chiffre des éléments blancs venus par diapédèse : la leucocytose locale s'abaisse beaucoup, à la fin de la destruction, en même temps qu'elle change de nature. De plus, la lymphocytose est accompagnée d'éléments uninucléés, grands ou petits, qui persistent presque aussi longtemps qu'elle dans la sérosité.

J'ai été ainsi amené à supposer que le lymphocyte possédait une action sur les éléments protoplasmiques, de quelque nature qu'ils soient. L'étude de diverses sérosités, septiques ou aseptiques, et non sanglantes, contenant une assez forte proportion d'éléments blancs, m'a fait persister dans cette opinion. J'ai observé que les débris protoplasmiques qui flottent dans ces liquides sont encore abondants, même quand il n'y a plus de polynucléose et qu'on se trouve en plein stade lymphocytaire. On voit parfois, dans ces sérosités, une légère éosinophilie, lorsque se termine l'afflux des polynucléaires neutrophiles : cette éosinophilie ne se prolonge pas longtemps et se produit précisément au moment où la destruction cellulaire est très intense. Enfin, en comparant des sérosités contenant beaucoup d'éosinophiles au début de la maladie, avec des humeurs très lymphocytiques, j'ai constaté que ces dernières renferment en général des débris protoplasmiques plus nombreux et des cellules plus altérées que les premières. En somme, qu'il s'agisse d'un hématome ou d'un exsudat pathologique quelconque, on peut établir une opposition entre le lymphocyte et l'éosinophile. Burnet a déjà noté ce fait dans sa thèse (1), et il a montré le balancement existant, au point de vue purement quantitatif, entre le lymphocyte et l'éosinophile. « En règle générale, les lymphocytes et les éosinophiles varient en sens inverse » (Burnet).

Dans les inflammations vives, l'agent morbide possède donc une puissance désorganisatrice telle que beaucoup de cellules attirées éclatent, et du même coup luttent efficacement contre l'organisme étranger. Dans la plupart des inflammations torpides, le mécanisme mis en mouvement est plus compliqué. La cause première de la maladie, insuffisamment destructrice, a besoin d'une aide, d'un renfort pour la perfection de la destruction des éléments cellulaires, et cette aide elle la trouve dans le lymphocyte. Si cette cause reste toujours peu nocive, mais qu'elle atteigne un grand nombre d'éléments, les menaçant de mort et de désintégration d'une façon massive, alors intervient l'éosinophile qui empêche ou ralentit cette action destructive.

Ayant ainsi généralisé cette conception du lymphocyte et de l'éosinophile comme agents intermédiaires entre la cause pathogène et la destruction ou la conservation des éléments de structure albuminoïde, on peut dire que le *lymphocyte* est l'agent de la *cytolyse* et l'*éosinophile* l'agent de l'*anticytolyse*. Mais ces petits organismes ont une action lente et, en tout cas, une puissance très limitée. Que l'agression soit violente, ils ne peuvent rien dans un foyer où la destruction cellulaire sera assurée et certainement triomphante. Ils se mobilisent seulement quand le trouble physio-pathologique n'est pas trop brutal. Si la souffrance cellulaire n'est pas extrêmement vive, le lymphocyte est seul sollicité pour venir en parfaire la destruction. De même, il faut que la nutrition d'une grande quantité de matière protoplasmique soit troublée par une cause dont l'action n'est pas trop intense ou a diminué d'activité, pour que l'éosinophile intervienne et puisse suffire à maîtriser ou à réfréner l'attaque cellulaire.

C'est une des particularités de la leucocytose hématolytique que de la voir réaliser, souvent chez le

(1) G. Froin. *Les hémorragies sous-arachnoïdiennes et le mécanisme de l'hématolyse en général*, Th. de Paris, 1904.

(1) Et. Burnet. *L'éosinophilie pleurale*, Th. de Paris, 1904.

même malade, ces deux processus : le processus très actif de l'hématolyse rapide avec la polynucléose, le processus lent de l'hématolyse commençante ou terminale avec le jeu du lymphocyte et de l'éosinophile à actions opposées.

En résumé, le polynucléaire et le mononucléaire attaquent tout spécialement l'agent morbide lorsqu'il est doué d'une activité pathologique considérable et qu'il réalise lui-même la destruction cellulaire, tandis que le lymphocyte seconde l'agent pathogène lorsqu'il anéantit un élément cellulaire, mais n'a pas ou ne possède plus une nocivité suffisante pour assurer sa destruction. Le stade de polynucléose correspond à l'étape la plus cellulicide dans tout le cycle des évolutions leucocytaires.

L'organisme réglemente ainsi par l'action de deux forces opposées, siègeant dans des éléments mobiles, des phénomènes aussi importants que la destruction ou la conservation des cellules. Il lui est possible de les faire agir indépendamment l'une de l'autre et de maîtriser la force qui détruit par celle qui conserve, à condition que la première ne soit pas trop puissante. Il se trouve ainsi doublement armé pour assurer la perfection de la fonction.

Cela est conforme aux phénomènes ordinaires de la vie végétative : lorsqu'une fonction est mise en mouvement, elle n'est pas toujours graduée et dosée rigoureusement selon le travail à remplir. Aussi, pour en juguler l'action et même pour l'empêcher de se développer, l'organisme doit user d'une force opposée, commandée ou créée par un élément de même ordre, mais d'essence différente.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 4 JUILLET 1905)

Choléra. — M. Chantemesse nous fait l'histoire du choléra dans ces six dernières années. Il montre d'abord que les invasions successives du choléra d'une contrée à une autre, font partie d'un ensemble qui se prolonge pendant de longs mois et qu'on ne saurait démembrer sans perdre le bénéfice d'une vue d'ensemble et du pronostic qui en découle.

La dernière épidémie cholérique a pris son origine aux Indes vers la fin de 1899. Le choléra a bientôt quitté ce foyer d'origine et, de 1900 à 1904, il a effectué une invasion lente mais progressive en deux sens, à l'est dans la direction de la Chine et de l'Extrême-Orient, à l'ouest dans la direction de l'Arabie et de l'Europe. M. Chantemesse suit ainsi pas à pas la marche de l'épidémie. L'hiver venant dans chacun de ces foyers a enrayé mais non arrêté sa marche. Montrant sur une carte cette invasion successive du choléra, M. Chantemesse conclut que l'Europe est menacée d'une invasion cholérique par plusieurs routes qui toutes ont déjà été parcourues à des époques plus ou moins éloignées par des épidémies de choléra. Ces routes sont : 1° la route du Volga, Moscou, Saint-Pétersbourg, les ports de la Baltique; 2° la route de la mer Noire, Odessa et l'Europe centrale; 3° la route de la mer Noire, le Danube, principautés des Balkans, Europe centrale; 4° la route de la mer Noire, Constantinople, Europe du sud et centrale.

« Quelle que soit d'ailleurs, dit en terminant M. Chantemesse, la route qu'adoptera l'épidémie, l'ennemi n'est pas très loin de nous; les conditions qui lui ont fait défaut jusqu'ici pour reprendre sa marche étant des conditions climatériques contre lesquelles nous n'avons aucun pouvoir, il faut craindre que l'extension du choléra nous atteigne. »

L'hérédité des stigmates de dégénérescence et les familles souveraines. — M. Galippe fait une intéressante communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 903.)

La loi sur la déclaration obligatoire des maladies transmissibles. — Notre distingué confrère Poupinel qui a la bonne fortune d'être à la fois médecin et maire d'une commune de Seine-et-Oise, a pris au sérieux ses fonctions municipales et d'accord avec le docteur Jean Camescasse qui exerce dans cette commune, s'est fait un devoir d'exécuter la loi aussi rigoureusement que possible, tout au moins en ce qui concerne la diphtérie; cela n'a pas été sans de grandes difficultés et, avec une franchise et une indépendance qui lui font honneur, il est venu raconter ses déboires à l'Académie. Cela a été un vrai succès. Voici le résumé de ce travail avec le titre que lui a donné M. Poupinel :

« *La lutte antidiphtérique au village. Obstacles apportés à la bonne volonté d'un maire par l'administration départementale*, par Jean Camescasse et Gaston Poupinel (de Saint-Arnoult). — Cette note relate le succès complet des injections curatives et préventives du sérum antidiphtérique de Roux au cours d'une épidémie observée à Saint-Arnoult, gros village de Seine-et-Oise.

Les injections pratiquées à titre curatif dans 29 cas avérés et 9 cas douteux et à titre préventif chez 89 enfants, ont été absolument efficaces.

Actuellement l'Administration considère encore les vaccinations antidiphtériques comme un procédé thérapeutique et non comme un moyen de protéger la santé publique. Les départements et l'État refusent de supporter leur part des frais nécessités par les vaccinations préventives. Camescasse et Poupinel signalent à l'Académie cette négation de la valeur des injections préventives du sérum de Roux. Ils insistent pour que l'Administration soit invitée par l'Académie à considérer formellement les vaccinations antidiphtériques comme le meilleur moyen de protection de la santé publique dans le cas de diphtérie et à en subsister dans ce cas l'obligation pour les communes à l'obligation de la désinfection. Il y aurait là une économie pour les communes, les départements et l'Etat, et une augmentation d'efficacité de la loi. »

Ce travail a été renvoyé à une commission composée de MM. Roux, Netter et Henri Monod.

ANALYSES

Injections hypodermiques de chlorhydrate d'adrénaline dans le traitement de l'asthme. (Kaplan. *Med. News*, 13 mai 1905.) — Les dangers de l'injection sous-cutanée de chlorhydrate d'adrénaline ont été considérablement exagérés, d'après Kaplan. Il a employé ce médicament dans plusieurs cas d'asthme paroxystique. Il l'a trouvé supérieur à tout ce que contient l'arsenal thérapeutique pour couper court à l'accès : il agit avec plus de certitude et de rapidité. Mais il ne guérit point la maladie, et sa valeur, au point de vue prévention des accès, est nulle. FAXTON E. GARDNER.

Héroïnomanie. (Atwood. *Med. Rec.*, 3 juin 1905.) — On a beaucoup parlé de l'innocuité absolue de l'héroïne et cette innocuité a été cause d'une trop grande tolérance dans l'administration du médicament. Les cas d'héroïnomanie, rares jusqu'ici, iront se multipliant, si les médecins ne sont pas plus sévères dans leurs indications et leur surveillance. Une jeune femme, instruite, avec hérédité nerveuse chargée, devient à vingt ans morphinomane, mais guérit définitivement. Huit ans après, elle est prise d'appendicite, et opérée; pour calmer la

douleur post-opératoire, on injecte hypodermiquement de l'héroïne. La malade trouve l'effet du médicament des plus agréables, et sur l'assurance d'un médecin qu'on ne pouvait prendre d'habitude, commence à s'injecter de 15 à 25 centigrammes par jour. L'état est alors en tout semblable à celui d'une morphinomane. La suppression brusque de l'héroïne développe des phénomènes d'abstinence. Aussi est-on obligé pendant deux jours de donner quelques milligrammes d'héroïne. Mais la guérison survient sans autres incidents et s'est maintenue depuis deux ans. FAXTON E. GARDNER.

Trois cas de calculs vésicaux à symptomatologie spéciale. Signe de la culbute. (LE CLERC-DANDOY. *Journ. méd. de Bruxelles*, 1905, n° 19.) — L'auteur attire l'attention sur un symptôme non encore signalé comme symptôme urique, rencontré dans trois cas de calcul vésical et qui lui a permis, en dehors de toute exploration, de faire le diagnostic de calculose.

Les malades porteurs de ces concrétions ne présentent aucun des symptômes habituels de calcul : hématuries, arrêt brusque du jet, douleurs à la descente d'un escalier, etc. Il existait de la pesanteur à l'hypogastre, sensation bien explicable par l'existence de la cystite. Mais le symptôme sur lequel l'attention était attirée était ce que l'auteur appelle le signe de la culbute. En se mettant au lit, le malade prend tout d'abord la position genu-pectorale — il se met à quatre pattes — puis, brusquement, il s'assied. A ce moment précis, il perçoit une douleur vive au périnée, se prolongeant jusqu'au bout de la verge. Cette douleur est due au déplacement du calcul, déplacement très minime, puisque, en d'autres temps, il ne donne lieu à aucun signe habituel. Ou bien, dans ce cas, le calcul est tellement volumineux qu'il occupe tout le bas-fond et sa densité fait qu'il garde une immobilité quasi complète; ou bien, la ou les concrétions se trouvent fixées derrière la prostate et peuvent même échapper à l'exploration métallique.

L. GAYARD.

Considérations sur l'anatomie pathologique de la démence précoce, à propos d'un cas. (DOUTREBENTE et MARCHAND. *Revue neurol.*, 1905, p. 386-391.) — A l'autopsie d'un sujet ayant présenté pendant trente-cinq ans les signes de la démence précoce, les auteurs ont constaté des lésions de méningo-encéphalite chronique. Il est donc des cas où la démence précoce est le résultat d'une inflammation ou intoxication acquise, d'autres où les cellules pyramidales étant seules atteintes, il s'agit d'une psychose constitutionnelle.

L. ALQUIER.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 10 AU 15 JUILLET 1905)

THÈSES

Mercredi 12 juillet 1905. — M. DENEUFBOURG. De l'intoxication saturnine dans ses rapports avec la grossesse. (MM. Pinard, président; Roger, Achard et Lepage.) — M. YCARD. De l'étiologie des fibro-myomes de l'utérus, en particulier chez les femmes multipares. (MM. Pinard, président; Roger, Achard et Lepage.) — M. MEUSNIER. Des symptômes de rétrécissement du pylore au cours des troubles digestifs des nourrissons. (MM. Roger, président; Pinard, Achard et Lepage.) — Mlle GOLDENSTEIN. Erysipèle vaso-moteur des phtisiques. Etude clinique et pathogénique. (MM. Roger, président; Pinard, Achard et Lepage.) — M. AUFFRAY. Rapports entre l'alcoolisme et l'aliénation mentale dans le département des Côtes-du-Nord. (MM. Landouzy, président; Gaucher, Segond et Macaigne). — M. BAYLE. Etude sur les calcifications de la peau et du tissu cellulaire sons-cutané. (MM. Gaucher, président; Landouzy, Second et Macaigne.) — M. PASCALIDES. Tumeurs blanches syphilitiques. (MM. Segond, président; Landouzy, Gaucher et Macaigne.) — M. DE LA HOZ. Champignons pathogènes et mycoses du continent américain. (MM. Blanchard, président; Déjerine, Teissier et Richaud.) — M. JACQUIER. Contribution à l'étude du pouls lent permanent. (MM. Déjerine, président; Blanchard, Teissier et Richaud.) — M. ROCHE. Les précurseurs de Pasteur. (MM. Déjerine, président; Blanchard, Teissier et Richaud.) — M. VAUTIER. Le syndrome de Babinski. (MM. Brissaud, président; Reclus, Claude et Pierre Duval.) — M. BLIN. Contribution à l'étude de la chirurgie conservatrice dans les grands traumatismes des membres. (MM. Reclus, président; Brissaud, Claude et Pierre Duval.) — M. LEPAGE. Contribution à l'étude du traitement palliatif du cancer utérin par le carbure de calcium. (MM. Reclus, président; Brissaud, Claude et Pierre Duval.)

Jeudi 13 juillet 1905. — M. CHAZAL. Du coup de pression. (MM. Chantemesse, président; Troisier et Bezançon.) — M. DAGET. La hernie est-elle accident du travail? (MM. Brouardel, président; Chantemesse, Troisier et Bezançon.) — Mlle GUESKINE. Les hémolysines bactériennes. (MM. Chantemesse, président; Brouardel, Troisier et Bezançon.) — M. BOCQUILLON. Etude expérimentale et comparée de l'action des méthodes d'éducation physique sur le développement corporel et sur le développement de la force musculaire. (MM. Bouchard, président; Dieulafoy, Desgrez et Balthazard.) — M. CALVET. Contribution à l'étude de la virulence expérimentale du bacille de Koch dans les pleurésies tuberculeuses à épanchement séreux. (MM. Dieulafoy, président; Bouchard, Desgrez et Balthazard.) — M. ARNAL. Contribution à l'étude de l'utérus sénile. (MM. Cornil, président; Gilbert, Vaquez et Launois.) — M. NOIRE. Règles générales de radiothérapie déduites du traitement des teignes et des cancers. (MM. Gilbert, président; Cornil, Vaquez et Launois.) — M. JOUANNE. Contribution à l'étude de l'origine hépatique des hémorroïdes. (MM. Gilbert, président; Cornil, Vaquez et Launois.) — M. DENOIX. Contribution à l'étude des luxations des quatre derniers orteils. (MM. Le Dentu, président; de Lapersonne, Schwartz et Morestin.) — M. DELESPINE. Métrorragies et affections annexielles [étude documentaire]. (MM. Le Dentu, président; de Lapersonne, Schwartz et Morestin.) — M. POIRSON. Les œdèmes lymphangitiques du bras après les exérèses larges du sein pour cancer. (MM. Le Dentu, président; de Lapersonne, Schwartz et Morestin.) — M. BERNARD. L'asile des aliénés criminels de Gaillon. Sa nécessité. Son organisation future. (MM. Joffroy, président; Raymond, Dupré et Jeanselme.) — M. CLAINQUART. Les neurasthénies rurales. (MM. Raymond, président; Joffroy, Dupré et Jeanselme.) — M. MORVAN. Contribution à l'étude de la paralysie spinale antérieure aiguë de l'adulte. (MM. Raymond, président; Joffroy, Dupré et Jeanselme.) — Mme VOULFOVITCH. Pathogénie du sommeil [en particulier dans les tumeurs cérébrales]. (MM. Raymond, président; Joffroy, Dupré et Jeanselme.) — M. DUBUS. Contribution à l'étude de la contagion directe de la fièvre typhoïde à l'hôpital chez les enfants. (MM. Hutinel, président; Achard, Méry et Gouget.) — M. NICOLAS. De l'emploi du suc gastrique de porc dans le traitement des dyspepsies du nourrisson. (MM. Hutinel, président; Achard, Méry et Gouget.) — M. SOMMELET. Contribution à l'étude de la gangrène symétrique des extrémités [maladie de Maurice Raynaud] chez les enfants. (MM. Hutinel, président; Achard, Méry et Gouget.) — M. GALLAND. Indications actuelles de l'hystérectomie vaginale. (MM. Pozzi, président; Poirier, Rieffel et Brindeau.) — M. CLÉMENT. Thorax en entonnoir. (MM. Poirier, président; Pozzi, Rieffel et Brindeau.)

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

BON POSTE A PRENDRE dans chef-lieu de canton du centre de la France. Conviendrait à médecin d'un certain âge ou ancien médecin militaire. — S'adresser au Journal.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

ENDOCARDITES AIGUES

ANATOMIE PATHOLOGIQUE, SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC (1)

2. Forme pyohémique. — C'est une véritable infection purulente d'origine cardiaque. Elle débute brusquement par des frissons répétés; la température dépasse 40 et même 41 degrés, offrant de grandes oscillations journalières; le pouls suit une marche parallèle. Le facies pâle et altéré, l'anorexie, l'anxiété témoignent de la gravité de l'infection.

Les *infarctus du foie* (2) donnent lieu à une douleur vive dans l'hypocondre droit, à un ictère parfois très intense, à une tuméfaction du foie, et, dans certains cas, aux symptômes de l'ictère grave : hémorragies multiples, phénomènes ataxo-adynamiques, atrophie aiguë du foie.

Les *infarctus pulmonaires* se traduisent par une dyspnée subite, de l'angoisse, par une expectoration sanguinolente. L'examen physique révèle, suivant les cas, des phénomènes de bronchite, de congestion œdémateuse ou de broncho-pneumonie.

Les *infarctus du rein* se caractérisent par des douleurs lombaires, des hématuries, de l'albuminurie; les *infarctus de la rate*, par une tuméfaction douloureuse de cet organe; les *infarctus de l'intestin*, par une diarrhée sanglante, et, quelquefois, par de véritables hémorragies intestinales. En cas d'*infarctus cérébral*, on note, au début, des attaques apoplectiformes; plus tard, les symptômes observés sont en rapport avec la localisation de la lésion : ils consistent généralement en hémiplégie compliquée ou non d'aphasie.

Des *embolies* peuvent encore aller oblitérer : les *artères de l'œil*, d'où perte brusque de la vue, et, quelquefois, suppuration oculaire; les *branches des coronaires*, d'où mort rapide ou même subite; l'*aorte abdominale*, d'où paraplégie brusque et gangrène sèche des membres inférieurs (Potain et Barié); les *artères des membres* et les *capillaires cutanés*, d'où purpura, etc.

Chacun des foyers emboliques ainsi constitués peut suppurer; on note aussi, dans cette forme, des *arthrites suppurées*, se développant avec rapidité, sans grands symptômes fonctionnels, et qui ne sont reconnaissables qu'aux signes physiques (Jaccoud).

Comme dans toutes les septicémies, les *hémorragies* sont fréquentes; leur pathogénie est d'ailleurs complexe (Barié).

La forme pyohémique est presque toujours fatale; la mort survient au bout de huit à dix jours, soit par affaiblissement progressif, soit par collapsus consécutif à une thrombose intra-cardiaque (Hanot).

Quelquefois le foyer originel, l'endocardite, reste latent, et ne se manifeste que par ses déterminations secondaires (*forme régionale de l'endocardite septique*, Eichhorst).

3. Forme méningitique. — Elle présente tous les signes et, quelquefois, les lésions de la méningite cérébro-spinale (3). Le liquide céphalo-rachidien des malades contient, le plus souvent, le pneumocoque. On a vu aussi, dans l'endocardite aiguë, survenir des accidents de myélite suraiguë ou de polynévrite.

4. Forme cardiaque. — C'est dans cette forme que prédominent les accidents cardiaques : collapsus, lipothymie, et que l'on observe la mort subite.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1905, nos 70 et 71.

(2) Lorsque le caillot détaché du cœur est assez volumineux pour oblitérer une grosse artère, on dit qu'il y a *embolie artérielle*; lorsqu'il est plus petit, il s'arrête dans les capillaires et forme des *infarctus*.

(3) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 24, p. 242.

5. Forme intermittente. — Elle revêt absolument le masque de la fièvre palustre et a été décrite par Eichhorst et Hanot (loc. cit.). Elle dure généralement plusieurs semaines.

Existe-t-il un rapport entre la variété clinique de l'endocardite et la nature bactériologique de l'agent qui la cause? On admet habituellement à ce sujet, avec Jaccoud et Netter, que les infections pneumococciques déterminent surtout la forme typhoïde, et les infections strepto et staphylococciques, la forme pyohémique.

Marche. Durée. Terminaisons. — La mort est la terminaison presque fatale dans l'endocardite aiguë; elle est surtout rapide dans les formes pyohémiques; dans les formes typhoïdes, elle ne survient qu'au bout de plusieurs semaines. On a décrit des *formes prolongées*, aboutissant à la cachexie et dues à un streptocoque spécial (Ebstein, Pineau, Lenhartz). Lorsque l'affection guérit, elle laisse à sa suite des lésions d'endocardite chronique. Elle peut se compliquer de myocardite, d'aortite ulcéreuse etc., se traduisant par des symptômes analogues à ceux de l'endocardite.

C. **Formes étiologiques des endocardites aiguës.** — 1. L'*endocardite rhumatismale* est habituellement bénigne (rappeler les lois de Bouillaud). Elle peut apparaître soit avant le rhumatisme, fait exceptionnel, soit, le plus souvent, dans le cours de la maladie, avant le dixième jour, quelquefois beaucoup plus tard (Potain). Exceptionnellement (Osler, Barié, etc.), elle peut prendre des allures infectieuses. Il faut en rapprocher l'endocardite aiguë de la *chorée* et de l'*érythème noueux*. 2. Dans la *scarlatine*, l'endocardite aiguë peut survenir soit pendant la période d'éruption, soit plus tard, en même temps que le rhumatisme scarlatin qui lui sert d'intermédiaire. 3. L'*endocardite rubéolique* ne s'observe guère que chez des enfants rhumatisants. 4. L'*endocardite variolique* ne se voit que dans les formes cohérentes et confluentes; elle apparaît du neuvième au dixième jour, se localise au cœur gauche (région sous-aortique), et s'accompagne fréquemment de myo et de péricardite. 5. Dans l'*érysipèle*, l'endocardite est parfois ulcéreuse; son évolution est indépendante de celle de la maladie causale (Jaccoud). 6. Dans la *fièvre typhoïde*, les lésions se localisent souvent à l'orifice aortique. 7. Dans les *oreillons*, l'endocardite complique souvent le rhumatisme; on lui a attribué les troubles cérébraux ultérieurs. 8. Dans la *diphtérie*, l'existence de l'endocardite aiguë a été longtemps discutée : les lésions siégeraient surtout à la pointe (thrombose apexienne) et donneraient fréquemment lieu à des embolies, surtout cérébrales. 9. L'*endocardite puerpérale* se caractérise par deux éléments : localisation fréquente au cœur droit, extrême gravité des accidents généraux; sa durée est souvent assez longue. 10. Dans la *blennorragie*, l'endocardite, habituellement précédée de symptômes articulaires, débute de la troisième à la cinquième semaine, se localise à l'orifice aortique, et revêt souvent des allures malignes, la fièvre peut y être rémittente. 11. Dans la *pneumonie*, l'endocardite frappe surtout les malades dont le cœur avait déjà été touché par une lésion antérieure; presque toujours localisée à l'orifice aortique, elle est d'apparition tardive. Elle peut guérir entièrement; passer à l'état chronique; se compliquer d'accidents généraux et aboutir à la mort. 12. Dans la *tuberculose*, on a décrit α. une *tuberculose caséeuse*; β. une *tuberculose granulique*, toutes deux exceptionnelles, et γ. une *tuberculose inflammatoire*, endocardite tuberculeuse simple de Braillon, secondaire ou primitive, et évoluant en deux phases : une première, virulente et septicémique, une seconde, cicatricielle et cardiaque, à marche souvent subaiguë (v. Braillon, *Th. de Paris*, 1904).

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La scrofule et les infections adénoïdiennes, par le docteur Paul GALLOIS, ancien interne des hôpitaux de Paris. Ouvr. couronné par l'Institut (prix Montyon, 1900) et par l'Académie (prix Marie Chevalier, 1900); préface par le professeur GAUCHER. In-12 de 520 p., 2e édit., broché. — Prix : 8 francs. — Paris, F. R. de Rudeval.

N° 77. — SAMEDI 8 JUILLET 1905. 78e ANNÉE. SAMEDI 8 JUILLET 1905. — N° 77.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Étudiants.*
S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Le hoquet, par M. J. BERTIER.
PRATIQUE MÉDICALE
NOTES DE THÉRAPEUTIQUE
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE. — Un concours sera ouvert à l'Hôtel-Dieu, le lundi 25 septembre 1905, à trois heures du soir, pour une place de chirurgien adjoint des hôpitaux.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — A la suite du concours qui vient de se terminer, M. le docteur Joseph Poucel a été nommé chef de clinique chirurgicale.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE (XVIIIe Congrès, 2-7 octobre 1905). — Le XVIIIe Congrès de l'Association française de chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 2 octobre 1905, sous la présidence de M. le docteur Chauvel, membre de l'Académie de médecine, médecin-inspecteur de l'armée.

Trois questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès.

1° *Chirurgie du pancréas.* Rapporteur : M. Francis Villar (de Bordeaux);

2° *Chirurgie réparatrice de la face.* Rapporteur : M. Depage (de Bruxelles).

3° *De la conservation dans le traitement des traumatismes des membres.* Rapporteur : M. Nimier (de Paris).

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, avant le 30 juillet, le titre et les conclusions de leurs communications, à M. le docteur Walther, secrétaire général, 21, boulevard Haussmann, à Paris.

Pendant la durée du Congrès, une Exposition d'instruments de chirurgie sera installée dans le grand vestibule de la Faculté de médecine.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE RÉSERVE ET DE TERRITORIALE. — Les manœuvres du service de santé auront lieu cette année, du lundi 24 au vendredi 28 juillet, dans la région de Saint-Cyr, Noisy-le-Grand, Versailles. Ces manœuvres comprendront trois jours d'exercices sur le terrain, les 26, 27 et 28.

Tous ceux qui ont assisté aux manœuvres des années précédentes n'ont pas oublié quelles difficultés ils ont éprouvée à se ravitailler. Pour y remédier, un groupe de l'Union fédérative de médecins de réserve et de territoriale a décidé de retenir un local dans les différents points où amèneront les manœuvres, afin d'y assurer les repas.

Les membres de l'Union sont priés d'adresser leur adhésion au docteur Jeanton, 18, rue Boccador, ou au docteur Ernous, 82, rue du Rocher.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le professeur von Mikulicz (de Breslau) et de M. le docteur Joseph Sicre (de Saint-Marcel).

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fête nationale du 14 juillet.* — A l'occasion de la Fête nationale du 14 juillet, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 7 juillet, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 18 juillet 1905.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

REVUE GÉNÉRALE

LE HOQUET

Par J. BERTIER,
Interne des hôpitaux de Lyon.

I

Définition. — Nous définirons, avec Eloy, le hoquet « une contraction subite et spasmodique du diaphragme déterminant une secousse brusque des parois abdominales et thoraciques et s'accompagnant d'un bruit rauque et inarticulé causé par le resserrement et la vibration sonore des lèvres de la glotte ».

II

Historique. — Le hoquet est un phénomène trop visible et trop caractéristique pour avoir échappé aux anciens.

Hippocrate, dans ses aphorismes, en parle à plusieurs reprises; il lui attribue toutefois un pronostic trop sombre et paraît lui reconnaître une étiologie purement gastrique.

Aristote étend son domaine en le décrivant au cours des affections respiratoires.

Galien en découvre le mécanisme intime qu'il attribue à une convulsion des muscles inspirateurs.

Plus tard viennent les travaux de Sydenham, Boerhaave, Haller, les thèses de Burning, Cartheuser, Hoffmann, Portefaix, Thiel, Tschüdi.

C'est dans le compendium de médecine que le rôle primordial de la contraction diaphragmatique est noté pour la première fois et plus tard Béclard complétera cette notion en y ajoutant celle du spasme glottique qui l'accompagne.

Plus récemment Loquet, Achintre, Mercier consacrèrent leurs thèses à des études d'ensemble de ce syndrome. Nous citerons encore comme études générales les articles : *Hoquet*, de Müller, Brachet, Eloy, Larcher, Bouchut, Eichhorst, les thèses de Martelli, Dœpke, l'article du *Manuel de diagnostic* d'Achard et Debove.

Dans l'intervalle, bien des publications le signalèrent dans de nouvelles affections ou en proposèrent des traitements variés; nous y reviendrons au cours de cette revue.

De cet historique rapide deux points sont à retenir : c'est de l'étude de Béclard que sa pathogénie précise date. En second lieu, les auteurs modernes semblent avoir un peu délaissé ce symptôme : nous en donnerons seulement comme preuve, le silence que gardent à son égard les *Traités* classiques *de pathologie interne* et ceux *de pathologie générale et de séméiologie*, de Bouchard et de Mayet.

III

Physiologie pathologique. — Hippocrate attribuait le hoquet à une contraction de l'estomac, Mahon et Boerhaave à un racourcissement brusque de l'œsophage. Galien vit le premier qu'il s'agissait d'un spasme des muscles respirateurs, notion que précisèrent Hoffmann, Haller, les auteurs du compendium et Béclard en montrant le rôle du diaphragme et de la glotte.

Tout ne se borne pas là et souvent le hoquet aide à l'évacuation gastrique par une contraction du muscle stomacal lui-même et par la presse abdominale due à la contraction du diaphragme. Il s'ensuit une éructation qui accompagne le hoquet et fait échapper les gaz de l'estomac par l'œsophage en même temps que les aliments s'évacuent par le pylore (Loquet, Trèves).

Voilà pour le mécanisme. Quelle est maintenant la cause qui détermine la production de ces phénomènes? Les anciens et plus récemment Maissiat, n'ayant en vue que la contraction du diaphragme, l'attribuaient à une excitation directe, sous la dépendance de la distension gazeuse des viscères abdominaux, et ils le prouvaient en provoquant le hoquet au moyen de l'ingestion d'eau de selz : le diaphragme refoulé et s'abaissant avec effort se contracturerait de façon spasmodique pour lutter contre cet obstacle. Mais il est facile d'objecter à cela que l'absorption d'une petite quantité de liquide alcoolique à jeun produit le même effet que l'eau de selz. D'autre part, Krimer a pu produire directement le hoquet en irritant le cardia. De plus, il est fréquent de le voir apparaître au cours des affections cérébro-bulbaires ou d'organes éloignés, tels que la prostate ou la vessie. Enfin, comme nous l'avons dit, le spasme diaphragmatique n'est qu'un des facteurs du syndrome qui comprend d'autres phénomènes associés, glottiques et gastriques. Pour ces diverses raisons une théorie nerveuse doit être substituée à la théorie mécanique. Il faut donc admettre que le hoquet est sous la dépendance d'une double excitation portant sur le phrénique et sur le vago-spinal et produisant la contraction du diaphragme par le premier de ces nerfs, la fermeture de la glotte associée à la contraction gastrique et au relâchement du sphincter pylorique par le deuxième. Ce n'est pas là, d'ailleurs, une simple vue de l'esprit puisqu'on sait que l'excitation du laryngé supérieur fait mettre la glotte en adduction et que celle du pneumogastrique, dans certaines conditions, produit la contraction du corps de l'estomac et le relâchement de son sphincter.

Pour que ces différents actes, diaphragmatique, glottique, gastrique (nous laissons de côté l'ouverture concomitante de la bouche moins importante et inconstante) soient coordonnés, il faut nécessairement un centre qui leur commande. Ce dernier n'est pas localisé exactement, mais on suppose qu'il est voisin du nœud vital et du centre du vomissement qu'on situe vers l'angle inférieur du quatrième ventricule.

Dans tous les cas, il est en connexion avec des voies centripètes nombreuses qui le relient à divers points de la périphérie et expliquent que le hoquet succède à un grand nombre d'excitations sensitives. En clinique, en effet, on le rencontre dans les irritations atteignant le domaine du pneumogastrique (corps étrangers pulmonaires, pleurésies, affections du foie, de l'estomac, de l'intestin, du péritoine, de l'œsophage, du pharynx), d'autres nerfs viscéraux

(grossesse, maladies de la prostate, du rein, de la vessie, de l'utérus) ou des nerfs de la sensibilité générale (impression de froid). A côté de ces hoquets réflexes, on voit des hoquets dus à une irritation portant directement sur le centre qui est excité, tantôt par une représentation imaginative (hoquet hystérique, d'imitation, épidémique), tantôt par un produit toxique (urémie, tabagisme, alcoolisme etc.), tantôt par l'anoxhémie (agonie, hémorragies abondantes). Enfin, dans un troisième ordre de cas, la cause irritative peut s'attaquer à la portion centrifuge de l'arc réflexe (luxation des vertèbres cervicales, tumeur du médiastin, anévrisme de l'aorte, péricardite, pleurésie diaphragmatique, plaies du diaphragme, splénomégalie et périsplénite). Il semble, au premier abord, que dans ce dernier cas il devrait y avoir seulement un spasme diaphragmatique sans phénomène glottique, ce qui n'est pas. Il est probable que le phrénique joue le rôle de voie centripète par les fibres sensitives qui passent par sa racine supérieure et qu'il constitue ainsi, à lui seul, les deux branches de l'arc réflexe.

A côté de ces causes déterminantes, il faut faire la part de l'excitabilité plus ou moins grande du sujet. Une même irritation pathologique produira du hoquet chez l'un, pas chez l'autre, parce que ce dernier, non entaché de névropathie, ne réagira pas.

Nous terminerons en disant que le hoquet n'est pas un phénomène isolé et qu'on observe d'autres exemples de ces actes coordonnés et réflexes, à point de départ le plus souvent gastrique et consistant, comme schéma général, en une convulsion respiratoire : le soupir, le bâillement, la pandiculation, l'asthme pour quelques-uns sont des phénomènes parallèles et de même ordre.

IV

Séméiologie générale. — Le hoquet est quelquefois précédé d'une sorte d'aura, de sensation de tension épigastrique qui en font prévoir l'apparition; le plus souvent il débute sans avertissement. Lorsqu'il est installé, il constitue un syndrome caractéristique, bien connu de tous, avec ses secousses diaphragmatiques produisant un brusque soulèvement de l'abdomen et un appel d'air qui met en vibration les lèvres de la glotte et le bruit plus ou moins fort qui en est la conséquence.

Les principales modifications cliniques viennent des variations dans l'intensité de ces deux symptômes fondamentaux. Quelquefois les secousses diaphragmatiques sont tellement violentes qu'elles amènent un soulèvement synchrone des épaules, des membres et du tronc, causant rapidement de la fatigue si la durée de l'accès est longue. D'autres fois, au contraire, l'élément dominant est le spasme glottique et il se produit un bruit intense, pouvant imiter le jappement du chien; chez un malade de Marage le son produit était tellement strident qu'il se percevait jusqu'à un kilomètre dans la campagne !

La rapidité de succession des secousses est très variable : ordinairement on n'en compte guère que de 6 à 15 par minute, mais dans les cas graves, on en a signalé jusqu'à 60 et 80 (Eichhorst). Danet en a vu qui étaient synchrones aux pulsations cardiaques. Marey a montré qu'au moment de chaque spasme la pression artérielle baisse.

En général, le hoquet cesse pendant la nuit; quelquefois il persiste (par exemple dans les cas de Franck et de Hoffmann).

Dans les cas très intenses les spasmes incessants causent au malade une gêne fonctionnelle considérable : la respiration troublée est anxieuse, la cyanose peut survenir (Mercier) par difficulté de l'hématose. C'est surtout la déglutition qui devient totalement impossible pour les solides et les liquides : il s'ensuit un état de dénutrition qui, en se prolongeant, peut affaiblir beaucoup le malade. Lorsqu'en outre le hoquet réveille à chaque instant une douleur intense, comme, par exemple, au cours de la pleurésie diaphragmatique, et entraîne, par ce mécanisme, de l'insomnie, on s'imagine facilement quel élément fâcheux il apporte à l'affection causale. La parole, enfin, est quelquefois impossible, ou du moins les phrases sont continuellement hachées d'interruptions aussi désagréables pour le malade que pour ses interlocuteurs.

Bien plus rarement le hoquet apporte un certain soulagement à un dyspeptique en provoquant des éructations et en facilitant l'évacuation gastrique (cas de Viglessi).

On ne peut fixer de durée moyenne à l'accès, les cas n'étant pas comparables entre eux. Le hoquet banal des dyspeptiques dure peu, quelques minutes seulement. Dans les affections inflammatoires de la plèvre ou du péritoine, il persiste plus longtemps, quelques heures ou quelques jours. Ce sont là des hoquets aigus. Dans l'hystérie, au contraire, son évolution est chronique et on a cité des cas de vingt et même de trente ans (Bartholin),

A la suite des accès un peu intenses, le malade ressent de la courbature aux insertions diaphragmatiques; de ce fait la deuxième crise est plus pénible que la première.

Suivant la cause on peut assister ou non à des récidives.

V

Étiologie et formes cliniques. — Nous ne reviendrons pas sur l'état névropathique prédisposant.

Nous diviserons les hoquets en réflexes et de cause centrale sans nous dissimuler d'ailleurs l'imperfection de cette classification, les uns étant difficiles à placer dans une catégorie (pleurésie diaphragmatique, péricardite, etc.), les autres ayant des causes multiples (alcool à action irritante gastrique ou bulbaire).

A. *Hoquets réflexes*. — 1° *Hoquet dans les affections gastriques*. — Elles sont le point de départ le plus fréquent du hoquet et ce fait n'avait pas échappé à Brachet qui croyait l'estomac en cause 10 fois sur 11.

Tantôt il s'agit de sujets qui ont absorbé des aliments trop chauds ou trop froids ou simplement mal mastiqués, tantôt de gens qui ont dégluti un liquide chargé en acide carbonique irritant soit la muqueuse par contact, soit la musculeuse par distension. Le hoquet constitue aussi un des premiers

phénomènes de l'indigestion (hoquet a ventriculo pleno) précédant de quelque temps ou remplaçant le vomissement (Viglessi). Dans d'autres cas, à côté de cette pathogénie purement réflexe, il faut peut-être faire une place à une pathogénie nerveuse : ainsi l'intoxication peut jouer un rôle dans le hoquet qui suit l'ingestion de liqueurs alcooliques à jeun (hoquet a ventriculo vacuo), au début de l'ivresse, ou sous l'influence de certains médicaments (vomitifs).

Dans tous ces cas il est passager, accidentel, ce qui l'a fait qualifier, à tort du reste, de physiologique.

Dans les affections chroniques de l'estomac, il est plus grave, plus gênant, revient par crise après les repas, au moment des paroxysmes douloureux, sous l'influence de l'irritation d'une muqueuse malade; nous citerons le cancer, l'ulcère, et en particulier la dyspepsie avec hypochlorhydrie et dilatation gastrique.

Nous rangerons dans ce même paragraphe un hoquet fort important au point de vue pratique, celui des nourrissons. Jusqu'ici sa signification n'était pas très précise, malgré les études de Loquet, Parrot, Hermann, Mercier, Martelli, Marfan, Debove et Achard, Eichhorst.

Récemment, M. Thévenet, chef de laboratoire de la clinique de M. le professeur Weill, dans une thèse inspirée à Trèves et dans un article du *Lyon médical* (sous presse), conclut de l'examen de 63 observations que le hoquet du nourrisson indique le début de l'évacuation pylorique d'un estomac surchargé, mais fonctionnant encore normalement. Souvent on le voit mettre fin, lorsqu'il apparaît, aux vomissements et aux régurgitations ; il montre ainsi qu'aux contractions antipéristaltiques s'en sont substituées de péristaltiques et que l'estomac se décide à s'évacuer par la voie naturelle. C'est pour cela et d'autre part parce qu'il disparaît dans les affections qui empêchent à la surcharge gastrique de se produire à cause de l'anorexie, qu'on peut en faire, jusqu'à un certain point, un signe de prospérité du nourrisson. Il signifie, en somme, que l'enfant prend beaucoup et que, de ce fait, son estomac a atteint sa limite de tolérance; c'est donc un signe avant-coureur de la suralimentation.

Sa séméiologie est simple : il apparaît quelquefois après la tétée, plus souvent environ deux heures après. Il peut débuter au cours de vomissements ou de régurgitations auxquels il met fin.

2° *Hoquet dans les affections du pharynx et de l'œsophage.* — Van Swieten puis Stoll en faisaient un symptôme important des aphtes; aucun auteur moderne ne l'a confirmé.

Brachet et Muller l'ont vu succéder à la déglutition d'un bol alimentaire trop gros s'arrêtant un instant à l'entrée de l'œsophage.

Loquet le signale dans les abcès du pharynx.

Nous n'insisterons pas sur son existence au cours d'un spasme œsophagien (Barré), car il s'agit alors d'un complexus comprenant des manifestations variées dont l'hystérie est responsable : hoquet, spasme, mérycisme, aérophagie le composent à doses variables.

C'est dans les rétrécissements organiques de l'œsophage qu'on le voit surtout, en particulier dans le cancer du cardia (Gubler et Béhier), d'où il résulte probablement d'une irritation directe du diaphragme. Loquet et les auteurs du compendium le décrivent comme un hoquet gênant, pénible, tenace, survenant un quart d'heure après l'ingestion des aliments.

3° *Hoquet dans les affections du péritoine.* — On peut dire que chaque fois que le péritoine est irrité, on voit survenir le hoquet. C'est un symptôme banal de la péritonite généralisée où il est très douloureux bien que peu bruyant et où il constitue un élément important de ce syndrome caractéristique. Il est moins constant dans les irritations ou infections localisées de la séreuse : abcès appendiculaires, hernie étranglée, occlusion intestinale, etc. On ne doit pas lui attribuer une signification fâcheuse dans ces derniers cas pas plus qu'à la suite des interventions abdominales, en particulier sus-ombilicales. M. Delore, assistant de M. le professeur Poncet (communication orale) l'a vu souvent succéder aux interventions gastriques surtout de longue durée, telle que les pylorectomies sans qu'on puisse en faire un signe de mauvais augure.

4° *Hoquet dans les affections intestinales.* — Il paraît succéder quelquefois à une simple irritation de la muqueuse intestinale, par exemple à la dysenterie ou aux affections vermineuses (Loquet, Eloy, etc.). Cavasse raconte l'histoire d'un enfant qui pendant plusieurs mois fut affecté d'un hoquet qui céda à l'administration de calomel suivie de l'évacuation de plusieurs lombrics.

5° *Hoquet dans les affections du foie.* — A tort ou à raison, Hippocrate en faisait un signe important et grave des affections du foie : « In jecoris inflammatione singultus malo est. » On le voit surtout dans la lithiase et principalement au cours des accidents aigus de la colique hépatique (Mercier, Eichhorst, Loquet, Eloy). Comme l'ont montré MM. Tripier et Paviot, il s'agit bien souvent alors de péritonite sous-hépatique et il serait intéressant de savoir si le hoquet ne se montre que lorsqu'on a affaire à un processsus inflammatoire du péritoine ou si on le voit aussi dans la colique purement mécanique.

6° *Hoquet dans les affections de la rate.* — L'hypertrophie splénique en est souvent responsable; elle-même est le plus souvent sous la dépendance du paludisme (deux observations de Loquet). On a aussi attribué à la mégalosplénie le hoquet de la fièvre typhoïde ; nous verrons plus loin qu'elle agit plutôt par intoxication générale.

Il est vraisemblable que dans les cas que nous avons en vue, il est dû à de la périsplénite et à l'irritation diaphragmatique qui en résulte.

7° *Hoquet dans les affections génito-urinaires.* — Le hoquet a été décrit depuis longtemps dans les affections des voies urinaires. On l'a signalé dans les calculs du rein, les néphrites, et surtout dans les affections de la vessie : calculs, cystites, cancer, ou dans les affections de la prostate : abcès, néoplasme, tuberculose. Il est fréquent, bien que moins constant dans l'hypertrophie simple de cet organe.

Déjà signalé par Van Swieten, le hoquet urinaire a été étudié par Loquet qui en cite 2 observations au cours du carcinome vésival envahissant et 3 au cours d'abcès de la prostate et d'infiltration d'urine. Ces cas provenaient des services de Civiale et de Désormaux. Le même auteur le croit très fréquent dans les salles où sont réunis un grand nombre de malades atteints d'affections génito-urinaires.

Sa pathogénie est très diversement interprétée; Van Swieten pensait à une irritation directe du diaphragme par le rein malade. Mais cette explication ne vaut rien, au moins pour les affections vésicales ou prostatiques et il faut en chercher une autre. On peut admettre qu'il est réflexe, comme dans les affections du tube digestif ou du péritoine. Pourtant le fait qu'il succède souvent à un cathétérisme amène à penser que l'infection joue un rôle et qu'il s'agit d'un phénomène de même ordre que la fièvre urineuse. Loquet émet l'hypothèse qu'il est dû à l'urémie.

Quoi qu'il en soit, c'est un hoquet tenace, pénible, ressemblant à un aboiement.

8° *Hoquet dans les affections utérines.* — Mercier, Eloy, Eichhorst l'ont vu au cours des affections utérines, métrite, annexite. Il apparaît encore pendant les règles, surtout s'il y a de la dysménorrhée.

Il s'agit, sans doute, d'un réflexe utérin ou péritonéal.

9° *Hoquet dans la grossesse.* — Interprété par Eloy dans ce cas comme de cause mécanique, il paraît être un phénomène de même nature que le vomissement avec lequel il coïncide souvent, et dont il est, semble-t-il, un signe avant-coureur.

Loquet en rapporte 2 observations. Mercier observa dans le service de Gombault un hoquet incoercible qui causa au cinquième mois une fausse couche et la mort de la malade.

10° *Hoquet dans les plaies abdominales.* — Mercier cite comme cause possible une plaie pénétrante de l'abdomen lésant le diaphragme.

11° *Hoquet dans les affections des voies respiratoires.* — Il a une assez grande importance séméiologique, en particulier dans la pleurésie diaphragmatique et la pneumonie.

Guéneau de Mussy dans ses *Cliniques* le décrit comme un symptôme fréquent des pleurésies diaphragmatiques et depuis les auteurs n'ont fait que reproduire cette idée. Malaviale le croit au contraire un phénomène rare. De fait, dans les observations anciennes il ne l'a vu noté, du moins en tant que symptôme persistant, que dans une observation de Guéneau de Mussy et dans une autre de Potain. Lui-même ne l'a trouvé que dans 2 de ses cas et sur 40 rapportés par Hermil il n'existait que 7 fois.

Il a toujours une physionomie très particulière et vraiment pathognomonique : il est atrocement douloureux, réveillant à chaque secousse une souffrance violente à la base du thorax. Ordinairement spontané, il apparaissait dans un cas d'Andral, chaque fois que l'on appuyait sur l'épigastre du malade.

Nous avons déjà dit pourquoi il est plus probablement réflexe que dû à une irritation directe des terminaisons motrices du phrénique.

Stockton seul le signale dans l'abcès sous-phrénique et Sousselier n'en fait pas mention.

Signalé au cours de la pneumonie par Bouchut, Moreau, etc., il a été étudié dans cette affection par Assaily. L'auteur rapporte les observations de Mastroviti, Booth, Evans, Constable, Mulreany et d'autres inédites de MM. Devic, Chatin et Mollard.

Il s'installe progressivement d'une façon tardive, au cinquième ou sixième jour de la localisation pulmonaire; il est ordinairement très violent, secoue la malade des pieds à la tête, peut s'accompagner d'efforts de vomissement, d'insomnie, de douleur provoquée au bouton diaphragmatique (Chatin).

L'évolution ou la nécropsie montrent qu'il tient à une complication de la pneumonie, pleurésie médiastine ou diaphragmatique. D'ailleurs son pronostic n'est pas mauvais, c'est un symptôme effrayant, douloureux, mais qui indique un accident dont la bénignité est bien connue, la pleurésie pneumococcienne.

Le syndrome phrénoglottique peut se voir encore dans tous les cas où il existe une vive irritation de la muqueuse respiratoire : laryngite, coqueluche, corps étrangers bronchiques, absorption de poussières ou de gaz irritants (Achintre), asthme, maladies de la muqueuse nasale (Stockton).

12° *Hoquet au cours des compressions médiastinales.* — On l'a signalé, sans aspect séméiologique spécial dans toutes les affections capables de produire une irritation du phrénique dans la traversée médiastinale : adénopathie trachéo-bronchique (Moreau), anévrismes de l'aorte, tumeurs malignes du médiastin (Eichhorst).

13° *Hoquet dans la péricardite.* — Eichhorst, Moreau, Huchard, les traités classiques le donnent comme un symptôme banal de la péricardite, associée ou non au vomissement. Il s'agit alors de propagation inflammatoire.

14° *Hoquet dans l'impression cutanée du froid.* — Signalé par Achintre.

15° *Hoquet dans les affections des nerfs périphériques.* — Huchard l'a vu comme phénomène réflexe dans la sciatique; Daunic (de Toulouse) à la période préataxique du tabes; Piorry et Mercier dans la névralgie phrénique.

16° *Hoquet dans les affections médullaires.* — Il survient quelquefois comme symptôme d'une luxation des vertèbres cervicales (Rhodius, Fernelius, Hoffmann, Segerus, Bachemayer, cités par Achintre).

B. *Hoquets de cause centrale.* — 1° *Hoquet hystérique.* — Les anciens, Hippocrate et Galien, l'ignorèrent et c'est Sydenham qui le premier le signala; Boerhaave rapporta ensuite l'histoire de l'épidémie de Harlem. Ces études furent peu remarquées car Hoffmann et Haller les passent sous silence. Plus tard Raulin, Landouzy, qui rapporte une observation de Kennedy, Brachet eurent l'attention attirée sur lui, mais il faut arriver à Briquet pour en trouver une bonne description. Lasègue apporta une notion nouvelle en montrant que c'est ordinairement un phénomène d'hystérie locale. Charcot et Pitres mirent de l'ordre dans les spasmes respiratoires hystériques en les divisant en inspiratoires et expiratoires. Nous citerons enfin l'importante thèse de Moreau et les

pages que Gilles de la Tourette lui consacre dans son *Traité de l'hystérie.*

L'étiologie comprend deux points : d'abord la prédisposition générale à faire des accidents hystériques due à l'âge (quinze à trente ans), au sexe (femmes ordinairement), à l'hérédité (directe ou indirecte) et en second lieu une cause déterminante. Cette dernière est quelquefois constituée par de la dyspepsie dont le rôle est prouvé par l'apparition pendant la période digestive, la douleur gastralgique, les bons effets des traitements gastriques. L'imitation est une cause plus rare; Briquet et Calmeil ont rapporté l'histoire de l'épidémie du couvent de Monterey (Espagne) en 1757. Boerhaave observa celle de l'hôpital de Harlem. Trois jeunes filles citées par Sauvages furent contagionnées par une de leurs amies et Raulin a des faits du même genre. Lathould a incriminé dans un cas un traumatisme opératoire (ablation d'une exostose sous-unguéale par Polaillon), Hellis un traumatisme accidentel avec début du hoquet, à chaque crise par une aura au point contus. Un blessé d'Avezou avait un accès chaque fois qu'on lui touchait un doigt. L'émotion est plus souvent signalée comme cause déterminante : vue d'un accident, réprimande, chagrin d'amour; quelquefois le début se fait au moment des règles.

Le spasme diaphragmatique est en général la première manifestation de la névrose. Son début est brusque, spontané ou suit la cause provocatrice, le repas, par exemple. Plus rarement il suit une crise de larmes ou une attaque d'hystérie caractérisée.

Sa physionomie clinique tranche assez nettement sur celle des hoquets symptomatiques que nous venons d'étudier. Le spasme glottique est, en effet, très accusé, aussi le bruit produit est-il très intense, imitant en général l'aboiement du chien. Les secousses se succèdent avec une rapidité variable; quelquefois elles sont continues, ne laissant, pour ainsi dire à la malade, le temps ni de manger, ni de parler. En général on observe des accès de quelques minutes à un quart d'heure; les accès se groupent eux-mêmes en quintes qui en comptent un nombre variable, 3, 6, 8, jusqu'à 20. Les quintes reparaissent à intervalles irréguliers, ou après le repas s'il y a une cause irritative gastrique.

Le hoquet peut s'associer à d'autres phénomènes moteurs, au bâillement (Charcot), aux crises convulsives (Mader). M. Weill a observé une malade qui, après avoir eu pendant trois ans des secousses bigéminées, prit plus tard, après une dothiénentérie, des accès de 20 à 100 hoquets accompagnés de mouvements synchrones des membres supérieurs.

Le syndrome cesse ordinairement pendant le sommeil, sauf cas exceptionnels (Moreau); mais la volonté n'a aucune prise sur lui.

Enfin l'habitus de la malade, qui est triste, apathique, recherche l'isolement, complète ce tableau assez caractérisé.

La marche de l'affection est chronique; les accidents durent presque toujours plusieurs mois, souvent plusieurs années. On a cité des cas de vingt-quatre et même de trente ans (Bartholin). La terminaison est brusque, soit spontanément, soit à la suite d'une vive émotion, soit grâce au traitement.

Le pronostic est bénin au point de vue vital, bien que la perte du sommeil et la difficulté de l'alimentation puissent causer un affaiblissement général notable.

Dans tous les cas, c'est un des accidents les plus tenaces de l'hystérie, pénible non seulement pour les malades, mais encore pour leur entourage.

Le diagnostic, rendu délicat par ce fait qu'il s'agit d'hystérie locale, mono-symptomatique, dont on observe la première et unique manifestation et par l'absence de stigmates, se base sur l'étiologie, l'aspect particulier du syndrome, l'existence de tares psychiques, à défaut de stigmates somatiques, et enfin l'évolution.

2° *Hoquet de cause psychique.* — A côté du hoquet hystérique, nous placerons le hoquet émotionnel, phénomène banal et transitoire survenant chez des sujets entachés de névropathie. On le voit succéder au rire violent ou au pleurer; plus ou moins modifié, il prend alors le nom de sanglot.

3° *Hoquet dans la chorée et l'épilepsie.* — Achintre l'a vu au cours d'une chorée, Hellis interprétait le cas que nous avons déjà cité comme un équivalent épileptique à cause de l'aura. Ces cas relèvent probablement de l'hystérie.

4° *Hoquet dans les intoxications.* — Il a été signalé par Tanquerel des Planches dans la colique de plomb, où Bernard, qui ne l'a rencontré que deux fois, lui refuse toute valeur diagnostique.

Il est fréquent dans l'intoxication tabagique, et chacun a gardé le souvenir d'une première pipe ou d'un mauvais cigare. Huchard l'attribue à l'action spasmogène de la nicotine.

C'est un des premiers symptômes de l'ivresse, précédant le vomissement, et sa pathogénie y est autant gastrique que bulbaire. C'est là d'ailleurs un fait d'observation banale. Regnard a pu dire dans son *Démocrite :*

« N'êtes-vous point de ceux
A qui beaucoup de vin fait sortir la tendresse,
Qui vont en cet état aux pieds de leur maîtresse,
Exhaler les transports de leurs brûlants désirs
Et pousser des hoquets en guise de soupirs ?

5° *Hoquet dans les auto-intoxications.* — Nous ne reparlerons pas ici de la grossesse.

Dans l'urémie, il fait partie de la forme dite gastro-intestinale, alternant ou coïncidant avec ses autres manifestations. On sait, comme l'ont montré Landois et Wagner, que le vomissement est souvent d'origine bulbaire comme la dyspnée : il en est probablement de même du hoquet.

6° *Hoquet dans les infections.* — C'est le hoquet de la fièvre typhoïde qui a été le mieux étudié. Signalé par Brachet, Loquet, Mercier, Eloy, Larcher, Monneret, Graves, Murchison, il a fait le sujet d'études spéciales de Camerer, Nozereau, Daureillan, Bourchis.

Il se montre de façon tardive, plus fréquent dans certaines épidémies (celle d'Irlande, 1817-1827, par exemple), débute par des accès intermittents qui rapidement deviennent subintrants, s'accompagnent de vomissements bilieux et, par leur violence et leur continuité, empêchent le sommeil, entravent la parole

et la déglutition. Il disparaît au bout de peu de jours.

Les Anciens en faisaient un symptôme de forme ataxique à pronostic à peu près fatal. Des observations modernes une conclusion différente se dégage : on doit dire avec Chomel que c'est un signe fâcheux seulement s'il est tardif, et si les symptômes généraux s'aggravent en même temps. Autrement, et dans la plupart des cas, c'est simplement un symptôme gênant.

Sa connaissance a une certaine importance, car un observateur non prévenu pourrait l'interpréter comme dénotant un début de péritonite par perforation.

On l'a attribué successivement à la distension abdominale, à l'hypertrophie splénique, aux ulcérations œsophagiennes. On tend actuellement (Bourchis) à le rapporter, à la suite des expériences de Sanarelli et de Chantemesse, à l'action convulsivante des toxines typhiques sur les centres bulbaires.

M. Chambard-Hénon (de Lyon) a observé un cas de hoquet persistant chez un homme atteint de scarlatine accompagnée d'oligurie, qu'il attribua à une toxémie par insuffisance rénale relative.

On l'a vu au cours des accès pernicieux (toxémie ou splénomégalie), du scorbut, de la fièvre jaune.

Vigla et Bouley, Trousseau l'ont rencontré associé à des douleurs épigastriques dans le choléra, à la période algide, une seule fois à la période de réaction.

Trousseau et Jaccoud le signalent dans la rage.

7° *Hoquet dans les cachexies.* — Eichhorst l'a vu dans la cachexie cancéreuse, Mercier dans la cachexie paludéenne.

8° *Hoquet dans les hémorragies.* — Après une perte de sang abondante (saignée, délivrance), le hoquet survient comme phénomène prémonitoire de la syncope et sous l'influence de l'excitation asphyxique des centres bulbaires. Hippocrate avait déjà attiré l'attention sur ces faits.

9° *Hoquet agonique.* — Remarqué probablement depuis fort longtemps, il a été décrit soigneusement pour la première fois par Double. Il est peu bruyant, superficiel, coexiste avec le râle trachéal (Debove-Achard) et consiste en deux inspirations fortes suivies d'une expiration longue; son début précède la mort d'un petit nombre d'heures.

10° *Hoquet dans les affections bulbaires.* — Il n'est pas rare dans les divers syndromes bulbaires relevant de causes variées. Ordinairement simple phénomène surajouté, il peut au contraire prendre le pas sur les autres symptômes, par exemple dans le cas de Rob. Moreau (de Rochefort), où la mort survint sans que l'autopsie dénote de lésions macroscopiques.

11° *Hoquet dans les affections cérébrales.* — Il suit quelquefois un traumatisme cérébral (obs. de Short), mais succède plus souvent à l'hémorragie cérébrale (Guibout) avec inondation ventriculaire, ou surtout à l'hémorragie méningée, à la méningite, aux encéphalites, aux tubercules et aux tumeurs, au ramollissement. C'est, en somme, un symptôme d'irritation méningée.

VI

Diagnostic. — Les caractères bien tranchés du hoquet le différencient facilement des syndromes voisins (spasmes pharyngés, bâillement, aérophagie) et le seul point du diagnostic consistera à trouver sa cause : on s'appuiera pour cela sur ses caractères propres et surtout sur les symptômes concomitants. On distinguera tout d'abord facilement le hoquet hystérique des hoquets symptomatiques et parmi ces derniers on se souviendra qu'au cours de la pneumonie par exemple, il faut penser à une complication pleurale, que chez le nourrisson il faut surveiller l'alimentation, etc.

VII

Pronostic général. — En lui-même, le hoquet est un symptôme pénible, souvent douloureux, apportant de la gêne à divers actes physiologiques et pouvant même entraîner des complications mécaniques [avortement, retard dans la consolidation des fractures de côte (Larcher)].

Le hoquet des fièvres ne doit pas être tenu pour aussi grave qu'on le croyait autrefois, peut-être à cause d'une confusion avec le hoquet agonique. Cette notion de gravité était si bien établie qu'elle avait passé dans le public, au point que le mot hoquet était synonyme de maladie mortelle : « Mme de Durfort se meurt d'un hoquet, d'une fièvre maligne » (Mme de Sévigné, lettre à sa fille).

Enfin il faut tenir compte de ce fait que le hoquet est en quelque sorte une réaction de défense à point de départ gastrique, provoquant l'évacuation du contenu stomacal, remplaçant ainsi le vomissement, qu'il est suivi quelquefois d'une sensation de soulagement (Mercier), et que chez le nourrisson il apparaît au moment où le pylore se relâche (Thévenet).

VIII

Valeur séméiologique. — Elle est sans doute bien variable suivant les cas. Si, bien souvent, le hoquet n'est qu'un phénomène banal, snrajouté à un syndrome caractéristique, par contre, son apparition pourra mettre sur la voie du diagnostic assez souvent pour que l'on efface dorénavant des traités de séméiologie des phrases comme celle que l'on trouve dans le compendium : « La valeur séméiologique du hoquet est nulle, c'est-à-dire qu'il est impossible de se servir de ce symptôme pour découvrir la nature et le siège d'une maladie ; on ne peut, d'après lui, établir le pronostic d'une affection. »

IX

Traitement. — Nous exposons tout d'abord les très nombreux traitements qu'on a opposés au hoquet, puis nous en donnerons ensuite les indications.

A. *Traitements médicamenteux.* — Injections de morphine (Constable) ; valérianate de zinc (Danet) ; belladone et camphre (Debreyne) ; emplâtre belladoné sur les phréniques (Allen Durke) ; bromure et belladone (Eichhorst) ; opium et chloroforme (Marage) ; inhalations de chloroforme (Latour) ; d'éther (Lépine) ; injections de pilocarpine [Ortil (de Lille)] ; infusions de menthe (Trousseau) ; musc (Warnes et Albertus) ; thériaque et belladone (Guéneau de Mussy) ; cocaïne et belladone (Weïssemberg).

B. *Traitements non médicamenteux.* — 1° *Irritation périphérique.* — Vulpian, Charcot, Brown-Séquard montrèrent l'importance des excitations périphériques et leur action inhibitoire sur les phénomènes moteurs. Ce moyen avait déjà été employé auparavant par maints auteurs de façon empirique.

Then Thyn et Kempfer, au XVI° siècle, apportèrent l'acuponcture épigastrique du Japon; Hame et Bretonneau l'employèrent à Tours avec succès ainsi que Gamberini. Nous signalerons ensuite : badigeonnages du pharynx ou déglutition de limonade sulfurique (Gola); compression des conduits auditifs avec extension de la tête (Hénocque); cautère actuel (Dupuytren puis Rullier); compresses chloroformées sur l'épigastre (Brown-Séquard, Eloy); pulvérisations d'éther épigastriques (Rose); soulèvement de l'os hyoïde (Nothnagel); boire lentement en se pinçant le nez (Varangot); pointes de feu à la base du thorax (Zuccarelli); sinapismes, vésicatoires, ventouses; cathétérisme de l'œsophage (Piorry, Eichhorst); galvanisation tétanisante de l'œsophage (Regis et Debedat); irrigations pharyngées d'eau froide (Eichhorst); compression des poignets (Peretti); compression du cubital dans la gouttière oléocranienne, pression prolongée et énergique de la pulpe du petit doigt contre celle du pouce (Pauzat); pincée de sel (Ommegank) ou morceau de sucre vinaigré sur la langue. Récemment M. Lépine découvrit fortuitement que le hoquet d'un sujet cessait pendant l'extension de la langue hors de la bouche; il recommande d'user systématiquement de ce moyen, dont les excellents effets ont été constatés à nouveau par Martelli;

2° *Modification de l'oxygénation sanguine.* — Mathieu fait faire 40 à 50 inspirations rapides et profondes et modifie ainsi l'excitabilité bulbaire;

3° *Action directe sur les phréniques.* — Compression prolongée des phréniques cervicaux (Grognot, puis Leloir); galvanisation des phréniques (Duchenne, Dumontpallier, van Holsbeck, Trousseau); vésicatoire au cou (Short);

4° *Magnétisme.* — Application d'aimant à la base du thorax (Laënnec);

5° *Gêne mécanique des mouvements diaphragmatiques.* — Compression manuelle de l'épigastre (Rostan et Bayer); expiration forcée (Eichhorst); serviette autour de l'abdomen (Boyer); inspiration forcée (Piorry); suspension de la respiration;

6° *Bains froids* (Bourchis); drap mouillé (Chambard-Hénon);

7° *Suggestion* sous toutes ses formes. Bien des traitements énumérés précédemment agissent souvent par ce moyen; action de « faire peur », etc.

C. *Indications.* — 1° *Hoquet hystérique.* — Supprimer tout d'abord la cause provocatrice quand elle existe, par exemple une irritation gastrique (régime, lavage d'estomac). Donner des préparations de valériane et essayer les traitements mécaniques (traction de la langue, excercices respiratoires, électricité, aimants) qui réussiront souvent. Si l'on échoue, recourir alors à la suggestion avec ou sans sommeil hypnotique. Nous avons vu un hoquet grave, qui pendant plusieurs années avait résisté à tous les traitements, guérir subitement à Lourdes après l'ingestion d'un verre d'eau;

2° *Hoquets symptomatiques.* — Le traitement doit être pathogénique et s'adresser aux divers facteurs qui sont en cause, à dose variable, dans la production du phénomène; suivant le cas, l'un d'eux, à action prédominante, sera combattu de façon spéciale. On s'adressera : *a.* à l'élément névropathique du sujet par les antispasmodiques; *b.* on s'efforcera de diminuer l'excitabilité bulbaire par les divers procédés mécaniques inhibitoires; *c.* il faudra surtout s'appliquer à faire disparaître la cause provocatrice; le traitement d'une hyperchlorhydrie gastrique peut, par exemple, suffire comme chez un malade dont l'histoire a été récemment rapportée dans ce journal (1904, n° 34), ou du moins à l'atténuer (révulsion dans les affections inflammatoires du thorax, bains froids dans la fièvre thyphoïde, etc.). Si le hoquet persiste malgré cela, *d.* on s'opposera aux troubles fonctionnels qu'il entraîne par un traitement symptomatique (morphine dans le hoquet douloureux, gavage à la sonde si l'alimentation est entravée etc.).

BIBLIOGRAPHIE

ACHINTRE. *Etude sur le hoquet*, Th. de Paris, 1876. — ANDRAL. Clinique médicale, *Ann. de méd. d'Omodei*, 1823. — BAILLY. *Arch. gén. de méd.*, t. IV, p. 614. — ASSAILLY. *Du hoquet dans la pneumonie*, Th. de Lyon, 1902-1903.

BACQUIAS. Th. de Paris, 1853. — BARRÉ. *Un. méd.*, mars 1879. — BARTHOLIN. Cent. 2. Epist. 61 (cité par Planque). — BÉCLARD. *Traité de physiologie humaine*, Paris 1866, p. 349. — BERNARD. *Etude clinique de la colique de plomb*, Th. de Paris, 1900-1001. — BERTRAND. *Essai sur la névropathie dite toux des aboyeurs*, Th. de Paris, 1865. — Fr. BOISSIER DE SAUVAGES. *Nosologia methodica sistens morborum classes*, Amsterdam 1768, I, p. 634. — BOURCHIS. *Du hoquet dans le cours de la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1900-1901. — BOOTH. Scotch. suff. in pleuro-pneumonia, *Assoc. quin.*, 1879, p. 69, Tr. South. — Olaüs BORRICHIUS. *Act. Hoffm.*, I, Obs. LXVIII (cité par Sauvages). — BOUCHUT. *Traité de diagnostic et de séméiologie*, Paris 1883. — BOYER. Hoquet continu et traité par pression épigastrique, *Rev. méd.-chirurgic.*, 1847, et *Arch. gén. de méd.*, 4° sér. t. XVI, p. 112, 1848. — BRACHET. *Physiologie élémentaire de l'homme*, 1855, t. II, p. 233; — *Traitement de l'hystérie*, 1859, p. 317. — BURNING. *Utrech*, 1758.

CALMEIL. *De la folie*, 1837, I. — CAMERER. De la valeur séméiologique et pronostique du hoquet dans la fièvre typhoïde, *Gaz. méd. de Paris*, 3° sér., t. V, p. 627, 1850; — *Med. Correspondenz-blatt*, 1850. — CARCASSONNE. Hoquet rebelle traité par un nouveau moyen chirurgical, *Dict. ann. des progrès des sc. méd.*, 5° année, p. 212, Paris, 1869. — CARTHENSER. *Dissert. de singultu*, 1754. — CAVASS. *Gaz. des hôpit.*, 1867. — CHAMBARD-HÉNON. Scarlatine, hoquet persistant, drap mouillé, guérison, *Lyon méd.*, 1890, t. III, p. 50. — CHARCOT. Leçon du 22 mars 1886, *Semaine méd.*, 15 sept. 1886. — CHOMEL. *Traité de pathologie générale*, p. 526. — CLOCHE. Hoquet chronique reparaissant à intervalles irréguliers, *Gaz. méd. de Paris*, 2° sér., t. IX, p. 809, 1841. — MONNERET ET FLEURY. *Compendium de méd.* — CONSTABLE. Hoquet persistant et alarmant dans la pneumonie guéri par injections sous-cutanées de morphine, *The Lancet*, 21 août 1869.

DANET. *Gaz. des hôpit.*, 8 oct. 1862. — DAUNIC. *Gaz. méd. et chirurg. de Toulouse*, 1892. — DAUREILLAN. *Du hoquet dans le cours de la fièvre typhoïde*, Th. de Bordeaux, 1894-95. — DEBOVE et ACHARD. *Manuel de diagnostic médical*, t. II,

p. 213. — DESPAULX. *Dissertation sur le hoquet*, Th. de Paris, 1814. — DEZEIMERIS. *Dict. histor. de la méd. aucienne et moderne*, Paris 1836, art. HIPPOCRATE; — *Dict. de méd.*, 1837, art. HOQUET, t. XV. — DOLŒUS. *Encyclop. méd.*, III, 2. — DŒPKE. Th. de Berlin, 1892. — DOUBLE. Considérations séméiologiques sur les inductions que l'on peut tirer du hoquet dans les maladies aiguës, *Journ. gén. de méd.*, t. XXXIV, p. 404. — DUMONTALLIER. Cas rare de hoquet nerveux, *Un. méd.*, 3e sér., t. IV, p. 482, 1865.

EICHHORST. *Traité de pathologie interne et de thérapeutique*, Paris 1889. — ELOY. Contribution à l'étude de l'œsophagisme, *Gaz. hebd.*, 1880, p. 741; — *Dict. encyclop. des sc. méd.*, art. HOQUET, 1888. — ETTMULLER. *Médecine pratique*, t. I, p. 329, traduct. franç., Lyon, 1699. — EVANS. Pneumonia complicated with singultus, *Phil. med. Times*, 1872, p. 346. — FABRE. *Diction. des diction. de méd.*, 1840, art. HOQUET. — FERNELIUS. *Opera medicin. de part. morb. et sympt.*, Venise 1566, VI, cap. III, p. 354. — FOX. *Obstinate Hiccough in a young chlorotic girl Horace Dobell's Reports on the Progress of practical and scientific Medicine in different parts of the world*, vol. 1, p. 519, London 1876. — FRANCK. *Praxeos medicæ univ. præcepta*, part. 2, vol. II, sect. 2, cap. III : De singultu. — FRANCK. *Ratio Institute Clinici Tieniensis*, Vienne 1795, cap. X.

GAMBERINI. Deux cas remarquables des très bons effets de l'acupuncture et de la galvanisation, *Gaz. méd. de Paris*, 2e sér., t. VI, p. 412, 1838. — GARNIER. *Dictionn. ann. des prog. des sc. méd.*, 5e année, p. 212, Paris, 1869. — GARROD. Case of hiccup and vomiting; Discovery of oxalic acid in the blood, *Royal medico-chirurg. Society's Transactions*, 2e sér., vol. XIV, p. 171, London 1849. — GENDRIN. *Traité physiologique de médecine pratique*, 1832. — GOLA. Guérison d'un hoquet chronique à l'aide d'acide sulfurique, *Arch. gén. de méd.*, 1re sér., t. IV, p. 614, 1824. — GRATIOLET. *De la physionomie*. — GRAVES. *Leçons de clinique médicale*, trad. Jaccoud, 1862. — GUÉNEAU DE MUSSY. *Cliniques médicales*, 1874, t. 1, Pleurésie diaphragmatique; — *Arch. gén. de méd.*, 1879. — GUIBOUT. Soc. méd. des hôpit.

HALLER. *Elementa physiologiæ*, édit. de Lausanne, t. III, p. 307. — HELLIS. Hoquet nerveux singulier, *Arch. gén. de méd.*, 1827, 1re série, t. XIII, p. 448. — HERMIL. *Pleurésie diaphragmatique*, Th. de Paris, 1879. — HIPPOCRATE. *Aphor.*, sect. V, *aphor.* 3, 4, 58; sect. VI, *aphor.* 13, 39; sect. VII, *aphor.* 3, 10, 17. — HOFFMANN. *Diss. de singultu*, Halle 1732. — HUCHARD. *Union méd.*, 14 fév. 1876; — *Traité des névroses* d'Axenfeld, 1883, p. 1086; — *Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte*, 1902, 3e édit., t. III.

JACCOUD. *Traité de pathologie interne*, 1883. — JAMES. *Dict. de méd.*, trad. Diderot, art. SINGULTUS. — JUARITZ. Accidental cure of an obstinate hiccough, *The Lancet*, 1876, vol. II, p. 677.

LANDOIS. *Die Urämie*, Wien und Leipzig 1891, p. 124. — LANDOUZY. *Traité de l'hystérie*, 1846, p. 54-60. — LANGLOIS et VARIGNY. *Eléments de physiologie*. — LARCHER. *Dict. méd. et chir. prat.*, art. HOQUET; — Note sur le hoquet volontaire, in Boisseau, *Leçons sur les maladies simulées*, Paris 1869, p. 331. — LATHOULD. *Contribution à l'étude des spasmes traumatiques*, Th. de Paris, 1880, p. 27. — Am. LATOUR. Hoquet arrêté subitement par le chloroforme, *Ann. méd.-psychol.*, 1848, t. XII, p. 118. — LAURONI. *Ephém. germ.*, déc. 2 an., Obs. XLVI, p. 80 (cité par Planque). — LEGRAND DU SAULE. *Les hystériques*, p. 122. — LELOIR. Acad. des sc.. 1892, 1er semestre. — LÉPINE. Soc. de biol., 1876; — *Bull. méd.*, Paris 1896; — Soc. de biol., 8 fév. 1896. — LIÉGEOIS. *Journ. des prat.*, 1892, n° 38. — LITTRÉ et ROBIN. *Dict. de méd.* — LOQUET. *Du hoquet comme symptôme dans les maladies et de son traitement*, Th. de Paris, 1865. — LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. *Dict. des prat.*, Paris 1872, t. I, p. 296, et t. II, p. 238, art. HOQUET.

MADER. *Hystero-epiteptische Anfalle verbunden mit Singultus; Heilung Bericht der k. k. Krankenaushalt. Rudolph titzung in Wien*, 1891-1892, p. 306. — MAISSIAT. *Étude de physiologie animale; rôle des gaz de l'intestin et de l'estomac dans la respiration*. — MALAVIALE. *Contribution à l'étude de la pleurésie diaphragmatique*, Th. de Paris, 1889-1890. — MARAGE. Hoquet guéri par chloroforme en potion, *Union méd.*, 1851, 1re série, p. 478. — MARFAN. *Traité de l'allaitement*, p. 216. — MARTELLI. *Du hoquet et de son traitement par l'extension de la langue*, Th. de Toulouse, 1896-1897. — MASTROVITI. Singulto nelle pneumonie crupale, *Med. contemp.*, Napoli 1885, p. 514-525. — MATHIEU. Soc. méd. des hôpit. de Paris, 11 oct. 1895. — Casimir MEDICUS. *Traité des maladies périodiques*, trad. franc., p. 130. — MERCIER. *Contribution à l'étude du hoquet*, Th. de Paris, 1880. — DE LA METTRIE. *Inst. Boerh.*, t. VII, p. 273. — MONNERET. *Traité de pathologie générale*, t. III, p. 417. — Rob. MOREAU. *Recueil périod. de la Soc. de méd.*, t. XIII. — MOREAU. *Contribution à l'étude du hoquet hystérique*, Th. de Paris, 1891-1892. — MULLER. *Manuel de physiol.*, trad. Jourdan, Paris 1845. — MULREANY. Le hoquet comme symptôme de la pleurésie et de la pleuro-pneumonie, *The Lancet*, 18 mars 1854. — MURCHISON. *Traité de la fièvre typhoïde*, p. 147.

NATTAN-LARRIER. Le mérycisme, Rev. gén. de la *Gaz. des hôpit.*, 13 nov. 1897. — NOZEREAU. *Journ. de méd.*, 1785.

PARK. Cure of an incessant hiccup, *The Lancet*, 1891, vol. II, p. 211. — PAUZAT. Des procédés inhibitoires dans le traitement du hoquet, *Journ. des prat.*, 1895, t. II, p. 244. — PERRIN. *Union méd.*, 1862, p. 332; — *Petit dict. de l'Acad. franç.*, ou abrégé de la 5e édit. du *Dict. de l'Acad.*, Masson, Paris 1821. — PIERQUIN. *Journ. des progrès*, t. XVIII, p. 208. — PIRETTI. *Il filiatre sebezio*, 1850; — Découverte d'un moyen efficace pour arrêter le hoquet, *Gaz. méd. de Paris*, 1850, 3e série, t. V, p. 267. — PITRES. *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*, 1871, t. I, p. 342. — PLANQUE. *Biblioth. choisie de méd.*, 1759, V, p. 442. — F. PLATER. *De functionibus læsis*, II, 5. — PORTEFAIX. *De singultu*, Bâle 1724, in-4°. — POTAIN. *Gaz. des hôpit.*, 1886, p. 846.

RAIGE-DELORME. *Dict. de méd.*, 2e édit., art. HOQUET, 1837, t. XV, p. 385. — RAULIN. *Traité des affections vaporeuses du sexe*, 1758, p. 118. — REGIS et DEBEDAT. *Semaine méd.*, 8 sept. 1896. — Lazarre RIVIÈRE. *Observ. de méd.*, trad. franç., Lyon 1694, p. 586. — ROSE. Incessant hiccup cured by the application of the ether spray to the neck and epigastrium, *The Lancet*, 1871, vol. II, p. 181. — ROSTAN. *Gaz. des hôpit. de Paris* et *Revue méd.-chir.*, mars 1841. — RULIER. Traitement du hoquet convulsif par cautérisation actuelle épigastrique, *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1845, 1re série, t. III, p. 170.

Nelson SCOTT DUNCANS. *Ann. of med.*, t. II, p. 351. — M. SEE. Pleurésie diaphragmatique, *Gaz. des hôpit.*, Revue générale, 25 mars 1893. — SHORT. Remarques sur le hoquet, ses causes et son traitement, *Gaz. méd. de Paris*, 2e série, t. I, p. 318, 1883. — SOLLIER. *L'hystérie et son traitement*, Paris 1901. — SPRING. *Traitement des accidents morbides*, t. I, p. 315, Bruxelles 1867. — STOCKTON. Le hoquet ou sanglot hystérique, *Gaz. méd. de Liège*, 1893, in *Lyon méd.*, 1893, t. II, p. 556. — STOLL. *Prælec. in div. morb. chron.* — SYDENHAM. *Lettre sur l'affection hystérique*, trad. Janet, Montpellier 1816, t. II, p. 76. — SYMER. *Journ. of med. sc.*, 1895.

TANQUEREL DES PLANCHES. *Traité des maladies du plomb ou saturnisme*, Paris 1839. — V. THÉVENET. Le hoquet des nourrissons, *Lyon méd.*, 1905. — GILLES DE LA TOURETTE. *Traité de l'hystérie*, t. III, p. 152, Paris 1895; — *Traité de médecine* Brouardel et Gilbert, t. X; — Le traitement du hoquet, *Gaz. des hôpit.*, 1904, n° 34. — *Transact. of the assoc. of fellows and licentiates of the Kings and Queen's College of Physicians in Ireland*, 3 vol. — TRÈVES. *Contribution à l'étude du hoquet chez les nourrissons*, Th. de Lyon, 1904-1905. —

THIEL. *De singultu*, Gœttingue 1761. — TSCHUDY. *De singultu*, Bâle 1767.

VALLEIX. *Guide du médecin praticien*, éd. Lorrain, I, p. 975, art. HOQUET. — VAN HOLSBECK. *Compendium d'électricité*. — VAN SWIETEN. *Comment.*, t. III, p. 216. — VARENGOT. *Chronique méd.*, 1896. — VIAULT et JOLYET. *Traité élémentaire de physiologie humaine*. — VIGLESST. Th. de Paris, 1845.

WEILL. Astasie-abasie à type choréique. Arrêt instantané de l'astasie-abasie par la pression de certaines régions, *Arch. de neurol.*, 1892, t. I, p. 88.

ZUCARELLI. *Semaine méd.*, 11 nov. 1896.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DE LA BLENNORRAGIE

Nombreux sont les moyens curatifs qui ont été préconisés contre la blennorragie. Il n'est, pour ainsi dire, pas de substance qui n'ait été employée soit à l'intérieur, soit en injections.

Les traitements dits abortifs (injections au nitrate d'argent, au permanganate de potasse) devraient, pour être efficaces, être prescrits pendant la période d'incubation, à une phase de la maladie où les symptômes font encore défaut.

Employés à la légère ils conduisent trop souvent à la chronicité ou à des accidents plus ou moins graves.

Le mieux est donc de recourir aux médications internes et surtout aux médications balsamiques qui jouissent de la remarquable propriété d'arrêter les sécrétions pathologiques de l'appareil urinaire et de l'urètre affecté de blennorragie.

Parmi celles-ci, le *santal*, d'une odeur aromatique agréable, a des propriétés antiblennorragiques incontestables et a rendu de grands services. Son principe actif, le *santalol*, a une action extrêmement nette sur les écoulements qu'il tarit très rapidement. L'action du santalol est également très manifeste dans les cystites et les autres inflammations des voies urinaires.

Pour obtenir du santalol le maximum d'effet, il faut supprimer les bains, diminuer la quantité de boisson permise, afin que l'urine représente une solution aussi concentrée que possible des principes médicamenteux dont elle se charge.

Comme, d'autre part, il faudrait uriner beaucoup pour laver le canal, on a été amené à faire des associations médicamenteuses répondant aux indications thérapeutiques multiples qui s'imposent.

Au santalol on associe donc avantageusement un diurétique analgésique, l'*urotropine* ou hexaméthylène-tétramine, et un antiseptique, le *salol*.

L'*urotropine*, qui a été introduite dans la thérapeutique par Nicolaïer, se prépare en faisant passer un courant de formol dans l'ammoniac concentré. C'est un corps incolore, transparent, cristallisé en rhomboïdes très brillants et très stables quand il est conservé à l'abri de l'humidité, ayant un goût d'abord sucré qui devient ensuite légèrement amer. Il est soluble dans l'eau.

L'urotropine passe très rapidement dans l'urine : 3 ou 4 grammes suffisent pour provoquer une diurèse très abondante sans déterminer aucun trouble digestif. Notons que l'urine, après absorption d'urotropine, *possède la propriété d'entraver le développement des microorganismes à la température du corps.*

Le *salol* est une combinaison d'acide salicylique et d'acide phénique. C'est un corps blanc, cristallisant en cristaux fins, un peu onctueux, qui a une odeur aromatique très faible. Par ses fonctions chimiques il appartient à la série aromatique. C'est un salicylate de phénol. Il contient 60 p. 100 d'acide salicylique et 40 p. 100 d'acide phénique.

Fernand Dreyfus, Hirtz, Talamon ont fait connaître l'action puissante du salol dans la blennorragie.

M. Bazy s'est bien trouvé de l'administration du salol à la dose de 4 grammes par jour chez les prostatiques et les rétrécis. Il conseille seulement de diminuer la dose lorsque les reins sont altérés et éliminent difficilement.

Lane (de Londres), Mumford, Arnold, Hertz, ont confirmé ces résultats.

Le santalol, l'urotropine et le salol possèdent donc des propriétés curatives incontestables. Il faut cependant savoir que pris isolément ces médicaments peuvent donner des résultats différents chez tel ou tel malade ; il devient donc nécessaire d'associer ces trois médicaments *dont les actions se superposent*, répondant ainsi aux indications thérapeutiques les plus ordinaires.

Le produit ainsi obtenu et auquel on a donné le nom d'*eumictine* devient le véritable spécifique des maladies inflammatoires des voies urinaires : blennorragie, gonorrhée, cystite, pyélite, pyélo-néphrites, etc., sont heureusement influencées par l'eumictine dont le dosage rigoureux et l'excellence des matières premières donnent au médecin une sécurité absolue et assurent la guérison définitive de l'affection.

Notons, en outre, l'heureuse forme médicamenteuse qui a été employée. Le produit est enrobé dans des capsules au gluten inattaquables par le suc gastrique et qui transportent directement les principes actifs dans l'intestin.

L'estomac n'a donc à subir aucune fatigue du fait du traitement qui est appliqué ainsi d'une façon absolument rationnelle.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Ibogaïne, Ouabaïne, Yohimbine.

On confond souvent l'ibogaïne avec l'ouabaïne ou la yohimbine, dont les propriétés sont complètement différentes. L'ouabaïne, extrêmement toxique, a été expérimentée contre l'asthme et la coqueluche. L'yohimbine est un aphrodisiaque.

L'ibogaïne, tirée de l'iboga du Congo, est peu toxique. C'est un médicament névrosthénique, et en même temps tonicardiaque, et excitant de la nutrition. Doses : de 10 à 30 milligrammes par jour, ou sous forme de dragées Nyrdahl, à base d'ibogaïne (formule du docteur Landrin), 2 à 4 par jour.

Indications : neurasthénie, atonies nerveuses, convalescences.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Guide formulaire de thérapeutique générle et spéciale, par le docteur HERZEN. 3e édit. In-18 de 812 p., cart. — Prix : 9 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Les filaires du sang de l'homme, par le docteur Raymond PENEL, médecin colonial de l'Université de Paris, avec préface du professeur R. BLANCHARD, membre de l'Académie de médecine. Gr. in-8 de 180 p., 2e édit., br. — Prix : 6 francs. — Paris, F. R. de Rudeval.

Guide pratique pour la désinfection, par les docteurs J. ROSENAU, F.-J. ALLAN et J. VIDAL. In-18 de 394 p. avec 103 fig., cart. — Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

L'art dentaire à la portée du médecin, conseils pratiques, par le docteur Louis GOURC, dentiste des hôpitaux de Paris, ex-professeur de l'École dentaire. In-16 avec 73 fig. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Étudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Sur les rapports de la goutte et du rhumatisme chronique (avec 7 fig.), par MM. Courtois-Suffit et Beaufumé.
La diarrhée simple, forme larvée de la dysenterie bacillaire, par M. Ch. Dopter.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société médicale des hôpitaux.
Société de biologie.
CORRESPONDANCE
LIVRES NOUVEAUX
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Deuxième concours de chirurgie.* — Consultation écrite :

Séance du 6 juillet 1905. — MM. Alexandre, 19; Proust, Schwartz et Lapointe, 20.

Séance du 8 juillet 1905. — MM. Wiart, 15; Labey, 17; Mouchet, 15; Veau, 16.

Prochaine séance (épreuve opératoire), mardi 11 juillet, à quatre heures et demie, à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Sont nommés professeurs adjoints :

M. le docteur Pousson, agrégé des facultés de médecine, chargé d'un cours complémentaire de clinique des maladies des voies urinaires.

M. le docteur Régis, chargé d'un cours complémentaire des maladies mentales.

M. le docteur Moure, chargé d'un cours complémentaire des maladies du larynx, des oreilles et du nez.

M. le docteur Dubreuilh, agrégé des facultés de médecine, chargé d'un cours complémentaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

— *Prix de la Faculté.* — Prix de la ville de Bordeaux (chirurgie) : M. Lefèvre; — concours de fin d'année : prix : MM. Mauron (première année) et M. Le Bevre (quatrième année).

COMMISSION PERMANENTE DES STATIONS HYDROMINÉRALES ET CLIMATIQUES DE FRANCE. — A la suite du congrès de climatothérapie d'Arcachon, il est institué au ministère de l'Intérieur une Commission permanente des stations hydrominérales et climatiques de France, chargée d'étudier les besoins généraux de ces stations, d'être auprès des pouvoirs publics l'organe de leurs intérêts, et, d'une manière générale, de défendre et développer les centres thermaux et climatiques en France.

Le ministre de l'Intérieur est président d'honneur de cette Commission.

Les maires et médecins des villes d'eaux, les directeurs et administrateurs des sociétés thermales peuvent être appelés, à tour de rôle, à faire partie de la Commission, mais pour une période de trois ans seulement.

Des réunions exceptionnelles peuvent avoir lieu sur la convocation du ministre ou sur la demande d'un tiers des membres.

Sont nommés :

Président : M. Armand Gautier.

Vice-présidents : MM. Adolphe Carnot, Cazeneuve, Chautemps, Lannelongue et Robin.

Secrétaire général : M. le docteur Huchard.

Membres : MM. le docteur Bardet, Curie, Garrigou, docteur Hanriot, Moissan, Meillière, docteur Pouchet, Riche, docteur Villejean, Delaunay, Dolfus, Guérin, Michel-Lévy, docteurs Chantemesse, Landouzy, Monod, Sevestre, Labadie-Lagrave, Forichon, Frézoul, docteurs Labbé, Lourties, Pedebidou, Treille, Vagnat, Cère, Chambige, Gérault-Richard, Michel, Pujade, Trouillot, Sarrien; les maires d'Aix-les-Bains, de la Bourboule, d'Évian, de Vichy; les administrateurs directeurs des eaux de Bourbon-Lancy, de Luchon, de Royat, de Vichy; les docteurs Armengaud, Belugou, Bouloumié, Cazalis, Dedet, Ferras, Hérard, Lalesque, Léon Petit, Verdalle, Bourneville, Destouches, Fiessinger, Lucas-Championnière, Talamon et Renon.

Secrétaires généraux adjoints : MM. les docteurs Durand-Fardel et Piatot.

Secrétaires : MM. les docteurs Binet, Caron de la Carrière, de Fleury et Destouches.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Louis Moussous (de Bordeaux).

Les médecins au théâtre de l'antiquité au XVIIe siècle, par le docteur G. J. Witkowski. — Prix : 5 francs. — Paris, A. Maloine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 17 AU 22 JUILLET 1905)

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 17 juillet, à une heure. — 5e (2e partie), *Charité* : MM. Déjerine, Claude et Labbé (Marcel); — M. Richaud, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Hayem, Teissier et Macaigne ; — (2e série) : MM. Brissaud, Legry et Balthazard ; — M. Branca, suppléant.

Mardi 18 juillet, à une heure. — 5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Raymond, G. Ballet et Bezançon ; — (2e série) : MM. Troisier, Thiroloix et Renon ; — M. Guiart, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Dieulafoy, Vaquez et Gouget ; — M. Brindeau, suppléant.

THÈSES

Lundi 17 juillet 1905. — M. Pujos. De l'examen systématique et de l'ablation de l'appendice au cours des laparotomies. (MM. Lannelongue, président; Reclus, Mauclaire et Rieffel.) — M. Guenot. Contribution à l'étude des fractures des métatarsiens. (MM. Reclus, président ; Lannelongue, Mauclaire et Rieffel.) — M. Lerembouré. Plaies du nerf radial au tiers supérieur de l'avant-bras. (MM. Reclus, président; Lannelongue, Mauclaire et Rieffel.) — M. Etienne. Maternité et misère. Assistance par les refuges-ouvroirs. (MM. Pinard, président; Tuffier, Lepage et Potocki.) — M. Genevois. L'avortement provoqué dans le cas de bassin extrêmement rétréci. (MM. Pinard, président ; Tuffier, Lepage et Potocki.) — M. Lagleize. Des injections intra-cervicales d'eau à 50 degrés pendant le travail. (MM. Pinard, président; Tuffier, Lepage et Potocki.) — Mlle Granfelt. Des vomissements périodiques chez les enfants et de leurs relations avec l'appendicite. (MM. Terrier, président; Kirmisson, Sébileau et Proust.) — M. Duclaux. Ostéomyélite de la hanche. Formes cliniques. (MM. Kirmisson, président; Terrier, Sébileau et Proust.) — M. Peyrache. Des tumeurs malignes de la vulve et du vagin chez la petite fille. (MM. Kirmisson, président; Terrier, Sébileau et Proust.) — M. Lemaitre. Contribution à l'étude de la technique opératoire de la suture des plaies du cœur. (MM. Segond, président ; Aug. Broca, Legueu et Gosset.) — M. Faugère. Fractures du radius chez les automobilistes. (MM. Segond, président; Aug. Broca, Legueu et Gosset.) — M. Carnus. Étude comparative des divers traitements de l'infection puerpérale. (MM. Segond, président ; Aug. Broca, Legueu et Gosset.) — M. Ferlaud. Contribution à l'étude des fractures diaphysaires des deux os de l'avant-bras et plus particulièrement de leur traitement par l'extension continue. (MM. Segond, président; Aug. Broca, Legueu et Gosset.) — M. Bordessoule. De la phlébite dans l'appendicectomie à froid. (MM. Segond, président; Aug. Broca Legueu et Gosset.) — Mme Delaunay. De la radiothérapie dans les cancers du sein. (MM. Segond, président ; Aug. Broca, Legueu et Gosset.)

Mardi 18 juillet 1905. — M. Nicaise. Des indications et de la valeur de la néphrectomie dans le traitement des kystes hydatiques du rein [néphrectomie totale et néphrectomie partielle]. (MM. Guyon, président; Blanchard, de Lapersonne et Schwartz.) — M. Le Glay. De l'occlusion intestinale consécutive à la position de Trendelenburg. (MM. Guyon, président ; de Lapersonne, Schwartz et Marion.) — M. Gras. Des collections pelviennes suppurées ouvertes dans la vessie chez la femme. (MM. Guyon, président; de Lapersonne, Schwartz et Marion.) — M. Ertzbischoff. Contribution à l'étude du prolapsus de l'utérus chez les vierges et les nullipares [étiologie, pathogénie, traitement]. (MM. Guyon, président; de Lapersonne, Schwartz et Marion.) — M. Renaut. De la transmission de la syphilis par l'allaitement au point de vue juridique et déontologique. (MM. Brouardel, président; Chantemesse, Langlois et Jeanselme.) — M. Dumont. Les habitations ouvrières dans les grandes villes industrielles et plus particulièrement dans la région du Nord. (MM. Chantemesse, président ; Brouardel, Langlois et Jeanselme.) — M. Aitoff. Contribution à l'étude des effets du sulfure de carbone. (MM. Chantemesse, président ; Brouardel, Langlois et Jeanselme.) — M. Marais. L'alimentation d'une ville en eau potable. (MM. Chantemesse, président ; Brouardel, Langlois et Jeanselme.) — M. Moreau. Des essais de traitement de l'insuffisance ovarienne par les greffes de l'ovaire. (MM. Le Dentu, président; Poirier, Auvray et Morestin.) — M. Le Droumaguet. Le cancer gingival. (MM. Le Dentu, président; Poirier, Auvray et Morestin.) — M. Girard. Des tumeurs extra-inguinales du ligament rond. (MM. Le Dentu, président; Poirier, Auvray et Morestin.) — M. Fonce. La laryngotrachéobronchoscopie en France. (MM. Le Dentu, président; Poirier, Auvray et Morestin.) — M. Benon. Les troubles psychiques chez les hémiplégiques organiques internés [étude statistique, clinique et thérapeutique]. (MM. Joffroy, président; Achard, Dupré et Carnot.) — M. Kruyt. Traitement psychothérapeutique de la morphinomanie [méthode de Joffroy]. (MM. Joffroy, président ; Achard, Dupré et Carnot.) — M. Bargain. Contribution à l'étude du suicide chez les persécutés. (MM. Joffroy, président; Achard, Dupré et Carnot.) — M. Saillant. Contribution à l'étude des décubitus aigus et chroniques chez les déments paralytiques. (MM. Joffroy, président; Achard, Dupré et Carnot.)

Mercredi 19 juillet 1905. — M. Cousin. Des éruptions consécutives aux injections de sérum antidiphtérique et de leur traitement prophylactique par l'ingestion de chlorure de calcium. (MM. Hayem, président; Landouzy, Teissier et Marcel Labbé.) — M. Robert. Syphilis de la rate. (MM. Hayem, président ; Landouzy, Teissier et Marcel Labbé.) — M. André. De l'influence du climat dans le traitement des tuberculeux. (MM. Landouzy, président ; Hayem, Teissier et Marcel Labbé.) — M. Inda. Des dangers de la suralimentation chez le nourrisson. (MM. Landouzy, président ; Hayem, Tessier et Marcel Labbé.) — M. Bomby. Le caféisme. (MM. Pouchet, président; Dejerine, Desgrez et Richaud.) — M. Wickersheimer. La médecine et les médecins en France à l'époque de la Renaissance. (MM. Pouchet, président ; Dejerine, Desgrez et Richaud.) — Mlle Albinder. Action antiémétique et eupeptique du citrate de soude chez les eourrissons. (MM. Pouchet, président; Dejerine, Desgrez et Richaud.) M. de la Foulhouze. Les injections intra-trachéales d'huile goménolée dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (MM. Brissaud, président; Gaucher, Claude et Macaigne.) — M. Nicolaevici. Le délire dans les maladies infectieuses. (MM. Brissaud, président ; Gaucher, Claude et Macaigne.) — M. Vaudet. Technique précise de radiothérapie. (MM. Gaucher, président; Brissaud, Claude et Macaigne.) — M. Spiral. Etude sur les essais d'inoculation peladique à l'homme. (MM. Gaucher, président; Brissaud, Claude et Macaigne.) — M. Longuet. Le xylol dans le traitement de la variole. (MM. Roger, président; Achard, Legry et Balthazard.) — M. Guillot. Traitement du catarrhe tubaire et tubo-tympanique par l'air chaud. (MM. Roger, président; Achard, Legry et Balthazard.) — M. Zaguelmann. Contribution à l'épidémiologie et à la bactériologie de la méningite cérébro-sinale épidémique. (MM. Roger, président ; Achard, Legry et Balthazard.) — M. Aubertin. Des réactions sanguines dans les anémies graves. (MM. Roger, président ; Achard, Legry et Balthazard.)

SUR

LES RAPPORTS DE LA GOUTTE ET DU RHUMATISME CHRONIQUE

Par MM. COURTOIS-SUFFIT,
Médecin de l'hôpital Dubois
et BEAUFUMÉ,
Interne des hôpitaux de Paris.

Il est de règle que la goutte s'accompagne plus ou moins rapidement de déformations, surtout au niveau des extrémités. Ces déformations sont bien connues : les doigts en particulier prennent tantôt un aspect moniliforme, tantôt un aspect régulièrement fusiforme. D'ailleurs si un doute pouvait exister sur la nature de ces déformations, la recherche des antécédents et surtout la constatation de tophus en un point quelconque de l'organisme viendrait assurer le diagnostic. Il est, du reste, classique d'admettre qu'en cas d'hésitation entre la goutte articulaire chronique et le rhumatisme chronique osseux, *la présence des tophus est pathognomonique de la goutte* (1).

Pourtant, il est encore une variété de déformations, exceptionnelle à la vérité, qui se rencontre chez des goutteux et que les auteurs considèrent comme de nature goutteuse, en raison surtout du principe que nous venons d'énoncer. Cette variété rappelle de tous points les déformations articulaires du rhumatisme chronique, et si le critérium fourni par la présence des tophus n'existait pas, à ne voir que l'aspect des extrémités, il serait impossible de ne pas penser aussitôt que l'on se trouve en face d'un cas type de rhumatisme chronique. Lecorché, en particulier, dans son *Traité de la goutte*, rapporte deux observations semblables dans lesquelles les déviations et les déformations des mains ne différaient en rien de celles décrites par Charcot dans le rhumatisme déformant; mais comme elles s'accompagnaient de tophus multiples, il les met sur le compte de la goutte.

Ce n'est pas d'ailleurs une question récente que celle des rapports réciproques de la goutte et du rhumatisme chronique. Depuis le jour où ces deux affections furent séparées, la plupart des auteurs ont observé des cas ne rentrant pas par tous leurs détails dans les cadres classiques et se rapprochant tantôt plus de la goutte, tantôt plus du rhumatisme chronique, tantôt semblant emprunter des caractères à ces deux affections. Aussi dès le début du XIXe siècle, un vocable nouveau fut-il créé dans le but de classer ces faits : nous voulons parler de la dénomination de *rhumatisme goutteux*, terme à double entente qui fit fortune, mais dont la signification n'a jamais été bien précise.

Toutefois quelques auteurs, Rodamel, Scudamore avaient déjà émis l'opinion que chez le même malade il pouvait parfois y avoir coexistence de goutte et de rhumatisme chronique. Leurs voix sont presque restées sans écho, car leur opinion n'était basée que sur l'aspect extérieur des déformations. L'anatomie pathologique pourrait sans aucun doute fournir des renseignements précieux pour résoudre cette question : mais les cas que nous envisageons sont exceptionnels et, d'autre part, on sait la presque impossibilité où l'on se trouve de prélever un fragment de membre, au cours d'une autopsie.

A l'occasion d'un fait que nous venons d'observer, nous avons pensé que la radiographie pourrait peut-être être d'un utile secours et apporter quelque éclaircissement nouveau. En effet, chez un malade qui présentait des tophus types et des déformations classiques des extrémités rappelant absolument celles du rhumatisme chronique, nous avons cru pouvoir affirmer chez ce malade, d'après les épreuves radiographiques, la coexistence de la goutte et du rhumatisme chronique déformant. Nous allons d'abord rapporter cette observation; nous la ferons suivre de quelques commentaires.

Le nommé Alexis C..., âgé de trente-six ans, charbonnier-marchand de vins, entre le 7 février 1905 à l'hôpital Dubois, parce qu'il est atteint d'œdème des membres inférieurs et d'albuminurie.

Son père, qui fut chauve dès vingt-cinq ans, mourut à quarante-huit ans après une année de maladie indéterminée, avec ascite et œdème des membres inférieurs. Sa mère, sujette à de fréquentes migraines, mourut à trente-cinq ans après quinze jours d'alitement.

Deux oncles paternels sont morts âgés, de cause inconnue; deux autres oncles paternels sont encore vivants et bien portants; mais tous les quatre, quoique très velus, ont été chauves environ au même âge, vers vingt-cinq ans.

Dans les antécédents personnels du malade on note la coqueluche à sept ans. Il fut soldat pendant trois ans et eut au régiment un ictère catarrhal bénin. Ni blennorragie, ni syphilis, ni paludisme. Pas d'eczéma, pas de migraines, pas de coliques hépatiques ni néphrétiques, pas d'obésité, pas d'hémorrhoïdes ; les cheveux sont grisonnants et depuis quelques années une tonsure est apparue. Il boit régulièrement chaque jour, depuis une douzaine d'années, deux litres de vin ordinaire et quelques verres de vins fins; néanmoins il ne présente aucun signe apparent d'intoxication alcoolique. Célibataire.

Au mois de mars 1896, en soulevant un sac de charbon, il se fit une entorse du cou-de-pied gauche, dont il souffrit quinze jours sans s'aliter; quelques jours après le début de cette entorse, le cou-de-pied droit, sans cause apparente, devint également douloureux et tuméfié pendant une dizaine de jours.

En février 1897, douleurs très vives, continues jour et nuit, accompagnées de tuméfaction et de rougeur, ayant duré quinze jours, au niveau des articulations métatarso-phalangiennes du pied gauche, sans prédominance spéciale au niveau de l'articulation du gros orteil.

Le 15 avril 1898, vers six heures du soir, picotements à la plante des deux pieds; vers minuit le malade est réveillé par une douleur atroce siégeant aux articulations métatarso-phalangiennes des deux gros orteils droit et gauche; en même temps rougeur et enflure; ces douleurs persistèrent une semaine avec des exacerbations chaque nuit, accompagnées d'une légère fièvre et de sueurs généralisées très abondantes. Après disparition de ces douleurs, les pieds, les cou-de-pieds

(1) *Traité de médecine* de Brouardel et Gilbert, t. III, p. 370.

et les jambes furent légèrement œdématiés, surtout le soir, à la fin de la journée, pendant environ six mois.

Vers septembre 1899, le membre inférieur gauche devint tout à coup gros et douloureux au pli du jarret et dans l'aine; les douleurs disparurent rapidement, mais la tuméfaction très prononcée de tout le membre pendant un mois et demi semble devoir être rapportée à une phlegmatia alba dolens.

En janvier 1900, pendant une semaine, très violentes douleurs lancinantes au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes et phalangiennes des trois derniers doigts de la main droite.

En juillet 1900, douleurs vives avec rougeur et tuméfaction pendant quinze jours au niveau des deux poignets, des articulations métacarpo-phalangiennes et de quelques articulations des doigts; impossibilité de se servir des mains même pour porter les aliments à la bouche.

En septembre 1900, un matin et presque subitement, étant occupé à laver des bouteilles dans de l'eau froide, le malade ressentit une raideur inaccoutumée dans les deux mains, mais sans véritable douleur. Depuis cette époque, cette raideur a persisté et s'est accentuée progressivement. C'est à cette date aussi que le malade rapporte le début des déformations de ses extrémités.

Depuis 1900, aucun accès douloureux véritable; cependant, de temps en temps, surviennent, pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, quelques douleurs erratiques avec coloration rosée des téguments au niveau des articulations des mains ou des pieds.

D'autre part, dès 1897, sont apparus aux deux oreilles des tophus dont le malade s'est aperçu en se regardant dans une glace. En 1902, des tophus se sont montrés aux doigts des deux mains, et depuis quelques mois aux deux coudes; un gros tophus s'est ulcéré il y a deux mois au coude droit. Depuis deux ou trois ans, souvent les pieds et les jambes sont gonflés après la fatigue de la journée, et le membre inférieur gauche est toujours plus volumineux. En novembre 1904, un nouveau médecin consulté constata une grande quantité d'albumine dans les urines et institua le régime lacté. Cette constatation d'une albuminurie effraya notre malade qui rapidement liquida sa maison de commerce et vint réclamer nos soins à l'hôpital Dubois.

Homme d'aspect robuste, intelligent, il présente dès son entrée à l'hôpital, le 14 février 1905, un œdème très accentué des deux membres inférieurs, mais surtout prédominant à gauche. Et on est aussitôt frappé par les déformations de ses mains qui rappellent absolument celles du rhumatisme chronique progressif classique. De plus, un rapide examen montre les nombreux tophus dont nous avons déjà parlé.

Les poumons, les plèvres, le cœur, les vaisseaux, le foie, les organes génitaux, le système nerveux, les réflexes, la sensibilité, les organes des sens sont normaux; il n'y a pas de fièvre et le pouls, régulier, bat à 68. Les reins, seuls de tous les viscères, paraissent malades, car les urines contiennent une grande quantité d'albumine; pas de polyurie (1 litre 1/2 à 2 litres), pas de pollakiurie; pas de glycosurie.

Sous l'influence du repos et du régime lacté, l'amélioration est rapide, et dès le 20 février le lever est autorisé pendant quelque temps. L'analyse des urines des 19-20 février donne les résultats suivants :

Volume (vingt-quatre heures)....	1 700^{cc}
Densité	1 013
Couleur......................	jaune foncé.
Réaction	acide.
Urée..................	21^{g}77
Acide urique.......	0^{g}78
Chlorure de sodium......... ..	7^{g}95
Phosphates.......	1^{g}36
Albumine	0^{g}17

L'examen du sang donne 3 740 000 globules rouges et 7 380 globules blancs par millimètre cube. Le pourcentage des variétés de globules blancs montre qu'il existe pour 100 leucocytes :

Polynucléaires.........................	83
Gros mononucléaires..................	12
Petits mononucléaires..................	5
Pas d'éosinophiles.	

Le 22 février, ponction lombaire : liquide céphalo-rachidien très limpide, coulant goutte à goutte; après centrifugation, pas de leucocytose appréciable.

Le 23 février, on ordonne des bains sulfureux tous les deux jours, et le malade est mis au régime des citrons à dose croissante.

Le 28 février, le malade est très amélioré; on procède alors à l'examen détaillé des symptômes chroniques qu'il présente, tophus et déformations.

Les *tophus* sont nombreux aux deux oreilles, surtout au

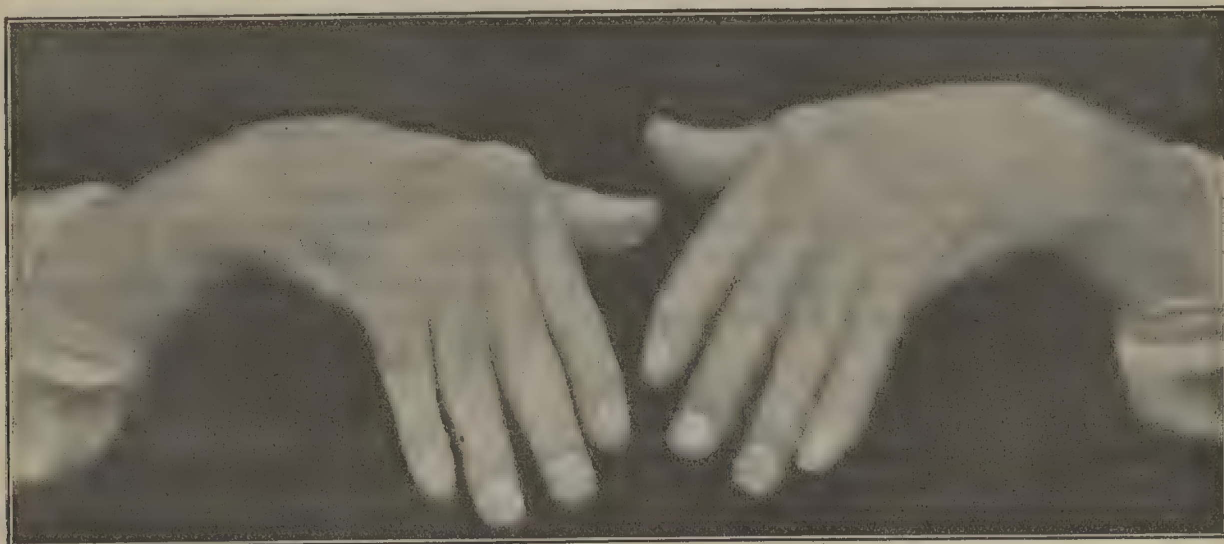


Fig. 1.

niveau de l'hélix et de l'enthélix; ils varient d'une tête d'épingle à celui d'un petit pois. Tophus aux deux coudes, surtout à droite, où existe une grosse masse crayeuse étalée, irrégulière, au niveau de la bourse séreuse rétro-olécranienne. Tophus nombreux du volume d'une petite lentille à celui d'un pois aux deux mains, surtout à la face palmaire des doigts et non au niveau des jointures; deux tophus à la face dorsale de la main droite. Enfin, trois petits tophus au-devant de la rotule droite. Aucun tophus aux deux pieds.

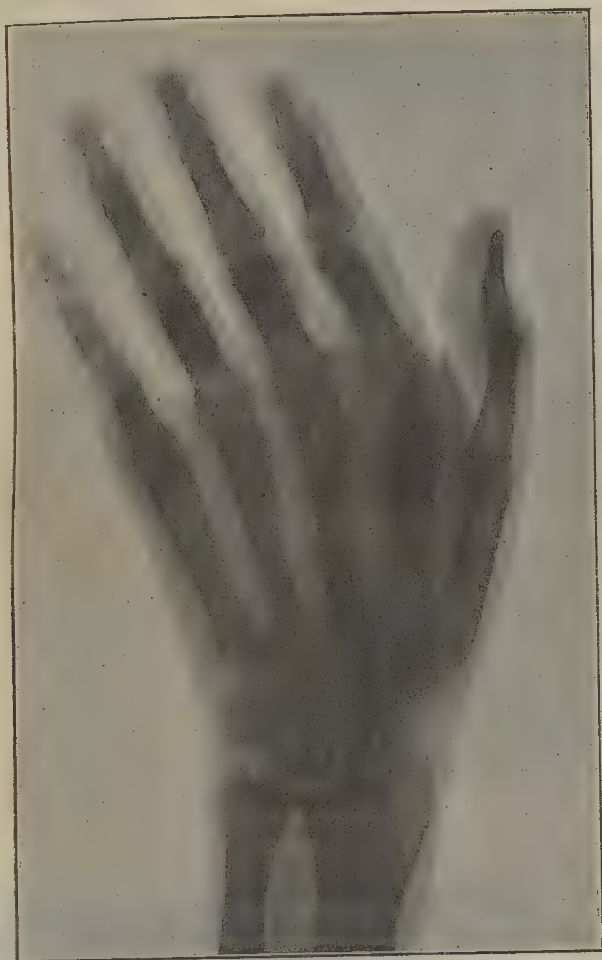


Fig. 2



Fig. 3.

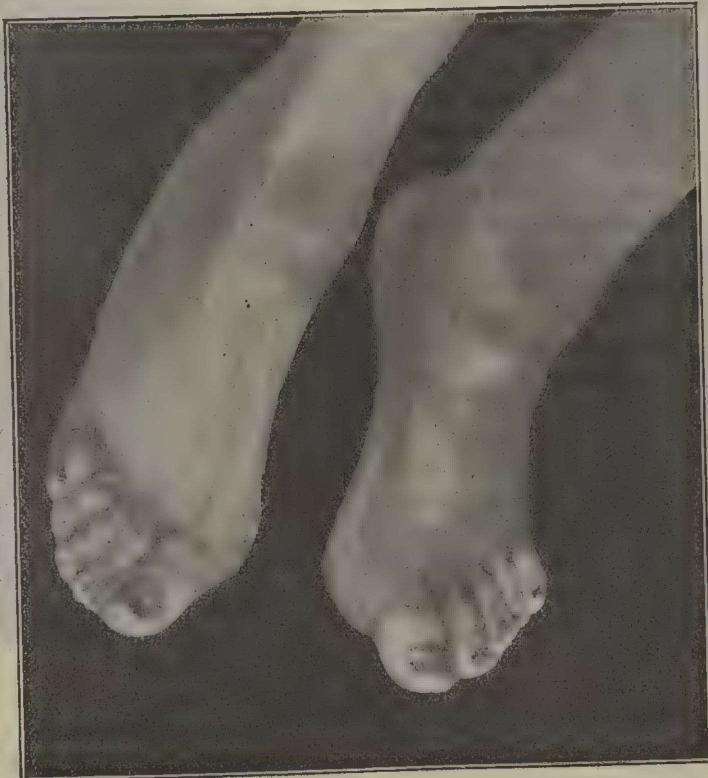


Fig. 4.

Les *déformations* portent sur les mains, les pieds et le genou gauche.

Aux deux mains (fig. 1, 2 et 3), les déformations sont à peu près semblables et ont les caractères suivants qui sont absolument analogues au type classique de flexion du rhumatisme chronique progressif :

1° Inclinaison en masse des doigts vers le bord cubital de la main;

2° Flexion presque à angle droit des phalanges des quatre derniers doigts sur les métacarpiens; les doigts ne peuvent être étendus complètement sur le métacarpe, et il existe d'ailleurs, des deux côtés, une rétraction assez prononcée de l'aponévrose palmaire;

3° Extension de toutes les phalanges, sauf une légère flexion des phalangettes sur les phalangines de l'index et du médius droits, et de l'index, du médius et de l'annulaire gauches;

4° Légère concavité au niveau de la face dorsale des articulations des phalanges avec les phalangines des quatre derniers doigts, à laquelle correspond une convexité palmaire. Par contre, légère convexité au niveau de la face dorsale des articulations des phalangines avec les phalangettes, sauf pour l'auriculaire gauche. Les extrémités osseuses de l'articulation de la première phalange des pouces avec

la deuxième paraissent plus volumineuses que normalement. Pas d'ankylose totale des articulations des phalanges, sauf entre la phalangine et la phalangette de l'index gauche, mais raideur prononcée au niveau de la plupart d'entre elles; les mains sont dans l'impossibilité de se fermer complètement et de presser fortement un objet; il existe d'ailleurs une atrophie musculaire sensible des muscles de la main et des avant-bras. Les avant-bras sont en pronation et les



Fig. 5.

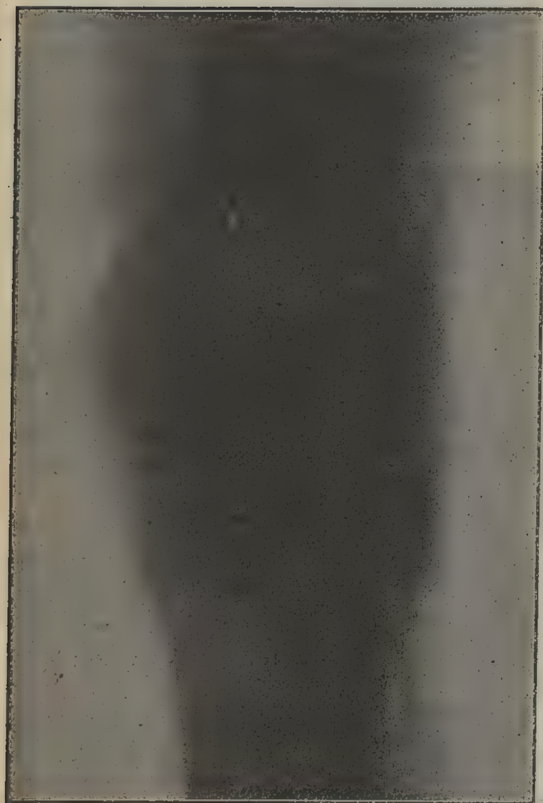


Fig. 6.

coudes en demi-flexion.

Aux deux pieds (fig. 4 et 5), tous les orteils sont fortement en extension et très déviés en dehors; la tête du premier métatarsien est saillante de chaque côté; atrophie manifeste des muscles des jambes. La marche est pénible.

Le genou gauche (fig. 6 et 7) est plus volumineux que le droit; l'extrémité inférieure du fémur est tuméfiée et saillante au niveau du condyle interne; pas de craquements articulaires, mais raideur prononcée de la jointure.

En somme, d'après la clinique, le malade dont nous venons de rapporter l'observation présentait donc des symptômes à la fois de goutte chronique et de rhumatisme chronique déformant. La radiographie nous a montré nettement que les déformations devaient être mises sur le compte du rhumatisme chronique et non pas de la goutte. Les tophus, en effet, restent transparents aux rayons X, de même que les dépôts

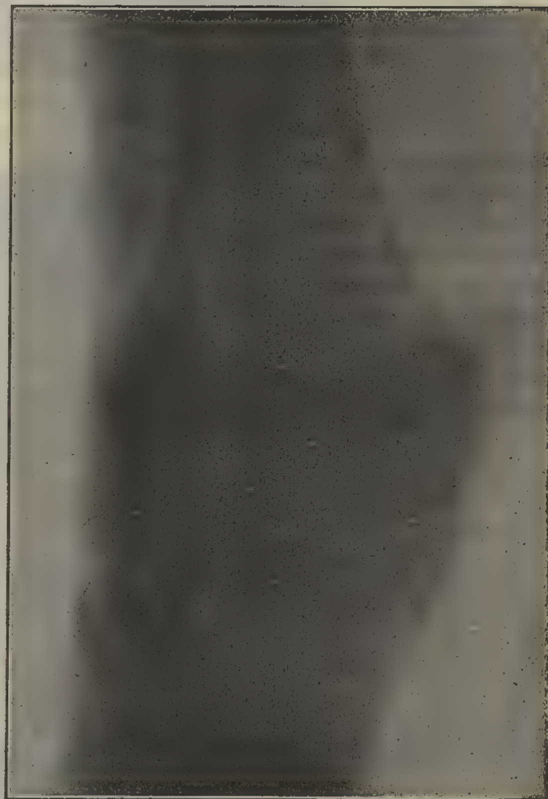


Fig. 7.

d'urate de soude articulaires ou osseux. Or, si les tophus n'apparaissent pas sur nos épreuves radiographiques, pas plus d'ailleurs qu'il n'existe de taches claires au niveau des os, indices de dépôts uratiques, par contre les radiographies nous montrent les caractères du rhumatisme chronique déformant tels qu'ils ont été signalés par MM. Barjon et Destot, bien que nous devions faire remarquer que les déformations de notre malade n'étaient encore arrivées qu'à un degré moyen.

Au niveau des mains, les premières phalanges dont l'extrémité carpienne est légèrement hypertrophiée ont des bords flous ; il existe des subluxations externes au niveau des articulations des premières phalanges des deux premiers doigts avec les métacarpiens; les phalanges de chaque doigt ne sont pas exactement dans un même axe longitudinal; les phalangines des deux index ont subi une sorte de mouvement de torsion en dedans; la phalangine et la phalangette de l'index gauche sont soudées; certains interlignes articulaires des phalanges sont moins clairs que normalement.

Au niveau des pieds, les lésions sont plus caractéristiques. Les phalanges sont déviées en masse vers le bord externe et la tête des premiers métatarsiens fait une forte saillie en dedans ; il existe des subluxations en dehors des premières phalanges sur les métatarsiens; la plupart des phalanges sont soudées entre elles; les extrémités osseuses antérieures de la plupart des métatarsiens et celles de certaines phalanges sont raréfiées, et leurs contours sont flous, empâtés.

Enfin, au niveau du genou gauche, l'extrémité inférieure du fémur est augmentée de volume, surtout au niveau du condyle interne.

En résumé, d'après ces diverses constatations, il nous semble donc logique d'admettre qu'en présence de déformation chez un goutteux, ces déformations ne doivent pas être toujours mises sur le compte de la goutte. Dans des cas exceptionnels, analogues au nôtre, ces déformations peuvent reconnaître comme cause le rhumatisme chronique. Dès lors, on se trouve en présence chez le même individu de deux affections différentes évoluant côte à côte, mais chacune pour son propre compte. La clinique faisait soupçonner qu'il pouvait en être ainsi : la radiographie prouve désormais que goutte et rhumatisme chronique déformant coexistent parfois.

LA DIARRHÉE SIMPLE

FORME LARVÉE DE LA DYSENTERIE BACILLAIRE

Par M. Ch. DOPTER,

Médecin-major de deuxième classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Il est de notion courante que les diarrhées saisonnières sont liées à un processus infectieux banal ou bien relèvent d'infections spécifiques atténuées, telles que par exemple la fièvre typhoïde et le choléra, il en est de même pour la dysenterie dont la diarrhée peut n'être qu'une forme fruste, avortée. La nature dysentérique de certaines diarrhées a pu en effet être affirmée, à la faveur de nombreuses relations épidémiologiques.

Quand on assiste à une épidémie de dysenterie, les cas avérés sont toujours précédés par des atteintes de diarrhée simple ; puis l'épidémie bat son plein, et à côté de cas d'intensité variable, prend place un certain nombre de flux intestinaux d'apparence banale ; enfin l'épidémie est sur son déclin, la gravité des cas s'atténue de plus en plus au fur et à mesure qu'ils s'espacent; parmi eux les atteintes diarrhéiques se montrent toujours, accompagnant et suivant quelque temps encore la bouffée épidémique qui s'est produite.

Partout donc où apparaît la dysenterie, on retrouve la diarrhée ; en certaines épidémies même, les cas de diarrhée sont en nombre supérieur à ceux de la dysenterie véritable. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'on a pu penser que le flux intestinal banal ouvrait seulement la porte à la dysenterie ; celle-ci viendrait ainsi se greffer sur un intestin prédisposé par l'inflammation catarrhale dont il était préalablement le siège.

Mais dans ces épidémies, un autre caractère est à relever : c'est que souvent les groupes d'individus atteints par la dysenterie sont précisément les mêmes qui présentent de la diarrhée, alors que les groupes voisins soumis à des conditions extrinsèques et saisonnières identiques, restent indemnes de l'une et de l'autre. Enfin ces diarrhées sont douées du pouvoir de transmissibilité : en observant le début des épidémies, on peut constater qu'un dysentérique était voisin de lit d'un diarrhéique, et a été vraisemblablement contaminé par ce dernier. En établissant la statistique localiste des cas qui ont sévi dans une chambrée militaire, j'ai pu me rendre compte de la réalité du fait. Récemment, O. Lentz déclarait que les sujets atteints de ces formes larvées, évoluant sans symptômes bruyants, arrivant dans une localité indemne, étaient parfois le point de départ d'une épidémie de dysenterie.

D'ailleurs, en envisageant exclusivement au point de vue clinique les cas multiples de l'une et de l'autre qui se présentent au cours d'une épidémie dysentérique, il est difficile, sinon impossible d'élever une barrière entre les cas de diarrhée simple, de diarrhée muqueuse, de selles glaireuses, mucoso-sanglantes, sanglantes, etc.; entre les extrêmes, il y a place pour tous les intermédiaires.

Pour toutes ces raisons, on était en droit de penser que ces atteintes bâtardes, paraissant d'ordre banal, traduisaient, aussi bien que la dysenterie, l'état inflammatoire du gros intestin, produit par l'action spécifique du bacille dysentérique, découvert par Chantemesse et Widal en 1888. Et cependant cette notion n'était appuyée, il y a quelque temps encore, par aucun contrôle bactériologique.

Mais, tout récemment Jürgens (1), étudiant une épidémie de dysenterie qui sévit au camp de Gruppe en 1903, soumit 25 cas de diarrhée simple à l'examen

(1) Jürgens. *Zeits. f. klin. Med.*, 1904, vol. LI.

bactériologique. Ses recherches concernant l'isolement du bacille dysentérique des matières fécales restèrent négatives; mais dans 21 cas, le sérum fut trouvé agglutinant pour ce germe. MM. Braun, Roussel et Job (1), dans 3 cas observés au cours de l'épidémie lyonnaise de 1904, décelèrent cette agglutination.

Enfin l'été dernier et cette année encore, j'ai poursuivi ces mêmes recherches sur 11 cas d'allure et d'intensité différentes, observés en plein milieu épidémique.

Sept d'entre eux étaient particulièrement bénins; il s'agissait de diarrhée simple, profuse (10 à 12 selles par jour), accompagnée de coliques, de tranchées intermittentes sans ténesme bien marqué; ces phénomènes rétrocédèrent rapidement en trois à quatre jours au plus. Chez tous, la séro-réaction resta négative, une seule fois le bacille dysentérique put être isolé à l'aide du milieu de Drigalski.

En ce qui concerne les quatre autres, les symptômes diarrhéiques étaient encore seuls observés; aucune trace de sang n'était et n'avait jamais été perceptible dans les matières fécales; douleurs abdominales et ténesme léger. Ces cas, rebelles aux traitements ordinaires, se faisaient remarquer par leur durée très prolongée, pendant quinze jours pour deux d'entre eux, pendant vingt et un jours pour le troisième et pendant vingt-cinq jours pour le quatrième; les malades avaient présenté 10 à 15 selles par jour. Dans ces cas, le bacille a été isolé une seule fois, mais la séro-réaction a été trouvée positive pour tous, variant entre 1/50 et 1/100, dans tous encore la sensibilisatrice spécifique (2) a été décelée dans le sérum, alors que dans les atteintes de la première catégorie, elle était absente. Enfin la sérothérapie antidysentérique les a jugulés rapidement en deux à cinq jours.

L'agglutination, la présence de la sensibilisatrice spécifique, et en deux cas l'existence du bacille dysentérique dans les selles fournissent donc la preuve la plus éclatante de la spécificité dysentérique de ces diarrhées, véritables dysenteries avortées, dont on n'avait alors déterminé qu'hypothétiquement la nature. Pour trois des cas étudiés, le contrôle bactériologique est cependant resté muet; mais en raison de leur bénignité, de leur durée éphémère et de l'extrême difficulté de l'isolement du germe dans des selles fécaloïdes, ils ne peuvent contribuer à infirmer les résultats positifs obtenus dans les autres.

La confirmation de ces faits de dysenterie larvée ne manifestant leur existence que par une diarrhée muqueuse, ou même simple, n'est pas dénuée d'intérêt. Elle est de nature à dicter vis-à-vis d'eux des mesures prophylactiques identiques à celles que réclame l'éclosion des dysenteries les mieux caractérisées; comme ces dernières, ces diarrhées sèment la contagion dans les milieux extérieurs; elles sont, même à cet égard, plus dangereuses, car elles passent plus facilement inaperçues et leur nature reste habituellement méconnue.

(1) Brany, Roussel et Job. *Lyon méd.*, 1er janv. 1905.
(2) Dopter. Soc. de biol., févr. 1905.

Mais la base essentielle et primordiale de cette prophylaxie doit résider dans un diagnostic des plus rigoureux; or, la clinique ne fournit que des moyens bien insuffisants pour aider à déceler ces cas frustes.

Si ces atteintes diarrhéiques surviennent en milieu épidémique, et sont encadrées par les cas de dysenterie avérée, il est aisé de les dépister et d'agir contre leur pouvoir de transmissibilité; mais si l'on assiste aux premiers cas qui précèdent et annoncent l'épidémie, ou bien encore s'ils restent isolés, à la façon des cas sporadiques, le clinicien éprouvera les plus grandes difficultés pour les reconnaître. Rien ne pourra le conduire sur la voie du diagnostic dans les cas légers et bénins; il pourra en soupçonner la nature s'il se trouve en présence d'atteintes prolongées, surtout quand elles prennent un caractère de gravité assez accentué, aboutissant à un état d'algidité inquiétant avec pouls filiforme et rapide, comme chez un malade que j'ai eu l'occasion d'observer récemment dans mon service, et qui n'a jamais présenté que des selles diarrhéiques. Et encore, en pareil cas, est-ce bien de dysenterie qu'il s'agit, ou de toute autre infection spécifique? C'est ce que la clinique est le plus souvent impuissante à démontrer.

Il n'en n'est pas de même de l'examen bactériologique qui, mais en certains cas seulement, pourra donner d'utiles renseignements.

L'épreuve qui semble constituer le critérium de la nature dysentérique du cas observé, est l'*isolement du bacille spécifique*, mais cette recherche est hérissée de difficultés; facile dans les cas de dysenterie franche, elle devient peu aisée quand les selles présentent le caractère fécaloïde, même quand on emploie le procédé de Digalski, qui donne, on l'espèce, les meilleurs résultats: Jürgens, sur 25 cas, n'a pu l'obtenir; on a vu que sur 11 cas, je n'ai pu arriver à l'isoler que, deux fois, et encore dois-je avouer avoir été particulièrement favorisé par un heureux hasard.

D'une façon générale, le praticien ne devra compter que bien rarement sur un résultat positif obtenu avec cette recherche.

La *séro-réaction* sera davantage capable de le renseigner, et encore dans certaines limites.

Dans les cas de diarrhée éphémère, même de nature dysentérique, l'agglutination restera négative; dans les cas de dysenterie vraie, en effet, la séro-réaction ne devient positive que vers le septième ou le huitième jour de la maladie, et encore faut-il que l'atteinte soit au moins de moyenne intensité. Tout autres cependant seront les résultats si la diarrhée se prolonge dix, quinze jours et plus; le sérum pourra alors acquérir des propriétés agglutinatives, en raison de la longue imprégnation de l'organisme par le germe spécifique et sa toxine; dans ce cas, la séro-diagnostic reprend donc tous ses droits.

En se plaçant au point de vue pratique, le bacille n'ayant pu être isolé des selles, cette séro-réaction devra être effectuée en même temps sur les types connus de bacille dysentérique (Shiga et Flexner); tous deux, on le sait, présentent habituellement une agglutinabilité différente avec un même sérum de malade.

Tels sont les moyens qui permettront de poser un diagnostic ferme; si les résultats qu'ils donnent sont négatifs, la nature dysentérique de ces cas de diarrhées ne devra pas être éliminée; et en présence de diarrhées survenant en milieu épidémique, la conduite à tenir ne devra pas différer de celle que dictent les cas de dysenterie avérée. S'il s'agit de cas isolés, observés surtout au moment de la période estivale, ils devront être tenus pour suspects et exigeront les mêmes mesures. C'est ainsi que le médecin pourra arriver à éteindre des foyers épidémiques de dysenterie, qui, commençant par des formes atténuées, larvées, pourraient se continuer par des cas avérés, dont la gravité s'accuse au fur et à mesure que les atteintes deviennent plus denses.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 7 juillet 1905)

Un cas de pancréatite ourlienne avec autopsie. — MM. Lemoine et Lepasset rapportent une observation intéressante en ce que les lésions du pancréas sont, dans ce cas, pour la première fois décrites. Le pancréas était hypertrophié; les lésions histologiques consistaient en une hypertrophie des acini glandulaires et des éléments cellulaires qui le composent avec phénomènes de dégénérescence du protoplasma et du noyau. Les îlots de Langerhans étaient au contraire plus petits que normalement.

Du mode d'élimination du chlorure de sodium chez les cardiaques en dehors des périodes d'asystolie. — MM. Vaquez et Digne démontrent que l'épreuve de la chloruration alimentaire constitue chez ces malades une excellente méthode de recherche lorsque l'on veut se rendre compte du bilan de la résistance cardiaque. Bien avant la période de l'asystolie elle peut nous renseigner sur le degré de l'insuffisance cardiaque et devenir à cet égard un moyen précieux de diagnostic et de pronostic.

Sur deux cas d'exostoses ostéogéniques multiples. — MM. Pierre Marie, André Leri et Faure-Beaulieu présentent deux malades atteints d'exostoses ostéogéniques multiples. Les exostoses siègent non seulement aux extrémités articulaires, mais encore assez loin des épiphyses sur certains os; elles seraient donc non seulement d'origine cartilagineuse, mais sans doute aussi d'origine périostique. Ces exostoses sont accompagnées de déformations des os qui ont été décrites par certains auteurs comme des déformations rachitiques : or chez un de ces malades ces formations isolées s'étaient produites à l'âge de treize ou quatorze ans et s'accentuaient encore à l'âge de trente-cinq ans; elles n'étaient donc pas rachitiques.

Dans les deux cas il n'y avait aucune hérédité, quoique la maladie soit considérée comme presque toujours héréditaire. L'évolution a été extrêmement rapide chez l'un des malades, terminée dans la première année; elle est extrêmement lente chez l'autre et se continue à l'âge de trente-cinq ans; d'après toutes les descriptions faites jusqu'ici, cette affection évoluerait au contraire pendant tout le temps du développement du squelette et s'arrêterait quand ce développement est terminé.

La radiographie a montré qu'il s'agissait du tissu osseux spongieux; tous les traitements sont restés impuissants, l'un des malades a été obligé de se faire opérer plusieurs fois.

MM. Teissier et Dénéchau présentent un malade atteint **d'exostoses ostéogéniques.**

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 1er juillet 1905 [*fin*])

Sur la présence de gros blocs graisseux coalescents dans les capillaires sanguins du poumon normal. — MM. A. Gilbert et J. Jomier ont rencontré, presque constamment, sur 20 chiens soumis à un régime normal, de gros blocs graisseux pouvant atteindre plus de 200 μ de diamètre, arrêtés dans les capillaires du poumon et formant là de véritables embolies. Le procédé d'adipopexie par embolisation graisseuse physiologique, signalé précédemment par les auteurs au niveau du foie, où il atteint un haut degré, n'appartient donc pas seulement à ce dernier organe; le poumon l'emploie également, quoique d'une façon plus discrète, particularité qui peut offrir une certaine importance, surtout au point de vue médico-légal.

Contribution à l'étude de la leucémie myéloïde du chien. — MM. P. Emile-Weil et A. Clerc relatent l'observation d'un chien porteur d'adénopathies multiples, à l'autopsie duquel on trouva une hyperplasie de la moelle, du foie, de la rate et des ganglions. Le tissu de nouvelle formation était constitué par les proliférations des myélocites basophiles non granuleux ou cellules de Türk.

La leucocytose, de type leucémique, puisqu'elle atteignait le chiffre de 175000, portait principalement sur les polynucléaires qu'on rencontait dans la proportion de 93 p. 100. Il n'existait pas de myélocites granuleux, les hématies nucléées, les éosinophiles et les cellules de Türk étaient d'une extrême rareté. Cette discordance entre la formule hémoleucocytaire et le type cellulaire des lymphadénodymes ne s'observe pas en pathologie humaine. Elle pourrait peut-être s'expliquer soit par l'influence d'une infection secondaire, soit par la transformation directe, dans le sang, de la cellule de Türk en polynucléaire. En somme, l'observation précédente, jointe à une autre déjà publiée, permet de conclure qu'il existe chez le chien une leucémie myéloïde à polynucléaires, mais où l'hyperplasie des organes se fait suivant le type de la cellule de Türk, à l'exclusion de tout autre.

Action catalytique du foie et du pancréas. — Pour M. Iscovesco, le pancréas n'a aucune action catalytique sur l'eau oxygénée, mais exagère l'action du foie. Cette exagération atteint son maximum quand on opère sur des doses égales d'extrait pancréatique et hépatique.

Quoique le pancréas ne contienne pas de catalase, le suc pancréatique en contient, mais son action se rapproche des actions pseudocatalytiques.

L'arsenic colloïdal paralyse la catalase hépatique. Il y a des proportions paralytiques optima.

Autres communications :

Méthode de coloration élective du tissu conjonctif, par M. Curtis.

Sur un procédé de coloration rapide du spirochaete pallida, par MM. Broca et Vasilescu.

Eosinophilie consécutive à l'ablation de la rate chez l'homme, par M. Moynier de Villepoix.

Modifications subies dans l'estomac par les solutions concentrées de sels stables à action purgative, par M. Lœper.

Mécanisme de l'action intestinale des solutions salines purgatives, par M. Lœper.

La douleur et la fatigue, par M. Féré.

Le bâillement, par M. Féré.

Présence d'oxyde de carbone dans le sang des anémiques, par MM. Lépine et Boulud.

Eosinophilie locale dans les kystes hydatiques, par M. Dévé.

Mouvements fébriles nocturnes méconnus, par M. Maurel.

CORRESPONDANCE

Lille, 29 juin 1905.

A Monsieur le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

En réponse à la lettre de M. Möbius qui paraît aujourd'hui dans votre journal, au sujet de mon article sur « l'Akinesia algera », je vous serais reconnaissant de porter les lignes suivantes à la connaissance de vos lecteurs :

1° J'ai écrit que M. Möbius a reparlé de la maladie en question le 24 février 1895 à la *Société de neurologie de Moscou*. L'auteur nous fait savoir que c'est inexact. Il y a donc certainement une erreur de fait, mais elle n'est imputable ni à lui, ni à moi. Effectivement, le compte rendu de la séance du 24 février 1895 de la *Société de neurologie et de psychiâtrie de Moscou* a été donné en français par la *Revue neurologique* (30 juin 1895, t. III, p. 362 et 363, Masson, éditeur). Il y a là une page entière sous le titre : « Akinesia algera », par Möbius. C'est évidemment une erreur, je le répète, mais elle date de dix années et n'est point de mon fait, la *Revue neurologique* étant, comme chacun sait, un recueil très sérieux auquel on peut se fier : pourtant une confusion quelconque est possible là comme ailleurs. Pour ma part, je ne pouvais que signaler une importante communication dont l'existence m'était révélée par cette Revue;

2° M. Möbius est vraiment peiné de ce que je n'aie pas connu son troisième mémoire. Or, celui-ci n'est pas titré « akinesia » comme les deux premiers que j'ai analysés, mais il se trouve dans le tome II des *Contributions à la neurologie* de l'auteur parues à Leipzig en 1894 chez Barth. L'absence de titre spécial constitue d'abord une difficulté capitale pour toute bibliographie. Mais je dois dire que j'étais pourtant arrivé à connaître l'existence de ce travail qui ne se trouve pas à la Bibliothèque universitaire de Lille, mais que j'aurais fait demander dans une autre Faculté si j'avais pu soupçonner que ce fût nécessaire.

Or, l'Index catalogue à l'article « Akinesia algeria « (t. II, 2e série) signale les deux premiers articles de M. Möbius que j'ai indiqués, puis ajoute : *also with additions in his Neurologisches Beiträge 1894*, c'est-à-dire : les mêmes articles avec des additions se trouvent dans le tome II des *Contributions à la neurologie*. Me demandant si ces additions étaient importantes, j'ai cherché dans la collection des *Neurologisches Centralblatt* ce qu'elles pouvaient être. Je n'y ai pas trouvé trace du tome II des *Neurologisches Beiträge*. Stompfe qui écrit en allemand un long article en 1898 ne paraît pas avoir eu connaissance de ce troisième mémoire. Vigorita, en 1903, met une bibliographie à la fin de son article : rien que les deux premiers travaux. En 1905, Chaïkevitch ne fournit que ces deux premières indications. M. Grasset, dans son livre de 1905 sur les *Centres nerveux*, p. 242, ne parle pas du troisième article. Ainsi, de quatre à dix ans après la publication du tome III des *Beiträge* de M. Möbius en Allemagne, en Italie, en Russie et en France, quatre auteurs s'occupant spécialement de la question n'en disent rien; le *Neurologisches Centralblatt* entre 1894 et 1900 ne m'a pas paru en fournir la moindre analyse. En Angleterre, on trouve un mot pour dire : les deux premiers articles se trouvent également dans les *Beiträge*, avec des additions.

Le second article ayant paru en 1892, une communication à Moscou étant signalée en 1895, j'ai cru que les additions de 1894 étaient sans doute contenues dans la communication de 1895. Il arrive que cette dernière a été faussement attribuée à M. Möbius il y a dix ans et que les additions sont autre chose. Je regrette de n'avoir pu en prendre connaissance, mais je crois pourtant qu'elles ne changent pas d'une manière essentielle les descriptions premières que M. Möbius a données de l' « Akinesia algera ».

Je vous prie de croire, mon cher confrère, à mes meilleurs sentiments.

INGELRANS.

LIVRES NOUVEAUX

La chirurgie enseignée par la stéréoscopie (1), par MM. CAMESCASSE et LEHMAN.

L'idée de MM. Camescasse et Lehman, mise à exécution par la maison Baillière, est très ingénieuse et très curieuse.

C'est la chirurgie enseignée par l'image. Alors que dans les traités de technique opératoire, les figures sont assez rares et ne représentent pas tous les temps de l'opération, si bien qu'il est toujours nécessaire de recourir à la lecture du texte qu'on voudrait parfois plus clair, ici tous les temps, toutes les manœuvres passent sous l'œil de l'observateur qui revoit toutes les précautions les plus infimes de l'opération, qui les voit particulièrement bien dans les opérations superficielles, comme la hernie. Cela vaut beaucoup mieux que le livre, cela vaut moins évidemment qu'une bonne leçon d'amphithéâtre; mais c'est presque une semblable leçon, avec possibilité de la répéter indéfiniment.



Spécimen des clichés.

Cette tentative très ingénieuse est un progrès et rendra des services au praticien qui veut se remémorer, comme à l'étudiant qui veut apprendre à comprendre ce qu'il verra à l'hôpital; c'est, d'ailleurs, apprendre en s'amusant.

Plusieurs opérations sont figurées : hernie inguinale, hystérectomie vaginale, laparotomie pour lésion unilatérale, curetage, hystéropexie abdominale, amputation du sein, amputation de jambe, appendicite, lipome, hygroma sous-tricipital.

Cette collection iconographique particulière est tout à l'honneur de la maison Baillière. CHEVRIER.

(1) 260 vues stéréoscopiques sur verre, en 10 boîtes (45 × 107). Prix : 260 francs. — *Guide des opérations courantes* (texte explicatif des 10 opérations). Un vol. de 250 p. avec 40 pl. Prix : 10 francs; — Prix de chaque plaque, séparément : 1 fr. 25; — Prix du texte explicatif de chaque opération, in-18 avec 4 pl. : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la Fête nationale, le journal ne paraîtra pas samedi.

SOMMAIRE

PREMIER-PARIS
TRAVAUX ORIGINAUX
De l'examen clinique des échanges respiratoires. Description de l'appareil, résultats cliniques, indications thérapeutiques (avec 12 fig.), par MM. Albert Robin et Maurice Binet.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Académie de médecine.
Société de chirurgie.
Société de biologie.
NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)
Endocardites aiguës. Anatomie pathologique, symptômes et diagnostic (fin).
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Paris, le 12 juillet 1905.

La Commission nommée par les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux, à l'effet d'étudier les réformes à apporter au concours de l'internat, vient de déposer son rapport.

Voici le résumé des propositions qu'elle soumet à l'approbation du corps médical des hôpitaux :

1° La Commission refuse d'établir un *programme de concours*;

2° Elle se prononce pour l'*anonymat des épreuves écrites*, lues en séance publique par un lecteur désigné spécialement;

3° Elle vote le principe de deux jurys successifs : un *jury d'admissibilité* et un *jury d'admission.*

Ces dispositions générales étant admises, la Commission établit ainsi le projet de règlement du nouveau concours.

Concours d'admissibilité. — Le jury sera composé de *six médecins* et de *six chirurgiens.*

Il y aura *deux* compositions écrites :

1° Une *composition médicale* comprenant deux copies : l'une sur une question d'*anatomie médicale* (viscères, rapports et structure), l'autre sur une question de *pathologie interne*;

2° Une *composition chirurgicale* comprenant deux copies : l'une sur une question d'*anatomie chirurgicale* (descriptive et topographique), l'autre sur une question de *pathologie externe.*

Le choix des deux ordres de questions sera arrêté et approuvé par la totalité du jury, avant chacune des deux séances d'écrit.

Ces deux compositions écrites seront faites en deux séances distinctes (*deux jours consécutifs*). Les candidats seront placés rigoureusement par ordre alphabétique dans la salle de composition et il leur sera interdit, *sous peine d'exclusion*, de changer de place après l'appel, auquel ils devront répondre de leur banc.

Les *abréviations*, quelles qu'elles soient, sont interdites.

La Commission fixe à trois heures le temps réservé à chaque composition écrite : *une première demi-heure sera consacrée à la réflexion, le temps d'écriture est fixé à deux heures et demie.*

A cet effet, le candidat trouvera à sa place un cahier de papier de couleur, revêtu d'un cachet spécial. Sur ce cahier, il pourra faire son plan et noter ses réflexions. Une demi-heure après, sera distribué un autre cahier de couleur différente et portant un cachet spécial sur chaque feuillet : sur ce second cahier, *le seul reconnu par le jury*, le candidat devra écrire sa composition.

La lecture des copies se fera devant les juges *compétents*, les médecins et les chirurgiens divisés, chacun, en deux fractions, pour l'anatomie et la pathologie. Il y aurait donc quatre jurys fonctionnant simultanément.

Mais par qui et comment seront lues ces copies? La Commission s'en remet à cet égard à la perspicacité bien connue de l'administration de l'Assistance publique.

Elle établit ensuite que :

1° Tout candidat qui n'aura pas remis les quatre copies sera éliminé et aucune copie ne sera lue ;

2° Toute copie notoirement insuffisante sera éliminatoire : la note éliminatoire sera *zéro.*

Lorsque toutes les lectures seront terminées la liste des admissibles sera publiée par ordre alphabétique, les notes devant rester ignorées jusqu'à la fin du concours de l'admission.

Concours d'admission. — Deux épreuves : l'une de *pathologie interne*, jugée par six médecins (parmi lesquels pourra figurer un aliéniste); l'autre de *pathologie externe*, jugée par quatre chirurgiens, un accoucheur (parmi les chirurgiens pourra figurer un spécialiste, laryngologiste ou ophtalmologiste).

Dans ces deux épreuves, dix minutes sont accordées pour la réflexion et dix minutes pour l'exposition.

Le concours comprend donc six épreuves; chacune d'elles comporte une notation de 20 points comme maximum.

Tel est l'ensemble du projet, sur lequel est appelé à se prononcer le corps médical des hôpitaux, nous nous permettrons de l'apprécier dans un de nos prochains numéros.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — A la suite du concours qui vient de se terminer sont nommés internes : à Chardon-Lagache, M. Rimbert; à Brévannes, MM. Bourdier et Albert Bezançon; à Hendaye, M. Delapchier.

TABLEAUX D'AVANCEMENT. — Le *Journal officiel* du 12 juillet 1903 publie les tableaux d'avancement pour l'année 1905 du corps de santé militaire (réserve et territoriale).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Clado (de Paris), qui a succombé aux suites d'une piqûre anatomique.

DE L'EXAMEN CLINIQUE

DES

ÉCHANGES RESPIRATOIRES

DESCRIPTION DE L'APPAREIL

RÉSULTATS CLINIQUES. — INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Par Albert ROBIN et Maurice BINET.

PREMIÈRE PARTIE

TECHNIQUE DE L'EXAMEN CLINIQUE DES ÉCHANGES RESPIRATOIRES

En collaboration avec M. Bournigault.

I

Données préliminaires. L'appareil. — Nous désignons sous le nom de *chimisme respiratoire* l'ensemble des éléments qui permettent de mesurer les échanges gazeux de la respiration. Jusqu'à nos travaux, cette étude est restée dans le domaine du laboratoire, tant la technique en était délicate et compliquée. Mais nous sommes parvenus à créer des appareils simples, portatifs et peu coûteux, en même temps que nous avons pu assez simplifier la technique de l'examen, pour que cette étude du chimisme respiratoire puisse entrer dans la pratique médicale courante, au même titre que l'analyse des urines, du contenu stomacal et des autres procédés modernes d'exploration dont la clinique a tiré si grand parti pour pénétrer plus avant dans le diagnostic ou pour mieux fixer des indications thérapeutiques.

Ce sont ces appareils et cette technique que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie.

Les appareils consistent essentiellement en soupapes hydrauliques (soupapes de Müller modifiées) dont le rôle est de séparer l'air expiré de l'air inspiré, et de conduire le premier, soit dans un compteur où l'on mesure son volume par rapport au temps, soit dans un sac de caoutchouc où l'on recueille une quinzaine de litres de cet air expiré, afin d'en faire l'analyse chimique.

Après maints essais, nous nous sommes décidés à utiliser la respiration nasale au lieu de la respiration buccale, tant l'application du masque — même plusieurs fois modifié — entraîne de causes d'erreur. Le sujet introduit dans ses narines des embouts de verre reliés aux soupapes par des tubes de caoutchouc. Comme la soupape d'expiration est elle-même reliée au compteur, et que la soupape d'aspiration ouvre sur l'air extérieur, le sujet inspire, par les deux narines, cet air extérieur et renvoie dans le compteur ou dans le sac, par l'intermédiaire de la soupape d'expiration, l'air qui a traversé les poumons.

Ces soupapes sont fixées sur un pied en bois qui supporte également un manomètre à mercure et à maxima, destiné à mesurer *la pression de l'inspiration et de l'expiration forcées.*

Les pressions de l'inspiration et de l'expiration normales sont mesurées par la hauteur à laquelle s'élève l'eau dans les tubes gradués intérieurs des soupapes.

Les soupapes, les manomètres, le sac, les tubes de caoutchouc, les embouts et un tableau de correction pour ramener le volume des gaz à 0° et à 760^{mm}, sont renfermés dans une boîte très portative.

L'outillage spécial à l'analyse des gaz expirés, se compose d'une éprouvette graduée, dite analyseur, de la contenance de 50 centimètres cubes depuis le zéro de l'échelle, et d'une autre grande éprouvette de verre servant de cuve à eau et à température constante pour l'analyseur. Deux petits verres coniques, à bec, un petit entonnoir, de la lessive de soude à 33 %, et un flacon d'acide pyrogallique complètent l'outillage.

Autant que possible, l'eau dont on se sert dans les diverses opérations que nous allons décrire, doit séjourner dans un réservoir un peu élevé où elle tend à se mettre en équilibre de température avec l'air de la pièce où l'on opère.

Ces données préliminaires étant bien comprises, on procède à l'examen des échanges respiratoires en opérant ainsi qu'il suit.

II

1. Préparatifs avant l'examen. — 1° Sortir les soupapes (fig. 1 et 2) de leur boîte, y verser une solution d'oxycyanure de mercure au millième jusqu'au zéro

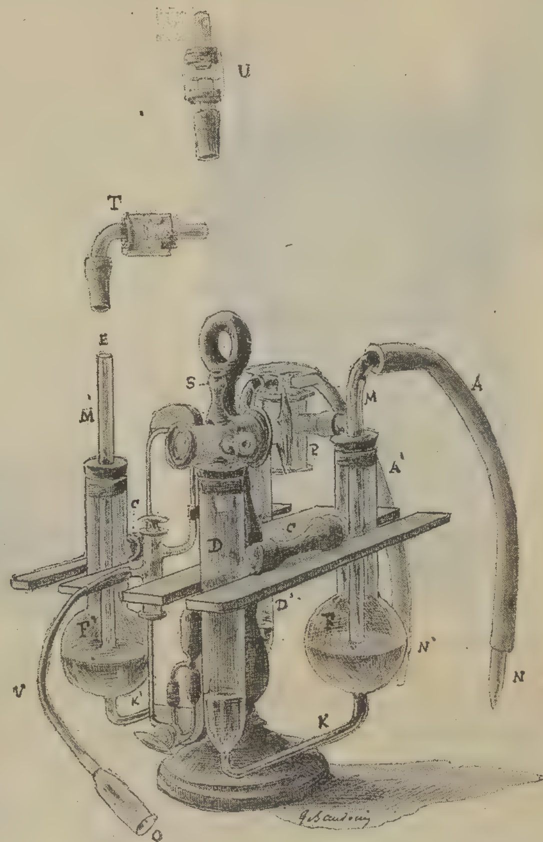


Fig. 1. — Soupapes et manomètres (vue d'ensemble).

des tubes gradués intérieurs (*M* et *M'*). Cette solution peut servir à plusieurs examens.

Fixer sur les extrémités recourbées de ces tubes de caoutchouc (*A*) et au bout de ceux-ci, par leur extrémité cylindrique, les embouts en verre (*N* et *N'*) choisis suivant l'ouverture des narines du sujet;

2° Placer les soupapes et le compteur (fig. 3 et 4) sur une table. Relier ces deux appareils au moyen d'un tube de caoutchouc qui partira de l'extrémité

verticale de sortie (*S*) des soupapes pour se placer sur le tuyau recourbé (*E*) du compteur;

3° Ouvrir le robinet *P* des soupapes et ouvrir sur l'extérieur le robinet de sortie *S*, qui est à trois voies;

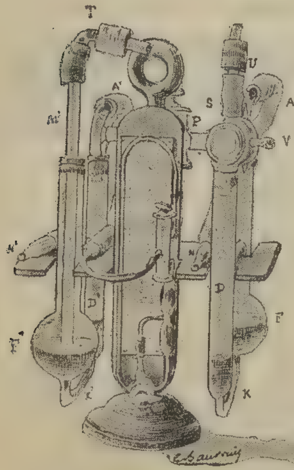


Fig. 2. — Soupapes et manomètres (vue postérieure).

4° Évacuer l'air du sac (fig. 5) en roulant celui-ci sur un cylindre de bois. Fermer la pince sur le tube du sac (*T*) afin d'empêcher l'air atmosphérique de rentrer;

5° Noter la pression barométrique et la température atmosphérique.

2. Technique de l'examen. — Tous les examens, sauf ceux faits pour des recherches spéciales, doivent être effectués, le sujet étant couché et à jeun.

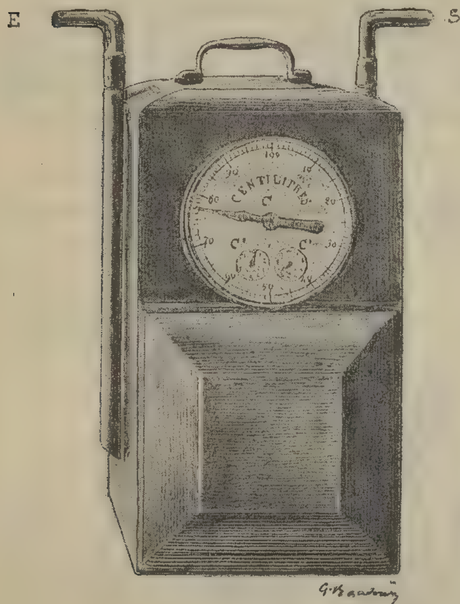


Fig. 3. — Compteur d'air.



Fig. 4. — Couvercle du cadran du compteur.

1° Introduire les embouts *N* et *N'*, enduits de vaseline, dans les narines;

2° S'assurer qu'il n'y a pas de fuite d'air en dehors



Fig. 5. — Sac de caoutchouc muni de sa pince.

des embouts et que la respiration du sujet est régulière;

3° Quand la respiration est bien réglée, noter l'heure et tourner le robinet de sortie, qui mettra les soupapes en communication avec le compteur;

4° Noter, toutes les minutes, le volume d'air expiré, marqué par le compteur;

5° Prolonger l'examen quinze à trente minutes; on aura ainsi le *volume d'air expiré* ou *ventilation pulmonaire* en un temps donné;

9° Pour *recueillir l'échantillon d'air destiné à l'analyse*, adapter le tube du sac sur l'extrémité du tube horizontal en saillie du robinet de sortie des soupapes (*S*); fermer le robinet (*P*) placé entre les soupapes; ouvrir la pince qui ferme le sac; placer le robinet (*S*) de façon que l'air expiré passe de la soupape d'expiration dans le sac et non dans le compteur;

7° Si, dans le cours de l'examen, les soupapes hydrauliques sont insuffisantes et s'il se produit des projections d'air, placer, comme dans la fig. 2, les soupapes supplémentaires (*U*) et (*T*), ainsi qu'il suit: sur le tube d'entrée (*M*), la soupape coudée (*T*), et sur le tube de sortie (*M'*), la soupape droite (*D*);

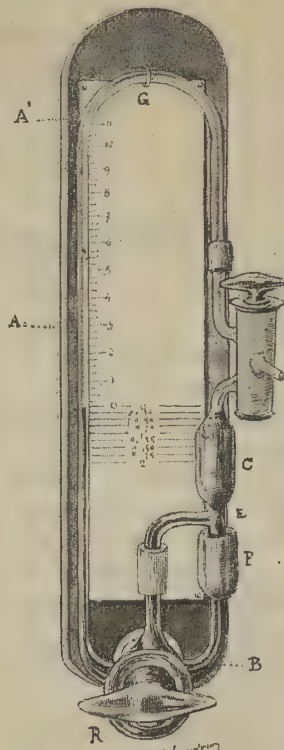


Fig. 6. — Manomètre à mercure.

8° Soutenir le sac verticalement; quand il est presque plein, le fermer et l'enlever;

9° Ouvrir le robinet (*P*), puis le robinet (*S*) sur l'atmosphère et sur le compteur; détacher la communication de la soupape d'expiration avec le compteur, pendant que le malade continue à respirer.

On notera la hauteur à laquelle l'eau monte dans les tubes gradués intérieurs: à droite du sujet, cette hauteur mesurera la *pression de l'air dans l'expiration moyenne*; à gauche, cette même *pression dans l'inspiration*;

10° Pour *mesurer la pression de l'expiration et de l'inspiraton maxima* se servir du manomètre à mercure (fig. 6) placé près du bâti des soupapes. Fixer sur le robinet supérieur du manomètre le tube en caoutchouc (*T*) et l'embout en verre (*E*) effilé à l'une de ses extrémités (fig. 7). Ouvrir le robinet (*R'*) sur la voie supérieure (*D'*, fig. 8), fermer le robinet inférieur (*R*, fig. 6) et aspirer activement par la bouche, en évitant l'action des joues, pour mesurer la pression inspiratoire. Faire la lecture de la hauteur de la colonne de mercure en ajoutant le chiffre auquel est descendu le mercure de la cuvette.

Puis, ouvrir le robinet (*R*) pour faire redescendre le mercure et le refermer ensuite. Ouvrir le robinet (*R'*) sur la voie inférieure (*D*, fig. 8) et, mettant l'embout dans la bouche, faire une *expiration forcée* dont on connaîtra la pression en lisant la hauteur de la colonne de mercure comme précédemment;

11° Placer un embout cylindrique en verre sur

l'extrémité du tube de caoutchouc du compteur, séparé des soupapes. Le malade, après une grande inspiration à l'air libre, portera vivement l'embout à sa bouche et expirera le maximum d'air pulmonaire



Fig. 7. — Embout s'adaptant au manomètre à mercure.

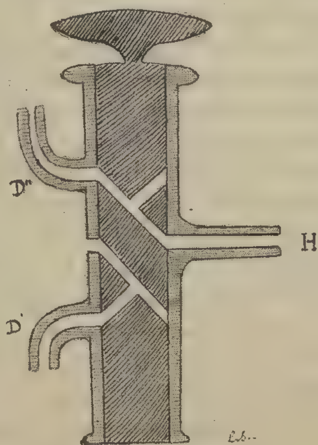


Fig. 8. — Coupe verticale du robinet R' du manomètre à mercure.

(*mesure de la capacité respiratoire*). On répétera l'opération à plusieurs reprises et l'on notera le plus haut chiffre obtenu.

3. Analyse des gaz expirés. — 1° Remplir d'eau l'éprouvette de dosage (analyseur, fig. 9), ainsi que le tube d'abduction (*F*) du gaz qui fait saillie sur le côté de l'éprouvette, et adaptant, à l'extrémité inférieure de celle-ci (*E*), un petit tube de caoutchouc fixé sur le robinet d'un réservoir d'eau placé en élévation et rempli à l'avance, pour que la température de l'eau soit en équilibre avec celle de la salle;

2° Adapter au tube du sac un raccord [l'embout et le tube de caoutchouc (fig. 7) servant au manomètre



Fig. 9. — Analyseur et son entonnoir supplémentaire.

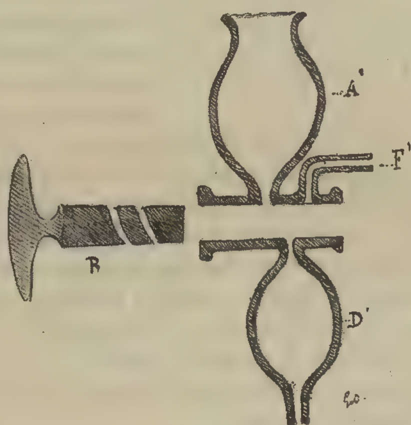


Fig. 10. — Coupe du robinet supérieur R de l'analyseur.

à mercure peuvent être utilisés pour cela];

3° Laisser échapper un peu d'air du sac pour chasser du tube l'air atmosphérique;

4° Joindre le sac à l'analyseur (fig. 9) en adaptant le tube de caoutchouc *T* (fig. 5), à *F* (fig. 9); et tourner le robinet (*R*) de celle-ci pour établir la communication entre l'air du sac et l'analyseur;

5° Ouvrir le robinet inférieur (*R'*). Lorsque le niveau de l'eau est descendu à zéro, fermer le robinet;

6° Plonger l'analyseur dans la cuve à eau (fig. 11) remplie à l'avance pour que l'eau ait une température approchant de celle de la salle. Y placer, d'ailleurs, un thermomètre à demeure pour s'assurer qu'il n'y a pas de variation de température pendant la durée du dosage; ne pas fermer le robinet supérieur; ne pas détacher la communication avec le sac; attendre un quart d'heure;

7° Vérifier si le niveau de l'eau dans l'analyseur est bien au zéro. S'il est au-dessus de zéro, ouvrir le robinet inférieur, laisser écouler un peu d'eau, puis le fermer; s'il est au-dessous, il vaut mieux recommencer l'opération;



Fig. 11. — Cuve à eau.

8° Fermer le robinet supérieur, enlever le sac;

9° Verser de la lessive de soude à 33 p. 100 dans l'entonnoir (*A*) de l'analyseur, ouvrir le robinet supérieur (*R*), puis le robinet inférieur (*R'*), tenir l'analyseur penché;

10° Lorsque l'entonnoir est presque vide, la lessive de soude étant, en grande partie, entrée dans l'analyseur, fermer les robinets et agiter l'analyseur tenu presque horizontalement;

11° Redresser l'analyseur, remettre de la lessive de soude dans l'entonnoir et ouvrir le robinet supérieur. Lorsque la lessive de soude n'entre plus, fermer le robinet;

12° Agiter l'analyseur, puis le placer pendant cinq minutes dans la cuve à eau; rechercher en ouvrant le robinet, s'il entre encore de la lessive de soude, s'il en rentre, recommencer la manœuvre précédente, jusqu'à ce qu'il n'en rentre plus;

13° Remplir d'eau l'entonnoir de l'analyseur; placer au-dessus de celui-ci le petit entonnoir mobile (*H*), muni d'une garniture en caoutchouc pour pouvoir se fixer sur l'entonnoir (*A*) de l'analyseur, le remplir d'eau; ouvrir le robinet supérieur, puis l'inférieur pour laisser entrer l'eau et laver l'analyseur. Avant que toute l'eau de l'entonnoir ne soit écoulée, fermer les robinets. Enlever l'entonnoir mobile. Plonger l'analyseur dans la cuve en ouvrant sous l'eau son robinet inférieur, attendre cinq minutes, puis noter en égalisant les niveaux de l'eau dans l'analyseur et dans la cuve, la hauteur de l'eau dans l'analyseur;

Cette hauteur représente le volume de CO^2 pour 50 centimètres cubes d'air expiré; en le multipliant par 2, on a le volume de CO^2 p. 100;

14° Retirer l'analyseur de l'eau, fermer le robinet inférieur et remplir l'entonnoir avec une solution aqueuse assez forte d'acide pyrogallique préparée au dernier moment.

Refaire les mêmes manœuvres que pour le dosage de CO^2, jusqu'à ce qu'il n'entre plus de la solution d'acide pyrogallique dans l'analyseur;

15° Lorsqu'il n'entre plus de solution d'acide pyrogallique dans l'analyseur, laver l'appareil avec l'aide de l'entonnoir mobile, comme précédemment pour CO^2;

16° Replonger l'analyseur dans la cuve à eau, le robinet inférieur étant ouvert (sous l'eau); attendre cinq minutes pour faire la lecture avant pour CO^2;

La hauteur du liquide représente le volume d'O^2 restant dans les 50 centimètres cubes d'air expiré, plus le volume de CO^2. En retranchant ce dernier volume que l'on connaît déjà, on a, par différence, le volume de l'oxygène expiré pour 50 centimètres cubes d'air. On obtient la proportion pour 100 en multipliant ce volume par 2.

Enfin, en retranchant de 100 les volumes de CO^2 et de O^2 correspondant à cette quantité, on obtient le volume de l'azote de l'air expiré;

17° Dans toutes ces opérations de dosage, tenir l'analyseur par ses extrémités pour ne pas échauffer avec les mains l'air qu'il contient et bien veiller à ce qu'il n'en sorte pas de bulle d'air, car, si cela arrivait, l'opération serait à recommencer.

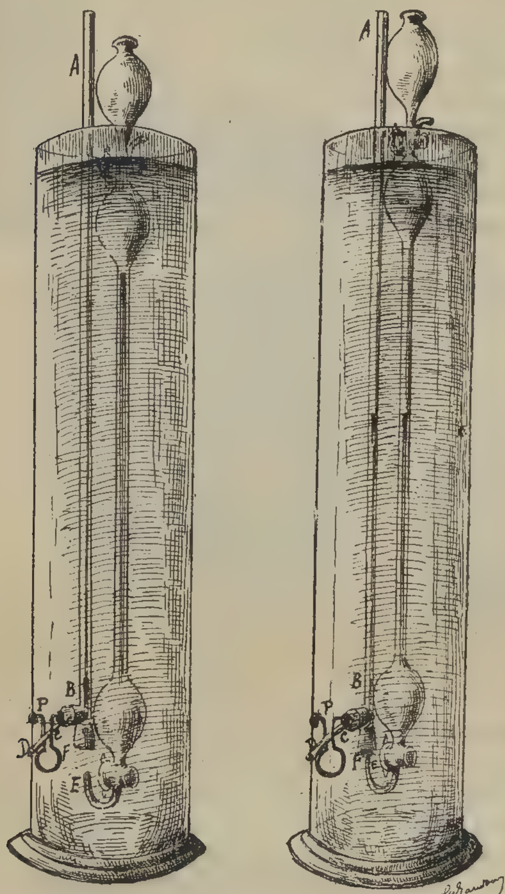


Fig. 12.

La lecture du volume des gaz, faite en égalisant les niveaux de l'eau dans l'analyseur et dans la cuve à eau, présente souvent quelques difficultés pour les personnes peu habituées à faire cette opération. Cela les empêche de faire rapidement cette lecture, et pendant ce temps, l'analyseur se trouvant hors de l'eau, subit l'influence de la température ambiante, ce qui peut amener une erreur de 2 à 3 dixièmes au centimètre cube, en plus ou en moins.

Pour obvier à cet inconvénient, nous avons apporté à la cuve une petite modification, qui rend la lecture plus simple et permet de la faire sans sortir l'appareil hors de l'eau.

Près de la paroi intérieure de la cuve, on a placé un tube en verre, *AB* (fig. 12), se terminant à quelques centimètres du fond de la cuve par un anneau en caoutchouc *F*. Un peu au-dessus de cet anneau, on a soudé, à angle droit, au tube *AB*, un autre tube *C* qui traverse la paroi de la cuve par un orifice *O*. Ce tube *C* est maintenu dans l'orifice *O* par un bouchon de caoutchouc. Enfin, à l'extrémité du tube *C*, est placé un tube de caoutchouc *D* fermé par une pince *P*.

Lorsque la cuve est remplie d'eau, le liquide pénètre dans le tube *ABC* par l'orifice *F* et atteint le même niveau que dans la cuve.

Lorsque l'on veut opérer une lecture, on plonge, comme il a été dit plus haut, l'analyseur dans la cuve, son robinet inférieur étant ouvert, et on introduit son extrémité *E* dans l'anneau de caoutchouc F du tube *AB*. De cette façon, le tube *ABC* n'est plus en communication avec la cuve, mais avec l'analyseur, et forme avec lui un véritable vase communiquant, le tube *AB* représentant une des branches, l'analyseur l'autre branche.

Par suite, lorsque le niveau de l'eau sera le même dans les deux branches, le gaz contenu dans l'analyseur ne sera plus soumis à la pression atmosphérique, ainsi qu'on l'obtenait primitivement en égalisant les niveaux dans la cuve et dans l'analyseur.

Pour obtenir maintenant l'égalité de niveau dans le tube *AB* et dans l'analyseur, il suffit, lorsque celui-ci est en place depuis quatre à cinq minutes, temps nécessaire pour qu'il ait repris la température de la cuve, d'ouvrir avec précaution la pince *P*. L'eau contenue dans le tube *AB* s'écoule au dehors et son niveau s'abaisse. Au moment précis où il arrive à être le même que celui de l'analyseur, on ferme la pince et on fait la lecture. Si, par hasard, on a trop laissé écouler d'eau et que le niveau dans le tube *AB* soit plus bas que celui de l'analyseur il faut, à l'aide d'un verre à expériences, reverser de l'eau dans le tube *AB* par son extrémité *A* et à l'aide de la pince *P* établir le niveau.

4. Calculs a faire. — A. *Réduire à* 0 degré *et à* 760 *millimètres les volumes gazeux.* — Pour cela, chercher sur la table jointe à l'appareil, le nombre placé à l'intersection des deux lignes partant de la température et de la pression notées. Multiplier les volumes à réduire par ce chiffre et le diviser par 1000.

(Au lieu du chiffre total pour le volume de l'air expiré, on prendra le volume moyen de l'air expiré dans une minute.)

B. Diviser le chiffre de la capacité respiratoire ramené à 0 degré et à 760 milimètres par le nombre de centimètres de taille du sujet pour avoir le *rapport de cette capacité à la taille*.

C. Diviser le volume d'air expiré en une minute par le poids du sujet en kilogrammes, pour avoir la *ventilation pulmonaire par kilogramme-minute*.

D. Diviser le volume p. 100 d'azote dans l'air expiré

par 79,2 (volume de l'azote dans l'air atmosphérique) pour avoir le *rapport entre les volumes d'air inspiré et expiré.*

Multiplier 0,03 (volume moyen de CO^2 p. 100 dans l'air atmosphérique) par le quotient trouvé et soustraire ce produit de CO^2 p. 100 de l'air expiré. On aura ainsi le *volume de CO^2 produit p.* 100.

Multiplier 20,8 (O^2 p. 100 de l'atmosphère) par le même quotient et soustraire du produit le volume p. 100 de l'oxygène restant dans l'air expiré. On aura *O^2 consommé p.* 100.

E. Multiplier par CO^2 produit et par O^2 consommé p. 100, la quantité d'air expiré (par rapport au poids) par kilogramme de poids et minute de temps. On aura ainsi les *volumes de CO^2 produit et de O^2 consommé total par minute et par kilogramme-minute*;

F. Pour connaître l'*oxygène absorbé par les tissus* et qui ne sert pas à former CO^2, soustraire le volume de CO^2 par minute ou par kilogramme-minute, du volume de O^2 total consommé.

G. Diviser CO^2 p. 100 par O^2 p. 100, pour obtenir le *quotient respiratoire.*

5. Des éléments du chimisme respiratoire. — A l'aide de notre appareil, on peut donc examiner, séparément, les divers éléments qui constituent le syndrome clinique dénommé chimisme respiratoire. Ces éléments sont les suivants :

A. Le *nombre des respirations* par minute.

B. Le volume de la respiration maxima après une inspiration forcée, ou *capacité vitale* d'Hutchinson. Cette capacité respiratoire se mesure d'une façon globale (—) et par centimètre de taille (—).

C. La *ventilation pulmonaire* ou volume d'air expiré par minute.

D. La quantité de CO^2 produit et de O^2 consommé par l'organisme, pour 100 parties d'air expiré. Nous dénommons cette valeur, *les proportions centésimales du gaz.*

E. *Les volumes par minute de CO^2 produit, d'O^2 total consommé, et d'O^2 absorbé par les tissus.*

F. Les volumes de la *ventilation pulmonaire, de CO^2 produit, d'O^2 consommé total, d'O^2 absorbé par les tissus*, par minute de temps et par kilogramme de poids (*par kilogramme-minute*).

G. Le rapport CO^2/O^2 ou *quotient respiratoire.*

H. La *totalité des échanges* obtenue en additionnant CO^2 produit et O^2 consommé total par kilogramme-minute.

J. Les *pressions inspiratoire et expiratoire moyennes*, normales pour le sujet en expérience.

K. Les *pressions inspiratoire et expiratoire maxima.*

L. Les rapports qui s'établissent entre les éléments précédents :

1° *Rapports de la capacité respiratoire totale à la ventilation pulmonaire par minute* et de la capacité respiratoire par centimètre de taille à la ventilation pulmonaire, par kilogramme-minute.

2° *Rapports de l'inspiration et de l'expiration moyennes à l'inspiration et à l'inspiration maxima;*

3° *Rapport de la pression expiratoire maxima à la capacité respiratoire totale;*

4° *Rapports des pressions inspiratoire et expiratoire moyennes avec la ventilation pulmonaire par minute;*

Nous réunissons dans le tableau ci-dessous, les chiffres qui représentent ces divers éléments, chez l'homme et chez la femme adultes à l'étal normal :

	Hommes.	Femmes.
Taille	$1^{m}65$	$1^{m}58$
Poids	65^{kg}	57^{kg}
Nombre de respirations par miuute.	16	18
Capacité respiratoire totale	$3^{l}300$	$2^{l}650$
— par centim. de taille	20^{cc3}	$16^{cc3}8$
Expiration moyenne	460	381
Acide carbonique produit pour 100 parties d'air expiré	3,55	2,96
Oxygène consommé pour 100 parties d'air expiré	5,01	4,2
Ventilation pulmonaire par minute.	$7^{l}090$	$6^{l}865$
Acide carbonique produit par minute	$251^{cc3}695$	$203^{cc3}204$
Oxygène total consommé	$355^{cc3}209$	$288^{cc3}320$
— absorbé par les tissus	$103^{cc3}514$	$85^{cc3}126$
Ventilation pulmonaire par kilogramme-minute	107^{cc3}	$120^{cc3}438$
Acide carbonique produit par kilogramme-minute	$3^{cc3}798$	$3^{cc3}565$
Oxygène total consommé par kilogramme-minute	$5^{cc3}361$	$5^{cc3}058$
Oxygène absorbé par les tissus par kilogramme-minute	$1^{cc3}563$	$1^{cc3}493$
Totalité des échanges par kilogramme-minute	$9^{cc3}159$	$8^{cc3}623$
Quotient respiratoire par kilogramme-minute	0,708	0,704
Pression de l'inspiration moyenne (centimètres hauteur d'eau)	2^{c}	
Pression de l'expiration moyenne (centimètres hauteur d'eau)	4^{c}	
Pression de l'inspiration maxima (centim. hauteur de mercure)	$3^{c}5$ en eau $47^{c}56$	
Pression de l'expiration maxima (centim. hauteur de mercure)	$4^{c}5$ — $61^{c}15$	

Rapports :

		Hommes.	Femmes.
1° *a.*	$\frac{\text{Ventilation pulmonaire totale par minute}}{\text{Capacité respiratoire totale}}$ =	2,15	2,5
b.	$\frac{\text{Ventilation pulmonaire par kilogr.-min.}}{\text{Capacité respiratoire par cent. de taille}}$ =	5,3	7,16
2° *a.*	$\frac{\text{Pression maxima de l'inspiration}}{\text{Pression moyenne de l'inspiration}}$ =	23,78	
b.	$\frac{\text{Pression maxima de l'expiration}}{\text{Pression moyenne de l'expiration}}$ =	15,28	
3°	$\frac{\text{Capacité respiratoire totale}}{\text{Pression expiratoire moyenne (eau)}}$ =	53,9	
4° *a.*	$\frac{\text{Ventilation pulmonaire par minute}}{\text{Pression inspiratoire moyenne}}$ =	35,45	
b.	$\frac{\text{Ventilation pulmonaire par minute}}{\text{Pression expiratoire moyenne}}$ =	17,72	

III

Durée de l'examen. Précautions a prendre. — Un examen complet des échanges respiratoires, pratiqué à l'aide de ce procédé par un observateur un peu entraîné, demande une heure et demie, dont une demi-heure pour ce que l'on peut appeler la partie clinique de l'examen, une demi-heure au plus pour l'analyse chimique proprement dite, et vingt à trente minutes pour les calculs. Au fur et à mesure que l'on sera mieux rompu aux minutieux détails de cet examen, le temps nécessaire diminuera, et il sera possible alors d'en parcourir toutes les phases en une heure environ.

A la rigueur, le médecin peut se borner à la partie clinique de l'examen dont on peut apprendre la technique en deux ou trois séances, et confier à un chimiste ou au pharmacien, son auxiliaire naturel, tout ce qui concerne l'analyse des gaz et les calculs.

L'examen des échanges respiratoires n'est pas difficile, et tout médecin qui voudra bien s'y adonner acquerra, après une dizaine de jours d'étude, le tour de main nécessaire. Mais, il faut savoir aussi, que, s'il n'est pas difficile, cet examen est au moins fort délicat et qu'il exige, de la part de celui qui le pratique, une grande minutie et quelque patience. N'oublions pas qu'il s'agit de scruter une fonction éminemment mobile que peuvent modifier, à tout instant, de multiples conditions perturbatrices, telles que l'alimentation, le mouvement, l'émotion, etc., que la plus légère erreur de technique conduit à des résultats faux, que l'on opère sur des gaz, c'est-à-dire sur des corps qui fuient, se dilatent et se contractent sous les moindres variations de température et de pression barométrique. Et c'est pour cela qu'il importe de se familiariser avec les diverses manipulations qu'exige cette recherche, et de ne tenir compte des résultats obtenus que lorsqu'on est bien sûr de soi, dans l'exécution des plus minimes détails de l'essai.

Comme nous le disions plus haut — et il est nécessaire de le répéter — les examens seront toujours faits dans les mêmes conditions d'heure, de repos et d'alimentation. Le mieux est d'opérer le matin, deux heures environ après le petit déjeuner, qui sera fort léger (une tasse de thé avec un petit morceau de pain). Le sujet sera examiné au lit, et si cela n'est pas possible, il devra se rendre en voiture au laboratoire, et se reposer une demi-heure environ avant de se soumettre à l'essai. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 3 juillet 1905)

Sur l'origine du lactose. De l'ablation des mamelles chez les femelles en lactation, par M. Ch. Porcher. — L'auteur a déja montré qu'au moment de la délivrance chez une chèvre dont les mamelles avaient été enlevées avant la fécondation, on observe une forte glycosurie consécutive à une hyperglycémie notable.

Des nouvelles expériences qu'il vient de faire en procédant à l'ablation des glandes mammaires chez des femelles en pleine lactation, il résulte que la transformation du glucose en lactose, accompagnée nécessairement de la création du galactose qu'on retrouve dans le lactose excrété, est un phénomène intra-mammaire.

Fixation des substances chimiques sur des cellules vivantes, par MM. Charrin et Le Play.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 11 juillet 1905)

Chimisme respiratoire. — Nous avons entendu une communication très intéressante de M. Robin sur le chimisme respiratoire. Etant donnée l'importance du sujet traité par M. Robin, nous donnons plus haut cette communication *in extenso*.

Plusieurs fois déjà M. Robin a attiré l'attention de ses collègues sur les indications très précieuses qu'on peut tirer de ces recherches. Il les a poursuivies avec son collaborateur M. Binet et, en simplifiant les appareils, ces auteurs sont arrivés à rendre très pratiques ces recherches sur les échanges respiratoires.

Lipomes articulaires d'origine tuberculeuse. — M. Reynier fait un rapport sur une observation adressée par M. Couteau et relative à un matelot qui était atteint d'un gros lipome de l'articulation du genou avec un centre caséeux bien nettement tuberculeux, ainsi que l'ont démontré l'examen microscopique et les inoculations. Il s'agissait ici d'un lipome circonscrit. M. Reynier fait remarquer que cette origine tuberculeuse s'observe assez souvent sur les lipomes arborescents, mais très rarement sur les lipomes circonscrits, comme dans le cas de M. Couteau.

Anesthésie. — M. Gréhant, dans les cas où, par suite de plaies ou de brûlures, l'anesthésie est rendue impossible ou très difficile, propose le moyen suivant qu'il a expérimenté avec succès sur les chiens : il pratique l'anesthésie sous-cutanée et par la voie stomacale. Dans ses expériences, il a fait d'abord à l'animal une piqûre de morphine, puis il introduit dans l'estomac, à l'aide d'une sonde, une solution alcoolique de chloroforme à 10 p. 100.

En une demi-heure, il obtient une anesthésie complète, sous forme d'un sommeil profond et tranquille qui dure plusieurs heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 5 juillet 1905)

Anesthésie par la scopolamine. — M. Defontaine (du Creusot) a recours depuis quelque temps à l'anesthésie par la scopolamine. Il emploie la solution contenant 1 milligramme de scopolamine et 1 centigramme de morphine pour 1 centimètre cube. Il a fait ainsi 30 opérations dont 6 avec la scopolamine seule et 24 avec la scopolamine associée au chloroforme. Il rapporte plusieurs observations et conclut en se déclarant très satisfait de ce mode d'anesthésie.

Tuberculoses cæcales. — Nous revenons, avec M. Routier, à l'ablation des tuberculoses iléo-cæcales. Dans un premier cas, datant déjà de longtemps, M. Routier, après avoir réséqué toute la portion d'intestin atteinte de tuberculose, a eu recours au bouton de Murphy pour réunir les deux bouts de l'intestin. Le malade est mort au dixième jour d'occlusion intestinale par le fait même du bouton où se sont accumulées des matières dures qui n'ont pas pu passer. Depuis ce jour, M. Routier a complètement abandonné le bouton de Murphy.

Dans un second cas il s'agissait d'un jeune marié qui avait

présenté tous les signes d'une appendicite. M. Routier opéra et se trouva en présence d'une masse tuberculeuse inextirpable. Il dut faire l'exclusion de l'intestin. Le malade succomba quelques jours après; troisième cas, tumeur iléo-cæcale chez une femme de trente-cinq ans, ablation difficile, suture intestinale, guérison; quatrième cas, jeune fille de dix-sept ans, plusieurs fausses crises d'appendicite, opération, tuberculose iléo-cæcale, ganglions, résection, suture, guérison; cinquième cas, malade du docteur Barth, ayant présenté des crises aiguës d'appendicite; diagnostic hésitant, laparotomie, gros appendice, valvule iléo-cæcale dure, épaissie, ganglions; résection, suture, guérison après une phlébite de la jambe gauche.

M. TUFFIER rappelle la technique qu'il a déjà fait connaître en 1894; résection, écrasement des deux bouts de l'intestin avec la pince de Doyen, et anastomose latérale. Il a ainsi opéré plusieurs malades; chez l'une, il a dû porter la résection du côlon très haut.

M. QUÉNU fait observer que le diagnostic de tuberculose iléo-cæcale n'est pas toujours facile. Il cite un cas de polyadénome de l'intestin qui avait été pris pour une tuberculose iléo-cæcale.

M. WALTHER, à l'appui de l'opinion de M. Quénu, cite le cas d'une jeune fille chez laquelle, même le ventre ouvert, on avait diagnostiqué une tuberculose iléo-cæcale, alors que l'examen histologique montra qu'il s'agissait de lésions simplement inflammatoires.

M. DEMOULIN insiste sur l'importance qu'il y a à bien connaître les diverses variétés de tuberculose iléo-cæcale dont il a parlé dans sa précédente communication.

M. CHAPUT a opéré, le 22 juin dernier, un malade présentant une petite fistule pyostercorale, consécutive à une appendicectomie. Le cæcum était très atrophié et induré, il le réséqua avec quelques centimètres d'intestin grêle. La suture circulaire se présentant dans de mauvaises conditions il fit l'implantation latérale, non sans peine, à cause de la brièveté du mésentère du grêle. Il a fait la suture à deux étages en remplaçant la suture muco-muqueuse par une séro-séreuse. En outre il a maintenu l'orifice béant avec un tube de caoutchouc à la façon de Dubourg (de Bordeaux).

Le malade est allé à la selle le troisième jour.

Sur les pièces enlevées il a constaté une induration de la valvule iléo-cæcale et un rétrécissement serré, avec ulcération, très étendu, siégeant sur le cæcum et le côlon ascendant.

Il fait une petite réserve au sujet de l'invagination préconisée par Delbet.

Le meilleur procédé d'abouchement intestinal est théoriquement l'implantation latérale, car il ne donne pas de diaphragme, mais une valvule correcte, directe, sans exposer davantage à l'invagination que la valvule iléo-cæcale normale.

Le procédé d'invagination de Doyen n'expose pas, comme on l'a dit, à l'insuffisance des sutures, mais il est compliqué et ne présente aucune supériorité sur les autres procédés.

Nez en selle. — M. BERGER présente deux malades qui étaient atteints de nez en selle qu'il a merveilleusement corrigé par la transplantation, selon le procédé de Nélaton, d'un morceau du huitième cartilage costal, introduit sous le périoste du frontal.

M. CHAPUT fait des réserves pour l'avenir au sujet de la solidité de ces transplantations. M. Nélaton rassure M. Chaput à ce point de vue. Il a des malades opérés depuis quatre ans et cela n'a pas bougé.

M. NÉLATON ajoute que ce procédé est, non pas de lui, mais d'un Allemand dont il a oublié le nom.

Tumeur blanche traitée par la méthode sclérogène. — M. WALTHER présente une jeune femme qu'il a traitée d'une tumeur blanche grave du genou par la méthode sclérogène.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE croit que, dans ce cas, on aurait obtenu de bien meilleurs résultats de la résection. C'est aussi l'avis de M. Arrou.

Rétrécissement congénital de l'urètre. — M. CHEVASSU présente un jeune soldat atteint de rétrécissement congénital de l'urètre sans hypospadias.

Instruments. — M. RICHELOT présente une pince destinée à saisir les annexes dans la castration ovarienne. Ainsi qu'il le fait observer lui-même, ce n'est qu'une modication de la pince à kystes de Péan.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 8 JUILLET 1905)

Sur la dégénérescence des nerfs cutanés après section des racines postérieures correspondantes. — MM. Jean-Ch. ROUX et F. HEITZ rappellent que la section des racines postérieures entre la moelle et le ganglion entraîne, si l'animal survit plusieurs mois, des dégénérescences dans les nerfs cutanés. Ce fait a été vérifié par Köster. Dans la note actuelle, ils établissent que cette dégénérescence n'est pas continue et progressive, mais, si on laisse survivre l'animal douze à treize mois, elle s'épuise et les fibres dégénérées ne sont plus alors représentées que par de nombreuses gaines vides dans les nerfs cutanés correspondant aux racines sectionnées.

Variation de la nutrition azotée pendant la gestation chez la chienne. — MM. P. BAR et R. DAUNAY ont soumis 5 chiennes à un même régime : pain, viande, graisse et eau contenant de 0g60 à 0g70 d'azote par kilogramme.

Les variations de la nutrition ont été les mêmes chez toutes les chiennes : immédiatement après la fécondation, il y a rétention d'azote. Cette phase se prolonge jusque vers la moitié de la gestation; à ce moment il y a une courte phase d'équilibre. A partir du trente ou du trente-cinquième jour, la rétention recommence très active jusqu'à la fin de la portée (soixantième jour).

Pendant les périodes de rétention, il y a excellente utilisation de la ration; elle est moins bonne pendant la phase de désassimilation qui marque le milieu de la portée. Ces variations correspondent à celles que l'observation clinique permet de trouver chez la femme.

Balance de la nutrition pendant la gestation chez la chienne. — MM. BAR et DAUNAY ont constaté qu'un fœtus de chienne à terme contient en azote 2 p. 100 de son poids, l'azote contenu dans les annexes représente 12,70 p. 100 de l'azote contenu dans le fœtus. Pour 1 gramme d'azote contenu dans un œuf à terme 0,035 sont fixés au trentième jour et 0,45 au quarante-cinquième jour (la portée est de soixante jours). Ils concluent de leurs recherches que : 1° la rétention d'azote qui marque la première moitié de la gestation ne s'explique pas par les besoins matériels du fœtus; 2° la phase de désassimilation qui existe au milieu de la portée semble indiquer une sursaturation de l'organisme par l'azote et rétablir l'équilibre azoté; 3° la rétention d'azote de la seconde moitié de la gestation est proportionnelle aux besoins des fœtus; 4° la gestation normale se chiffre par un gain ou par le *statu quo*.

Sur la nature de certains éléments clairs du liquide céphalo-rachidien pathologique. — MM. VILLARET et TIXIER signalent la présence de nombreux éléments clairs dans la plupart des liquides céphalo-rachidiens pathologiques qu'ils ont examinés. Ces éléments peuvent être rangés schématiquement en trois catégories entre lesquelles on trouve tous les intermédiaires, les plus petits semblent dériver des lymphocytes, les moyens des mononucléaires, les plus grands enfin des macrophages. Il semble, d'autre part, que l'existence des cellules endothéliales confondues le plus souvent avec les

grands éléments de la seconde catégorie doive être mise en doute.

En faveur de leur hypothèse les auteurs donnent l'argument suivant : dans un sang de leucémie lymphogène traitée par la radiographie, certains points des étalements de sang sec sont exactement superposables aux préparations de liquide céphalo-rachidien. On y trouve également la même série d'éléments clairs avec tous les intermédiaires entre le lymphocyte en voie de destruction, les débris de grands macrophages et les pseudo éléments endothéliaux, bien que la présence de cellules endothéliales dans le sang normal ou pathologique n'ait jamais été signalée.

Il semble permis de comparer ces deux mécanismes différents de destruction cellulaire qui aboutissent au même résultat; dans un cas le rayon X est l'agent vulnérant, dans l'autre le séjour *prolongé* des cellules dans le liquide céphalo-rachidien doit être la cause de leurs transformations.

Sur la teneur en bilirubine du sérum sanguin dans l'ictère simple du nouveau-né. — MM. A. Gilbert et P. Lereboullet ont fixé, par la cholémimétrie, la proportion de bilirubine contenue dans le sérum de nouveau-né atteint d'ictère simple. Elle a toujours été trouvée très élevée, variant de 1/500 à 1/2100, le chiffre moyen étant de 1/1000. Le taux de la cholémie y est donc souvent égal ou supérieur aux chiffres les plus forts notés chez les ictériques adultes. La quantité totale de bilirubine répandue dans l'organisme reste toutefois peu considérable, puisqu'elle est le plus souvent inférieure à 10 centigrammes. La cholémie évolue d'ailleurs avec l'ictère, et des dosages faits à la période de déclin ont montré une cholémie moins accusée. Toutefois elle peut persister plus longtemps que l'ictère cutané, les recherches, en précisant l'intensité de la cholémie dans l'ictère simple du nouveau-né, montrent bien nettement sa nature biliphéique.

Sur la teneur en bilirubine du sérum sanguin dans la pneumonie. — MM. Gilbert et Herscher ont pratiqué l'examen cholémimétrique dans 11 cas de pneumonie. Ils ont obtenu des chiffres variant entre 1 de bilirubine pour 26600 de sérum et 1 p. 9250. La moyenne des divers résultats a été en chiffres ronds 1 p. 15000; ce qui donne près de 68 milligrammes de bilirubine par litre de sérum et un peu plus de 20 centigrammes pour l'ensemble de la masse sanguine. L'ictère dit hémaphéique de la pneumonie a donc pour substratum une cholémie modérée et, ce qui lui donne un aspect clinique particulier, c'est seulement l'adjonction purement fortuite à cette cholémie ayant pour conséquence l'urobilinurie, d'une oligurie marquée. De plus, la cholémimétrie a permis aux auteurs de préciser les rapports qu'ils ont signalés entre les divers ictères acholuriques. Dans ceux-ci : ictère avec oligurie, comme dans la pneumonie, ictère avec diurèse normale comme dans la cholémie familiale, ictère avec polyurie, comme dans la néphrite interstitielle; seule la quantité de l'urine diffère, le taux de la cholémie est sensiblement le même et avoisine 1 p. 15000.

Etude histologique générale de la graisse du poumon. — MM. A. Gilbert et J. Jomier, après avoir rappelé l'existence, dans le poumon, des cellules à graisse et à poussières, ainsi que des blocs graisseux intra-capillaires constituant de véritables embolies physiologiques, étudient la graisse qui infiltre l'épithélium bronchique, celle qui remplit certains éléments du revêtement alvéolaire, celle existant à l'état de granulations isolées dans la lumière des alvéoles et des bronches, et, accessoirement, la graisse des cellules des nodules cartilagineux péribronchiques. Les auteurs établissent un parallèle entre le poumon et le foie au point de vue de l'emmagasinement et de l'excrétion de la graisse : les processus sont identiques pour les deux organes; mais, dans le foie, le degré atteint est incomparablement supérieur. (*A suivre.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 17 au 22 juillet 1905)

THÈSES

Jeudi 20 juillet 1905. — M. Tanret. Contribution à l'étude de la gentiane. (MM. Debove, président; Troisier, Jeanselme et Bezançon.) — M. Tchilian. La tachycardie, origine bulbaire dans la fièvre typhoïde. (MM. Debove, président; Troisier, Jeanselme et Bezançon.) — M. Vannier. Etude radioscopique de la fonction respiratoire. (MM. Debove, président; Troisier, Jeanselme et Bezançon.) — M. Josseran. De la contagion dans le rhumatisme articulaire aigu. (MM. Debove, président; Troisier, Jeanselme et Bezançon.) — M. Héraudt. Contribution à l'étude de la ponction lombaire dans les hémorragies du névraxe. (MM. Debove, président; Troisier, Jeanselme et Bezançon.) — M. Neboux. Contribution à l'étude des hémorragies capsulaires dans les infections et intoxications. (MM. Dieulafoy, président; Achard, Vaquez et Renon.) — M. Gout. Du diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. (MM. Dieulafoy, président; Achard, Vaquez et Renon.) — M. Quellien. La tension artérielle dans le saturnisme aigu et chronique. (MM. Dieulafoy, président; Achard, Vaquez et Renon.) — M. Prieur. Le tabac et l'appareil vasculaire. (MM. Dieulafoy, président; Achard, Vaquez et Renon.) — M. Delattre. Des accidents consécutifs à l'introduction de substances médicamenteuses dans le liquide céphalo-rachidien. (MM. Raymond, président; Gilbert, Launois et Branca.) — M. Schutzenberger. La glycogène dans les tumeurs. (M. Raymond, président; Gilbert, Launois et Branca.) — M. Gravelotte. Contribution à l'étude des anomalies du développement de l'extrémité céphalique. (MM. Gilbert, président; Raymond, Launois et Branca.) — M. Jesson. Nanisme et infantilisme cardiaques. (MM. Gilbert, président; Raymond, Launois et Branca.) — M. Serres. Luxation congénitale postérieure. (MM. Berger, président; de Lapersonne, Thiéry et Auvray.) — M. Dugast. Recherches sur le mécanisme des complications cornéennes et le traitement de la diphtérie conjonctivale.) — M. Dugast. Recherches sur le mécanisme des complications cornéennes et le traitement de la diphtérie conjonctivale. (MM. de Lapersonne, Berger, Thiéry et Auvray.) — M. Roger. Le traitement opératoire du ptosis par le procédé de Parinaud. (MM. de Lapersonne, président; Berger, Thiéry et Auvray.) — M. Guillet. De la transmision de l'ophtalmie sympathique par la voie veineuse. (MM. de Lapersonne, président; Berger, Thiéry et Auvray.) — MM. Habert. Des convulsions dans la grippe chez l'enfant. (MM. Hutinel, président; G. Ballet, Méry et Carnot.) — M. Clos. Grippe à forme ganglionnaire des enfants. (MM. Hutinel, président; G. Ballet, Méry et Carnot.)

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

ENDOCARDITES AIGUES

ANATOMIE PATHOLOGIQUE, SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC (1)

DIAGNOSTIC. — I. **Y a-t-il endocardite?** — Cette question ne peut être résolue que par un examen physique attentif et répété. Le frottement de la *péricardite sèche* peut prêter à erreur, mais α. il se perçoit souvent à la palpation ; β. il chevauche sur les bruits normaux du cœur, et à côté de ces bruits (Sibson) ou à cheval sur eux (Gubler), ne pouvant se produire que lorsque les surfaces accolées se sont lâchées, c'est-à-dire lorsqu'il y a déjà un commencement d'évacuation systolique ou de réplétion diastolique ; il est donc mésosystolique, mésodiastolique ou présystolique [Potain (2)]; γ. il siège habituellement à la partie moyenne de la région précordiale, au niveau du troisième espace intercostal (Potain), c'est-à-dire en dehors des zones orificielles ; δ. il ne se propage pas, il naît et meurt sur place (Jaccoud); ε. il se modifie soit spontanément, soit sous l'influence de diverses causes : c'est ainsi que la pression du sthétoscope, le fait de faire asseoir le malade ou de le faire pencher en avant augmentent notablement son intensité ; ζ. il est superficiel.

La *péricardite avec épanchement* a pour elle la voussure précordiale, l'augmentation de la matité cardiaque, l'affaiblissement du choc précordial.

Dans la péricardite sèche ou avec épanchement, il existe souvent des troubles fonctionnels plus ou moins marqués : dyspnée, dysphagie, hoquet, vomissements, et surtout signes de névralgie phrénique, tous symptômes qui n'appartiennent pas à l'endocardite aiguë.

En faveur de la *myocardite*, on invoque la disparition des bruits, l'extrême dilatation cardiaque, les modifications du rythme du cœur (tachycardie, arythmie, embyrocardie, rythme couplé), l'abaissement extrême de la pression artérielle, l'existence des symptômes fonctionnels accusés (douleurs, crises de collapsus, syncopes). Les souffles y seraient doux, mobiles, éphémères. La myocardite aiguë survient au cours de maladies définies (diphtérie, fièvre typhoïde, etc.). Mais ces maladies peuvent également se compliquer d'endocardite ; de plus endo et myocardite peuvent coexister. Ce diagnostic est donc souvent très difficile.

Les *souffles extracardiaques* sont dus à une respiration produite dans les régions superficielles du poumon sous l'influence d'un mouvement de retrait ou d'un déplacement d'une partie du cœur. Ils ne se propagent pas, sont plutôt mésosystoliques que systoliques, ont un timbre humé, superficiel, diminuent ou disparaissent lorsqu'on fait asseoir le malade, lorsqu'on le prie de respirer fort, etc.; ils sont essentiellement variables, siègent en des points spéciaux (zone préventriculaire, endapexienne, pré-infundibulaire) et coïncident généralement avec une santé parfaite.

Mais α. leurs caractères peuvent être modifiés : certains souffles extra-cardiaques (ou cardiopulmonaires) sont intenses, rudes, exactement systoliques, etc.; β. d'autre part, on sait qu'au début de l'endocardite aiguë les souffles extracardiaques ne sont pas rares et présagent souvent (Potain) l'apparition prochaine de souffles organiques. Le diagnostic peut donc être très malaisé.

II. **Est-elle récente ou ancienne?** — Question à résoudre par l'étude des antécédents, la recherche des signes propres aux lésions anciennes de l'endocarde (rudesse du souffle, hypertrophie cardiaque, stases viscérales diverses, etc.).

III. **Quel est son siège exact?** — La localisation des souffles permet de trancher cette question. Le plus souvent, comme nous l'avons vu, il s'agit de lésions mitrales.

IV. **Quelle est sa nature?** — L'étude des symptômes généraux, la recherche des accidents d'ordre embolique permet de dire s'il s'agit d'endocardite *bénigne* ou *maligne*. Si celle-là est habituellement facile à reconnaître, celle-ci peut, suivant sa forme, être confondue avec diverses affections.

1. La *forme typhoïde* est parfois difficile à différencier de la *dothiénentérie*. Pour Decornière, il n'y aurait pas dans l'endocardite aiguë, ces fuliginosités de la langue et cette stupeur si caractéristiques de la fièvre typhoïde ; pour Butaud, dans la première, la rate se tuméfierait plus vite, le météorisme abdominal serait plus précoce, la bronchite sibilante plus rare.

D'après Hanot, ces caractères différentiels n'ont pas de valeur, et c'est « sur la coexistence des symptômes d'infection et des signes sthétoscopiques dont la variabilité correspond à la rapidité d'extension des lésions que repose tout entier le diagnostic ». D'autres auteurs invoquent en faveur de la fièvre typhoïde, l'épistaxis, les douleurs de la fosse iliaque droite, la précocité de la diarrhée, la couleur saumonnée des selles, le peu de fréquence relative du pouls, les caractères de la fièvre, les résultats du séro-diagnostic. Les petites embolies artérielles emportent le diagnostic d'endocardite.

La confusion entre l'endocardite aiguë typhoïde et la *tuberculose aiguë* est moins fréquente, celle-ci ayant pour elle ses antédents, ses signes pulmonaires, son tracé thermique, son évolution.

2. La *forme pyohémique* ne peut être reconnue que par un examen soigné du malade. « Grâce à la constatation des signes sthétoscopiques cardiaques, on sera en effet en droit de rattacher les symptômes généraux à la lésion endocardiaque » (Hanot). C'est ainsi que l'on pourra différencier l'endocardite aiguë à forme pyohémique de l'infection purulente. Plus difficile est le diagnostic des *formes régionales de l'endocardite septique*, heureusement rares.

3. Le diagnostic entre la *forme intermittente* et le *paludisme* ne sera possible que si la quinine n'agit pas, si les accès ne reviennent pas régulièrement, s'il existe des signes physiques d'endocardite, s'il survient des phénomènes emboliques.

V. **Diagnostic des complications** : myocardite, péricardite, aortite (v. classiques).

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1905, nos 70, 73 et 76.
(2) Voy. MERKLEN. *Examen et séméiotique du cœur*, coll. Léauté.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Étudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

PREMIER-PARIS
TRAVAUX ORIGINAUX
De l'examen clinique des échanges respiratoires. Description de l'appareil, résultats cliniques, indications thérapeutiques (fin), par MM. Albert Robin et Maurice Binet.
MÉDECINE PRATIQUE
Propriétés hémostatiques du poivre.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de chirurgie.
Société de biologie.
FORMULAIRE
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Paris, le 17 juillet 1905.

S'il nous était permis de donner notre avis au directeur de l'Assistance publique, chargé de se prononcer sur le projet de réformes à introduire dans le concours de l'Internat (1), nous lui dirions : Monsieur le directeur, lisez le projet qui vous est soumis, car il représente une somme considérable de travail, il est le fruit de réunions nombreuses d'hommes instruits et de discussions parfois passionnées; mais, lecture faite, déposez ce projet dans vos archives et n'en tenez aucun compte, car ce projet est certainement mauvais.

Il est mauvais et inférieur à l'état de choses actuel parce qu'il est compliqué au point d'être inapplicable et que toute complication est la négation même du progrès, qui doit tendre toujours vers l'idéale simplicité.

Le projet qu'on vous soumet avec ses épreuves multiples, ses quatre compositions écrites, ses deux épreuves orales, son anonymat conseillé pour l'écrit, mais impossible à l'oral, ses jurys multiples, subdivisés en fractions et sous-fractions, ce projet constitue un véritable maquis où l'excès de justice risquerait de devenir la suprême injustice.

Nous rappellerions à M. le directeur ce qui s'est passé pour le concours de médecins des hôpitaux, concours unanimement, hélas ! accusé de favoritisme. Pour satisfaire d'incessantes réclamations, on élabora un nouveau règlement, à la Lyonnaise, d'où la partialité et le favoritisme devaient être absolument bannis. Il est difficile de se souvenir par quelle combinaison mathématique, le jury prenait la moyenne des notes, et comment on avait cru pouvoir évincer toute tentative personnelle de partialité. Mais les quelques jurys, qui manœuvrèrent sous cette réglementation, donnèrent la mesure de la réforme. Mathématiquement, mais cyniquement, les candidats favoris abattaient le maximum à chaque épreuve, et l'on assista à cette lutte vraiment réjouissante où aucun des favoris n'eut l'ombre d'une défaillance pendant la longue durée du concours.

C'est qu'en réalité, quelle que soit la composition du jury, quels que soient la nature des épreuves et le mode de notation, les juges demeurent toujours des hommes, avec leurs qualités et leurs défauts. Malgré cette défectuosité, inhérente à l'humaine nature, le concours de l'Internat est encore celui de tous nos concours qui donne le moins de prise à l'intrigue et le moins de place à la faveur.

Si ce concours a été tant décrié, c'est qu'il y a beaucoup d'appelés et peu d'élus. Les évincés, qui sont légion, réclament et protestent à grands cris et, étant le nombre, ils ont su faire écouter leurs clameurs.

Avant de prendre une décision définitive, feuilletez l'annuaire de l'Internat, monsieur le directeur, informez-vous de ce que sont devenus les anciens, considérez le chemin qu'ils ont parcouru dans la carrière médicale, tant à Paris qu'en province, demandez aux chefs de service ce qu'ils pensent de leurs internes actuels, vous vous rendrez ainsi compte que le mode de recrutement ancien avait quelque chose de bon, et qu'il n'existe aucune raison majeure pour modifier un rouage qui fonctionne, depuis si longtemps, à la suffisante satisfaction des esprits réfléchis.

Quelles que soient les réformes que vous adoptiez, le concours, qui par son essence même comporte un choix et une élimination, ne saurait évidemment contenter toutes les ambitions et donnera toujours lieu à des protestations, souvent injustifiées.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, n° 79, 13 juillet 1905.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Deuxième concours de chirurgie.* — Médecine opératoire : « Ligature de l'artère iliaque externe; Désarticulation de l'épaule. »

Séance du 11 juillet 1905. — MM. Labey, Mouchet, Proust, Schwartz et Lecène, 26; Fredet, Lapointe et Dujarrier, 27.

Séance du 13 juillet (épreuve orale) : MM. Dujarrier, 18; Proust, 17; Fredet, 20; Lapointe, 19.

Séance du 15 juillet (épreuve clinique) : MM. Proust, 19; Dujarrier et Lapointe, 20; Fredet, 19.

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Lapointe et Dujarrier.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. — *Au grade de commandeur.* — M. le médecin-inspecteur Annequin.

Au grade d'officier. — MM. les médecins principaux de première classe Brisset, Colnenne, Fournié et Rigal.

MM. les médecins principaux de deuxième classe Bassompierre et Hussenet.

M. le médecin-major de première classe Franchet.

M. le pharmacien principal de deuxième classe Jehl.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe Arnaud (direction du service de santé du gouvernement militaire de Paris), Bergasse, Cherpitel, Delporte, Douillet, Galland, Maison, Mitty, Papon, Robelin, Ruotte, Tersen, Vincent (professeur au Val-de-Grâce), de Viville et Watrin.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Barisien, Batut, Chérashi-Périgny, Galzin, Jantier et Routier.

M. le pharmacien-major de première classe Barthe (hors cadre, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux).

MARINE. — *Au grade de commandeur.* — M. le directeur du service de santé Friocourt.

Au grade d'officier. — M. le médecin en chef de première classe Abelin.

M. le médecin principal Geay de Convalette.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de première classe Titi, Hervé, Bonnefoy, Palasne de Champeaux, Glérant, Taddei dit Torella et Deniel.

M. le pharmacien de première classe Deniel.

EXERCICES SPÉCIAUX DU SERVICE DE SANTÉ DU 24 AU 28 JUILLET 1905. — PROGRAMME GÉNÉRAL DES EXERCICES. — *Première journée, lundi 24 juillet.* — A 8 h. 45, réunion des officiers dans la salle des adjudications (corridor d'Arles). hôtel des Invalides, entrée, 51 *bis*, boulevard Latour-Maubourg. De 9 h. à 11 h., conférence par le directeur technique et par un officier d'état-major. A 2 h. 30, préparation, organisation des formations sanitaires et chargement du matériel aux docks du service de santé, 7, rue Lameroux, à Vanves. Le parc sera formé dans la grande cour de l'École militaire (place Fontenay).

Deuxième journée, mardi 25 juillet. — A 5 h. du matin, départ des troupes et des formations sanitaires pour les cantonnements qui seront assignés (bois d'Arcy); service de marche et cantonnement (chaque unité fera son cantonnement).

Troisième journée, mercredi 26 juillet. — Engagement de la brigade encadrée sur le Rû de Gally entre la Faisanderie et la ferme de Pontaly. Fonctionnement du service de santé de l'avant (service régimentaire). Ambulance divisionnaire opérant en deux sections à Rennemoulin. Hôpital de campagne, à la ferme de Pontaly.

Quatrième journée, jeudi 27 juillet. — Continuation de l'engagement de la veille. Attaque du village de Noisy-le-Roi. Fonctionnement du service de santé de l'avant (corps de troupe). Ambulance divisionnaire. Hôpital de campagne. Mêmes cantonnements que la veille. Formation du convoi d'évacuation des blessés.

Cinquième journée, vendredi 28 juillet. — Évacuation sur la gare des Matelots à Versailles. Établissement de l'hôpital d'évacuation. Organisation et chargement d'un train sanitaire improvisé. Embarquement de l'ambulance. A 2 heures du soir, dislocation des formations sanitaires et retour à Paris.

Les exercices spéciaux auront lieu sous la direction technique de M. le médecin principal de première classe Nimier.

M. le médecin-major de première classe Barthélémy et M. le médecin-major de deuxième classe Visbecq donneront à MM. les officiers de réserve et de l'armée territoriale tous les renseignements nécessaires sur la marche des opérations et le fonctionnement des divers services.

Tenue de campagne, sauf la giberne et le brassard réservés aux officiers prenant part aux opérations sanitaires.

Moyens de transport pour se rendre sur le terrain. — 1° Les 26 et 27 juillet : *a.* Gare des Invalides : départ 6 h. 29, 7 h. 14, 8 h. 34 et 10 h. 23; arrivée à Saint-Cyr 7 h. 9, 7 h. 52, 9 h. 16 et 11 h. 6.

b. Gare Montparnasse : départ, 5 h. 50, 6 h. 50, 9 h. 5; arrivée à Saint-Cyr, 6 h. 31, 7 h. 30, 9 h. 39.

c. Gare Saint-Lazare : départ, 6 h. 9, 7 h. 25; arrivée à Versailles (Chantiers), 7 h. 1, 8 h. 7. Départ de Versailles (Chantiers), 7 h. 21; 9 h. 8; arrivée à Saint-Cyr, 7 h. 30, 9 h. 16.

2° Le 28 juillet : tous les trains se rendant à Versailles, dans la matinée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 17 AU 22 JUILLET 1905)

THÈSES

Jeudi 20 juillet 1905 (fin). — Mlle MAYER. Spasme idiopathique de la glotte chez les nourrissons, d'origine gastro-intestinale. (MM. Hutinel, président; G. Ballet, Méry et Carnot.) — M. MATHEZ. Les résultats éloignés de la stomatoplastie par évidement commissural du col de l'utérus [opération de M. le professeur Pozzi]. (MM. Pozzi, président; Poirier, Rieffel et Morestin.) — M. DE PAOLI. Contribution à l'étude de la dysménorrhée membraneuse. (MM. Pozzi, président; Poirier, Rieffel et Morestin.) — M. NONIQUE. Sclérose de l'anneau vulvaire [kraurosis vulval]. (MM. Pozzi, président; Poirier, Rieffel et Morestin.) — M. LIOUVILLE. Etudes sur l'anatomie pathologique et le traitement de l'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur. (MM. Poirier, président; Pozzi, Rieffel et Morestin.)

Vendredi 21 juillet 1905. — M. LAGUESSE. Médication phosphorée [essais expérimentaux et cliniques d'une albumine phosphorée synthétique]. (MM. Landouzy, président; Gaucher, Balthazard et Macaigne.) — M. HENRY. Etude sur le mal perforant buccal tabétique. (MM. Gaucher, président; Landouzy, Balthazard et Macaigne.) — M. PERRUC. Assistance aux femmes enceintes. (MM. Gaucher, président; Landouzy, Balthazard et Macaigne.) — M. RIGOULET. Pathogénie et traitement de la maladie de Basedow par le sang de mouton éthyroïdé. (MM. Brissaud, président; Roger, Teissier et Claude.) — M. JACQUOT. Les injections sous-cutanées d'eau de mer dans le traitement des maladies mentales. (MM. Roger, président; Brissaud, Teissier et Claude.) — M. BEAUJARD. La radiothérapie dans les leucémies. Etude clinique et expérimentale. (MM. Roger, président; Brissaud, Teissier et Claude.) — M. WASSERBERG. Essai de réglementation sanitaire du travail dans l'air comprimé [caissons]. (MM. Roger, président; Brissaud, Teissier et Claude.)

Samedi 22 juillet 1905. — M. TIXIER. Rapports des états anxieux et des états épileptiques. (MM. Raymond, président; G. Ballet, Dupré et Carnot.) — M. MAUREL. L'épilepsie d'origine gastrique. (MM. Raymond, président; G. Ballet, Dupré et Carnot.) — M. LEROUX. La névrite d'origine otique. (MM. Raymond, président; G. Ballet, Dupré et Carnot.) — Mme WAIJNCOP. Des crises gastriques tabétiques et essentielles. (MM. Raymond, président; G. Ballet, Dupré et Carnot.) — M. DYVRANDE. Contribution à l'étude des formes graves de la chorée de Sydenham. (MM. Hutinel, président; Troisier, Thiroloix et Gouget.) — M. LEDUC. Des adénites géniennes. Revue anatomique et clinique. (MM. Hutinel, président; Troisier, Thiroloix et Gouget.) — M. ANTHOINE. Inspection de l'abdomen d'après la méthode de Sigaud (de Lyon). Notions qu'elle fournit sur l'appareil digestif. (MM. Hutinel, président; Troisier, Thiroloix et Gouget.) — M. FAVRE-THOMAS. Tuberculose et puerpéralité. Essai critique des indications de l'avortement provoqué dans la tuberculose pulmonaire. (MM. Budin, président; Bar, Demelin et Brindeau.) — M. EMANAUD. De la rétention placentaire méconnue. (MM. Budin, président; Bar, Demelin et Brindeau.) — M. ASTENGO. Rapport entre la durée de la grossesse et le poids des enfants. (MM. Budin, président; Bar, Demelin et Brindeau.) — M. QUEDEC. Des rapports entre les infections maternelles et les infections infantiles pendant les suites de couches. (MM. Budin, président; Bar, Demelin et Brindeau.) — Mlle MASSEY-CROSSE. De quelques éléments de pronostic dans l'infection puerpérale. (MM. Budin, président; Bar, Demelin et Brindeau.) — M. OLLIERIC. Considérations au sujet d'une épidémie de variole observée à Rennes en 1903-1904. (MM. Gilbert, président; Achard, Vaquez et Bezançon.) — M. HOREAU. Les périviscérites et la tuberculose généralisée aux séreuses. (MM. Gilbert, président; Achard, Vaquez et Bezançon.) — M. BOHIN. De l'influence de l'ascite sur l'évolution de l'asystolie dans un cas de cardiopathie. (MM. Gilbert, président; Achard, Vaquez et Bezançon.) — M. JACOB-DAVID. Traitement des vaginites par le thigénol. (MM. Gilbert, président; Achard, Vaquez et Bezançon.)

DE L'EXAMEN CLINIQUE

DES

ÉCHANGES RESPIRATOIRES

DESCRIPTION DE L'APPAREIL

RÉSULTATS CLINIQUES. — INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Par Albert ROBIN et Maurice BINET (1).

DEUXIÈME PARTIE

APPLICATIONS ET RÉSULTATS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

I

Puisque nous sommes, pour la première fois, en possession d'un appareil simple et d'un procédé pratique pour étudier les échanges respiratoires, recherchons quel est le parti que l'on en peut tirer pour les besoins de la clinique.

Il est évident que l'étude d'une fonction aussi importante ne peut manquer de présenter un intérêt considérable. On évalue à 10 mètres cubes, en moyenne, la quantité d'air qui passe par les poumons, en 24 heures. Environ 355 litres d'acide carbonique, pesant 698 grammes, sont excrétés par l'organisme qui consomme en même temps 500 litres d'oxygène pesant 718 grammes. C'est donc un échange total de 855 litres ou 1416 grammes de gaz, chez un homme de poids et de taille moyenne, considéré au repos et étant relativement à jeun.

Ces chiffres moyens sont considérablement modifiés par le travail physique ou intellectuel, la digestion, la température extérieure, l'altitude du lieu où l'on opère, la lumière ou l'obscurité, etc., ainsi que par la plupart des états morbides. Il résulte de leur augmentation ou de leur diminution, des types de chimisme respiratoire que l'on sera frappé de retrouver dans les mêmes conditions physiologiques et pathologiques.

Nous ne nous occuperons pas ici des modifications subies par les échanges respiratoires du fait des variations dans les conditions physiologiques du sujet ou dans les agents physiques auxquels il est soumis. Cette étude a été faite par de nombreux observateurs, et nous publierons bientôt un travail d'ensemble où nous exposerons, à côté des faits acquis par nos devanciers, les résultats de nos recherches personnelles, mais nous résumerons rapidement les points de clinique et de thérapeutique qui nous paraissent acquis dans l'ordre pathologique, par les travaux que nous poursuivons dans cette voie depuis onze années et qui portent sur plusieurs centaines de malades atteints de diverses affections.

II

Fièvre typhoïde. — L'activité des échanges respiratoires est en raison inverse de la gravité de la maladie, et plus celle-ci est sévère, moins les échanges sont élevés. Dans les cas qui guérissent, on voit se régler, puis s'élever le chimisme respiratoire dans tous ses éléments. Ce relèvement des échanges s'exagère même, à un moment, au point de dépasser la normale, à laquelle ils reviennent quand la guérison est accomplie. Il semble alors que l'organisme met en œuvre toute son activité oxydante pour brûler et solubiliser ainsi les déchets morbides qui encombrent les tissus.

Dans la fièvre typhoïde terminée par la mort, on peut distinguer une période de lutte et une période de défaillance. Dans la *période de lutte*, les quantités de CO^2 et de O^2 diffèrent à peine des chiffres observés dans les formes graves et guéries. Mais dès qu'apparaissent les premiers signes cliniques de la *défaillance*, les proportions centésimales des gaz, l'absorption de O^2 par les tissus, fléchissent pendant que la ventilation et la proportion plus élevée de CO^2 par kilog-minute, signalent les derniers actes de la résistance organique. Quand vient la *défaite totale*, les échanges baissent à des chiffres minimes et le chimisme respiratoire n'indique même plus trace de lutte, puisque la ventilation pulmonaire elle-même est notablement amoindrie.

Ces faits trouvent d'immédiates applications à la *thérapeutique*. Ils confirment les idées que j'ai défendues au sujet du traitement de la fièvre typhoïde et des états typhoïdes, en général. Ils justifient l'emploi des médicaments et des médications qui accroissent la consommation de l'oxygène et les oxydations, et le rejet de celles qui les diminuent.

III

Pleurésie. — Avec une capacité respiratoire très diminuée, puisqu'elle tombe en moyenne à $7^{cc}\ 11$ par centimètre de taille, au lieu de la normale 20, la ventilation pulmonaire est accrue, et l'on observe aussi une très légère augmentation des échanges gazeux dont la totalité atteint $10^{cc}28$, au lieu de la normale $9^{cc}30$.

Dans les *pleurésies tuberculeuses*, la ventilation pulmonaire ne paraît pas subir de modifications marquées, mais la totalité des échanges monte à $12^{cc}\ 80$. Il y a donc lieu de soupçonner l'origine tuberculeuse des pleurésies à chimisme respiratoire notablement exagéré.

Dans l'appréciation de la valeur des échanges gazeux dans le diagnostic de la pleurésie, il faut tenir compte de ce fait que ceux-ci augmentent encore chaque fois qu'une amélioration se produit dans l'état du malade, après la thoracentèse comme au moment de la défervescence.

Il y a, dans l'abaissement des échanges respiratoires au-dessous de la normale, une indication précise pour la *thoracentèse*. Le *vésicatoire* agit aussi comme stimulant des échanges gazeux, mais certainement avec moins d'intensité, ce qui restreint son emploi aux pleurésies à épanchement moyen et aux pleurésies en voie de résolution.

IV

Ascite. — Il est vraiment curieux de constater que, dans les ascites où la cachexie n'est pas trop prononcée, les échanges respiratoires sont accrus.

Cela semble, au premier abord, d'autant plus para-

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 79, p. 939.

doxal, que ces échanges atteignent leur maximum quand l'ascite est à son comble, et quand la dyspnée s'exaspère par suite du refoulement du diaphragme. Si, à ce moment, on ponctionne l'abdomen, les échanges diminuent dans les vingt-quatre heures qui suivent la ponction, et cette diminution se prolonge pendant deux à trois jours, puis ils progressent de nouveau avec le développement de l'ascite, de telle façon que leurs maxima correspondent aux maxima de l'épanchement liquide, et leurs minima à la vacuité du péritoine.

La grande dépression des forces, la cachexie, les troubles circulatoires, la péritonite, etc., empêchent les échanges respiratoires de baisser après la ponction.

Ces faits comportent des enseignements relatifs à la *physiologie pathologique* et à la *thérapeutique*.

Le foie et le poumon ont une fonction commune qui est l'élimination du carbone. Quand, par suite de la compression exercée sur la circulation hépatique par le haut développement de l'ascite, les fonctions du foie déjà insuffisant sont encore plus troublées, le *pouvoir vicariant* du poumon entre en jeu, et par une ventilation augmentée, il élimine, sous forme d'acide carbonique, le carbone que le foie est impuissant à éliminer lui-même. A la suite de la ponction, les fonctions hépatiques amoindries reprennent quelque activité et les échanges respiratoires s'abaissent. Il est probable que le foie est capable, lui aussi, d'exercer une fonction vicariante de celle du poumon, et il résulte de ce vicariat conjugué une *indication thérapeutique* intéressante à réaliser, à savoir relever, par des moyens appropriés, les fonctions hépatiques quand le poumon ne suffit pas à son rôle d'éliminateur de carbone, et réciproquement, activer les fonctions éliminatrices du poumon quand les fonctions du foie sont en défaillance.

Ajoutons que l'examen du chimisme respiratoire peut servir aussi à déterminer le moment précis où il convient de *ponctionner* une ascite, et que si avec une ascite considérable, les échanges sont très diminués, la ponction, en elle-même, n'est pas exempte d'inconvénients.

V

Diabète sucré. — Chez les diabétiques, les échanges respiratoires sont plus élevés qu'à l'état normal. Il en est de même des échanges généraux. Le diabète n'est donc pas une maladie par ralentissement de la nutrition. Par conséquent, il réclame une médication sédative de l'accélération nutritive, et non une médication stimulante des diverses activités chimiques de l'organisme.

On peut encore donner comme preuve de cette proposition que le *traitement sédatif* (traitement alternant d'Albert Robin) diminue les échanges respiratoires en même temps que la glycosurie. Si celle-ci ne cède pas à ce traitement, les échanges respiratoires varient peu ou ne varient pas.

Cette élévation des échanges explique pourquoi les diabétiques sont plus exposés à la *tuberculose* que les autres arthritiques, puisque l'augmentation des échanges réalise, chez eux, une des conditions du terrain tuberculisable, ainsi que nous le dirons tout à l'heure.

Un diabétique, chez qui les échanges respiratoires demeurent élevés, alors que la glycosurie a disparu, ne doit pas être considéré comme guéri, et demeure encore en imminence de glycosurie.

Quand les échanges respiratoires d'un diabétique s'abaissent beaucoup, sans qu'on puisse invoquer l'influence du traitement, et surtout, si cet abaissement ne s'accompagne pas d'une diminution de sucre, il y a lieu de redouter l'apparition du *coma diabétique*, et l'on doit se hâter de relever, par tous les moyens appropriés, ces échanges défaillants.

Enfin, il existe un rapport direct, sinon constant, du moins très fréquent, entre la quantité du sucre excrété et le taux des échanges respiratoires.

VI

Ostéomalacie. — A des degrés différents, on observe une accélération des échanges avec prédominance de la formation de CO^2 et insuffisance d'absorption de O^2 par les tissus. Sous l'influence de la digestion, la formation de CO^2 n'augmente pas, ainsi qu'il arrive à l'état normal, et si la consommation d'O^2 s'accroît, ce n'est pas pour la combustion du carbone.

En étudiant comparativement les troubles survenus dans les échanges respiratoires avec ceux constatés dans les échanges généraux et dans la composition du sang, on arrive à cette conclusion que les matières ternaires ont un rôle important dans l'assimilation et la fixation des principes inorganiques par les tissus, d'où une série d'*indications thérapeutiques* qui, remplies dans un cas soumis à notre observation, ont abouti à la consolidation osseuse, pendant que disparaissaient les troubles chimiques des échanges respiratoires et généraux et de la composition du sang.

VII

Dyspepsies. — Dans la *dyspepsie hypersthénique permanente*, les échanges respiratoires sont généralement en baisse dans tous leurs éléments. Mais cet abaissement ne tient pas à une moindre aptitude de l'organisme à fixer l'oxygène et à produire l'acide carbonique. Il dépend de ce que la digestion viciée fournit à l'économie, ou bien moins de ternaires à comburer, ou bien des ternaires insuffisamment préparés et ne pouvant subir, de ce fait, qu'une combustion incomplète.

L'examen de ces échanges fournira donc, au praticien, d'utiles indications pour le *régime* à conseiller à un sujet déterminé. En effet, si, chez tel malade, les échanges ne subissent, pendant la digestion, qu'une minime élévation, c'est que le tube digestif prépare mal les ternaires alimentaires : dans ce cas, on doit réduire leur proportion dans l'alimentation à conseiller ou user d'agents médicamenteux capables d'améliorer leur digestion. Si, au contraire, les échanges s'élèvent sensiblement, c'est que le tube digestif est apte à digérer les ternaires et qu'il les livre à l'économie sous une forme satisfaisante

pour leur combustion. On doit donc, dans ce cas, les introduire dans le régime.

Quand, chez un dyspeptique hypersthénique, on constate, d'une façon habituelle, l'augmentation des échanges respiratoires, il faut soupçonner que cette dyspepsie est une des manifestations d'une *tuberculose pulmonaire* commençante ou encore latente.

VIII

Cancer de l'estomac. — Les échanges respiratoires ne présentent pas un type stable. Ils subissent des variations considérables suivant les symptômes dominants. Tant qu'il n'y a pas cachexie, ces échanges peuvent être encore très actifs, mais à mesure que celle-ci se prononce, ils diminuent jusqu'à tomber à un état d'extrême misère.

La survenance de la *diarrhée* les ralentit, tandis que les *hémorragies* les exaltent passagèrement.

IX

Hémorragies. — Les *hémorragies physiologiques*, comme les menstrues, les *hémorragies provoquées dans un but thérapeutique*, comme les ventouses scarifiées et la saignée, et dans certains cas les *hémorragies pathologiques*, ont, à des degrés divers, la propriété d'accroître les échanges respiratoires, ce qui équivaut à dire que la soustraction d'une quantité modérée de sang est un moyen d'oxydation générale.

Cette notion nous a permis de mieux préciser les indications thérapeutiques des *émissions sanguines* qui, en dehors de leurs effets sur la tension du sang, trouveront leur emploi :

1° Dans les affections où la *nutrition* est en déchéance, quand celle-ci n'est pas la conséquence d'une dénutrition exagérée, mais bien d'une insuffisance des actes nutritifs ;

2° Dans certaines *maladies infectieuses*, comme la pneumonie, par exemple, alors que les accidents qui imposent à la maladie sa haute gravité, sont causés par des poisons microbiens ou par ceux que fabrique l'organisme dans la lutte contre l'agent infectieux. Les émissions sanguines qui accélèrent si puissamment les oxydations, aident à comburer ces poisons et à les transformer en produits solubles, facilement éliminables et non toxiques ;

3° Dans les *auto-intoxications*, comme l'urémie, où les émissions sanguines n'agissent pas tant en soustrayant une minime partie du poison, qu'en activant les actes d'oxydation qui les transforment et annihilent leur toxicité.

X

Tuberculose. — Les échanges respiratoires des phtisiques sont augmentés dans 92 p. 100 des cas, contrairement à l'opinion générale qui a cours parmi les médecins et qui, officiellement enseignée, représente le phtisique comme un affamé d'oxygène.

En moyenne, la production de CO^2 s'accroît de 86 p. 100 chez la femme et de 64 p. 100 chez l'homme ; la consommation totale d'O^2 progresse de 100 p. 100 chez la femme et de 70 p. 100 chez l'homme ; la quantité d'O^2 absorbé par les tissus croît de 163 p. 100 chez la femme et de 95 p. 100 chez l'homme.

Cette élévation des échanges respiratoires s'observe à toutes les périodes de la phtisie, aussi bien aux phases initiales qu'aux phases ultimes. Elle persiste même dans les jours qui précèdent la mort.

Ces échanges semblent suivre l'évolution de la maladie, et s'améliorent ou s'aggravent avec celle-ci. Ils sont sensiblement plus faibles dans les formes fibreuses et par conséquent curables de la tuberculose pulmonaire.

Ils augmentent également dans un certain nombre des localisations extra-pulmonaires de la tuberculose ; mais dans quelques-unes de celles-ci, comme le lupus, où la maladie n'a pas tendance à se généraliser, ils demeurent peu élevés et sont quelquefois au-dessous de la normale.

Dans les cas douteux, surtout aux premières périodes, l'exagération des échanges respiratoires peut être utilisée comme moyen adjuvant du *diagnostic*. Elle aidera également au diagnostic de la pleurésie simple de la pleurésie tuberculeuse, puisqu'ils sont plus élevés dans cette dernière.

Nous avons toutes les raisons de penser que cette exacerbation des échanges est, en partie du moins, une des manifestations du *terrain tuberculisable*. L'une de ces raisons est qu'on la retrouve chez 60 p. 100 des descendants de phtisiques, ainsi que dans tous les états de déchéance considérés cliniquement comme prédisposants à la tuberculose, tels que l'alcoolisme, le surmenage intellectuel, physique ou génital, les veilles, les dépressions morales, etc.

Il est donc possible de diagnostiquer, par l'examen du chimisme respiratoire, la prédisposition à la phtisie, de reconnaître parmi les descendants de phtisiques, comme parmi les individus tarés par l'un des états de déchéance qui précèdent, ceux qui sont plus particulièrement aptes à contracter la maladie, si l'on ne parvient pas à modifier le terrain par une médication appropriée.

L'aptitude exagérée d'un organisme à consommer trop d'O^2 et à faire trop de CO^2, c'est-à-dire à se consumer, constitue donc l'une des caractéristiques du terrain tuberculisable, quelle que soit son origine, hérédité, alcoolisme, surmenage, etc.

Cette particularité est la signature des états désignés jusqu'ici sous la vague dénomination d'états de déchéance. Tous ces états, si dissemblables qu'ils soient, possèdent, au moins, un élément commun dont on peut mesurer l'intensité, ce qui rend au terrain, dont le diagnostic devient possible, la valeur dont semblait l'avoir dépossédé l'avènement du bacille tuberculeux.

La phtisie est ainsi une maladie évoluant en deux périodes, l'une de consomption, l'autre d'infection.

Cette découverte montre encore que les états de déchéance prétuberculeux relèvent d'une vitalité exagérée jusqu'à l'auto-consomption, et non, comme on l'enseigne officiellement à tort, d'une vitalité amoindrie.

Elle bouleverse, par conséquent, toutes les idées directrices actuelles de la prophylaxie et du traitement de la phtisie, puisque, d'après les idées classi-

ques, il faudrait tonifier, c'est-à-dire stimuler des organismes dont le mal est d'être déjà en état de suractivité.

Elle démontre, au contraire, par des faits et sans l'intervention de nulle théorie, que la prophylaxie de la tuberculose par le terrain, doit faire état de médications et d'agents capables de restreindre le pouvoir originel ou acquis que l'organisme a de se consumer.

L'expérience prouve qu'il y a des médications capables de remplir ce but. L'examen des échanges respiratoires permet de déterminer ces médications et de savoir si elles ont agi.

Donc, ce mode de prophylaxie qui s'adresse au terrain, doit retenir l'attention au même titre que le bacille, et la lutte individuelle et publique contre la tuberculose ne saurait être décisive sans le concours de ces deux éléments.

Il faut examiner les échanges respiratoires des individus soupçonnés de prédisposition, et de même qu'on vaccine contre la variole, il faut traiter les prédisposés reconnus, en modifiant les conditions vitales de leur terrain.

Et puisque l'on a constaté l'inefficacité des traitements sérothérapiques et antibacillaires de la phtisie confirmée, on doit tenter d'orienter le traitement dans la modification de la consomption qui fait le lit du bacille, en mettant en œuvre les médications antidéperditrices qui restreignent la consommation d'O^2, et les aliments comme les médicaments aptes à dériver sur eux une partie du comburant qui brûle l'organisme.

XI

Arthritisme. — Les échanges respiratoires des arthritiques présentent un type particulier dont le syndrome peut s'exprimer ainsi : diminution des échanges totaux portant beaucoup plus sur l'acide carbonique produit que sur l'oxygène consommé total, d'où augmentation d'O^2 absorbé par les tissus et diminution du quotient respiratoire.

Ce syndrome est opposé, dans son ensemble comme dans ses éléments, au syndrome dont nous avons reconnu la presque constance chez les phtisiques. L'antagonisme clinique entre les deux maladies se retrouve dans leurs échanges respiratoires et par conséquent dans les actes chimiques dont ceux-ci sont l'expression et fournissent au moins l'une des raisons pour lesquelles les arthritiques jouissent d'une certaine immunité contre la tuberculose.

Le syndrome respiratoire spécial se manifeste chez 72 p. 100 des descendants d'arthritiques, tandis que le syndrome particulier des phtisiques se transmet à 60 p. 100 de leurs descendants, ce qui autorise à considérer ces syndromes comme des expressions du terrain dont ils révèlent l'un des caractères et assurent le diagnostic.

Un grand nombre de circonstances sont capables de modifier la nutrition de l'arthritique et le syndrome respiratoire qui l'exprime. Citons certaines formes de l'*obésité*, les *manifestations articulaires*, le *catarrhe bronchique*, le *diabète*, la *dyspepsie hypersthénique*, le *surmenage*, l'*alcoolisme*, les *chagrins* et les *dépressions morales*. Sous l'influence de ces conditions, les arthritiques peuvent donc perdre tout ou partie de leur immunité relative contre la tuberculose.

Les descendants issus de parents dont l'un est arthritique et l'autre tuberculeux, n'ont d'échanges respiratoires exagérés que dans la proportion de 36 p. 100. L'arthritisme de l'un des parents augmente donc d'un tiers le nombre de descendants n'ayant pas de prédispositions originelles à la phtisie.

Les arthritiques atteints de tuberculose se divisent en trois groupes.

Dans le *premier*, les échanges respiratoires sont légèrement augmentés, mais les éléments essentiels du chimisme de l'arthritique ne sont pas intéressés. Chez les malades de ce groupe, la tuberculose a peu de retentissement sur l'état général et tend à guérir.

Dans le *deuxième*, les caractères du chimisme respiratoire des tuberculeux tendent à se dessiner, mais quelques-uns des stigmates du chimisme des arthritiques persistent encore. Cliniquement, ces phtisiques sont encore des résistants relatifs.

Dans le *troisième*, les échanges respiratoires sont très élevés, sans qu'il persiste aucun vestige du syndrome arthritique. Alors, la phtisie évolue avec sa gravité coutumière.

Si l'on prend en bloc la statistique de ces trois groupes de cas, on voit que la phtisie des arthritiques guérit dans la proportion de 29 p. 100.

Il résulte de ces faits que l'arthritique devenu phtisique a des échanges respiratoires moins élevés, en général, que ceux des autres phtisiques, mais quand, pour une raison d'alcoolisme, de diabète ou de surmenage, etc., les échanges de l'arthritique phtisique s'élèvent au taux de ceux des phtisiques ordinaires, l'arthritique perd l'immunité qu'il tenait de son terrain et la phtisie évolue chez lui comme chez tout autre prédisposé.

Ces faits appuient encore l'importance prise par les combustions exagérées dans la constitution du terrain tuberculisable, et l'intérêt thérapeutique qui s'attache à la restriction de ces combustions aussi bien chez les prédisposés à la tuberculose que chez les phtisiques confirmés.

TROISIÈME PARTIE

APPLICATION ET RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES

L'examen des échanges respiratoires ne nous a pas servi seulement à éclairer la physiologie pathologique et les indications thérapeutiques d'un certain nombre d'états morbides, mais nous l'avons aussi fait intervenir dans l'étude des actions médicamenteuses et des effets de quelques agents physiques. Nous donnons ici, à titre d'exemple, quelques-uns des résultats acquis par nos recherches :

I

Climatothérapie. — Le *climat d'altitude* est, en général, stimulant des échanges respiratoires et convient, par conséquent, aux malades chez lesquels ceux-ci sont en baisse, à savoir, aux arthritiques, au plus grand nombre des dyspeptiques, aux convalescents, à tout un groupe de chlorotiques et d'ané-

miques dont les anémies palustres, et à la plupart des neurasthéniques.

Il sera donc utile de pratiquer cet examen avant de prendre une décision sur l'opportunité d'une cure d'altitude.

Comme nous avons démontré que les altitudes n'influençaient pas toujours les échanges dans le même sens chez des sujets différents atteints de la même maladie, il faudra rechercher, après un temps convenable de séjour en montagne, quelles variations ont subies ces échanges chez tel sujet déterminé. En ce qui concerne les phtisiques et les prédisposés, on fera l'examen avant le départ et après une semaine environ de séjour, de façon à faire redescendre ceux dont les échanges subissent une accélération permanente.

En général, les altitudes conviennent aux phtisiques à échanges normaux ou ralentis et aux phtisiques arthritiques. Chez ceux beaucoup plus nombreux dont les échanges sont exagérés, les effets excitants de l'altitude sur les échanges respiratoires, outre qu'ils peuvent se régler par l'accoutumance, sont compensés, au moins pendant un certains temps, par la plus grande pureté de l'air, les meilleures conditions d'hygiène physique et morale, par l'excitation de l'appétit et par l'amélioration des fonctions digestives.

On atténuera l'accroissement des échanges en altitude, en évitant les refroidissements, les brusques variations de température, la trop vive insolation et le vent.

Les *climats froids* où le phtisique inspire de l'air à basse température, conviennent à la condition que la surface cutanée soit protégée contre le refroidissement.

Les *climats chauds et humides*, qui élèvent les échanges, doivent, en principe, être déconseillés aux phtisiques.

Les *climats chauds et secs* n'ont pas d'effets réguliers sur les échanges qui augmentent ou diminuent suivant les cas. Une expérience préliminaire est donc indispensable, avant de les conseiller dans tel cas particulier.

Les *climats où la température subit de grandes variations* doivent être interdits aux phtisiques.

Chez deux sujets sains, le *climat marin* n'a pas déterminé d'accélération sensible des échanges ; toutefois, les divers éléments de ces échanges et surtout la ventilation présentent une tendance à l'augmentation. Ce climat réclame donc les sujets dont les échanges sont en baisse et sont interdits, *en principe*, quand ces derniers sont exagérés.

Mais cette règle comporte des exceptions.

A. Si l'insuffisance des échanges est la conséquence d'une trop grande usure antérieure, le climat marin ne convient pas, car il ne ferait qu'accentuer cette usure, à moins qu'un relèvement de l'appétit et de l'assimilation ne vienne combler le déficit et rétablir la balance au profit de l'organisme.

B. Comme la stimulation ne s'établit pas chez tous les sujets, qu'elle peut, dans d'autres cas, se régler par l'acclimatement et que certaines stations maritimes sont nettement sédatives de par leur topographie, le séjour du littoral peut convenir à certains malades ayant des échanges élevés, et de fait, nos recherches nous ont montré que des malades de ce type ont vu leurs échanges s'atténuer après une cure d'air marin.

II

Hydrothérapie. — Chez l'homme sain, la *douche froide* à 14-18, d'une minute de durée, active la ventilation pulmonaire de 13,7 p. 100, mais les quantités de CO^2 et d'O^2 par kilog-minute et la totalité des échanges ne subissent pas de variation sensible, au moins immédiatement.

La *douche chaude* diminue de 9 p. 100 la totalité des échanges. La douche écossaise les abaisse de 17 p. 100.

III

Etuve sèche. — Un séjour de 40 minutes dans l'*étuve sèche* à 40 degrés, abaisse la totalité des échanges de 7 à 16 p. 100. Un séjour de 15 minutes dans l'étuve sèche à 78 degrés, les accroît de 12 à 19 p. 100.

Cette différence d'action peut servir à mieux fixer la température qu'il convient de donner à l'étuve dans tel cas morbide déterminé. L'accroissement des échanges dans l'étuve à 78 degrés, explique l'éfficacité de celle-ci dans le traitement de la fatigue où elle a pour effet d'oxyder et de solubiliser les produits de première désassimilation, et dans le traitement de l'obésité où elle favorise l'oxydation du tissu graisseux.

IV

Bain turc complet. — Le *bain turc complet*, d'une durée de quarante-cinq minutes à une heure, est un stimulant des échanges respiratoires plus actif que l'étuve hyperthermale, puisque l'accroissement observé peut atteindre 28 p. 100. Il est donc indiqué chez les sujets à échanges ralentis, comme les arthritiques.

V

Bains froids. — Les *bains froids* activent les échanges respiratoires dans tous leurs modes ; mais ce qui s'accroît surtout, c'est la consommation totale de l'oxygène et principalement l'O^2 absorbé par les tissus. Ces effets ne sont pas immédiats ; le relèvement des échanges respiratoires ne commence guère qu'une demi-heure après le bain et n'atteint son maximum qu'une heure après celui-ci.

En comparant les effets produits par les bains froids sur les échanges respiratoires et sur les échanges généraux, on peut fixer le mécanisme de leur action. Ils diminuent la température fébrile en amoindrissant les actes d'hydratation et de dédoublement, première étape de la désintégration organique et producteurs de toxines, actes qui sont des sources importantes de la chaleur fébrile. Ils exagèrent les actes d'oxydation qui transforment en produits solubles, facilement éliminables, peu nocifs, les toxines bactériennes et celles qui proviennent de la désassimilation des tissus. La plus grande quantité d'O^2 absorbé par les tissus, pendant l'action des bains froids, paraît être un des

mécanismes à l'aide duquel l'économie réalise les actes d'oxydation.

Cette action oxydante est du moins l'une des explications que l'on peut donner pour expliquer l'avantage des bains froids sur le traitement des fièvres et des états typhoïdes.

VI

Bains de mer. — Les *bains de mer artificiels*, de 30 à 33 degrés, et de 5 à 10 minutes de durée, accompagnés de frictions et ne produisant pas une vive sensation de réfrigération, sont plutôt sédatifs des échanges inspiratoires. Mais si le bain détermine une sensation plus intense ou prolongée de froid, il les stimule.

Il est donc permis de penser que l'action stimulante des bains de mer sur les échanges reconnaît comme l'un de ses plus importants facteurs, les brusques ou plus ou moins durables sensations de refroidissement que ces bains déterminent.

Si l'on parvient à atténuer cette sensation soit par un exercice actif pris avant le bain, soit par le réchauffement de l'eau de mer, soit par tout autre procédé, il est *probable* que l'on doit parvenir tout au moins à modérer l'accélération des échanges, ce qui ouvrirait de nouvelles indications à la médication marine, puisque cela permettrait de l'appliquer à certains des états morbides dans lesquels les échanges sont dans le sens de l'exagération, sauf aux phtisiques, bien entendu.

VII

Vomitifs. — Outre qu'ils réalisent le curage des bronches — ce qui vaut mieux que toutes les antisepsies — les *vomitifs* accroissent les échanges respiratoires dans tous leurs éléments. Non seulement la ventilation pulmonaire s'accroît, mais l'oxygène est consommé et l'acide carbonique éliminé en plus grande quantité. Il y a là une double action, mécanique et chimique, qui justifie la vogue ancienne des vomitifs et précise leur application au traitement de l'infection bronchique.

VIII

Vésicatoires. — Si les vomitifs élèvent les échanges respiratoires par le fait d'une double action mécanique et chimique, le vésicatoire les accroît surtout par l'effet mécanique d'une augmentation de la ventilation pulmonaire.

Mais quel que soit le mobile de leurs effets, ceux-ci ne s'en traduisent pas moins par une consommation plus grande d'O^2 et une élimination plus intense de CO^2.

A une époque où le vésicatoire ne rencontre plus que des partisans attardés, n'était-il pas utile de rappeler l'attention des médecins sur un agent d'oxydation aussi actif et de donner l'un des motifs scientifiques de son activité?

IX

Actions médicamenteuses diverses. — Nous avons étudié l'action de divers médicaments sur les échanges respiratoires des tuberculeux, et nous avons constaté que les médicaments de la tradition avaient, à divers degrés, la propriété d'atténuer ces échanges.

L'*huile de foie de morue* les abaisse de 11 p. 100; plus les doses sont élevées, plus ils diminuent. La superposition à l'alimentation ordinaire de 250 grammes d'huile de foie de morue donnant 2162 calories, diminuant l'oxygène consommé et l'acide carbonique formé, il faut admettre ou qu'elle n'a pas été brûlée ou que, si elle l'a été, elle a épargné aux tissus une consommation de leur propre substance plus considérable que la quantité d'huile introduite.

Les *arsénicaux* diminuent les échanges de 26,5 p. 100, aux doses de 5 milligrammes par jour. Mais si l'on double la dose, les échanges, loin de s'abaisser, tendent à s'accroître.

Le *cacodylate de soude* et l'*arrhénal* agissent exactement de la même façon.

Ainsi, non seulement l'examen du chimisme respiratoire indique si tel agent est utilisable dans le traitement de la consomption tuberculeuse, mais il nous renseigne encore sur la dose utile qu'il convient d'employer et qui ne doit pas être dépassée sous peine de produire des effets opposés à ceux que l'on veut obtenir.

Le *tartre stibié*, aux doses de 1 à 5 centigrammes, administrées fractionnellement, diminue les échanges à 21,2 p. 100.

Les *mercuriaux* ralentissent les échanges respiratoires, pendant que le *phosphate tribasique de chaux* tend à les augmenter.

Après l'*inhalation de 25 litres d'acide carbonique* mêlé à l'air, les échanges totaux baissent de 36 p. 100.

Après l'inhalation en dix minutes de 10 à 25 litres d'*azote* mélangé aussi à l'air atmosphérique, ils décroissent de 17 p. 100. Ce dernier chiffre varie beaucoup suivant le mode de préparation de l'azote, qui devient excitateur des échanges quand il est préparé en faisant passer de l'air sur de la tournure de cuivre chauffée au rouge dans un tube de porcelaine.

En doublant dans l'air inspiré la quantité d'*oxygène*, on ne modifie pas sensiblement les échanges, qui paraissent être fonction bien plus de l'aptitude des tissus à fixer le comburant que de la quantité de celui qui pénètre dans les voies respiratoires.

L'*azote* et l'*acide carbonique* introduits par la *voie rectale* possèdent, tous deux, une action apaisante sur les échanges respiratoires, mais celle-ci est moins régulière que si ces gaz sont inspirés en mélange avec l'air atmosphérique.

Nous n'avons rappelé, dans cette revue sommaire, que les résultats qui ont déjà fait l'objet de publications antérieures.

FORMULAIRE

CONTRE L'OTITE MOYENNE AIGUE

Stovaïne.............	0gr20 centigrammes.
Résorcine............	0gr15 —
Glycérine............	30 grammes.

Verser VI à VIII gouttes tièdes dans l'oreille toutes les deux heures (Georges Laurens).

MÉDECINE PRATIQUE

PROPRIÉTÉS HÉMOSTATIQUES DU POIVRE

M. Gaston Pégurier, dans un intéressant article du *Répertoire de pharmacie* (1), rappelle l'action hémostatique d'une pipéracée : le matico (*piper angustifolium*), que les Indiens ont baptisé du nom bien significatif de *yerba del soldado* (herbe au soldat).

Partant de là il a pensé que cette propriété, due vraisemblablement à la présence d'une essence et d'une résine particulières, pourrait bien se rencontrer également chez d'autres pipéracées, telles que le poivre ordinaire, qui contient, lui aussi, une huile essentielle et une substance résineuse. En effet, dit-il, si l'on saupoudre de poivre finement moulu une blessure légère au niveau de laquelle il s'est produit une hémorragie des vaisseaux, le sang se coagule immédiatement, et la plaie se referme aussitôt.

Contrairement à ce qu'on pourrait supposer, le poivre n'a pas d'action irritante sur la plaie et ne provoque aucune cuisson, ainsi que M. Pégurier a pu l'observer sur lui-même après une entaille accidentelle assez profonde, alors qu'il n'avait sous la main aucun autre hémostatique.

A ce point de vue, en particulier, cette observation pourra rendre quelques services, en même temps qu'elle fera connaître une propriété intéressante du poivre, qui, on le sait, est entièrement inusité en médecine.

(1) 10 juillet 1901.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 12 JUILLET 1905)

Le sérum anticancéreux de M. Doyen. — On se souvient qu'après la communication de M. Doyen au dernier Congrès français de chirurgie, il avait été décidé qu'une Commission serait nommée parmi les membres de la Société de chirurgie, pour étudier la question.

Pour se conformer strictement aux règlements de la Société de chirurgie, il fallait que cette Commission fût chargée d'un rapport à l'occasion d'un travail présenté au sein même de cette Société. M. Doyen est donc venu, le 14 décembre 1904, faire une communication à la Société de chirurgie, et dès lors la Commission a été nommée et ainsi composée : MM. Berger, Kirmisson, Nélaton, Monod et Delbet rapporteur.

Les règles les plus scrupuleuses ont donc été observées et nous ne croyons pas que l'on puisse trouver une cause quelconque de cassation au jugement sérieux, consciencieux, définitif, qui a été rendu, hier, à la Société de chirurgie de Paris, sur le traitement anticancéreux proposé par M. Doyen. Arrivons aux faits.

M. Delbet après avoir exposé l'historique de la question et après avoir rappelé que des deux parties du travail de M. Doyen, l'une purement bactérioologique, l'autre thérapeutique, il n'avait, dans ce rapport, à s'occuper que de la seconde, déclare tout d'abord que c'eût été une grande joie que ses collègues et lui auraient eue à annoncer que le cancer était vaincu. Malheureusement, dit-il, il n'en est rien.

Les malades traités par M. Doyen dans sa clinique particulière et soumis à l'examen des membres de la Commission sont au nombre de 26. Ils ont été divisés en 4 catégories : 1° les malades traités par la sérothérapie seule; 2° ceux qui ont été opérés et soumis au traitement sérothérapique; 3° les cas de récidive traités par la sérothérapie; 4° les cas de récidive traités et réopérés.

M. Delbet analyse chacune de ces 26 observations et il met de côté quelques cas où il a été fait des injections interstitielles; ces cas n'ont rien à voir avec la sérothérapie. Le sérum de Doyen injecté dans le tissu néoplasique semble agir comme les caustiques.

En résumé, pendant cette période de cinq mois et demi, la commission, sur ces 26 malades, a constaté 20 aggravations manifestes, 2 états stationnaires, 1 cas de récidive de lymphadénome du testicule n'ayant pas reparu depuis quatre ans et demi, 3 cas insuffisamment suivis. Nous sommes loin de la première conclusion de M. Doyen ainsi formulée : « Le traitement anticancéreux détermine dans les néoplasmes malins des modifications favorables qui rendent les tumeurs opérables. »

Ce n'est pas l'avis de M. Delbet, qui pense qu'attendre, dans ces cas, ce n'est pas rendre service aux malades. La commission, en effet, a constaté que, dans plusieurs cas, des tumeurs, opérables avant le traitement, ne l'étaient plus après.

Enfin, signalons ce fait fondamental, ajoute M. Delbet, que durant ces cinq mois et demi la Commission n'a pas constaté un seul cas d'amélioration.

La conclusion votée, à l'unanimité, par la commission, est donc que *le traitement du docteur Doyen n'a pas d'action favorable sur le cancer.*

M. Delbet ajoute à ces faits 3 observations personnelles; il s'agit de trois malades qu'il a traitées, dans son service, par le sérum de M. Doyen. Sur ces 3 cas, il a eu 1 cas stationnaire, 2 cas d'aggravation manifeste.

Les conclusions du rapport de M. Delbet sont mises aux voix et adoptées.

L'exposé très clair, très précis de M. Delbet peut se passer de tout commentaire.

Le cancer de la langue. — Au début de la séance, nous avons entendu une communication très intéressante de M. Poirier sur ce sujet.

Le 23 avril 1902, M. Poirier proposait une opération logique, anatomique, contre le cancer de la langue. En mai 1904, il présentait deux opérés en bonne santé et sans traces de récidive, l'un opéré depuis vingt-deux mois, l'autre depuis trentre-trois mois. Aujourd'hui (juillet 1905) ces opérés sont toujours en bon état et sans récidive, l'opération chez l'un datant maintenant de trois ans, chez l'autre de quatre ans.

La communication actuelle de M. Poirier a pour but de montrer que l'étude histologique du cancer de la langue justifie son manuel opératoire.

La place nous manque pour suivre M. Poirier dans ses développements d'histologie. Ce qu'il faut retenir de cette étude c'est que, dans les cas douteux, la biopsie des tumeurs linguales s'impose. Douze fois sur vingt, les ganglions sont cancéreux. Il est formellement indiqué de les enlever toujours.

M. Poirier ajoute un mot sur le manuel opératoire. Il y a apporté une modification qui consiste dans la laryngotomie intercricothyroïdienne temporaire par ponction. Il se sert pour cela d'une canule-trocart qui n'est qu'une modification de la canule de Krishaber ou de celle dont nous avons vu Péan se servir, il y a plus de vingt ans, ainsi que le font très justement observer MM. Reynier et Pozzi.

En terminant M. Poirier déplore que beaucoup de malades atteints de cancer lingual viennent trouver le chirurgien trop tard, s'étant laissé bercer ou berner par les illusions trompeuses de la radiothérapie ou d'autres méthodes de traitement.

M. Quénu pratique la ligature préalable des deux carotides externes. Il n'a recours qu'exceptionnellement à la trachéotomie. Pour l'anesthésie, il trouve de grands avantages à l'appareil de M. Delbet.

M. Faure évite autant que possible de pratiquer la trachéo-

tomie. Cette opération aggrave, selon lui, le pronostic opératoire. Toutefois en cas de difficultés, il la ferait, mais, alors, il enlèverait la canule après l'opération au lieu de la laisser comme il l'a fait jusqu'ici.

M. Richelot rappelle avoir dit, il y a une quinzaine d'années, tout ce que vient de dire M. Poirier sur le traitement chirurgical du cancer de la langue.

M. Sébileau n'est pas encore bien fixé sur la question de savoir s'il vaut mieux, ou non, pratiquer la trachéotomie. S'il a à la pratiquer, il préfère la faire couche par couche et non pas par ponction, comme le préconise M. Poirier. M. Sébileau ne fait pas la ligature préalable des carotides externes. Les pinces lui suffisent.

M. Sébileau a cru remarquer que la radiothérapie aggrave beaucoup les cancers des muqueuses.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 8 juillet 1905 [*fin*])

Note sur les cellules à graisse et à poussières du poumon. — MM. A. Gilbert et J. Jomier rappellent qu'il existe dans le poumon de gros éléments leucocytaires, situés dans les parois ou dans la cavité des alvéoles, et qui sont abondamment infiltrés de poussières de charbon. Ils montrent que ces éléments sont capables de s'emparer de la graisse que l'alimentation apporte au poumon par le sang, si bien que, dans le parenchyme pulmonaire, on trouve de ces cellules tantôt chargées de poussières, tantôt gonflées de granulations graisseuses, tantôt infiltrées simultanément de poussières et de graisse. Par l'intermédiaire de ces éléments, la graisse du poumon est, pour une part tout au moins, éliminée dans le mucus des crachats. Ces cellules, communément appelées cellules à poussière, méritent donc d'être dénommées cellules à graisse et à poussières.

Septicémie pneumococcique et phagocytose chez les malades. — On a attribué à la présence du pneumocoque dans le sang une signification pronostique fatale. Le fait suivant, rapporté par M. Lafforgue (de Tunis), montre qu'il n'en est pas toujours ainsi. Cet auteur a eu récemment l'occasion d'observer une pneumonie lobaire gauche chez un Arabe, avec généralisation septicémique *insolite* du pneumocoque dans le sang. Tout faisait prévoir une issue fatale, mais deux jours après, la phagocytose par les polynucléaires s'exerça de façon tellement active et tellement manifeste que la septicémie pneumococcique évolua vers la guérison à bref délai.

Action des matières minérales. — Dans une première série de recherches, M. Charrin a vu qu'injectées à très petites doses, tous les trois ou cinq jours, durant des semaines et des mois, les matières minérales améliorent les échanges nutritifs et augmentent légèrement la résistance à l'infection. Le rapport azoturique s'élève quelque peu, de même le poids, le volume urinaire, l'alcalinité humorale, l'agglutination, l'état bactéricide, etc.

Dans une seconde série d'expériences, après avoir soumis deux groupes d'animaux à une même alimentation, il supprime tout aliment solide et au premier de ces groupes injecte une solution minéralisée pendant que le second recevait un même volume d'eau distillée avec soin.

Dans ces conditions, ce sont les animaux minéralisés qui, en général, survivent quelques heures de plus; les urines sont légèrement plus abondantes, la température faiblement supérieure, le poids peut-être plus fort, le coefficient $\frac{\text{Azu}}{\text{Azt}}$ s'élève de quelques dixièmes.

Toutefois, ces différences sont minimes, inconstantes. Impuissantes à se montrer vraiment plastiques ou à céder de véritables énergies fonctionnelles, les matières minérales paraissent agir par catalyse, à titre d'excitateurs, de médiateurs, comme des ferments atténués.

Des modifications subies dans l'estomac et le duodénum par les solutions acides ingérées. — MM. P. Carnot et Chassevant, après avoir étudié les transformations subies par les solutions salines ingérées, abordent l'étude des transformations gastriques et duodénales des solutions acides.

Dans l'estomac, ces solutions diminuent progressivement d'acidité. Le taux des acides ingérés (sulfurique phosphorique, etc.) diminue graduellement et inversement la concentration moléculaire des solutions, toujours hypotonique, augmente en même temps que la proportion de Cl. Il y a donc, à la fois, tendance à la neutralisation et à l'équilibration moléculaire.

Au niveau du pylore, il se produit un spasme de fermeture occasionné par le réflexe acide de Pawlow; aussi les solutions passent-elles, avec une extrême lenteur, de l'estomac sur le duodénum.

Dans le duodénum, le contenu gastrique, encore acide, est déversé par petites fractions qui se saturent par la bile; la quantité de bile est ainsi accrue, apportant une assez forte proportion de Cl et augmentant la concentration moléculaire, en sorte que la solution acide ingérée devient déjà neutre et presque isotonique avant son absorption intestinale.

Réaction du suc gastrique étudiée par la méthode électrométrique. — M. C. Foa conclut de ses recherches, que la plus grande partie de l'acide chlorhydrique du suc gastrique se trouve à l'état libre, et qu'une partie extrêmement petite est seule liée à la pepsine.

Présence d'un glucoside cyanhydrique dans les feuilles de sureau. — MM. Bourquelot et Danjou montrent que la feuille de sureau renferme un glucoside cyanhydrique qui, sous l'influence de l'émulsine, donne du glucose, de l'acide cyanhydrique et une aldéhyde.

Autres communications :

Leucolyse et macrophagie dans un lymphome leucémique du chien traité par les rayons X, par MM. Emile Weil et E. Beaujard.

Réaction du tissu lymphoïde au cours de l'hémolyse aiguë, par MM. Rist et Ribadeau-Dumas.

Réaction du tissu lymphoïde au cours de l'hémolyse prolongée et chronique, par MM. Rist et Ribadeau-Dumas.

Développement et structure des raphés des organes génitaux urinaires, par M. Retterer.

Prolifération exogène de l'échinocoque humain, par M. Dévé.

Unité des hématozoaires du paludisme, par M. Gros.

Emploi de la pomme de terre violette comme milieu de culture, par M. Rodriguez.

Traitement de la maladie du sommeil expérimentale par l'acide arsénieux et le trypanroth, par MM. Brumpt et Wurtz.

Températures sous-vestiales et cubiliales chez le nouveau-né, par M. Maurel.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 81. — JEUDI 20 JUILLET 1905. 78e ANNÉE. JEUDI 20 JUILLET 1905. — N° 81.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Étudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

PREMIER-PARIS
Sur les réformes de l'agrégation.
CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE
Le diagnostic de la pneumonie franche chez l'enfant, par M. G. VARIOT.
MÉDECINE PRATIQUE
Traitement de la diarrhée infantile et de la gastro-entérite chronique des nourrissons par le suc gastrique de porc, par M. Maurice HEPP.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Académie de médecine.
Société de neurologie.
VARIÉTÉS
Les aliénés par alcoolisme en Savoie.
FORMULAIRE
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Paris, le 19 juillet 1905.

SUR LES RÉFORMES DE L'AGRÉGATION

Dans un article publié en 1903 dans ce même journal, je disais : « Il est une disposition réglementaire qui permettrait de remédier à la crise de l'agrégation : c'est celle des professeurs adjoints. Les règlements portent que des professeurs adjoints peuvent être nommés en nombre égal au tiers des chaires de titulaires. Pourquoi cette raison, qui semble bonne pour les facultés des sciences et des lettres, est-elle devenue subitement mauvaise pour toutes les facultés de médecine sauf une? Nul ne le sait sans doute. » Or l'administration paraît aujourd'hui avoir changé d'avis. Par des décisions récentes, Rauzier à Montpellier, Pousson, Dubreuilh, Moure, Régis à Bordeaux ont été nommés professeurs adjoints; on dit même que la liste n'est pas close et l'on fait espérer que d'autres nominations ne tarderont pas. C'est une première tentative dans la voie des réformes nécessaires et il y a lieu d'en féliciter les bénéficiaires. Je ferai remarquer cependant que pour beaucoup d'entre eux, le nouveau titre ne fait que confirmer une situation de fait et que, à ce point de vue, l'innovation est moins importante qu'elle ne le paraît. En outre, je persiste à croire que la solution de la crise n'est point dans l'institution des professeurs adjoints, et je suis toujours convaincu qu'une réforme ne sera bonne et durable que si elle comporte la diminution du nombre des places d'agrégé mises au concours. Mais il y aurait mauvaise grâce à ne pas se montrer satisfait d'une mesure que l'on peut considérer comme un commencement de satisfaction. Ce résultat prouve aux agrégés que, lorsqu'on a pour soi la vérité, on finit toujours par triompher; il doit les engager à persévérer dans la voie des revendications. Espérons que l'administration ne s'arrêtera pas en si bonne voie et que, dès cette année, elle nommera encore professeurs adjoints quelques-uns des agrégés que leur ancienneté et leurs travaux désignent à son choix.

Dr LÉON IMBERT,
Agrégé des facultés, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Marseille.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Rabel (de Meulan) et Fuzet du Pouget (de Casteljau), pour soins gratuits donnés à la gendarmerie depuis plus de trente-cinq ans.

COLONIES. — *Au grade de chevalier.* — M. le médecin aide-major de première classe des troupes coloniales Gaillard.

— Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Arnaud (de Marseille), Barral (de Lyon), Beille (de Bordeaux), Brissaud (de Paris), Castex (de Rennes), Charmeil (de Lille), Condamin (de Lyon), Debionne (d'Amiens), Fourestié (d'Agen), Fournier (d'Amiens), Gaucher et Gley (de Paris), Gosselin (de Caen), Grimbert, Guerbet et Guérin (de Paris), Guillemaut (de Louhans), Hutinel (de Paris), Laget (de Marseille), Parigot (de Dijon), Perriol (de Grenoble), Pouchet (de Paris), Puech (de Montpellier), Quenu, Reclus et Ribémont-Dessaignes (de Paris), Rollet (de Lyon), Segond (de Paris), Verdier (d'Auch), Wickersheimer (de Paris).

M. Guérin, commis au secrétariat de la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Allaire (de Nantes), Astruc (de Montpellier), Ballet (de Paris), Barthet (de Narbonne), Beylot (de Bordeaux), Bury (de Clermont), Carnot (de Paris), Chanot et Chatin (de Lyon), Claude (de Paris), Demeure et Desoil (de Lille), Duval (de Paris), Frenkel (de Toulouse), Lacour (d'Epinal), Lemaire (de Bordeaux), Mally (de Clermont), Maygrier (de Paris), Michaud (de Dijon), Monod et Morestin (de Paris), Patoir (de Lille), Pettit, Proust et Quilliot (de Paris), Ribaut (de Toulouse), Routier (de Paris), Rouvière (de Montpellier), Simon (de Reims), Taty (de Lyon), Thibault (d'Angers), Verger (de Bordeaux), Viaud (de Nantes), Vincent (de Dijon), Weber (de Nancy).

MM. Capifali, commis au secrétariat de la Faculté de médecine de l'Université de Lyon; Tournemire, commis au secrétariat de la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE

LE DIAGNOSTIC DE LA PNEUMONIE FRANCHE
CHEZ L'ENFANT (1)

Par M. G. VARIOT,
Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Messieurs,

L'étude clinique de la pneumonie franche de l'enfant mérite toute votre attention. Cette maladie est en effet très fréquente, une centaine de petits pneumoniques passent chaque année par nos salles; elle s'observe même chez le nourrisson, mais elle devient plus commune à partir de deux ou trois ans.

Le cortège des accidents par lesquels se traduit la pneumonie infantile est souvent très alarmant pour les familles, très *déroutant*, passez-moi cette expression, pour le médecin traitant; et, comme la situation paraît être plus grave qu'elle n'est en réalité, cette maladie est une de celles pour lesquelles on recourt le plus volontiers à l'expérience du médecin d'hôpital.

C'est dire que le diagnostic est souvent fort obscur.

Voici une petite fille âgée de vingt-deux mois qui nous a été amenée par ses parents depuis quatre jours, parce qu'elle avait de la fièvre, avait perdu l'appétit, était devenue grognon et faible. La feuille de température indique le soir 40, 39°8 et 40°2, chaque matin le thermomètre marque 37°5 ou 38 degrés au plus. Ce sont là de grandes oscillations qui ne paraissent pas en rapport avec l'évolution d'une pneumonie franche; d'ailleurs l'enfant n'a que des secousses de toux à de rares intervalles; la respiration est à peine accélérée et l'on ne croirait pas, à première vue, être en présence d'une maladie des voies respiratoires.

Cependant si vous pratiquez l'examen physique du thorax, vous constatez une submatité très nette au sommet du poumon gauche, dans la fosse sus et sous-épineuse; vous percevez en même temps un souffle tubaire dans la région de l'aisselle en faisant lever le bras de l'enfant, et vous entendez aussi le retentissement bronchophonique de la voix. Tous ces signes physiques sont bien limités, unilatéraux et suffisent pour vous faire porter le diagnostic de pneumonie franche, malgré l'effacement des troubles respiratoires et l'irrégularité de la courbe thermique.

Il est relativement fréquent d'observer du soir au matin de grandes oscillations thermiques de 37 jusqu'à 40 et 41 degrés, mais surtout à la fin des pneumococcies infantiles. La température après cinq ou six jours tombe à 37, et même 36°5, on croit la défervescence définitive, il n'en est rien; dès le soir la température remonte à 40 degrés et même plus; j'ai vu le thermomètre atteindre 41°7, dans ces circonstances; on pourrait supposer une extension du processus d'hépatisation, la production d'un foyer du côté opposé. Mais le plus souvent ces ascensions thermiques si inquiétantes et d'ailleurs inexpliquées ne sont que des *flambées* qui s'éteignent à peine allumées et la température, après une ou deux grandes oscillations, revient à la normale. Une légère hypothermie temporaire est parfois observée les jours qui suivent.

Il est bien plus rare de voir des pneumonies infantiles mériter pendant toute leur durée le nom de pneumonies à température oscillante, car depuis le début jusqu'à la terminaison on note du soir au matin des variations de 2 à 3 degrés dans la colonne de mercure.

J'ai vu, l'an dernier, dans une consultation avec deux confrères, un garçon de cinq ans qui, depuis six jours, offrait des oscillations thermiques de ce genre, sans qu'on puisse en découvrir la cause par l'examen le plus soigneux des divers appareils.

Je cherchai à pratiquer l'exploration du thorax, mais l'enfant était d'une indocilité extrême et il ne cessait de hurler dès que je faisais une tentative pour le percuter ou l'ausculter : il me sembla néanmoins qu'il y avait une nuance de submatité sous une clavicule.

Je soumis timidement à mes confrères l'hypothèse d'une pneumonie centrale; on avait émis l'opinion de fièvre éphémère d'origine gastro-intestinale, de fièvre intermittente quotidienne pour expliquer ces grandes oscillations thermiques. J'ai appris par l'un des médecins traitants que, deux jours après notre consultation, un foyer de souffle tubaire était apparu dans un des côtés de la poitrine.

A la salle Damaschino, sur un garçon de deux ans et demi, j'ai observé aussi un beau cas de pneumonie à température oscillante; les signes physiques n'apparurent qu'au cinquième jour.

De tels faits nous montrent combien le diagnostic de la pneumonie peut être difficile, rendu plus obscur encore par l'impossibilité de l'examen physique, à cause de l'irritabilité ou de l'indocilité des petits malades.

D'une manière générale, on peut dire qu'autant le diagnostic de la pneumonie franche est aisé chez l'adulte, en prenant en considération les troubles fonctionnels et les signes physiques, autant cette maladie s'y affirme par des traits bien caractérisés, autant dans l'enfance il est habituel de lui voir revêtir des formes frustes ou anormales, d'où résulte un tableau clinique incomplet et une interprétation vraiment laborieuse.

Chez l'adulte début soudain, frisson, point de côté, vomissements, toux avec *expectoration typique*, même dans les *pneumonies centrales*, dyspnée, fièvre avec courbe tendue à 39 ou 40 degrés, signes physiques d'une constatation facile le plus souvent; renseignements fournis par le malade lui-même.

Il n'est presque aucun de ces symptômes, de ces signes qui ne puisse faire défaut chez l'enfant, surtout s'il est âgé de moins de trois ou quatre ans : a-t-il eu ou non un frisson? on l'ignore, le point de côté doit manquer assez habituellement, car l'accélération respiratoire et la dyspnée sont loin d'être aussi fréquentes que chez l'adulte. Bien plus,

(1) Conférence clinique recueillie par M. Eschbach, interne du service, et revue par le professeur.

ordinairement, après cinq ou six ans, les petits malades accusent le point de côté thoracique; d'autres fois ils le localisent dans le ventre, surtout dans la fosse iliaque droite. Lorsque, avec cette douleur abdominale, coexistent des vomissements et un état fébrile ayant débuté brusquement, on pourrait penser à des accidents appendiculaires; il n'est pas très rare que nos collègues de chirurgie renvoient dans nos salles de médecine des enfants qu'on leur avait envoyés par erreur.

J'ai gardé le souvenir d'un petit malade qui était atteint depuis trois jours de vomissements répétés presque incoercibles, avec de fortes douleurs dans le ventre, et une hyperhémie de 40 degrés, la paroi abdominale était tendue. Quelques-uns des vomissements étaient bilieux, porracés même. Le médecin traitant croyait être en présence d'une péritonite.

A l'auscultation, je découvris un foyer de souffle très limité dans la région axillaire; il s'agissait d'une de ces pneumonies qu'on a qualifiées d'émétisantes à cause de la persistance des vomissements réflexes.

Mais revenons au parallèle clinique de la pneumonie franche chez l'adulte et chez l'enfant.

La *dyspnée* est un trouble à peu près constant chez l'adulte, les mouvements respiratoires sont précipités, laborieux et même douloureux à cause du point de côté. Dans le jeune âge la dyspnée, l'accélération respiratoire est inconstante, elle manque souvent; le chiffre de 30 à 40 respirations qu'on relève alors cadre avec l'hyperthermie et se rencontre dans d'autres états fébriles, sans que les voies respiratoires soient intéressées. Dans les cas de pneumonie double ou chez les enfants de dix ans et plus, la dyspnée se montre avec une intensité plus ou moins forte. Mais il ne faut pas compter sur ce trouble fonctionnel pour être mis sur la voie du diagnostic.

La grande fréquence des mouvements respiratoires est à peu près constante dans les processus bronchopulmonaires diffus; c'est là même un bon signe différentiel avec la pneumonie franche.

La *toux* pendant les deux ou trois premiers jours chez l'enfant fait souvent défaut ou consiste dans quelques secousses qui attirent peu l'attention; c'est plutôt dans les derniers jours de la maladie, alors que les signes physiques commencent à affleurer à la surface du parenchyme pulmonaire, que la toux devient plus fréquente et plus grasse.

Quant à l'*expectoration*, elle est le symptôme le plus caractéristique de la maladie chez l'adulte; à elle seule, qu'elle consiste dans des crachats ambrés, rouillés ou jus de pruneau, elle suffit à faire poser un diagnostic ferme.

Le crachoir du jeune enfant ne peut être consulté par le clinicien, il ne contient rien. Vous savez en effet que l'enfant ne rejette pas au dehors les crachats qui arrivent dans son pharynx, il les régurgite presque toujours. En cinq ans, sur plus de 300 pneumoniques, je n'ai jamais vu plus de trois fois des crachats teintés plus ou moins semblables à ceux de l'adulte; dans un cas il s'agissait d'une grande fille de douze ans; les autres étaient d'un âge voisin.

Devez-vous donc renoncer, Messieurs, à pratiquer l'examen de l'expectoration chez l'enfant dans les cas où vous suspectez l'évolution d'une pneumonie centrale? Cet examen est beaucoup moins embarrassant qu'on ne le croit généralement. On a proposé d'aller chercher les crachats jusque dans l'estomac en évacuant son contenu avec une sonde œsophagienne.

Vous atteindrez le même but par un moyen bien plus simple. Il vous suffira avec un bon abaisse-langue d'aller toucher légèrement les côtés et le fond du pharynx; vous provoquerez ainsi une ou plusieurs secousses de toux; en maintenant la bouche grande ouverte avec votre abaisse-langue, vous verrez le crachat expulsé par la toux, sortir derrière l'épiglotte et arriver dans le fond du pharynx. A l'aide d'un petit tampon de coton hydrophile au bout d'une pince ou d'un bâtonnet vous recueillerez le crachat au moment même de son émission. — Il est exceptionnel que cette petite manœuvre pour provoquer l'expectoration échoue; on peut la réitérer sans inconvénient en cas d'insuccès. Bien des fois nous avons pu obtenir ainsi des crachats dans lesquels notre chef de laboratoire, le docteur Percheron, a pu colorer de nombreux pneumocoques.

L'hyperthermie est, sans contredit, le trouble le plus constant en rapport avec la pneumonie franche de l'enfant. J'ai mentionné tout à l'heure des courbes irrégulières à grandes oscillations, très embarrassantes, très trompeuses pour le clinicien; mais telle n'est pas la règle. Comme chez l'adulte, la température s'élève brusquement à 39 et 40 degrés et avec les faibles oscillations du soir au matin se maintient en plateau pendant cinq à six jours. La défervescence a lieu fréquemment du cinquième au septième jour; mais la température élevée se prolonge parfois plus longtemps avec des rémissions plus ou moins marquées; ce sont les formes prolongées de la maladie, peu communes d'ailleurs.

Quand on voit la fièvre durer ainsi, à la suite d'un processus pneumonique, il faut réitérer les examens physiques du thorax et fréquemment on assiste au développement d'un empyème post-pneumonique.

En somme la fièvre peut être le symptôme principal par lequel se révèle la pneumococcie infantile, avec son cortège ordinaire : état saburral des voies digestives, abattement, prostration même; si le foyer pneumococcique est très limité, n'excède pas le volume d'une mandarine, s'il reste bien central sans s'étendre vers la surface du poumon, les signes physiques peuvent être si atténués, si incertains, que le diagnostic reste indécis pendant cinq ou six jours; il ne devient ferme qu'au moment de la défervescence brusque de la température, qui tombe de 40 à 37 degrés ou même au-dessous.

Ces cas où le thermomètre est le grand et même le seul indicateur ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le croire.

En présence d'un état fébrile avec troubles digestifs et nerveux, en l'absence de signes physiques du côté des voies respiratoires, de dyspnée, etc., on pense volontiers à une fièvre typhoïde : s'il y a, en même temps que la fièvre, des vomissements répétés, si on a noté des convulsions initiales suivies de

délire ou d'inconscience, l'idée de méningite surgit forcément à l'esprit.

Que de fois les internes de mon service m'ont présenté le matin à la visite des enfants comme atteints de dothiénentérie, qui, deux ou trois jours après, devenaient de petits pneumoniques, le processus d'hépatisation s'étant fait jour du côté de la paroi thoracique et l'appréciation des signes physiques tardifs ayant rectifié l'erreur.

Le séro-diagnostic de Widal ne peut être d'une grande ressource dans ces circonstances, puisqu'on sait que le processus de l'agglutination n'apparaît souvent que dans la deuxième semaine et même plus tard.

La coexistence de la fièvre élevée avec troubles nerveux graves : convulsions, délire, état comateux, etc , égare bien souvent le praticien au début de la pneumonie infantile lorsque les signes physiques thoraciques manquent encore ou sont si atténués que leur interprétation doit rester indécise. Rilliet et Barthez décrivaient déjà la pneumonie *cérébrale* à forme *éclamptique*, *méningitique*, suivant que les convulsions ou le délire, le coma etaient plus ou moins prédominants. C'est dans ces circonstances que les difficultés du diagnostic atteignent leur *summum*, surtout si l'on a égard à l'insuffisance ou même à l'impossibilité de l'examen physique chez des petits malades agités, poussant des cris; on percute et on ausculte alors *à la volée* et les renseignements ainsi recueillis laissent bien à désirer. Il n'y a pas de clinicien expérimenté qui n'ait eu l'occasion de rassurer des familles éplorées par la crainte d'une méningite, alors qu'il s'agissait simplement de troubles nerveux réactionnels provoqués par un foyer d'hépatisation pulmonaire centrale.

Laissez-moi vous conter à ce sujet une observation fort dramatique que nous avons suivie, l'an dernier à la Jonchère, avec mon confrère et ami le docteur Nollet.

Il s'agissait d'une petite fille de sept ans, un peu nerveuse, mais jusque-là bien portante, qui avait été prise d'abord d'otite aiguë, soignée par un médecin auriste de Paris, deux jours avant que je ne la voie.

Après la dernière visite de ce spécialiste, la fièvre s'allume, atteint 40 degrés et presque en même temps l'enfant commence à délirer, perd connaissance et est dans un grand état d'agitation, on fait appel d'abord à un de mes collègues, chirurgien des hôpitaux, qui penche vers un processus méningitique : grande alarme des parents.

Je vois l'enfant à mon tour dans la soirée complètement inconsciente, la nuque un peu raide, les yeux fixes, les pupilles serrées mais non inégales; la température reste à 39°8. Autant que les circonstances le permettent, je pratique un examen physique très soigneux du thorax; l'auscultation est muette, mais à la percussion je note une légère diminution de la sonorité au-dessous de la clavicule droite; il n'y a pas de dyspnée, pas d'accélération anormale de la respiration.

L'enfant a vomi plusieurs fois dans la matinée. Je pratique une ponction lombaire et je retire 5 ou 6 grammes de liquide parfaitement limpide qui s'écoule sans excès de pression : je dois dire que ce liquide céphalo-rachidien après centrifugation ne montra pas d'éléments anormaux.

En m'appuyant sur la diminution du son dans la région sous-claviculaire droite et sur la limpidité du liquide rachidien, je crus devoir faire quelques réserves sur le diagnostic de méningite et je laissai aux parents l'espérance que nous pouvions être en présence d'une pneumonie centrale avec réaction méningée violente.

Le lendemain, malgré la balnéation tiède, l'application de quatre sangsues aux apophyses mastoïdes, les troubles nerveux s'accrurent; l'agitation devint extrême, l'enfant poussait des cris, grinçait des dents, et refusait absolument de s'alimenter. Trois jours après ma première visite, grande crise convulsive, suivie de coma, on me demande de revoir la petite malade qui était à toute extrémité. On l'avait remise dans sa petite chambre de peur qu'elle ne mourût dans le grand lit de ses parents où on l'avait transportée d'abord. Les volets étaient clos quand j'entrai, toute la famille était en pleurs et on me demanda en grâce de ne pas l'examiner pour ne pas troubler son agnonie.

Je tâtai cependant son pouls et je le trouvai assez fort et régulier; les membres du côté gauche étaient fortement contracturés. Comme l'enfant était très agitée et poussait de grands cris, je conseillai de lui faire une injection de morphine d'un demi-centigramme.

Cette médication eut un succès complet alors que les bains tièdes avaient été absolument inefficaces. La petite malade s'endormit pendant cinq ou six heures et à son réveil elle commença à reconnaître les personnes qui l'entouraient. Le lendemain à midi, le docteur Nollet me téléphonait que la connaissance était revenue et qu'on percevait très nettement un souffle tubaire à la partie supérieure du poumon droit. Dès lors nous étions éclairés sur le diagnostic; la percussion avait devancé de beaucoup l'auscultation pour nous fournir des indices sur la localisation du processus morbide. Les suites de cette pneumonie furent très simples et la guérison fut parfaite dans les délais ordinaires.

C'est bien plutôt avec les formes diverses de méningite cérébro-spinale qu'avec la méningite tuberculeuse que vous aurez à différencier la pneumonie franche de l'enfant.

J'ai cependant gardé le souvenir d'un beau bébé de quatorze mois, que j'ai suivi avec un médecin du quartier de la place du Trône et qui, pendant huit jours, présenta une hyperthermie de 40 degrés en plateau; malgré l'absence de signes physiques nous pensâmes d'abord à une pneumonie centrale; mais plus tard survinrent des vomissements réitérés, des phénomènes convulsifs et des troubles oculo-pupillaires qui nous éclairèrent tardivement sur le diagnostic et sur le pronostic fatal.

La grande fréquence de la pneumonie centrale chez l'enfant et les difficultés spéciales de l'exploration physique du thorax, inhérentes à la localisation du mal, et dépendant aussi de l'âge des petits patients, de leur indocilité, toutes ces raisons doivent

vous inciter à profiter de votre séjour dans les salles de pédiâtrie pour vous exercer au diagnostic de cette maladie, si souvent fruste, polymorphe, si effrayante pour les parents. Quels succès vous vous réservez dans la clientèle si vous savez très bien percuter et ausculter le thorax d'un enfant!

Tâchez d'obtenir un moment de calme, soit par des caresses, soit avec une petite friandise, placez l'enfant dans le décubitus dorsal avec un petit oreiller sous la nuque et la tête un peu basse; vous faites ainsi saillir les fosses sous-claviculaires.

Percutez légèrement et successivment les deux régions symétriques au-dessous des clavicules et notez soigneusement les différences de sonorité, lorsque vous soupçonnerez une densification partielle du parenchyme pulmonaire.

Ordinairement vous entendrez une diminution plus ou moins marquée du son au-dessous de la clavicule du côté correspondant à la localisation de la lésion, alors même que celle-ci est centrale ou même basilaire.

Si la pneumonie siège au voisinage du sommet du poumon, fait très commun dans l'enfance, la diminution du son devient une véritable submatité.

Il arrive aussi qu'on constate un tympanisme très marqué du côté affecté, explicable par l'emphysème vicariant au pourtour du foyer densifié. Le son du côté sain du thorax paraît plus faible par comparaison, et il n'est pas bien rare, quand on n'a pas d'autres signes, qu'on se trompe de poumon dans la localisation du foyer.

Je ne saurais trop insister sur ce point, c'est que les signes fournis par la percussion sont bien plus précoces que les signes d'auscultation, qu'ils les précèdent de deux et trois jours et même plus, que parfois ils existent seuls pendant toute l'évolution de la pneumococcie.

La recherche des vibrations thoraciques est presque toujours inutile chez les enfants, mais par contre le souffle tubaire, la bronchophonie, les râles crépitants sont d'une constatation très habituelle et fort aisée. Quand tous ces signes physiques sont au complet, la maladie devient aussi évidente que chez l'adulte ; mais il ne faut pas trop compter les trouver tous réunis.

J'avais été extrêmement frappé en 1898 à l'hôpital Trousseau de l'insuffisance fréquente des signes physiques de la pneumonie et ceci me décida à entreprendre avec mon collaborateur, M. Chicotot, une série de recherches sur les applications de la radioscopie au diagnostic de cette maladie. Dans les pneumonies centrales à foyer très circonscrit, alors que tous les autres signes physiques sont en défaut ou tous douteux, l'ombre radioscopique fournie par le foyer hépatisé est très évidente et donne alors des renseignements rigoureux, d'autant plus précieux qu'ils sont uniques. On voit très bien aussi par la radioscopie l'extension du processus circonscrit par une ligne très nette et même sa rétrogradation rapide dans le jeune âge.

Vous me voyez, de temps à autre, lorsque je suis embarrassé par un diagnostic de pneumonie centrale, faire porter l'enfant dans notre petite chambre de radioscopie, et là nous décidons de suite si nos soupçons sont ou non justifiés (1).

La radioscopie nous donne des indications toujours exactes pourvu qu'on soit un peu préparé à les recueillir par un apprentissage technique qui n'est pas fort long et je ne désespère pas de voir appliquer ce procédé de diagnostic en ville avec des appareils portatifs. Il est bien plus commode de regarder le thorax d'un jeune enfant sur l'écran fluorescent que de le percuter ou de l'ausculter lorsqu'il se débat et pousse des cris.

Je ne puis vous recommander sans de fortes restrictions, Messieurs, le procédé de diagnostic de M. Weill (de Lyon), pour découvrir la pneumonie centrale. Ce pédiatre distingué a cru remarquer l'immobilité plus ou moins complète de la paroi thoracique de l'enfant du côté malade, et pour bien mettre le fait en lumière, il conseille de placer un petit index en papier au-dessous de chaque clavicule, de comparer leur mouvement d'oscillation et de localiser le foyer où le mouvement d'oscillation du petit drapeau est le plus limité. Il est fâcheux que ce signe soit très inconstant, car il est vraiment bien facile à chercher. Dans un cas de granulie avec courbe thermique très tendue à 40 degrés au début; sans aucun phénomène de percussion et d'auscultation, j'ai cru observer le signe de Weill; après dix jours, des râles apparurent aux deux bases, et nous avons vérifié par l'autopsie que nous étions en présence d'une granulie dont le début avait été très obscur.

En somme l'immobilisation unilatérale du thorax dans le cours de la pneumonie est peu fréquente, comme l'avait bien vu Laënnec; elle est plutôt le fait de la pleurésie avec épanchement qui s'oppose à l'expansion costale.

Tous les détails cliniques dans lesquels je viens d'entrer suffisent à vous montrer, que dans l'immense majorité des cas, le diagnostic différentiel de la pneumonie franche et de la broncho-pneumonie est des plus simples.

La dyspnée, l'accélération des mouvements respiratoires qui atteignent 70, 80, 90 même à la minute, la cyanose sont bien plutôt le fait de la broncho-pneumonie que de la pneumococcie. Les signes physiques sont bilatéraux dans la première; la percussion ne donne que des nuances peu sensibles d'un côté à l'autre, mais l'auscultation fait entendre des bouffées de râles fins et humides des deux côtés, avec ou sans foyers soufflants coexistants.

L'examen radioscopique dans la broncho-pneumonie ne donne pas d'ombre opaque bien limitée comme dans la pneumonie.

Le diagnostic est néanmoins très difficile si l'on a affaire à une pneumonie double; la broncho-pneumonie pseudo-lobaire offre de grandes analogies avec la précédente, et c'est plutôt la marche et l'évolution des accidents que les signes physiques qui permet-

(1) Variot et Chicotot. Le diagnostic de la pneumonie par la radioscopie, *Bull. de la Soc. des hôpit.*, 1898-1899. — Voir aussi Lecoq. *Diagnostic de la pneumonie de l'enfant par la radioscopie*. Th. de Paris, 1900.

tront de trancher la question. On ne devra pas négliger dans ces cas embarrassants de pratiquer l'examen bactériologique de l'expectoration, suivant la méthode que j'ai esquissée plus haut.

La constatation du pneumocoque dans les crachats m'a paru d'un pronostic favorable, alors même que les foyers de densification du parenchyme pulmonaire sont bilatéraux.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE INFANTILE ET DE LA GASTRO-ENTÉRITE CHRONIQUE DES NOURRISSONS PAR LE SUC GASTRIQUE DE PORC.

Par le docteur Maurice HEPP,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

C'est la conviction acquise par deux expériences concluantes que le suc gastrique est le meilleur remède de l'insuffisance digestive consécutive à l'entérite aiguë des nourrissons qui m'a déterminé, en 1899, à entreprendre mes premières recherches sur l'obtention du suc gastrique de porc que j'ai appelé dyspeptine.

Je veux résumer brièvement ici mes observations et mes réflexions sur ce sujet.

En 1899, ayant eu l'occasion de soigner un enfant de quinze mois qui, sorti de la phase aiguë d'une diarrhée verte intense, n'arrivait pas à se relever, gardant une diarrhée lientérique, une inappétence complète, quelques vomissements, j'eus l'idée, après d'infructueux essais de traitement par les alcalins, puis par les limonades acides chlorhydrique et lactique, de lui administrer du suc gastrique de chien de Frémont, le seul que j'eusse alors à ma disposition. J'observai, en moins de deux jours, le retour de l'appétit, la cessation de la diarrhée et, en quelques jours, la reprise manifeste des forces et de l'embonpoint.

Frappé de ce résultat, j'eus recours, peu de temps après, au même traitement chez deux enfants au sevrage, sitôt la période aiguë de leur entérite terminée, et j'eus le plaisir de les voir reprendre, pour ainsi dire sans transition, leur digestion normale. Ces observations m'avaient beaucoup frappé et je cherchai l'occasion de les renouveler et de les étendre aux enfants atteints de gastro-entérite chronique grave : malheureusement je me heurtais trop souvent à une répugnance de l'enfant pour l'odeur et peut-être pour l'acidité du suc canin et c'est une des raisons qui me déterminèrent à tenter de recueillir la sécrétion gastrique du porc, beaucoup moins acide et moins odorante.

J'ai renouvelé et étendu avec la dyspeptine mes premières expériences.

Elles portent sur deux catégories d'enfants, ceux atteints d'entérite aiguë, de diarrhée verte, et ceux souffrant de troubles gastro-intestinaux chroniques, en marche vers le rachitisme et l'athrepsie.

Chez les nourrissons atteints de diarrhée verte j'ai donné, mais sans conviction, la dyspeptine dès le début de l'affection. Comme cela semblait évident, à ce moment elle ne produit rien, l'enfant est alors un infecté et un intoxiqué ; il vomit tout, le suc gastrique comme le reste, et le traitement classique par la diète hydrique, les injections de sérum, les lavages intestinaux, est le seul qui rende service. Mais cette période aiguë souvent si dramatique passée, l'enfant demeure mou, flasque, grognon, son appétit est souvent nul, le régime des selles ne se rétablit pas régulièrement, elles demeurent liquides, grenues, mal digérées, contiennent souvent des amas de beurre témoignant de l'élaboration digestive défectueuse, des vomissements reviennent par instants, le poids ne se relève pas, l'enfant présente une alternance de périodes de mieux et de rechutes, il entre lentement dans la phase de cachexie digestive chronique. Qu'oppose-t-on à de pareils états ? Le régime d'abord qui, grâce au professeur agrégé Méry, s'est orienté de la façon la plus heureuse vers l'emploi du bouillon de légumes, des bouillies légères à base de bouillon de légumes ou d'eau : on ne redonne le lait, milieu essentiellement fermentescible, que peu à peu, avec précaution, surveillant le poids de l'enfant, qui souvent baisse à la reprise de l'alimentation lactée. Malheureusement, ce régime, si soigneusement réglé qu'il soit, s'il arrête les accidents, ne suffit pas à déterminer la reprise de la nutrition normale. Aussi pensant, par l'évidence même, qu'un tel état de marasme dépend d'une insuffisance stomacale, est-il d'usage d'y adjoindre l'emploi de limonades à base d'acide lactique et d'acide chlorhydrique. La limonade chlorhydrique, telle que la prescrit le professeur Hutinel, rend d'incontestables services, mais il faut souvent en prolonger longtemps l'emploi et une sorte d'accoutumance s'établit qui la rend parfois inefficace : on ne fait d'ailleurs ainsi que suppléer, mais non ramener, la sécrétion glandulaire abolie. C'est à ce moment, c'est comme adjuvant du traitement de régime que le suc gastrique de porc, la dyspeptine, vient rendre d'éclatants services avec des doses dont la minime quantité déconcerte.

Tel enfant atteint de diarrhée verte prolongée depuis plus de quinze jours, inappétent, avec des vomissements intermittents et un amaigrissement continu, retrouve l'appétit, cesse de vomir et digère grâce à cinq cuillerées à café de dyspeptine.

Tel autre, atteint de diarrhée tenace, voit sa diarrhée cesser dès le second jour de l'administration du remède et reprend du poids dès le troisième jour, n'absorbant cependant que trois cuillerées à café de suc gastrique par jour.

Fait remarquable chez de tels enfants, on peut rapidement et sans inconvénient revenir à l'alimentation lactée et il suffit d'observer leurs selles pour constater que la digestion du lait se fait très vite et bien. J'examinerai plus loin les raisons aujourd'hui bien connues de tels phénomènes. Qu'il me suffise ici de dire que l'observation clinique établit d'une façon extrêmement nette l'action favorable de la dyspeptine sur les diarrhées vertes prolongées et sur les séquelles de cette diarrhée verte. Sitôt terminée la période de toxi-infection aiguë, le suc gastrique de porc permet de relever la nutrition générale, d'abréger la période de régime et de reprendre rapidement l'alimentation lactée.

Par ces propriétés la dyspeptine constitue déjà le meilleur préventif des gastro-entérites chroniques qui succèdent aux infections aiguës ; mais en outre elle permet de lutter souvent efficacement contre ces états chroniques qui amènent peu à peu le nourrisson au rachitisme ou à l'athrepsie.

Le suc gastrique n'est pas le remède de l'athrepsie, mais de la cachexie digestive qui y mène, et de même qu'il n'agit guère, tout au moins par ingestion, sur les phénomènes aigus de la diarrhée, de même il n'agit plus sur le tube digestif, atrophié définivement, des athrepsiques confirmés. C'est le remède des périodes moyennes, mais c'est un remède puissant.

Le fait m'avait été signalé par M. le professeur Sabrazès (de Bordeaux), dès mes premières recherches sur le suc gastrique ; il a été confirmé depuis par le professeur agrégé Méry, médecin de l'hôpital des Enfants, et par M. le docteur Terrien, chef de clinique du professeur Grancher. Plusieurs courbes de poids du service du docteur Méry témoignent de son efficacité de la façon la plus saisissante, de même que les observations qui les accompagnent, on y voit le poids d'un enfant stationnaire ou déclinant se relever en quelques jours et prendre définitivement une tendance ascensionnelle en même temps que les vomissements cessent et que l'aspect des selles devient normal.

Ces résultats sont d'autant plus intéressants qu'il s'agissait toujours de nourrissons gravement atteints dont les troubles avaient résisté aux procédés usuels de traitement.

Mais les effets thérapeutiques sont d'autant meilleurs qu'on s'adresse à des enfants moins malades sans s'attarder à un mode de traitement moins efficace : mon expérience personnelle m'a démontré qu'alors on prévient toujours les états digestifs graves et qu'on guérit réellement les enfants.

Pour le comprendre il suffit d'avoir présente à l'esprit, d'une part, l'anatomie pathologique de la gastro-entérite chronique infantile, d'autre part les notions physiologiques sur l'action du suc gastrique, telles qu'elles résultent des recherches du docteur Froin, de l'Institut Pasteur et des miennes.

Un nourrisson atteint de gastro-entérite chronique infantile cesse d'être un simple infecté intoxiqué avec des organes digestifs indemnes. La prolongation de la toxi-infection digestive amène progressivement : du côté de l'estomac et de l'intestin une inflammation, puis une destruction des glandes, leur remplacement par un tissu de sclérose incapable de sécréter ; du côté du foie et du pancréas une véritable suspension de l'activité cellulaire par les toxines digestives d'autant plus abondantes que la digestion se fait moins bien, et en définitive une dégénération et une nécrose cellulaire, si bien que le nourrisson athrepsique ne possède en réalité plus une glande digestive active et est infailliblement condamné à mort. Devant de telles successions de troubles fonctionnels et de lésions anatomiques, quel peut être le rôle du médecin ? Suspendre les troubles fonctionnels, désinfecter le tube digestif, arrêter l'inflammation avant qu'elle n'amène la destruction glandulaire et la sclérose. Il ne peut évidemment pas songer à reconstituer les glandes définitivement détruites.

Comment dans ce rôle peut agir le suc gastrique ? J'ai depuis longtemps écrit qu'il n'agit pas en suppléant la glande malade ; la faible dose active en est une preuve suffisante et j'ai montré, grâce aux analyses de suc gastrique de malades avant et après le traitement, qu'il *régénère la fonction de ces glandes*, augmente la quantité de la sécrétion et tend à ramener celle-ci à sa composition normale, qu'il rétablit donc ou tend à rétablir la fonction abolie, grâce à une substance qui n'est ni l'HCl peu abondant dans le suc gastrique de porc, ni la pepsine qui s'y trouve en petite quantité.

Frouin, de l'Institut Pasteur, vient de démontrer que le suc gastrique neutralisé, administré soit par ingestion, soit par injection sous-cutanée, à des animaux *normaux*, détermine une suractivité considérable de la muqueuse gastrique qui peut aller jusqu'à doubler la sécrétion normale, mesurée avant l'expérience. Le suc gastrique contient donc une substance encore indéterminée qui stimule puissamment la sécrétion gastrique, comme je l'avais écrit et démontré cliniquement, comme Frouin vient de le prouver expérimentalement.

Ces constatations physiologiques nouvelles nous permettent de concevoir très facilement l'efficacité élective et curative du suc gastrique dans les gastro-entérites infantiles. A la période aiguë de toxi-infection, il faut d'abord débarrasser l'organisme des poisons qui suspendent toute vie des cellules glandulaires, mais cette période passée quel agent autre que le suc gastrique possédons-nous pour ranimer cette vie suspendue ? Tout au plus pouvons-nous favoriser sa reprise par un régime qui ne perpétue pas l'intoxication et mette les glandes dans des conditions de fonctionnement meilleures. Mais celles-ci ne se décident-elles point à sécréter à nouveau, administrons le suc gastrique. D'emblée, et sur un organisme jeune en état de vie croissante, l'effet est d'autant plus certain, la substance stimulante que nous introduisons réveille la sécrétion languissante, les aliments sont immédiatement mieux élaborés dans un milieu stomacal normal et déversés dans l'intestin, prêts à l'action des sucs intestinaux enveloppés de l'atmosphère acide nécessaire, comme on le sait, pour stimuler l'action abolie ou paresseuse du pancréas et des glandes intestinales. Ces aliments digérés offrent un milieu fermentatif beaucoup moins favorable à la vie des germes intestinaux qui diminuent, sécrètent moins de toxines. Grâce à cette moindre production de toxines, les cellules hépatiques reprennent un fonctionnement plus normal et ainsi ayant établi le premier anneau de la chaîne digestive, nous rétablissons peu à peu tous les autres, surtout si nous aidons par de petites doses de calomel dont l'action antiseptique et cholagogue est certaine, la désinfection intestinale et l'écoulement de la bile.

Grâce au suc gastrique aidé du régime et de l'antiseptique approprié, nous avons donc rempli le seul programme que le médecin puisse se tracer en présence d'une gastro-entérite infantile et à condition de n'arriver pas trop tard, de ne pas essayer une action impossible sur des glandes détruites, nous réussirons à ramener l'enfant à un fonctionnement normal, à le guérir.

Ces quelques considérations permettent de concevoir parfaitement l'action souvent déconcertante de très faibles doses de suc gastrique pour faire cesser des troubles fort inquiétants.

Quelques cuillerées à café suffisent, en effet, pour ramener la sécrétion gastrique, non point à la normale, mais du moins à un taux convenable, et celle-ci revenue, il peut arriver que l'enfant se guérisse par ses propres moyens.

Ceci m'amène naturellement à parler de la posologie du suc gastrique dans la gastro-entérite infantile.

D'après mon expérience personnelle et celle du professeur Méry, je pense que la dose suffisante est de 5 à 7 cuillerées à café par jour, administrées chacune dans un peu d'eau d'Evian ou d'eau bouillie froide sucrée, une demi-heure avant chaque tétée ou prise d'aliments. Le suc gastrique de porc est toujours bien accepté et quelques enfants le prennent même avec plaisir.

Il me semble nécessaire de continuer pendant huit à dix jours l'administration quotidienne du remède, de le cesser à ce moment pour éviter l'accoutumance et de le donner de nouveau pendant une ou deux périodes de huit jours plus ou moins espacées suivant le cas. La rapidité de son action est proportionnelle, semble-t-il, au nombre des glandes valides ; en quelques jours cette action est en général définitive quand toutes ces glandes sont encore indemnes ; elles sécrètent alors plus d'acide chlorhydrique que n'en pourrait donner la limonade chlorhydrique la plus chargée et contribuent ainsi certainement à une désinfection rapide du tube digestif.

Quoi qu'il en soit il convient évidemment, si puissante que soit l'action de la dyspeptine, de ne pas la contrarier en surmenant les organes digestifs par un régime défectueux et le suc gastrique ne doit être que l'adjuvant souvent indispensable du traitement diététique aujourd'hui si bien réglé.

Bibliographie. — *Journal des praticiens*, 26 déc. 1903. Dr Méry, professeur agrégé à la Faculté de médecine : Diagnostic des cachexies infantiles.

Journal des praticiens, 14 janv. 1905. Dr Terrien, chef de clinique à l'hôpital des Enfants-Malades : Le traitement des formes aiguës de la gastro-entérite.

Société de biologie, 30 janv. 1904. Dr M. Hepp. Note sur l'action excito-sécrétoire du suc gastrique de porc sur la muqueuse gastrique malade.

Société de biologie, 27 mai 1905. Dr Albert Frouin, de l'Institut Pasteur : Action sécrétoire du suc gastrique sur la sécrétion stomacale.

FORMULAIRE

CONTRE L'ALOPÉCIE

Acide acétique cristallisé ...... 10 grammes.
Chloroforme .... 10 —

(E. Besnier.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 10 JUILLET 1905)

Numération des globules rouges du sang humain faite pour la première fois au sommet du Mont-Blanc le 20 août 1904, par M. Raoul Bayeux. — Des observations faites par l'auteur il résulte que le sang humain subit une augmentation rapide et notable du nombre de ses globules rouges lorsqu'on passe d'une altitude à une altitude supérieure.

Si l'on séjourne à cette dernière altitude, la quantité des globules constatée à l'arrivée, diminue au bout de quelques heures d'un nombre relativement peu considérable; la descente à l'altitude du départ accentue cet abaissement globulaire; toutefois, le nombre des globules reste plus élevé qu'il n'était avant l'ascension.

Une seconde ascension, effectuée avant que le taux globulaire n'ait récupéré sa valeur primitive à l'altitude du départ, provoque une nouvelle augmentation globulaire plus forte que la première ascension; enfin un sujet acclimaté aux altitudes subit des troubles globulaires moins considérables qu'un sujet non acclimaté.

Ces observations de M. Bayeux sont intéressantes au point de vue clinique, car elles montrent que l'augmentation du nombre des globules coïncide avec des signes plus ou moins accentués du *mal des altitudes*. Cet état morbide ne serait autre qu'une asphyxie par arrêt ou diminution des combustions, que M. Bayeux appelle une *dyspyrie*.

MM. Charrin et Le Play font une communication sur les **poisons intestinaux (actions, variations, répartition, nature, mode de défense).**

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 18 JUILLET 1905)

Les ferments métalliques. — M. Albert Robin communique un certain nombre de faits sur les ferments. Les applications à la thérapeutique, par M. Robin, de certains métaux présentés sous cette forme — ferments métalliques — ont été des plus heureuses. Il a obtenu des succès inattendus dans la pneumonie, dans l'endocardite infectieuse. M. Robin, allant plus loin, étudie le rôle que les ferments peuvent jouer dans d'autres conditions. Il a pu établir jusqu'ici, par exemple, que ces ferments agissent surtout en favorisant la leucolyse, c'est-à-dire la dissociation des globules blancs dans l'organisme. Aujourd'hui, il montre que cette action n'est efficace que si les globules blancs se trouvent être vecteurs de catalases, c'est-à-dire d'oxydases, de zymases, en un mot de ferments vivants. Cette action est donc nulle, par avance, dans le cancer, où les globules blancs ne renferment pas de catalases.

Névroses de l'enfance et problèmes d'éducation. — M. Maurice de Fleury lit un travail intéressant sur ce sujet. Ce travail est basé sur 37 observations d'enfants paresseux. inattentifs, mélancoliques et indisciplinés, et qui étaient des neurasthéniques, des hystériques, des psychasthéniques, des choréiques frustes, des diabétiques frustes. L'auteur a obtenu une amélioration ou même la guérison de la maladie de l'esprit par le traitement de la névrose ou de la maladie de la nutrition. Il termine son travail par les conclusions suivantes :

1° Chez l'enfant, comme chez l'adulte, le physique réagit sur le moral, ce qui légitime l'intervention du médecin, même s'il ne s'agit en apparence que d'une maladie de l'esprit;

2° Un grand nombre de mauvais élèves, que les exhortations et les punitions n'améliorent pas, apparaissent à qui les examine avec soin atteints de névroses définies ou de maladies de la nutrition;

3° Il n'y a pas là simple coïncidence, mais relation de cause à effet, comme le montre la preuve par la thérapeutique;

4° Le traitement médical doit être complété par une rééducation intellectuelle et morale. Là encore, le médecin neurologiste, accoutumé à faire de ces cures, est l'auxiliaire utile de l'éducateur de profession.

Le « bruit veineux de souffle » au niveau des fémorales; sa fréquence chez le garçon; son importance pronostique; utilité de sa recherche lors de la sélection des recrues. — M. Molle (d'Oran), après avoir rappelé qu'il a publié de nombreuses observations sur ce sujet, notamment en 1897 et en 1902, soumet à l'Académie les conclusions suivantes :

1° Au cours de la puberté et de la croissance chez les jeunes gens, on peut observer un état nerveux spécial analogue à la « chlorose des filles » : cet état présente, parallèlement à de nombreux signes subjectifs assez vagues, un signe objectif fréquent consistant en la présence de souffles veineux parfois très intenses, siégeant presque toujours exclusivement dans les fémorales;

2° Dans 22 p. 100 des cas observés depuis près de dix ans par M. Molle, une hygiène défectueuse et le surmenage (en particulier le surmenage du service militaire) ont entraîné la tuberculisation à brève échéance;

3° La recherche des « bruits veineux de souffle » au niveau des fémorales devrait être pratiquée avec soin au cours des tournées de revision, chez certains sujets d'apparence extérieure normale. La constatation de ce symptôme venant souligner d'autres signes de banalité courante, tels que palpitations, essoufflement, asthénie, etc., fréquemment invoqués par les simulateurs, devrait imposer une réserve toute particulière pour l'incorporation des sujets qui en seraient trouvés porteurs.

Du prognathisme inférieur. — M. Galippe, qui, dans une communication précédente publiée ici *in extenso* (voy. n° 76. p. 903), avait défini ce qu'il entendait par prognathisme inférieur, revient sur cette malformation qu'il considère comme un stigmate de dégénérescence. Nous y reviendrons.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 6 JUILLET 1905)

Maladie de Parkinson. — Trois malades intéressants sont présentés à la Société, les deux premiers par M. Raymond, le troisième par M. Meige.

Le premier, dont le père et une sœur sont atteints de tremblement, fut pris, voici un an, peu après une sorte d'ictus sans perte de connaissance; on constate l'attitude parkinsonienne, avec des troubles surtout marqués dans le domaine des nerfs bulbaires : tremblement des peauciers de la face et de la langue, ptyalisme, parole ressemblant un peu à celle des pseudo-bulbaires, parfois un peu de difficulté à avaler, mais sans reflux des aliments par le nez : signe de Babinski normal; réflexes tendineux non exagérés.

Le second présente, depuis trois ans, une raideur progressive, actuellement généralisée, il a l'attitude et le faciès typiques, un léger tremblement des mains, de la pulsion. Mais on constate chez lui, outre l'exagération des réflexes tendineux, le signe de Babinski en extension et du clonus vrai. S'agit-il d'une association de maladie de Parkinson et du syndrome pseudo-bulbaire? M. Brissaud croit pouvoir rapporter tous les troubles à la maladie de Parkinson, qu'il croit être due à une lésion sus-pédonculaire, et a déjà observé le même complexus symptomatique. Au contraire, M. Déjerine dit n'avoir jamais observé le signe de Babinski et le phénomène du pied

dans la maladie de Parkinson, et avoir vainement recherché les lésions sus-bulbaires. M. Marie n'a, lui aussi, constaté aucune lésion sus-bulbaire. Enfin, M. Lamy a constaté, au début d'une maladie de Parkinson avérée, l'exagération des réflexes et le clonus.

Le troisième malade présenté par M. Meige a une raideur très intense de la face, du tremblement de la langue et des paupières quand il les ferme énergiquement, des troubles de la déglutition avec rejet des liquides par le nez : aux membres, il y a dissociation du tremblement, qui occupe le côté droit, avec les autres symptômes : hémiparésie et douleurs du côté gauche ; ce malade a eu, pendant quelques mois, des secousses convulsives pendant son sommeil et a, enfin, de gros troubles de la mémoire, fait des omissions dans ses comptes ; sa parole est très embarrassée.

Etat extatique chez un obsédé. — Un malade de M. Ballet, douteur obsédé, est perpétuellement dans un état d'extase qu'il attribue à l'idée obsédante de « regarder dans le noir », ce qui est la manière dont il représente objectivement ses idées tristes : l'extase est, chez lui, causée par l'obsession, sans hallucinations vraies.

Un autre obsédé garde une immobilité si parfaite, que ses mains ont pris, moins l'atrophie, l'aspect succulent de la main syringomyélique.

Epilepsie jacksonienne dans l'épilepsie vraie. Régime déchloruré dans l'épilepsie. — Deux malades de M. Déjerine, la mère et la fille, ont eu : la première des crises d'épilepsie vraie, la seconde des absences actuellement remplacées par des crises d'épilepsie jacksonienne. M. Déjerine insiste à ce propos sur les bons effets du régime déchloruré (aussi complet que possible), qui, avec ou sans bromure, lui donne 95 p. 100 de succès ; chez plusieurs malades, la suspension de ce régime ramène immédiatement les crises. Plusieurs membres de la Société disent avoir été obligés de renoncer au régime déchloruré, qui ne leur a donné aucun résultat.

Mouvements spasmodiques psychiques et involontaires. — M. Babinski montre un malade atteint d'une contracture spasmodique, probablement indépendante de la volonté, du trapèze, avec atrophie de ce muscle et présentant, de plus, un spasme facial bilatéral, identique à la contracture spasmodique volontaire.

Spasme facial chez un chien. — M. Lamy. Ce spasme, qui atteint à chaque instant le temporal et le masséter, disparaît pendant la chloralisation, mais reparaît avant le réflexe palpébral.

Névrite ascendante et syringomyélie. — M. Sicard. Trois malades ont présenté, environ deux mois après une fracture ouverte de l'olécrâne, dans un cas, après des plaies suppurées de la main, dans les deux autres, les signes d'une syringomyélie cervico-dorsale. La rapidité d'apparition des signes de syringomyélie, l'absence de douleurs névritiques, d'hypertrophie des nerfs, conduisent l'auteur à rejeter l'hypothèse d'une névrite ascendante pour conclure à un simple réveil d'une gliose latente.

Parésie spasmodique des athéromateux. — MM. Dupré et Lemaire. Un malade de soixante-douze ans athéromateux présente une paraplégie spasmodique des membres inférieurs avec atrophie diffuse et aucun signe cérébral.

Paraplégie flasque puis spasmodique dans le mal de Pott. — MM. Dupré et Camus. Les auteurs ont assisté à l'apparition du signe de Babinski au début de la phase spasmodique. Pas de lymphocytose céphalo-rachidienne. Ni adhérences, ni leptoméningite, ni compression médullaire, malgré une pachyméningite intense.

Hématomyélie avec troubles à disposition radiculaire. — MM. Raymond et Guillain. Après un bain froid, paralysie subite des quatre membres, qui s'est localisée à droite dans les muscles du groupe radiculaire inférieur, au membre supérieur, tandis qu'à gauche existent des troubles de la sensibilité dans le domaine des racines cervicales.

En excitant la peau de la face antérieure de l'avant-bras, les auteurs ont constaté un réflexe non décrit antérieurement ; c'est un fort mouvement d'extension de la main, avec flexion des doigts : ce réflexe manque dans l'hémiplégie cérébrale.

Paralysie radiculaire traumatique. — M. Norero. Paralysie radiculaire incomplète du membre supérieur, avec atrophie du trapèze et troubles sensitifs également radiculaires.

Sclérose latérale amyotrophique bulbaire. — M. Moutier.

Microbes dans le sang de la démence précoce. — MM. Dide et Sacquépée. Dix-sept fois sur 20 présence dans le sang de microbes divers.

Epithélioma de la moelle. — M. Léri. Les signes ont été ceux d'une paraplégie par mal de Pott. Anatomiquement, cancer de la moelle, semblant primitif.

Ostéopathie rhumatismale simulant l'ostéite déformante de Paget. — MM. Guillain et Baudouin. Malade ayant depuis neuf ans des crises douloureuses à la suite desquelles apparaît et se développe une spondylose ankylosante, avec attitude simiesque et hypertrophie des pieds. Rien à la face. Le malade est probablement syphilitique.

Atrophie musculaire avec réactions électriques de la maladie de Thomsen. — MM. Lortat-Jacob et Thaon. Malade atteint d'amyotrophie étendue à un grand nombre de muscles, sans hypertrophie préalable nette : réaction myotonique. Anesthésie presque généralisée.

Deux cas de purpura à topographie radiculaire. — M. Armand-Delille. Huitième cervicale et première dorsale dans un cas, cinquièmes lombaires et premières sacrées dans l'autre.

Surdité verbale congénitale chez deux enfants. — MM. Taguet et Foy présentent deux frères âgés de trois et cinq ans, qui paraissent atteints de surdité verbale congénitale. D'intelligence suffisante, ils entendent et répètent ce qu'on dit, mais sans sembler comprendre le sens des mots, alors qu'ils comprennent les gestes.

Ostéopathies syphilitiques. — M. Guillain. Il s'agit d'ostéopathies multiples chez un syphilitique, sans signes nets de tabès.

VARIÉTÉS

LES ALIÉNÉS PAR ALCOOLISME EN SAVOIE

Rien n'est plus utile dans la lutte contre l'alcoolisme que de mettre en lumière par des faits et des chiffres l'influence néfaste de l'intoxication alcoolique ; non pas, croyons-nous, qu'on empêche ainsi les individus de boire, mais parce qu'on arrivera peut-être de la sorte à créer peu à peu un état d'esprit permettant aux pouvoirs publics de prendre des mesures protectrices. C'est évidemment un défaut bien français, bien latin pour mieux dire, que de toujours compter sur l'autorité supérieure, mais en l'espèce ce serait sans doute une espérance vaine que de s'en rapporter à l'initiative privée pour enrayer le terrible fléau qui ruine notre race ; encore ne nous dissimulons-nous point qu'en ce pays de suffrage universel où le mastroquet est grand électeur il ne faut pas compter outre mesure sur l'action parlementaire et gouvernementale, les bouilleurs de cru sont là pour nous le rappeler.

Quoi qu'il en soit il faut savoir gré aux docteurs Jules Dumaz et Jean Levet, directeur-médecin en chef et médecin-adjoint de l'asile public d'aliénés de Bassens, près Chambéry, du tra-

vail qu'ils viennent de publier. L'asile de Bassens est destiné aux aliénés de la Savoie et de la Haute-Savoie et nos deux confrères ont pu faire sur la nombreuse population de malades qu'il abrite d'intéressantes observations ; le travail dont nous parlons est destiné à montrer les mouvements de cette population depuis 1861 dans ses rapports avec l'accroissement de l'alcoolisme dans les deux départements cités plus haut. Nous allons en analyser les points principaux.

Un tracé graphique montre d'abord que le nombre des aliénés internés à l'asile qui était de 335 en 1861 s'élevait à 682 en 1904, c'est-à-dire qu'il a plus que doublé en l'espace de quarante-quatre ans ; or la population globale des deux départements qui était de 548 807 en 1863 n'était plus que de 518 584 en 1904 soit une diminution de 30 223 individus.

Le même graphique montre que le mouvement des admissions et le nombre des décès ont suivi également une progression ascendante, mais irrégulière, et que les hauts et les bas de la courbe des décès coïncident avec ceux de la courbe des admissions; cela prouve que la mortalité porte principalement, toutes proportions gardées, sur les nouveaux admis. Ce fait s'explique par le mauvais état physique des entrants et il est d'ailleurs de règle dans tous les asiles. Les auteurs établissent qu'à côté des causes ordinaires de ce phénomène il en existe pour l'asile de Bassens de particulières; tout d'abord ils notent que souvent des malades leur ont été envoyés avec de la fièvre ; ils citent même le cas d'un individu arrivé à l'asile avec 40 degrés, qui mourut très rapidement après son entrée et qui avait en réalité une fièvre typhoïde, diagnostic vérifié par l'autopsie. Nos confrères font remarquer avec juste raison qu'en l'état actuel des idées, et vu la défaveur qui s'attache aux familles dont un membre est mort dans un asile d'aliénés, il vaudrait mieux mettre dans une salle d'isolement d'un hôpital ordinaire un aliéné fébricitant pour cette raison que son affection se termine ou par la guérison absolue ou par la mort. Nous rappellerons à ce propos que notre maître Le Gendre a fait ressortir ces dernières années (1) tout l'intérêt qu'il y aurait à ce que l'Assistance publique organisât dans chaque hôpital général quelques chambres d'isolement; on pourrait y mettre en observation certains malades agités qu'on est forcé de garder dans les salles communes, où ils gênent beaucoup leurs compagnons, et qui pourraient d'autre part être exposés parfois à un transfert à Sainte-Anne, à leur grand détriment futur et à celui de leur famille.

Mais, d'après les docteurs Dumaz et Levet, « la grosse cause de l'augmentation du chiffre des décès pour la population nouvellement admise à Bassens, c'est l'alcoolisme, qui croît en Savoie dans des proportions considérables. » Ils signalent que ce sont en effet les départements où l'alcoolisme est endémique dont les asiles présentent la plus forte mortalité. A Bassens on voit peu de cas d'intoxication alcoolique aiguë, le delirium tremens y est rare; ce qu'on y voit surtout c'est l'intoxication chronique, lente, produite par les doses fréquemment répétées « et se traduisant cliniquement par des formes bâtardes et torpides d'aliénation aboutissant vite à la chronicité par démence précocement vésanique ». Chez ces malades on constate des lésions des artères et du myocarde, du rein et du poumon; par contre il est rare que le foie soit très gravement atteint, ce que les auteurs expliquent par la vie de travail au grand air menée antérieurement, ces individus appartenant presque tous à la classe agricole, et qui leur faisait éliminer beaucoup de leur alcool par la peau et le poumon.

Chez les malades hommes, un au moins sur trois présente des signes d'imprégnation alcoolique surajoutée à la psychose ; cette proportion est moins considérable chez les femmes, elle varie aussi suivant que les aliénés viennent de Savoie ou de Haute-Savoie; les plus gravement touchés appartiennent à ce dernier département.

Cette forme d'alcoolisme augmente de beaucoup le nombre des gâteux, alors que celui des aliénés travailleurs diminue.

C'est dans l'accroissement de la consommation alcoolique en Savoie qu'il faut chercher l'explication des faits qui viennent d'être exposés; MM. Dumaz et Levet ont fait porter leurs recherches statistiques à ce sujet sur une durée de quatre périodes décennales, de 1863 à 1903. On y voit que pour les deux départements le chiffre des admissions dans la dernière période décennale est supérieur de plus des deux tiers à celui de la première, après une progression continue dans les deux périodes intercalaires (824, 902, 1025, 1406). Le nombre des décès dans le même laps de temps a plus que doublé alors que le nombre des sorties par guérison ou amélioration ne s'es pas élevé d'un tiers.

Ce qui s'est accru par contre, c'est le nombre des débits de boissons, et cela dans la proportion de près de deux tiers; il y en avait 3369 en 1863 et on en comptait 5 174 en 1903, soit une augmentation de 1112. Fait à retenir, il y a eu un accroissement très brusque du nombre de ces débits entre la dernière période décennale et la période précédente, et c'est également cette période qui présente une augmentation caractéristique des admissions et des décès.

Si maintenant on considère ce qui s'est passé dans le département de la Savoie où les statistiques sont, pour diverses raisons, plus exactes qu'en Haute-Savoie, on constate que, si la consommation alcoolique en vins a suivi une progression croissante, elle est dépassée de beaucoup par celle de la consommation en spiritueux; d'autre part, tandis que la première n'est pas superposable comme chiffres aux mouvements d'admission, de sortie ou de décès des aliénés, c'est le contraire qui se passe pour la consommation des spiritueux. On reste effrayé en voyant que le département de la Savoie, qui avait consommé en dix ans 706 hectolitres d'absinthe de 1863 à 1873, en a consommé 4759 hectolitres de 1893 à 1903; en quarante ans la consommation annuelle de l'absinthe est passée de 78 hectolitres à 507 hectolitres, c'est-à-dire qu'elle a plus que sextuplé. Or la population qui était de 275 039 habitants en 1863 n'était plus que de 254 781 en 1903. Ces chiffres se passent, hélas ! de commentaires, ils parlent d'eux-mêmes, et avec quelle lamentable éloquence !

Nous ne pouvons songer à suivre pas à pas les auteurs dans leur étude; nous tenions seulement à mettre en saillie les faits principaux et les conséquences désolantes qui en découlent. Tous ceux que la question vitale du péril alcoolique intéresse (et qui ne devrait s'y intéresser ?) feront bien de lire *in extenso* le travail si consciencieux, si documenté et si lumineux de nos deux distingués confrères de Chambéry.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) Le Gendre. De la nécessité d'aménager dans chaque hôpital un local spécial pour l'isolement effectif des agités temporaires, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 18 janv. 1901.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Étudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Les fractures du calcanéum, par MM. A. CHABANON et E. JACOD.
PRATIQUE MÉDICALE
Influence du régime alimentaire sur la réaction de l'organisme.
LIVRES NOUVEAUX
FORMULAIRE
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — A la suite du concours qui vient de se terminer, M. le docteur Victor Picot fils est nommé oculiste adjoint des hôpitaux.

MM. Ferrer et Escalon sont nommés internes de l'hôpital Saint-Jean.

NANTES. — Après concours, M. le docteur Barthélemy a été nommé médecin suppléant des hôpitaux.

ORLÉANS. — Un concours pour trois places d'interne titulaire et cinq places d'interne provisoire s'ouvrira le mardi 12 décembre prochain, à deux heures et demie.

Pour s'inscrire et pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices d'Orléans.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — A la suite des concours qui viennent de se terminer, M. le docteur A. Rouslacroix a été nommé chef de clinique médicale à l'École de médecine.

M. Vincentelli, interne des hôpitaux, a été nommé aide d'anatomie à l'Ecole de médecine.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. (Réserve et territoriale.) — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Méjasson, Gazet, Chapuis et Perret.

— Sont nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade d'officier. — M. le docteur Gueguen (de Paris).

Au grade de chevalier. — M. le docteur Girard (de Charbonnières-les-Bains).

GUERRE. — Sont nommés ou désignés pour les postes ci-après :

M. le médecin principal de première classe Bruant, nommé médecin en chef des salles militaires de l'hospice mixte de Besançon.

MM. les médecins principaux de deuxième classe Cahier, désigné pour l'hôpital militaire de Marseille (service); — Perrin, nommé médecin en chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Orléans ; — de Casabianca, désigné pour l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains (service).

MM. les médecins-majors de première classe Ferraton, désigné pour les salles militaires de l'hospice mixte de Nice (service); — Krantz, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran (service); — Tricot, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger (service).

MM. les médecins-majors de deuxième classe Deumier, désigné pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine (service); — Tostivint, pour le 18e bataillon d'artillerie à pied (service); — Eybert, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie (service); — Ouin, pour le 3e spahis (service).

MARINE. — M. le docteur Allain a été nommé directeur de la troisième circonscription sanitaire maritime en résidence à Brest, en remplacement de M. Auner, décédé.

LES BUREAUX D'HYGIÈNE. — Un décret du 3 juillet, publié dans le *Journal officiel* du 13 juillet, détermine les conditions d'organisation et de fonctionnement des bureaux d'hygiène tels que les a prévus la loi du 15 février 1902, relative à la protection de la santé publique.

SOUSCRIPTION POUR OFFRIR UNE MÉDAILLE AU PROFESSEUR SEGOND. — Les élèves et les amis du docteur Paul Segond ont l'intention de lui offrir, à l'occasion de sa nomination au professorat, une médaille commémorative, dont l'exécution sera confiée à M. Charpentier.

Un Comité, placé sous la présidence de M. le professeur Guyon, s'est constitué pour centraliser les souscriptions qui doivent être adressées, avant le 15 août 1905, au trésorier, M. P. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris.

Le chiffre des souscriptions n'est pas limité. Tout souscripteur d'au moins 25 francs recevra un exemplaire en bronze de la médaille.

La date à laquelle ce souvenir sera offert au professeur Segond sera indiquée en temps utile, pour permettre à tous ceux qui veulent donner au maître ce témoignage d'affection, de s'associer à cette manifestation.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Cathelotte (de Pont-sur-Sambre), Henri Gruson (de la Gorgue), Poyet (de Fressenneville) et Georges Veniel (de Paris).

UN NOUVEAU JOURNAL. — Nous recevons le premier numéro des *Archives des laboratoires des hôpitaux d'Alger*, publiées par MM. E. Murat, E. Bordet et J. Bringau.

Cette publication illustrée, qui sera mensuelle, constituera une belle iconographie des hôpitaux d'Alger.

REVUE GÉNÉRALE

LES FRACTURES DU CALCANÉUM

Par MM. A. CHABANON et E. JACOD,
Internes des hôpitaux de Lyon.

I

Historique. — Les premiers cas de fractures du calcanéum ont été signalés par Garengeot, J.-L. Petit, Desault. A cette époque, on les considère toutes comme des fractures par arrachement.

Malgaigne, le premier, démontre l'existence des fractures par écrasement et tend même à les considérer comme plus fréquentes que les autres. Après son travail, il faut citer ceux de Bérenguier (1843), de Legouest (1860) qui étudient surtout le mécanisme.

L'excellent article de Polaillon, dans le *Dictionnaire encyclopédique* (1870), constitue le premier travail d'ensemble important qui soit écrit sur la question.

Abel (1878) étudie les fractures de la petite apophyse déjà signalées par Legouest. Guermonprez étudie plusieurs signes cliniques importants.

Ballenghien, dans sa thèse (1890), décrit les variétés anatomiques en se fondant sur l'expérimentation; il étudie aussi le mécanisme et signale la fracture isolée de l'une des tubérosités plantaires. Morestin (1894) reprend l'étude anatomo-pathologique des fractures calcanéennes et en décrit plusieurs cas d'après des pièces anatomiques.

Depuis la découverte de la radiographie, la question a fait l'objet de nouvelles recherches : citons les thèses de Jacq et de Fougères, l'article de Tuffier et Desfosses (*Presse méd.*, 1898); en Allemagne la thèse de Lemmen (Bonn 1900), l'article de Mertens dans les *Archives de Langenbeck* (1901).

Ces auteurs se bornent, pour la plupart, à appliquer la radiographie à l'étude du mécanisme et de l'anatomie pathologique. Destot (*Rev. de chir.*, 1902) décrit d'après la radiographie six variétés anatomiques et cherche à en dégager quelques types cliniques.

J. Morel (Th. de Lyon, 1904) cherche, en s'appuyant toujours sur la radiographie, à établir une classification à la fois anatomo-pathologique et clinique; il établit le pronostic des différentes variétés. Enfin, dans l'étude du mécanisme, il donne une place prépondérante à celui de l'écrasement, considérant l'arrachement comme exceptionnel.

Enfin Liabot, dans une thèse inspirée par notre maître, M. Nové-Josserand (Lyon 1905), étudie les fractures du calcanéum chez les enfants.

II

Étiologie. — Les fractures du calcanéum sont considérées comme rares par les anciens auteurs : 2 cas sur 1529 fractures observées en un an (Polaillon). Les statistiques plus récentes accusent une fréquence plus grande : citons Ehret (47 fractures calcanéennes sur 2016 accidents), Lemmen (65 sur 3554 fractures de tous os), Mertens (15 fractures en trois ans), Gérard (5 en un an), J. Morel (26 en cinq ans).

Les hommes y sont plus exposés que les femmes. Ces fractures sont rares avant quarante ans; elles peuvent cependant se voir chez l'enfant.

On peut observer au niveau du calcanéum de véritables *fractures spontanées* (Hirtz. Soc. méd. des hôpit., 1904).

La cause occasionnelle la plus fréquente est une *chute d'un lieu élevé sur les pieds*, ceux-ci frappant le sol, soit par la pointe, soit par la plante tout entière, soit par les talons. On cite encore le *choc direct* par un corps lourd, une roue de voiture, par exemple, un *faux pas*, l'*enclavement du talon* alors que le corps se renverse en arrière (Rémond); enfin la *contraction violente des muscles du mollet*, dans une chute, ou même dans un simple effort (Burggræve) peut, dans des cas très rares, déterminer l'arrachement d'une portion du calcanéum.

III

Mécanisme. — Comment les différentes causes que nous venons d'énumérer agissent-elles pour fracturer le calcanéum?

La plupart des auteurs distinguent, dans les fractures du calcanéum, les *fractures par écrasement*, dues le plus souvent à une chute d'un lieu élevé sur la plante des pieds, et les *fractures par arrachement*.

Le mécanisme de l'*arrachement* est facile à expliquer : dans une chute sur la pointe des pieds, le plus souvent, les muscles du mollet se contractent brusquement, le calcanéum, levier du deuxième genre, est soumis à l'action du poids du corps qui tend à porter en bas la partie antérieure de l'os tandis que la partie postérieure (grosse tnbérosité) est portée violemment en haut par le tendon d'Achille. Il en résulte une fracture au niveau de la grosse tubérosité. Ce mécanisme, seul admis par les premiers observateurs, passa au second plan, après que Malgaigne eut montré l'existence des fractures par écrasement. Toutefois la grande majorité des auteurs font encore de chacun des deux ordres de fractures une description distincte. Or cette manière de faire ne semble plus justifiée aujourd'hui : car si le mécanisme de l'arrachement doit être admis, il faut reconnaître qu'il est tout à fait exceptionnel.

Déjà Polaillon fait remarquer que l'arrachement n'a été incontestable que dans quatre cas. Tillaux dit n'avoir jamais observé de fracture par arrachement; selon lui, dans les conditions invoquées pour en expliquer la production, on observe plus souvent l'arrachement du tendon d'Achille. Plus récemment Fougères, dans les expériences faites avec l'aide de Veau, a cherché sept fois à reproduire la fracture par arrachement : il n'a réussi que deux fois à obtenir la lésion typique (fragment rétro-articulaire avec ascension).

Enfin la théorie de l'arrachement est surtout combattue par Morel. Cet auteur fait remarquer combien sont variées les descriptions du trait de fracture dans les cas d'arrachement, alors qu'un mécanisme simple et constamment identique à lui-même devrait, semble-t-il, produire des lésions analogues dans

tous les cas. De plus, dans un grand nombre de cas relatés comme relevant du mécanisme de l'arrachement, on trouve, à côté de lésions de la partie postérieure de l'os, d'autres désordres siégeant dans la partie moyenne, au-dessous de l'astragale; or de tels désordres ne peuvent s'expliquer si l'on admet que la contraction des gastro-cnémiens a été seule en cause.

On est ainsi amené à conclure que beaucoup de cas relatés comme fractures par arrachement sont en réalité des faits d'écrasement avec trait de fracture irradié, détachant un fragment postérieur.

Toutefois le type de la fracture par arrachement existe : tel est le cas de Tuffier et Desfosses; tel est celui de Reverdin publié dans la thèse de Morel, cas dans lesquels la radiographie montre un fragment postérieur entraîné en haut, avec trait de fracture oblique en haut et en avant, sans aucun désordre dans le reste du calcanéum.

Abordons maintenant l'étude du mécanisme ordinaire, c'est-à-dire de l'*écrasement*. Un homme tombe d'une grande hauteur sur la plante des pieds; dans ces conditions, le poids du corps multiplié par la vitesse acquise représente une force plus ou moins considérable : si elle est suffisante pour dépasser la limite d'élasticité du calcanéum, celui-ci va se trouver pris entre l'astragale, qui lui transmet la force, et le sol; il sera ainsi écrasé entre les deux avec des désordres plus ou moins profonds suivant la violence du choc.

Les auteurs diffèrent dans l'explication qu'ils ont tenté de donner de ce mécanisme :

a. Certains d'entre eux ont vu dans la fracture de la *grande apophyse* la lésion initiale. C'est l'opinion de Bérenguier, de Legouest. Pour ce dernier, dans les chutes sur les pieds, l'astragale glisse en avant sur le calcanéum; le crochet osseux situé en dehors de la surface articulaire postérieure vient s'enfoncer dans le sinus du tarse et pénètre dans la grande apophyse, comme un coin dans un morceau de bois.

L'hypothèse admise par Bérenguier et par Legouest a contre elle un double fait : 1° dans les fractures par écrasement communes, les lésions se localisent d'une façon à peu près constante à la partie moyenne de l'os; 2° dans ces mêmes fractures, il est de règle que la grande apophyse soit intacte; elle n'est fracturée que dans les cas de broiement total de l'os.

C'est donc seulement dans les rares cas de fracture isolée de la grande apophyse que l'on peut admettre le rôle attribué par Legouest à l'astragale.

b. La plupart des auteurs, après Sonrier, admettent que le premier temps de l'écrasement consiste dans la fracture de la *petite apophyse* et que, dans un second temps, l'écrasement se complète. Cette théorie est adoptée par Ballenghien : dans les chutes de lieux élevés, la tête de l'astragale chassée en bas et en dedans fait éclater la petite apophyse; puis si la pression est suffisante, le crochet astragalien externe vient glisser dans le sinus du tarse, et là s'enfonce comme un coin dans le tissu spongieux, pendant que le corps de l'astragale complète l'écrasement par son bord postéro-externe.

c. Morel oppose à la théorie précédente plusieurs objections :

1° La petite apophyse ne supporte pas, comme le croyaient les auteurs précédents, le maximum de la force transmise par l'astragale; au contraire, *la véritable surface d'appui de l'astragale, c'est la surface articulaire postéro-externe* : c'est ce que prouvent, en particulier, d'une part les travaux embryologiques de Jaboulay (thèses de Toubert et de Terrasse), et d'autre part l'étude de la structure du calcanéum (Meyer, Wolf, Duret), qui montre l'existence d'une puissante lame compacte sous-jacente à cette surface (1);

2° Si la théorie précédente était vraie, on devrait avoir fréquemment des fractures de la petite apophyse; or celles-ci existent, mais elles sont rares et relèvent d'un mécanisme spécial;

3° Enfin, si la fracture de la petite apophyse accompagne souvent les fractures de la partie moyenne, plus souvent encore celles-ci existent sans lésion de la petite apophyse.

C'est pourquoi, s'appuyant d'autre part sur les examens nécropsiques de Malgaine, Demarquay, Rémond, Morestin, qui montrent d'une manière très constante la grande facette articulaire déprimée dans le corps de l'os, c'est pourquoi, disons-nous, Morel admet que, dans la chute sur les pieds à angle droit, tout l'effort portant sur la facette articulaire postéro-externe, celle-ci s'enfonce directement en bas dans le calcanéum, en produisant des désordres plus ou moins étendus suivant l'intensité du choc.

IV

Anatomie pathologique. — La plupart des auteurs, se fondant sur les idées pathogéniques que nous connaissons, décrivent deux types anatomiques de fractures du calcanéum : les *fractures par arrachement*, caractérisées par un trait de fracture ordinairement transversal et passant en arrière de l'articulation astragalo-calcanéenne, et les *fractures par écrasement*, comprenant des lésions multiples qui intéressent la partie moyenne et la partie antérieure de l'os.

Nous avons déjà indiqué les raisons qui nous font abandonner cette classification; nous n'y reviendrons pas et nous adopterons ici une classification purement anatomique et dégagée de toute conception pathogénique.

Nous diviserons donc les fractures du calcanéum suivant le siège des lésions en deux grands groupes : 1° les *fractures de la partie moyenne*; 2° les *fractures apophysaires ou tubérositaires*.

Le premier groupe comprend les fractures les plus fréquentes; dans ces fractures, les lésions ne sont pas toujours strictement limitées à la partie moyenne; souvent, au contraire, il y a des traits de fracture multiples intéressant la partie antérieure de l'os et la grosse tubérosité; mais toujours, dans ces cas, conformément au mécanisme étudié plus haut, la partie moyenne, et spécialement la partie sous-jacente à l'articulation astragalo-calcanéenne, est comme

(1) En raison de l'importance de la surface articulaire postérieure, Destot et Morel lui donnent le nom de *thalamus* ou lit de l'astragale (*Tragplatte* des Allemands).

le centre et le point de départ des lésions » (Morestin).

Le second groupe comprend des types plus rares, dont le caractère est d'être des fractures partielles avec trait détachant une des apophyses ou tubérosités du reste de l'os : fractures de la tubérosité postérieure, de la grande et de la petite apophyse.

A. *Fractures de la partie moyenne.* — Les descriptions en sont assez variées; on peut cependant ramener les différents cas à un certain nombre de types. A cet égard, les classifications qu'ont données Polaillon et plus récemment Morel nous permettent de décrire trois variétés ou degrés des fractures de la partie moyenne. Notons auparavant que l'on peut observer, dans de rares cas, des fractures sans déplacement, de simples fêlures de l'os. Ceci dit abordons l'étude des trois degrés de fractures :

a. Dans le premier degré, il y a enfoncement de la surface articulaire postéro-externe dans le tissu sous-jacent. Cette surface, normalement oblique, en bas et en avant, est devenue horizontale, fait important pour le diagnostic radiographique de la lésion. Le fragment ainsi enfoncé est limité par un trait de fracture qui, sur la radiographie, forme une ligne courbe à concavité supérieure partant du bord supérieur de l'os en arrière de l'astragale pour aboutir au sinus du tarse. Cette ligne de fracture peut quelquefois se prolonger en arrière dans la grosse tubérosité; c'est alors que l'on a ce fragment tubérositaire dont l'existence a pu être invoquée en faveur du mécanisme de l'arrachement (1).

b. Dans le *second degré*, l'os est notablement modifié dans sa forme. Tous les auteurs ont noté l'aplatissement et l'élargissement de l'os; quelquefois il y a, en outre, diminution du diamètre antéro-postérieur : l'os devient cubique (Moricourt). La surface articulaire postérieure et la lame compacte sous-jacente sont enfoncées dans le corps de l'os (Malgaigne, Morestin); l'astragale a basculé en arrière; au-dessous de lui de nombreuses fissures ou des traits de fracture irradient en divers sens; la surface articulaire peut être elle-même divisée (Morestin). Enfin, on note dans certains cas la fracture concomitante de la petite apophyse et celle de la grosse tubérosité. En somme, aplatissement et élargissement, fissuration de l'os, enfoncement marqué de la surface articulaire, tels sont les caractères essentiels de ce degré de fracture.

c. La troisième variété correspond au *broiement total.* Ici l'enfoncement de l'astragale est encore plus profond, le calcanéum est complètement déformé, partagé par des traits multiples en cinq ou six fragments principaux. Dans ces fractures (fractures comminutives de Polaillon), les articulations astragaliennes et cuboïdiennes sont presque fatalement ouvertes et du sang s'épanche dans leur cavité. Ces fractures, souvent décrites, surtout cliniquement, comme type des fractures par écrasement, sont en réalité (Morel) beaucoup moins fréquentes que les fractures du premier et du second degré.

(1) Dans ces cas, la surface articulaire postérieure en s'enfonçant a fait basculer en avant et en bas la partie antérieure de ce fragment, tandis que sa partie postérieure est portée en haut, comme si elle était attirée par le tendon d'Achille.

B. *Fractures apophysaires ou tubérositaires.* — a. *Fracture de la grande apophyse.* — Il s'agit ici de la fracture isolée de la grande apophyse; car cette dernière est le plus souvent lésée dans les cas de broiement. Dans les cas de fracture isolée, l'apophyse est détachée du reste de l'os par un trait partant du sinus du tarse et se dirigeant en bas et en arrière. Cette variété de fracture est rare : 7 cas sur 91 radiographies (Morel).

b. *Fracture de la petite apophyse.* — Cette variété isolée a été signalée par Legouest et surtout étudiée par Abel. Tantôt l'apophyse est détachée au niveau de sa base, tantôt elle arrache et emporte avec elle une portion du tissu osseux avoisinant. Cette fracture s'accompagne assez souvent de fracture de la malléole externe. Le mécanisme en est obscur (1); en tout cas, nous le répétons, on ne saurait considérer cette fracture comme un premier degré d'écrasement.

c. *Fracture de la grosse tubérosité.* — Ces fractures ont pour caractère commun de respecter les surfaces articulaires et de laisser à peu près intacte la continuité de la voûte plantaire. Elles peuvent se ramener à deux types : fractures totales et fractures partielles.

Dans les *fractures totales*, le trait, vertical ou oblique, partage toujours entièrement la tubérosité en deux fragments. dont le postérieur peut être plus ou moins attiré en haut par le tendon d'Achille; cette ascension reste ordinairement minime grâce à l'action des ligaments et des muscles de la plante. Le trait de fracture est constamment situé en arrière de l'articulation astragalo-calcanéenne.

Dans les *fractures partielles*, le trait a une direction variable; il est oblique en haut et en avant, dans les cas les plus nets d'arrachement : le fragment est alors fortement attiré en haut. Aux fractures partielles, il faut rattacher la fracture isolée de l'une des tubérosités plantaires, interne ou externe, lésion rare dont Ballenghien a démontré expérimentalement l'existence et que Destot, puis Morel ont observée sur le vivant et décrite sous le nom de *fracture écailleuse.*

Ajoutons, pour en finir avec les fractures de la grosse tubérosité, que cette dernière est le siège ordinaire des rares fractures calcanéennes observées chez les enfants; chez ceux-ci, en effet, il s'agit de décollements épiphysaires, détachant l'épiphyse postérieure.

d. Signalons enfin une dernière variété très rare : c'est la fracture de l'*apophyse trochléaire* (on donne ce nom au tubercule d'insertion du ligament péronéo-calcanéen plus développé qu'à l'ordinaire); cette lésion a été signalée par Bidder.

Pour terminer cet exposé anatomo-pathologique, il nous reste à dire que les fractures du calcanéum peuvent être *uni* ou *bilatérales.* D'après Polaillon, sur 36 fractures par écrasement, 9 fois la lésion était double. D'après Rieffel, la fracture par écrasement

(1) Voy. Rieffel, in Le Dentu-Delbet.

est unilatérale 3 fois sur 4. Sur les 30 observations de Morel, nous en trouvons 10 de fractures bilatérales.

Enfin les fractures du calcanéum, survenant généralement à l'occasion de traumatismes violents, s'accompagnent souvent d'autres fractures; nous reviendrons sur ce point à l'étude clinique.

V

Symptomatologie. — A l'opposé de tous les auteurs, nous ne décrirons pas deux seuls aspects cliniques bien différents, l'un des fractures par arrachement, l'autre de celles qui suivent un écrasement : en effet, chacun des deux mécanismes n'entraîne pas forcément des lésions spéciales et toujours identiques. De même toute variété anatomique ne donne pas des signes particuliers, et il est impossible de décrire autant de types cliniques que de traits de fractures.

Mais les symptômes et leur évolution changent totalement suivant que sont lésées ou non les surfaces effectives d'appui de l'astragale sur le calcanéum. En effet, sont-elles atteintes, l'équilibre de la voûte plantaire est rompu, et il en résulte des symptômes de tassement du calcanéum. Ceux-ci créent un type de fracture qu'on peut appeler *fracture articulaire* si l'on envisage dans ce dernier terme toutes les connexions de l'os avec ses voisins pour assurer la solidité de la voûte. Dans les cas contraires, la statique du pied n'est pas changée, et il existe des signes locaux, pour ainsi dire, de ces fractures; ces dernières sont *extra-articulaires* en prenant toujours le mot au sens le plus large.

Comme les fractures articulaires sont de beaucoup les plus fréquentes, nous les mettrons en relief, afin d'être exact au point de vue clinique.

I. *Fractures articulaires.* — Il est évident que les signes seront plus ou moins marqués suivant l'intensité de l'enfoncement articulaire. Mais, que cet effondrement existe, et l'on trouve aussitôt un ensemble de symptômes particulier. Ainsi sont réunies logiquement dans ce groupe deux variétés anatomiques de fracture : celles de la partie moyenne de l'os avec tous leurs degrés et celles de la grande apophyse.

Il faut dire immédiatement que le tableau clinique des traités classiques répond à l'écrasement total du calcanéum. Depuis l'examen systématique aux rayons X, en effet, on sait non seulement que les fractures calcanéennes sont plus fréquentes, mais aussi que les écrasements considérables sont les plus rares des fractures du type articulaire.

Avec les auteurs qui se sont basés sur la radiographie, nous prendrons pour notre description la fracture articulaire la plus fréquente, celle qui correspond au deuxième degré anatomique des fractures de la partie moyenne.

1° *Fracture articulaire moyenne.* — 1. *Anamnestiques.* — Le blessé est tombé sur le talon d'une hauteur importante (échafaudage, échelle, etc.), le pied étant à peu près à angle droit sur la jambe. Ordinairement, il n'a pu marcher après ce traumatisme.

2. *Signes fonctionnels.* — L'*impotence* et la *douleur* existent dès le début, cette dernière accrue à la moindre pression.

3. *Signes physiques.* — Il en est de probabilité, fournis par la vue; ceux de certitude sont donnés par la mensuration et le palper.

a. *Inspection.* — Le *gonflement* est de règle, et apparaît très tôt. Aussi voit-on les gouttières périmalléolaires effacées et tout le pied envahi, déformé; l'œdème prédomine cependant sous les malléoles et à l'arrière-pied.

Si le blessé se présente deux ou trois jours après l'accident, on voit surajoutées à l'œdème des *ecchymoses*, des *suffusions sanguines* qui occupent le talon et remontent plus ou moins haut.

Le blessé debout, on voit que le pied est *légèrement plat et valgus*, sans pouvoir toujours l'affirmer à cette simple inspection. En tous cas, dans ce type de fracture articulaire moyenne, on voit très mal l'abaissement des malléoles vers le sol; la mensuration et le palper, seuls, le préciseront.

b. *Palper et mensuration.* — Le palper doit être minutieux et comparé. Le doigt, après avoir passé plusieurs fois au même point, déprime l'œdème et perçoit les moindres soulèvements.

Autour du calcanéum, rien n'est anormal. Les malléoles ne sont pas déformées, etc. (voir plus loin).

Les malléoles ne sont pas déformées, seulement douloureuses vers leurs pointes. Les mouvements de la tibiotarsienne sont à peu près libres. On ne sent pas de relief osseux dans le sinus du tarse, et il n'existe aucun point douloureux sur l'astragale.

Mais sous les malléoles, le doigt sent un *relief osseux en demi-cercle* qui les encadre et qui se prolonge en arrière et en bas dans la gouttière rétro-malléolaire. On perçoit très bien la continuité de ces saillies osseuses avec le reste du calcanéum. Enfin, à ce niveau, la *douleur* est excessivement vive dès la moindre pression. Ces reliefs anormaux et les points douloureux sont toujours plus marqués du côté de la malléole externe, c'est-à-dire du côté de la surface articulaire que nous connaissons. Parfois même, on sent seulement sous et derrière la malléole externe un relief peu marqué mais dur et par suite indépendant de l'œdème mou qui le cache.

Nous connaissons la lésion elle-même. Les signes qui suivent ne sont que l'expression de la déformation de l'os.

Le calcanéum est *augmenté de largeur* juste sous les malléoles (c'est-à-dire au niveau de la surface articulaire), il ne l'est pas au niveau du corps. La mensuration au compas d'épaisseur précise cet élargissement local.

On perçoit également une *diminution du diamètre vertical* et par suite un abaissement réel des malléoles vers le sol. C'est surtout l'empreinte plantaire qui peut mettre ce fait en évidence (Brouardel) : l'élargissement visible de la bande externe est la meilleure confirmation du pied plat légèrement valgus que la vue soupçonnait. Il y a loin cependant de cet effacement de l'os à l'étalement que l'on devrait toujours trouver d'après les classiques; cet aplatissement n'existe que dans les écrasements considérables.

Enfin Guermonprez et Ballenghien ont fait remarquer deux signes moins importants : la flaccidité du tendon d'Achille et du quadriceps sural, et l'attitude des orteils en demi-flexion.

Nous n'avons pas parlé à dessein de la mobilité anormale et de la crépitation. Ces signes sont rares puisque nous décrivons ici une fracture avec engrènement. De plus les autres signes sont suffisants, et il est inutile de faire souffrir le malade.

2° *Autres variétés cliniques.* — Telle est la fracture articulaire la plus fréquente. Mais les symptômes peuvent être plus marqués ou plus légers, suivant le degré d'intensité des lésions.

1. Ils sont *plus accentués* dans les cas de broiement de l'os et de fracture de la grande apophyse, et forment alors l'aspect clinique que donnent tous les traités. L'abondance et l'évidence des signes nous dispenseront d'une longue description.

Le traumatisme a été violent, et le blessé a perçu très souvent un craquement dans le talon.

A la simple vue, on apprécie l'intensité des désordres en faisant agenouiller le malade et en comparant les deux talons. Du côté blessé, celui-ci est globuleux, épaissi et ne fait plus sur la face postérieure de la jambe son relief normal. L'œdème est en effet considérable et tout le profil de l'arrière-pied est complètement changé.

A la palpation, les gouttières latérales au tendon d'Achille et sous-malléolaires ont disparu. Elles sont comblées par une masse osseuse, irrégulière, qui est le calcanéum écrasé au centre et débordant de tous côtés autour des malléoles. Parfois même en palpant le talon, on perçoit comme une sensation de sac de noix; on est alors en présence d'une véritable fracture comminutive, semblable à celle que produit le broiement direct de l'os par une roue de voiture par exemple.

Les malléoles sont très abaissées par rapport au sol, et le calcanéum est aplati, étalé, diminué considérablement dans sa hauteur et augmenté par contre dans son diamètre transversal.

La cambrure normale du pied s'est effondrée; la voûte plantaire est effacée et parfois même remplacée par une voussure.

Enfin lorsqu'il existe une fracture de la grande apophyse, on a trouvé, dans certains cas, celle-ci en saillie sur le dos du pied en arrière du cuboïde.

2. Mais il est des fractures où les symptômes sont *plus légers*. Les lésions consistent alors dans l'affaissement de la surface articulaire sans atteinte au-dessous d'elle. Aussi le palper et la mensuration peuvent-ils seuls nous renseigner.

Sous la malléole externe et derrière elle, on arrive à sentir un relief osseux excessivement douloureux. Cette déformation locale et la douleur violente à la pression sont les signes les plus importants.

Les malléoles sont là aussi un peu abaissées, puisque le plan d'appui de l'astragale s'est affaissé légèrement.

De même en palpant le diamètre transversal du calcanéum au niveau du relief senti, on sent que l'os est un peu élargi, en ce point seulement, il est vrai.

Mais là il n'existe aucun phénomène du côté du profil de la voûte plantaire; l'empreinte est normale.

Quand la fracture est réduite à une simple fissure, comme nous l'avons vu en anatomie pathologique, on comprend que les symptômes autres que la douleur n'existent plus. Nous reparlerons de la fissure simple à propos du diagnostic.

II. *Fractures extra-articulaires.* — 1. *Fractures de la grosse tubérosité.* — Là, tous les symptômes sont localisés à la partie postérieure, rétromalléolaire, du talon.

Parfois dans les anamnestiques, le malade a eu la sensation d'une contraction musculaire violente et d'un arrachement consécutif. Il a pu le plus souvent marcher après le traumatisme.

Le gonflement est très marqué, mais il prédomine derrière les malléoles. Il en est de même des suffusions sanguines lorsqu'elles existent.

A la vue, on perçoit déjà parfois un fragment remonté, venant faire relief à la place du creux normal qui surmonte la saillie postérieure du talon. Le profil postérieur du pied et de la jambe est déformé.

En déprimant l'œdème on sent alors par le palper : 1° le fragment remonté, isolé plus ou moins haut du corps de l'os. Il est ordinairement mobile, et on le fait déplacer assez facilement de haut en bas avec la main. Il existe une dépression au-dessous de lui et qui le sépare du reste du calcanéum. En mettant le pied en extension forcée, on diminue cette distance, ce qui est important pour le traitement; au contraire en fléchissant le pied, le fragment s'éloigne du talon;

2° L'échancrure de la portion calcanéenne postérieure, à la place du fragment. En tous cas, si celui-ci est peu volumineux ou son déplacement peu marqué, c'est au niveau de la fracture que la palpation révèle un point douloureux très intense;

3° Enfin il n'existe aucun symptôme du côté de la surface articulaire.

Le fragment peut être plus ou moins considérable; il est facile de percevoir son volume. Cette constatation permet de distinguer comme variétés cliniques dans les fractures de la grosse tubérosité :

1. La fracture *totale*. L'œdème et l'ecchymose sont très marqués. Toute la partie rétroarticulaire du calcanéum est déplacée.

2. La fracture *partielle*. Le fragment est moins volumineux que dans la variété précédente.

3. Enfin la fracture appelée *écailleuse* par Destot, qui doit à la forme et à la situation de son fragment quelques symptômes spéciaux et un pronostic particulier. Il s'est détaché comme une écaille osseuse; et celle-ci, piquée dans les tissus mous, provoque des douleurs en piqûre d'aiguille toutes les fois que le talon est appuyé sur le sol (4 observations, Destot et Morel).

2. *Fracture isolée de la petite apophyse.* — Cette variété est rare. Elle a peu de symptômes, contrairement à l'opinion d'Abel et Ballenghien.

Les anamnestiques sont les mêmes que dans une fracture articulaire. Mais là, le gonflement est plus marqué du côté interne.

En effet, c'est de ce côté que le palper minutieux trouve une masse dure, osseuse, empiétant plus ou

moins sur la dépression qui existe normalement et que l'on sent à l'autre pied sous la saillie minime de la petite apophyse. La région est très douloureuse à la pression; le point douloureux est très important. Par contre si l'on palpe du côté externe du calcanéum, on ne trouve aucun relief anormal et douloureux.

Abel a insisté sur deux signes secondaires et inconstants : la position en valgus du pied, et la diminution de la distance qui sépare la malléole interne du tendon d'Achille.

Ce que l'on trouve plus souvent c'est l'association de la variété qui nous occupe et d'une fracture de la malléole externe. Il semble qu'il existe là une réunion spéciale capable d'être décrite comme tableau clinique. Nous y reviendrons à propos du diagnostic.

VI

Associations. Complications. — Nous avons étudié une fracture unilatérale et simple. Elles sont parfois associées à d'autres fractures ou compliquées.

1. *Associations.* — 1° *Fractures bilatérales.* — On les trouve dans les traumatismes graves, les chutes sur les deux pieds. Elles sont souvent toutes deux articulaires. Elles peuvent ne pas l'être (cas de Wacquez).

2° *Fractures du calcanéum et de l'astragale.* — Elles ne s'excluent pas l'une l'autre, comme semblent dire les classiques. Celle de la partie postérieure de l'astragale s'accompagne même très fréquemment d'un trait de fracture calcanéenne, de situation variable d'ailleurs (Destot). Dès lors l'astragale est déplacé, et on perçoit son fragment postérieur et son corps; ces points sont douloureux à la pression. La radiographie vérifie et précise les lésions.

3° *Fractures du calcanéum et des malléoles.* — On peut les trouver à suite de graves traumatismes, mais l'association intéressante est celle dont nous avons déjà parlé, de la malléole externe et de la petite apophyse, il faut la connaître pour le diagnostic.

4° *Autres fractures.* — Nous groupons ici celles qui se font à distance et ne peuvent mélanger leurs signes aux symptômes calcanéens. On a publié ainsi des fractures du fémur, du sternum, de la colonne vértébrale, du crâne.

2. *Complications.* — Elles sont moins importantes pour les fractures de la grosse tubérosité que pour les autres.

a. *Fracture de la grosse tubérosité.* — *Immédiatement*, la *blessure de la peau* (perforation ou blessure concomitante) rend compliquée la fracture, mais sans trop assombrir le pronostic (pansement, réduction peu retardée).

Tardivement, on voit la *nécrose du fragment* (fracture compliquée, ou nécrose après suture osseuse) et parfois un *cal vicieux* (perforation).

b. *Fracture de la partie moyenne, des grande et petite apophyses.* — *Immédiatement*, on a vu des complications *générales* : comme la contusion, la commotion cérébrale avec ou sans fracture du crâne (avec leur grave pronostic); *locales* : qui sont les blessures cutanées (trauma grave, broiement, plaie septique) et qui peuvent amener une infection généralisée ou un tétanos mortels, si on ne fait pas un nettoyage parfait du foyer.

Tardivement, il peut exister des phénomènes : de gangrène superficielle à la suite d'attrition grave (amputation : Polaillon); d'ostéite (surtout chez les gens âgés); la nécrose a nécessité l'amputation; d'arthrite lorsque la surface articulaire est touchée, suivant la loi des fractures articulaires. Cette complication ne laisse pas d'entrer en ligne de compte dans la gravité locale de ces fractures.

VII

Diagnostic. — En clinique il est des cas où le diagnostic est facile : ce sont ceux des fractures *avec déplacement* : soit *du côté de la voûte plantaire*, soit *en haut* (fracture de la grosse tubérosité). Par contre, il en est d'autres où l'on hésite : ce sont les cas *sans déplacement marqué* (fracture de la petite apophyse; fissure calcanéenne ou décollement épiphysaire.)

I. *Diagnostic des fractures avec déplacement.* — 1° *Déplacement du côté de la voûte.* — C'est le diagnostic des fractures articulaires, par suite le plus important. On s'appuie sur les signes capitaux suivants que l'on trouve toujours :

Masse osseuse, encadrant en demi-cercle les pointes malléolaires et au moins la malléole externe. Les creux rétro et sous-malléolaires sont effacés;

Douleur très vive en ces points;

Abaissement des malléoles vers le sol, d'autant plus marqué qu'il y a plus de déplacement dans la voûte;

Epaississement transversal de l'os, juste sous les malléoles.

Lorsque les lésions et le déplacement sont *très accentués* ces symptômes doivent faire éliminer :

1. *La fracture de l'astragale du type antérieur* (l'astragale s'enfonçant dans la voûte et écrasant la moitié inférieure du scaphoïde); 2. *La luxation médiotarsienne*, qui disjoignent toutes deux la voûte, mais où les symptômes existent seulement (dans la fracture), en grande majorité (luxation) vers l'axe interne du pied.

Lorsque le déplacement est peu accentué, leur connaissance et leur recherche permettront de ne pas songer à une *entorse grave* (cas classique de Malgaigne) ou à une *contusion grave* du talon (cas ancien de Lach).

En tous cas, la radiographie viendra préciser l'étendue des lésions.

2° *Déplacement en haut.* — Voici les symptômes capitaux :

Présence d'un fragment en relief sous la peau, plus ou moins séparé du calcanéum;

Absence d'un fragment dans la moitié postérieure du corps de l'os;

Douleur en ce point lésé de la surface calcanéenne.

Ils doivent éviter de rapporter à cause de son siège le fragment à une *fracture de la lèvre postérieure du tibia*. De plus cette dernière s'accompagne souvent de fracture bimalléolaire (Th. Boudet, Lyon 1900), et l'on perçoit toujours le changement de forme de l'extrémité tibiale.

Parfois on est en présence de signes de *contusion* du talon et l'on ne perçoit pas de fragment calcanéen. Mais s'il existe une douleur violente, en piqûre d'aiguille, dès qu'on appuie le talon par terre, et surtout si cette talalgie persiste depuis longtemps, il faut songer à la variété écailleuse que nous avons décrite. La radiographie est alors nécessaire pour montrer une coquille osseuse « découpée et chevauchant parfois sur le profil de l'os » (Destot).

II. *Fracture sans déplacement.* — Ici la palpation est d'une importance considérable et il faut comparer au talon sain :

1° *Fracture isolée de la petite apophyse.* — Ce qui la caractérise c'est la présence d'une masse osseuse située au niveau de la petite apophyse et comblant plus ou moins la dépression normale au-dessous de celle-ci ; c'est un point douloureux à ce niveau.

Si l'on ne cherche pas minutieusement ces symptômes, la fracture revêt l'aspect d'une *entorse du pied.* Malgré tout, le diagnostic est particulièrement délicat, et la radiographie est nécessaire ordinairement : on voit alors « dans l'ombre de la grande apophyse une ligne courbe, noire, coupant la trabéculation et répondant à la pénétration de la petite apophyse dans le corps de l'os » (Morel).

Il ne faut pas non plus rapporter la masse osseuse douloureuse à une *fracture isolée de la malléole interne :* outre que ce dernier cas est rare, tous les phénomènes se passent au-dessous de l'interligne tibiotarsien.

Enfin en présence d'une *fracture de la malléole externe*, il faut toujours palper la petite apophyse pour reconnaître s'il y a association.

2° *Fissure de l'os sans déplacement.* — On est en présence de symptômes faisant songer à l'*entorse :* mais s'il y a prédominance de douleur non pas dans les mouvements passifs de flexion, mais dans la pression sur le talon, il faut penser à une fracture. La radiographie montrera alors une encoche plus ou moins étendue sur le contour de l'os.

C'est également la radiographie qui permet de faire le diagnostic chez les enfants dont les fractures calcanéennes restent toujours sans déplacement. Nous n'en avons point parlé dans les symptômes parce qu'elles ne peuvent pas créer une variété clinique. En effet, on pense après une chute à une contusion de la région ; mais les douleurs persistent, et apparaît alors secondairement un épaississement de la grosse tubérosité qui doit faire soupçonner une fracture. C'est à ce moment que les parents amènent les petits blessés, et que l'examen radiographique peut montrer la lésion. Nous avons vu en anatomie pathologique, qu'elle créait la plupart du temps un décollement épiphysaire de la grosse tubérosité.

VIII

Pronostic. — C'est depuis la loi sur les accidents du travail que l'on s'est occupé surtout de ce pronostic. La radiographie et la palpation permirent peu à peu, en précisant les lésions, de préciser le pronostic de celles-ci. Avant tout, elles ont montré un fait qui change le résultat fonctionnel suivant son existence ou son défaut : c'est la restauration du calcanéum, non pas au point de vue anatomique, mais en vue de ses fonctions dans l'équilibre du pied sur le sol. Toutes les fois que le cal a déformé de n'importe quelle façon les surfaces d'appui de l'astragale sur le calcanéum, le pronostic sera mauvais ; au contraire il sera bon quand, malgré le cal, les surfaces considérées seront demeurées régulières. Cliniquement, il y a pourtant des nuances à décrire, et nous étudierons les cas :

1. Ordinairement bénins ;
2. Ordinairement graves ;
3. Très graves.

1. *Cas ordinairement bénins.* — Dans ce groupe comme preuve du fait précédent, on ne trouve que les fractures de la *grosse tubérosité.*

Que le trait ait détaché la tubérosité en totalité ou en partie, voici leur évolution ordinaire. Le cal, généralement fibreux, est solide au soixantième jour environ (Ricard et Demoulin). Le retour intégral des fonctions demande au maximum trois à six mois. Peu à peu le malade essaye de marcher avec un bâton, puis seul ; et il reprend enfin son état de vie antérieur. Tous les cas publiés viennent confirmer cette évolution. Dans les observations où la fracture ne fut pas laissée à elle-même, la restauration intégrale s'effectua pareillement (Tuffier, Morestin, 10 cas de Morel).

Mais il faut corriger un peu ce tableau d'évolution bénigne. Destot et Morel ont publié 2 cas où, malgré la reprise rapide de la marche et du travail, il persista une talalgie avec sensation de tension et de brûlure, cela pendant des mois et même plusieurs années chez l'un des malades. La radiographie montra une écaille postérieure, minime, mais qui pointait sous la face plantaire du calcanéum et donnait, comme une grosse aiguille, des troubles peu graves mais douloureux.

2. *Cas ordinairement graves.* — Ici la durée de l'impotence est longue : au lieu de quelques semaines, on doit songer à dix mois, un ou deux ans, pour assurer au malade qu'il pourra utiliser le pied.

De plus on pourra affirmer que, durant cette période de réparation, les phénomènes douloureux ne cesseront pas, et que la marche, même la station debout seront impossibles.

Ce groupe renferme les fractures isolées de la petite apophyse et les fractures articulaires, sauf leur variété très grave, celle où l'os est totalement écrasé. Là, en effet, le cal irrégulier consécutif à l'engrènement osseux amène une dénivellation des points d'appui de l'astragale, et il s'ajoute souvent des phénomènes d'arthrite. Il est même remarquable parfois combien peu de lésions amènent tant de troubles graves. Même dans la variété légère par les symptômes de la fracture articulaire, les blessés souffrent douze, seize, vingt mois après leur accident, surtout dans la marche au moindre relief de terrain, cela malgré l'appui d'un bâton. Ils ne peuvent faire un travail un peu pénible et subissent de ce fait une diminution réelle de leur valeur sociale.

Si la gravité de ces fractures est bien admise, on

discute sur le degré de gravité des fractures isolées de la petite apophyse. Pour les classiques (Abel, Tillaux, puis Morestin), ce sont les plus graves de toutes : l'apophyse se déplace en dedans dans le canal calcanéen interne et comprime ou englobe dans son cal les vaisseaux et nerfs qui y passent. Depuis la fréquence des examens radiographiques, on songe, en présence de troubles graves, à d'autres lésions associées du calcanéum ; on tend à admettre pour la fracture réellement isolée, un pronostic moins sérieux que pour une fracture articulaire (3 cas Destot et Morel sans aucun trouble nerveux ou vasomoteur avec guérison au bout de dix, douze, quatorze mois).

3. *Cas très graves.* — Ce sont ceux où il y a écrasement total du calcanéum ou fracture de la grande apophyse. La voûte est en effet complètement disjointe, et cette dislocation articulaire (Destot) est la cause de la gravité du pronostic.

De fait, tous les blessés restent des infirmes. Les troubles sont aussi accentués deux, trois ans et même davantage après l'accident (treize ans dans un cas de Voillemier), sans qu'il y ait eu d'amélioration dans l'intervalle. Non seulement tout travail pénible leur est interdit, mais ils ne peuvent s'occuper ou marcher qu'en se reposant très souvent.

IX

Traitement. — A propos des complications, nous avons donné le traitement de celles-ci. Nous ferons maintenant celui d'une fracture non compliquée. Pour cela on peut séparer les fractures de la grosse tubérosité des autres :

1° *Fractures de la grosse tubérosité.* — En effet, il y a un fragment facile à percevoir et à mobiliser. Pour le rapprocher on met le membre au repos complet, la jambe fléchie ou suspendue et le pied en équinisme. Pour la maintenir on a employé divers appareils (Tillaye) ou attelles (diachylon de Malgaigne, attelles plâtrées actuelles). Actuellement on ne cherche plus une contention forcée parfaite ; le massage est couramment employé et chasse l'œdème en même temps qu'il réduit le fragment. Les mouvements passifs puis actifs au repos sont ajoutés et permettent peu à peu au malade la marche avec un bâton, puis seul.

Malgré une réduction et une immobilisation parfaites, les anciens chirurgiens eurent très souvent un cal fibreux étendu entre les deux fragments (statistiques de Polaillon, Bidder, Norris) ; et c'est encore le résultat fréquent avec le massage (Lemmen, Mertens). Cependant le résultat fonctionnel n'a jamais été diminué de beaucoup. Toutefois, en présence d'éloignement marqué (5-7 centimètres) on tend de plus en plus à faire la suture osseuse ou l'enchevillement (observations de Fuchsig, Helbing, Tuffier et Desfosses) : bien qu'on ait observé parfois de la nécrose secondaire (Tuffier), ce traitement a donné de beaux résultats (10 cas de Morel).

2° *Autres fractures calcanéennes.* — Le traitement est ici beaucoup plus aléatoire, et c'est pourquoi il a été discuté. Certains chirurgiens immobilisent encore rigoureusement à la façon des anciens auteurs et se refusent par un massage immédiat à « compléter des fissures simples et à provoquer des phénomènes d'ostéoarthrite » (Tillaux, Ballenghien, Fougères). Par contre Guermonprez et ses élèves ont soutenu qu'on pouvait toujours en une ou deux séances réduire les fragments par un massage forcé : Bonvarlet, Lecoq ont rapporté six observations où la réduction fut complète et le résultat parfait. La plupart des chirurgiens reculent devant de telles manœuvres de force, sauf dans les rares cas où les fragments sont susceptibles d'être « désengrénés ». Ils préconisent le massage ordinaire, mais très minutieux et très long, pour donner une action durable : on a obtenu ainsi de grandes améliorations (fractures de gravité moyenne) mais jamais de guérison complète (presque toutes les observations depuis quatre, cinq ans). Enfin nous avons vu l'application tardive de chaussures orthopédiques consolider le talon et fournir un soulagement considérable.

BIBLIOGRAPHIE

Jusqu'à 1870, consulter : Polaillon. *Dict. Dechambre*, art. calcanéum. — Rémond. Th. de Paris, 1875. — Duret. Structure, Soc. de biol., 1877. — Abel. *Arch. f. klin. Chir.*, 1878. — Paskowski. Th. de Paris, 1880. — Bidder. *Centralbl. f. Chir.*, 1881. — Prader. Th. de Paris, 1885. — Vacquez. *Bull. de la Soc. anat. de Lille*, 1889. — Guermonprez. Commun. Acad. de méd. et Soc. de chir., Paris 1890. — Ballenghien. Th. de Paris, 1890. — Powers. *Med. News*, 1890, II, p. 82. — Brouardel. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1890, p. 348. — Schmidt. *Inaug. Dissertat.*, Würtzbourg 1891. — Ossenkopp. *Inaug. Dissertat.*, Würtzbourg 1892. — Golebiewski. *Arch. f. Unfalheik.*, 8, I, S. I. — Arendt. *Inaug. Dissert.*, Greifswald 1893. — Norris. *Statist. des Pennsylv. Hosp.* — Morestin. *Bull. de la Soc. anat.*, 1894. — Seez. *Inaug. Dissert.*, Berlin 1894. — Ehret. *Arch. f. Unfalheik.*, 1896. — Sliwinski. *Inaug. Dissert.*, Greifswald 1897. — Kohlhardt. Th. de Halle, 1898. — Ricard et Demoulin. *Traité Duplay-Reclus*, t. II. — Rieffel. In *Traité Le Dentu et Delbet*, t. II. — Tuffier et Desfosses. Fractures du calcanéum par arrachement, *Presse méd.*, 1898. — Chudowsky. *Beitr. z. klin. Chir.*, 1898, Bd. XXII, p. 643. — Neuschafer. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1899, Bd. I, p. 605. — Fougères. Th. de Paris, 1898-1899. — Foata. Th. de Montpellier, 1898-1899. — Jacq. Th. de Paris, 1899-1900. — Albert. *Wien. med. Presse*, 1900. — Lemmen. *Inaug. Dissertat.*, Bonn 1900. — Platel. Th. de Lille, 1900. — Porges. *Wien. klin. Wochens.*, 1900. — Lecoq. Th. de Paris, 1900. — Blind. *Monats. f. Unfalheilk.*. 1901, n° 1. — Mertens. *Arch. Langenbeck*, 1901, Bd. LXIV, p. 899. — Helbing. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1901, p. 489 ; — *Handbuch f. Chir.*, 1901, Bd IV, p. 482. — Gauthier. Th. de Paris, 1901-1902. — Gérard. Th. de Paris, 1901-1902. — Durand. *Bull. de la Soc. de chir. de Lyon*, 1901. — Fuchsig. *Wien. med. Presse*, 1902 (avec deux cas de Gustave Kaiser). — Destot. *Revue de chir.*, 1902 ; — *Bull. de la Soc. de chir. de Lyon*, 1903. — Marcel Heger et Hauchamps. *Journ. méd. de Bruxelles*, 1903, p. 305. — Bæhn. *Arch. f. orthoped. Mecanotherap.*, 1903, Bd. I, S. 79. — J. Morel. Th. de Lyon, 1904-1905. — Rollet et Destot. Soc. de chir. de Lyon, janv. 1904. — Bouchet. Soc. anat. de Paris, mai 1904. — Hirtz. Fracture chez un tabétique, Soc. méd. des hôpit. de Paris, mai 1904. — Nerchaus. *Deuts. med. Wochens.*, 1904, p. 972 ; — *Charite Annalen*, 1904, p. 299-314. — Pólya. *Orvosi hetil.*, Budapesth 1904, p. 423. — Liabot. Th. de Lyon, 1905.

PRATIQUE MÉDICALE

INFLUENCE DU RÉGIME ALIMENTAIRE SUR LA RÉACTION DE L'ORGANISME

La réaction des humeurs et tissus de notre organisme a une importance capitale. Il y a pour l'action de chaque diastase une réaction optimum. Si on la fait varier, si peu que cela soit, l'action de la diastase est affaiblie dans des proportions souvent considérables. Il en résulte pour l'organisme un surcroît de travail. Or, l'humanité est en train de modifier sa réaction. « Elle tourne à l'aigre, » a dit un clinicien. La substitution à une alimentation presque exclusivement végétale et alcalinisante, d'une alimentation surtout animale et acidifiante en est la cause. Les aliments animaux se brûlant dans nos tissus y laissent un résidu d'acides sulfurique et phosphorique. De tous les aliments végétaux nous n'avons guère conservé en abondance, en France, que le pain, qui, d'après Gautier, est un acidifiant énergique.

De là vient la fréquence des affections arthritiques, si répandues que l'on peut dire, qu'à la seconde génération tous les bourgeois sont arthritiques. Le meilleur remède serait de réformer notre alimentation. C'est le conseil que donnent, sans être entendus, les hygiénistes. Si on ne la réforme pas, il faut la corriger en fournissant à l'organisme des bases capables de neutraliser les acides provenant de la combustion intra-organique des albumines.

C'est ce que l'on a fait instinctivement en remplaçant l'eau de table par les eaux minérales alcalines faibles, telles que l'eau de Vals Saint-Jean. Peut-être y a-t-il eu dans cet usage quelques excès. Le public s'est habitué aux eaux alcalines et gazeuses et il a dépassé la mesure utile ; il a bu des eaux artificiellement surchargées d'acide carbonique qui sont dangereuses, ou des eaux trop riches en bicarbonate de soude comme l'eau de Vals Précieuse, qui, plus médicament qu'eau de table à proprement parler, est à réserver aux arthritiques confirmés, goutteux, hépatiques, graveleux, diabétiques, pour qui elle fait merveille, mais ne convient pas aux gens bien portants comme simple correctif d'une alimentation trop acidogène.

Actuellement, nous assistons à une réaction. Le public se porte vers les eaux indifférentes. Moins une eau contient de principes fixes, plus on la recherche. On en arrivera à ne plus vouloir que de l'eau distillée.

Eh bien, il faut dire bien haut que c'est une erreur. Si l'eau pure de source ou de rivière est la boisson naturelle de l'homme « idéal », une eau alcaline légère comme l'eau de Vals Saint-Jean est la boisson indiquée pour le Français du XXe siècle, avec son alimentation trop carnée et trop substantielle, sa vie beaucoup trop sédentaire, son surmenage cérébral et l'hyperacidité organique et la paresse digestive qui en résultent. C'est un correctif à l'hyperacidité qu'elle sature, et à l'atonie de l'estomac qu'elle excite légèrement sans l'épuiser.

FORMULAIRE

HYPERHYDROSE PLANTAIRE

Salicylate de soude	2	grammes.
Permanganate de potasse	3	—
Talc pulvérisé	40	—
Sous-nitrate de bismuth	45	—

Pour saupoudrer les chaussettes. (Brocq.)

LIVRES NOUVEAUX

Les indiscrétions de l'histoire [2e série] (1), par le docteur CABANÈS.

M. Cabanès vient de publier la deuxième série des *Indiscrétions de l'histoire*. La lecture de ce volume ne peut que faire désirer prochainement une troisième série. Indépendamment de l'intérêt propre qui s'attache aux faits recherchés, étudiés, fouillés par M. Cabanès, la façon dont il nous présente et commente ces faits les rend encore plus curieux et plus intéressants. Comme le dit je ne sais plus quel gentilhomme dans je ne sais plus quelle pièce : il y a la manière. Or la manière de M. Cabanès est incontestablement la bonne puisqu'elle charme, séduit et retient le lecteur.

La seconde série des *Indiscrétions de l'histoire* est, comme la première, pleine de révélations imprévues, de documents inédits ou peu connus. L'auteur nous y entretient tour à tour : de la maladie de Job, « le patron des avariés ; » des émouvantes péripéties du suicide de Cléopâtre ; de la fable, qu'il faudra désormais reléguer au rang des légendes, de la Papesse Jeanne ; des derniers moments de deux grandes favorites : Mlle de Fontanges, « morte au service du roi, » selon la si jolie expression de Mme de Sévigné, et de la maîtresse du plus inamusable des monarques, Mme de Pompadour.

L'auteur de *Marat inconnu* discute à nouveau, avec des pièces qui avaient jusque-là échappé à ses recherches, le « coup de Charlotte Corday ».

Suit un chapitre très curieux, dont le titre seul fait pressentir l'intérêt : « Napoléon a-t-il manqué sa vocation ? » Nous y apprenons que, près d'un siècle avant Pasteur, Bonaparte a pressenti le monde des infiniment petits !

On s'instruira également, par la lecture des *Indiscrétions*, de l'état de santé de Napoléon III, à l'ouverture des hostilités, en 1870, et de l'influence que cet état de santé a pu exercer sur l'issue de la guerre.

Enfin, une série de variétés historiques et anecdotiques, sur les poisons et artifices de la toilette (fards, teintures, poudres, mouches) ; sur les modes qui naissent d'une infirmité, font de ce volume, très agréablement illustré, un digne pendant de ceux qui l'ont précédé.

C'est donc un succès de plus pour M. Cabanès qui ne les compte plus, sa réputation d'historiographe alerte, pittoresque étant depuis longtemps établie. Dr A. BROCHIN.

(1) In-12 carré de 390 p. avec 14 gravures hors texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Albin Michel, éditeur, 59, rue des Mathurins.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 83. — MARDI 25 JUILLET 1905. 78e ANNÉE. MARDI 25 JUILLET 1905. — N° 83.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Leucocytose céphalo-rachidienne tardive dans un cas de méningite tuberculeuse, par M. L. LAEDERICH.
MÉDECINE PRATIQUE
Indications du traitement du catarrhe tubo-tympanique et des scléroses otiques par l'insufflation des vapeurs sulfureuses naturelles, par M. B. DE GORSSE.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société médicale des hôpitaux.
Société de chirurgie.
Société de biologie.
FORMULAIRE
LIVRES NOUVEAUX
CONGRÈS
XVe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

ÉLECTIONS. — Nous avons le plaisir d'apprendre l'élection à l'Académie des Beaux-Arts du docteur Paul Richer, membre de l'Académie de médecine, professeur à l'Ecole des Beaux-Arts.

GUERRE. — Sont nommés ou désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins aides-majors de première classe Sorel, désigné pour le 96e d'infanterie (service); — Comte, pour le 4e d'infanterie (service); — Lhomme, affecté au 122e d'infanterie pour être détaché en Crète (service).

M. le médecin aide-major de deuxième classe Martinet, désigné pour le 65e d'infanterie (service).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le docteur Petitjean (de Belfort).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Vallon, médecin en chef de l'asile clinique Sainte-Anne; Périer, Binet, Barbarin, Sabouraud (de Paris), Martin (de la Mérindole), Sébileau (de Blaye), Guibal (de Montpellier), Goulard, Labéda (de Toulouse).

STATISTIQUE. — Le service de statistique a compté, pendant la vingt-huitième semaine, 806 décès, au lieu de 808 pendant la semaine précédente (moyenne 926).

Les maladies épidémiques sont rares.

La fièvre typhoïde a causé 3 décès (moyenne 7).

La variole a causé 2 décès (moyenne 21).

La rougeole a causé 14 décès (moyenne 17); la scarlatine, 1 décès (moyenne 4); la coqueluche, 7 décès (moyenne 6); la diphtérie, 1 décès (moyenne 9).

La diarrhée infantile a causé 43 décès de 0 à 1 an, au lieu de 40 pendant la semaine précédente (moyenne 83).

En outre, 23 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 100 décès, au lieu de 84 pendant la semaine précédente (moyenne 109). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 2 décès (moyenne 7); bronchite chronique, 9 (moyenne 13); pneumonie, 25 (moyenne 23); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 64 (moyenne 64), dont 24 sont dus à la congestion pulmonaire et 30 à la broncho-pneumonie.

La phtisie pulmonaire a causé 176 décès; la méningite tuberculeuse, 15; la méningite simple, 24; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 18 décès.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Relations entre Paris et Genève.* — Train express de nuit entre Paris et Genève, composé de lits-salons, sleeping-car, première et deuxième classes à couloir avec lavabos et water-closets (voitures directes à lits salons, première et deuxième classes pour Évian, voiture directe première classe pour Divonne).

Aller : départ, Paris 9 h. 5 soir; arrivée, Genève 7 h. 21 matin, Évian 8 h. 39 matin, Divonne 9 h. 20 matin; dernier départ de Paris, le 4 octobre (nuit du 4 au 5).

Retour : départ, Divonne 5 h. 30 soir, Évian 7 h. 48 soir, Genève 8 h. 35 soir; arrivée, Paris 7 h. 35 matin; dernier départ pour Paris le 5 octobre (nuit du 5 au 6).

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLII, n° 25, 22 juillet 1905.) G. L. Walton : La fatigue oculaire, son importance, et les moyens de la limiter. — J. Bergen Ogden : De la conservation de l'urine. — J. T. Bowen : Impetigo contagieux. Abcès cutanés causés par des micro-organismes pyogènes. — J. S. Howe : La gale. — Charles J. White : Les parasites végétaux de la peau et les méthodes modernes de culture. — F. S. Burns : De l'emploi des rayons X dans certaines affections de la peau. — (N° 26, 29 juin.) Henry Koplik : Fréquence, pronostic et traitement de la pneumonie lobaire chez le nouveau-né et l'enfant. — Joshua C. Hubbard : L'acétonurie sans diabète dans des cas chirurgicaux. — John E. Douley : Un cas de dégénérescence toxique des neurones périphériques.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 26, 1er juillet 1905.) Hofbaüer : Mécanisme des troubles respiratoires dans les maladies pleurales. La contraction paradoxale du diaphragme. — (N° 27, 8 juillet.) Weinberger : Thérapeutique digitalique.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 26, 29 juin 1905.) Lingelsheim : Recherches bactériologiques faites dans la station hygiénique de Beutheri sur la méningite épidémique. — Radmann : Remarque sur la méningite épidémique. — Herxheimer et Hübner : Recherche du spirochaete pallida dans la syphilis. — Giemsa : Remarques sur la coloration du spirochaete pallida. — Friedrich : Le traitement des plaies suspectes et infectées, des panaris, phlegmons et furoncles. — Hippel : Opération de la myopie et ablation de la conjonctive. — Albu : Diagnostic et traitement de la pérityphlite chronique. — Fehde : Un cas de tuberculose des gaines synoviales traité par les injections d'hétoline de Landerer. — (N° 27, 6 juillet.) Lassar : Sur le traitement de l'eczéma. — Boas : Diagnostic et traitement de la pérityphlite chronique. — Gauss : Pérityphlite et grossesse. — Werner : Sensibilisation locale et immunisation des tissus contre les rayons du radium. — Maximow : Gros lipome pendant de la grande lèvre droite. — Brix : Traitement des fractures. — Marbe : Casuistique des carcinomes de la choroïde.

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 73, 18 juin 1905.) G.-B. Allaria : Un cas de fièvre typhoïde et de scarlatine concomitantes. — Giuseppe Spadacci : Maladie de Ménière due probablement à l'infection paludéenne. — Cristoforo Carabelli et Carlo Lubaschi : La cure de l'hypertrophie de la prostate par les rayons X. — Prof. S. Tomaselli : Le sérum de Behring dans l'érysipèle de la face. — Eugenio Gugnoni : Le vésicatoire dans la thérapeutique moderne. — (N° 76, 25 juin.) Ernesto Pesci : Un cas d'ascite filante avec recherches sur la réaction de l'exsudat en présence de l'acide acétique. — Bechi Gennaro : L'anesthésie par la cocaïne et l'adrénaline en chirurgie générale. — Ettore de Franceschi : Abcès traumatiques des lobes frontaux. — Motta Coco : Culture du bacille de la morve. Observations. — (N° 79, 2 juillet.) Stefano Mircoli : Le phénomène ataxique vertigineux par lésions cérébrales extracérébelleuses. Les zones génératrices du phénomène ataxique vertigineux. — Aleardo Cerioli : L'emploi du thiocol dans le traitement de la pneumonie fibrineuse. — Miceli Copurbano : Un cas de cancer massif du foie.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 27, 6 juillet 1905.) Pechère : Rein tuberculeux et néphrite tuberculeuse (*suite*). — (N° 28, 13 juillet.) Pecpère : Rein tuberculeux et néphrite tuberculeuse [la néphrite bacillaire] (*suite*).

Medical Record. — (N° 24, 17 juin 1905.) Francis Hare : Rôle du carbone dans la goutte : « hyperpyrémie. » — Justin L. Barnes : Extraction du cristallin dans la myopie. — Seibert : Injections rectales de hautes doses de salicylate de soude dans la méningite cérébro-spinale. — V. Heiser : Les étapes médicales de la législation de l'immigration. — Adrian Strasser : La masturbation chez l'enfant. — (N° 25, 24 juin.) Ch. Stedman Bull : Traitement par les rayons X des cas inopérables de tumeur maligne de l'orbite. — J. Pulley : Traitement de l'insuffisance rénale compliquée de néphrite. — West : Prophylaxie et traitement du pyosalpinx. — L. Bradford Couch : L'acide formique dans les affections rhumatismales.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 27, 4 juillet 1905.) Sahli : Sur une simplification de la méthode butyrométrique de l'estomac; son application en médecine pratique. — Kiolemenoglou et Cube : Spirochaete pallida et syphilis. — Roessle : Sur l'individualité chimique des cellules embryonnaires. — Bittorf : Contribution à l'étude des parésies professionnelles. — Weijlin : Le lysoforme est-il toxique? — Naab : Sur la « bosse annuelle ». — Reiche : Septicémie gazeuze au cours d'une fièvre typhoïde. Wiener : Un cas de grossesse extra-utérine avec nombreuses malformations du fœtus. — Furstenau : Phénomènes lumineux après frottement avec des tubes où l'on a fait le vide. — Vincent : Remarques sur l'angine à bacilles fusiformes. — Schrotter : Contribution clinique à l'étude de la bronchoscopie. — Klieneberger : Sur l'urine et les sédiments urinaires dans les stases chroniques et locales, dans les états terminaux et dans le collapsus. — (N° 28, 11 juillet.) Siegel : Nouvelles recherches sur l'étiologie de la syphilis. — Müller et Seidelmann : Physiologie et pathologie du réflexe abdominal. — Frey : Moyen d'empêcher l'irritation rénale pendant l'administration de l'acide salicylique à haute dose. — Manteufel : Expériences sur la réaction de Grüber-Widal; remarques sur l'agglutination des bacilles paratyphiques. — Kranenpuhl : Formation d'agressine par le bacille paratyphique B. — Reiche : Tuberculose et grossesse. — Heissler : Une épidémie de rougeole. — Salzer : Que nous apprend la nouvelle statistique des aveugles en Bavière? — Thesing : Remarques critiques sur le « spirochaeta pallida » dans la syphilis. — Sahli : Sur une simplification de la méthode de recherche butyrométrique de l'estomac, et son application en médecine pratique.

Riforma medica. — (N° 24, 17 juin 1905.) Domenico Pirrone : Névrite ascendante par pneumocoque de Fränkel. — Ferruccio Schupfer : Études sur les leucémies et les pseudo-leucémies. — Tullio Mazzei : La recherche des œufs de bilarzia dans les urines et les matières fécales. — (N° 25, 24 juin.) P. D. Siccardi : L'ankylostoma americanum. — Agostino Borini : Recherches bactériologiques sur la rougeole. — Domenico Pirrone : Névrite ascendante par pneumocoque de Fränkel. — Nicola Gionnettasio : Échinocoque primitif suppuré dans une rate paludique. Splénectomie. Guérison. — Bartolomeo Gianasso : Un cas de contractures congénitales des membres inférieurs.

Therapie der Gegenwart. — (Juillet 1905, 7e fasc.) A. Flöystrup et Victor Scheel : Maladie de Finsen (cas de péritonite chronique hyperplastique exsudative) avec des commentaires sur le traitement de sa maladie par Finsen luimême. — Georg. Müller : Nouvelle table de redressement pour le traitement de la scoliose (avec gravures). — Karl Baisch : Indications et contre-indications de la vaporisation de l'utérus.

LEUCOCYTOSE CÉPHALO-RACHIDIENNE

TARDIVE

DANS UN CAS DE MÉNINGITE TUBERCULEUSE

Par L. LAEDERICH,
Interne des hôpitaux de Paris.

Tous les auteurs sont d'accord aujourd'hui pour attribuer, à juste titre, une valeur considérable à la ponction lombaire dans le diagnostic parfois si difficile cliniquement de la méningite tuberculeuse.

L'examen du liquide céphalo-rachidien montre en effet des *altérations constantes* de ce liquide : son aspect macroscopique, sa tension, son point cryoscopique, ses caractères chimiques, sont habituellement modifiés et indiquent déjà dans beaucoup de cas un état pathologique. Mais c'est l'examen cytologique, suivant la méthode de MM. Widal, Sicard et Ravaut, qui met en évidence l'altération la plus importante, par sa constance absolue, du liquide céphalo-rachidien; celui-ci est en effet toujours chargé de nombreux lymphocytes mêlés d'un plus ou moins grand nombre de polynucléaires. A l'heure actuelle, il a été publié des centaines de cas, et il n'y en a que deux dans lesquels on ait signalé l'absence de leucocytose céphalo-rachidienne; encore ces deux cas sont-ils sujets à discussion : le premier, dû à MM. Courmont et Montagard (1), est rapporté presque sans détails ni sur le malade, ni sur la technique employée, ni sur l'époque de la maladie à laquelle la ponction lombaire a été pratiquée; il est d'autant plus suspect, suivant la remarque de Percheron, qu'à l'autopsie les lésions étaient surtout accentuées dans la région lombaire. Dans le second cas, observé par MM. Mollard et André (2), la maladie avait revêtu une allure très spéciale, se prolongeant pendant dix-huit mois, et la ponction lombaire n'a pas été pratiquée à la période terminale.

On peut donc considérer la réaction leucocytaire du liquide céphalo-rachidien comme absolument constante dans la méningite tuberculeuse. Mais *à quelle période de la maladie fait-elle son apparition?*

Assurément, la leucocytose céphalo-rachidienne est ordinairement précoce, et comme le dit Percheron (3), « il est probable qu'elle est presque contemporaine de l'invasion des méninges, si l'on songe à la faible épaisseur qui sépare du liquide sous-arachnoïdien les vaisseaux sur lesquels se greffent les granulations, si l'on songe à la sensibilité des méninges qui réagissent aux plus faibles causes d'irritation. »

Mais nous sommes peu riches en documents précis à ce sujet : les cas où la ponction lombaire a été pratiquée d'une façon précoce sont peu nombreux; c'est ainsi que dans la thèse de Percheron, sur 19 cas de méningite tuberculeuse de l'enfant, la ponction la plus précoce a été faite au quatrième jour du début clinique des accidents; dans la thèse de Lutier (1), sur 41 cas de méningite tuberculeuse de l'adulte, les ponctions ont été faites, et avec résultat toujours positif, une fois au premier, une fois au second et une fois au quatrième jour du début clinique; mais on sait combien souvent chez l'adulte le début clinique retarde sur le début anatomique. Il y aurait donc lieu de chercher à préciser l'époque d'apparition de la leucocytose céphalo-rachidienne; sans doute elle est habituellement très précoce, et existe dès le début des symptômes; mais cette règle n'est pas absolue : nous venons d'observer dans le service de notre maître, M. Chauffard, un cas de leucocytose singulièrement tardive, fait qui démontre qu'on ne doit pas accorder une valeur absolue à un résultat négatif de ponction lombaire; ce n'est pas sans réserves qu'on devra éliminer le diagnostic de méningite tuberculeuse lorsque le liquide céphalo-rachidien ne contiendra pas d'éléments figurés en quantité exagérée.

Notre malade est un homme de quarante-neuf ans, journalier, dont les antécédents sont lourdement chargés de tuberculose : son père, sa sœur et sa femme ont succombé à cette affection. Lui-même fit une pleurésie il y a huit ans; depuis cette époque, il tousse, crache et maigrit d'une façon continue. Il y a cinq mois survint dans la fesse gauche une douleur surtout accusée pendant la marche et la station debout; elle a été considérée et soignée comme une sciatique.

Le 12 février dernier, le malade se plaignit brusquement d'une céphalée intense qui n'a pas cessé depuis. Il entre à l'hôpital Cochin, salle Chauffard, n° 16, le 27 février, soit au seizième jour de son affection. A ce moment, nous trouvons un homme très amaigri, très fatigué, en proie à une céphalée si violente qu'elle rend difficile l'interrogatoire et l'examen. Cette céphalée est continue, aussi intense le jour que la nuit, assez diffuse avec prédominance dans la région frontale. Le malade ne délire pas, et conserve toute son intelligence. Il n'existe pas de contracture de la nuque, mais la région dorsolombaire présente une certaine raideur. La recherche du signe de Kernig semble positive, mais elle est gênée par la douleur de la soi-disant sciatique. Les réflexes rotuliens sont exagérés; il y a une ébauche de trépidation épileptoïde. Les pupilles sont légèrement inégales et réagissent paresseusement à la lumière. Le ventre est rétracté en bateau, la raie vaso-motrice s'y dessine aisément. Pas de vomissements, un peu de constipation. Le pouls est petit, à 100; il est égal et régulier; la température est à 38°2.

A l'examen des poumons, on trouve des signes d'induration des deux sommets avec craquements humides, et des râles de bronchite diffuse. Le cœur est normal; les urines contiennent des traces d'albumine. L'examen de la région fessière révèle une vive douleur à la pression, siégeant au niveau de l'échancrure sciatique et de l'articulation sacro-iliaque, et irradiant le long du nerf sciatique; mais l'état du malade rend impossible un examen plus approfondi.

En présence d'un tel ensemble clinique, le diagnostic de méningite tuberculeuse s'impose réelle-

(1) Courmont et Montagard. Soc. méd. des hôpitaux de Lyon, 1902.

(2) Mollard et André. Soc. méd. des hôpitaux de Lyon, 23 mai 1902.

(3) Percheron. Th. de Paris, 1903.

(1) Lutier. Th. de Paris, 1903.

ment, et le lendemain matin un nouveau signe vient encore compléter le tableau et appuyer le diagnostic : c'est un léger degré d'asymétrie faciale par parésie du nerf facial droit.

C'est à ce moment, le 28 février, c'est-à-dire au dix-septième jour de la maladie, que nous pratiquons une ponction lombaire ; il s'écoule goutte à goutte un liquide d'aspect absolument limpide, qui par centrifugation ne donne aucun culot visible. L'examen cytologique, pratiqué selon la méthode habituelle, ne montre qu'un à deux lymphocytes par champ de microscope, comme dans tout liquide normal. Par contre, la recherche de l'albumine par l'ébullition avec quelques gouttes d'acide trichloracétique fournit un coagulum notablement plus abondant que normalement.

Ce résultat était tout à fait inattendu et déconcertant. Étant donnée cette absence de leucocytose céphalo-rachidienne, pouvions-nous encore soutenir notre diagnostic de méningite tuberculeuse ? Un certain nombre de cas analogues ont été publiés par Sicard, Monod, Brécy, Widal, Dopter, Grenet, Lereboullet, dans lesquels cette constatation avait fait abandonner ce diagnostic, et dans lesquels l'autopsie avait donné raison à la ponction lombaire.

Dans le cas présent, il était réellement difficile de formuler un autre diagnostic. Seule l'hypothèse d'une granulie pouvait à la rigueur être émise : il est possible en effet que l'existence de granulations tuberculeuses dans les parois des vaisseaux méningés, sans lésions inflammatoires de voisinage, se traduise exclusivement par des modifications chimiques (teneur en albumine) du liquide céphalo-rachidien, sans réaction cytologique.

Cependant l'affection évoluait rapidement : la céphalée persistait toujours aussi intense ; le malade subdélirait et s'affaiblissait considérablement ; bientôt il devenait tout à fait somnolent, et le 3 mars, il était sub-comateux.

C'est à cette date, au vingtième jour de la maladie, que nous pratiquons une nouvelle ponction lombaire. Cette fois-ci, le résultat attendu se réalise pleinement, et vient, bien tardivement, confirmer notre premier diagnostic : le liquide s'écoule en jet, il est un peu trouble et jaunâtre, et à la centrifugation il forme un petit culot blanchâtre constitué par des polynucléaires et des lymphocytes en nombre égal ; on y décèle facilement des bacilles de Koch. L'albumine est encore plus abondante que la première fois, et il se forme un léger coagulum fibrineux.

Cette fois le liquide céphalo-rachidien présente donc au complet les modifications qu'il subit habituellement dans la méningite tuberculeuse. Mais ces altérations ont été remarquablement tardives, puisque la leucocytose faisait défaut au dix-septième jour de la maladie, et qu'elle n'a été constatée qu'au vingtième, seulement vingt-quatre heures avant la mort, notre malade ayant succombé dans le coma le 4 mars.

L'*autopsie* n'a pas fourni d'explication bien satisfaisante à ce retard de la leucocytose céphalo-rachidienne.

Elle a confirmé pleinement le diagnostic : vieilles lésions fibro-caséeuses des deux sommets pulmonaires, granulations grises dans toute la hauteur des deux poumons ; sacro-coxalgie gauche caséo-purulente.

Du côté des méninges craniennes, nous avons trouvé des lésions typiques, assez grosses et certainement déjà assez anciennes, de méningite tuberculeuse, avec ses fines granulations jaunâtres entourées d'exsudat fibrino-purulent le long des vaisseaux. Ces lésions prédominaient à la base du cerveau, au niveau de l'hexagone de Willis, ainsi que sur la convexité de l'hémisphère gauche. Les plexus choroïdes étaient parsemés de rares granulations très fines.

Les méninges rachidiennes, au contraire, étaient macroscopiquement saines : ni granulations, ni exsudat.

Cette localisation exclusivement cranienne des lésions suffit-elle à rendre compte de l'intégrité cytologique si prolongée du liquide céphalo-rachidien recueilli par ponction lombaire ? Etant donné ce que nous savons de la circulation du liquide céphalo-rachidien, et de la diffusion si facile du sang dans le cas d'hémorragie cérébrale par exemple, cette explication n'est qu'à demi satisfaisante. Nous sommes cependant forcé de l'accepter, car il n'y en a pas d'autre ; en effet nous n'avons pu trouver ici ni une symphyse partielle des méninges, isolant la cavité rachidienne de la cavité cranienne, ni l'engagement des amygdales du cervelet oblitérant le trou occipital en arrière du bulbe.

On ne saurait davantage invoquer ici l'oblitération des trous de Luschka et de Magendie : nous ne l'avons, il est vrai, pas recherchée ; mais même à supposer qu'elle existât, elle ne rendrait pas compte de notre fait ; comment admettre en effet que la leucocytose céphalo-rachidienne provienne exclusivement des lésions des plexus choroïdes, et comment refuser tout rôle aux lésions si intenses des méninges corticales, intimement baignées par le liquide sous-arachnoïdien ?

Nous ne pouvons donc invoquer que cette localisation des lésions sur les seules méninges craniennes, et l'absence de lésions spinales. Du reste, on peut concevoir qu'il existe une certaine indépendance entre le liquide encéphalique et le liquide rachidien ; et suivant la remarque de Milian (1) « la propagation des inflammations doit se faire plus facilement de bas en haut que de haut en bas, puisque c'est dans le premier sens que s'effectue normalement la circulation du liquide céphalo-rachidien ».

Le cas d'ailleurs n'est pas unique :

MM. Achard et Laubry (2) ont rapporté le cas d'une pneumonie compliquée d'accidents cérébraux, dans lequel la ponction lombaire, faite la veille de la mort, donna un liquide clair, dépourvu de leucocytes et de microbes ; l'autopsie montra une méningite cranienne.

M. Laignel-Lavastine (3) a montré des suppurations

(1) Milian. *Le liquide céphalo-rachidien*, p. 157.

(2) Achard et Laubry. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 3 avril 1902, p. 305.

(3) Laignel-Lavastine. Soc. anat., janv. 1903.

craniennes chez des paralytiques généraux sans altérations cytologiques du liquide obtenu par ponction lombaire.

M. Milian (1) a observé également un cas de fracture du crâne où le liquide cérébral était certainement infecté, tandis que le liquide recueilli par ponction lombaire restait stérile.

Ces différents faits sont assez comparables à celui que nous apportons ici.

Sans doute ils sont exceptionnels; sans doute il est tout à fait rare d'observer une leucocytose céphalo-rachidienne d'apparition aussi tardive au cours de la méningite tuberculeuse. Mais ces quelques cas suffisent pour démontrer qu'il faut faire des réserves sur la valeur d'un résultat négatif de ponction lombaire : l'absence de réaction cytologique du liquide céphalo-rachidien ne permet pas de rejeter formellement un diagnostic de méningite porté par la clinique.

(1) Milian. Ibid.

MÉDECINE PRATIQUE

INDICATIONS DU TRAITEMENT DU CATARRHE TUBO-TYMPANIQUE ET DES SCLÉROSES OTIQUES PAR L'INSUFFLATION DES VAPEURS SULFUREUSES NATURELLES

Par le docteur B. DE GORSSE,
Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris,
Médecin des Eaux de Luchon.

L'insufflation des vapeurs sulfureuses naturelles n'est pas un traitement tout récent des catarrhes tubo-tympaniques et des scléroses otiques. Voilà plus de vingt ans qu'elle est pratiquée à Luchon sur un nombre de malades de plus en plus grand, et une expérience personnelle de six ans me permet de répondre aujourd'hui un peu mieux à la question qu'on nous pose journellement : quels sont les résultats obtenus par le traitement spécial de Luchon, et quels sont les cas que l'on doit envoyer aux eaux sulfureuses ?

Cette question préoccupe à bon droit tous les spécialistes, car s'il est permis d'essayer d'améliorer des malades sur lesquels tous les traitements ordinaires ont échoué, il faut surtout éviter d'aggraver leur état par des interventions intempestives : *primo, non nocere*.

Je ne crois pas qu'il faille user des insufflations de vapeurs sulfureuses, à la légère, hors de propos. Je crois au contraire que, dans certains cas, ce mode de traitement est nuisible et doit être proscrit. Il y a peu de mois encore, le professeur Duplay me parlait d'un de ses malades soigné à Luchon et rentré à Paris dans un état beaucoup plus grave, avec des bourdonnements nettement augmentés par les insufflations. Je me rappelle également que lorsque j'avais l'honneur d'être l'externe du docteur Lermoyez dans son service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Saint-Antoine, mon maître avait attiré l'attention de ses élèves sur ces cas de scléroses auxquelles on doit se garder de faire quoi que ce soit parce qu'elles constituent de véritables « noli me tangere ».

La communication faite par mon ami le docteur Escat (de Toulouse) au VIIe Congrès international d'otologie (1) a apporté un peu de lumière dans une question jusqu'ici assez obscure. Elle éclaire les observations que j'avais pu faire à Luchon et semble expliquer la cause de certains résultats qui nous paraissaient contradictoires au premier abord.

Une classification sur le modèle de celle d'Escat me semble nécessaire, et j'envisagerai successivement les divers cas qui peuvent se présenter.

1° *Otite moyenne chronique simple.* — On a coutume de diviser les otites moyennes chroniques en formes catarrhales et formes plastiques. Cette division, établie par le professeur Duplay, est parfaitement justifiée; il faut cependant se hâter de dire que la première forme est infiniment plus fréquente que la deuxième. Les deux sont également justiciables des insufflations sulfureuses; mais les résultats obtenus sur la forme catarrhale sont tout à fait hors de pair.

On sait l'analogie de structure qu'il y a entre la muqueuse du pharynx nasal et celle de la trompe ; on connaît les traînées de tissu adénoïde qui tapissent la portion membraneuse de cet organe, et l'assimilation que Gerlach a pu faire de l'*amygdale tubaire* avec les amygdales palatine et pharyngiennes. Et ce n'est pas d'aujourd'hui que sont démontrées les améliorations anatomiques et cliniques apportées sur les muqueuses malades des voies respiratoires supérieures par les divers traitements sulfureux. Il n'est donc pas étonnant qu'à l'action mécanique de l'insufflation des vapeurs à l'aide de la sonde d'Itard, action mécanique analogue à celle produite par les procédés de Toynbee ou de Politzer, qui déplisse la muqueuse, chasse les sécrétions et rend perméable la trompe, vienne se superposer une action curative due à la nature spéciale des vapeurs sulfureuses naturelles, action qui décongestionne la muqueuse tubaire, produit sur elle un véritable décapage, tarit l'hypersécrétion, arrête la fonte des glandes acineuses, remplace en un mot la muqueuse malade, hypertrophiée, par une muqueuse saine, normale.

En même temps, les bourdonnements diminuent d'intensité et finissent par disparaître. Ceci me semble confirmer l'opinion émise par Urbantschich dans son *Traité des maladies d'oreille*. Cet auteur attribue les bourdonnements à un spasme du tensor tympani; il en donne même des preuves excellentes. Or, il est de règle en pathologie générale que les fibres sous-muqueuses participent au processus d'irritation de leur revêtement, et que cette irritation se manifeste par un spasme : c'est ainsi, par exemple, qu'on a des spasmes sphinctériens dans les cystites chroniques. Il est donc tout naturel que le spasme du tenseur tympanique disparaisse aussitôt que la muqueuse cesse d'être malade. En effet le processus catarrhal, qui peut être simplement tubaire, est plus souvent tubo-tympanique et, dans ce dernier cas, l'action curative s'étend à la caisse.

Remarquons également que l'eustachite peut être primitive, d'origine arthritique, mais qu'elle est le plus souvent secondaire, consécutive à une inflammation du pharynx nasal.

2° *Otite moyenne chronique accompagnée de sclérose.* — La sclérose est ici secondaire au catarrhe; elle en est l'aboutissant naturel. Peut-elle être guérie par les insufflations de vapeurs sulfureuses ?

Nous nous trouvons en présence de deux éléments morbides bien distincts : en premier lieu le catarrhe qui est *tou-*

(1) E. Escat (de Toulouse). De la migraine otique. Son rôle dans l'étiologie de l'oto-sclérose tropho-neurotique, in *Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, 1904.

jours heureusement influencé par le traitement; en second lieu la sclérose pour laquelle les résultats sont variables. Je suis, à ce point de vue, absolument d'accord avec mon ami le docteur Lajaunie (d'Ax) : plus la sclérose est ancienne, moins on agit sur elle; de même, plus la sclérose progresse lentement, plus on peut contre elle. En d'autres termes, l'ancienneté, ou la rapidité d'évolution de la lésion sont deux mauvais facteurs, et je me méfie autant d'une sclérose toute récente mais intense que d'une sclérose vieille de dix ou vingt ans : elles sont aussi difficiles à améliorer l'une que l'autre.

Par ce que je viens de dire, on voit que le traitement par insufflations de vapeurs sulfureuses est indiqué dans cette deuxième catégorie de malades; ils en retirent *toujours* un bénéfice, car si l'élément scléreux trop ancien ou trop rapide n'est pas influencé, par contre, l'élément catarrhal et l'hypertrophie de la muqueuse tubaire disparaissent. On améliore ainsi la dureté d'oreille et une fois le degré d'amélioration auquel on peut arriver atteint, on fixe l'état en suspendant le processus de sclérose. Et pour peu que le labyrinthe soit intact, on a un modus vivendi des plus acceptables, qui peut même aboutir dans certains cas à une guérison presque complète.

3° *Oto-scléroses labyrinthiques allant du labyrinthe vers la caisse.* — Ce sont les formes qu'Escat nomme *hémogènes* par opposition aux précédentes qu'il nomme *rhinogènes*. Elles se rencontrent chez les artério-scléreux, et ne sont qu'un épisode au cours d'une affection à tendance sclérogène générale; ou bien encore elles sont le résultat d'une infection telle que la fièvre typhoïde ou la syphilis.

Dans ces cas, les insufflations de vapeurs sulfureuses dans la trompe sont indifférentes; elles ne font ni plus, ni moins que le cathétérisme ordinaire, que le Politzer ou que le massage du tympan, c'est-à-dire qu'elles ne font rien, ni bien, ni mal. Je dirai même qu'elles doivent être employées avec la plus grande prudence quand on a affaire à un artério-scléreux facilement sujet à des bouffées congestives.

Inutile d'ajouter que, si un catarrhe tubaire vient se superposer à l'oto-sclérose, ce catarrhe est guéri sans que, pour cela, la lésion essentielle de l'oreille soit modifiée.

4° *Oto-scléroses primitives, cryptogènes d'Escat.* — Reste une quatrième classe définie depuis peu. Je veux parler des oto-scléroses qu'Escat vient de décrire sous le nom de *cryptogènes*, « en raison de l'obscurité qui règne encore sur leur étiologie. »

Bilatéralité, bourdonnements musicaux, phénomènes migraineux antérieurs (la *migraine otique d'Escat*), quelquefois vertiges légers, surtout constatation, dès le début, de lésions labyrinthiques graves avec intégrité plus ou moins prononcée de l'oreille moyenne qui montre tout d'abord un tympan sain à triangle lumineux normal et chaîne d'osselets parfaitement mobile, progression fatale des divers symptômes, tels sont les caractères de cette forme que l'on désigne habituellement sous le nom de sclérose primitive de l'oreille interne. Cette sclérose n'atteint que fort tard l'oreille moyenne, et seulement quand le labyrinthe est définitivement anéanti.

Escat a passé en revue les diverses étiologies possibles de cette affection. Il s'arrête, en se basant sur des raisons anatomiques, physiologiques et cliniques, à une lésion dégénérative secondaire du trijumeau, à une tropho-névrose d'origine toxémique.

Il sera permis de se demander quelles prétentions peut avoir une thérapeutique sulfureuse dans de pareils cas. Si un traitement général est utile, une application locale me semble bien présomptueuse, et elle peut être même parfois nuisible. C'est ainsi qu'il m'a paru que les cas de sclérose primitive de l'oreille interne accompagnés de bourdonnements intenses étaient plutôt aggravés, comme si l'arrivée des vapeurs sulfureuses dans la caisse exaspéraient le spasme du tenseur tympanique. Ce sont là les *noli me tangere* dont je parlais plus haut.

Je crois avoir indiqué suffisamment quels sont les cas justiciables du traitement par insufflation de vapeurs sulfureuses. Je crois avoir surtout attiré l'attention des spécialistes sur ceux qu'ils ne doivent pas diriger de nos côtés.

En observant ces quelques données, ils n'auront pas l'ennui de voir aggraver aux eaux les symptômes douloureux de leurs clients, ou de les mécontenter en leur faisant faire un voyage inutile. Dans de pareils cas, en effet, ou bien le médecin de ville d'eau fera un examen consciencieux du malade et sera alors obligé de lui dire qu'il doit s'abstenir de tout traitement; ou bien, soit par manque de temps, soit plus simplement par ignorance, l'examen ne sera pas fait et une thérapeutique parfois nuisible sera instituée de parti pris à tous les sourds qui viendront confier leurs trompes au premier venu.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 21 JUILLET 1905)

Gangrène massive spontanée symétrique des membres inférieurs avec accidents médullaires. — M. Ferrier cite un cas de gangrène massive symétrique des membres inférieurs, survenue chez un sujet de quarante-neuf ans, dans les antécédents duquel on ne relevait que quelques atteintes légères de paludisme. Sur les membres amputés, malgré un degré avancé d'athérome on ne trouvait aucune oblitération vasculaire; les nerfs périphériques présentaient des lésions manifestes de dégénérescence wallérienne. Peu après l'amputation apparurent des accidents médullaires (troubles des sphincters, escares multiples) et des troubles vaso-moteurs (asphyxie locale des extrémités au niveau des membres supérieurs).

Les symptômes et les lésions observées du côté du système nerveux, central et périphérique, permettent de rapporter ce cas de gangrène à une origine névropathique.

Exostoses multiples. — MM. P.-E. Launois et Trémolières présentent des os provenant d'un homme de cinquante-six ans atteint depuis sa plus petite enfance d'exostoses multiples et mort de tuberculose pulmonaire. Les exostoses siègent surtout aux épiphyses des os longs; elles sont particulièrement exubérantes au fémur, au tibia et au péroné gauches. Mais elles n'épargnent pas non plus les os plats et les os courts. Seuls, le crâne, la face et le rachis sont indemnes. Les diaphyses des os longs ne présentent aucune déformation, les exostoses ne sauraient être rapportées au rachitisme, ni à la syphilis héréditaire, dont le malade ne présentait aucun stigmate, non plus qu'à une maladie infectieuse quelconque; la tuberculose pulmonaire, dont le malade est mort, ne s'est déclarée qu'en 1901. Les exostoses ne présentent, dans le cas actuel, aucun caractère familial ou héréditaire.

MM. Widal et Boidin rapportent une observation d'**adénome des capsules surrénales avec athérome généralisé et**

hypertension, ramollissement médullaire et ulcères de l'estomac par oblitération artérielle. (Sera publié.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 19 JUILLET 1905)

Des opérations gynécologiques conservatrices. — Il y a quelques semaines, M. Tuffier faisait une communication sur ce sujet. Il concluait à la nécessité de conserver, autant que possible, les ovaires et même l'utérus dans les opérations pratiquées pour les affections inflammatoires du petit bassin. M. Delbet revient aujourd'hui sur cette question et l'envisage aux trois points de vue de la reproduction, de la menstruation et de la corrélation. Il entend, par ce dernier mot, l'influence que peut avoir l'ovaire sur les organes voisins de l'organisme tout entier. Pour assurer la reproduction ou la menstruation, il faut l'utérus, un ovaire et une trompe; pour la corrélation, un ovaire même sans trompe suffit.

Tous les chirurgiens sont d'accord pour, chaque fois que la reproduction reste possible, en assurer la possibilité, autant que le permet l'état des organes. Mais c'est là souvent un problème très délicat. Il y a un élément qui intervient ici et qui rend parfois très difficile la conduite à tenir, c'est la douleur. Beaucoup de femmes demandent l'opération en raison même de cette douleur, car il ne faudrait pas, même sous le prétexte de la sauvegarde de la reproduction, lui laisser des annexes douloureuses.

M. Delbet rapporte l'observation d'une femme atteinte d'un pyosalpinx gauche qui désirait vivement conserver la possibilité d'avoir des enfants. Il a ouvert la trompe, l'a suturée au péritoine et s'est contenté de pratiquer cette salpingostomie. Le résultat a été parfait, la malade a guéri et a pu, ensuite, conduire une grossesse à terme.

Enfin dans les affections inflammatoires douloureuses, nécessitant l'intervention, il est hors de doute pour M. Delbet qu'on obtient de meilleures guérisons quand on enlève l'utérus. M. Delbet conclut donc en disant que, dans la plupart des cas, il y a plutôt avantage à ne pas conserver l'utérus et les ovaires. Pour sauvegarder une reproduction toujours problématique ou une menstruation inutile, il ne faut pas risquer de guérir incomplètement les malades des souffrances qui leur ont fait demander le secours de la chirurgie.

Kystes hydatiques du foie. — M. Guinard revient sur cette question récemment soulevée par M. Delbet; il rapporte l'histoire d'une couturière de vingt-cinq ans qui présentait une saillie énorme au niveau du foie. M. Guinard incise, ponctionne la poche d'où il retire 2 litres de liquide clair, fait une injection formolée au centième pendant cinq minutes, fait ensuite l'aspiration, retire la membrane fertile et suture la poche en deux plans, sans faire de capitonnage. La malade a bien guéri. Dans un second cas, il s'agissait d'une corsetière de vingt et un ans qui avait déjà été opérée par un autre chirurgien d'un kyste hydatique du foie; la poche avait été incisée, vidée et marsupialisée. Il était resté une fistule pendant trois mois. Cette malade revient avec un nouveau kyste hydatique de la face convexe du foie. M. Guinard intervient de nouveau et reconnaît que c'était l'ancienne poche qui était remplie de bile; il s'y était fait une véritable cholerragie. La guérison a pu être obtenue par simple ponction. En principe M. Guinard est partisan de l'injection formolée dans ces cas.

M. Bazy signale un cas analogue de cholerragie dans une poche suturée. C'est là un accident dont il faut tenir compte.

M. Arrou a ainsi observé un cas superposable à ceux de MM. Guinard et Bazy; cholerragie dans une poche de kyste hépatique suturée; ponction, fistule biliaire se fermant d'elle-même après trois semaines.

M. Broca, sur trois enfants opérés de kystes du foie, a observé trois fistules biliaires.

M. Routier relate trois cas d'opérations de kystes du foie, sans injection formolée, sans fistule biliaire et ayant été suivis de guérison très rapide.

Rétrécissement congénital de l'urètre. — M. Bazy fait un rapport sur une observation de M. Sikora (de Tulle) relative à un cas de rétrécissement congénital de l'urètre, observé chez un enfant de douze ans opéré, à froid, après deux crises d'appendicite.

Hypertrophie musculaire partielle. — M. Mignon présente un jeune soldat qui, après une marche forcée, a présenté une tumeur dure, douloureuse du mollet; M. Mignon a fait une incision, a retiré la partie indurée qui n'était que du tissu musculaire strié absolument normal.

M. Potherat signale un cas analogue qu'il a observé chez une religieuse qui éprouvait une douleur très vive en un point du grand pectoral droit; M. Potherat fit une incision et pénétra dans les fibres musculaires absolument normales.

M. Poirier ne croit pas qu'il s'agisse, dans le cas de M. Mignon, d'hypertrophie vraie. En effet, au dire même de M. Mignon, la tumeur apparaissait et s'affirmait dans la contraction du muscle; elle disparaissait dans la résolution. Une hypertrophie réelle aurait persisté dans la résolution. M. Poirier croirait bien plutôt qu'il s'agit dans ces cas d'inégale répartition des fibres musculaires après une rupture du muscle.

Une discussion s'engage à ce sujet à laquelle prennent part MM. Tuffier, Legueu, Hartmann, Delbet, Michaux, Guinard, Sébileau, Moty, Mignon.

Pour M. Michaux la hernie musculaire vraie est très rare; il y a presque toujours dans ces cas rupture musculaire plus ou moins complète.

M. Mignon a pensé à la rupture, en a recherché les traces sans les trouver.

Lymphosarcome. — M. Kirmisson présente un enfant atteint de lymphosarcome de l'épaule inopérable et traité sans succès par la sérothérapie. Cet enfant a reçu 10 injections du sérum Doyen sans qu'il se soit produit la moindre modification dans la tumeur.

Néoplasme utéro-vésical. — M. Albarran présente une jeune femme qui, après un accouchement et des accidents infectieux consécutifs, a présenté une tumeur enclavée dans le ligament large; il fit la laparotomie, enleva cette tumeur, trouva l'utérus adhérent à la vessie, l'en sépara; cet utérus étant malade, il fit l'hystérectomie sus-vaginale, constata ensuite la présence d'un néoplasme intra-vésical, ouvrit la vessie, en fit une large résection, la referma complètement et, laissant une sonde à demeure, péritonisa, adossa la cavité péritonéale à la cavité de Retzius; cette malade a très bien guéri et est restée guérie depuis neuf ans. La cystoscopie ne révèle rien dans sa vessie.

Dilatation lymphatique. — M. Walther présente une poche dilatée contenant un liquide transparent qu'il a trouvé en arrière du cordon, au cours d'une cure radicale de hernie. Il croit qu'il s'agit d'une dilatation lymphatique.

M. Le Dentu engage M. Walther à faire l'examen du sang de ce malade au point de vue de la recherche des filaires. Il lui recommande de faire cette recherche à l'aide de la centrifugation qui, dans ces cas, est un moyen précieux.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 22 juillet 1905)

Sur les agents pathogènes de la méningite cérébro-spinale. — M. Lafforgue (de Tunis) a observé récemment à Tunis et dans ses environs quatre cas de méningite cérébro-spinale, affection rare dans l'Afrique du Nord.

L'un de ces cas a permis une constatation bactériologique intéressante : la coexistence, dans le liquide céphalo-rachidien, de deux diplocoques, l'un assimilable au type Weichselbaum classique, l'autre prenant le Gram et très voisin du type Jäger-Hübner. Les essais d'isolement des deux germes par cultures très variées ont été infructueux. Il a dû recourir à l'isolement biologique, par inoculation de la culture mixte dans le tissu cellulaire de l'oreille du lapin. Dans le pus de l'abcès local produit, il a été facile d'isoler à l'état de pureté le second type, d'ailleurs modifié par le passage chez l'animal.

Les diverses recherches instituées montrent que la distinction entre le Weichselbaum et le Jäger-Hübner doit être maintenue.

La symbiose ci-dessus signalée explique que les différents auteurs aient pu, suivant les cas, décrire tantôt l'un, tantôt l'autre de ces microbes comme agent spécifique de la méningite cérébro-spinale.

Températures sous-vestiales et cubiliales chez les prématurés. — M. E. Maurel utilise les observations de températures sous-vestiales prises sur des prématurés dans la clinique d'accouchement de la Faculté de médecine de Toulouse par Mlle Sabatté ; et après avoir fait ressortir l'importance de ces températures qui intéressent le plus le nourrisson, il arrive à ces conclusions :

1° Il est important de prendre les températures sous-vestiales des prématurés ;

2° Les couveuses, même étant bien surveillées, n'élèvent pas toujours cette température d'une manière suffisante ;

3° Les appareils destinés à éviter le refroidissement des débiles doivent leur assurer une température sous-vestiale entre 33 et 36 degrés sans leur faire respirer un air dépassant de beaucoup 20 degrés.

Sur la teneur en bilirubine du sérum sanguin dans la néphrite interstitielle. — MM. Gilbert et Herscher ont dosé la bilirubine contenue dans le sérum sanguin de 9 malades atteints de néphrite interstitielle. Ils ont obtenu des chiffres variant entre 1 de bilirubine pour 25 700 de sérum et 1 pour 16500. La moyenne des divers résultats a été exactement de 1/20 200, soit en chiffres ronds 1/20000, ce qui donne 5 centigrammes de bilirubine par litre de sérum et 15 centigrammes pour l'ensemble de la masse sanguine.

La cholémimétrie prouve donc l'existence dans la néphrite interstitielle, ainsi que les auteurs l'ont soutenu, d'une légère cholémie pathologique donnant naissance à cette variété d'ictère acholurique qu'ils ont nommé ictère acholurique avec polyurie.

Elle montre de plus que le substratum anatomique des trois formes d'ictère acholurique décrites par les auteurs est une cholémie d'intensité sensiblement égale 1/15000 dans l'ictère acholurique avec oligurie de la pneumonie 1/17000 dans l'ictère acholurique avec diurèse normale de la cholémie familiale, 1/20000 dans l'ictère acholurique avec polyurie de la néphrite interstitielle.

Absorption du virus rabique par la peau fraîchement rasée. — M. Remlinger a déjà insisté sur l'inexactitude de cette opinion classique que la contagion de la rage ne s'opère que moyennant une effraction cutanée ou muqueuse, et il a démontré que la pituitaire saine était parfaitement capable d'absorber le virus rabique. De nouvelles expériences entreprises sur le cobaye et le lapin, il résulte que ces animaux peuvent contracter la rage, lorsqu'on leur inocule une émulsion de virus fixe sur la peau fraîchement rasée, en évitant avec soin de faire d'autres lésions épidermiques que celles très superficielles produites par le feu du rasoir. Ceci explique le danger de morsures insignifiantes à première vue et celui du léchage par des animaux suspects sur des surfaces en apparence saines.

Karyokinèse dans la surrénale du lapin rabique. — MM. J. Nicolas et S. Bonnamour (de Lyon) ont vu, trois fois sur quatre, de nombreuses figures de karyokinèse dans les capsules surrénales de lapins rendus rabiques par inoculation intracérébrale de virus fixe. Ces figures se rencontrent surtout dans la substance glomérulaire et la substance fasciculée. On en voit quelques-unes dans la substance médullaire ; point dans la substance réticulaire. Les auteurs en ont compté jusqu'à 100 et plus sur une seule coupe. Le fait non encore signalé presente de l'intérêt au double point de vue de la morphologie de la surrénale et de l'anatomie pathologique de la rage.

Identification du cadavre de l'amiral Paul Jones cent treize ans après sa mort. — MM. Capitan et Papillault. Le général Porter, ambassadeur des États-Unis, recherchant le cadavre de l'amiral Jones, mort à Paris en 1792, fit exécuter par M. Weiss, ingénieur des mines, des fouilles importantes sur l'emplacement de l'ancien cimetière protestant de la rue Grange-aux-Belles, à Paris. Il y découvrit, dans un cercueil de plomb, un cadavre admirablement conservé. Les auteurs, chargés de l'identification, comparèrent les mesures de la face du cadavre à celles d'un très beau buste de Houdon, exécuté durant la vie de Jones. Ces mesures sont identiques ou varient d'un ou deux millimètres. La taille du cadavre est de $1^{m}71$; celle de Jones était de $1^{m}70$.

D'autre part, on sait que Jones a eu, surtout à la fin de sa vie, des accidents pulmonaires graves, surtout à gauche, et de l'infiltration des membres inférieurs caractéristiques de lésions du rein. Or, l'examen microscopique, par le professeur Cornil, des viscères parfaitement conservés, a montré des foyers de bronchopneumonie dans le poumon gauche et dans les reins des lésions étendues de néphrite chronique.

L'identification du cadavre paraît donc certaine. C'est la première fois que pareille opération peut être réalisée ainsi cent treize ans après la mort du sujet.

Propriétés biologiques du bacille-fourmi. — M. F. Ramond étudie les divers caractères du saprophyte constant et inoffensif de l'urètre normal de l'homme, et que M. Janet a dénommé bacille-fourmi. C'est un cocco-bacille, tantôt en amas tantôt sous forme de diplococco-bacille. Il ne se cultive bien que sur les milieux à l'ascite ou au sang, et ne donne d'ailleurs que de petites colonies, analogues à celles du streptocoque ou plutôt du pneumocoque. Il semble s'opposer au développement du gonocoque aussi bien *in vivo* qu'*in vitro*. L'in-

jection de deux centimètres cubes d'une culture dans l'urètre d'un blennorragique amène rapidement une modification favorable de l'écoulement. Mais de nouvelles recherches sont nécessaires afin de mettre au point la valeur possible de cet adjuvant thérapeutique de la blennorragie.

Sur la rapidité de l'asphyxie par submersion. — M. Nestor Grehant découvre chez un chien une artère carotide et fait une première prise de sang, 20 centimètres cubes environ, pour déterminer la capacité respiratoire du sang définie par Paul Bert; elle se trouve égale à 21,2 : c'est le volume d'oxygène qui a été absorbé par 100 centimètres cubes de sang.

Il fait ensuite une seconde prise de sang égale à 15 centimètres cubes et extrait les gaz du sang artériel normal, puis il plonge la tête de l'animal dans l'eau d'une grande cuve pendant une minute, exactement de 60 à 70 secondes; il aspire du sang rouge foncé, sang de l'asphyxie.

Des analyses des gaz ont donné pour 100 centimètres cubes de sang :

	Acide carbonique.	Oxygène.
1° Sang normal	34^{cm3}	$1^{cm3}4$
2° Sang de l'asphyxie	$37^{cm3}4$	$3^{cm3}3$
3° Sang agité avec de l'oxygène.		$21^{cm3}3$

La comparaison des chiffres obtenus montre qu'au bout d'une minute d'immersion dans l'eau la proportion d'oxygène est réduite entre le tiers et le quart de la proportion que contient le sang artériel normal $\frac{11,4}{3,3} = 3,4$.

L'animal est mort par arrêt de la respiration et de la circulation. La capacité respiratoire du sang, 21,2, est environ double de la quantité d'oxygène que renfermait le sang artériel normal.

Sur la polypnée centrale. — MM. Langlois et Carnot. Chez l'animal anesthésié par le chloral ou le chloralose, il y a accélération de rythme respiratoire. Cette polypnée centrale doit être bien distinguée de la polypnée réflexe qui se produit quand l'anesthésie n'est pas complète : elle est d'origine bulbaire; et le pneumogastrique n'a aucune action sur elle.

Sur une nouvelle spirillose. — MM. Nicolle et Comte étudient une nouvelle spirillose observée chez la chauve-souris.

Structure des os des mammifères. — M. Retterer. La cellule osseuse est entourée d'une capsule parfaitement close d'où partent les prolongements s'unissant aux prolongements des capsules voisines; ces prolongements se colorent en rouge par la saponine, il n'y a pas de canalicules. Entre les prolongements existe une substance se colorant par l'hématoxyline. La structure du tissu osseux des mammifères peut être comparée à la constitution du béton armé.

Hémogrégarines de grenouilles. — M. Laveran.

Hémamide de la tortue terrestre. — M. Laveran.

Action de l'eau oxygénée sur les colloïdes instables. — M. Iscovesco.

FORMULAIRE

CRÈME CONTRE LES ÉRUPTIONS TRAUMATIQUES, LES DERMITES IRRITABLES, ETC.

Oxyde de zinc	10	grammes.
Huile d'amandes douces fraîche	20	—
Lanoline	20	—

En applications prolongées. (Sabouraud.)

LIVRES NOUVEAUX

Nouvel abrégé d'anatomie (1), par le docteur J.-A. Fort.

L'éloge de l'*Abrégé d'anatomie* du docteur J.-A. Fort n'est plus à faire; à qui n'a-t-il pas rendu des services au moment des examens? L'auteur vient d'en publier une nouvelle édition, la septième, où bien des modifications ont été apportées; il a voulu en effet que ce petit ouvrage si pratique fût au courant des dernières conquêtes de la science anatomique, et on pourra notamment se convaincre que les parties relatives à l'embryologie et à l'histologie contiennent le résumé des travaux les plus récents. Il est donc bien évident que la récente édition de l'*Abrégé d'anatomie* rencontre auprès des étudiants la même faveur que les précédentes, et ce sera justice.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Annuaire des eaux minérales. Stations climatiques et sanatoriums de la France et de l'étranger (2). Édition 1905, publiée sous la direction du docteur G. Morice, rédacteur en chef de la *Gazette des eaux*.

La nouvelle édition 1905 de l'*Annuaire des eaux minérales* (quarante-septième année) contient : 1° Une étude très complète et très précise sur la *Législation des eaux minérales* en France, aux colonies et à l'étranger; — 2° Les renseignements généraux sur le service et le fonctionnement administratif des eaux minérales au ministère de l'Intérieur, à Paris; — 3° La liste du personnel chargé de ce service; celle des membres du Comité consultatif d'hygiène, de la Commission des eaux minérales à l'Académie de médecine, etc.; — 4° La liste des hôpitaux thermaux militaires; — 5° Les listes des médecins des stations hydrominérales et climatiques de la France (listes par stations et liste d'ensemble par ordre alphabétique); — 6° La liste des membres de la Société d'hydrolologie médicale de Paris et du Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de la France; — 7° Quelques indications sommaires sur l'œuvre des voyages d'études médicales aux eaux minérales; — 8° La nomenclature générale des stations hydrominérales de la France et des colonies françaises; — 9° Le mémento de leurs principales indications thérapeutiques; — 10° La nomenclature des stations climatiques et sanatoriums de la France et des colonies françaises; — 11° La liste des principaux établissements hydrothérapiques de Paris et des départements.

Voilà pour la partie française.

Pour l'étranger, et tout à fait à part, dans le but de faciliter les recherches, l'annuaire passe successivement en revue : *a*. Les stations hydrominérales, avec toutes leurs subdivisions; — *b*. Les stations climatiques et sanatoriums les plus connus. (Cette partie sera complétée au fur et à mesure des renseignements reçus.)

Enfin, un index alphabétique de toutes les stations et une table méthodique des matières forment ce petit volume, dont les succès passés présagent le succès futur.

L. GAYARD.

(1) In-8°, 7e édit., 354 p. avec 205 fig. dans le texte. — Paris, Maloine.

(2) Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Maloine, ou au bureaux de la *Gazette des eaux*, 60, rue Mazarine.

CONGRÈS

XV[e] CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE. — Le XV[e] Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra cette année à Rennes, du 1[er] au 7 août, sous la présidence de M. le docteur A. Giraud, directeur-médecin de l'asile d'aliénées de Saint-Yon (Seine-Inférieure).

PROGRAMME. — *Mardi 1[er] août.* — Neuf heures du matin, ouverture du Congrès, séance solennelle dans la salle des fêtes de l'Hôtel de Ville de Rennes; — Deux heures, séance dans la grande salle du P. C. N. à la Faculté des sciences, avenue du Mail-Donges. Premier rapport : *Psychiâtrie.* « De l'hypocondrie. » Rapporteur : M. le docteur Roy (de Paris); — Huit heures et demie du soir, réception offerte à l'Hôtel de Ville par la municipalité aux membres du Congrès et aux médecin de Rennes.

Mercredi 2 août. — Neuf heures du matin, à la Faculté des sciences (salle du P. C. N.), discussion du premier rapport et communications diverses; — Deux heures. Deuxième rapport : *Neurologie.* « Des névrites ascendantes. » Rapporteur : M. le docteur Sicard (de Paris) ; — Sept heures du soir, banquet par souscription.

Jeudi 3 août. — Excursion à Dinan (visite de l'Asile et de la ville, retour en bateau sur la Rance jusqu'à Saint-Malo), départ le matin en train spécial par La Brohinière ; arrivée vers neuf heures à Dinan. Visite de l'Asile, retour à Dinan où l'on déjeunera en corps, excursion dans la ville et départ à cinq heures et demie. Arrivée vers huit heures à Saint-Malo ; rendez-vous à la gare pour le retour à Rennes à neuf heures trente. Arrivée à onze heures quarante-huit du soir.

Vendredi 4 août. — Neuf heures du matin, communications diverses ; — Deux heures du soir. Troisième rapport : *Assistance.* « Balnéation et hydrothérapie dans les maladies mentales. » Rapporteur : M. le docteur Pailhas (d'Albi).

Samedi 5 août. — Neuf heures du matin, visite de l'Asile départemental d'aliénés, dit de Saint-Méen, 72, faubourg de Paris, à Rennes ; — Douze heures, déjeuner offert par le conseil général d'Ille-et-Vilaine, à l'Asile; — Trois heures, questions diverses, séance à l'Asile.

Dimanche 6 août. — Six heures cinquante du matin, départ de Rennes (Croix de la Mission) par tramway départemental (horaire spécial), arrivée à Plélan à huit heures vingt, départ en voiture pour Paimpont (forêt de Brocéliande), déjeuner à onze heures dans la forêt, excursion en voiture dans les sites célèbres (château de Comper, tombeau de Merlin, fontaine de Jouvence), retour à Plélan, souper en corps à l'hôtel du Croissant. Retour (horaire spécial) à huit heures, neuf heures et demie à Rennes.

Lundi 7 août. — Six heures dix du matin, gare du tramway (Viarmes). Départ pour Antrain, par la forêt de Rennes; arrivée à huit heures et demie, départ à neuf heures sept (chemin de fer de l'Ouest) pour Pontorson. Arrrivée à neuf heures vingt-sept. Visite à l'Asile d'aliénés, départ à onze heures 30 pour le Mont-Saint-Michel (tramway spécial); — Midi et demi, déjeuner, puis visite de la célèbre abbaye et de ses dépendances. Départ vers quatre heures, arrivée vers quatre heures et demie (horaire spécial) à Pontorson. Départ de Pontorson à cinq heures vingt-trois, arrivée à Dol à cinq heures cinquante-deux, départ de Dol à six heures trente-quatre, arrivée à Saint-Malo à sept heures sept.

DISLOCATION DU CONGRÈS. — Dès le mardi 8 août à huit heures du matin, MM. les congressistes pourront se rendre soit individuellement, soit en groupe, en bateau à vapeur à Jersey pour visiter cette île, et ensuite celle de Guernesey. Les aller et retour permettent le retour sur Granville, départ de Jersey sur Granville jeudi 10 août à dix heures quarante-cinq du matin, samedi 12 août à une heure quinze du soir, mardi 15 août à trois heures quarante-cinq du soir. Retour de Jersey pour Saint-Malo : vendredi 11 août à douze heures quinze, lundi 14 août à trois heures du soir, mercredi 16 août à cinq heures du matin.

Les prix de traversée seront, aller et retour : avec environ 30 p. 100 de réduction, première classe, 10 fr. 85 ; — avec environ 25 p. 100 de réduction, deuxième classe, 8 fr. 35.

Ceux des congressistes qui ne voudraient pas faire l'excursion de Jersey, ou ceux qui l'auront faite, pourront, au retour de Jersey, visiter Dinard, Saint-Lunaire, Paramé, Cancale, etc. En revenant par Granville on pourra visiter la côte, Granville, Carolles, Avranches et retour à Rennes. On trouvera au secrétariat général des renseignements de toute nature sur le pays, les hôtels, les horaires, les excursions recommandées, etc.

S'adresser à M. le docteur J. Sizaret, médecin en chef à l'Asile d'aliénés de Rennes.

Le Congrès comprend : 1° des membres adhérents; 2° des membres associés (dames, membres de la famille ou étudiants en médecine, présentés par un membre adhérent).

Les asiles qui s'inscriront pour le Congrès figureront parmi les membres adhérents.

Les médecins de toutes nationalités peuvent assister à ce Congrès, mais il y a obligation à ne faire les communications ou discussions qu'en langue française.

Le prix de la cotisation est de 20 francs pour les membres adhérents, de 10 francs pour les membres associés.

Les membres adhérents recevront avant l'ouverture du Congrès, les trois rapports. Ils recevront, après le Congrès, le volume des comptes rendus.

Prière d'adresser le plus tôt possible les adhésions avec le montant des cotisations, à M. le docteur J. Sizaret, secrétaire général du Congrès, médecin en chef de l'asile public des aliénés de Rennes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie et des sciences qui s'y rapportent, par Émile LITTRÉ, membre de l'Académie française et de l'Académie de médecine. 21[e] édit. entièrement refondue, par le docteur A. GILBERT, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris. Gr. in-8° de 2 000 p. à 2 col. avec 1 000 fig. — Prix : 25 francs. En vente : 1[er] fasc., 5 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Les moustiques, histoire naturelle et médicale, par Raphaël BLANCHARD, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. Gr. in-8° de XIII-673 p., avec 316 fig., cart. — Prix : 25 francs. — Paris, F.-R. de Rudeval.

Le Directeur-gérant : D[r] François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 84. — JEUDI 27 JUILLET 1905. 78e ANNÉE. JEUDI 27 JUILLET 1905. — N° 84.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Étudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF
Spasme du côlon, par MM. Albert Mathieu et J.-Ch. Roux.
TRAVAUX ORIGINAUX
Polype tuberculeux intra-synovial du genou. Ablation. Guérison, par M. P. Couteaud.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Académie de médecine.
Société médicale des hôpitaux.
VARIÉTÉS
A propos de la communication de M. Galippe sur l'hérédité des stigmates.
NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)
Cancer de l'œsophage.
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

ASILE PUBLIQUE D'ALIÉNÉS DE BORDEAUX. — *Concours d'internat.* — Un concours pour les deux places d'internes qui seront vacantes en décembre aura lieu au mois de novembre 1905.

Les étudiants en médecine pourvus de seize inscriptions seront, sur leur demande, autorisés à suivre le service médical de l'Asile.

Pour les renseignements, s'adresser à la Direction.

GUERRE. — MM. les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent sont nommés ou désignés pour les postes ci-après :

M. le médecin principal de première classe Antony, nommé sous-directeur de l'Ecole d'application du service du santé militaire et médecin-chef de l'hôpital du Val-de-Grâce à Paris.

MM. les médecins-majors de première classe Loison, désigné pour l'hôpital de Versailles; — Fabre, pour le 1er étranger (d'office); — Bich, pour le 128e d'infanterie; — Barreau, pour le 35e d'artillerie (service).

MM. les médecins-majors de deuxième classe Galzin, désigné pour le 23e d'infanterie (service); — Batut, pour le 136e d'infanterie (service); — Campos-Hugueney, pour le 75e d'infanterie (service); — Viguier, pour le 89e d'infanterie (service); — Malafosse, pour le 22e bataillon de chasseurs à pied (service); — Bizouard, pour les hôpitaux de la division d'Oran (service); — Marlier, pour le 4e bataillon d'artillerie à pied (service); — Tiberi, pour le 10e d'infanterie (service).

MM. les médecins aides-majors de première classe de Fürst, désigné pour le 99e d'infanterie ; — Cahuzac, pour le 83e d'infanterie et détaché à l'hôpital d'eaux minérales de Vichy ; — Ragot, pour les hôpitaux de la division d'occupation de Tunisie (d'office).

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Carayon, désigné pour le 57e d'infanterie (service); — Carpanetti, pour le 5e dragons (service); — Joseph, dit Orme, pour le 23e d'infanterie (service).

M. le pharmacien-major de première classe Rougnon, désigné pour l'hôpital de Perpignan (service); — Château, pour l'hôpital de Bordeaux.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS. — La prochaine séance aura lieu le jeudi 27 juillet, à quatre heures et demie, 12, rue de Seine, dans les locaux de la Société de chirurgie.

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS. (*Hôpital des Enfants-Malades, service de M. le professeur Grancher.*) — Cours de vacances. — Un cours théorique et pratique de clinique médicale et chirurgicale infantile aura lieu en deux séries, du 1er au 20 août et du 20 août au 5 septembre 1905, à l'hôpital des Enfants-Malades, sous la direction de M. H. Méry, professeur agrégé, chargé de cours. Il comprendra soixante conférences, divisées en deux séries, pour lesquelles on peut s'inscrire séparément.

Les conférences seront faites par MM. Méry, professeur agrégé, J. Hallé et Guillemot, anciens chefs de clinique médicale infantile, E. Terrien et P. Armand-Delille, chefs de clinique médicale infantile, Grisel, chef de clinique chirurgicale infantile, avec le concours de MM. Ed. Rist, médecin des hôpitaux, ancien chef de laboratoire à l'hôpital Trousseau, B. Weil-Hallé, chef de laboratoire du service de la diphtérie, Félix Terrien, ophtalmologiste des hôpitaux, Cuvillier, pour l'oto-laryngologie, Delherme, pour l'électrothérapie, et Guiart, professeur agrégé, pour la parasitologie.

Les conférences auront lieu tous les jours, sauf les dimanches et fêtes, le mardi à dix heures, le soir à cinq heures.

Programme de la première série. — *Maladies des nourrissons* : MM. Méry et Guillemot. — 1. Les laits. Falsification des laits. Microbes du lait. — 2. Flore intestinale des nourrissons. Pathogénie des gastro-entérites. — 3. Symptomatologie des gastro-entérites. Formes cliniques. — 4. Prophylaxie et thérapeutique des gastro-entérites. — 5. Thérapeutique diététique des gastro-entérites. — 6. Gastro-entérites chroniques. — 7. Dyspepsies du sevrage et alimentation dans la deuxième année. — 8. Consultations de nourrissons. Rôle social du médecin dans la lutte contre la mortalité infantile. — 9. Syphilis héréditaire du nourrisson. — 10. Tuberculose du nourrisson. — 11. Rachitisme. — 12. Infections cutanées. Erythèmes. Abcès sous-cutanés multiples, etc.

Maladies de l'appareil respiratoire, du tube digestif et du péritoine : M. P. Armand-Delille. — 13. Evolution et traitement de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant. — 14. Adénopathie trachéo-bronchique. — 15. Diagnostic précoce de la tuberculose ganglio-pulmonaire chez l'enfant et son traitement. Principes d'hygiène scolaire. — 16. Pleurésie purulente. Diagnostic et traitement. — 17. Broncho-pneumonie aiguë et chronique. — 18. Troubles fonctionnels de l'intestin chez l'enfant. — 19. Entérite tuberculeuse. Péritonite tuberculeuse. Son traitement.

Maladies du cœur. Fièvres éruptives. Fièvre typhoïde : M. E. Terrien. — 20. Complications cardiaques du rhumatisme articulaire aigu. — 21. Péricardite. Symphyse rhumatismale et symphyse cardio-tuberculeuse. — 22. Affections congénitales du cœur chez l'enfant. — 23. Rougeole; formes cliniques; diagnostic; complications. — 24. Scarlatine; ses complications. — 25. Fièvre typhoïde.

Diphtérie : M. B. Weill-Hallé. — 26. Diagnostic clinique de l'angine diphtérique. — 27. Diagnostic bactériologique et sérothérapie de la diphtérie. — 28. Diagnostic du croup. — 29. Tubage. — 30. Trachéotomie.

Programme de la deuxième série. — *Affections chirurgicales :* M. Grisel. — 1. Examen et traitement du mal de Pott. — 2. Examen et traitement de la coxalgie. — 3. Traitement des difformités rachitiques. — 4. Diagnostic et traitement des traumatismes du coude. — 5. Traitement du pied-bot. — 6. Diagnostic et traitement de l'appendicite. — 7. Diagnostic et traitement de la mastoïdite aiguë. — 8. Diagnostic et traitement de l'ostéomyélite aiguë.

Maladies du sang et de l'appareil hématopoiétique : M. Rist. — 9. Séméiologie des anémies chez l'enfant. — 10. Lymphadénie. Leucémie et splénomégalies.

Maladies du système nerveux : M. Jean Hallé. — 11. Chorées de l'enfance. Complications et traitement. — 12. Scléroses cérébrales. Hémiplégie cérébrale infantile, Maladie de Little. — 13. Tumeurs et abcès du cerveau. Le crâne de l'enfant (cranio-tabes ,syphilis, rachitisme, etc.). — 14. Paralysie infantile et myopathies primitives. — 15. Convulsions infantiles. Epilepsie et hystérie. — 16. Idiotie. Myxœdème. — 17. Méningite cérébro-spinale et méningite tuberculeuse. Ponction lombaire. Cytodiagnostic.

Maladies de la peau : M. Jean Hallé. — 18. Teigne. Tricophities. Favus. Examen microscopique et traitement. — 19. Formes cliniques. Complications et traitement des eczémas de l'enfance.

Parasites intestinaux : M. Guiart. — 20. Les vers intestinaux.

Maladies des yeux : M. Félix Terrien. — 21. Les conjonctivites. Symptômes. Complications. Traitement. — 22. Hérédo-syphilis oculaire.

Principes d'électrothérapie : M. Delherme. — 23. Traitement électrothérapique de la paralysie infantile, des paralysies diphtériques et névritiques. — 24. Traitement électrique des angiomes et des nævi. Ozonothérapie.

Maladies de la gorge, du nez et des oreilles : M. Cuvillier. — 25. Hypertrophie des amygdales. Végétations adénoïdes. — 26. Complications nasales et auriculaires des infections pharyngées. — 27 à 30. Excursions dans divers hôpitaux d'enfants, dispensaires et pouponnières. Excursion facultative avec billets à tarif réduit à Berck-sur-Mer.

Le droit à verser est de 50 francs pour chaque série.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Un programme détaillé, avec dates et heures des différentes conférences, sera remis à chaque auditeur inscrit au début du cours. S'adresser à M. Armand-Delille, chef de clinique adjoint à l'hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Luzarey (de Mézin) et Rigaux (de Milly).

Chemins de fer de Paris-Lyon-Méditerranée. — *Relations entre Paris et Vichy.* — Train de luxe « Vichy-Express » tri-hebdomadaire, composé de wagons-salons et d'un wagon-restaurant. Nombre de places limité.

Aller : Paris, départ, 3 h. 55 soir ; Vichy, arrivée, 8 h. 53 soir ; les mardis, jeudis et samedis au départ de Paris jusqu'au 2 septembre.

Retour : Vichy, départ, 9 h. 10 matin ; Paris, arrivée, 2 h. 3 soir ; les lundis, mercredis et vendredis au départ de Vichy jusqu'au 4 septembre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel technique de massage, par J. Brousses, ex-répétiteur de pathologie chirurgicale à l'École du service de santé militaire, lauréat de l'Académie de médecine, membre correspondant de la Société de chirurgie. 3e édit. revue et augmentée. In-16 de 407 p., avec 66 fig. dans le texte, cart. toile souple. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Masson et Cie.

Analyse spectrale des urines normales ou pathologiques sensito-calorimétrie, par le docteur Henri Parmentier. In-18, 160 p., avec 37 schémas spectraux en 4 pl. — Prix : 3 francs. — Paris, J. Rousset.

Nouveau traité de médecine et de thérapeutique, publié en fascicules sous la direction de MM. P. Brouardel et A. Gilbert, professeurs à la Faculté de médecine de Paris. — 3e fascicule : *Fièvre typhoïde*, par MM. P. Brouardel et Thoinot. Gr. in-8° de 240 p. avec fig. Prix : 4 francs. — 5e fascicule : *Paludisme*, par M. Laveran (de l'Institut). Gr. in-8° de 128 p. avec 13 fig. Prix : 2 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le diabète non compliqué et son traitement, par le docteur R. Lépine, professeur à la Faculté de médecine de Lyon. In-16 de 96 p., cart. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

SPASME DU COLON

Par MM. Albert MATHIEU et J.-Ch. ROUX.

Le phénomène de la corde colique a été décrit par M. Glénard, on le constate grâce à l'examen de l'abdomen par le procédé de la palpation par glissement. Le malade étant dans le décubitus dorsal et dans le relâchement le plus complet possible des parois abdominales, le médecin enfonce les trois premiers doigts des deux mains réunies et accolées vers le bord externe du muscle grand droit correspondant, puis il ramène les deux mains en dehors, en faisant glisser l'extrémité des doigts sur les parties profondes et en appuyant modérément. Dans un assez grand nombre de cas, en particulier chez les personnes maigres et atteintes de ptoses abdominales, les doigts ainsi ramenés, en faisant glisser la peau sur les parties sous-jacentes, rencontrent la résistance d'une sorte de corde verticale par-dessus laquelle ils ressautent. La corde plus ou moins épaisse, plus ou moins tendue, fuit en dedans après ce ressaut; on peut renouveler l'expérience autant de fois qu'on le désire.

Cette corde est formée par le côlon rétracté et vide de gaz. Les raisons suivantes forcent en effet à admettre qu'il s'agit bien du gros intestin : tout d'abord la corde en occupe exactement la situation normale et en présente la direction, soit pour le côlon ascendant, soit pour le côlon descendant. A l'autopsie ou au cours d'opérations chirurgicales, après laparotomie, on a pu constater une rétraction du gros intestin telle qu'il présentait les dimensions d'un cylindre gros comme l'index ou comme le pouce. Du reste, assez souvent, surtout pour le côlon descendant, on perçoit sur le trajet de la corde des nodosités disposées en chapelet, qui ne sont que de petites scyballes ovillées. Ces nodosités disparaissent après que le côlon a été nettoyé, soit par un purgatif, soit par un lavage; les scyballes ovillées ont été évacuées et reconnues.

Il ne peut donc y avoir aucun doute sur la nature de la corde colique ascendante ou descendante.

Parfois aussi, mais plus rarement, on peut constater au voisinage de l'ombilic la présence d'une corde transverse. On en obtient la sensation en faisant glisser les doigts verticalement le long de la ligne médiane de l'abdomen de la région épigastrique vers la région sous-ombilicale. Chemin faisant, on peut avoir l'impression qu'une corde transversalement tendue ressaute sous les doigts pour fuir en remontant. De même que les cordes coliques ascendantes et descendantes, la corde colique transverse a des dimensions variant de celles d'un porte-plume à celles du pouce. Elle se rencontre dans une situation moins fixe qu'elles, tantôt plus haut, tantôt plus bas : on sait, du reste, que la situation du côlon transverse est très variable.

Dans un certain nombre de cas, mais en somme assez rares, relativement, on peut reconnaître que le côlon est tout entier à l'état de corde; les angles seuls échappent. En cas de ptose, on peut quelquefois percevoir le coude droit qui unit le côlon ascendant au côlon transverse.

Plus souvent, on ne rencontre que la corde colique ascendante ou la corde colique descendante, les deux quelquefois simultanément; mais lorsqu'elles existent séparément, la corde descendante se perçoit plus fréquemment que l'ascendante.

Pourquoi le côlon prend-il cet aspect et quelle est la pathogénie de la corde colique? Pour M. Glénard, il s'agit simplement d'un état de vacuité du côlon dont les parois musculaires reviennent sur elles-mêmes et dont la cavité s'efface lorsqu'il est vide de gaz. En somme, la corde colique représente le gros intestin vide, au repos, revenu sur lui-même par le seul fait de la tonicité des parois musculaires. Pour lui, la corde est surtout importante parce qu'elle est une cause de ptose; l'intestin vide, d'une densité plus grande que l'intestin plus ou moins distendu par des gaz, tend à tomber, à s'abaisser, à se ptoser, et, en se ptosant, le côlon entraîne une série d'autres viscères abdominaux. Il est le chef de file dans une descente qui tend à se généraliser.

Nous avouons que cette explication ne nous satisfait pas pleinement. Nous comprenons mal que la corde colique puisse se constituer partiellement, par simple rétraction tonique localisée. Cela supposerait tout au moins une différence dans la tension de la tonicité suivant les différents segments. Cette tonicité plus grande sur certains points n'est-elle pas du spasme, au degré le plus léger si vous voulez, mais du spasme déjà?

Dans certains cas du reste, la coexistence du spasme et de la corde colique ne peut guère être mise en doute.

Toute une série d'arguments peuvent être invoqués en effet en faveur des relations étroites de la corde colique et du spasme du gros intestin.

a. Dans tous les cas de colite aiguë ou subaiguë, il existe un spasme du côlon d'autant plus marqué que l'inflammation de la muqueuse est plus intense. Par la palpation on constate alors manifestement la rétraction du côlon qui se présente sous l'aspect d'un cylindre douloureux, de diamètre restreint, qui n'est, en somme, qu'une des formes de la corde colique.

Il en est ainsi dans les diverses formes de la dysenterie, dans les colites dysentériformes consécutives à une action toxique ou médicamenteuse, par exemple dans la colite qui survient à la suite de l'intoxication par les sels de mercure, ou après l'injection de substances irritantes (tannin, ichtyol, sublimé, etc.).

b. Or, précisément, les poussées de colites dysentériformes s'observent fréquemment dans des cas où existe le phénomène de la corde colique : chez les constipés chroniques, les ptosés et les malades atteints de colite muco-membraneuse. Pour ces derniers en particulier, il n'est pas rare de voir les poussées de colite chronique, avec expulsion permanente et paroxystique de mucosités et de fausses membranes, succéder à une crise aiguë dysentériforme ou une crise semblable survenir de temps en

temps au cours du processus chronique. Des douleurs plus vives, des épreintes, des évacuations muqueuses plus abondantes, quelquefois même des évacuations muco-sanguinolentes caractérisent ces poussées. Dans l'intervalle, le côlon reste tendu et douloureux, la corde colique persiste. Et nous ne voyons pas vraiment comment on pourrait prétendre que la contraction, spasmodique au moment des exacerbations, n'est plus que de la tonicité normale dans leurs intervalles, alors que les mêmes phénomènes persistent, mais atténués.

Au surplus, un grand nombre d'auteurs s'accordent actuellement pour admettre que la constipation spasmodique est un des éléments séméiologiques habituels et fondamentaux de la colite muco-membraneuse.

c. Les poussées de colite dysentériforme ne sont pas la cause unique du spasme du côlon; il y en a d'autres. Parmi elles, nous signalerons surtout l'influence des injections rectales faites avec une pression trop considérable. Les avantages du lavage de l'intestin en ont amené l'abus. Ils ont été exécutés trop souvent, avec une quantité d'eau excessive, et ce qui est plus grave encore avec une pression trop forte. En faisant ces injections avec deux litres de liquide et une pression de $1^{m}50$ et même quelquefois plus, les malades et les médecins ont pensé obtenir une pénétration plus facile et plus complète du liquide. Or, il se trouve que l'intestin, tout au moins chez les nerveux atteints de colite muco-membraneuse et de spasme, se défend énergiquement contre cette pression excessive, et il se défend précisément en se contractant spasmodiquement d'une façon plus marquée. Cela peut aller si loin qu'il en résulte des accidents de véritable occlusion intestinale qui cessent dès que sont suspendus les malencontreux lavages.

Du reste, c'est une loi que la corde colique existe d'une façon constante et marquée chez des personnes qui pratiquent habituellement des lavages de l'intestin avec une pression trop considérable.

d. La constipation est la règle chez les personnes qui présentent le phénomène de la corde colique et on se représente très bien que, la rétraction de l'intestin soit la cause même de la constipation. Les selles alors prennent volontiers l'aspect de petites scybales ovillées et souvent on les sent par la palpation, distribuées en chapelet le long du côlon qui a l'air de se contracter sur elles.

e. La corde colique descendante est plus fréquente que la corde colique ascendante. Toutefois la palpation méthodique de la partie droite de l'abdomen et particulièrement de la région cæcale, permettent assez souvent de constater des manifestations qui ne peuvent s'expliquer que par des contractions exagérées du cæcum. Lorsqu'il n'est ni rétracté à l'état de corde, ni passivement dilaté, on a souvent la sensation qu'il se contracte avec vigueur comme s'il voulait lutter contre un obstacle, ou comme si le spasme se réveillait à ce niveau par poussées intermittentes sans aller jusqu'au spasme permanent et à la rétraction en corde.

Assez fréquemment, et cela a été bien vu par M. Geoffroy, on constate des alternatives de contraction et de relâchement. Dès qu'on palpe la région cæcale, on perçoit une sorte de boudin, de cylindre; mais si l'on continue la palpation, bientôt ce cylindre s'affaisse et disparaît. La même sensation de durcissement et de résolution se reproduit ainsi alternativement, lentement, en quelques minutes. D'autres fois, on constate des gargouillements qui semblent tenir à ce que le cæcum évacue des liquides mélangés d'air. Cela ne peut pas se produire naturellement si le contenu du cæcum est solide.

Lorsqu'il est distendu par des gaz ou rempli à l'état de boudin par des matières fécales accumulées et qu'il existe en même temps une corde colique descendante, on a l'impression que le spasme de la partie inférieure du gros intestin empêche sa partie supérieure de se vider normalement. Il semble y avoir rétention en amont d'un obstacle.

Lorsque le cæcum est *contractile* et qu'il présente des alternatives de durcissement avec contraction et de relâchement avec détente musculaire, il semble qu'il s'agisse, sous une forme discrète, de contractions péristaltiques exagérées, semblables à celles que l'on rencontre d'une façon si marquée au cæcum, en cas de sténose du coude droit du côlon, à l'estomac en cas de sténose pylorique. Si cette explication n'est pas valable, on ne peut méconnaître là une tendance à la contraction excessive dont la corde colique représente une autre modalité.

f. Enfin, il n'est pas rare que le sphincter anal présente des tendances marquées au spasme alors qu'il existe le long du côlon des signes présomptifs de spasme ou de contractilité excessive semblables à ceux que nous venons d'énumérer.

Le spasme du côlon se rencontre avec une grande fréquence chez des névropathes, et il ne paraît nullement contestable qu'il existe chez eux une prédisposition particulière à une exagération de la contractilité des tuniques musculaires de l'intestin. Il semble que cette irritabilité spasmogène soit surtout mise en action, et qu'elle aboutisse au spasme sous l'influence d'irritations réflexes que l'on peut distinguer en irritations *à court ou à long circuit.*

Les irritations, les inflammations de la muqueuse colique sont des causes fréquentes de réflexe spasmogène à court circuit. La présence des matières fécales, des scybales indurées et de toutes les substances irritantes qui peuvent se produire par le fait de fermentations ou de putréfactions anormales ou excessives, ou être introduites dans le tube digestif dans un but thérapeutique, sont la cause la plus commune de la mise en action du spasme réflexe à court circuit.

Des irritations à distance peuvent retentir sur le côlon : appendicite, salpingite, irritation des voies biliaires, etc. ; elles sont le point de départ du réflexe spasmogène à long circuit.

Si la corde colique et le spasme du côlon sont si fréquemment observés chez les malades atteints de ptoses abdominales, cela nous paraît pouvoir s'expliquer aussi, en partie tout au moins, par l'irritation que les organes ptosés amènent sur le système nerveux ganglionnaire abdominal, par le tiraillement

incessant qu'ils exercent sur les filaments nerveux qui les abordent au niveau de leur hile. La corde et le spasme coliques ne seraient donc plus la cause; mais au contraire la conséquence des ptoses abdominales.

Quoi qu'il en soit, il nous paraît impossible de dire où finit le resserrement passif du côlon et où commence le spasme. Il ne nous paraît pas y avoir de limite entre les deux, sans doute parce que la corde colique, réduite à sa plus simple expression, n'est que la forme la plus atténuée du spasme qui se rencontre avec ses caractères les plus accusés dans les colites dysentériformes.

Le spasme du côlon nous paraît jouer un rôle important dans la genèse de la constipation habituelle et de la colite muco-membraneuse, et nous avons l'intention d'y revenir au cours de prochaines études. Elles feront naturellement suite à celle qu'on vient de lire.

POLYPE TUBERCULEUX INTRA-SYNOVIAL DU GENOU
ABLATION — GUÉRISON (1)

Par le docteur P. COUTEAUD,

Médecin en chef de la Marine, correspondant de la Société de chirurgie.

Un matelot est envoyé à l'hôpital de Cherbourg le 6 février 1905 avec le diagnostic arthrite ancienne du genou. Avant d'entrer au service, il était couvreur; il vient maintenant de naviguer, pendant plus de trois ans, en qualité de chauffeur. C'est un vigoureux garçon de vingt-deux ans, bien musclé, le visage coloré; sa taille mesure 1^{m}65 et son poids 67 kilogs. Tous les membres de sa famille sont en parfaite santé; lui-même n'a jamais été malade, sauf à quinze ans à la suite d'une chute sur le genou droit ayant déterminé une arthrite et nécessité un séjour au lit de trois ans. Les poumons sont reconnus sains après un examen attentif.

Le genou droit, atteint d'une forte hydarthrose, présente une tuméfaction plus marquée sur son côté externe. Dans l'extension, en palpant par le travers de la pointe de la rotule, on sent un corps étranger se déplacer sous le doigt pour reprendre aussitôt après sa position première. Par moments cette sensation est fugitive et on ne la retrouve qu'en exerçant une pression sur le côté opposé de l'articulation pour collecter la majeure partie du liquide en dehors. La forme et la consistance de ce corps étranger sont impossibles à déterminer; son volume échappe à toute investigation, sa largeur apparente est à peine celle du petit doigt.

Les signes fonctionnels sont peu significatifs. Depuis six mois seulement le genou a beaucoup grossi, ce qui a motivé deux entrées à l'hôpital : mais l'homme n'en souffre pour ainsi dire pas, car il peut marcher et très convenablement fléchir sa jambe. Légère claudication par moments, mais jamais d'arrêt brusque dans la course. En somme, malgré quelques douleurs légères, le malade s'accommode assez bien de son mal, et la seule chose qui le gêne est d'avoir un genou gros. Pas de fièvre, état général excellent. La radioscopie et la radiographie ne montrent rien d'anormal.

Diagnostic : corps étranger articulaire dont la cause est attribuable à un traumatisme ancien et à l'exercice de la profession de couvreur.

Opération. — Le 11 février 1905 opération sous chloroforme. Incision cutanée de 8 centimètres au côté externe du genou, parallèlement et à un travers de doigt du bord de la rotule. L'incision de la synoviale fait écouler un grand verre d'une sérosité un peu louche; elle permet de constater sa grande épaisseur allant jusqu'à 2 millimètres par places et la présence de replis épais et de franges fortement infiltrées de graisse. Une exploration entre les surfaces articulaires ne me fait rien découvrir; mais en remontant le long du condyle externe je sens une masse volumineuse, polypiforme, implantée fortement sur sa face externe, flottant dans le liquide et oscillant sous le doigt. J'agrandis par en haut l'incision de la synoviale et, à l'aide des ciseaux, je détache la tumeur de son insertion condylienne; au moment de l'extraire, je sens qu'un pédicule long d'environ 4 centimètres la prolonge en arrière et s'insère sur la partie postérieure de la synoviale; je le sectionne aux ciseaux et je peux aisément alors ramener le tout au dehors.

Lavage de l'articulation avec une solution phéniquée à 10 p. 1 000. La synoviale saigne plus que je ne m'y attendais, je la réunis par un surjet au catgut en laissant une ouverture inférieure pour le passage d'un drain intra-articulaire. Ligature de 4 ou 5 artérioles; suture de la peau au crin de Florence. Pansement au coton et à la gaze aseptiques.

Les suites furent simples. La température axillaire s'éleva le soir de l'opération à 38 degrés et se maintint un peu au-dessus de 37 degrés les jours suivants. Au bout de trois jours je défis le pansement pour retirer le drain, et, le 21 février, dix jours après l'opération, j'enlevai les points de suture en constatant une cicatrisation par première intention. Le treizième jour, je mobilisai l'articulation; le seizième jour le malade se levait. Il récupéra bien vite la totalité de ses mouvements comme le montrent les photographies ci-jointes. Il est parti en congé de convalescence un mois après son opération.

Description de la tumeur. — La tumeur détachée avait grossièrement la forme d'un gros testicule; elle pesait 14 grammes; sa consistance et son aspect étaient d'un fibrolipome, présentant certaines parties mollasses, d'autres résistantes et même d'une dureté fibro-plastique. Sa face interne, étroite, de 3 centimètres environ, correspondait à la base d'implantation sur le condyle externe; sa face externe, globuleuse, blanche, était plus large, épanouie comme un champignon dans le liquide de l'hydarthrose. Cette partie arrondie était légèrement lobulée et présentait une sorte de pointillé, de fin capitonnage par endroits. La partie postérieure se continuait par un pédicule ou mieux un prolongement de 3 centimètres et demi inséré sur l'arrière de la synoviale.

Dimensions de la tumeur :

Longueur	7^{cm}3
Largeur	4^{cm}
Épaisseur	2^{cm}2

La tumeur sous les yeux, je crus pouvoir prédire sa nature tuberculeuse, me basant sur la nature ordinaire des tumeurs

(1) Communication à l'Académie de médecine. Rapport de M. Reynier, 11 juillet 1905.

intra-articulaires, sur la sérosité louche qui s'écoula, sur le pointillé finement ombiliqué de sa partie libre; mais ces simples vues de l'esprit furent confirmées en partageant en deux le polype qui portait en son milieu une géode de la grandeur d'un noyau de prune, pleine d'un magma caséeux. Voilà donc une présomption macroscopique en faveur de la tuberculose confirmée par une double preuve histologique et bactériologique.

a. *Preuve histologique.* — Le docteur Janicot, médecin de deuxième classe de la marine, et le docteur Marty, médecin-major de l'armée coloniale, ont examiné des coupes de la tumeur incluses dans la paraffine et colorées par la thionine phéniquée. Ils ont reconnu la présence de cellules géantes typiques. Leur diagnostic a été nettement confirmé par M. le professeur Sabrazès (de Bordeaux) qui a eu la grande amabilité de nous remettre la note suivante : « Il s'agit d'une lésion tuberculeuse à tubercules cohérents et confluents, les uns ayant subi des dégénérescences caséeuses, les autres plongés dans une atmosphère conjonctive à gros faisceaux. Ces tubercules se sont développés aux dépens de la synoviale dont on retrouve les franges à la périphérie de la lésion. Parmi ces tubercules, il en est qui contiennent des cellules géantes tout à fait caractéristiques. Les parties caséifiées l'emportent sur les lésions fibreuses. Il y a des points dans cette lésion où la réaction conjonctive s'est traduite par une prolifération énorme des cellules fusiformes. Celles-ci constituent des amas très denses donnant à l'œil l'impression d'un sarcome fuso-cellulaire. On trouve même des vaisseaux sans paroi propre au sein de ce tissu. Mais la caséification se révèle dans le voisinage, des tubercules se retrouvent non loin, et, en somme, le polymorphisme des lésions contraste avec l'homogénéité des sarcomes fuso-cellulaires. Bien plus, nous avons réussi à trouver un bacille de Koch très net dans une des régions pseudo-sarcomateuses, ce qui est la signature de la tuberculose. En résumé, tuberculose à forme hypertrophique développée aux dépens de la synoviale. »

b. *Preuve bactériologique.* — Le 11 février on inocule deux cobayes avec le caséum de la tumeur dans la cavité péritonéale. L'un d'eux meurt bientôt, de mort violente. Le survivant, une femelle pleine, maigrit progressivement et est sacrifiée au bout de quarante-trois jours. L'autopsie montra des signes indiscutables de tuberculose péritonéale et ganglionnaire avec ganglions mésentériques et inguinaux caséeux. Par des frottis sur les ganglions et la rate, MM. Liffran, élève de l'institut Pasteur, et Janicot ont décelé d'une façon certaine la présence des bacilles de Koch dans les préparations soumises à votre examen.

J'ajoute, pour être complet, que M. Miquel (de Montsouris) a reconnu dans les coupes histologiques l'existence d'un « grand nombre de staphylocoques, vraisemblablement pyogènes ».

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 17 JUILLET 1905)

Sur la répartition des matières sucrées entre le plasma et les globules du sang. — MM. R. Lépine et Boulud ont pu constater que la teneur en matières sucrées des globules rouges n'est point négligeable; dans certains cas, notamment dans l'intoxication alcoolique aiguë on peut voir la teneur des globules en sucre dépasser celle du plasma.

Sur quelques réactions de la résine de gaïac, par MM. P. Petit et Mayer.

Sur la gentiopicrine. — M. Georges Tanret indique un mode de préparation pratique de la gentiopicrine (glucoside cristallisé, découvert par Kromayer en 1862 dans la racine fraîche de gentiane); au cours d'expériences poursuivies en Corse, en septembre-octobre 1904, il a reconnu que la gentiopicrine, quoique bien moins active que la quinine, est capable de couper des accès francs de paludisme, et peut, à elle seule, amener la guérison de la maladie.

Sur les cafés sans caféine. — M. Gabriel Bertrand a déjà montré que le café de la grande Comore (*Coffea Humblotiana*) ne renferme pas la plus petite trace de caféine, alors que les graines des diverses espèces de café renferment en général 10 à 15 grammes de cet alcaloïde par kilogramme. Depuis il a pu constater que trois espèces nouvelles, *C. Gallienii*, *C. Bonnieri* et *C. Mogeneti*, provenant de Madagascar, bien que parfaitement distinctes au point de vue botanique de la précédente espèce, ne contenaient aucune trace de caféine. Il considère cette absence de caféine, non comme un fait accidentel, mais comme un caractère physiologique normal, de valeur spécifique, dont on pourra tenir compte désormais dans l'étude systématique du genre *Coffea*.

Propriétés antiseptiques des fumées : essai de désinfection avec les vapeurs dégagées du sucre par la chaleur. — M. A. Trillat a précédemment démontré que l'aldéhyde méthylique se forme dans les produits gazeux des combustions, parfois en quantité assez considérable pour stériliser sous une cloche des germes très résistants. Voulant se rendre compte de la valeur que pourrait avoir en pratique l'utilisation de procédés basés sur ce principe, il s'est adressé au sucre, l'une des substances qui fournit le plus d'aldéhyde sous l'influence de la chaleur.

Les essais faits à l'Institut Pasteur dans une salle de 100 mètres cubes ont consisté à brûler le sucre (4 kilogrammes) le plus rapidement possible dans une marmite placée sur un réchaud à gaz : les germes exposés à découvert (colibacille, bacille typhique, charbon sporulé, staphylocoque doré desséché) ont pu être stérilisés dans ces conditions très simples. A défaut de tout autre procédé de désinfection, les fumigations par combustion de sucre pourraient rendre service : la désodorisation qui en résulte et qui est due à la présence de formaldéhyde peut trouver son application dans un grand nombre de circonstances. L'étude des anciennes recettes de désinfection, dont les origines remontent à Hippocrate, montre que, sans connaître l'existence de l'aldéhyde formique, les médecins s'étaient placés dans des conditions extrêmement favorables pour sa production.

Étude des côtes par l'orthodiascopie, par M. H. Guilleminot.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 25 JUILLET 1905)

La puériculture au Creusot. — Tel est le titre qu'on pourrait donner à un travail fort intéressant de M. Variot au sujet duquel M. Pinard nous fait un rapport suggestif. Ce travail est basé sur un tableau statistique concernant les naissances au Creusot de 1893 à 1904. Grâce aux mesures prises,

mais grâce surtout à l'allaitement maternel, favorisé de toutes les façons, et à la puériculture avant la naissance, la mortalité des enfants de zéro à un an est considérablement diminuée au Creusot. Alors qu'en 1893, cette mortalité était de 817 enfants sur 28200; elle n'était plus, en 1904, que de 592 sur 30 000 enfants.

Ces résultats, qui ont été fournis à M. Pinard par M. Schneider lui-même et par les médecins du Creusot, sont vraiment des plus remarquables et font le plus grand honneur, non seulement à la philanthropie, mais aussi à l'esprit d'organisation, à l'œuvre, louable entre toutes, des directeurs du Creusot. M. Pinard, en terminant, déclare bien vive toute sa gratitude de puériculteur.

L'albuminurie dans le diabète. — M. Lancereaux fait une communication sur ce sujet.

Il y a, pour M. Lancereaux, trois types d'albuminurie diabétique. Le premier est dû à l'apparition d'une maladie intercurrente, la tuberculose en particulier; dans ce cas, les urines, denses, épaisses, colorées, peu abondantes, renferment une forte proportion d'albumine floconneuse et des cylindres hyalins; il s'agit d'une néphrite épithéliale absolument indépendante du diabète et liée à la maladie générale. Le second type est dû à l'artério-sclérose avec atrophie consécutive du rein. Les urines ici sont peu denses, limpides, décolorées, abondantes, et ne présentent guère que des leucocytes à l'examen microscopique; le précipité albumineux est peu abondant, et, dans beaucoup de cas, purement lactescent. Ce sont là les signes d'une néphrite artérielle qui peut être constatée par l'examen anatomique et qui, de même que le diabète, se rattache à l'arthritisme. Enfin, dans un troisième type, il n'y a ni artério-sclérose ni maladie intercurrente. Les urines sont de quantité et de densité à peu près normales; elles sont colorées et ne renferment ni cylindres ni leucocytes. L'albuminurie, généralement abondante (2 à 4 grammes), augmente à la suite d'émotions, de surmenage, mais la santé générale est conservée

Cette troisième forme, désignée par l'auteur sous le nom de diabète albumineux, en raison de sa coexistence habituelle avec le diabète glycosurique, est rattachée par lui, d'après la célèbre expérience de Claude Bernard, à un désordre de l'innervation bulbaire.

Quant au traitement, il est bien entendu qu'il reste toujours le même, c'est-à-dire le régime lacté systématique.

Pylorectomie, avec gastrectomie plus ou moins étendue, dans le cancer de l'estomac. — M. A. Poncet (de Lyon), en son nom et au nom de M. Xavier Delore, fait une importante communication sur ce sujet. Nous regrettons que le défaut de place nous oblige à n'en donner qu'un résumé.

Les auteurs rapportent les 12 premières observations de cancers de l'estomac qu'ils ont traités par la pylorectomie ou la gastrectomie depuis deux ans. Tous les opérés ont été suivis, ce qui permet d'envisager les résultats immédiats et éloignés.

Voici le résumé de ces 12 observations :

Observation I. — Femme de soixante ans. Cancer de l'antre pylorique avec périgastrite. Pyloro-gastrectomie le 20 mars 1903. Morte de fistule gastrique.

Obs. II. — Femme de soixante-trois ans. Cancer du pylore et de l'antre pylorique adhérant à la paroi. Ablation du pylore et de la portion pylorique de l'estomac, le 10 mai 1903, sur une étendue de 15 centimètres. Reste guérie le 1er juillet 1905.

Obs. III. — Femme de quarante ans. Cancer du pylore et de l'antre pylorique. Large résection. Gastro-entérostomie. Mort de péritonite due à la chute d'une pince pendant l'opération.

Obs. IV. — Femme de soixante-six ans. Léiomyome du pylore. Pylorectomie. Tumeur mobile. Guérison opératoire le 30 octobre 1903. Guérison maintenue en janvier 1905.

Obs. V. — Femme de quarante-deux ans. Carcinome colloïde du pylore et de l'antre pylorique. Tumeur mobile. Ablation de 15 centimètres d'estomac, le 10 avril 1904. Guérison. Récidive le 20 décembre 1904. Gastro-entérostomie. Mort en mai 1905.

Obs. VI. — Homme de cinquante-huit ans, carcinome du pylore et de l'antre pylorique. Gastro-pylorectomie. Guérison opératoire. Mort cinq mois après de récidive.

Obs. VII. — Homme de cinquante-trois ans, carcinome glandulaire de l'antre pylorique. Gastrectomie le 26 octobre 1904. Guérison maintenue le 1er juillet 1905.

Obs. VIII. — Homme de soixante-neuf ans. Adénome malin avec adhérences étendues. Gastro-pilorectomie le 2 février 1904. Reste guéri.

Obs. IX. — Femme de soixante-huit ans. Carcinome du pylore avec hématémèse. Pylorectomie le 28 octobre 1904. Reste guéri le 1er juillet 1905.

Obs. X. — Femme de quarante-huit ans. Carcinome colloïde adhérent au pancréas. Opération le 24 janvier 1905. Mort le 10 février.

Obs. XI. — Homme de soixante-huit ans. Carcinome diffus de l'estomac avec généralisation. Mort le lendemain de l'opération, le 10 janvier 1905.

Obs. XII. — Homme de quarante-cinq ans. Carcinome colloïde. Gastrectomie subtotale le 16 juin 1905. Sort guéri le 4 juillet.

En résumé, chez 12 malades, atteints de cancers avérés du pylore, avec infiltration carcinomateuse plus ou moins large du reste de l'estomac, les auteurs comptent 8 guérisons.

Cette proportion de succès, qui est des deux tiers des cas, démontre l'innocuité relative de cette intervention, d'autant mieux que, chez les 4 opérés qui ont succombé, la cachexie du sujet, la diffusion des lésions, etc., enfin une technique personnelle encore imparfaite peut-être, par certains côtés, en fournissent une explication suffisante.

C'est donc avec une série opératoire recommandable, en tant que suites immédiates, que M. Poncet préconise la résection de l'estomac contre le cancer de cet organe.

« Cette opinion, déjà formulée par nombre de chirurgiens expérimentés et aussi par d'éminents cliniciens (Landouzy, Bouveret, Soupault, etc.), nous paraît devoir inspirer, d'une façon absolue, la thérapeutique du cancer de l'estomac. N'est-il pas inutile d'insister sur la fatalité du pronostic d'une telle maladie, que non seulement tout traitement médical ne peut enrayer, mais qu'il est dans l'impossibilité de modifier dans son évolution et même de soulager ?

Cette opinion d'un traitement chirurgical exclusif est corroborée par les résultats éloignés qui, malgré les conditions les plus défavorables de par la variété de la tumeur et son ancienneté, le mauvais état général du sujet, etc., sont des plus satisfaisants. Ici encore, et certainement plus, par le fait de la nature de l'organe, de son rôle physiologique élevé, de son siège, etc., on peut affirmer que si le résultat immédiat est en rapport avec la précocité de l'opération, les suites éloignées lui sont complètement subordonnées.

Cette double proposition découle de toutes les statistiques publiées, soit en France, soit à l'étranger, à propos de la chirurgie gastro-intestinale. Les résultats opératoires se sont,

dans ces dernières années, considérablement améliorés, et l'expérience a montré, le coefficient personnel de succès mis à part, que les interventions sur l'estomac, en particulier pour le cancer du pylore, en étaient le seul traitement.

Nous résumons cette donnée thérapeutique si importante, dans cette conclusion terminale :

Tout cancer présumé de l'estomac exige, à une date aussi rapprochée que possible, une laparotomie, qui aura d'autant moins de chances d'être uniquement exploratrice qu'elle aura été pratiquée à une époque plus rapprochée du début de la maladie. A moins de contre-indications locales, qui alors pourront être considérées comme exceptionnelles, cette laparotomie sera suivie d'une résection plus ou moins étendue de l'estomac cancéreux. »

Forme inverse de l'asthme des foins. — M. Dieulafoy présente, au nom du docteur Pierre Bonnier, un travail sur une forme inverse de l'asthme des foins, dans laquelle l'irritation nasale, au lieu des symptômes ordinaires, provoque une dessiccation notable de la muqueuse respiratoire, et aussi une diminution sensible de toutes les sécrétions. C'est la *laryngite sèche* qui sévit surtout chez les chanteurs.

Cette variété se traite comme la formule humide, par la destruction, au galvanocautère, des points de la muqueuse nasale qui commandent les réflexes d'éternûment, de toux, d'exaltation ou de suspension des sécrétions.

— L'Académie reprendra ses séances le 3 octobre.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 21 juillet 1905 [*fin*])

Adénomes des capsules surrénales. Athérome généralisé et hypertension. — MM. Widal et Boidin rapportent une observation qui montre nettement le rôle que peut jouer l'hyperfonctionnement des capsules surrénales dans la pathogénie de l'hypertension et de l'athérome.

Il s'agit en effet d'un cas pur, dans lequel une hypertrophie surrénale très manifeste, une hypertension à 20 et un athérome intense et diffus, se sont montrés à l'état de groupement isolé chez une femme jeune ne présentant pas d'autre tare morbide que l'alcoolisme, et chez laquelle on ne relevait ni néphrite, ni infection, ni intoxication. Les accidents se sont montrés avec l'allure d'une véritable maladie, par hyperfonctionnement des capsules surrénales.

Une femme de trente-six ans est prise brusquement et simultanément d'une hématémèse très abondante, et d'une paraplégie flasque, totale, complète. On constate en outre chez elle les signes d'une ectasie aortique généralisée et une hypertension à 20.

La mort survient par infection d'une escare sacrée, développée très rapidement.

Quels liens pouvaient bien unir des accidents aussi disparates qu'une hématémèse foudroyante, une paraplégie flasque et une ectasie diffuse de l'aorte avec hypertension ?

L'examen anatomique révéla l'enchaînement de ces accidents si variés. Une artérite généralisée commandait les ulcères gastriques et le gros ramollissement médullaire constatés à l'autopsie. Il existait en outre une dilatation totale de l'aorte avec athérome diffus.

Les lésions vasculaires les plus intéressantes portent sur les artérioles viscérales et en particulier sur les artérioles gastriques. Au niveau de l'ulcère le plus récent, apparaît une artère béante. Des coupes en séries perpendiculaires à sa direction ont permis à MM. Widal et Boidin de noter sur un segment une endartérite oblitérante qui, par places, va jusqu'à obstruer presque complètement la lumière du vaisseau. C'est là un document intéressant qui montre une fois de plus que, dans la pathogénie de l'ulcère rond de l'estomac, il faut compter avec des causes multiples. En dehors des faits où l'hyperpepsie, l'infection, les modifications jouent le rôle principal, il existe des cas indiscutables d'ulcères qui relèvent de l'ischémie.

Les autres organes sont sains. Le cœur est gros, non scléreux, les reins sont à peu près normaux.

Mais la lésion initiale et fondamentale qui explique tous ces accidents, est aux capsules surrénales hypertrophiées et bourrées d'adénomes dont l'un atteint le volume d'un gros pois.

Les notions qui ont été fournies sur le rôle des surrénales dans la genèse de l'athérome par M. Josué et dans la genèse de l'hypertension par M. Vaquez et par MM. Aubertin et Ambard, permettent de sérier, dans un groupement bien individualisé, l'hypertrophie surrénale, l'hypertension et l'athérome constatés chez cette malade.

Ce cas type, dégagé de toute autre tare morbide pouvant être interprétée comme cause possible d'hypertension ou d'athérome, paraît essentiellement propre à démontrer une telle filiation. Cette femme était atteinte, avant tout, d'une maladie des glandes surrénales qui avait commandé l'athérome et les localisations viscérales qui en découlaient.

VARIÉTÉS

A PROPOS DE LA COMMUNICATION DE M. GALIPPE SUR L'HÉRÉDITÉ DES STIGMATES

J'ai lu et relu la communication de M. Galippe sur l'*Hérédité des stigmates de dégénérescence et les familles souveraines*, dont il a entretenu l'Académie, le 4 juillet dernier, et si je m'incline devant son autorité *maxillaire*, je ne suis pas tout à fait convaincu par son argument tératologique. Que Cuvier ait pu, à l'examen d'un os, reconstituer des squelettes d'animaux disparus, rien ne prouve qu'il ne s'est pas un peu trompé dans ses déductions.

Le dimanche, 16 novembre 1845, j'assistais à l'inauguration de la tombe de Bichat dans le cimetière de l'Est (Père-Lachaise). Ses os enfouis dans l'ancien cimetière Sainte-Catherine (Clamart) avaient été retrouvés, moins la tête. Le crâne avait été conservé chez le professeur Roux, qui l'avait gardé comme une précieuse relique, et qui l'avait remis la veille de la cérémonie pour qu'il fût restitué au squelette. Ce crâne avait été examiné par des phrénologistes, qui avaient déclaré que, ses dimensions étant irrégulières, il avait dû appartenir à un déséquilibré. Fiez-vous donc aux tératologistes et aux phrénologistes.

Dans son discours de réception à l'Académie française, Buffon a dit : « Le style, c'est l'homme. » Nous pourrions dire avec plus de raison : « Le nez, c'est l'homme. » En effet, d'un homme sans jugement, on dit : *il n'a pas de nez*; d'un homme habile et prévoyant, on dit : *il a le nez fin.* Pour obtenir un renseignement, les magistrats ont la spécialité de savoir *tirer les vers du nez.* Dans la garde prétorienne, nous disait notre professeur d'histoire, les empereurs romains ne prenaient que des hommes ayant un gros nez, signe de force, d'énergie et aussi (ce qu'il ne nous disait pas) parce que :

Noscitur e naso quanta sit hasta viro.

Le nez occupe une place importante dans la physionomie : il est souvent un indice. Le nez camus est celui des impudiques ; le nez retroussé indique la gaîté, la finesse ; le nez crochu appartient spécialement à la race juive ; le nez bourbonien est le nez aristocratique par excellence ; le nez grand, gros et fort, comme celui de François Ier, dénote la probité, la valeur, la force et la volupté. J'ai un de mes amis qui est propriétaire d'un nez ayant ces caractères : aurait-il la prétention de croire que, par ricochet, il a du sang de François Ier dans les veines ?

M. Galippe y voit *plus loin que son nez* : il cherche ailleurs ses déductions historico-scientifiques.

Du nez descendons à la mâchoire. Ici M. Galippe est dans son élément. « Le nez, dit-il, présente des anomalies de forme en relation avec celles que présente le maxillaire inférieur. » L'examen de la mâchoire inférieure lui fournit un argument pour sa thèse sur l'hérédité des stigmates. Pour lui, le prognathisme serait un indice en faveur de la filiation de Louis XVII. J'ai étudié non seulement dans mon livre sur *La mort des rois de France*, mais encore dans la riche collection des gravures et estampes de la Bibliothèque nationale, les portraits de la famille des Bourbons ; j'ai comparé ceux de Louis XVII avec ceux de ses prédécesseurs, et je n'ai trouvé aucune preuve convaincante. Je crois avoir démontré dans mon livre et dans une brochure publiée en 1876, chez Champion, que l'enfant mort au Temple le 8 juin 1795 est bien le fils de Louis XVI et de Marie-Antoinette. Quant à la comparaison des portraits, j'ai été moins convaincu que M. Galippe. Pour le prognathisme qu'il invoque à l'appui de sa thèse, je n'y vois qu'une coïncidence. C'est un argument qui n'est pas plus sérieux que celui qui consisterait à dire que le nez aquilin indique une ascendance bourbonienne, que le nez crochu prouve une ascendance juive, que le gros nez est un indice de volupté.

Si Naundorff ne présentait à aucun degré les stigmates héréditaires des Habsbourg, ce ne serait pas une preuve pour ou contre sa descendance, car la ressemblance avec les parents n'est pas obligatoire.

Ne demandons pas à la tératologie plus qu'elle ne peut donner.

Dr A. CORLIEU.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 6, juin 1905.) LUC : La voie d'accès vers le sinus caverneux. — E. LOMBARD : Des indications opératoires dans quelques formes cliniques et anatomiques des sinusites frontales. — GRINER et SORET : Un cas de bourdonnements d'oreilles traité par l'effluve de haute fréquence. — E. LOMBARD : Nouvelle lampe à filament métallique pour miroir de Clar.

Archives d'électricité médicale expérimentale et clinique. — (N° 168, 25 juin 1905.) GUILLEMINOT : Quelques points de la technique de la radiothérapie des tumeurs cancéreuses. Appareillage accessoire. Mode opératoire. — LEWIS-JONES : Les courants intermittents en médecine. — Stéphane LEDUC : Rapport entre la surface des électrodes et la résistance électrique du corps humain. — G. BARRET : Chalumeau à veilleuse pour chauffage à distance de l'osmo-régulateur de Villard.

Archives de médecine navale. — (N° 5, mai 1905.) VALENCE : L'hygiène navale à bord du croiseur cuirassé *Marseillaise*.

Bulletin de laryngologie, otologie et rhinologie. — (30 juin 1905.) MOLINIÉ : Le centenaire de Garcia. — E. MENIÈRE : Institution nationale des sourds-muets de Paris. Clinique otologique. Statistique. — CHAVASSE : Morcellement des amygdales et ablation des végétations adénoïdes chez l'homme adulte. — RAOULT et PILLEMENT : Phlébite du sinus caverneux. — Pierre BONNIER : La notation bulbaire en otolaryngologie. — Pierre CAUZARD : Tumeurs malignes des fosses nasales. Un cas d'épithélioma de l'ethmoïde, résection maxillo-orbito-naso-frontale, ablation de l'ethmoïde, guérison opératoire. — LERMOYEZ : Périchondrite pyocyanique primitive du pavillon de l'oreille. — VACHER : Procédé simple et facile d'ablation de l'épiglotte. — AUGIÉRAS : Résultats éloignés du traitement de l'ostéite condensante à forme névralgique de l'apophyse mastoïde par l'évidement mastoïdien. — A. MALHERBE : Du redressement cosmétique du pavillon de l'oreille. — Les rhino-pharyngiens ; principaux signes cliniques chez l'enfant.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 27, 2 juillet 1905.) SABRAZÈS et Albert CALMETTES : Tic des doigts et mouvements athétoïdes des tabétiques. — DURODIÉ : La peste à Bordeaux aux XVIe et XVIIe siècles ; rôle des chirurgiens pendant la contagion.

Revue scientifique. — (N° 1, 1er juillet 1905.) Enquête : La place de la science dans les bibliothèques françaises. — BALFOUR : Réflexions sur la théorie nouvelle de la matière. — (N° 2, 8 juillet.) THOULET : La méthode en océanographie. — Frederico OOM : Le symbole W pour désigner l'Ouest. — H. PIERON : Le Ve Congrès international de psychologie. — Enquête : La science dans les bibliothèques.

Tribune médicale. — (N° 26, 1er juillet 1905.) BEAUFUMÉ : La pression bimanuelle du thorax. Incompressibilité thoracique dans les épanchements pleuraux. — MAUCLAIRE : Plaie profonde de la paroi thoracique par un éclat de bombe. — Maurice PAGE : Dangers de l'héroïne.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 26, 29 juin 1905.) LUPU : Sur la pellagre sans pellagre. — PORGES : Sur l'agglutinabilité des bactéries encapsulées. — PREINDLSBERGER : Sur l'anesthésie lombaire. — DUMAS : Un cas d'interposition du ligament annulaire dans l'articulation huméro-radiale. — (N° 27, 6 juillet.) LUDWIG : Sur la dégénérescence maligne primitive des tumeurs kystiques embryonnaires des ovaires. — VON EISLER : Sur l'antihémolysine. — NESPOR : Contribution à l'étude de l'étiologie et du traitement des scléroses multiples. — BICKEL : Remarque sur l'article : « Sur le réflexe plantaire et le phénomène de Babinski chez mille enfants pendant leur première année. » — (N° 28, 13 juillet.) LATZKO : Opération abdominale du cancer utérin. — GLAS : Contribution à la pathogénie des tumeurs de la base de la langue. — RAUBITSCHEK : Découverte du spirochaeta pallida dans le sang circulant.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

CANCER DE L'ŒSOPHAGE

Sous le nom de cancer de l'œsophage, on a décrit *a.* des tumeurs d'origine conjonctive (*sarcomes*); *b.* des tumeurs épithéliales (*épithéliomes* et *carcinomes*). Les premières, localisées à l'orifice supérieur de l'œsophage, sont exceptionnelles. Les secondes, beaucoup plus importantes, méritent seules d'être étudiées avec quelques détails.

ÉTIOLOGIE (1). — La *fréquence* du cancer de l'œsophage est peu considérable : Zenker et Ziemmsen ne l'ont trouvé que 30 fois sur 5 000 autopsies.

L'*hérédité* est tantôt directe (Gaitskell), tantôt, et plus souvent, indirecte (affections cancéreuses diverses chez les parents). Des *causes prédisposantes physiologiques*, les seules à retenir, sont celles qui ont trait au *sexe* et à l'*âge*. Le cancer de l'œsophage atteint, dans 79 p. 100 des cas (Mackenzie), des individus du sexe masculin. Il serait surtout fréquent entre quarante et cinquante ans (Duplay), entre cinquante et soixante ans (Béhier, Lebert, Mackenzie).

Comme *causes prédisposantes pathologiques*, on a invoqué : des irritations *locales* et des causes *générales*. Les premières (ingestion d'aliments chauds, œsophagite antérieure, rétrécissement de l'œsophage) jouent assurément un rôle dans le développement des néoplasmes; quant aux secondes (alcoolisme, hémorroïdes « répercutées », métastase d'anciens exanthèmes chroniques, etc.), leur influence n'est pas encore démontrée.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE (2). — **Macroscopique.** — SIÈGE, très discuté : a. *tiers inférieur* (Petri, Zenker, Ziemmsen, Michel); b. *tiers moyen* (Klebs, Rindfleisch); c. *tiers supérieur* (Home, Habersohn, Rokitanski, Mackenzie); d. *union des parties cervicale et thoracique* (Michel, Guyon); e. *extrémités* (Hunter, Andral). Pour Marchand, il faudrait distinguer : *a.* l'*encéphaloïde* et le *squirrhe*, habituellement localisés au cardia, et *b.* l'*épithéliome*, dont le siège répondrait à la bifurcation de la trachée. En réalité, le siège du cancer diffère selon qu'il est primitif ou secondaire.

Nombre : généralement *unique*, à moins qu'il ne se soit détaché, du cancer haut situé, quelques cellules cancéreuses qui vont se greffer plus bas, sur l'œsophage ou même sur l'estomac.

CONFIGURATION. — I. LA TUMEUR. — La lésion n'occupe ordinairement qu'une partie limitée de la paroi, contrairement à celle des rétrécissements cicatriciels. Il est rare qu'elle fasse le tour du conduit œsophagien, dont la perméabilité est plus ou moins conservée. Lancereaux, Lebert, Marchand décrivent :

1° Des *encéphaloïdes*, débutant par la cellulaire sous-muqueuse, et constitués par des masses cancéreuses exubérantes, de coloration rosée, de consistance molle, s'ulcérant rapidement, et donnant ainsi naissance à une perte de substance dont le fond sécrète une sanie abondante. La prolifération des masses bourgeonnantes peut être telle que celles-ci arrivent à oblitérer momentanément la cavité œsophagienne;

2° Des *squirrhes*, généralement annulaires, grisâtres, durs au toucher, criant sous le scalpel;

3° Des *épithéliomas* : ce sont des tumeurs allongées, fusiformes, faisant saillie dans la cavité œsophagienne, irrégulières, dures, de couleur blanc grisâtre, très bourgeonnantes. Leur surface présente fréquemment des ulcérations qui font communiquer l'œsophage avec les organes voisins.

(1) Ceux que l'*historique* intéresse consulteront avec fruit les thèses de Marchand (Paris 1880) et de Lacour (Paris 1881).

(2) Nous ne nous occuperons ici que du cancer *primitif* de l'œsophage, le cancer *secondaire* reproduisant, dans son type anatomique, le type du cancer primitif.

Les cancers mélaniques ou colloïdes (Franke) ne paraissent avoir été qu'exceptionnellement observés.

II. AU-DESSUS DE LA TUMEUR, la muqueuse peut être lésée (ramollissement, ulcérations, fongosités); le plus souvent, elle est saine, ou ne présente (Damaschino, Zenker et Ziemmsen) que de l'épaississement et de l'hypertrophie de la tunique musculaire. Considérée comme constante par Béhier, la rétrodilatation est, en réalité, très rare; elle serait d'autant plus accusée que le cancer siège plus bas (Béhier).

III. AU-DESSOUS, le conduit œsophagien est rétracté, sténosé.

IV. A la COUPE, la surface est blanche et anémiée (Cornil et Ranvier), il y a infiltration totale des parois œsophagiennes, qui adhèrent souvent aux organes voisins. Les lésions sont-elles encore au début, on les voit frapper en premier lieu la muqueuse, puis gagner en profondeur. Cependant Potain a publié un cas de cancer de l'œsophage d'origine musculaire.

EXTENSION. PROPAGATION. — Les principales propagations sont des *propagations de voisinage*. Le cancer envahit les organes voisins, puis subit une destruction partielle qui aboutit à faire communiquer l'œsophage avec la plèvre, l'aorte, la trachée, etc. Ces communications se font directement, ou par l'intermédiaire de fistules plus ou moins longues et anfractueuses; elles s'observent dans plus de la moitié des cas (Lebert).

Le cancer peut ainsi envahir, suivant son siège :

Le *larynx* et la *trachée*;

Les *ganglions cervicaux* (sus-claviculaires) ou *médiastinaux*;

La *colonne vertébrale* (Grèves, Aussont, Gendron);

La *glande thyroïde*;

Les *nerfs récurrents* (v. plus loin);

Les *vaisseaux* et particulièrement, l'*aorte* : la communication entre l'aorte et l'œsophage est considérée comme rare par les classiques parce que : α. ces deux conduits ne sont en rapport direct que dans une étendue limitée; β. le cancer de l'œsophage siège surtout aux extrémités. D'après d'Emmerez de Charnay (*Th. de Paris*, 1885), c'est surtout dans les cancers encéphaloïdes qu'elle s'observe. Fränkel a noté la perforation de la sous-clavière droite;

Les *bronches*, surtout la droite (Vigla);

Les *cavités pleurales* et le *poumon*;

Le *foie*.

Quant aux *propagations à distance*, elles ont été signalées (métastases rénales, ganglionnaires, etc.), mais, en réalité, elles sont exceptionnelles, malgré l'opinion de Pétri et Kœnig. Le cancer de l'œsophage ne se généralise pas.

Autour de la tumeur principale, se développent parfois des lésions inflammatoires, suppuratives (Semon, Mackenzie), ou gangréneuses. Desnos, ayant vu trois fois des cancers de l'œsophage se terminer brusquement par une affection pleuro-pulmonaire fébrile (pleurésie, pneumonie), invoque, pour expliquer cette complication, une irritation exercée par la masse néoplasique sur les nerfs trophiques du poumon.

Microscopique. — 1. *Le plus souvent*, le cancer de l'œsophage est un *cancer pavimenteux*, à type lobulé ou tubulé (Zenker et Ziemmsen, Rindfleisch, Ziegler); 2. *Exceptionnellement*, ce peut être : α. un épitéliome *cylindro-prismatique* (Robin, Hanot, Franke); l'épithélium, d'origine glandulaire, est alors constitué par des cellules disposées en cul-de-sac glandulaires, plus hautes que larges, placées côte à côte en palissade (Hanot); β. un *carcinome*, c'est-à-dire une tumeur composée d'un stroma fibreux limitant des alvéoles qui forment par leurs communications un système caverneux, et remplis de cellules libres, les unes par rapport aux autres, dans un liquide plus ou moins abondant (Cornil et Ranvier).

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 85. — SAMEDI 29 JUILLET 1905. 78e ANNÉE. SAMEDI 29 JUILLET 1905. — N° 85.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Étudiants.*
S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Le diagnostic clinique de la fièvre typhoïde, par MM. Louis Bory et Henri Flurin.
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

GUERRE. — Corps de santé des troupes coloniales. — Par décret du 24 juillet 1905, M. le médecin de première classe de réserve de l'armée de mer Fruitet, en résidence à Nouméa (Nouvelle-Calédonie), a été nommé au grade de médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales.

STATISTIQUE. — Le service de statistique a compté, pendant la vingt-neuvième semaine, 809 décès, au lieu de 806 pendant la semaine précédente (moyenne 926).

Les maladies épidémiques sont exceptionnellement rares.

La fièvre typhoïde a causé 2 décès (moyenne 7).

La variole a causé 2 décès, chiffre identique à la moyenne, au lieu de 1 pendant la semaine précédente. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins a subitement augmenté, 33 au lieu de 6 pendant la semaine précédente et de la moyenne 21. Un foyer épidémique paraît s'être formé dans le quartier des Enfants-Rouges dans lequel on a constaté 17 cas nouveaux de variole alors que du 1er janvier au 15 juillet, il n'y en avait eu que 6 : 1 seul décès provient du même quartier.

La rougeole a causé 5 décès (moyenne 17); la scarlatine, aucun décès (moyenne 4); la coqueluche, 4 décès (moyenne 6); la diphtérie, 5 décès (moyenne 9).

La diarrhée infantile a causé 78 décès de 0 à 1 an, au lieu de 43 pendant la semaine précédente (moyenne 83). Cette élévation du nombre des décès diarrhéiques qui n'a encore rien d'alarmant, les fortes températures des dernières semaines auraient pu nous l'amener plus tôt et nous nous étonnions à bon droit de la rareté relative de cette maladie jusqu'ici. On ne saurait trop recommander aux familles de se conformer aux instructions du Conseil d'hygiène, c'est-à-dire en résumé de veiller avec la plus vigilante attention à l'alimentation des jeunes enfants.

En outre, 21 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 73 décès, au lieu de 100 pendant la semaine précédente (moyenne 109). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 2 décès (moyenne 7); bronchite chronique, 12 (moyenne 13); pneumonie, 14 (moyenne 23); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 45 (moyenne 64), dont 15 sont dus à la congestion pulmonaire et 19 à la broncho-pneumonie.

La phtisie pulmonaire a causé 180 décès; la méningite tuberculeuse, 15; la méningite non tuberculeuse, 22, dont 1 a été attribué à la méningite cérébro-spinale (Montparnasse); les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 16 décès.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — Vacances de 1905. Trains spéciaux a prix réduits. — 1° *Paris à Vevey, Zermatt et Berne.* — Aller : départ de Paris le 2 août à 6 h. 20 soir; arrivée à Vevey le 3 août à 7 h. 56 matin, à Zermatt le 3 août à 3 h. 37 soir, à Berne le 3 août à 7 h. 50 matin.

Retour : Au gré des voyageurs par tous les trains ordinaires (sauf les express), par la même voie qu'à l'aller, à dater du 6 jusqu'au 18 août inclus. Par exception, les voyageurs seront admis dans les trains express 512, au départ de Pontarlier, 52, 58 et 62 au départ de Dijon.

Prix, aller et retour : Paris à Vevey, 2e classe, 51 francs; 3e classe, 29 francs; à Zermatt, 2e classe, 74 francs; 3e classe, 43 francs; à Berne, 2e classe, 52 francs; 3e classe, 30 francs.

2° *Paris à Genève.* — Aller : départ de Paris le 9 août à 6 h. 20 soir; arrivée à Genève le 10 août à 6 h. matin.

Retour : Au gré des voyageurs par tous les trains ordinaires (sauf les express), à partir du 13 août jusqu'au 24 août inclus. Par exception les voyageurs seront admis dans les trains express 52, 58 et 62.

Prix, aller et retour : Paris à Genève, 2e classe, 57 francs; 3e classe, 31 francs.

Pour plus amples renseignements voir les affiches et prospectus publiés par la Compagnie.

REVUE GÉNÉRALE

LE DIAGNOSTIC CLINIQUE DE LA FIÈVRE TYPHOIDE

Par Louis BORY,
Interne des hôpitaux de Paris, licencié ès sciences,
et Henri FLURIN,
Interne provisoire des hôpitaux.

Sous l'influence des progrès réalisés par le laboratoire dans ses rapports avec la clinique, on ne considère plus le bacille d'Eberth comme spécifique d'une seule affection, la fièvre typhoïde, mais comme un microbe susceptible d'engendrer des maladies différentes :

Les unes à *forme* septicémique, sans localisation;

D'autres à caractères d'affections vulgaires (1), localisées (pleurésie, méningite, péritonite, cholécystite);

D'autres enfin à caractères mixtes, à la fois maladies locales et septicémies; ce sont là les seules qui méritent d'être décrites sous le nom de *fièvre typhoïde*, de dothiénentérie.

Nous voudrions montrer ce que peut la clinique dans le diagnostic de cette entité morbide, surtout quand, pratiquement, la bactériologie ne peut venir à son aide.

« Le diagnostic clinique, dit M. Chantemesse, est basé sur l'inspection du malade, en dehors des renseignements fournis par la chimie et la bactériologie. » C'est au lit du malade qu'on emploie les méthodes chimiques, les plus pratiques du moins; nous ne saurions donc les séparer de la clinique : elles résument à vrai dire des examens d'organe.

I

FORME NORMALE

C'est elle qui répond au schéma classique; son évolution, indiquée surtout par la marche de la température, se fait en trois périodes : une période d'invasion de six à huit jours, une période d'état de dix à vingt jours, une période de défervescence. C'est au début, le plus précocement possible, qu'il convient de poser le diagnostic, si l'on admet avec Brand que le traitement balnéaire comporte comme condition de succès assuré l'emploi du bain dès le troisième ou quatrième jour.

Au début. — Un individu se plaint d'un malaise général. A quand remontent les premiers phénomènes morbides, telle est la première question qui se pose. Elle est difficile à résoudre avec précision. Parfois un frisson plus ou moins intense fixerait d'une façon certaine, d'après Griesinger, le véritable début de la maladie, puisqu'il marque le début de la fièvre, cet élément essentiel de l'invasion. On parle quelquefois de période prodromique précédant l'invasion proprement dite; celle-ci est le plus souvent en réalité graduelle, et les premiers accidents (lassitude, douleurs musculaires, inappétence, vertiges, bourdonnements d'oreille) s'exagèrent et se complètent progressivement : il n'y a pas de différence marquée entre les prodromes et les symptômes.

Il est très rare, d'ailleurs, qu'on puisse suivre cette évolution; ce sont les malades qui nous en rendent compte, et chacun met plus particulièrement en évidence son symptôme le plus pénible ou le plus frappant. Parmi ceux-ci, il en est déjà de fort importants : la *céphalalgie*; la *lassitude* extrême chez certains sujets, avec hébétude plus ou moins marquée déjà; l'*insomnie*, tenace, symptôme de grande valeur; les *vertiges* qui apparaissent dès que le malade se lève ou s'assied sur son lit; les petites *épistaxis* fréquentes. En présence de ces symptômes, qui sont un avertissement, on examine naturellement :

1° La température, qui s'élève chaque jour graduellement;

2° Le ventre, déjà douloureux et météorisé;

3° La rate, déjà un peu tuméfiée;

4° Les poumons, où des râles sibilants traduisent la congestion des bases.

Lorsqu'une maladie qui s'est ainsi établie se présente avec cet ensemble de symptômes, c'est à la fièvre typhoïde que l'on peut penser, mais aussi à trois affections qu'il faut savoir en différencier :

La *grippe* tout d'abord. Elle est en général à début brusque; mais dans certains cas elle présente un stade prodromique de un, deux ou trois jours, jamais plus long, ce qui est un bon élément de diagnostic. A ce moment, comme dans la typhoïde, la céphalalgie est intense, l'anorexie complète, l'abattement marqué. Mais les phénomènes douloureux prennent ici une importance prédominante : céphalalgie sus-orbitaire, rachialgie, douleurs au niveau de la diaphyse des os longs du membre inférieur; le malade éprouve une sensation générale de brisement, comme s'il avait reçu des coups. D'autres symptômes plus caractéristiques ne tardent d'ailleurs pas à apparaître : les douleurs articulaires, le catarrhe oculo-nasal et trachéo-bronchique. La notion d'épidémicité a enfin une grande valeur.

Tout cela est vrai pour les cas de grippe, maladie spécifique. Malheureusement cette spécificité est actuellement fort discutée (1). Cela tient sans doute à ce que trop souvent l'on désigne sous le nom de grippes des affections polymorphes qui ne sont autres que des « catarrhes rhino-pharyngo-bronchiques », ou des embarras gastriques saisonniers à réaction générale extrêmement variable.

Cela nous amène à parler de l'*embarras gastrique fébrile* pour lequel les mêmes discussions ont été depuis longtemps soulevées. Il s'agit surtout de ces faits où, sans écart de régime, sans cause appréciable un individu est pris de frissonnements, de courbature, de céphalalgie; puis de troubles digestifs avec nausées, vomissements, ballonnement du ventre. Il arrive même dans nos climats que l'embarras gastrique fébrile, la fièvre gastrique, survienne d'une façon épidémique et s'accompagne de céphalalgie, d'épistaxis, d'insomnie, de troubles intestinaux, de diarrhée; c'est ce qui rend le diagnostic fort difficile, au début surtout, entre ces fièvres gastriques et la fièvre typhoïde. Il est vrai que ces cas tendent à être rangés pour la plupart parmi les formes légères de la typhoïde et que le diagnostic différentiel ne serait en réalité pas à faire.

La *granulie* est une affection qui d'un bout à l'autre de son évolution peut revêtir le masque de la typhoïde. Au début on ne songe guère à en faire le diagnostic. Il est certain que la granulie a une période prodromique plus longue, plus traînante; qu'elle peut être révélée par un amaigrissement précoce de très haute valeur; que la présence d'une

(1) Voir Bezançon et Philibert. Formes extra-intestinales de la fièvre typhoïde, *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 1904.

(1) Bezançon et Israel de Jong. Soc. méd. des hôpit., 24 fév. 1905; — Raymond Bernard. Id.; — Boix. Revue critique, *Arch. gén. de méd.*, 25 avril 1905.

tuberculose localisée en un endroit de l'organisme a une aussi grande importance que la notion d'épidémicité pour la typhoïde, mais en réalité ce ne sont là que des présomptions basées sur des symptômes difficiles à déterminer.

A la période d'état. — C'est quand la maladie arrive à son septième ou huitième jour qu'on s'attend à être fixé de façon nette. Le diagnostic au huitième jour est donc celui de toute la période d'état : à ce moment, dans la forme normale, la typhoïde est constituée avec ses symptômes les plus caractéristiques.

Quatre le sont surtout, car ils frappent ou sont recherchés les premiers :

1° La TEMPÉRATURE, qui à la période de début était montée progressivement à 40 degrés ou au-dessus, reste stationnaire à partir du cinquième ou sixième jour et se maintient en plateau aux environs de 40 degrés avec des oscillations d'un demi à un degré. Les lois partout citées de Wunderlich ne gardent leur valeur que pour cette forme normale.

Le *pouls*, peu rapide au début et qui semblait en désaccord avec la température déjà assez élevée, s'harmonise avec la fièvre : il oscille entre 92 et 108. Quelquefois il est dicrote et ce peut être là un précieux indice.

2° L'ÉTAT TYPHOÏDE est un véritable syndrome que deux symptômes essentiels caractérisent :

La *prostration*, telle que le malade affaibli, sans forces, est à peu de chose près un corps inerte. A la prostration se rattachent les troubles sphinctériens amenant la perte involontaire des selles et des urines.

La *stupeur* qui peut aller de la simple immobilité mentale à l'indifférence absolue, l'hébétude, l'apparence d'abrutissement. La description est classique : « Le malade est dans le décubitus dorsal, le regard vague, le visage amaigri, les narines pulvérulentes et la bouche entr'ouverte : ses lèvres sont tremblotantes et par moment on dirait qu'il cherche à saisir des objets imaginaires (carphologie). A l'insomnie et aux rêvasseries s'ajoute un délire tranquille habituellement nocturne. »

3° Les TACHES ROSÉES LENTICULAIRES constituent en quelque sorte les éléments caractéristiques de la typhoïde puisqu'on attend en général leur apparition vers le huitième ou neuvième jour pour affirmer la maladie. Il faut donc savoir les reconnaître : on les recherche sur les flancs et la base de la poitrine où elles siègent de préférence et c'est une éruption d'ordinaire disséminée et si discrète qu'elle pourrait passer inaperçue. Ce sont de petites macules roses, rondes et régulières, très rarement papuleuses et acuminées, s'effaçant à la pression ou par traction de la peau pour réapparaître immédiatement après. Il ne manque à ces éléments pour être absolument pathognomoniques que de se montrer, d'une part dans tous les cas de typhoïde (80 p. 100), d'autre part dans cette maladie seulement. Leurs caractères suffisamment tranchés permettent de ne pas les confondre : avec les éruptions d'acné; les sudamina, éruptions vésiculeuses miliaires, apparaissant plus tard et durant peu ; les pétéchies, qui n'apparaissent jamais de bonne heure, ont une teinte ecchymotique jaunâtre ou violacée et ne disparaissent pas par la pression.

A côté de ces phénomènes cutanés nous devons citer les *raies, dites cérébrales*, que l'ongle peut tracer sur la peau de l'abdomen, lentes à paraître, persistant pendant quelques minutes et qui sont inconstantes. Cependant elles peuvent s'observer dès le troisième jour et nous avons vu notre maître, M. le professeur Bouchard, ne jamais négliger leur recherche pour compléter le diagnostic encore hésitant d'un état fébrile à allure typhoïdique.

4° La TUMÉFACTION DE LA RATE est un phénomène important dès le début en raison de sa précocité (quatrième jour) et de sa constance (19 fois sur 20); elle s'observe communément à la fin de la première semaine : la rate, très augmentée, est accessible quelquefois à la palpation profonde de l'hypocondre gauche; c'est surtout la percussion sur la ligne axillaire qui révèle une matité de 11 à 14 centimètres au lieu de 8 ou 9 à l'état normal.

— Les symptômes suivants n'ont de valeur très grande que s'ils accompagnent les précédents; on peut les répartir en trois syndromes :

SYNDROME DIGESTIF : la langue est sèche, fendillée, rôtie, trémulente. Les dents sont fuligineuses.

La diarrhée est à peu près de règle et est constituée par des selles liquides, ocre jaune, grumeleuses, fétides et fréquentes.

Des selles sanglantes peuvent apparaître au cours de cette période (après le dixième jour) : elles manifestent l'entrée en scène d'une complication et ont une valeur diagnostique très grande.

Le gargouillement perçu dans la fosse iliaque droite n'a qu'une importance relative, mais cette région comme le creux épigastrique est habituellement douloureuse à la pression.

Le météorisme devient parfois assez considérable pour refouler le diaphragme et gêner la respiration.

SYNDROME RESPIRATOIRE. — Les signes pulmonaires *ne font pour ainsi dire jamais défaut* dans la typhoïde, d'où leur grande importance quand ils coexistent avec quelques-uns des autres symptômes. On peut noter, même en dehors de signes stéthoscopiques, de la fréquence de la respiration; le malade tousse peu, mais on trouve le plus souvent, à l'auscultation, surtout aux deux bases, de nombreux râles de congestion.

SYNDROME URINAIRE. — L'étude des urines peut fournir les éléments d'un véritable uro-diagnostic, très simple.

Deux méthodes sont basées sur cet examen : l'uro-diagnostic d'Albert Robin; la diazo-réaction d'Ehrlich.

Uro-diagnostic d'Albert Robin. — Pour M. Albert Robin (1) les urines sont sûrement typhoïdiques lorsqu'elles présentent les caractères suivants : lorsqu'elles sont peu abondantes (de 1 200 à 1 500 grammes elles tombent à 1 000, 800, 600); — qu'elles ont une coloration plus brune, bouillon de bœuf, avec reflets verdâtres; — lorsqu'on y constate une albuminurie modérée constante; — la présence de l'indican, décelable par l'acide azotique; — l'absence d'uro-érythrine, décelable au simple examen du bocal des urines qui montre l'absence du disque rougeâtre colorant ordinairement le vase; — l'absence d'uro-hématine; — l'excès d'acide urique; — la diminution des phosphates terreux.

En résumé, et pratiquement, si dans un vase contenant l'urine d'un malade atteint de fièvre typhoïde on verse de l'acide nitrique, on voit se former quatre couches assez nettes :

α. Une inférieure formée par l'acide azotique et l'indican, qui donne à cette couche une coloration gris d'acier caractéristique;

(1) A. ROBIN, Th. de Paris, 1877; *Bull. méd.*, 1897, n° 81; — MERCIER, Th. de Paris, 1896-1897.

β. Une deuxième opaque formée par l'urine albumineuse ;

γ. Une troisième transparente ;

δ. Une quatrième enfin, opaque, dont l'épaisseur est en raison même de la quantité d'acide urique contenue dans l'urine.

M. Alb. Robin attribue à l'absence d'uro-érythrine une importance considérable ; car si, en suivant le malade jour par jour, on voit réapparaître l'uro-érythrine, c'est l'indice qu'une hémorragie s'est faite dans les voies digestives ; ainsi peuvent être diagnostiquées de petites hémorragies intestinales qui ne se font pas jour à l'extérieur.

Diazo-réaction d'Ehrlich (1). — Cette réaction est basée sur ce principe que les urines typhoïdiques contiennent des corps aromatiques donnant une coloration rouge avec le sulfo-diazo-benzol.

La technique varie un peu suivant les auteurs. On trouvera dans la Revue de Lœper et Oppenheim les formules d'Ehrlich, et le procédé un peu différent de Chantemesse. Nous ne ferons qu'indiquer la façon dont procède M. Widal : à 5 centimètres cubes de la solution A d'Ehrlich (eau distillée : 1000 grammes, HCl : 50 grammes, acide sulfanilique : 5 grammes), on ajoute 11 gouttes de la solution B (eau distillée : 100 grammes, nitrite de sodium : 0gr50) et 5 centimètres cubes d'urine ; on alcalinise avec un peu d'ammoniaque et l'on agite. Cette méthode serait plus sensible que les autres.

Si la réaction est positive, on doit ainsi obtenir une coloration rouge ou rose du liquide qui se communique à l'écume produite en agitant. La réaction est négative quand la mousse est orangée, brune ou jaune. Enfin, en laissant reposer vingt-quatre heures, on constate, dans les cas positifs, un dépôt dont la totalité ou seulement la couche superficielle est colorée en violet ou en gris verdâtre ; le vert semble toutefois dominer et il existe un parallélisme manifeste entre la coloration foncée de la réaction et l'accentuation de la coloration en vert du précipité.

Cette diazo-réaction n'est pas spéciale à la typhoïde, mais c'est là qu'elle acquiert son maximum de fréquence, d'intensité et de durée. Elle apparaît entre le troisième et le septième jour, atteint très rapidement son acmé et dès lors la coloration rouge pourpre se maintient sans modification jusqu'au dixième ou douzième jour. Habituellement on voit dès la fin du deuxième septenaire la coloration s'atténuer et indiquer ainsi la chute prochaine de la température.

A ce propos Delbos fait remarquer la constance de la longue durée de la diazo-réaction qui persiste toujours ou tout au moins très souvent après la chute de la fièvre : dans treize observations de cet auteur la réaction était encore positive, une fois la température revenue à 37 degrés. C'est, du reste, au moment de la défervescence que l'étude de la réaction d'Erhlich offre le plus d'intérêt dans la typhoïde, car sa réapparition, peut-être même sa recrudescence doivent faire craindre une rechute de l'affection primitive.

Aussi est-il utile de pouvoir comparer entre elles les réactions et c'est pourquoi on a fixé des échelles de coloration correspondant à des degrés d'intensité du phénomène d'Ehrlich.

La diazo-réaction n'est pas spéciale à la typhoïde, mais elle ne s'observe guère que dans les maladies infectieuses, fébriles. Elle est très fréquente, pour ne pas dire constante, dans le typhus, la granulie, la rougeole ; elle est très rare dans la grippe et l'embarras gastrique fébrile primitif.

(1) Voir Lœper et Oppenheim. *Gaz. des hôpit.*, Rev. gén., 1901, p. 577. — Delbos. Th. de Paris, 1903.

Tels sont les caractères de la fièvre typhoïde normale ; dans la majorité des cas il est facile de la reconnaître. Cependant il est des affections qui ont parfois avec elle une telle ressemblance que le diagnostic reste en suspens jusqu'au moment où vient à son secours la bactériologie ; ceci est surtout vrai pour la tuberculose miliaire aiguë et l'endocardite à forme typhoïde.

La tuberculose miliaire aigue à forme typhoïde peut se distinguer toutefois par la *précocité de l'amaigrissement* qui, dans la dothiénentérie, s'accuse seulement à la fin de la maladie et pendant la convalescence ; l'*irrégularité de la courbe thermique*, caractère propre à toutes les fièvres tuberculeuses, qui, de plus, s'amendent sous l'influence de l'antipyrine, dont l'action est nulle dans la typhoïde (Jeannel), les sueurs plus fréquentes ; l'*absence des taches rosées lenticulaires*, bien que l'on ait constaté, avant le séro-diagnostic, il est vrai, des taches rosées dans la granulie (Collin, Jaccoud). L'*appétit, souvent conservé* dans une certaine mesure, est un excellent élément de diagnostic, et Lasègue disait que « tout malade qui mange et digère bien tout en ayant de la fièvre, est un phtisique ». On note dans la granulie l'inconstance de la tuméfaction splénique ; la présence d'une *dyspnée* intense, ne répondant guère le plus souvent aux données de l'auscultation. Les symptômes nerveux cérébraux (céphalée, délire, ataxie, adynamie) sont moins marqués que dans la typhoïde, sauf au cas de méningite tuberculeuse ; par contre les symptômes médullaires apparaissent, et Empis a justement attiré l'attention sur une *hyperesthésie cutanée*, qui indique l'envahissement des méninges rachidiennes ; enfin la *photophobie* est très accentuée dans la granulie : elle est due à la tuberculose choroïdienne, dont l'existence appréciable à l'ophtalmoscope a une grande valeur pour le diagnostic. L'uro-diagnostic d'Alb. Robin peut compléter la différenciation des deux maladies en montrant dans la typhoïde une diminution des phosphates terreux de l'urine qui n'existe pas dans la granulie ; nous avons vu que la diazo-réaction ne peut nous être d'aucun secours.

Il est un signe mis en lumière par Ch. Reynaud (1), mais qui est en réalité peu recherché : c'est la douleur phrénique. Rare dans la dothiénentérie elle serait à peu près constante dans la granulie ; le phrénique est douloureux non seulement au niveau du diaphragme, mais aussi des trois premiers espaces intercostaux et de la région sterno-claviculaire.

A côté de la granulie se placent naturellement ces cas de septicémie bacillaire désignés par Landouzy sous le nom de *typho-bacillose*. Ce sont là des cas très difficiles à isoler des autres tuberculoses aiguës. On conçoit donc mal que l'on songe à en faire un diagnostic à part. L'analogie avec la typhoïde est très grande, il est vrai, mais ce sont toujours les mêmes signes qui pourraient l'en différencier : l'irrégularité de la fièvre, l'accélération plus grande du pouls, l'amaigrissement et l'anémie précoces, etc.

L'endocardite a forme typhoïde est bien voisine

(1) Ch. Reynaud. Th. de Paris, 1901.

de la dothiénentérie, dont elle reproduit presque entièrement le tableau. Le début est brusque, à vrai dire, et s'annonce par un frisson unique; la température s'élève, d'emblée, à 40 ou 41 degrés pour se maintenir aux environs de ce chiffre. Mais ce début se fait le plus souvent dans le cours d'un état morbide ou chez des cachectiques et des débilités; c'est pourquoi nous plaçons ici ce diagnostic, d'autant que l'endocardite revêt presque immédiatement les caractères d'une typhoïde à sa période d'état. Vers le troisième jour apparaît un véritable état typhoïde, avec adynamie, stupeur, insomnie. Le ventre est ballonné, douloureux; une diarrhée fétide survient, abondante; la rate est volumineuse; parfois même apparaissent des taches pétéchiales, tandis que du côté des voies respiratoires on constate des signes de bronchite ou même de congestion pulmonaire.

L'examen du cœur devra être pratiqué systématiquement. C'est en effet « sur la coïncidence des symptômes d'infection et des signes stéthoscopiques, dont la variabilité, la mutabilité correspondent à la rapidité d'extension des lésions, que repose tout entier le diagnostic » (Hanot). Les embolies viscérales ou cutanées, fréquentes dans l'endocardite, sont encore un indice précieux, à moins qu'il ne s'agisse de ces formes intestinales de l'endocardite, où les embolies provoquent des hémorragies intestinales capables d'égarer complètement le diagnostic.

Il ne faut d'ailleurs pas oublier qu'il existe une endocardite dans la fièvre typhoïde, si rare soit-elle, et que d'autre part dans l'endocardite à forme typhoïde l'auscultation peut rester muette.

La PYOHÉMIE ne pourrait être confondue avec la fièvre typhoïde qu'en l'absence d'une porte d'entrée apparente. Le diagnostic est surtout basé sur la fièvre qui affecte toujours, dans ce cas, le caractère intermittent ou rémittent, avec écarts désordonnés, et s'accompagne de frissons et de sueurs profuses.

Les FIÈVRES SYPHILITIQUES (1) peuvent revêtir parfois l'aspect de la typhoïde. Ce n'est pas le cas de ces *fièvres symptomatiques* de Fournier, « fièvres d'éruption, » qui préludent aux éruptions disséminées et tombent presque aussitôt après leur apparition; leur durée est donc éphémère (quatre à cinq jours). Il n'en est pas de même des *fièvres essentielles* survenant sans cause appréciable, qui apparaissent à la même époque que la roséole, au début de la période secondaire; il s'agit là souvent de fièvre continue, accompagnée de phénomènes généraux intenses et durant au moins deux septenaires. On conçoit que cette « typhose syphilitique », comme la dénomme Fournier, puisse prêter à confusion, surtout quand l'éruption secondaire de la syphilis éclate au milieu des symptômes fébriles et adynamiques, si le chancre passe inaperçu et si les taches de roséole sont prises pour des taches rosées lenticulaires.

A vrai dire cette dernière erreur ne doit pas être commise : l'éruption de la syphilis est trop confluente dans tous les cas, même les plus discrets, pour qu'elle soit possible. D'ailleurs un examen plus attentif des symptômes typhiques montre que le malade n'a pas ce facies stupéfié du dothiénentérique, mais plutôt un facies alangui, pâle, exprimant la fatigue plus que la stupeur. La langue est humide; les phénomènes abdominaux (météorisme, gargouillement, diarrhée) font absolument défaut. La rate enfin, sauf de rares exceptions, est normale.

(1) MORIN. Th. de Paris, 1887-1888. — VIALANEIX. Th. de Paris, 1889. — BOURNEVILLE. Th. de Lille, 1900-1901.

Il est trois affections auxquelles on pense moins, mais qu'il est bon de connaître au point de vue du diagnostic : la trichinose, la lombricose et la psittacose.

La TRICHINOSE est tellement susceptible d'être confondue avec la typhoïde que c'est pour une dothiénentérie qu'était soignée à Dresde la jeune fille sur laquelle Zenker, croyant étudier la myosite typhoïdique, fit la première constatation de trichinose humaine. En effet, dans ses deux premiers stades (intestinal ou cholériforme ; rhumatoïde ou typhoïde) la trichinose peut simuler la dothiénentérie; mais les douleurs musculaires, l'œdème, l'absence de taches rosées, la notion étiologique ou épidémique, enfin l'évolution et le passage à la troisième phase, *phase cachectique* avec œdème colossal des membres inférieurs, de l'abdomen et quelquefois des membres supérieurs, sont autant de caractères qui rendent le diagnostic clinique assez facile.

La LOMBRICOSE A FORME TYPHOÏDE peut, comme le démontre l'observation de Chauffard (1), revêtir le masque de la dothiénentérie; cette « fièvre vermineuse » a une durée plus courte ; les taches rosées en sont absentes; la constipation est fréquente ; l'élimination des lombrics est le meilleur signe du diagnostic. Malheureusement il est des cas difficiles où il y a coïncidence et Casamayor (2) nous a appris que la dothiénentérie, créant des conditions défavorables à l'existence des lombrics, amenait l'expulsion de ces parasites.

La PSITTACOSE a un début assez insidieux en général : malaise, anorexie, courbature; l'œdème péribuccal, la prostration, la céphalée avec épistaxis, nausées, vomissements, ouvrent la scène. Les frissons sont constants; la température monte assez rapidement aux environs de 40 degrés. Après quatre ou cinq jours commence la période d'état avec abattement, délire, agitation et mouvements désordonnés; diarrhée ou constipation, rate généralement augmentée de volume. Mais les *phénomènes pulmonaires* sont précoces et occupent le premier plan (toux quinteuse et fatigante, dyspnée parfois intense); ces déterminations thoraciques jointes au peu d'intensité des phénomènes abdominaux, l'absence des taches rosées permettront le diagnostic ; de plus la courbe fébrile de la psittacose rappelle plutôt celle de la pneumonie que celle de la typhoïde; et l'*enquête étiologique* viendra compléter utilement ces données cliniques : La psittacose est en effet une maladie transmise à l'homme par des perruches ou des perroquets atteints de l'affection et l'on a pu assez souvent noter des épidémies dont un seul de ces animaux avait été l'origine.

Cette maladie se rapproche de la typhoïde non seulement par ses symptômes mais encore par le bacille qui en est cause (bacille de Nocard), intermédiaire au colibacille et au bacille d'Eberth et qui fait partie de ce groupe de microbes désignés actuellement sous le nom de para-colibacilles ou de paratyphiques suivant qu'ils se rapprochent plus du coli ou de l'Eberth. Cela nous amène à parler des affections paratyphoïdes, dont la psittacose ne reste isolée qu'en raison de son étiologie spéciale.

On désigne en effet sous le nom de PARATYPHUS (3) des maladies infectieuses presque identiques à la

(1) CHAUFFARD. *Semaine méd.*, 1895, p. 505. — Consulter en outre BOUET. Th. de Bordeaux, 1896.
(2) CASAMAYOR. *Presse méd.*, 1896, p. 64.
(3) Voir Revue générale de BENSAUDE et RIVET. In *Gaz. des hôpit.*, 1904, nos 92-94.

fièvre typhoïde et causées par des micro-organismes très rapprochés du bacille d'Eberth : c'est la bactériologie seule qui en démontrant l'existence de ces bacilles a permis d'isoler le paratyphus de la typhoïde; sans elle le diagnostic serait impossible. Cependant par l'observation des cas déjà reconnus grâce à la séro-réaction on a pu trouver quelques caractères cliniques différentiels, tels que période prémonitoire plus courte, prostration plus précoce, température plus rapidement élevée à son fastigium, absence de sécheresse de la langue et de dicrotisme du pouls, surtout constipation constante, et dans quelques cas apparition d'herpès, qu'on ne voit jamais dans le typhoïde. En réalité il n'y a là qu'une question de degré et pourquoi voudrions-nous essayer de distinguer des maladies ayant même tableau clinique, même évolution, même traitement, que seuls le séro-diagnostic négatif avec l'Eberth, et le séro-diagnostic positif avec les paratyphiques permettent de différencier?

II

FORMES ANORMALES

La maladie s'écarte beaucoup parfois du tableau typique que nous venons d'envisager, et cela pour plusieurs causes :

Soit parce qu'elle débute brusquement ou par un symptôme inaccoutumé;

Soit parce que certains symptômes s'exagèrent ou prédominent ou qu'au contraire l'ensemble symptomatique s'atténue;

Soit que surviennent des complications;

Soit que des associations morbides évoluant sur le même terrain masquent réciproquement leurs symptômes propres.

1° **Formes anormales par leur début.** — A. TYPHOÏDES A DÉBUT BRUSQUE (1). — « Le malade passe dans ces cas, brutalement, de l'état de santé complète à l'état de maladie, en brulant une étape, celle de l'incubation » (Widal). Frissons, fièvre, céphalalgie, vomissements, courbature généralisée s'installent bruyamment. Ce début brutal, n'influant nullement sur l'évolution consécutive de la typhoïde, est d'ailleurs rare chez l'adulte, où il s'observerait cependant de préférence dans les cas de typhoïdes abortives (2); nous le verrons plus fréquent chez l'enfant. Quoi qu'il en soit, la brusquerie même du début nous fait penser à toute autre chose qu'à la dothiénentérie, notre éducation médicale dirigeant notre diagnostic vers une série d'affections qui ont d'ordinaire un début soudain.

Le *typhus exanthématique* qui semble s'acclimater depuis quelque temps en France se distingue immédiatement par son début très brusque (ascension en fusée), une stupeur excessive d'emblée, avec facies congestif, la constipation et l'absence de symptômes abdominaux, l'apparition au bout de deux ou trois jours d'une éruption spéciale rubéolique puis purpurique, débutant par l'abdomen et envahissant tout le corps moins le visage; ses éléments occupent de préférence les membres, le tronc, les crêtes sacrées [Combemale (3)].

La marche rapide, la haute contagion, l'épidémicité, la gravité extrême achèvent de donner au typhus une allure tout à fait particulière.

— Les *fièvres éruptives*, dans certains cas surtout, où des éruptions anormales [rashs varioliques, morbilliformes, scarlatiniformes (1)] surviennent au début de la typhoïde, pourraient être prises pour cette maladie. Outre la notion d'épidémicité elles s'accompagnent dès le début de symptômes spéciaux, rachialgie pour la variole, angine pour la scarlatine, catarrhe oculo-nasal et bronchique pour la rougeole.

L'éruption propre à chacune de ces maladies, vient rapidement lever les doutes.

La *fièvre herpétique* pourrait donner le change lorsque l'éruption se dissimule, au niveau des organes génitaux par exemple, s'il ne suffisait d'un peu d'attention pour la dépister.

La *fièvre paludéenne* est encore aisée à reconnaître à cause de son apparition par accès à caractères spéciaux.

La *fièvre hystérique*, survenant après une émotion morale, un traumatisme, a une existence trop discutée pour que nous insistions davantage.

— Les affections suivantes sont plus importantes à considérer :

a. Les *fièvres de surmenage* (2) tout d'abord. Le surmenage aigu ou subaigu peut entraîner, en effet, une série d'accidents morbides allant de la simple lassitude aux états typhoïdes, en passant par la courbature fébrile. Ces états typhoïdes, durant cinq à six jours, débutant brusquement et disparaissant de même, offrent le type courant de la fièvre de surmenage. Ce sont ces faits cliniques qui peuvent présenter des points communs avec la dothiénentérie : dépression ou agitation nerveuses, facies typhoïdique, état saburral des voies digestives, diarrhée, épistaxis. Le diagnostic reste cependant facile. En outre de la notion étiologique et de l'élévation très brusque de la température, le surmené se présente dès le premier jour comme un typhique à la deuxième semaine; on ne constate pas de taches rosées, mais on trouve assez souvent des pétéchies dont nous connaissons les caractères; la rate n'est pas hypertrophiée; il est exceptionnel de trouver des manifestations du côté des voies respiratoires; enfin la terminaison, au lieu de se faire en lysis comme dans la dothiénentérie, se fait brusquement par crise, et à une date beaucoup plus rapprochée du début.

b. L'*embarras gastrique fébrile primitif*, dont nous avons déjà parlé, a également un début brusque qui sert en général à le différencier de la typhoïde; mais comme celle-ci peut débuter de la même façon, le diagnostic peut être très délicat. L'intensité des phénomènes abdominaux (vomissements, douleurs abdominales, diarrhée douloureuse), l'absence de diazo-réaction, l'évolution peuvent seules fixer sur la nature du mal.

c. La *grippe* a comme bon signe de différenciation avec la typhoïde normale la brusquerie de son début : elle ne peut se distinguer de la typhoïde à début brusque que par ses symptômes propres : violence d'emblée des phénomènes généraux, catarrhe oculo-nasal, angine, arthralgies, courbature musculaire. La diazo-réaction n'existerait jamais dans la grippe.

d. L'*appendicite* a un début ordinairement soudain, avec douleur dans la fosse iliaque droite, météorisme,

(1) WIDAL. Fièvre typhoïde à début brusque, Soc. méd. des hôpit., 8 juin 1900. — WORMSER. *Du début brusque de la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1900-1901.

(2) TABET. *Des fièvres typhoïdes abortives à début brusque*, Th. de Montpellier, 1901.

(3) *Nord médical*, Lille, 1895.

(1) CABISAN. *Rashs typhoïdiques*, Th. de Paris, 1879. — HOMOLLE. In *Dictionnaire Jaccoud*, p. 658, art. FIÈVRE TYPHOÏDE.

(2) Voir MARFAN. *Traité de pathologie générale* de Bouchard, art. SURMENAGE, t. I.

troubles gastro-intestinaux, état péritonéal. En dehors de la notion de crises antérieures, la douleur plus exactement localisée au point de Mac Burney et plus vive en général au début que dans la typhoïde, l'hyperesthésie cutanée pourraient permettre le diagnostic si celui-ci n'était rendu très incertain par ce fait, affirmé par Dieulafoy, qu'une appendicite à bacilles d'Eberth peut marquer le début d'une fièvre typhoïde (1).

e. L'*ostéomyélite aiguë des adolescents*, qui a un début d'apparence typhoïde, s'accompagne vite des symptômes osseux, toujours à rechercher, surtout chez un adolescent, si l'on veut éviter une erreur.

B. Typhoïdes a symptômes de début anormaux. — Dans un certain nombre de cas, la dothiénentérie débute par des symptômes de localisation qui peuvent en imposer pour des affections tout à fait différentes.

Ainsi s'agit-il de *pneumo-typhoïde* (2), soit que le début se fasse par tous les signes fonctionnels et physiques d'une pneumonie franche, soit que les signes de la typhoïde et de la pneumonie coexistent dès le début, le diagnostic est très difficile. Dans ce cas, en effet, on se trouve en présence, comme le dit M. Toupet, d'une pneumonie anormale par la gravité des symptômes généraux, et ce qu'on recherche, c'est non pas la pneumo-typhoïde, mais la raison de cette anomalie : on songe à une pneumonie du sommet ou à une pneumonie chez un surmené, un alcoolique; on pense encore à une pneumonie grippale, on ne songe guère à la typhoïde. D'ailleurs l'étiologie de cette pneumonie de la typhoïde est discutée (3) et peut-être n'y a-t-il pas en réalité à faire de diagnostic différentiel : il s'agirait d'une simple association morbide, dans laquelle il est difficile, sans l'évolution, de fixer la part de l'un et l'autre élément.

S'agit-il d'une *pleuro-typhoïde* (4), ce qui est une rareté, le diagnostic est beaucoup plus aisé; la pleurésie simple sera assez facile à écarter par suite de la discordance entre les signes généraux et les signes pleurétiques locaux. D'ailleurs l'épanchement pleural peut disparaître au cours de l'évolution et il sera difficile alors de méconnaître la nature des signes généraux persistants.

Il peut s'agir encore de *broncho-typhoïde* (5), caractérisée par une violente bronchite initiale; de *pharyngo-typhoïde* (6) avec angine comme manifestation première; d'*arthro-typhoïde* (Robin et Leredde) s'annonçant par des symptômes articulaires violents; de *néphro-typhoïde* où comme dans les observations de Bodin (7), de Wilson (8) la maladie débute par des douleurs lombaires, de l'albuminurie, des hématuries, des œdèmes, des accidents urémiques peu intenses. On conçoit dès lors qu'on porte le diagnostic le plus simple apparemment, bronchite aiguë généralisée, angine simple, rhumatisme articulaire aigu, néphrite aiguë *a frigore*, jusqu'au jour où le facies du malade, la marche de la température ou les taches rosées font songer au vrai diagnostic jusqu'alors négligé.

(1) Voir Auvray. *Diagnostic de l'appendicite* (Actual. méd.), 1904.
(2) Voir Toupet. *Gaz. des hôpit.*, Revue gén., 1887. — Rendu. *Leçons de clinique médicale*, 1890, t. I. — Moutier. Th. de Paris, 1901-1902.
(3) Bancel. Th. de Lyon, 1902-1903.
(4) Michel. Th. de Paris, 1900-1901.
(5) Billout. Th. de Paris, 1889-1890.
(6) Rendu. Loc. cit., t. I, p. 40.
(7) *Presse méd.*, 1894, p. 233.
(8) *Amer. Journ. of med. sc.*, 1898.

Mais ces cas sont exceptionnels. Il n'en est pas de même des typhoïdes à début méningé, de ces cas étiquetés par les auteurs *méningo*, *cérébro* ou *myélo-typhoïde*. Ce qui peut frapper à ce moment, c'est, ou bien un violent délire, capable d'en imposer pour un accès de manie aiguë; ou bien une céphalalgie, une rachialgie violente, du signe de Kernig, des troubles oculaires. Dans ce dernier cas l'erreur avec la méningite cérébro-spinale épidémique est bien difficile à éviter (1); cependant, ici, le début est plus brusque avec frissons et vomissements, le Kernig s'installe dès le premier jour, intense, les épistaxis sont rares, l'intelligence est presque toujours conservée et contraste avec le degré d'hébétude de la dothiénentérie; enfin on peut voir sur les lèvres des vésicules d'herpès, caractère très important.

Le plus souvent on n'arrive qu'au diagnostic positif de méningite sans en reconnaître la cause. Seule une ponction lombaire faite à ce moment, notant la présence du bacille d'Eberth dans le liquide céphalo-rachidien, pourrait déceler la localisation méningée initiale de l'infection typhique. Nous sommes déjà loin de la dothiénentérie, au sens anatomique et clinique du mot, et trop près de la septicémie éberthienne ou des affections banales à bacille d'Eberth.

Dans tous ces cas pour faire un diagnostic de typhoïde à cette période initiale il sera bon de s'appuyer sur autre chose que sur les symptômes constatés; et l'étude des *anamnestiques* en particulier peut nous être d'un grand secours : notion d'épidémicité; âge du sujet (les jeunes sont surtout frappés par la typhoïde); non-acclimatement dans un grand centre; existence d'une fièvre typhoïde antécédente.

2° **Formes anormales par leurs symptômes.** — Une pneumonie, une pleurésie, une méningite marquant le début de la typhoïde, donnent des symptômes que l'on ne saurait dire typhoïdiques. Il n'en est pas de même quand dès le début et pendant l'évolution les symptômes qu'on a coutume d'y rencontrer revêtent une intensité ou une légèreté anormales, que ces caractères soient au point de vue pronostic réels ou apparents.

A. Les formes a symptômes atténués sont souvent les plus délicates à reconnaître. Il peut y avoir une atténuation de tous les symptômes : il s'agit alors de ces cas dénommés typhus ambulatoires, qui permettent au malade de vaquer à ses occupations et où le tableau clinique du premier septenaire semble se prolonger durant toute l'évolution de l'affection.

D'autres fois on observe l'atténuation de certains symptômes seulement, alors que tous les autres évoluent de façon habituelle. Les cas les plus déroutants sont ceux où la fièvre est peu élevée ou fait défaut (formes apyrétiques) ou ceux encore où les symptômes abdominaux sont très légers : la maladie peut en effet évoluer, le ventre restant souple, non ballonné, quelquefois même les selles restant normales; « il est cependant tout à fait exceptionnel qu'il n'y ait pas de temps en temps une diarrhée modérée » (Potain).

Dans tous ces cas on conçoit que les erreurs de diagnostic puissent être fréquentes avec la granulie à forme latente et surtout avec l'embarras gastrique où cependant la diazo-réaction n'existe jamais.

B. Les formes a symptômes aggravés sont de trois ordres :

(1) Dabout. Th. de Paris, 1901-1902.

α. Les *formes adynamiques*, avec diarrhée abondante et adynamie extrêmement marquée, pourraient en imposer sans la notion épidémique pour le choléra à sa période de réaction : un simple appel aux commémoratifs, les caractères des selles suffiraient pour ce diagnostic d'ailleurs exceptionnel. Dans les empoisonnements alimentaires, dans le méphitisme aigu les commémoratifs sont encore très précieux et l'on observe des symptômes spéciaux tels que refroidissement, engourdissement des extrémités, troubles oculaires.

On a rarement à faire le diagnostic avec les affections précédentes; il n'en est pas de même avec la *pneumonie adynamique* (pneumonie typhoïde, infectante de Germain Sée). Dans ces cas le début est très rarement brusque, le frisson est peu net, on note de la diarrhée; surtout les phénomènes généraux prédominent et un profond abattement, avec état typhoïde, élévation marquée et continue de la fièvre, collapsus même, masque les signes pulmonaires, que révèle seule l'auscultation méthodique. On conçoit dès lors que le diagnostic soit très difficile avec la dothiénentérie si les taches rosées dans un cas, les crachats rouillés dans l'autre sont tardifs ou n'apparaissent pas. C'est alors que l'uro-diagnostic de Robin peut rendre de grands services : il en est de même de l'hémo-diagnostic, très facile à réaliser en pratique : on prend par piqûre une goutte de sang, on la porte sous le microscope et on observe la formation du caillot : dans la typhoïde on a un réticulum fibrineux très peu marqué contrairement à ce qu'on observe dans la pneumonie.

β. Les *formes ataxiques* sont caractérisées par la température excessive, le délire précoce, parfois violent, furieux avec loquacité, hallucinations et vociférations; on peut avoir du strabisme, du tremblement des mains, surtout de la carphologie. A cause de la violence des symptômes cérébraux, la fièvre typhoïde pourrait être prise pour une méningite, cérébro-spinale surtout : nous avons appris à l'en différencier; c'est en effet principalement au début que le diagnostic se pose. La *manie aiguë* pourrait encore être diagnostiquée en présence de typhoïde à délire précoce, et l'erreur pourrait se prolonger si l'absence d'état fébrile, comme d'ailleurs celle de tous les autres symptômes, ne suffisait à la faire éviter.

La *grippe à forme nerveuse*, enfin, pourrait être confondue avec la forme ataxique de la typhoïde. Méningite, grippe et typhoïde sont, dans ces cas à prédominance nerveuse, les trois affections auxquelles on pense et que l'on confond fréquemment l'une avec l'autre, jusqu'au jour où quelques symptômes nettement typhoïdiques (taches rosées) ou une complication viennent lever les doutes.

γ. *Formes ataxo-adynamiques.* — Dans quelques cas, la fièvre ataxique aboutit aux symptômes adynamiques et forme alors la variété mixte ataxo-adynamique. Un des diagnostics les plus malaisés est alors celui de la *fièvre continue palustre à forme typhoïde* : l'analogie est si grande que pendant longtemps les deux maladies ont été confondues; ce qui domine, c'est la continuité de la fièvre, à faibles rémissions, avec prédominance de symptômes ataxo-adynamiques (abattement, prostration, stupeur, délire, sécheresse de la langue, ballonnement du ventre, diarrhée fétide). Mais la continue palustre ne s'observe que dans les mois les plus chauds et chez des individus ayant habité des pays où règne la malaria. La matité splénique est plus étendue; les taches rosées n'ont jamais été observées par Laveran. Enfin, et surtout, on aura comme moyen de différenciation, dans les cas douteux, l'action du sulfate de quinine.

3° **Formes anormales par leur durée.** — Il existe des fièvres typhoïdes de courte durée où l'infection tourne court après s'être annoncée bruyamment (*formes abortives*). Le plus souvent, la période d'état a été atteinte au moment où la guérison survient et le diagnostic a été possible.

Il existe encore des formes courtes, mais non plus abortives, la maladie parcourant son cycle normal en une durée très réduite; ce sont ces *formes galopantes*, décrites par M. Roger (1), qui débutent brusquement, revêtent d'emblée une allure grave, où les taches rosées apparaissent dès le deuxième ou le troisième jour, ou l'évolution se fait en huit à douze jours, avec terminaison fatale le plus souvent. Ce sont des cas foudroyants qu'il est bon de connaître pour ne pas être surpris de l'anomalie.

Enfin, on observe des *formes prolongées* dépassant le terme habituel (vingt-cinq à trente-cinq jours) et pouvant durer jusqu'à soixante-dix et quatre-vingt-dix jours. C'est surtout alors qu'on doit se demander si la prolongation est due à une simple persistance de la maladie, à une recrudescence ou à une rechute.

— Le DIAGNOSTIC DE LA RECHUTE trouve donc ici naturellement sa place. Elle est marquée par la réapparition de la fièvre et « la reproduction, après l'établissement apparent de la convalescence, de tout ou partie des symptômes qui ont caractérisé la première attaque » (Hutinel). Plusieurs signes peuvent permettre de la prévoir, et l'on doit à la fin de la défervescence craindre une rechute :

1. Quand le syndrome de la convalescence (hypothermie, ralentissement du pouls, polyurie) n'existe pas; Jaccoud insiste sur l'absence de la diurèse;

2. Quand la tuméfaction de la rate persiste chez le convalescent; ce caractère ne vaut plus après huit jours d'apyrexie;

3. Quand plusieurs jours après l'amendement de tous les signes on voit réapparaître la diazo-réaction; ce qui permet, en indiquant l'imminence de la rechute, de distinguer celle-ci d'avec les accès de fièvre passagère causée par un excès de fatigue ou d'alimentation;

4. Enfin quand on note pendant la période apyrétique de la convalescence une fréquence exagérée du pouls par rapport à la température (2).

4° **Formes anormales par les complications.** — Les complications peuvent modifier le tableau clinique de deux façons, soit en survenant au cours d'une typhoïde bien caractérisée et c'est alors un diagnostic positif de la complication seule qu'il s'agit de faire; soit en survenant au cours d'un état mal défini au point de vue éberthien, de sorte qu'ici c'est un diagnostic différentiel qui se pose : ce n'est pas la complication, mais la cause qui est à déterminer.

α. Ainsi prenons comme exemple les complications les plus importantes, les *complications péritonéales*. Une typhoïde évolue avec ses caractères normaux depuis quelque temps. Soudain, dans le cours de la première, surtout des deuxième et troisième semaines, on note une douleur vive dans l'abdomen avec chute brusque de la température et accélération du pouls; la question se pose, angoissante entre toutes : Y a-t-il ou n'y a-t-il pas perforation intestinale?

(1) ROGER et SALOMON. *Presse méd.*, 4 janv. 1905.
(2) VANDEPUTTE. Th. de Lille, 1901.

Sur quoi se base le DIAGNOSTIC DE LA PERFORATION dans ces cas? Sur la douleur brusque, sur le frisson qui l'accompagne, sur les vomissements, la constipation, tous signes de péritonite? Il serait imprudent de se fier à l'absence de ces signes pour rejeter l'idée de la perforation. A côté des cas bruyants il en existe d'autres où la perforation se produit sans grand fracas, de manière insidieuse : les malades paraissent un peu plus stupéfiés, leur ventre est un peu plus douloureux et tympanisé; mais ce sont autant de caractères qui peuvent exister dans la typhoïde non compliquée. En réalité c'est un ensemble de symptômes qui permet le diagnostic :

1. Tout d'abord la douleur à la pression de tout l'abdomen et particulièrement de la fosse iliaque droite;

2. La défense musculaire énergique qui en résulte, réflexe qui fait le ventre « dur comme du bois » et rend tout examen difficile;

3. La rétraction du ventre (ventre en bateau) qui, lorsqu'elle existe, a une réelle valeur, car le plus souvent elle est précoce (1);

4. La chute brusque de la température qui se produit au moment de la perforation et ne se relève que lentement, contrairement à la réascension rapide qui suit l'hémorragie intestinale;

5. L'accélération du pouls qui devient très rapide, filiforme, en désaccord évident avec la température;

6. La tension artérielle pourrait donner encore des indications précieuses. George W. Crile (2) a constaté que la pression sanguine des typhiques était abaissée par rapport à la normale. Dans ces cas, si elle vient à monter brusquement, on peut, d'après lui, diagnostiquer une perforation. Ces caractères seraient d'autant plus importants que, d'après les conclusions d'Alezais et François (3), un abaissement subit de la tension au contraire doit faire redouter l'apparition d'une hémorragie intestinale.

Nous ne ferons que citer ici le hoquet, les vomissements, le tympanisme, tous signes inconstants ou de peu de valeur.

Il est bon de remarquer que souvent le diagnostic de la perforation est facilité par l'apparition d'hémorragies intestinales qui met toujours l'esprit en éveil contre l'imminence d'une perforation.

Prenons maintenant un cas différent : celui d'un typhus levissimus (qui bien que léger comme symptôme n'en est pas moins susceptible de devenir grave par ses complications), qui n'oblige pas le malade à s'aliter et peut ainsi passer inaperçu : une perforation survient, avec un tableau clinique d'autant plus frappant que l'état morbide qui le précédait paraissait insignifiant. Rien ne permet alors de penser à la typhoïde : on porte presque inévitablement le diagnostic d'appendicite septicémique ou de perforation par appendicite suppurée; on opère et l'on trouve une perforation typhique de l'intestin grêle. Certains auteurs admettent, il est vrai, une appendicite typhoïde susceptible de perforation. L'erreur ne tirerait pas dans tous les cas à conséquence, l'opération s'imposant toujours à brève échéance.

β. Les *complications cardiaques* donnent lieu aux mêmes considérations diagnostiques que les complications péritonéales. Dans le cours d'une typhoïde bien caractérisée, il faut savoir reconnaître la myocardite qui la complique; c'est alors facile en se rapportant aux signes de cette dernière. Par contre, dans certains cas mal définis, il peut être très difficile de savoir s'il s'agit de myocardite ou d'endocardite végétante compliquant la typhoïde ou bien s'il s'agit d'une *endocardite maligne à forme typhoïde.*

γ. Les *complications hépatiques* sont avec les précédentes celles qui offrent le plus d'intérêt au point de vue diagnostique. En effet un ictère, une angiocholite apparaissant comme complications au cours d'une typhoïde impriment à celle-ci un aspect qui la rapproche de l'*ictère grave*; ici les hémorragies multiples sont un excellent indice de diagnostic. Malheureusement il existe des formes hémorragiques de la typhoïde où l'erreur est presque inévitable. C'est encore dans ces cas qu'on peut confondre la dothiénentérie avec le purpura. Les confusions sont d'autant plus faciles qu'ictère grave et purpura peuvent être des complications de la typhoïde.

5° **Formes anormales par associations morbides.** — Nous avons vu au cours de la description précédente combien parfois était difficile le diagnostic de la typhoïde avec la granulie, la grippe, le paludisme, etc.; nous avons vu cependant quels caractères cliniques permettaient de la différencier. L'efficacité de ces moyens de différenciation disparaît quand les deux affections similaires coexistent. Ainsi grippe et typhoïde, granulie et typhoïde, paludisme et typhoïde (fièvre typho-palustre), etc., constituent des ensembles qui masquent mutuellement leurs symptômes et déroutent bien souvent le clinicien non averti; car suivant la prédominance des signes de l'une ou de l'autre affection on pense à l'une, mais on laisse passer l'autre inaperçue.

Tel est le diagnostic de la dothiénentérie envisagé surtout chez l'adulte : chez l'enfant et chez le vieillard la notion d'âge intervient souvent pour le limiter et ainsi le faciliter.

1° CHEZ L'ENFANT. — La fièvre typhoïde est surtout anormale par **son début** : le début brusque y est plus fréquent que chez l'adulte, et de plus il est souvent marqué par des symptômes anormaux. Aussi plusieurs maladies doivent en être distinguées à ce moment :

La *pneumonie*, dont le point de côté serait un bon signe différentiel, s'il n'était précisément souvent abdominal chez l'enfant. Lorsque les signes d'auscultation font défaut, ce qui est fréquent, la fièvre reste à 40 degrés en plateau et ne montre pas les oscillations habituelles de la fièvre typhoïde.

La grippe se distingue par le catarrhe oculo-nasal et les grandes irrégularités du tracé thermique.

Les *fièvres éruptives* peuvent un instant donner le change; quand la fièvre typhoïde de l'enfant débute par une angine, ce qui est assez fréquent, d'après Cadet de Gassicourt, on peut songer à une scarlatine; mais en pareil cas l'éruption est rapide et l'angine spéciale.

C'est chez l'enfant surtout, quand le début est marqué par des symptômes méningitiques, qu'on doit songer à une *méningite cérébro-spinale* possible, étant donnée la grande fréquence de cette maladie à cet âge.

Lorsque le début se fait par des douleurs dans la région appendiculaire et des vomissements (Moizard, Méry insistent sur ce début appendiculaire chez l'enfant), on pourrait croire à une *appendicite* et opérer; il est bon, dans ces cas, de ne pas se presser de conclure à une intervention.

L'*ostéomyélite aiguë* a un début brusque et des

(1) BROUDIC. Th. de Paris, 1904.
(2) In *The Journ. of the Amer. med. Ass.*, 9 mars 1903, p. 1292.
(3) *Revue de méd.*, 1899, XIX, 88-109.

phénomènes généraux qui font songer à la typhoïde; mais la douleur bientôt localisée à une épiphyse fait découvrir assez facilement la cause des phénomènes généraux observés.

— Si le début est lent, il faut songer plus spécialement à la tuberculose granulique aiguë et à la *méningite tuberculeuse* : ce dernier diagnostic est parfois bien malaisé dans certaines formes graves de typhoïde, où l'on peut, surtout sur les tout jeunes enfants, observer des convulsions, du strabisme, de l'irrégularité du pouls, etc. On a toujours considéré l'existence de lymphocytose dans le liquide céphalo-rachidien comme spécial à la méningite, mais M. Méry dit l'avoir observée dans un cas très net de fièvre typhoïde. La plus grande lenteur du début, l'amaigrissement préalable, la fièvre irrégulière, la langue humide, les vomissements faciles, l'inégalité pupillaire plaident en faveur de la méningite. Le signe de Kernig enfin reste un excellent signe de cette dernière, bien qu'on l'ait observé exceptionnellement dans quelques cas de typhoïde simple.

A la période d'état en raison de l'effacement des symptômes abdominaux, de la violence des phénomènes nerveux et de la fréquence comme complication de la broncho-pneumonie, le diagnostic se pose surtout avec deux affections :

La *méningite tuberculeuse*; la constipation possible dans la dothiénentérie infantile, unie aux phénomènes nerveux et aux vomissements, peut facilement en imposer pour un trépied méningitique ;

La *pneumonie* où l'absence de l'expectoration et l'intensité des phénomènes nerveux peuvent donner le change si l'auscultation n'est pas pratiquée systématiquement.

C'est à cette période qu'apparaissent les signes spéciaux de la typhoïde. Aussi celle-ci sera-t-elle toujours reconnaissable à ses symptômes propres (taches rosées, généralement abondantes; grosse rate, diarrhée à caractères spéciaux, surtout fièvre continue; langue rôtie fuligineuse, signe qui, chez l'enfant, ne s'observe guère que dans la dothiénentérie et presque jamais dans les autres maladies infectieuses). Il faut savoir que les taches rosées font défaut dans un tiers des cas et il faut pouvoir se passer d'elles.

Chez le nourrisson la typhoïde est très rare. Cependant « toute fièvre continue du nourrisson, écrit Marfan, qui ne s'accompagne pas d'une localisation nettement prédominante, doit faire songer à une fièvre typhoïde ». Deux diagnostics sont surtout à considérer :

La *méningite tuberculeuse*, en raison des phénomènes méningitiques qui compliquent habituellement la dothiénentérie du nourrisson. L'absence de paralysies oculaires, de convulsions, l'état normal de la grande fontanelle, qui est tendue au contraire dans la méningite, sont en faveur de la typhoïde.

On sait que chez le nourrisson la diarrhée est assez fréquente dans la méningite tuberculeuse. Ce n'est donc pas un signe différentiel.

Les *gastro-entérites*, les diarrées fébriles simples des nourrissons peuvent aussi s'accompagner de phénomènes méningitiques : mais ces diarrhées se distinguent de la typhoïde par le nombre beaucoup plus grand des évacuations dès le début et par les caractères de celles-ci (diarrhées séreuses avec particules verdâtres en suspension, mélangées de gaz au point de former une mousse verte). Marfan dit que dans ces cas l'état de la langue n'apporte aucune aide, car dans toutes les gastro-entérites un peu sérieuses et même dans toutes les septicémies du nourrisson, la langue est rouge et dépouillée aux bords et à la pointe. Lorsque les taches rosées existent, elles lèvent bien entendu tous les doutes.

Enfin la *broncho-pneumonie* est une complication qui peut rendre le diagnostic très délicat, car elle prend la première place dans le tableau clinique, « et si le tracé thermique n'est pas net, si les taches rosées font défaut, si les renseignements manquent sur le début de l'affection, l'erreur sera presque impossible à éviter : on diagnostiquera la broncho-pneumonie, mais non la fièvre typhoïde sur laquelle elle est venue se greffer » (Marfan).

2° Chez le vieillard, la typhoïde évolue insidieusement et, malgré une bénignité apparente, aboutit assez rapidement aux symptômes adynamiques. C'est pourquoi chez une personne âgée, en présence d'état fébrile, aussi léger soit-il, accompagné de symptômes adynamiques, il faut songer essentiellement à quatre choses : l'infection urineuse, la grippe, la pneumonie, la typhoïde.

L'*infection urineuse* est aiguë ou chronique. Aiguë, il s'agit alors de fièvre à caractère intermittent ou rémittent apparaissant sous forme d'accès brusques.

Chronique, l'infection urineuse se traduit surtout par des troubles digestifs qui occupent le premier plan, tandis que les manifestations fébriles sont légères. On peut avoir ainsi des vomituritions, des diarrhées tenaces; des troubles nerveux (céphalée surtout) les accompagnent. La langue est souvent sèche, chargée, rouge à sa pointe ou sur ses bords. Maints sujets ne parlent que de ces symptômes et passent sous silence des troubles graves de la miction. Ce sont eux qu'il faudra toujours rechercher pour éviter des erreurs.

Restent la *grippe*, la *pneumonie* et la *typhoïde*. Toutes trois évoluent insidieusement chez le vieillard, avec un minimum de symptômes, et toutes trois présentent des signes pulmonaires (on sait que la bronchopneumonie est la complication redoutable de la typhoïde chez le vieillard). Bien qu'ainsi limité, le diagnostic est souvent des plus délicats. La sécheresse de la langue est tellement importante dans la pneumonie qu'on a pu poser le principe suivant : un vieillard qui est souffrant et dont la langue est sèche est atteint de pneumonie ou d'infection urinaire. C'est ici encore que l'uro-diagnostic peut rendre de grands services en révélant des urines très colorées, chargées de sédiments dans la pneumonie; tandis que dans la typhoïde elles sont moins colorées et que l'acide azotique y donne les trois couches d'indican, d'albumine et d'acide urique.

Typhoïde et pneumonie donnent toutes deux la diazo-réaction d'Ehrlich. Sur ce point, la grippe s'en sépare; car chez elle la diazo-réaction ne se rencontre pas, d'après Lapchine, ou n'est qu'une rareté (Lœper et Oppenheim).

Ainsi est possible le diagnostic dans les cas difficiles.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 86. — MARDI 1er AOUT 1905. 78e ANNÉE. MARDI 1er AOUT 1905. — N° 86.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Étudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE
Coxalgie hystérique et coxalgie chez une hystérique, par M. GRASSET.
MÉDECINE PRATIQUE
Procédé pour dissimuler l'amertume des sels de quinine.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société médicale des hôpitaux.
Société de biologie.
LIVRES NOUVEAUX
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont nommés :

Chef de clinique médicale : Hôtel-Dieu, M. Lœper; chef adjoint, M. Gaultier; — Hôpital Beaujon, M. Ferrand; chef adjoint, M. Rathery.

Chef de clinique chirurgicale : Hôtel-Dieu, M. Labey; — Hôpital de la Charité, chef adjoint, M. Piquand.

Chefs de clinique obstétricale : Clinique Tarnier, M. Guéniot; chef adjoint, M. Coudert; — Hôpital Beaujon, M. Le Lorier; chef adjoint, M. Raoux.

Chef de clinique des maladies mentales : M. Vurpas.

Chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques : Hôpital Saint-Louis, M. Sabatié; chef-adjoint, M. Rostaine.

Chef de clinique ophtalmologique : Hôtel-Dieu, M. Monthus; chef adjoint, M. Cantonnet.

Chef de clinique des maladies nerveuses : Hospice de la Salpêtrière, M. Lejonne; chef adjoint, M. Dreyfus-Rose.

Chef de clinique chirurgicale infantile : Hôpital des Enfants-Malades, M. P. Tridon; chef adjoint, M. Auffret.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LILLE. — M. le docteur Debève est nommé chef de clinique ophtalmologique.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — M. Col, suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale à l'École de médecine de Clermont, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

M. Marguery, pharmacien supérieur de première classe, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux de chimie.

POITIERS. — M. Sauvage, pharmacien de première classe, est chargé du cours de chimie et toxicologie.

ROUEN. — M. Halipré est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

MARINE. — M. le médecin principal Valence, du port de Brest, est désigné pour embarquer, le 20 septembre prochain, sur le vaisseau-école le *Borda*, à Brest.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Escalier (d'Alais) et Tussau (de Mâcon).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Noé (de Paris) et Riche (de Montpellier).

— Sont nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Etievant et Pollosson (de Lyon) et La Vieille (de Paris).

— Des médailles d'honneur ont été décernées, pour actes de courage et de dévouement au cours de différentes épidémies qui ont sévi en Algérie, aux personnes ci-après :

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Carpanetti, médecin des épidémies de l'arrondissement de Guelma; — Esperandieu, médecin communal à Souk-Ahras; — MM. Mattei, interne en médecine à Alger; — Lamberton, aide-préparateur à l'Institut Pasteur d'Alger; — Berge, étudiant en médecine faisant fonctions d'interne à l'hôpital de Relizane à Alger; — Charles, interne titulaire à l'ambulance d'El Kettar; — Lévy, externe titulaire à l'hôpital civil de Mustapha.

VOYAGES D'ÉTUDES MÉDICALES AUX STATIONS HYDRO-MINÉRALES ET CLIMATIQUES DE FRANCE. — Une septième bourse fondée par la Compagnie de Plombières (Vosges) est attribuée à un médecin anglais, membre de la « British medical Association ».

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Fischer (de Strasbourg); P.-J. Ladame, médecin diplômé de la Confédération suisse; le professeur Edward Schönberg (de Christiania); Schultz (de Berlin).

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANCAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine des enfants. — (N° 7, juillet 1905.) A. MOUCHET : Genu recurvatum congénital. — A. MORI : Parésies primitives de l'intestin. — A. FILIA : Sérothérapie antistreptococcique. — CAZAL : Néphrite impétigineuse.

Archives générales de médecine. — (N° 27, 4 juillet 1905.) A. MOUGEOT : De la réduction par le bain carbo-gazeux du volume du cœur dilaté. Sa valeur clinique. Son mécanisme (9 fig.). — JABOULAY : Cancer de l'angle droit du côlon (3 fig.). — P. RUDAUX : L'albuminurie gravidique. — E. BOIX : Gabriel Tarde.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (Juillet 1905.) EYBERT : Exercices d'improvisation en vue du transport des blessés en montagne; le trainage des blessés. — MASSON : Au sujet des opiums manipulés de Smyrne. — CARLIER : Les varices dans l'armée et leur traitement chirurgical (*fin*). — GUÉNOT : Fracture comminutive du frontal avec enfoncement; trépanation, guérison. — DUCURTIL : Cryptorchidie droite compliquée de hernie inguinale du même côté chez un enfant de huit ans; guérison complète, sans opération, de l'une et de l'autre infirmité par le massage et consécutivement par le port prolongé d'un bandage. — ARMYNOT DU CHATELET : Note sur un essai de suspension élastique des brancards dans les voitures non suspendues. — LAFFORGUE : Brancards improvisés pour le transport des blessés.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 24, 30 juin 1905.) G. BARDET : De la médication reminéralisatrice par les préparations de plantes en général et par les extraits de céréales en particulier.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIII, n° 1, 6 juillet 1905.) Clarence John BLAKE : Le rôle de la coopération dans l'éducation médicale. — Theobald SMITH : Recherches sur les causes immédiates et éloignées des maladies. Leur importance au point de vue social. — Elliott P. JOSLIN : Amélioration dans le traitement du diabète sucré. — Everett FLOOD : Une salle de traitement pour les épileptiques.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 28, 13 juillet 1905.) LICHTHEIM : Sur les kystes du cervelet. — KRASKE : Conservation du sphincter dans l'extirpation du cancer du rectum et son fonctionnement ultérieur. — WASSERMANN et CITRON : Sur la question de la formation des substances agressives bactériennes dans l'organisme vivant. — BICKEL : Sur la tension superficielle des tumeurs du corps dans les conditions physiologiques et pathologiques. — STERN : Recherches sur la pathogénie de l'anémie et les affections du foie chez les syphilitiques. — ESAU : Un abcès de la rate pendant la fièvre typhoïde guéri chirurgicalement. — LANDAU : La mort dans la narcose par la scopolamine-morphine. — WERNER : L'immunisation et la sensibilisation locale des tissus contre les rayons du radium. — FEILCHENFELD : Correction de lunettes et monture de lunettes. — HERTER : Un crachoir perfectionné.

Écho médical du Nord. — (N° 27, 2 juillet 1905.) BRETON et VANSTEENBERGHE : Rhumatisme tuberculeux, franc, aigu, au cours d'une tuberculose pulmonaire. — BRASSART : Rigidité pathologique du col de l'utérus pendant le travail par suite de sclérose syphilitique. — L. JULIEN : Calculose vésicale chez un enfant. Trois tailles hypogastriques successives dans un espace de quatorze mois et demi.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 27, 2 juillet 1905.) GRENIER DE CARDENAL : Chute spontanée des dents et nécrose des maxillaires chez les tabétiques.

Journal des praticiens. — (N° 27, 8 juillet 1905.) SCHWARTZ : Tumeur du rein simulant une affection de l'estomac : tumeur rénale à forme gastrique. Néphrectomie. Guérison.

Languedoc médico-chirurgical. — (N° 6, 25 juin 1905.) DESTARAC : Accidents du travail et hystérie.

Medical Record. — (Vol. LXVIII, n° 1, 1er juillet 1905.) John O. ROE : Correction des difformités nasales par les opérations sous-cutanées. — Fletcher INGALS : Actinomycose du poumon. — Carl KOLLER : Empoisonnement par l'alcool de bois ; un cas de cécité complète transitoire. — Betton MASSEY : Quelques aspects de la question du cancer. — A. ALBU : Traitement de la constipation spasmodique. — CROTHERS : Etude médico-légale sur la manie éthylique. — W. LEE HOWARD : Etude prolongée et modifications pathologiques de l'état mental. — (N° 2, 8 juillet.) Heinrich STERN : Détermination des fonctions intestinales par un régime d'épreuve. — W. LELAND STOWELL : Ulcère de l'estomac chez les enfants. — J. WIENER : La lithiase biliaire au point de vue chirurgical. — Charles WHITE : Observations sur une nouvelle méthode pour provoquer le réflexe plantaire et sur sa localisation spinale. — TRIMBLE : Nævus pilosus pigmentosus et quelques autres lésions cutanées traitées par l'air liquide.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 29, 18 juillet 1905.) RILLE : Sur la découverte des spirochaètes dans la syphilis. — PLOEGER : Les spirochaètes dans la syphilis. — SIEGEL : Nouvelles recherches sur l'étiologie de la syphilis. — LINDEMANN : Recherche de l'acide acétique dans l'urine. — GIERKE : Sur la malacoplasie de la vessie. — MOSZKOWICZ et STEGMANN : Traitement de l'hypertrophie de la prostate par les rayons Röntgen. — ALEXANDER : Traitement de la maladie de Basedow par l'antithyréoïdine de Mœbius. — UFFENHEIMER : Granulie péritonéale essentielle chez l'enfant. — DERLEIN : Traitement des suppurations aiguës par l'hyperémie de stase de Bier. — KOLB : Direction des recherches sur le cancer.

Nord médical. — (N° 258, 1er juillet 1905.) LEMOINE : De quelques formes cliniques de la fièvre typhoïde. — P. JOIRE : Etude de la force nerveuse extériorisée, et observations faites sur cette force, au moyen d'un appareil enregistreur spécial : le sthénomètre.

Presse médicale. — (N° 54, 8 juillet 1905.) P. RECLUS : Pathogénie de l'appendicite. — P. LEBRETON : Traitement local des urétrites chroniques.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 26, 1er juillet 1905.) J. GAREL : Trois cas de tumeurs télangiectasiques de la gorge. — MERCIER-BELLEVUE : Othématome spontané chez une femme.

Revue médicale de l'Est. — (N° 12, 15 juin 1905.) ANDRÉ : Des abcès de la prostate et de leur traitement. — Maurice LUCIEN et Jacques PARISOT : De la cholécystite suppurée chez le vieillard. Fistule abdominale et abcès du foie.

Revue mensuelle des maladies de l'enfance. — (N° 23, juillet 1905.) THOMAS : Réflexions sur l'auto-intoxication digestive et son traitement. — ROUX : Cardio-cirrhose tuberculeuse.

Revue neurologique. — (N° 12, 30 juin 1905.) P. BONNIER : L'aschématie. — F. RAYMOND et Max EGGER : Un cas d'ataxie vestibulaire.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 12, 30 juin 1905.) LARDENNOIS : Luxation récidivante de l'épaule. Traitement par la capsulorraphie.

CLINIQUE MÉDICALE

COXALGIE HYSTÉRIQUE

ET COXALGIE CHEZ UNE HYSTÉRIQUE

Par M. le professeur GRASSET.

(Leçons recueillies par M. le docteur Gaussel, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Montpellier.)

Nous avons actuellement, dans notre salle de femmes, un certain nombre d'hystériques; je voudrais étudier avec vous deux de ces malades, dont le diagnostic, identique à première vue, est cependant différent à une analyse plus approfondie; leur histoire est dissemblable comme pronostic et comme thérapeutique.

La comparaison entre ces deux malades soulève la question grave et difficile du diagnostic entre la névrose pure, la lésion organique et l'association névroso-organique.

Ces deux jeunes femmes, nous n'aurons pas de peine à le démontrer, sont toutes les deux hystériques et non pas seulement hystérisables, suivant l'expression de Bernheim; en second lieu, elles ont toutes les deux une affection de la hanche, faite d'impotence, de contractures et d'anesthésie, qui appelle tout de suite le diagnostic de coxalgie hystérique. Après un examen plus minutieux, je n'ai gardé ce diagnostic que pour une de nos malades; pour la seconde, sans abandonner le diagnostic d'hystérie, je suis arrivé à admettre la coxalgie vraie, ou au moins une certaine lésion organique osseuse : la première a donc une coxalgie hystérique, le diagnostic chez la seconde doit être, coxalgie chez une hystérique. Vous voyez de suite la différence pronostique et thérapeutique dans les deux cas : dans l'un c'est de la névrose pure, dans l'autre une association névroso-organique.

A propos de ces deux malades, je pourrai vous rapporter l'histoire d'une troisième hystérique qui nous a fait, dans le service, une arthralgie hystérique par imitation.

Voici d'abord les observations des deux coxalgiques, qui sont le point de départ de ces leçons, telles que les a prises mon chef de clinique M. Gaussel.

Observation I. — Mélanie D..., âgée de vingt-trois ans, entre dans le service le 23 avril 1905, salle Epéronnier, n° 24, pour douleur de la jambe gauche et gêne de la marche, survenues après des crises nerveuses.

Antécédents personnels. — A l'âge de six ans, a eu une maladie aiguë qui aurait duré six mois et sur laquelle elle donne peu de renseignements.

Réglée à seize ans, elle s'est mariée à dix-neuf ans et a eu deux enfants qui sont actuellement bien portants et âgés respectivement de trente-deux et de huit mois. Elle a nourri son premier enfant et a commencé à nourrir le second jusqu'au quatrième mois. A ce moment elle a dû interrompre l'allaitement car la maladie dont elle fait dépendre les accidents actuels a commencé à cette époque.

Le 12 janvier 1905 elle s'est alitée et a été traitée pour une attaque d'influenza pendant un mois et demi environ. Pendant la convalescence, alors qu'elle n'était pas encore sortie, à la suite d'une émotion provoquée par une scène de famille, elle est prise d'une crise de délire avec agitation violente; plusieurs personnes devaient se tenir auprès d'elle pour la maîtriser. Cet état d'agitation avec perte de connaissance et délire a duré huit jours : quand elle revient à elle, le souvenir de tout ce qui s'est passé dans la semaine n'a laissé nulle trace dans son esprit.

A ce moment, après avoir recouvré la connaissance, elle est prise brusquement d'amaurose complète et bilatérale qui dure vingt-quatre heures : cet accident s'est produit sans cause occasionnelle.

Lorsque tout paraît être rentré dans l'ordre, elle garde encore le lit trois ou quatre jours; elle éprouve des douleurs dans le bras gauche et dans la jambe droite.

Quand elle commence à se lever, les douleurs du bras et de la jambe droite disparaissent, mais progressivement la jambe gauche devient lourde, douloureuse, la malade prétend ne pouvoir s'en servir, elle la traîne difficilement en marchant et ainsi s'installe l'état pathologique pour lequel elle entre à l'hôpital et qui remonte en somme à une vingtaine de jours.

L'interrogatoire de cette malade en ce qui concerne ses antécédents nerveux, antérieurement à l'année présente, ne permet de découvrir aucune crise nerveuse ; elle reconnaît pourtant qu'elle était facilement impressionnable, qu'elle pleurait ou était contrariée facilement.

L'examen direct permet de constater ce qui suit :

Debout, la malade se tient sur ses jambes sans appui, mais a besoin d'une canne pour marcher; elle appuie avec précaution, son pied gauche sur le sol et déclare que le contact des talons sur le sol est douloureux. Elle s'avance avec précaution déplaçant assez facilement la jambe droite, mais traînant la gauche qui racle le sol; pendant la marche elle souffre de la hanche.

La malade étant dans son lit et couchée sur le dos, il est facile de constater qu'il n'y a pas de raccourcissement même apparent du membre inférieur gauche. Aucune attitude vicieuse de ce même membre ne se remarque au repos; il n'existe pas d'ensellure lombaire.

Spontanément, la malade peut mouvoir très bien son genou gauche et imprime à la hanche gauche quelques mouvements de flexion. Mais ils sont lents, le pied traîne sur le plan du lit, et le bassin suit un peu le déplacement de la cuisse par suite d'une contracture légère des muscles de la hanche.

Les mouvements qu'on peut provoquer à cette articulation sont assez limités, mais la contracture n'est pas très forte et cède un peu si on imprime les mouvements de flexion, abduction, rotation, avec douceur et en attirant ailleurs l'attention de la malade. Quand ces mouvements sont trop étendus ils deviennent douloureux : la malade souffre de la hanche et non du genou.

A ces troubles d'ordre moteur s'ajoutent des stigmates indéniables d'hystérie. Ce sont d'abord des crises nerveuses survenant plusieurs fois dans la journée, sans perte de connaissance, caractérisées par des tremblements des mains et des lèvres, des battements des paupières, accompagnés de la sensation très nette de boule à la gorge.

Comme autre signe de la grande névrose signalons une hypesthésie très marquée de tout le côté gauche, même au niveau du membre douloureux : on peut transfixer la peau avec une épingle sans que la malade manifeste de la douleur, ce qui n'est pas possible à droite.

La pression sur la région ovarienne ou sous-mammaire

gauche détermine la sensation de boule et provoque une petite crise.

L'anesthésie cornéenne et pharyngée, le rétrécissement du champ visuel de l'œil gauche complètent ce tableau des stigmates hystériques.

Les réflexes rotuliens sont atténués, il n'existe ni amyotrophie, ni troubles vaso-moteurs.

Le diagnostic porté au moment de l'entrée de la malade est celui de coxalgie hystérique.

Après une séance d'inhalation de nitrite d'amyle et mobilisation provoquée de la hanche, après quelques séances de mobilisation avec suggestion à l'état de veille, la douleur s'atténue; la malade peut d'elle-même effectuer des mouvements de plus en plus étendus; elle marche plus facilement et appuie plus fortement le pied sur le sol.

Le 1[er] mai l'amélioration fait des progrès; la malade a encore quelques petites crises (1).

Je ne pense pas avoir besoin d'insister pour justifier le diagnostic d'hystérie; aucune confusion n'est possible avec l'épilepsie, la neurasthénie, le nervosisme vague; les crises avec leurs caractères, l'amaurose, la boule, l'hémi-hypesthésie, le rétrécissement du champ visuel, les zones hystérogènes, l'anesthésie oculaire et pharyngée, etc., sont autant d'arguments en faveur de l'hystérie.

Ce même diagnostic n'est pas douteux chez la seconde malade dont voici l'observation.

Obs. II. — Céline G..., âgée de seize ans, entre dans le service le 11 février 1905, après avoir fait dans le service de M. le professeur Estor un séjour d'un mois et demi.

Cette jeune fille était dans le service de chirurgie pour une coxalgie de la jambe droite et souffrait depuis le mois de septembre 1904.

Elle nous raconte qu'à l'âge de quatre ans on l'a soignée pour une coxalgie double. Elle souffrait tantôt de la hanche droite, tantôt de la gauche; jamais on ne l'a immobilisée dans un appareil orthopédique; elle passait plusieurs mois au lit, puis recommençait à se lever pendant quelque temps. Elle est allée ainsi avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation jusqu'à l'âge de treize ans. A cette époque, à la suite d'un bain de mer, elle a éprouvé une douleur dans le genou droit, avec gonflement : le docteur qui l'a soignée alors lui a fait porter une bande en caoutchouc sur le genou et a constaté un racourcissement du membre inférieur droit pour lequel il a conseillé le port d'une bottine spéciale avec semelle de liège de 3 à 4 centimètres de hauteur.

De treize à seize ans la jeune fille a pu marcher, sans boiter, avec cette chaussure spéciale, sans souffrir du genou, ni de la hanche. Elle était modiste et pouvait tous les jours se rendre à l'atelier matin et soir; elle marchait beaucoup sans se fatiguer.

Au mois de septembre 1904, sans cause occasionnelle, la jambe droite recommença à être douloureuse au niveau du genou, qui grossit et attire spécialement l'attention du médecin traitant : celui-ci fait en cette région une série de pointes de feu qui améliorent l'état local.

La malade peut se lever et marche avec une canne; elle va ainsi jusqu'au mois de janvier et entre à cette époque dans le service de M. le professeur Estor qui, pensant à une coxalgie, étant donné l'attitude du membre inférieur droit, examine la malade sous l'anesthésie chloroformique. Pendant le sommeil anesthésique, les contractures disparaissent, on mobilise en tous sens le membre inférieur droit et l'on perçoit de petits craquements dans les déplacements de la tête fémorale dans la cavité cotyloïde. Les contractures reparaissent après cette séance d'anesthésie, et devant leur intensité et leur persistance, on fait entrer la jeune malade dans le service de M. le professeur Grasset, pour établir la part qui revient à l'état purement nerveux dans la symptomatologie présentée par la malade.

Quand on examine cette jeune fille pour la première fois le 11 février 1905, elle se plaint de souffrir du genou et de la hanche du côté droit : la douleur disparaît au repos, mais se réveille au moindre mouvement spontané ou provoqué du membre inférieur.

Examinée debout, cette jeune fille se tient penchée en avant, la hanche droite faisant saillie en arrière, le membre inférieur droit reposant sur le sol seulement par l'extrémité du pied.

Elle s'appuie des deux mains sur une canne et quand on la prie d'avancer, elle n'y parvient que soutenue à droite et à gauche par deux aides : il y a véritable abasie.

La malade étant couchée, l'attitude du membre inférieur droit est caractéristique : ce qui frappe d'abord c'est le raccourcissement de ce membre, le talon est remonté de 8 à 10 centimètres environ, mais le raccourcissement n'est qu'apparent, car la distance de la malléole externe à la crête iliaque est la même des deux côtés. Ce qui fait le raccourcissement apparent du côté droit, c'est que le bassin est remonté de ce même côté. La ligne qui joint les deux épines iliaques antéro-supérieures est fortement oblique en bas et à gauche par rapport à la ligne médiane du corps.

Le membre inférieur droit ne paraît pas seulement raccourci, il est dévié et son attitude en abduction et en rotation interne est caractéristique de la coxalgie à la troisième période. Cette rotation en dedans est surtout apparente à la cuisse, le genou est fortement dévié en dedans. La cuisse est un peu fléchie sur le bassin. Spontanément la malade peut faire quelques mouvements du genou droit sans souffrir; elle ne mobilise pas la cuisse sur le bassin et quand elle essaie de fléchir ou d'étendre la cuisse, il est facile de se rendre compte que le bassin suit ces mouvements, l'épine iliaque se déplace avec le fémur et dans le même sens, il y a une ankylose apparente de la hanche, en réalité c'est de la contracture.

Si l'on provoque des mouvements du membre inférieur, on constate que les mouvements du genou sont posibles et non douloureux sauf dans la flexion extrême. Dans la hanche les mouvements sont impossibles et tout mouvement imprimé au fémur se communique au bassin; si on insiste un peu pour fléchir la cuisse, l'étendre, la porter en abduction, la malade souffre beaucoup, mais localise sa douleur au genou, et cependant la palpation, la percussion même du genou ne sont pas douloureuses : la pression, au niveau du trochanter ou dans le pli de l'aine, est un peu douloureuse.

Dans le décubitus dorsal, l'ensellure lombaire est très marquée, la main passe facilement sous les reins de la malade et permet de se rendre compte que cette région ne porte pas sur le plan du lit.

Ce qui domine au point de vue moteur, ce sont par conséquent les contractures périarticulaires de la hanche droite, déterminant une sorte d'ankylose de cette articulation.

(1) Cette malade est encore à l'hôpital, mais peut être considérée comme guérie.

D'autres symptômes d'ordre nerveux méritent maintenant d'attirer notre attention.

Il existe une anesthésie cornéenne et pharyngée manifeste et une diminution considérable de la sensibilité dans tout le côté droit du corps. On ne constate pas, cependant, de zone hystérogène : la malade n'a jamais eu de crises de nerfs; le champ visuel n'est pas rétréci.

Le réflexe rotulien est normal du côté gauche; à droite il est nettement diminué, mais ce fait trouve son explication dans un symptôme dont nous allons parler maintenant, l'amyotrophie.

En effet à la simple inspection le membre inférieur droit paraît moins fort que le gauche et la mensuration confirme cet état de chose, puisqu'elle nous donne 30 centimètres pour le mollet gauche et 27 seulement pour le mollet droit; 43 centimètres pour la cuisse gauche et 39 pour la droite (à 20 centimètres au-dessus du bord supérieur de la rotule). L'atrophie musculaire porte donc surtout le membre inférieur droit.

Signalons encore l'existence de troubles vasomoteurs; si l'on découvre la malade, le pied droit se refroidit rapidement et se cyanose même; la sensation de refroidissement est perçue par la malade qui reconnaît que son pied droit est toujours plus froid.

Il n'existe pas de troubles permanents de la circulation périphérique, pas d'œdème, pas de modifications des côtes, de la peau, des ongles, etc.

Les divers appareils ou organes fonctionnent normalement et ne présentent rien de particulier à signaler.

Le diagnostic porté au moment de l'entrée dans le service est celui de coxalgie droite chez une hystérique.

La thérapeutique consiste dans des applications de courants continus tous les deux jours. On essaie en vain pendant une semaine d'endormir la malade par la suggestion; ce procédé ne donne aucun résultat; le véronal, administré pendant un mois environ à la dose de 0,50 le soir, ne fait pas cesser les contractures.

Contre ce symptôme, on fait le 15, le 20 et le 25 mars une séance d'inhalation de quelques gouttes de nitrite d'amyle et pendant que la malade est sous l'influence de ce médicament on essaie de provoquer des mouvements du membre inférieur droit. Les contractures cèdent un peu pendant cette expérience, mais reparaissent de nouveau peu de temps après.

Depuis son entrée dans le service, cette malade n'est guère améliorée. Elle peut cependant se lever et marcher avec une canne ou avec l'appui d'une autre personne, mais les mouvements sont toujours douloureux, le raccourcissement apparent du membre et l'attitude vicieuse persistent toujours.

Retenez d'abord, dans cette observation, ce qui a trait à l'hystérie : le tableau est moins complet et moins dramatique que pour notre première malade, mais les éléments sont bien suffisants pour le diagnostic. Il n'y a pas de crises nerveuses, mais nous retrouvons les contractures, l'hémihypesthésie, les troubles vaso-moteurs, l'anesthésie cornéenne et pharyngée, l'abasie phobique etc.

Il s'agit bien dans nos deux cas d'hystérie, c'est-à-dire d'une maladie bien existante et non d'un tempérament nerveux, d'une disposition nerveuse comme le voudrait Bernheim : ce premier diagnostic d'hystérie rapproche nos deux malades; elles se ressemblent par un autre point encore, puisque toutes les deux ont une affection de la hanche.

Etudions ce dernier symptôme chez les deux femmes et nous verrons en quoi elles sont comparables à ce point de vue particulier, en quoi elles s'écartent l'une de l'autre.

Mélanie, la première de nos deux malades, est entrée dans le service pour douleur de la jambe gauche et pour gêne de la marche, survenues après des crises nerveuses. Debout, elle se tient fort bien sur ses jambes, mais a besoin d'une canne pour marcher, elle appuie le pied gauche avec précaution sur le sol et déclare que le contact du talon sur le sol est douloureux. Elle avance assez péniblement, traînant la jambe gauche qui racle le sol et elle souffre de la hanche en marchant.

Si on l'examine couchée, il est facile de se rendre compte qu'il n'y a ni raccourcissement ni attitude vicieuse du membre au repos; il n'existe pas d'ensellure lombaire. Elle meut spontanément son genou et imprime à sa hanche quelques mouvements de flexion qui sont lents et douloureux : le pied traîne sur le plan du lit et le bassin suit un peu les mouvements du fémur, par suite d'un certain degré de contracture des muscles de la hanche.

Cette contracture n'est pas invincible car, si l'on attire ailleurs l'attention de la malade, si on lui parle, on provoque soi-même des mouvements bien plus étendus de flexion, abduction, rotation en dehors ou en dedans. Arrivés à un degré assez prononcé, ces mouvements deviennent douloureux et la douleur siège dans la hanche.

Il n'existe dans le membre malade ni amyotrophie ni troubles vaso-moteurs.

Vous avez pu constater qu'après un séjour assez court dans le service, grâce à la suggestion, à l'état de veille, à deux ou trois séances d'inhalations de nitrite d'amyle, la douleur s'est atténuée, la marche et les mouvements spontanés sont devenus plus faciles.

En présence de ce tableau, j'ai rapidement éliminé le diagnostic de coxalgie vraie (absence de raccourcissement, d'amyotrophie, de douleur au genou; rapides effets de la suggestion, etc.) et j'ai diagnostiqué une coxalgie hystérique.

Cette coxalgie hystérique et en général les arthralgies hystériques, sont classées par Gilles de la Tourette parmi les hypéresthésies hystériques que Sydenham a, le premier, bien décrites. Indiquée par Fr. Hoffmann, l'arthralgie hystérique est bien étudiée d'abord par Brodie (1837) qui va jusqu'à dire : « Dans les classes élevées de la société, les 4/5 des femmes qui se plaignent d'affections articulaires sont simplement atteintes d'hystérie. » La hanche et le genou sont le siège le plus fréquent de l'arthralgie hystérique (Briquet); elle siégeait 38 fois au genou, 18 fois à la hanche dans une statistique de Charcot portant sur 70 cas.

Chez notre malade, Mélanie, nous n'avons pas la cause habituelle de la localisation articulaire (traumatisme, imitation), mais nous retrouvons un caractère important sur lequel avait déjà insisté Briquet,

c'est la localisation à la hanche se développant après d'autres manifestations hystériques bien caractérisées. « Jamais, dit Briquet, l'arthralgie hystérique n'est un symptôme primitif. » D'après Charcot, qui conteste cette loi, elle peut être « une des premières manifestations de la névrose ». J'admets qu'elle peut être une des premières, mais non la première manifestation, et je reprendrai cette idée en discutant le diagnostic de la coxalgie de Céline, notre seconde malade.

Nous avons bien chez Mélanie les deux éléments importants de la coxalgie : la douleur et la contracture, d'où résulte l'impotence. Elle ne souffre pas au genou bien que ce symptôme puisse se trouver dans la coxalgie hystérique (Brodie); mais, dans ces cas, le genou est douloureux à la pression et ne peut être mobilisé, ce qui n'existe pas dans la coxalgie vraie.

Dans la coxalgie hystérique il y a souvent de la douleur à la peau : « Si vous pincez la peau, jusqu'à la soulever des parties sous-jacentes, la malade se plaint plus que si vous poussiez la tête du fémur dans la cavité cotyloïde » (Brodie). Cette zone hyperesthésique affecte souvent une disposition géométrique (Charcot); c'est une « sorte de triangle dont le sommet serait à la racine des bourses ou à la naissance du mont de Vénus chez la femme et dont la base s'élargissant de plus en plus parallèlement au pli de l'aine qu'elle a pour centre de direction, contournerait la fesse et irait s'implanter sur le sacrum, empiètant assez haut sur la région hypogastrique. » Cette zone peut devenir une zone hystérogène.

La douleur est plus forte quand la malade voit l'examen auquel on la soumet; si quelque chose vient à la distraire, c'est à peine si elle profère une plainte (Briquet).

L'attitude et la déformation du membre peuvent arriver à simuler la vraie coxalgie : ce n'était pas le cas chez notre malade. La simulation peut être complète au point de motiver l'amputation dans certains cas d'arthralgie hystérique; Brodie en rapporte trois cas, dont un d'Herbert Mayo dans lequel, après amputation du genou, la douleur se fixa dans la hanche et fut traitée par la désarticulation de la cuisse; les articulations étaient saines.

Le plus souvent la contracture est exagérée, outrée, généralisée dans le cas d'hystérie.

Il est rare que la claudication survienne progressivement chez l'hystérique; l'impotence atteint son maximum d'emblée ou rapidement.

Tous ces détails vous montrent bien, sans que j'insiste, la nature hystérique de la coxalgie chez Mélanie.

Les hasards de la clinique me permettent de vous compléter l'histoire de la coxalgie hystérique en vous rapportant ici le fait curieux de cette malade du service, chez qui vous avez vu naître, sous vos yeux, par imitation, une arthralgie hystérique et dont voici l'observation résumée.

Obs. III. — Le 3 mai 1905 entre à l'hôpital la jeune Augustine V..., âgée de seize ans, qui présente depuis deux mois environ des crises nerveuses presque quotidiennes.

Au cours d'une santé parfaite et sans aucun antécédent personnel ou héréditaire, cette jeune fille a eu le 8 mars une première crise survenue au lendemain d'une frayeur : elle avait eu peur, la veille, d'un groupe de personnes masquées, à l'occasion du carnaval. La malade venait d'avoir ses règles quand la première crise a éclaté. La première crise s'est produite dans le jour : elle s'est manifestée par une déviation des traits avec convulsion des yeux, sans perte de connaissance, sans chute, ni cri; elle s'est accompagnée de quelques mouvements convulsifs dans les membres et s'est terminée par une explosion de larmes. Pendant la crise, la malade entendait tout ce qu'on disait sans pouvoir parler : elle n'éprouvait pas de serrement à la gorge, pas de sensation de boule. Après une durée d'une heure et demie environ, cette crise a complètement cessé, ne laissant après elle aucune sensation de brisement ou de fatigue.

Le médecin qui l'a vue dès le premier jour a pensé à des crises d'hystérie et a ordonné des grands bains tièdes.

Depuis ce moment, les crises se sont reproduites avec les mêmes caractères et sont survenues quelquefois trois fois dans la même journée : la persistance des accidents a déterminé sa famille à la faire entrer à l'hôpital, où elle a été admise dans la salle Espéronnier, lit n° 27.

Au premier examen fait par le chef de clinique, le 4 mai, à sept heures du matin, il n'existe aucun stigmate d'hystérie d'ordre sensitif, sauf l'anesthésie cornéenne et pharyngée; pas de zone ovarienne.

Deux heures après, au moment de la visite, M. le professeur Grasset arrive très facilement à créer une hémianesthésie de tout le côté droit, qui permet à la malade de se laisser transfixer les téguments avec une épingle, les yeux ouverts, alors qu'elle ne supporte pas la moindre piqûre à gauche. De même par la suggestion, toujours à l'état de veille, on fait naître la sensation de boule et une douleur à la pression de l'ovaire gauche.

Le diagnostic d'hystérie ne faisant pas de doute, on prescrit des bains et des douches : tous les matins, par la suggestion à l'état de veille, on essaie de calmer l'excitabilité de ce système nerveux et de supprimer les crises.

Celles-ci continuent encore les jours suivants, mais en s'espaçant.

La petite malade a comme camarades, dans la salle, une jeune fille atteinte de coxalgie avec accidents hystériques (contractures) superposées à la lésion, et une jeune femme atteinte de coxalgie hystérique. Or, après avoir vécu et causé quelque temps avec ces malades, la jeune fille réalise des accidents moteurs qui ne laissent aucun doute sur leur nature névrosique.

Le 8 mai, elle se plaint de souffrir du genou, de ne pouvoir marcher, d'éprouver de la douleur en appuyant le pied par terre, tous signes accusés par les autres malades : elle présente une contracture douloureuse du genou droit, sans attitude vicieuse du membre inférieur. Elle marche en boitant, appuyant avec précaution le pied par terre et traînant la jambe droite. Cependant, en la suggestionnant, on arrive facilement à mouvoir le genou droit, à le fléchir et à l'étendre; les mouvements de la hanche ne sont pas douloureux.

L'imitation, vous le voyez, est assez maladroite, mais complète.

Comme ses deux compagnes se plaignent du genou, c'est au genou qu'elle a réalisé son arthralgie, mais c'est bien là une arthralgie hystérique, créée par imitation des deux cas semblables du service.

Aujourd'hui ces phénomènes de douleur et de contracture sont entrain de disparaître rapidement par la suggestion à l'état de veille (1).

Cette histoire, bien curieuse, vous complète l'histoire de la coxalgie hystérique et vous montre, une fois de plus, l'influence considérable de la suggestion dans la création, non de l'hystérie, mais de ses localisations.

Cette suggestibilité s'est affirmée d'abord chez la malade par la création directe d'une hémianesthésie et des zones hystérogènes, à mon premier interrogatoire et par la création de cette arthralgie (par imitation); or vous savez la valeur que j'attache à cette suggestibilité comme symptôme d'hystérie.

En définitive voilà deux exemples, avec Mélanie et Augustine, d'arthralgie hystérique, de névrose pure : en est-il de même pour la malade de la seconde observation, pour Céline.

Je reviens sur les points de son observation qui ont trait à l'histoire de sa coxalgie. Vous savez qu'elle sortait du service de chirurgie du professeur Estor quand elle a été admise dans notre salle : elle était traitée pour une coxalgie remontant au mois de septembre 1904. Déjà dans son enfance elle aurait eu une coxalgie double pour laquelle elle ne fut jamais immobilisée; elle passait quelque temps au lit puis recommençait à se lever.

Vers l'âge de treize ans, après un bain de mer, elle a souffert du genou droit qui s'est gonflé : le médecin en même temps qu'il traitait ce genou a constaté un raccourcissement du membre inférieur droit et a prescrit le port d'une bottine avec semelle spéciale en liège de 4 centimètres de hauteur. La jeune fille a pu dès lors marcher comme tout le monde jusqu'à seize ans. C'est à ce moment, en septembre 1904, qu'elle a souffert de nouveau de sa jambe droite. Sans cause occasionnelle, le genou a grossi, la malade a recommencé à boiter.

Au mois de janvier, mon collègue Estor, après l'avoir examinée pendant le sommeil chloroformique, a constaté la disparition des contractures avec petits craquements dans l'articulation. Les contractures très marquées ayant reparu tout de suite, cette malade a été soumise, à ce moment, à notre examen.

A son entrée dans le service, elle souffrait du genou et de la hanche à droite et l'attitude de ce membre était caractéristique de la coxalgie à la troisième période. Nous avons constaté un raccourcissement apparent de 8 à 10 centimètres dû à ce que le bassin est fortement remonté du côté droit.

Les mouvements spontanés et provoqués étaient très limités et douloureux; il était facile de constater que le bassin accompagne tous les mouvements du fémur par suite de la contracture exagérée des muscles de la hanche.

Les mouvements du genou étaient possibles sauf la flexion extrême : la douleur du genou était réveillée par la flexion de la hanche, mais tandis que la pression directe sur le genou était indolore, on provoquait une légère douleur dans la hanche par la pression sur le grand trochanter et dans le pli de l'aine.

(1) Cette malade a quitté l'hôpital complètement guérie.

Cette malade présentait, dès son entrée, une ensellure lombaire très marquée et une amyotrophie de tout le membre inférieur droit.

Nous avons essayé vainement chez elle la suggestion, le véronal, l'électrothérapie; trois séances d'inhalations de nitrite d'amyle ont amené une sédation peu marquée et fugace des contractures.

Actuellement la malade marche mieux car l'élément phobique a disparu, mais localement l'examen du membre inférieur ne témoigne aucune amélioration.

Une étude attentive de cette observation nous permet d'opposer la coxalgie chez Céline à la coxalgie de sa compagne de salle, Mélanie.

Tandis que cette dernière à une coxalgie hystérique, chez la première il s'agit d'une coxalgie vraie chez une hystérique.

Remarquez d'abord le mode de début : chez Mélanie et chez la plupart des hystériques, la coxalgie névrosique n'est pas le premier symptôme de l'hystérie; chez Céline, au contraire, alors que l'hystérie est récente, l'arthropathie remonte à l'enfance, à l'âge de quatre ans d'après la malade.

L'attitude chez la deuxième malade est caractéristique de la coxalgie vraie : rien de tel chez la première.

Chez Céline également, la douleur de projection au genou est bien plus nette avec son caractère de projection, c'est-à-dire sans douleur à la pression sur le genou : chez elle la tenacité de la coxalgie est bien plus grande, celle-ci souffre depuis très longtemps, alors que Mélanie, plus récemment entrée, est en voie de guérison.

Pendant l'anesthésie chloroformique on a constaté quelques craquements qui paraissent démontrer l'existence de la lésion osseuse; enfin, symptôme sur lequel j'insiste, nous trouvons chez Céline une amyotrophie très marquée.

Ce signe n'est pas absolu; on a décrit une amyotrophie hystérique, elle aurait même d'après Charcot ce caractère de n'être point limitée aux muscles périarticulaires mais d'être diffuse à tout le membre; dans notre cas elle s'étend au mollet.

Malgré tout, l'atrophie musculaire est rare dans l'hystérie pure, elle n'est ni aussi développée, ni aussi tenace que chez notre malade. Aussi, avons-nous admis qu'il existe chez elle autre chose que la névrose : il y a une lésion organique vraie, non pas la coxalgie complexe avec ankylose, mais un certain degré d'ostéite tuberculeuse qui est l'épine ayant localisé sur la hanche la manifestation hystérique. Il s'agit donc ici d'une association névroso-organique.

En 1892, j'ai déjà attiré l'attention de vos prédécesseurs sur ces associations hystéro-organiques à propos d'un cas (avec autopsie) d'hystérie et de sclérose en plaques associées. L'année précédente, Charcot avait fait une leçon sur l'association hystéro-tabétique.

Le fait se présente également pour la coxalgie. Charcot l'a signalé dès 1887, montrant qu'il se constitue alors « un métis pathologique dont l'histoire naturelle doit être bien connue du clinicien ».

Le diagnostic exact est capital, en effet, pour le pronostic et le traitement qui dans le cas de Mélanie sont ceux d'un symptôme hystérique et dans l'autre cas (Céline) sont ceux de la coxalgie.

Les éléments principaux de ce diagnostic différentiel sont bien mis en lumière par les faits que je viens de vous exposer : ordre d'apparition des symptômes (phénomènes articulaires précédés par d'autres manifestations hystériques), durée des phénomènes (ténacité, pas de fluctuation des accidents), douleur à la pression aux mêmes lieux que la douleur sentie, atrophies musculaires, et surtout examen sous le chloroforme.

En présence d'une malade atteinte d'affection de la hanche avec le tableau de la coxalgie, s'il existe en même temps chez elle des signes de la grande névrose vous analyserez soigneusement les caractères de la coxalgie comme nous venons de le faire, afin de décider si vous avez affaire à une coxalgie vraie, à une coxalgie hystérique ou s'il y a une association névroso-organique. Vous déduirez de cette enquête votre pronostic et votre thérapeutique.

Conformément à notre diagnostic de coxalgie vraie chez une hystérique, notre seconde malade a été confiée aux soins de mon collègue le professeur Estor, qui a immobilisé sa hanche malade dans un appareil plâtré.

MÉDECINE PRATIQUE

PROCÉDÉ POUR DISSIMULER L'AMERTUME DES SELS DE QUININE

Les médecins n'ont pas toujours la possibilité de faire prendre en pilules, en capsules ou en cachets les sels de quinine qu'ils prescrivent à leurs malades; M. Yvon propose à la Société de thérapeutique (24 mai 1905) le moyen suivant, qui permet de dissimuler pendant quelques instants l'amertume de ces sels. Ce moyen consiste à les imprégner d'une couche légère d'un corps gras qui s'oppose pendant quelques instants à l'action dissolvante de la salive; pour réaliser cet artifice, qui permet d'ingérer rapidement les sels quiniques, on dissout dans l'éther un corps quelconque (huile fixe non susceptible de rancir ou huile de vaseline), et, par trituration, on imbibe le sel de quinine avec cette solution; on en fait une pâte homogène, qu'on aromatise avec de l'essence de menthe ou de citron; on laisse évaporer l'éther à l'air libre, et l'on termine la dessiccation à l'étuve. La proportion d'huile de vaseline ou de tout autre corps gras employé est de 15 à 20 p. 100; on peut soumettre à ce traitement le sulfate de quinine ou la quinine précipitée. On administre la quinine ainsi imprégnée en la mettant en suspension dans l'eau ou dans tout autre liquide, dont on absorbe quelques gorgées pour entraîner les dernières parcelles de substance; on absorbe ensuite un peu de jus de citron. Pour les enfants, on administre du lait.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 28 JUILLET 1905)

Présentation d'un acromégalique géant. — MM. Widal et Boidin présentent un jeune homme de vingt-trois ans ayant le facies typique d'un acromégalique : hypertrophie et prognathisme du maxillaire inférieur, augmentation de volume du nez, dilatation des sinus frontaux, ressaut lambdoïdien postérieur.

Les mains et les pieds sont volumineux, mais ils n'ont pas cet aspect difforme et boudiné que l'on rencontre chez certains acromégaliques. C'est que le malade présenté est en même temps un géant, et la combinaison du gigantisme et de l'acromégalie a abouti à une augmentation très notable des pieds et des mains, mais avec conservation à peu près complète de leur morphologie normale.

Le gigantisme est caractérisé chez ce malade par la taille élevée de 1m875 et par une disproportion dans les différentes parties du corps. C'est sur les membres, et principalement sur les membres inférieurs que porte surtout l'allongement. Aussi, ce malade rentre-t-il dans le groupe des hypermacroskèles ou géants échassiers. Il ne présente d'ailleurs pas d'autre signe d'infantilisme, les organes génitaux, le système pileux sont bien développés; la soudure des os est presque complète; on ne constate pas de signe psychique de puérilisme.

Il s'agit donc d'une association ou mieux d'une combinaison d'acromégalie et de gigantisme et ce cas est bien propre à montrer les relations étroites, mises en évidence surtout par MM. Brissaud et Meige, Launois et Roy, qui unissent ces deux états morbides.

La recherche de l'état de l'hypophyse n'a pas fourni de renseignement très précis. La radiographie montre bien une selle turcique très légèrement agrandie, mais il n'existe ni céphalée, ni vertige, ni crise épileptiforme, ni trouble oculaire. Il n'y a pas de glycosurie. On constate seulement un symptôme assez rare, un ralentissement du pouls à 44.

Il est difficile de savoir le moment d'apparition des accidents observés. La croissance s'est faite surtout vers la quinzième année, sans cause provocatrice. Quant aux déformations acromégaliques, il est impossible d'en préciser le début.

Dans les antécédents du malade on note qu'un frère lui ressemblerait beaucoup. La mère est grande, mais n'est pas acromégalique.

Cure de déchloruration dans les maladies du cœur. — « Nos communications antérieures, disent MM. Vaquez et Digne, nous ont permis de confirmer d'une part la constance de la rétention chlorurée au cours des accidents asystoliques et, d'autre part, que les petits accidents cardiaques (dyspnée nocturne, œdème fugace, bronchite œdémateuse, etc.) qui précèdent de si loin les grands troubles asystoliques, reconnaissaient une cause pathogénique univoque.

Inversement ces petits et ces grands accidents des cardiopathies ne guérissent que par le phénomène de la polyurie chlorurique. Parfois le seul repos au lit, avec alimentation déchlorurée, pourra provoquer une débâcle suffisante à assurer la guérison, ce qui est rare chez les brightiques. Elles sera alors supérieure à la diète lactée qui pourra aboutir au même résultat, mais dans un temps plus long, puisque le malade continuera à absorber une dose de 3 à 5 grammes de sel.

Celle-ci sera inefficace dans les cas où l'élimination rénale quotidiene ne s'élève pas au-dessus de ce chiffre.

Les recherches thérapeutiques que nous avons faites nous ont montré que, dans l'administration des diurétiques chez les cardiaques, la persistance d'une alimentation chlorurée retarde la crise de polyurie chlorurique, ou la rend incomplète. Il faut donc, de toute nécessité, fournir un régime hypochloruré ou mieux.

Chez les cardiques, atteints de lésions mitrales ou aortiques avec faible tension, les petits et les grands accidents asystoliques nous ont toujours paru légitimer l'emploi des préparations digitaliques, comme traitement essentiel avec cure de déchloruration, suivies accessoirement de l'usage plus prolongé de la théobromine.

Chez les cardiaques, mitraux ou aortiques avec hypertension, chez lesquels la lésion s'accompagne habituellement de sclérose rénale, la médication fondamentale consistera dans l'usage de la théobromine, avec emploi accessoire et à petites doses de digitale.

La cure de déchloruration nécessaire pendant les crises asystoliques pourra, entre temps, céder la place à un régime hypochloruré.

Dans ces différents cas on pourra parfois avec avantage remplacer la théobromine par la théocine, mais nous regrettons l'emploi de la diurétine et de l'acétate de théocine sodique qui peut être suivi d'accidents graves.

De toutes façons enfin, il faut chez les cardiaques, même en dehors des troubles quelconques, recommander une alimentation très peu chlorurée. Lorsque des accidents, si petits seraient-ils, se sont déjà produits, il faut, par action préventive, prescrire chaque mois une cure digitalique avec déchloruration, de trois ou quatre jours de durée, suivie pendant une semaine de l'administration de la théobromine (1g50 à 2 grammes) avec régime très peu chloruré.

Lorsque des accidents plus graves se seront produits, le régime des chlorures devra être réglé, non par nos préférences personnelles, mais par un examen prolongé de la capacité (chlorurique) de l'organisme. L'épreuve de la chloruration expérimentale, méthodique et prudente, basée sur les résultats d'analyses successives avec alimentation chlorurique et isothermique, suivant la formule de Widal, et sur les pesées quotidiennes des malades, sur la quantité des chlorures que l'on peut permettre sans danger. »

Un cas d'anémie pernicieuse avec réaction spéciale du sang et de la moelle. — MM. Lesné, Albert et Laederich. Il s'agit d'un jeune homme de vingt-sept ans, épileptique, qui présenta les signes d'une anémie progressive et mourut au bout de quelques semaines de maladie. On comptait dans le sang 690000 globules rouges et 3100 globules blancs. Il n'y avait ni polychromatophilie ni anisocytose. Sur 100 leucocytes, on comptait 11 polynucléaires, 67 grands mononucléaires et 22 lymphocytes. On rencontrait quelques cellules de Türk; il n'y avait ni myélocytes granuleux ni hématies nucléées.

L'autopsie ne montra aucune lésion intéressante au niveau des divers organes; en revanche, la moelle osseuse était en prolifération marquée; mais la réaction portait non sur les myélocytes granuleux ni sur les hématies nucléées, mais sur les lymphocytes et sur les cellules de Türk.

En somme, il s'agit d'un cas d'anémie à la fois aplsatique, si l'on considère la formule hémoleucocytaire, plastique si l'on tient compte la réaction médullaire; mais cette réaction, portant sur des éléments primordiaux, est demeurée avortée et par suite impuissante.

Hyperplasie surrénale des néphrites. — MM. Vaquez et Aubertin. « Nous avons retrouvé dans toutes les néphrites hypertensives qu'il nous a été donné d'observer la lésion surrénale que l'un de nous, avec M. Ambard, a décrite il y a un an et dont MM. Ménétrier et Bloch, Widal et Boidin nous rapportaient récemment des observations très intéressantes au point de vue de l'interprétation des faits.

Nous avons peu de choses à ajouter à la description première, sauf en ce qui concerne les stades initiaux de la lésion hyperplasique : prolifération œdémateuse non graisseuse de la couche glomérulaire; nodule hyperplasique limité et enkysté de la fasciculée; éruption de nodules hyperplasiques mal limités, débutant à la fois en plusieurs points de la même capsule; hyperplasie totale déjà décrite par Aubertin et Ambard; adénome vrai avec hyperplasie de tout le reste de la glande (différant, par conséquent, comme l'a fait remarquer M. Ménétrier, de l'adénome graisseux vulgaire) sont les différents degrés d'une lésion qui désormais semble faire partie du tableau anatomique de la néphrite atrophique, comme l'hypertension fait partie de son tableau clinique. »

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 29 juillet 1905)

Sur le parasite du muguet. — M. et Mme Bourguignon, dans deux communications antérieures, faites à la Société de biologie en mai 1904 et février 1905, ont montré que, d'une part, des cultures pures de fausses levures du champignon du muguet peuvent donner naissance à des formes bacillaires, et que, d'autre part, en réensemençant des cultures mixtes de levures et bâtonnets, vieilles d'un an, on obtient des cultures pures de bâtonnets dans lesquelles apparaissent bientôt des spores, puis au bout d'un mois environ, des formes rondes, peu nettes, ressemblant à des cellules mal colorées. Ils ont de plus montré que, par ensemencement de ces cultures pures de bâtonnets, avec ou sans spores et formes rondes, sous la vulve de cobayes, on obtient un exsudat vulvaire dont les cultures donnent un organisme en forme de coccus. Le sang d'un des cobayes, mort au bout de neuf jours, ensemencé en bouillon, donna une culture du même coccus.

Depuis leur communication, ils ont obtenu, chez les autres cobayes inoculés, le retour de la forme bâtonnet à la forme levure typique.

Le deuxième cobaye ensemencé sur la vulve mourut au bout de deux mois et demi. Son sang donna une culture du même coccus que le premier cobaye. Mais le foie donna une culture mixte de coccus et de *formes levures bourgeonnantes typiques*.

Le troisième cobaye fut sacrifié au bout de trois mois et demi. Son sang fut trouvé stérile. Mais la rate, criblée de granulations comme on le décrit dans le muguet expérimental, donna une culture pure de formes levures bourgeonnantes.

Enfin, un dernier cobaye, mort au bout de quatorze jours, avait tous ses organes criblés de granulations muguétiques.

A la culture, le sang et le poumon donnent une culture de bâtonnets purs.

Le foie donne une culture mixte de *bâtonnets* et de *coccus*.

Enfin, la rate et le rein donnent une culture mixte de *bâtonnets* et de *formes levures*.

Ainsi, sur 4 cobayes ensemencés sur la vulve avec des cul-

tures pures de bâtonnets, chez les 4 on retrouve, soit dans le sang, soit dans les organes, pur ou associé à d'autres formes, un coccus, et chez 3, on retrouve, pure ou associée au coccus ou au bâtonnet, la forme levure.

La parenté des bâtonnets et du muguet leur semble donc bien démontrée.

Mais il y a plus. Deux cobayes reçurent sur la vulve une culture pure du coccus retiré du sang du premier cobaye mort. L'un des deux vit encore. L'autre, qui venait d'être fécondé, à notre insu, au moment de l'ensemencement, mit au monde, *à terme*, quatre fœtus morts et macérés. Un mois plus tard cet animal fut sacrifié. Voici ce qu'ils ont trouvé.

Le sang, la rate, le poumon donnèrent une culture mixte de coccus et de bâtonnets. Le foie donna une culture pure de bâtonnets.

L'utérus donna une culture pure d'un gros coccus bourgeonnant, reproduisant en petit l'aspect d'une levure bourgeonnante.

Ainsi le coccus donna dans les organes des formes intermédiaires au coccus et à la levure et des bâtonnets.

Cette expérience donne donc un appui sérieux à leur hypothèse que le coccus serait la forme intermédiaire au bâtonnet et à la levure. M. et Mme Bourguignon se proposent de continuer ces recherches.

Pouvoir réducteur des organes. — M. Iscovesco. On n'obtient une réduction des couleurs d'aniline que si on opère sans aucune précaution aseptique. Si le pouvoir réducteur peut être prouvé dans certains cas, il ne s'ensuit pas qu'on puisse conclure à l'existence des réducteurs, qui jusqu'en ce moment sont tout à fait hypostatiques.

Liquide céphalo-rachidien dans l'urémie nerveuse. — M. G. Carrière (de Lille) rapporte le résultat de ses recherches dans 8 cas d'urémie nerveuse. Le liquide céphalo-rachidien est, dans ces cas-là, plus abondant que d'habitude. Sa pression est élevée, son point cryoscopique est au-dessous de la normale. Le résidu sec est moins abondant. Le taux de l'urée est plus élevé, celui des chlorures est inférieur au taux normal. Les phosphates et les sulfates sont plus abondants qu'en l'état de santé. La toxicité du liquide est élevée. Dans 2 cas sur 8 l'auteur a noté la présence de la substance réductrice de l'oxyde de cuivre. Dans 3 cas sur 8 le liquide renfermait de la serine et de la globuline. Il n'a pas pu isoler la choline.

L'examen microscopique après centrifugation fut généralement négatif.

L'abondance du liquide, sa pression élevée, sa pauvreté en chlorures plaident en faveur de la gravité du cas.

Suture des os chez les poissons osseux. — M. Retterer. On a admis, avec Kölliker, que le tissu osseux présente, chez certains poissons, des éléments cellulaires, et qu'il en est dépourvu chez d'autres (substance ostéoïde). Pouchet, après action de l'acide chlorhydrique, trouvait des noyaux dans le tissu ostéoïde. Stephan, faisant, avec le microtome à main, des coupes épaisses, n'a pas trouvé de cellules.

M. Retterer a examiné la structure de ce tissu chez l'alose, qui possède des corpuscules osseux, et chez le merlan, qui possède un tissu ostéoïde. En faisant des coupes fines, on voit fort bien, chez ce dernier, des corpuscules allongés, corps cellulaires avec des prolongements moins abondants que ceux des mammifères. Ces prolongements sont constitués par de la substance fondamentale osseuse, venant directement au contact des noyaux qui sont entourés d'une capsule : c'est du tissu osseux qui reste toute la vie à l'état embryonnaire.

Infection héréditaire des moustiques par la fièvre jaune. — MM. Marchoux et Simon. La ponte de stegomyas infectés, recueillie et élevée à l'abri de toute nouvelle infection, peut déjà être infectée par le microbe de la fièvre jaune, et l'insecte devenu adulte transmet la maladie.

Autres communications :

Action de l'eau oxygénée sur colloïdes stables. — M. Iscovesco.

Séro-diagnostic de la fièvre méditerranéenne. — M. Nicolle.

Sensibilité des gerboises aux trypanosomiases. — M. Laveran.

Corps en anneau et en demi-lune chez les paludéens. — MM. Éd. et Ét. Sergent.

LIVRES NOUVEAUX

Le péril vénérien et la prophylaxie des maladies vénériennes (1), par le docteur Fernand Mignot, avec une préface du docteur Henri Malherbe.

Pour combattre le péril vénérien il ne suffit pas de le connaître au point de vue médical, il faut encore le connaître au point de vue social; le livre du docteur Mignot est justement destiné à montrer tous les côtés de la question et à permettre de se faire une idée juste de ce problème si complexe. On trouvera dans cet ouvrage très sérieusement documenté un exposé très complet des deux théories en présence, réglementation de la prostitution et abolitionnisme.

Les opérations personnelles de l'auteur y sont développées dans une langue facile et claire ; nul doute que ce travail, qui vient bien à son heure au moment où médecins, juristes et philanthropes se préoccupent de la question du péril vénérien, ne rencontre le succès auquel il a droit.

A. Gaullieur l'Hardy.

Corps étranger de la région sous-glottique extrait par voie endolaryngée (2), par le docteur J. Cousteau.

Le docteur Cousteau publie le cas intéressant d'un corps étranger du larynx extrait par les voies naturelles à l'aide de la pince laryngienne de Fauvel. Ce corps étranger, qui avait pénétré dans la région sous-glottique au-dessous de la commissure antérieure et y avait séjourné pendant un mois en provoquant des accidents aigus, était une pièce dentaire mesurant 28 millimètres de long sur 17 de large, qui était tombée dans le larynx de la malade pendant son sommeil; elle était munie d'un crochet métallique saillant qui rendait l'extraction particulièrement difficile. Paul Viollet.

(1) In-8° de 229 p. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin; Nantes, A. Dugas.

(2) In-8°. — Paris, O. Doin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Eléments de physiologie, par F. LAULANIÉ, directeur et professeur de physiologie à l'École nationale vétérinaire de Toulouse. 2e édit. Gr. in-8 de 1215 p. avec 356 fig. intercal. dans le texte, cart. — Prix : 28 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

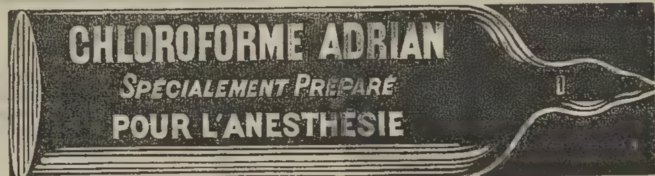
Exploration des fonctions rénales (étude médico-chirurgicale), par le docteur J. ALBARRAN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux. Gr. in-8°. — Prix : 12 francs. — Paris, Masson et Cie.

Les états veineux, par le docteur E. CENSIER. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Masson et Cie.

Trachéobronchoscopie et œsophagoscopie, par le docteur GUISEZ, ancien interne et assistant adjoint d'otologie des hôpitaux de Paris, chef des travaux d'oto-rhino-laryngologie à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. In-16, 96 p. et 20 fig. (Actual. méd.) — Prix, cart. : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.



Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Étudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Les tumeurs malignes chez les indigènes musulmans d'Algérie (avec 4 fig.), par M. J. Brault.
FORMULAIRE
Urticaire (ab ingestis).
VARIÉTÉS
Du prognathisme inférieur, par M. V. Galippe.
ANALYSES
Médecine : Les hémorragies sous-arachnoïdiennes et le mécanisme de l'hématolyse en général.
Thérapeutique : Cactus grandiflorus.
LIVRES NOUVEAUX
NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)
Cancer de l'œsophage.
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Poitiers. — Un concours s'ouvrira le 1er février 1906 devant la Faculté de médecine de Bordeaux pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'école de médecine de Poitiers.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Ont été désignés pour les postes ci-après :

M. le médecin-major de première classe Bimler, désigné pour le 23e d'infanterie ; — M. le médecin-major de deuxième classe Galzin, pour le 22e d'infanterie.

MARINE. — M. le médecin de deuxième classe Lasserre, du port de Cherbourg, est désigné pour embarquer le 5 août courant sur le *Bouvines* (escadre du Nord), en remplacement de M. le docteur Béraud, promu au grade de médecin de première classe.

M. le docteur Béraud sera maintenu provisoirement en service au port de Cherbourg.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Des médailles d'honneur ont été décernées, pour actes de courage et de dévouement au cours de différentes épidémies, aux personnes ci-après :

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Perrier (Fernand), médecin municipal à Béja (Tunisie), et Pressat, médecin de la Compagnie du canal de Suez.

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Hautefeuille, professeur suppléant à l'Ecole de médecine d'Amiens ; — Grandjean (de la Seyne-sur-Mer); — MM. de Byl, interne au sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer ; — Broc, interne en médecine à l'Hôtel-Dieu ; — Saillant, interne à l'hôpital Bretonneau ; — Féraud, Portay, Pélissier, Varlet et Renard, internes en médecine ; — Roulland, externe à la Maison municipale de santé ; — Mlle Boissonnet, aide-sage-femme à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis.

Mentions honorables. — MM. les docteurs Crouzet (d'Ezy) et Petit (d'Asnières).

IVe CENTENAIRE DU ROYAL COLLÈGE DE CHIRURGIENS D'ÉDIMBOURG. — De brillantes fêtes ont été célébrées à Edimbourg, du 19 au 22 juillet dernier, pour le IVe centenaire du Royal collège de cette ville.

A cette occasion, notre collaborateur, M. le professeur Poncet, a reçu la haute direction de l' « Honorary Fellowship ».

ENSEIGNEMENT DE L'HYGIÈNE. — Par arrêté en date du 13 juillet 1905, M. le docteur Heim a été chargé, pour une période de trois années, de l'enseignement de l'hygiène industrielle au Conservatoire national des arts et métiers.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Excursions au Mont-Blanc* (*Chamonix*). — Toutes les gares P.-L.-M. délivrent des billets simples permettant de se rendre à Chamonix par le chemin de fer électrique du Fayet-Saint-Gervais à Chamonix.

Des billets d'aller et retour sont également délivrés à Paris, Lyon, Marseille et dans toutes les gares situées à moins de 300 kilomètres de Chamonix, avec validité de 2 à 10 jours suivant l'importance du parcours.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANCAISES

ET ÉTRANGÈRES

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 6, juin 1905.) V. Mirbelli : A propos de deux nouveaux cas de porokératose. — Mario Truffi : Sur un cas de porokératose systématisée. — Ch. Audry : Gonococcie métastatique de la peau (angiodermite suppurée à gonocoques).

Archives d'électricité médicale expérimentale et clinique. — (N° 169, 10 juillet 1905.) E. Castex : Technique du traitement radiothérapique des teignes à l'Hôtel-Dieu de Rennes. — H. Bordier et S. Galimard : Action des rayons X sur le développement de l'embryon du poulet. — A. Béclère : La radiothérapie, médication spécifique des lymphadénies et des leucémies. — Beaujard : Deux cas de leucémie, l'un de leucémie myéloïde et l'autre de leucémie lymphatique, traités avec succès par la radiothérapie. — G. Haret : Présentation d'un porte-radiomètre. — (N° 170, 25 juillet.) Turchim : Rapport de la puissance du tube à rayons X dans ses divers modes d'excitation. — Marquès : Rapport sur la notation des résultats d'un examen électrique des muscles et des nerfs.

Archives de médecine navale. — (N° 6, juin 1905.) J. Regnault : La fièvre bilieuse hémoglobinurique, enquête sur cette affection. — Valence : L'hygiène navale à bord du croiseur cuirassé *Marseillaise* (*suite*). — (N° 7, juillet.) Pfihl : Tumeur volumineuse de la parotide gauche (adéno-myxo-chondro-sarcome), extirpation, guérison. — Valence : L'hygiène navale à bord du croiseur cuirassé *Marseillaise*. — Gros : L'infection palustre et son traitement.

Archives générales de médecine. — (N° 28, 11 juillet 1905.) Mme Gaussel-Ziegelmann : De la pyélonéphrite gravidique. — C. Daniel : Des ruptures traumatiques intrapéritonéales des grands kystes ovariens. — P. Berthod : A propos du dédoublement et de la spécialisation des services de chirurgie de l'assistance publique. — (N° 29, 18 juillet.) E. Géraudel : L'hyperplasie du mésenchyme hépatique (2 fig.). — A. Javal : Les effets physiologiques et thérapeutiques de la déchloruration. Modifications que la connaissance des effets de la déchloruration a pu apporter au traitement des œdèmes et des épanchements séreux de toute nature. — Delherm et Laquerrière : La rœntgenisation, question sociale. — (N° 30, 25 juillet.) Courtellemont : Examen microscopique d'une pustule maligne. — Rudaux : Troubles vésicaux de la puerpéralité.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIII, n° 2, 13 juillet 1905.) Lewis S. Mac Murtry : L'association médicale américaine; ses origines, ses progrès, son but. — Herbert J. Hall : Etude sur l'étiologie de la neurasthénie. Sa cure par la création d'occupations. — A. E. Austin : L'albuminurie sénile. — Henry O. Feiss : La détermination de la rotation des vertèbres dans la scoliose par la projection horizontale de points de repère. — T. Chittenden Hill : La fissure anale.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 25, 8 juillet 1905.) E. Rochard : Sur un cas de guérison opératoire d'une hernie diaphragmatique. — (N° 26, 15 juillet.) Pouchet : L'iode et les iodiques. — (N° 27, 23 juillet.) Rochard : A propos du rapport de la Commission de la Société de chirurgie sur le traitement du cancer par le sérum du docteur Doyen.

Bulletin médical. — (N° 53, 8 juillet 1905.) E. Régis : Psycho-névroses et psychoses du paludisme. — G.-H. Lemoine et Lapasset : Un cas de pancréatite ourlienne avec autopsie. — (N° 54, 12 juillet.) Auclair et Radiguer : Rôle des toxines tuberculeuses locales dans le processus tuberculeux. La tuberculose, maladie d'intoxication surtout locale. — Béclère : La radiologie médicale aux médecins. — Lévy-Bing : Action du mercure sur les spirochaetes en général et sur le pallida en particulier. — (N° 55, 19 juillet.) Auclair et Radiguer : Rôle des toxines tuberculeuses locales dans le processus tuberculeux. La tuberculose, maladie d'intoxication surtout locale. — (N° 56, 22 juillet.) Valude : Signes cliniques et traitement de l'astigmie. — Chavigny : Expertise psychiatrique dans l'armée. — (N° 57, 26 juillet.) Mauclaire : Tic douloureux de la face. — Donnadieu : La santé par l'air pur. Dormez avec vos fenêtres ouvertes.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 28, 9 juillet 1905.) Dunogier : Des accidents inflammatoires occasionnés par les dentiers en caoutchouc durci; leur pathogénie. — Durodié : La peste à Bordeaux aux xvie et xviie siècles; rôle des chirurgiens pendant la contagion (*suite*). — (N° 29, 16 juillet.) W. Dubreuilh : Erythrodermies exfoliantes secondaires; psoriasis exfoliant et pemphigus foliacé. — Durodié : La peste à Bordeaux aux xvie et xviie siècles; rôle des chirurgiens pendant la contagion (*fin*). — (N° 30, 23 juillet.) Sabrazès et Bousquet : Allochirie sensorielle. — Cassaet : Un troisième exemple d'encoche de Sibson sans péricardite avec autopsie. — Loumeau : Prostatectomie périnéale par la méthode de Young. — (N° 31, 30 juillet.) Sabrazès et Delaunay : Eruptions scarlatinoïdes et urticarienne successives après sérothérapie antidiphtérique sans réaction précipitante du sérum. — Raulin : Un cas de fièvre bilieuse hémoglobinurique.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 29, 20 juillet 1905.) Nœver : Considérations sur un cas de gastrosuccorrhée continue. — Pergens : L'influence de la dimension et du nombre dans la mesure de l'acuité visuelle. — Nuel : Etiologie et pathogénie de certains astigmatismes irréguliers de siège cristallinien. — (N° 30, 27 juillet.) Nuel : De la concentration moléculaire des liquides intra-oculaires à l'état normal et à l'état pathologique.

Lyon médical. — (N° 27, 2 juillet 1905.) A. Porot : Le traitement des tics par la rééducation. — (N° 28, 9 juillet.) Jules Courmont : Injections intraveineuses de sérums thérapeutiques. — Julien Tellier : Des kystes des mâchoires d'origine dentaire; étude de quelques points de leur histoire. — (N° 29, 16 juillet.) Durand et Gélibert : Pleurésie purulente diaphragmatique enkystée; thoracotomie; guérison. — Jules Tellier : Des kystes des mâchoires d'origine dentaire; étude de quelques points de leur histoire. — (N° 30, 23 juillet.) Poncet et Delore : Pylorectomie avec gastrectomie plus ou moins étendue dans le cancer de l'estomac. — (N° 31, 30 juillet.) Collet et Troullieur : Coexistence de plusieurs manifestations tuberculeuses atténuées chez un même sujet. — D'Arbois de Jubainville : Actions physiologiques des eaux de Brides et de Salins.

Revue de la tuberculose. — (N° 3, juin 1905.) Guilleminot : L'orthodiographie et le diagnostic de la tuberculose; mensuration de l'aire du cœur (fig.). — Lœper et Crouzon : Un cas de pyélonéphrite tuberculeuse (fig.). — L. Francoz : La tuberculose osseuse.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 27, 8 juillet 1905.) Brindel : Des complications auriculaires consécutives aux occlusions du conduit auditif externe. — (N° 30, 29 juillet.) Cauzard : Tumeur maligne du sinus maxillaire de nature épithéliale, nécrose du maxillaire inférieur. Diagnostic, opération.

LES TUMEURS MALIGNES

CHEZ LES INDIGÈNES MUSULMANS D'ALGÉRIE

Par le docteur J. BRAULT,
Professeur de clinique à l'École de médecine d'Alger.

A l'heure actuelle, de différents côtés, on cherche à mettre au point la question du cancer chez les aborigènes des colonies; c'est ainsi qu'il n'y a pas très longtemps, M. Scheube (1) [de Greiz] s'adressait à ses confrères exerçant dans les contrées chaudes et tropicales et leur envoyait un questionnaire, afin de recueillir des renseignements touchant cette intéressante question.

Nous devons tout d'abord faire remarquer que dans les milieux à civilisation moins avancée l'observation médicale est souvent rendue difficile par suite du manque de statistiques (2), c'est le cas pour le milieu indigène en Algérie.

Incontestablement, à mesure que l'on connaîtra mieux la pathologie de ce milieu, on y dépistera un plus grand nombre de tumeurs malignes, notamment chez les femmes qui sont peu ou mal soignées.

Les anciens auteurs qui se sont occupés de la pathologie des indigènes musulmans d'Algérie, donnent très peu de détails sur la question qui nous occupe; autrefois même, quelques-uns paraissent avoir fait de regrettables confusions entre la tuberculose, la syphilis et le cancer (3).

Il est une opinion qui est assez communément accréditée, c'est que — contrairement aux Européens qui présentent des tumeurs malignes en nombre aussi considérable et d'essence aussi variée que dans leur pays d'origine — d'une façon générale, nos indigènes semblent plus réfractaires aux néoplasies malignes.

On est même allé plus loin, c'est ainsi qu'au mois d'août 1901, le docteur Gœbel, médecin-chef de l'hôpital des diaconesses à Alexandrie (Égypte), m'écrivait qu'un professeur allemand indiquait que le *cancer se trouvait seulement chez les Européens en Algérie.*

Il me demandait mon opinion à cet égard et ajoutait que, pour son compte, en Égypte, il avait assez souvent rencontré des cancers chez des Arabes.

Non seulement nos indigènes musulmans nous montrent des tumeurs bénignes : loupes, nævi, molluscums, lipomes (4), goitres (5), etc., *mais encore ils présentent des tumeurs malignes.*

Toutefois, dans l'état actuel de nos connaissances, il faut établir des distinctions (d'ailleurs, il est toujours peu scientifique de considérer toutes les tumeurs malignes comme une seule et même maladie).

C'est ainsi qu'en consultant nos tableaux, on voit surtout figurer des épithéliomas, puis ensuite des sarcomes.

(1) Auteur du *Traité des maladies des pays chauds.*

(2) A diverses reprises nous avons attiré l'attention sur cette déplorable lacune.

(3) BERTHERAND. *Médecine et hygiène des Arabes*, p. 408.

(4) J'ai opéré notamment un volumineux lipome du crâne (région occipitale) [J. BRAULT, statistique. *Arch. prov. de chir.*, 1897].

(5) J'ai observé des goitres sur plusieurs femmes kabyles et sur une jeune indigène de Coléah.

Mais il faut tenir compte que nous donnons là des chiffres pris dans une clinique dermatologique. Autrefois, quand nous avions des services de chirurgie, nous nous sommes surtout trouvé en présence de sarcomes chez les indigènes. C'est ainsi qu'en 1894, nous avons opéré un tirailleur indigène qui présentait une localisation très rare, un sarcome primitif de l'intestin grêle (1).

Nous trouvâmes deux dilatations ampullaires de l'intestin, la plus grosse avait le volume d'une tête d'enfant et pesait 1 kilog, la plus petite pesait 700 grammes. Il s'agissait, ainsi que l'a prouvé notre examen histologique, de sarcome globo-cellulaire absolument typique.

A côté de ce fait, je dois signaler que mon collègue et ami le docteur J. Rouget, attaché alors au laboratoire de bactériologie de Constantine, a trouvé, à l'autopsie d'un tirailleur, un sarcome globo-cellulaire du petit intestin.

M. Legrain (de Bougie) a signalé la fréquence relative du sarcome chez les indigènes algériens.



FIG. 1. — Indigène. — *Sarcome globo-cellulaire du crâne.* (Cette figure a déjà été reproduite par la *Revue générale des sciences*.)

Plus récemment (1902), j'ai observé dans mon service à l'hôpital de Mustapha un Kabyle qui présentait à la fois un volumineux sarcome globo-cellulaire du crâne et une tumeur de même nature siègeant sur le tibia gauche. Je donne ici les deux photographies de ces localisations sarcomateuses (2).

En outre de ces sarcomes, nous devons dire ici

(1) Voir pour le détail et les figures, J. BRAULT. *Arch. gén. de méd.*, juillet 1895, et in Th. de CARRUS, Montpellier 1899. Dans cette thèse, faite par un de mes élèves, je faisais affirmer la fréquence relative du sarcome chez les indigènes.

(2) L'examen histologique a été pratiqué pour les deux tumeurs, sur les photographies on voit encore un pansement qui marque la place de nos biopsies.

quelques mots d'une tumeur paradoxale observée par nous en 1903 sur la plante du pied droit d'un indigène âgé de soixante-douze ans.

La tumeur avait absolument l'aspect d'un champi-

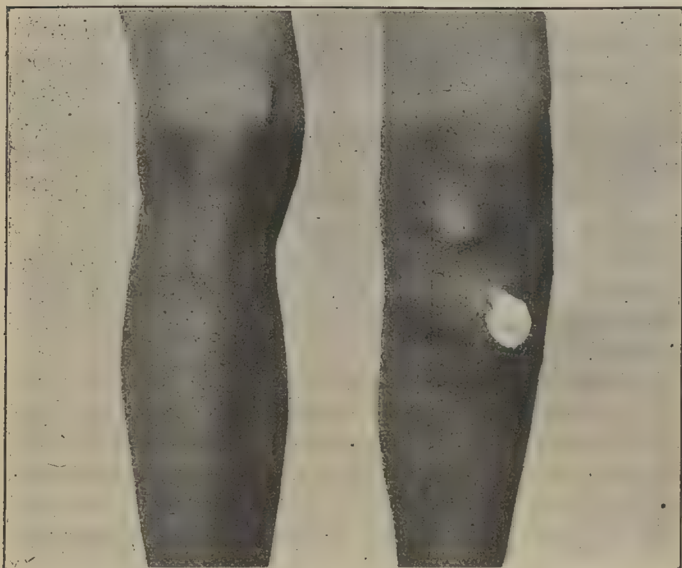


Fig. 2 (inédite). — *Sarcome du tibia gauche chez l'individu de la figure précédente.*

gnon volumineux et aurait pu être prise pour un de ces champignons botryomycosiques qu'on a voulu



Fig. 3. — *Tumeur du pied vue de face.*

naguère élever au rang d'entités morbides. Le néoplasme pesait 96 grammes, nous y avons trouvé des amas mûriformes, des microbes vulgaires, du staphylocoque blanc en particulier, il présentait nettement un chapeau et un pédicule.

Le chapeau, d'un brun violacé, montrait par ci, par là, quelques rares traînées blanchâtres, surtout sur son pourtour; c'étaient les vestiges de la couche dermo-épidermique éclatée. Au-dessus du chapeau se trouvait une rigole abritant des larves de la mouche verte, et au centre le pédicule mesurant de 3 à 4 centimètres et sensiblement égal à la moitié de la partie renflée du champignon.

Les coupes histologiques du chapeau examinées par nous, mais également soumises à de nombreux maîtres en histologie, ont été reconnues pour appartenir à un *sarcome mélanique à cellules fusiformes*.

Toutefois, le pédicule *était exclusivement fibreux*, très peu vasculaire et marquait bien la marche du néoplasme vers une *guérison spontanée*, assurément étrange pour un néoplasme de cette nature.

Ajoutons que la guérison définitive a été obtenue par une simple abrasion du pédicule à l'aide du thermo-cautère.

Dans le tableau qui est annexé à la suite de notre travail, on trouve 13 épithéliomas : 1 épithélioma de la langue, 2 de la verge et 8 de la face; en dehors



Fig. 4 (inédite). — Indigène. — *Épithélioma ayant détruit une grande partie du nez* (diagnostic vérifié histologiquement).

d'un cas sans désignation précise, 3 fois l'affection siégeait sur la joue, 2 fois aux lèvres et 3 fois au nez.

Nous donnons ici la photographie d'un indigène qui était entré dans le service pour syphilis et que nous avons reconnu atteint d'épithéliome après biopsie dûment examinée (1).

(1) Le traitement antisyphilitique intensif et prolongé n'avait d'ailleurs produit aucune amélioration.

Statistique des cancers chez les indigènes musulmans soignés à la clinique des maladies syphilitiques et cutanées (1894-1904).

ANNÉES	ÉPITHÉLIOMAS				SARCOMES	AUTRES CANCERS sans désignation nette.	TOTAUX.
	LANGUE	FACE	VERGE	Sans renseignements sur la localisation.			
1895...	1	»	»	»	»	»	1
1896...	»	»	1	»	»	»	1
1897...	»	1 (lèvre inférieure).	»	»	»	1 (sans renseignements sur la localisation).	2
1898...	»	1 (joue droite).	1	»	»	»	2
1899...	»	1 (nez)	»	»	»	»	1
1900...	»	1 (lèvre supérieure). 1 (joue gauche). 1 (face).	»	2	»	»	5
1901...	»	1 (joue).	»	»	»	»	1
1902...	»	»	»	»	1 crâne } même 1 jambe } sujet.	»	1
1903...	»	»	»	»	1 (plante du pied).	»	1
1904...	»	1 (nez)	»	»	»	»	1
Totaux.	1	8	2	2	2	1	16
	13 (1)				3		

(1) En outre ces temps derniers (1905), on nous a envoyé pour avis un indigène porteur d'un épithélioma de la joue droite, le diagnostic a été corroboré par une biopsie, cela porte à 14 le nombre de nos cas.

Cet homme présentait une destruction très étendue de toutes les parties molles du nez, le squelette et la cloison étaient relativement très peu touchés.

Une simple remarque au sujet de ces épithéliomas, on sait que le lupus et la syphilis peuvent faire le lit à l'épithélioma, c'est là un appel qui ne peut manquer, soit du côté de la face, soit du côté du pénis, chez nos indigènes, si fréquemment atteints par ces deux affections.

Avant de clore ce mémoire, je dois attirer l'attention sur certains âges que l'on trouverait dans la nomenclature des observations, si je la plaçais sous les yeux du lecteur; on rencontre en effet, dans notre liste des épithéliomas, une personne de trente ans, une de trente-deux ans et deux de quarante ans; pour éviter tout étonnement, je tiens à dire que ces données sont très sujettes à caution, quand il s'agit d'indigènes dont on ne peut donner que l'âge présumé.

Conclusions. — Les exemples et les chiffres que nous donnons ici, montrent d'une façon indubitable que les indigènes musulmans d'Algérie paient un certain tribut au cancer et qu'ils sont tout au moins susceptibles de présenter des épithéliomas et des sarcomes dans une proportion qui pourra être déterminée plus tard.

En effet, pour ce qui est de la rareté du cancer en général, et de certains cancers en particulier (1), pour établir la chose scientifiquement, il faut attendre que la statistique soit établie d'une façon sérieuse et que les indigènes soient plus secourus au point de vue médical et montrent moins de répugnance à venir demander des soins, surtout pour leurs femmes.

(1) Je laisse aussi de côté les explications sur cette rareté : absence de l'action dépressive sur le système nerveux, végétarisme, climat, abstinence de charcuterie, etc., on sait en effet que l'on a trouvé le cancer dans d'assez fortes proportions chez les *végétariens* même *dans les pays chauds* (obs. d'Hendley aux Indes).

FORMULAIRE

URTICAIRE (AB INGESTIS)

Enfant de quatre ans (Dauchez).

1° Faire prendre à l'enfant pendant deux à trois jours de suite, à dose laxative, une à deux cuillerées à café de l'électuaire suivant :

Magnésie anglaise..........	*àâ* 5 grammes.
Soufre sublimé et lavé.......	
Crème de tartre.......	
Miel blanc..................	

2° Soumettre l'enfant à l'usage exclusif du lait. Et plus tard suspendre l'usage du poisson, des fruits, notamment des fraises;

3° Bains gélatineux (100 à 200 grammes), prolongés (vingt, trente, quarante minutes), tièdes. Evitez d'essuyer l'enfant, et attendre deux heures au moins, avant d'appliquer au pinceau (le soir de préférence) le liniment suivant :

Chloroforme pur......	2 à 4 grammes.
Teinture d'aconit......	6 —
Huile d'amandes douces.	90 —

M. s. a. — Agiter. (Usage externe.)

4° En cas d'excitation la nuit, lotions chaudes d'eau de pavots ou de décoction de tabac, suivies d'applications de la poudre suivante (très abondamment) :

Talc finement pulvérisé..	*àâ* parties égales.
Oxyde de zinc............... ..	
Fleur d'amidon chimique pure....	

On joindra avec avantage à ce traitement de l'eau alcaline légère (Vals ou Vichy), pure ou mêlée au lait (deux ou trois verres à Bordeaux par jour).

Pour prévenir le retour offensif de l'urticaire, continuer l'usage des laxatifs chaque semaine ; proscrire de l'alimentation les conserves, la charcuterie, les coquillages, le poisson de mer surtout l'été, les fraises, etc. Eviter soigneusement la suralimentation. (*Bull. génér. de thérap.*)

VARIÉTÉS

DU PROGNATHISME INFÉRIEUR

Par le docteur V. Galippe.

Dans une communication précédente (1), nous avons défini ce que nous entendions par prognathisme inférieur.

Cette malformation n'étant en aucune façon un caractère de race, nous la considérons comme un stigmate de dégénérescence.

Elle apparaît aussi bien chez les animaux à l'état de domesticité que chez l'homme. Comme chez ce dernier, elle est un indice de dégénérescence.

Le prognathisme inférieur est surtout fréquent chez les chiens et en particulier chez les dogues. Normalement, les dogues de Bordeaux et les mastiffs ne présentent point cette difformité apparaissant également chez d'autres races de chiens lorsque ceux-ci sont en voie de dégénérescence, tels, par exemple, que les chiens du Mont-Saint-Bernard.

D'une façon générale, on peut observer des cas de prognathisme inférieur dans toutes les races de chiens, mais c'est surtout chez le bull-dog que cette anomalie se montre au plus haut degré.

Depuis que par voie de sélection on a fixé ce caractère tératologique dans la race des dogues, la taille de ceux-ci a été en diminuant constamment. Le crâne est devenu globuleux, les os du nez, les prémaxillaires ont subi un arrêt de développement considérable. La mandibule s'est recourbée dans sa partie antérieure pour venir se mettre en contact avec les prémaxillaires.

En même temps, ces animaux présentent, à des degrés divers, une incurvation des membres, surtout des antérieurs.

Le système dentaire n'a plus sa formule normale et le nombre des dents va en diminuant.

On observe chez ces animaux de nombreuses anomalies surajoutées, affectant soit la voûte palatine, soit la lèvre supérieure.

Les chiens ne sont pas les seuls animaux chez lesquels la domesticité exerce son action dégénérative. Le prognathisme inférieur se rencontre également chez certaines espèces de chèvres, de cochons, chez les bovidés (bœufs nâtos), chez le cheval, bien que rarement.

La vie à l'état sauvage ne met pas complètement les animaux à l'abri de ce stigmate de dégénérescence et on l'observe, bien que moins fréquemment, chez quelques-uns d'entre eux.

Nous citerons le crocodile, le caïman, certaines espèces de poissons et, en particulier, la carpe et la morue. Le prognathisme inférieur a été rencontré chez l'orang-outang.

Ainsi que nous le signalions plus haut, le prognathisme inférieur s'accompagne fréquemment d'un raccourcissement et d'une torsion des membres, surtout des antérieurs.

Les homologies existant entre les mâchoires et les membres ont été démontrées depuis longtemps, au moins en pathologie comparée.

On n'est pas encore fixé sur les causes de ce raccourcissement et de cette incurvation des membres. On a invoqué le rachitisme intra-utérin et l'achondroplasie. Il résulte d'autre part des travaux de MM. Charrin et Le Play que les dissemblances existant dans le domaine du rachitisme et de l'achondroplasie constituent des types distincts d'un unique processus, plutôt que des entités pathologiques séparées.

M. Babès, de son côté, a émis l'hypothèse qu'il existerait, à la base du crâne, une région renfermant un centre particulier, en rapport intime avec les quatre extrémités et dont le dérangement, à une époque embryonnaire primitive, déterminerait une transformation des quatre membres dans le sens d'un excès, d'un défaut, ou d'une modification pouvant leur donner certains caractères d'une autre race ou espèce.

Nous verrons dans la suite que cette hypothèse doit être prise en sérieuse considération.

Le prognathisme inférieur n'a pas, à notre connaissance, été l'objet, chez l'homme, d'une étude systématique.

Il faudrait bien se garder de confondre le prognathisme inférieur ou mandibulaire, phénomène tératologique, avec le prognathisme normal, ou prognathisme de race étudié par les anatomistes et les anthropologistes, qui a une signification tout à fait différente et sur lequel je n'ai pas besoin d'insister ici.

Si nous pouvons suivre l'apparition, le mécanisme du prognathisme inférieur, nous sommes dans l'ignorance la plus profonde des causes primitives qui préparent ou déterminent l'apparition de cette anomalie.

Tout ce que nous savons actuellement, c'est que le prognathisme inférieur se produit surtout sous l'influence d'un rétrécissement de la base du crâne et d'une atrésie plus ou moins considérable de la voûte palatine, donnant à l'arcade dentaire supérieure une forme ogivale plus ou moins prononcée. Si cette ogivalité est assez considérable pour que la courbe parabolique décrite par le maxillaire supérieur puisse s'inscrire dans celle formée par le maxillaire inférieur, ce dernier ou étant normal, ou étant plus développé dans toutes ses dimensions, les rapports des dents et des maxillaires seront profondément modifiés, le maxillaire supérieur se trouvera en rétroversion par rapport à l'inférieur, c'est-à-dire qu'il y aura prognathisme mandibulaire, ou prognathisme inférieur.

Ce prognathisme mandibulaire se montrera d'autant plus accusé que la différence entre le diamètre transversal des deux maxillaires sera plus considérable.

Ainsi que nous le disions plus haut, le prognathisme inférieur n'a pas jusqu'ici retenu l'attention des anatomistes, aussi n'avons-nous point trouvé de crânes de prognathes inférieurs dans les diverses collections auxquelles nous nous sommes adressé.

Pour remédier à cette pénurie de documents, nous avons dû recourir à l'étude de pièces anatomiques provenant de malades, présentant au plus haut degré la malformation étudiée par nous, c'est-à-dire des acromégaliques.

L'acromégalie a été magistralement décrite et étudiée par le docteur Marie et tout récemment MM. P.-E. Launois et P. Roy ont publié, sur cette intéressante maladie, une monographie des plus complètes et des plus intéressantes.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, nº 76, 6 juillet 1905, p. 903.

C'est dans cet ouvrage que nous avons puisé tous les documents nécessaires à notre travail.

Tout d'abord, nous nous défendons de vouloir faire une généralisation prématurée. Comparer n'est pas assimiler.

A côté de nombreux éléments de différenciation existant entre les dégénérés que nous étudions et les géants, les acromégaliques, tels par exemple que la croissance continue non observée, que nous sachions, chez les premiers, il y a au moins entre eux des points de contact multiples. Comme on pourra s'en rendre compte par les exemples fournis par nous à l'appui du rapprochement que nous tentons, l'hypothèse d'une communauté d'origine entre les prognathes inférieurs et les acromégaliques méritait d'être étudiée, les uns et les autres ayant présenté des troubles plus ou moins profonds de développement à des périodes différentes de leur évolution.

En admettant, comme démontrées, les causes provocatrices invoquées actuellement du gigantisme et de l'acromégalie que l'on tend à identifier, il n'est pas absurbe de supposer qu'à côté de ces formes, pour ainsi dire parfaites, de l'acromégalie, il en existe d'autres, incomplètes, ébauchées en quelque sorte, dérivant de troubles moins profonds du système nerveux ou des organes dont le bon fonctionnement semble être en rapport étroit avec le développement de l'individu.

On est d'accord aujourd'hui pour reconnaître que les anomalies ou les difformités, soit de l'idiotie myxœdémateuse, soit de l'acromégalie, résultent de l'insuffisance fonctionnelle de certaines glandes à sécrétion interne (thyroïde, thymus, hypophyse, glandes génitales) préposées, par l'intermédiaire du système nerveux, à la régularisation harmonique des diverses parties du corps au cours du développement.

Mais, dirons-nous avec Brissaud, comme il n'est pas de limite entre l'état normal et l'état morbide, comme les frontières de la maladie sont toujours indécises, il nous a semblé que ces nouveaux types pathologiques, idiotie myxœdémateuse et acromégalie, ne représentaient que les degrés extrêmes d'états morbides entre lesquels il y avait encore place pour des formes intermédiaires, également pathologiques, quoique moins brutalement tranchées.

Comme suite à ces considérations montrant combien entre les cas extrêmes peuvent se produire des formes intermédiaires, nous ajouterons que, si l'on étudiait une à une toutes les manifestations du gigantisme, on serait surpris de les retrouver dans des cas n'ayant rien de commun, au moins en apparence, avec cette maladie. Il y a donc des causes déterminantes, d'ordre général, agissant soit simultanément, soit successivement, et provoquant des effets localisés ou généralisés.

A côté de cette exagération de croissance, de cet excès de fonction ostéogénique constituant le gigantisme, il y a place pour des anomalies de croissance localisées, parmi lesquelles on peut ranger l'accroissement exagéré du maxillaire inférieur observé chez certains individus, et en particulier dans les familles que nous avons étudiées.

Le prognathisme inférieur n'est pas le seul point de ressemblance que l'on puisse établir entre nos dégénérés et les acromégaliques. On observe presque constamment chez ces derniers un développement considérable des lèvres et surtout de l'inférieure.

Il suffira de se reporter à la nombreuse série de portraits que nous donnons dans notre ouvrage pour voir que tous, ou presque tous, offrent cette particularité.

La langue présente elle-même chez les acromégaliques un développement souvent anormal (macroglossie), rendant la prononciation très vicieuse. Louis XIII avait la langue si grosse que lorsqu'elle était sortie de la bouche il ne pouvait la rentrer qu'à l'aide des doigts. Il est probable que Charles-Quint avait également un certain degré de macroglossie.

Nous avons eu l'occasion, au cours de nos recherches, de constater les homologies existant entre le développement du maxillaire inférieur et celui du nez. Il suffira de rappeler le parti que les physiognomonistes ont tiré de l'aspect de la physionomie, chez les personnes présentant un arrêt de développement du maxillaire inférieur et un développement considérable du nez, les comparant au profil de divers animaux et plus particulièrement de certains oiseaux. J.-B. Porta, dans son livre sur la physionomie humaine, rapproche les individus atteints de cette anomalie du lévrier (1). On a noté également chez les acromégaliques un développement exagéré du nez portant aussi bien sur les os proprcs que sur les parties molles et sur les cartilages qui sont hypertrophiés. Il suffira de jeter les yeux sur les nombreux portraits que nous donnons pour se rendre compte que beaucoup de nos prognathes inférieurs ne le cèdent en rien aux acromégaliques.

Chez ces derniers, on observe souvent une atrophie des organes génitaux. De notre côté nous avons signalé, plus d'une fois, de semblables anomalies chez les personnages que nous avons étudiés. Si quelques-uns étaient, par ce fait, complètement impuissants, beaucoup se sont montrés stériles. Les acromégaliques sont généralement fort peu intelligents. Dans les familles qui ont servi de base à nos recherches, nous avons fréquemment rencontré des individus mal doués au point de vue intellectuel et se tenant sur les confins de l'idiotie. Bien entendu, nous ne parlons pas des aliénés si nombreux signalés dans les familles souveraines.

L'exorbitisme a été rarement constaté chez les acromégaliques; il est, au contraire, assez fréquent chez les prognathes inférieurs. Les premiers, comme les seconds, montrent des anomalies du pavillon de l'oreille et en particulier de l'hypertrophie.

C'est surtout la forme du maxillaire inférieur qui, aussi bien chez les acromégaliques que chez les prognathes inférieurs, confère à la physionomie un caractère tout à fait spécial et qui ne saurait tromper un œil averti.

Chez les acromégaliques, l'accroissement du maxillaire inférieur semble se faire surtout dans la région horizontale, de sorte qu'il se forme un bourrelet osseux mentonnier. La hauteur du maxillaire inférieur augmente proportionnellement. Il y a une véritable hypertrophie de cet os.

Pour ce qui regarde les prognathes inférieurs que nous appellerons accidentels, c'est-à-dire chez lesquels l'hérédité de cette anomalie n'est point fixée depuis longtemps, la difformité n'apparaît guère qu'avec la seconde dentition, s'accuse plus ou moins et reste stationnaire. Au contraire, chez les individus qui ont reçu cette anomalie de leurs ancêtres par hérédité homotypique, le prognathisme inférieur est en quelque sorte congénital, ou tout au moins se montre de très bonne heure, s'accentuant avec l'âge, ce qui permet de croire que dans ce cas le maxillaire inférieur a continué de s'accroître pendant un certain temps, indépendamment des autres os du squelette.

Chez les prognathes inférieurs, l'angle formé par la branche

---

(1) La première édition du livre de J.-B. Porta : *Della fisonomia dell' uomo*, libri VI, Napoli, in-folio, est de 1610, et non de 1586, comme je l'ai indiqué par erreur.

montante du maxillaire inférieur et la portion horizontale de cet os a une tendance à s'ouvrir, c'est-à-dire à devenir obtus. Chez les acromégaliques, cet angle a une propension marquée à disparaître complètement et les deux parties du maxillaire inférieur forment une courbe presque parfaite.

Cette forme arrondie du maxillaire inférieur, cette hauteur considérable de la symphyse mentonnière, caractérisent au plus haut degré la plupart des portraits que nous avons donnés (1).

Ce qui frappe encore dans l'examen des crânes acromégaliques, c'est leur étroitesse et leur développement dans le sens vertical, la voûte palatine est généralement profonde et affecte la forme ogivale ou triangulaire. Ce sont là, comme nous l'avons dit dans notre récente communication à l'Académie, des conditions très favorables à la production du prognathisme inférieur, conditions qui constituent en quelque sorte la caractéristique physionomique des Habsbourg.

Les végétations adénoïdes ont été quelquefois signalées chez les acromégaliques; très fréquentes chez les prognathes inférieurs, elles constituent, à notre avis, une anomalie surajoutée. Ce type adénoïdien se répète à des intervalles variables dans toutes les familles souveraines avec des caractères tellement comparables que les portraits, question de costume à part, sont pour ainsi dire superposables (2).

Nous sommes dans une ignorance si profonde des causes primordiales régissant le mode de production et le mécanisme intime des anomalies, en particulier du prognathisme inférieur, que nous avons pensé faire œuvre utile en établissant les points de contact existant entre les acromégaliques et les prognathes inférieurs.

Les premiers, au point de vue de la dégénérescence, occupent le sommet de l'échelle et sont très différents des sujets que nous avons étudiés. Sans vouloir faire d'assimilation, nous avons cru qu'il serait intéressant de montrer qu'avec un coefficient d'atténuation considérable, on rencontrait chez nos dégénérés bon nombre de particularités signalées chez les acromégaliques, en admettant même que chez les uns et chez les autres les causes de la dégénérescence soient différentes. C'est ouvrir, par rapprochement et par comparaison, de nouvelles voies aux recherches qui ne manqueront pas de se produire dans l'avenir.

(1) Il faut avoir étudié l'immense collection des portraits de Marie-Antoinette, comme nous l'avons fait, pour se convaincre à quel point les artistes, peintres, graveurs, sculpteurs, mus par un même désir de flatterie, ont pu décaractériser les traits de l'infortunée reine. Le plus grand nombre d'entre eux semblent s'être ligués pour faire perdre à cette archiduchesse d'Autriche son type familial et ils y ont si bien réussi que beaucoup de personnes, n'ayant pas fait de l'iconographie de Marie-Antoinette une étude attentive, se figurent qu'elle n'avait pas de prognathisme inférieur! En dépit de toutes les tricheries employées, il restait cependant toujours quelque chose de sa conformation cranienne et de la hauteur de la symphyse mentonnière. Outre le témoignage si précieux de Chateaubriand, nous possédons le buste de Pajou, les portraits de Boze, de Boizot, de Wertmüller, sans oublier le croquis tragique de David montrant Marie-Antoinette sur la charette qui la conduisait à la guillotine. L'imagerie royaliste ne vaut pas mieux que l'imagerie napoléonienne : toutes les deux ont déformé et Marie-Antoinette et Marie-Louise.

(2) Philippe le Beau avait le facies adénoïdien. Ses deux fils, Charles-Quint et Ferdinand, qui se ressemblaient beaucoup entre eux, possédaient ce même caractère.

Le fils de Charles-Quint, Philippe II, avait également la bouche béante.

ANALYSES

MEDECINE

Les hémorragies sous-arachnoïdiennes et le mécanisme de l'hématolyse en général. (G. Froin. Th. de Paris, 1905; G. Steinheil, édit.) — M. Froin n'est pas un inconnu pour les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux*. A maintes reprises, il a eu l'occasion de traiter ici même la question dont il nous donne aujourd'hui une remarquable étude d'ensemble.

Souvent diffuses, beaucoup plus fréquentes qu'on ne le pensait avant la ponction lombaire, surtout à la suite des traumatismes cranio-vertébraux, les *hémorragies sous-arachnoïdiennes* se caractérisent surtout par des contractures, du signe de Kernig, des parésies transitoires avec signe de Babinski, de la fièvre. L'ictère comateux y est rare ou peu accusé. Des troubles cérébraux très profonds et persistants permettront d'incriminer une lésion cérébrale ou une compression grave des centres nerveux.

Le sang épanché dans les espaces sous-arachnoïdiens se divise en deux portions : une qui se coagule, c'est l'hématome fibrineux; une, purement hématique, diluée dans le liquide céphalo-rachidien, c'est l'hématome liquide. Aussi la ponction lombaire, en permettant de retirer un liquide hémorragique non fibrineux assure-t-elle le diagnostic, en même temps qu'elle exerce une action thérapeutique très favorable sur la maladie. Rappelons enfin que les hémorragies sous-arachnoïdiennes guérissent habituellement, à moins qu'elles ne soient extrêmement abondantes, ou encore à moins qu'elles ne soient la conséquence d'une hémorragie cérébrale.

Quel est le *mécanisme de l'hématolyse?* Lorsque, dans le foyer hémorragique quelconque, la destruction des hématies atteint son acmé, les polynucléaires neutrophiles, les grands éléments uninucléés et les hémato-macrophages sont très abondants. Le liquide est jaune, jaune rosâtre ou jaune verdâtre.

Les neutrophiles et les grands mononucléaires ne viennent jamais dans le foyer sanguin sans être accompagnés de lymphocytes et d'éosinophiles. Chacune de ces cinq variétés d'éléments cellulaires joue un rôle dans l'hématolyse. La cellule endothéliale, transformée en macrophage, se charge de l'exode du plus grand nombre des hématies à travers les voies lymphatiques, le lymphocyte sensibilise le globule rouge et crée le globulolyse. Le neutrophile réalise l'hémo-globinolyse, tandis que les grands éléments uninucléés réalisent les transformations pigmentaires, enfin l'éosinophile vient préserver le globule rouge contre le globulolyse.

Le travail hématolytique met donc en jeu des forces très variées : à la cellule endothéliale est dévolu un rôle mécanique, aux poly et mononucléaires un rôle chimique, aux lymphocytes un rôle physique de désorganisation, à l'éosinophile une fonction de consolidation de l'architecture globulaire.

L. BABONNEIX.

THÉRAPEUTIQUE

Cactus grandiflorus. (Ellingwood. *Med. Rec.*, 3 juin 1905.) — L'extrait fluide de la tige et des fleurs du cactus grandiflorus, plante fleurissant la nuit et originaire des Indes occidentales et du Mexique, a une influence directe sur le système du grand sympathique. C'est le tonique cardiaque par excellence; il agit en augmentant le tonus nerveux et en améliorant la nutrition du cœur. L'*atonicité* est l'indication capitale de l'emploi du cactus. L'hypertonicité est la seule contre-indication.

L'auteur qui a employé le cactus pendant des années le considère comme supérieur à la digitale. Les fortes doses n'agissent pas mieux que les faibles : II à V gouttes d'extrait fluide sont parfaitement suffisantes. Le cactus semble avoir une influence sédative spéciale dans les cas où le cœur est irritable, irrégulier, faible, et qu'il y a en même temps élévation de température. Ellingwood en a retiré les meilleurs effets dans les myocardites infectieuses, les endo et péricardites, certains stades des affections valvulaires, dans la convalescence des infections et dans le cœur tabagique. F. E. GARDNER.

LIVRES NOUVEAUX

L'homme droit et l'homme gauche, au point de vue pathologique (1), par le docteur MOLLE (d'Oran).

Étudiant, dans un travail très original, et tout à fait digne d'intérêt, la façon dont se comportent respectivement, vis-à-vis des processus pathologiques, les côtés droit et gauche du corps, M. le docteur Molle cherche à préciser les lois qui président à la systématisation : 1° de certaines lésions d'origine diathésique siégeant au niveau du tégument; 2° de certaines lésions internes, d'origine infectieuse, et, particulièrement, de la tuberculose pulmonaire.

Parmi les lésions d'origine diathésique, l'auteur signale un certain nombre d'eczémas, de caries dentaires, de varices et d'ulcères variqueux, de névralgies localisés à un côté du corps, le côté le plus faible, la plupart des individus ayant les deux côtés de leur corps inégalement développés et pouvant être considérés tantôt comme des *faibles droits*, tantôt comme des *faibles gauches*.

Les infections d'origine externe peuvent être divisées en deux groupes. Dans le premier, l'on peut ranger les infections dues aux micro-organismes des suppurations banales : les localisations dues à ce genre d'agents infectieux, étant presque toujours sous la dépendance de causes extrinsèques multiples, échappent à toute systématisation. Dans le second groupe rentrent certaines infections spontanées, telles que les tuberculoses chirurgicales, desquelles on peut rapprocher les néoplasmes. Eh bien! les 65 cas de tuberculoses articulaires observés par M. Molle siégeaient tous sur le côté faible du sujet; de même les 22 cas de tuberculose testiculaire; de même encore les 16 cas de cancers du sein.

Mêmes constatations pour les infections internes, et, particulièrement, pour la tuberculose pulmonaire, dans le développement de laquelle les troubles nerveux interviennent assurément (Mays), et au sujet de laquelle l'auteur émet les lois suivantes :

1° Chez les sujets « faibles gauches » l'envahissement bacillaire semble se porter concurremment sur deux régions bien différenciées des sommets, qui sont : d'une part, le « pôle antérieur (2) » gauche, et, de l'autre, le « pôle postérieur » droit.

Chez les sujets « faibles droits » la distribution de ces régions est inversée, à savoir que c'est le « pôle antérieur » droit et le « pôle postérieur » gauche qui sont frappés.

2° Il n'est pas toujours possible d'établir par des moyens stéthoscopiques la preuve effective de l'apparition simultanée de cette double lésion : toutefois, une pression digitale un peu vigoureuse effectuée au niveau du revêtement musculo-cutané des deux régions sus-indiquées, indiquait une sensibilité fortement exagérée à leur niveau relativement à celle de leurs congénères opposées, et cela dès les premiers jours de la tuberculisation.

3° Chacun de ces deux foyers une fois établi, est le point de départ des processus tuberculeux dans son sommet respectif.

4° L'évolution ultérieure de ces lésions fondamentales peut être rattachée à l'un des trois cas suivants :

Premier cas. — Les poussées congestives alternent régulièrement d'un foyer à l'autre, à intervalles plus ou moins rapprochés, de telle sorte que leur importance s'accroît parallèlement. On peut, dans ce cas, affirmer une marche rapide de l'affection.

Deuxième cas. — Un des deux foyers accapare pour son compte la majeure partie des phénomènes congestifs, de telle sorte qu'une des lésions est fortement en avance quant à son étendue, sur sa congénère opposée, qui, toutefois, reste nettement appréciable.

On a affaire alors à une forme grave, mais incomparablement moins rapide que la précédente.

Troisième cas. — Un seul foyer est en activité, le foyer du pôle congénère opposé restant silencieux, à telle enseigne que, à part le résultat de l'exploration manuelle du revêtement musculo-cutané, aucun symptôme n'a pu être décelé à son niveau.

On peut prévoir dans ce cas, une forme chronique avec fréquentes rémissions et survie parfois considérable.

D'une façon générale celui des deux foyers qui affecte une intensité prédominante ou exclusive siège indistinctement à droite ou à gauche à son pôle respectif; le « côté faible » ne semblant pas le fournir plus souvent que le « côté fort ». Toutefois, lorsque la tuberculose se développe chez des alcooliques et des surmenés, elle commence de préférence du côté droit (Lancereaux).

Ces résultats, s'ils sont présentés d'une façon un peu nouvelle, ne diffèrent guère des données depuis longtemps admises par les auteurs; ils concordent plus particulièrement avec les faits observés par Trousseau, Peter, Marfan, Ribard. Ils expliquent également que les tuberculeux recherchent toujours, pour le sommeil, le décubitus latéral du côté opposé au côté hyperesthésié, et peuvent être interprétés vraisemblablement, s'il est vrai que la tuberculose pulmonaire est d'origine neuro-centrale, par un entrecroisement des nerfs vagues :

« Il semble actuellement démontré que les filets du vague subissent un entrecroisement au niveau des plexus pulmonaires, de telle sorte que, par exemple, le pneumogastrique gauche distribuera ses éléments nerveux à la fois aux deux poumons. Or, nous avons soutenu que, d'une façon presque constante, il était possible de déceler l'existence d'une inégalité entre le système nerveux trophique de l'homme droit et celui de l'homme gauche, inégalité dont le sens varie suivant les individus. Il paraît donc très naturel que, si l'un des deux vagues est inférieur en résistance à son congénère, cette infériorité devra, suivant les rameaux de ce nerf qui auront subi une décussation médiane, pénétrer dans le territoire pulmonaire opposé. »

Ainsi s'explique peut-être le rôle si obscur du terrain. Cette curieuse hypothèse ne pourrait-elle, d'ailleurs, s'appliquer à l'hystérie, qui ne serait plus « qu'une extension anormale, dans le domaine sensitif et psychique, d'un état de déséquilibre devenu presque normal dans le système tropho-neurotique »? L. BABONNEIX.

(1) In-8°. — Paris, Maloine

(2) L'auteur désigne par *pôle antérieur* la fosse sous-claviculaire, par *pôle postérieur* la fosse sous-épineuse.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

CANCER DE L'ŒSOPHAGE [1]

SYMPTOMATOLOGIE. — **Troubles fonctionnels.** — I. DYSPHAGIE. — C'est le plus précoce et le plus important des symptômes fonctionnels. Elle porte d'abord sur les aliments solides, que le malade met de plus en plus longtemps à avaler; puis les liquides, à leur tour, ne sont plus déglutis que difficilement et un moment vient où plusieurs heures s'écoulent sans que le malade puisse absorber le moindre aliment. La dysphagie peut débuter brusquement; le plus souvent, elle est graduelle et progressive; continue, elle est aggravée par des paroxysmes : « C'est l'élément spasmodique joint à l'élément organique » (Béhier); elle diminue quelquefois aux dernières phases de la maladie, soit qu'une partie de la tumeur qui obstruait l'œsophage s'élimine, soit que le spasme rétrocède spontanément. Pour les détails v. Béhier (2), dont la description est restée classique.

Les RÉGURGITATIONS, déjà notées par de Haën, se produisent tout de suite ou longtemps après le repas, selon le siège de la sténose cancéreuse : elles consistent soit en matières alimentaires non digérées, mélangées de mucus, et quelquefois striées de sang, soit en mucosités abondantes (*vomiques de mucosité*, Dieulafoy).

Les DOULEURS localisées à la lésion sont très variables : tantôt elles sont si atténuées qu'il ne s'agit que de simple gêne, tantôt, au contraire, elles sont intenses, et consistent : α. ou en douleurs vives, irradiantes en divers sens (bras, cou, face, région épigastrique); β. ou en douleurs sourdes, plus accusées la nuit (Ziemmsen), réveillées par la déglutition, l'effort, les émotions, etc., localisées soit au dos, soit au sternum, soit à la région épigastrique, soit encore aux régions latérales du thorax : elles simulent alors une névralgie intercostale (Grisolle).

La SALIVATION, notée par les anciens auteurs, a été récemment signalée (*réflexe œsophago-salivaire*, Antony).

La FÉTIDITÉ DE L'HALEINE (J. Franck) ne présente pas grande valeur diagnostique.

II. Aux troubles fonctionnels précédents, qui peuvent s'expliquer par la *lésion œsophagienne elle-même*, il faut ajouter ceux qui résultent de la *compression des organes voisins*.

COMPRESSIONS NERVEUSES. — La compression du *pneumogastrique* se traduit α. par une toux quinteuse, violente, survenant par accès, mais sans reprise, ni expectoration filante (*toux coqueluchoïde*); β. par des *vomissements*, survenant après la toux; γ. par de la *dyspnée*; δ. des accès *pseudo-angineux*; ε. des *modifications du pouls* (tachy ou bradycardie selon qu'il y a paralysie ou excitation). On lui a encore attribué les *affections pleuro-pulmonaires* que l'on observe parfois au cours du cancer de l'œsophage : *pleurésies et pneumonies* (Desnos); *gangrène pulmonaire*, *tuberculose*, etc.

La *compression du récurrent* porte sur le récurrent gauche si le cancer siège vers le rétrécissement aortique; elle est bilatérale, s'il siège au tiers supérieur ou si elle est due à une adénopathie (Genty); elle donne lieu à des symptômes excessivement importants. Le récurrent innervant les adducteurs de la glotte (crico-aryténoïdien latéral, thyro-aryténoïdien, ary-aryténoïdien), ses lésions se traduiront surtout par des troubles vocaux, par des *modifications du timbre de la voix*. Lorsqu'un seul récurrent est lésé, la voix est *bitonale* (Russel, Jaccoud), ce qui est dû à ce qu'une des cordes vocales étant spasmodiquement rapprochée de la ligne médiane (excitation du nerf) ou en étant au contraire éloignée (paralysie), tandis que l'autre se meut normalement, il y a production simultanée de deux timbres distincts. Lorsque les deux récurrents sont atteints, les cordes vocales ne peuvent plus se rapprocher, la voix est basse, éteinte, chuchotée. Dans le premier cas, l'examen laryngoscopique montre une corde vocale rapprochée ou éloignée de la ligne médiane, mais immobile; dans le second, les deux cordes vocales sont immobilisées en abduction. L'*excitation* du récurrent donne encore lieu α. à des troubles respiratoires (Krishaber) consistant en une dyspnée paroxystique, due au spasme de l'ary-aryténoïdien (d'où rétrécissement de la glotte intercartilagineuse); β. à du spasme œsophagien; sa *paralysie*, à des troubles respiratoires portant surtout sur l'inspiration (Peter).

La *compression du phrénique* explique : α. la douleur à la pression entre les deux chefs du sterno-mastoïdien; β. le hoquet; γ. le mauvais fonctionnement du diaphragme, et constitue une cause importante de dyspnée.

La *compression du grand sympathique* donne lieu : α. à des troubles trophiques et vaso-moteurs divers; β. à des troubles oculo-pupillaires.

La *compression de la moelle*, lorsque le cancer a gagné les vertèbres, se traduit par une paraplégie extrêmement douloureuse.

COMPRESSIONS VISCÉRALES. — A signaler la *compression du larynx*, d'où surtout : troubles α. vocaux et β. respiratoires (œdème de la glotte, paralysies laryngées, etc.); la *compression de la trachée et des bronches*, d'où : α. *dyspnée continue* avec accès paroxystiques; β. *cornage* [Lépine (1)]: γ. *tirage sus-sternal*; δ. *diminution du murmure vésiculaire, bi ou unilatérale* selon que la compression porte sur la trachée ou sur une bronche, etc.

COMPRESSIONS VASCULAIRES. — V. plus loin.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 84, p. 1006.

(2) *Cliniques*, Paris 1864.

(1) D'après Genty (Th. de Paris, 1883), le cornage permanent et intense serait dû à une compression trachéo-bronchique, le cornage intermittent à un spasme laryngé.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de thérapeutique, par les docteurs BOURGET, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Lausanne, et BAROW, professeur honoraire de l'Université de Lausanne. 2e édit., revue et augmentée. In-8° de 368 p. avec fig. dans le texte et 1 pl. en coul. hors texte. — Prix : broché, 10 francs; cart. toile pleine, 12 francs. — Paris, O. Doin.

Les demi-fous, le nouveau roman de Michel Corday, paraît chez Fasquelle : un beau livre plein d'audace et de pitié, qui continue avec éclat la série des peintures physiologiques qui ont assuré le haut renom de l'éminent romancier.

Atlas d'anatomie obstétricale, par le professeur J. Carbonelli, accoucheur de la Maternité de Turin; préface de M. P. Bar, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. In-4°, avec 20 pl. color. — Prix : 15 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Précis de zoologie, par le docteur Verdun, professeur de zoologie médicale et pharmaceutique à la Faculté de médecine de Lille. (Biblioth. de l'étudiant en pharm.) In-16 avec 424 fig. — Prix : 7 francs. — Paris, A. Maloine.

Traitement de l'entérite muco-membraneuse, par le docteur A. Combe, professeur de clinique infantile à la Faculté de médecine de Lausanne. In-18 de 272 p., avec 4 pl. color. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Voyage d'études médicales aux stations thermales du centre de la France, par L. Dejace, rédacteur en chef du *Scalpel*. — Liège, 1904.

Les énigmes de l'univers, par Ernest Hæckel (édition populaire). In-8° écu, de 460 p. — Prix : 2 francs. — Paris, Schleicher frères et Cie.

Malaises et souffrances des femmes. Conseils pratiques sur les maladies des femmes, par le docteur Léon Archambault. In-18 avec 19 fig. — Prix : 1 franc. — Paris, Vigot frères.

L'art d'élever le nouveau-né, par le docteur Magnus. Septième édition. In-16 de 192 p. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Poinat.

L'œuvre de l'abbé Bourgeois (1819-1878). L'homme tertiaire de Thenay, par le docteur François Houssay. In-8°. — Paris, Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 88. — SAMEDI 5 AOUT 1905. 78e ANNÉE. SAMEDI 5 AOUT 1905. — N° 88.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Étudiants.*
S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Le colotyphus, par M. J. Bertier.
FORMULAIRE
Contre la pelade.
LIVRES NOUVEAUX
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Nimes. — Un concours pour des places d'élèves internes sera ouvert le mercredi 6 décembre prochain.

Les candidats devront se faire inscrire avant le 15 novembre, au secrétariat des hospices.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Clermont. — Un concours s'ouvrira le 12 février 1906 devant la Faculté de médecine de Toulouse, pour l'emploi de suppléant des chaires de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de médecine de Clermont.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

GUERRE. — M. le médecin-inspecteur Chavasse, directeur du service de santé du 1er corps d'armée, est nommé, tout en conservant ses fonctions actuelles, membre du comité technique de santé, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Billet, promu et appelé à un autre emploi.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Par arrêté du ministre de l'Intérieur en date du 29 juillet 1905, il a été attribué, pour services exceptionnels rendus à l'Assistance publique, en Algérie, les récompenses ci-après :

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Susini, médecin de colonisation à Berrouaghia, et Domergue, médecin de colonisation à Michelet.

XVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE (Lisbonne, 19-26 avril 1906). — Les travaux d'organisation du futur Congrès international se poursuivent très activement. Nous pouvons annoncer la prochaine publication du sixième numéro du *Bulletin officiel* que publie le secrétariat général, et qui accuse un chiffre total de 233 rapports officiels. De ceux-ci, quelques-uns sont déjà parvenus au secrétariat qui, fidèle à son programme, a déjà mis main à leur impression.

Aussi les communications libres commencent à affluer : 68 en sont annoncées jusqu'à ce jour.

Différentes assemblées générales seront consacrées à des conférences scientifiques pour lesquelles sont inscrits les noms suivants :

Sir Patrick Manson; professeur Brissaud : « Sur l'infantilisme; » professeur von Bergmann : « Les problèmes de la chirurgie moderne; » José Maria Esquerdo; P. Aaser : « Les rapports des maladies infectieuses aiguës avec la tuberculose; » professeur Azevedo Sodré : « La pathologie dans les régions tropicales; » professeur prince Jean Tarchanoff : « Le radium en biologie et en médecine ou l'organothérapie de nos jours; » professeur Reclus : « Les anesthésiques locaux. » D'autres acceptations sont attendues.

Des comités nationaux de propagande se sont constitués dans les pays suivants : Allemagne, Autriche-Hongrie (Autriche, Bohême, Bosnie-Herzégovine, Pologne, Hongrie, Croatie et Slavonie), Belgique, Brésil, Bulgarie, Chili, Colombie, Cuba, Danemark, Espagne, États-Unis, France, Grande-Bretagne et Irlande, Australie, Grèce, Haïti, Mexique, Norwège, Pays-Bas, Pérou, Russie, Santo Domingo, Serbie, Suède, Suisse, Turquie, Égypte, Uruguay et Vénézuela.

Le *Bulletin officiel* sera envoyé gratuitement à tout médecin qui en fera la demande au secrétaire général, M. le professeur Miguel Bombarda.

STATISTIQUE. — Le service de statistique a compté, pendant la trentième semaine, 875 décès, au lieu de 809 pendant la semaine précédente (moyenne 926).

La fièvre typhoïde a causé 2 décès (moyenne 7). Le nombre des cas nouveaux est de 29 (moyenne 47).

La variole a causé 9 décès, au lieu de 2 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 97 au lieu de 33 pendant la semaine précédente et de la moyenne 21.

La rougeole a causé 12 décès (moyenne 17); la scarlatine, 1 décès (moyenne 4); la coqueluche, 10 décès (moyenne 6); la diphtérie, 1 décès (moyenne 9).

La diarrhée infantile a causé 110 décès de 0 à 1 an, au lieu de 78 pendant la semaine précédente (moyenne 83). On ne saurait donc trop recommander aux familles de veiller avec la plus vigilante attention à l'alimentation des jeunes enfants.

En outre, 17 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 81 décès, au lieu de 73 pendant la semaine précédente (moyenne 109). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 6 décès (moyenne 7); bronchite chronique, 9 (moyenne 13); pneumonie, 8 (moyenne 23); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 58 (moyenne 66), dont 29 sont dus à la congestion pulmonaire et 22 à la broncho-pneumonie.

La phtisie pulmonaire a causé 179 décès; la méningite tuberculeuse, 11; la méningite simple, 22, dont 1 décès a été attribué à la méningite cérébro-spinale (hôpital Saint-Louis); les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 17 décès.

INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE. — L'Institut de médecine coloniale, qui est rattaché à la Faculté de médecine de Paris, a été créé pour donner aux médecins français un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales.

Les cours durent environ deux mois et demi.

La session de 1905 commencera le 9 octobre et sera terminée vers la fin de décembre.

INSCRIPTIONS. — Peuvent s'inscrire les étudiants pourvus de 16 inscriptions, et les docteurs en médecine français et étrangers.

DIPLÔME. — A la fin des cours de la session, les étudiants subissent un examen et obtiennent un diplôme.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES. — L'enseignement théorique et les démonstrations de laboratoire sont donnés à la Faculté de médecine (École pratique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine), dans les laboratoires suivants : Pathologie expérimentale et comparée, Parasitologie, Hygiène.

L'enseignement clinique est donné à l'hôpital d'Auteuil (hôpital des Dames françaises), 93, rue Michel-Ange.

L'enseignement théorique et de laboratoire a lieu dans l'après-midi, tous les jours de la semaine, sauf le lundi, à l'Ecole pratique; l'enseignement clinique, deux fois par semaine, le matin à dix heures, à l'hôpital d'Auteuil.

PROGRAMME DES COURS. — I. *Technique bactériologique et hématologique*, par M. le professeur Roger (15 leçons et démonstrations pratiques). Stérilisation. Milieux de culture. Méthodes de coloration. Méthodes de culture. Analyse de l'eau, du sol, des poussières, du sang, etc. Analyse des matières fécales.

Dans ces leçons et dans les démonstrations pratiques qui y font immédiatement suite, les élèves sont mis au courant des méthodes les plus récentes de l'examen et des colorations du sang, ainsi que de toute la technique bactériologique avec ses applications particulières aux maladies tropicales.

II. *Parasitologie*, par M. le professeur Blanchard (21 leçons et démonstrations pratiques). Parasites animaux. Examen du sang de l'homme et des animaux. Analyse des matières fécales. Parasites du sang. Fièvres palustres. Filaires. Bilharzia. Nématodes. Cestodes, etc. Animaux venimeux. Parasites végétaux. Mycosis.

III. *Chirurgie des pays chauds*, par M. le professeur Le Dentu et M. Morestin, agrégé, chargé du cours (6 leçons à l'amphithéâtre du laboratoire de pathologie expérimentale et comparée).

I. Considérations générales. Les hépatites. — II. Traitement chirurgical des hépatites. — III. La rate paludique (hypertrophie, inflammation, abcès, ruptures). Lésions chirurgicales de la filariose. — IV. Lésions chirurgicales de la filariose (*suite*). La bilharziose. Le ver de Médine. — V. L'éléphantiasis des Arabes. — VI. Bubon d'Orient. Aïnhum. Gangrène du rectum. La conservation des appareils et des instruments dans les pays chauds.

IV. *Maladies des yeux dans les pays chauds* (4 leçons), par M. le professeur de Lapersonne (à l'Hôtel-Dieu).

I. Ophtalmies. — II. Manifestations oculaires de la lèpre, de la variole, etc. Irido-choroïdites infectieuses. — III. Héméralopies. Les amblyopies topiques. — IV. Des soins urgents dans les traumatismes de l'œil. Hygiène de l'œil dans les pays chauds.

V. *Épidémiologie exotique*, par M. le professeur Chantemesse (7 leçons et exercices pratiques).

I. Prophylaxie de la peste, du choléra, de la fièvre jaune, de la dysenterie épidémique, de la fièvre typhoïde (4 leçons). — II. Hygiène à bord (1 leçon). — III. Désinfection (2 leçons).

VI. *Pathologie et hygiène tropicales*. — M. Wurtz, agrégé, chargé de cours. — *Pathologie exotique* (17 leçons). Peste. Fièvre jaune. Choléra. Dysenterie. Diarrhée des pays chauds. Fièvre de Malte. Fièvre récurrente. Fièvres paludéennes. Fièvre hémoglobinurique. Filariose. Bilharziose. Dracunculose. Lèpre (distribution géographique et bactériologie). Béribéri. Aïnhum. Verruga. Pied de Madura. Maladie du sommeil. Fièvre japonaise de rivière, etc.

Hygiène tropicale (10 leçons, 3 de ces leçons seront consacrées aux maladies pestilentielles envisagées au point de vue des médecins maritimes); 20 exercices de *diagnostic bactériologique* appliqués aux maladies tropicales (laboratoire d'hygiène).

VII. *Affections de la peau*, par M. le professeur Gaucher; 8 leçons de *dermatologie tropicale*, 4 leçons par M. le professeur Gaucher : Lèpre. Boutons d'Orient. Ulcères des pays chauds; 4 leçons par M. Jeanselme, agrégé.

Syphilis exotique. Pian ou Frambœsia. Dermatomycoses exotiques : Tokelau; Caratés. Dermatoses produites par des parasites animaux. Hygiène de la peau sous les tropiques. Technique historique et bactério-clinique appliquée à l'étude des maladies cutanées.

La première leçon (par M. le professeur Gaucher) aura lieu le mercredi 18 octobre, à dix heures du matin, à l'hôpital Saint-Louis (amphithéâtre de la clinique).

Les quatre leçons de M. Jeanselme auront lieu à l'hôpital Saint-Louis (salle des conférences du laboratoire municipal).

DROITS A VERSER. — Un droit d'immatriculation, 20 francs. Un droit de bibliothèque, 10 francs. Un droit de laboratoire, 150 francs. Deux examens, gratuits.

CONDITIONS D'ADMISSION. — Envoyer les demandes, par écrit, au doyen de la Faculté de médecine, et pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1). Les titres et diplômes et, de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance, devront être produits au moment de l'inscription.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fête de l'Assomption*. — A l'occasion de la fête de l'Assomption, les coupons de retour des billets d'aller et retour, délivrés à partir du 11 août, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 21 août 1905.

REVUE GÉNÉRALE

LE COLOTYPHUS

Par J. BERTIER,
Interne des hôpitaux de Lyon.

I

Synonymie. — Le mot de coléotyphus employé par les anciens auteurs a été remplacé généralement par celui de colotyphus. Comme l'ont fait remarquer avec raison M. Laveran (58) et MM. Devic et Roux (66), cette dénomination peut prêter à confusion et elle devrait céder la place à celle, plus claire, de colotyphoïde, proposée par ces derniers auteurs; elle a d'ailleurs été employée quelquefois, depuis 1895 [Letulle (75), Barjon et Bertier (89), Nugue (88)]. Nous conserverons le nom de colotyphus que l'usage a fait prévaloir.

Les auteurs allemands ont créé le mot d'iléocolotyphus qui donne une représentation plus exacte des lésions anatomiques.

II

Définition. — On doit donner le nom de colotyphus à une affection caractérisée anatomiquement par des lésions manifestement typhiques des côlons et du rectum, dépassant notablement en nombre et souvent en intensité celles de l'intestin grêle qui sont ordinairement discrètes. Cliniquement, cette affection évolue tantôt primitivement sous la forme d'une fièvre typhoïde grave d'emblée et à symptômes particuliers, tantôt comme une complication de la période d'état ou de la convalescence d'une dothiénentérie classique jusque-là.

III

Historique. — Avant Monneret et Fleury, les auteurs ne parlent de cette affection que de façon incidente. Morgagni en 1760 (1) cite les lésions du gros intestin au cours des fièvres. Deux ans plus tard, Rœderer et Wogler (2) racontent l'histoire de l'épidémie qu'ils purent observer à Gœttingen, à laquelle ils donnèrent le nom de maladie muqueuse et qui pour Murchison (32) n'est qu'une association de typhus et de dysenterie. Ils virent bien la localisation initiale des lésions sur les follicules clos du gros intestin; c'est là qu'elles sont signalées pour la première fois.

Ensuite vers 1840, viennent quelques observations de Grisolle (8), Andral (4), Louis (5) qu'on peut nettement rapporter à l'affection qui nous occupe.

Monneret et Fleury (12), dans le *Compendium de médecine*, donnent la première étude séméiologique de la maladie en insistant sur les caractères des selles, symptôme capital.

Mais il faut arriver pour en trouver une étude importante à Leudet qui, dans différentes publications, à partir de 1853 (13), expose ses cas personnels recueillis à l'Hôtel-Dieu de Rouen et à Paris dans les services de Chomel, Louis, Gendrin, Rayer. Tous ses travaux sont résumés dans un mémoire, communiqué dès 1856 à l'Académie de médecine (15) et publié dans le *Bulletin* en 1871 (16), il est reproduit dans le tome III de ses *Cliniques* (17) publiées en 1891. Dans un chapitre intitulé : « Étude sur les ulcérations et les perforations du gros intestin consécutives à la fièvre typhoïde, » il montre la fréquence des perforations intestinales que son maître, Louis, avait niée et qu'il décrit soigneusement au point de vue anatomique et clinique.

Avant le deuxième travail important, celui de Mercier, on trouve en 1869 la statistique de Hoffmann (25) reproduite depuis par tous les auteurs, sur la fréquence relative des lésions des différents segments intestinaux au cours de la dothiénentérie, puis la thèse de Morin (26) sur les perforations typhiques.

En 1872, à propos d'un cas de mort d'un typhique avec des symptômes de rechute, à l'autopsie duquel il trouva une colite muqueuse, Cornil (29), puis Hérard et Bucquoy exposent leurs idées sur la lésion de la rechute. Ces derniers en font consister l'altération caractéristique dans l'atteinte des follicules clos, sans nouveaux phénomènes au niveau des plaques de Peyer. Ils posèrent ainsi un problème qui a été résolu de diverses façons depuis cette époque.

En 1873, Murchison (32) publie son bel ouvrage sur la fièvre typhoïde et on y trouve plusieurs observations indubitables de colotyphus.

Hutinel (42), dans sa thèse d'agrégation de 1883, fait un travail d'ensemble rempli de documents sur la convalescence et les rechutes de la fièvre typhoïde, mais la séméiologie qu'il donne de l'affection qui nous occupe paraît se rapporter à des cas d'association de fièvre typhoïde et de dysenterie.

L'article : fièvre typhoïde du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (45), par Dreyfous et Homolle, contient de nombreuses indications sur les travaux antérieurs.

Enfin en 1888, Mercier (52) dans sa thèse publie 3 cas nouveaux de Hanot et consacre une longue étude à la séméiologie de l'affection qui, à dater de ce moment, prend véritablement place dans la pathologie; c'est le deuxième travail important après celui de Leudet.

Laveran (58) en communiquant, en 1893, 3 cas personnels à la Société médicale des hôpitaux de Paris, soulève une intéressante discussion à propos de laquelle Rendu et Hanot rappellent des cas observés antérieurement par eux.

En 1895, Brouardel et Thoinot, dans leur *Traité de la fièvre typhoïde* (64) font une courte étude d'ensemble sur la question.

La même année, MM. Devic et Roux (66) publient une intéressante observation et à ce propos reprennent l'historique de l'affection qu'ils placent sur son véritable terrain en en marquant nettement les limites.

Peu après paraît l'excellente thèse de Henriot (67), faite sous l'inspiration de M. Mouisset et dans laquelle se trouvent 6 cas inédits appartenant à MM. Mouisset, Bouveret, Weill, Boisson; les symptômes et le diagnostic sont discutés dans un exposé clinique approfondi. Après Leudet et Mercier, Henriot apporte la contribution la plus importante à l'étude du colotyphus.

M. Letulle, quatre ans plus tard (75), publie 2 cas nouveaux et étudie complètement le diagnostic des ulcérations coliques.

Signalons enfin, en 1899, la thèse de Prevost-Maisonnay (76), contenant 6 cas inédits.

L'année dernière ayant pu observer à la clinique du docteur Boudet, dont nous avions l'honneur d'être l'interne, un cas de colotyphus qui inspira la thèse de Nugue (88) et dont nous avons présenté l'observation avec M. Barjon, à la Société médicale des hôpitaux de Lyon (89), nous eûmes l'idée d'écrire une Revue générale sur cette affection qui n'a jamais été étudiée dans un travail d'ensemble.

A part les travaux principaux que nous venons de citer, un certain nombre d'observations isolées ont été publiées çà et là; nous en reparlerons au cours de cette Revue et on en trouvera le détail à l'Index bibliographique.

IV

Discussion et exposé des cas, fréquence, statistiques. — Le colotyphus vrai est une maladie relativement rare. Au cours d'une dothiénentérie, le gros intestin peut, en effet, être touché par des processus pathologiques variés, quelquefois ulcératifs, mais non de nature typhique, et ces cas ne doivent pas être compris dans l'affection qui nous occupe.

On doit donc éliminer : les ulcérations tuberculeuses préexistantes à la fièvre typhoïde [Dodero (61), Sarda et Villard (60)]; les ulcérations dysentériques dont la production peut précéder, être contemporaine ou suivre celle des ulcérations typhiques [Remlinger (80)]. A plus forte raison faut-il négliger des colites muqueuses comme celle qu'a rapportée Cornil (29) qui croyait cette lésion caractéristique de la rechute, ou muco-membraneuses comme les cas décrits par Marchand (54).

D'autres affections se rapprochent peut-être plus du colotyphus, mais nous les laisserons néanmoins de côté, vu l'insuffisance des renseignements anatomiques et cliniques que nous avons sur elles : par exemple la maladie muqueuse de Rœderer et Wogler (2) que Murchison pense être une association de typhus et de dysenterie (32).

A côté de ces cas qui ne prêtent guère à discussion, il en est d'autres plus litigieux. On sait, en effet, qu'au cours de la fièvre typhoïde la valvule de Bauhin, le cæcum et son diverticule, l'appendice vermiforme, sont presque toujours touchés plus ou moins dans leurs formations lymphoïdes et qu'on y trouve fréquemment des plaques de Peyer ou des follicules ulcérés; or, ces lésions, même au cas où elles empiètent légèrement sur le côlon ascendant, n'impriment pas à l'affection une physionomie particulière et sa séméiologie ressortit toujours aux ulcérations grêles qui sont alors abondantes. Le cæcum doit, à ce point de vue, être considéré comme une simple annexe de l'iléon [Devic et Roux (1)], et ses lésions qui sont contingentes ne constituent pas le colotyphus dont la caractéristique est la *prédominance des lésions coliques* sur les lésions iléales.

Le principal intérêt des lésions cæcales et appendiculaires réside dans les péritonites par propagation ou par perforation, ordinairement localisées, véritables pérityphlites suppurées, dont le pronostic est, le plus souvent, relativement bénin.

Nous laisserons donc de côté les cas relatés par Malespine (7); les observations II, IV, V, VI, XIII, XIV de Leudet (15) où les lésions sont localisées au cæcum et accompagnées ou non de perforation, et les observations XVI et XVII du même auteur, où manque la constatation nécropsique, les malades ayant guéri; celles de Cazalis et Renaut (31) où les lésions sont trop peu étendues; les observations II, IV, V, VI, VIII, XIV de Murchison (32); celles de Gouronnec (38), sauf la XIIIe et la XVIe, empruntées à Prudhomme (22) et à Besnier (21); l'observation II de Guéneau de Mussy (46), celles de Hoppenhauser (72), de François (87) où il s'agit de lésions appendiculaires ou cæcales; celle de Siredey (43) manquant de détails ainsi que les cas signalés par Bucquoy, Hérard, Rendu à la Société médicale des hôpitaux. Enfin nous n'avons pu nous procurer celles de Galli (83).

On comprend qu'il est difficile d'avoir des statistiques sur la fréquence du colotyphus lorsque les observations ne sont pas publiées, car bien souvent les auteurs comptent dans une même catégorie toutes les lésions du gros intestin, qu'elles soient purement cæcales ou très étendues dans les côlons.

A titre de document, voici ce que l'on trouve dans les divers auteurs : Louis (5) a rencontré des lésions du gros intestin dans un tiers des cas. Dans 46 autopsies, il a vu 14 fois des lésions s'étendant au-dessous de la valvule de Bauhin, mais dans 2 cas seulement, il y avait des ulcérations coliques. Andral (4) signale 10 fois les lésions du gros intestin. Jenner (11) donne la même proportion que Louis, un tiers. Leudet (15) sur 850 autopsies de fièvre typhoïde, dont il a pu dépouiller les observations, trouve 60 fois les lésions au-dessous de l'iléon. Dans ses cas personnels, on relève 6 fois des ulcérations cæcales et coliques, 3 fois des ulcérations rectales, 1 fois des ulcérations rectales et cæcales, et enfin 1 cas dans lequel tout l'intestin était touché. Griesinger (35) a noté à Zurich 40 fois des lésions du gros intestin sur 80 cas, mais dans 19 p. 100 seulement, elles étaient importantes. A Tübingen, sur un total de 29 autopsies, il arrive à 24 p. 100. Hoffmann (25) donne la statistique suivante : sur 233 autopsies de typhiques, 94 fois le gros intestin était touché, dont 37 fois le côlon ascendant, 7 fois le côlon transverse, 4 fois le côlon descendant, 2 fois le rectum. De Cerenville (37) donne la proportion de 21 cas sur 108. Enfin Curchmann (68) a trouvé 277 cas d'ulcérations cæcales sur 577 autopsies.

De fait en recherchant dans la littérature médicale, nous sommes arrivé à un total de 63 observations suffisamment explicites dont voici le détail : Louis (5), 2 observations; Forget (6), Leudet (16), 10 observations; Besnier (21), Prudhomme (22), Chomel (23), Millies (24), Hoffmann (25), Murchison (32), 2 observations; Leppi (34), Ormerod [cité par Griesinger (36)]; Jackson (39), Sorel (40), Bourcy (41), Barth (44), Guéneau de Mussy (46), Beaudoin (50), Méry (51), Mercier (52), 2 observations; Carbonne (55),

Laveran (58), 3 observations; Meslay (62), Devic et Roux (66), Henriot (67), 6 observations : 3 de Monisset, une de Bouveret, une de Weill, une de Boisson et Simonin; Gouget et Fauquez (70), Marmasse (73), Letulle (75), 2 observations; Prévost-Maisonnay (76), 6 observations; Celos (78), Posselt (79), Bourdillon (81), Le Goïc (85, 86), 3 observations; Barjon et Bertier (89), Pater (90), Lesné et Læderich (92).

On voit, en somme que, en comparant ce nombre de 63 cas avec celui vraiment considérable d'autopsies de typhiques, on obtient un pourcentage sûrement très faible. Il est encore plus faible très probablement si on le compare non plus à la mortalité, mais à la morbidité typhique car le colotyphus est de par sa nature même, une affection qui ne doit guérir que bien rarement.

V

Anatomie pathologique. — **A. Macroscopie.** — 1° *Répartition des lésions.* — Dans le plus grand nombre des cas, les lésions s'étendent à tout le gros intestin sauf le rectum (23 cas). Ensuite, vient l'extension à tout le gros intestin, rectum partiellement compris (15 cas), puis au côlon ascendant et transverse (8 cas). Plus rarement les lésions sont limitées à un segment moins étendu : côlon transverse (3 cas), côlon ascendant (4 cas), rectum (2 cas), côlon desdendant et S iliaque (3 cas), còlon descendant (1 cas). On voit donc que généralement le colotyphus mérite bien sa dénomination et que les lésions furent localisées au rectum dans 2 cas [Leudet (16)], seulement ce qui les rendrait douteux si les plaques de Peyer n'avaient pas eu de lésions typiques entraînant la conviction, surtout si on y ajoute la scène clinique caractéristique d'une dothiénentérie.

Dans le plus grand nombre des observations, les lésions diminuent d'intensité et de nombre à mesure qu'on avance vers la terminaison du gros intestin; elles sont au maximum dans le cæcum et les còlons et deviennent de plus en plus rares vers le rectum.

2° *Evolution des lésions.* — Dans les autopsies qui furent pratiquées, tous les degrés de lésions se retrouvent, depuis la simple hyperhémie folliculaire jusqu'à la vaste ulcération ayant détruit les trois quarts de la muqueuse. On peut donc, grâce, pour ainsi dire, à des autopsies sériées, reconstituer l'histoire ou altération des follicules à leurs différents stades. Au début (stade d'infiltration, de psorentérie), ces follicules sont saillants, de la grosseur d'un fort grain de millet et soulèvent la muqueuse qui paraît semée de petits boutons durs donnant la sensation de grains de plomb au doigt qui les palpe : à la coupe, leur centre est blanchâtre, d'aspect marron cru. Cette lésion se constitue probablement dès le début apparent de l'affection, puisque Murchison (32) l'a rencontrée sur un sujet mort au troisième jour.

Lorsque l'examen des pièces est fait entre le dixième et le vingtième jour, on tombe sur un degré plus avancé : les follicules ont grossi, leur centre s'est ramolli (stade de ramollissement), puis s'est rapidement vidé dans la lumière de l'intestin et la formation lymphoïde a pris l'aspect d'une pustule ombiliquée, d'un cratère d'abord cupuliforme puis à bords taillés à pic et notablement surélevés (stade d'ulcération). Une figure du mémoire de Gouget et Fauquez (70) donne une idée nette de cette apparence. Rapidement l'escare s'agrandit, détruit tout le follicule clos qui est remplacé par une ulcération arrondie de la dimension d'un petit pois, à bords moins saillants que précédemment, non décollés, taillés à l'emporte-pièce et dont le fond est constitué d'abord par la sous-muqueuse, puis par la musculeuse. Lorsque la mort n'est pas survenue à ce stade, le processus escarifiant continue à creuser dans les deux sens, en profondeur et en surface; l'ulcération dépasse bientôt la dimension du follicule et détruit la muqueuse elle-même. Il se constitue ainsi des pertes de substance rondes, quelquefois ovalaires, à grand axe perpendiculaire à celui de l'intestin, de la dimension d'une pièce de 20 centimes, puis de cinquante centimes; finalement elles deviennent confluentes, font disparaître les ponts de muqueuse qui les séparaient, et constituent de cette façon des figures à bords policycliques. L'extension dans la profondeur détruit la sous-muqueuse, attaque les fibres musculaires et quelquefois les lésions s'arrêtent seulement au péritoine qui, à lui seul, constitue à ce niveau la paroi intestinale. Souvent, d'ailleurs, cette barrière fragile, sous une influence minime, se rompt elle-même et la perforation est constituée. On comprend donc que, suivant l'époque de l'examen, l'aspect du fond de l'ulcération est variable : pendant la période d'activité de l'ulcère, il est recouvert de débris de muqueuse nécrosée, jaune noirâtre, non flottants, puis il se déterge plus tard. Chemin faisant, le processus destructif a souvent rencontré une artériole plus ou moins importante, en a sectionné les tuniques et, de ce fait, il s'est produit une hémorragie intestinale plus ou moins grave. Nous devons ajouter que les lésions n'évoluent pas d'un bout à l'autre du gros intestin d'une façon parfaitement synchrone; ordinairement, elles sont plus avancées du côté cæcal et dans le còlon ascendant on peut trouver des ulcérations déjà constituées, tandis que les follicules des còlons transverse et descendant en sont encore au stade d'infiltration simple, comme si l'infection procédait à la façon d'un semis successif suivant le sens du cours des matières fécales. Un caractère important de ces lésions, c'est d'être atones, sans tendance à la cicatrisation; jamais on n'en a trouvé en voie de réparation, même lorsque l'autopsie a été faite très tardivement, par exemple au quatre-vingt-quatorzième jour [Murchison (32) sauf, semble-t-il, dans le cas de Posselt (79)].

3° *Lésions de l'intestin grêle.* — A côté des lésions du gros intestin dont nous venons de parler, il en existe d'autres peu étendues, de l'intestin grêle, mais fort importantes néanmoins au point de vue pathologique puisqu'elles sont pour ainsi dire la signature de la nature typhique de l'affection.

Nous devons dire un mot, auparavant, d'un petit nombre d'observations relatant des faits assez exceptionnels. Dans deux appartenant à Leudet et Murchison, il n'est pas fait mention de processus pathologique sur l'intestin grêle; mais des atteintes

minimes ont pu échapper à ces auteurs. Dans quelques autres, on a trouvé des altérations de l'intestin grêle, mais frappant uniquement les follicules clos isolés et respectant les plaques de Peyer, par exemple dans une observation de Le Goïc (86); il semble véritablement, qu'alors l'infection s'attaque d'une manière élective aux follicules isolés, sans toucher les follicules agminés.

Dans la grande majorité des cas, les plaques de Peyer sont lésées, mais à des degrés très variables. Tantôt l'intestin est ulcéré dans toute son étendue, de l'iléon au rectum, au niveau de toutes ses formations lymphoïdes, plaques de Peyer et follicules clos, et toutes ces lésions sont sensiblement de même âge [observation de Prévost-Maisonnay (76), Meslay (62), etc.]; tantôt on trouve des plaques de Peyer ulcérées dans l'iléon, tandis que les côlons ont des follicules seulement hyperhémiés et infiltrés [Laveran (58), etc.]; tantôt enfin, et ces cas sont de beaucoup les plus nombreux, on rencontre seulement 3 ou 4 plaques de Peyer qualifiées par les auteurs de gonflées, hyperhémiées, épaissies et plus souvent encore de déjà guéries, cicatrisées, aspect barbe fraîchement rasée. On s'explique facilement ces différences d'aspect en supposant que l'infection éberthienne se localise tout d'abord, suivant son habitude, au niveau des plaques de Peyer, puis atteint ensuite, à une époque variable, le système lymphoïde du gros intestin : si ce phénomène se produit de façon très précoce, les lésions sont sensiblement de même âge sur tout le tractus intestinal, s'il se produit à la période d'état, on rencontre des ulcérations peyériennes en activité, tandis que les follicules coliques sont seulement infiltrés, et enfin, si la localisation sur le côlon est plus tardive encore, elle se fait à un moment où les plaques de Peyer se sont cicatrisées et ont recouvré leur presque intégrité.

De fait, cette conception s'applique parfaitement aux divers aspects cliniques du colotyphus qui est tantôt une maladie d'emblée, tantôt une complication de la période d'état, tantôt une complication tardive survenant pendant la convalescence, après plusieurs jours d'apyrexie, fait qui a poussé plusieurs auteurs à publier leurs observations sous le nom de rechute.

Dans quelques cas, les faits sont plus difficiles à interpréter [par exemple celui de Bourdillon (81)]; la courte évolution ne permet pas que les plaques de Peyer aient eu le temps de se cicatriser : on doit donc ou admettre qu'elles sont touchées secondairement, la localisation primitive s'étant faite sur le gros intestin (cette hypothèse explique bien aussi que quelquefois les altérations des plaques de Peyer soient, semble-t-il, plutôt au début qu'à la période de cicatrisation, à côté de lésions ulcératives du côlon), ou qu'une dothiénentérie légère, un typhus ambulatoire avait passé inaperçu avant l'éclosion des accidents dus à l'atteinte colique. En effet, on peut remarquer que dans quelques cas [observation Le Goïc (85, 86)], le malade avait eu, peu de temps avant son affection actuelle, un malaise qualifié de grippe, d'angine simple.

Quelquefois, les symptômes colotyphiques ont apparu d'emblée et on trouve néanmoins des plaques de Peyer cicatrisées à côté d'ulcérations coliques en activité. On peut alors penser, à la suite de certains auteurs [Henriot (67)], que toutes les lésions sont contemporaines, mais que celles du gros intestin sont atoniques, tandis que celles de l'iléon se réparent. Comme on conçoit difficilement qu'un sujet atteint d'ulcérations coliques et des troubles cachectisants qu'elles entraînent puisse faire les frais d'une cicatrisation, peut-être doit-on, là encore, penser à une atteinte secondaire et commençante de l'intestin grêle.

En somme, il ressort de l'étude macroscopique de l'anatomie pathologique, qu'en général, le bacille d'Eberth touche en premier lieu les plaques de Peyer, puis postérieurement, à une époque variable, les follicules clos du gros intestin, ce qui donne la clef de la variabilité dans la date d'apparition des symptômes colotyphoïdes. Dans un petit nombre de cas on est autorisé à admettre que le colotyphus est primitif et l'atteinte peyérienne secondaire.

Nous signalerons rapidement les autres lésions qui sont banales : les ganglions mésentériques et mésocoliques sont hypertrophiés et hyperhémiés au prorata de l'atteinte du segment intestinal auquel ils correspondent; les formations lymphoïdes du pharynx, du larynx sont quelquefois touchées. L'hypertrophie de la rate est contingente comme dans la fièvre typhoïde banale, le plus souvent atteint de 200 à 300 grammes quelquefois plus [440 grammes dans un cas de Le Goic (85), 460 dans celui de Pater (90)], elle est petite au contraire chez les gens âgés [Bourdillon (81)]. Les complications n'ont rien de spécial : abcès du creux ischio-rectal, pré-anal, de la cloison recto-vaginale, péritonite généralisée, rarement enkystée sous le côlon transverse ou le diaphragme, hématome des muscles grands droits. Enfin les poumons paraissent souvent touchés, congestionnés, splénisés ou contenant des noyaux broncho-pneumoniques et la plèvre réagit fréquemment par de la pleurite ou des adhérences.

B. **Microscopie.** — L'examen histologique des lésions intestinales n'a été fait que très rarement. D'après M. Letulle (75), il ne donne pas de renseignements indubitables, au point de vue de la nature de l'ulcération.

Pendant le stade d'infiltration, il y a apport de leucocytes [Prévost-Maisonnay (76)] au milieu desquels on trouve les grosses cellules que Rindfleich a nommées cellules typhiques (cellules volumineuses, à protoplasma granuleux et à un ou plusieurs noyaux). Les fines artérioles s'oblitérant par endartérite proliférante, survient la nécrose. Tout autour de l'ulcération [Letulle (75)], la muqueuse elle-même s'infiltre de cellules lymphatiques diapédésées. Le seul signe distinctif qui sépare ce processus d'avec la dysenterie, consiste dans l'absence de kystes muqueux sous-folliculaires.

C. **Diagnostic anatomique.** — Lorsqu'on a sous les yeux les pièces anatomiques d'un colotyphus, comment faire le diagnostic de la nature des lésions?

Leurs caractères principaux sont : localisation prédominante dans les côlons, diminution de confluence lorsqu'on s'approche du rectum, début par les follicules clos d'abord infiltrés puis ulcérés, la progression de l'ulcération muqueuse se faisant autour d'eux, bords taillés à pic, de moins en moins surélevés, à mesure que le processus escarifiant s'agrandit, peu ou pas décollés, profondeur de la perte de substance qui atteint assez souvent le péritoine, fond plutôt détergé, du moins sans grands lambeaux muqueux flottants. Le diagnostic est plus difficile à l'examen du gros intestin isolé si le rectum seul est ulcéré comme dans les observations de Leudet (16). Aussi dans tous les cas, et particulièrement dans ces derniers, le point important consiste à rechercher les altérations, même minimes, des plaques de Peyer.

Les processus ulcératifs qu'on pourrait confondre avec ceux qui nous occupent sont les suivants [Letulle (75)] :

1° *Ulcérations dysentériformes* symptomatiques d'une coprostase chronique due à un rétrécissement intestinal de nature variable; ce sont des ulcérations bien détergées, sans escares, sans suppurations de la sous-muqueuse, à bords surplombants et surtout coïncidant avec de l'hypertrophie musculaire au-dessus de l'obstacle;

2° *Les ulcérations de la valvule de Bauhin* chez les cardiaques asystoliques; très limitées.

3° *L'empoisonnement par le sublimé* produit des boursouflements noirâtres, des plicatures escarotiques de la muqueuse;

4° *Les ulcérations cæcales* se correspondant en deux points symétriques sont dues probablement à un corps étranger expulsé au moment de l'examen;

5° *Les ulcérations urémiques* sont bien rares sur le gros intestin, limitées, peu abondantes;

6° *Les ulcérations tuberculeuses* entraînent des modifications de calibre du tube digestif, de la réaction des couches sous-muqueuses; on trouve d'ailleurs des follicules tuberculeux et des bacilles qu'on peut colorer dans la coupe.

7° *Les ulcérations dysentériques* occupent les côlons ascendant, descendant, iliaque et le rectum sauf dans ses derniers centimètres; la fin de l'iléon présente quelques follicules ulcérés mais les plaques de Peyer ne sont pas touchées; le cæcum et surtout le côlon transverse sont presque entièrement respectés; les pertes de substance sont serpigineuses, non détergées mais recouvertes de lambeaux grisâtres, escarotiques, déchiquetés et faisant saillie à la surface de la muqueuse, décollée et œdématiée et dans les replis de laquelle sont enchâssées de petites boules de mucus.

Histologiquement on voit des cavités sous-folliculaires kystiques, tapissées d'épithélium cylindrique et logées dans la muscularis mucosæ (Cornil, Kelsch) qui ont un caractère spécifique. D'ailleurs, dans les cas de coïncidence de fièvre typhoïde et de dysenterie, on reconnaît facilement ce qui appartient à l'une et l'autre affection. De plus, comme nous le verrons, la scène clinique ne permet pas d'erreur dans le cas de cette association.

VI

Étiologie. — On ne trouve que peu de notions certaines au point de vue étiologique. Une des particularités les plus remarquables, c'est une prédominance marquée pour le sexe masculin qui comprend 40 cas contre 15 chez les femmes, soit 73 p. 100. L'affection évolue surtout chez des sujets de dix-huit à trente ans : 36 cas sur 51, soit 70 p. 100. Le sujet le plus jeune avait quatorze ans [Weill (67)], le plus âgé soixante-trois ans [Bourdillon (81)].

Il semble que, dans certains cas, une affection antérieure du gros intestin ait pu préparer la voie à la localisation éberthienne en y créant un lieu de moindre résistance. Dans deux observations le malade était, ou avait été longtemps auparavant en Algérie [Sorel (40), Barjon et Bertier (89)]; il n'est pas impossible qu'il y ait eu une atteinte légère de dysenterie ayant plus ou moins atteint la muqueuse colique. M. Le Goïc (85, 86) a vu deux de ses malades frappés d'une affection générale quelques jours avant leurs symptômes typhiques et il pense qu'une grippe a ainsi servi de point d'appel sur le côlon en s'y localisant elle-même. Un des malades de Prévost-Maisonnay (76) était un constipé habituel et l'auteur signale ce fait comme ayant peut-être son importance. MM. Devic et Roux (66) ont eu affaire à un tuberculeux sujet à des crises de diarrhée et dont l'intestin était probablement lésé auparavant. La tuberculose pulmonaire peut encore jouer un rôle général en affaiblissant le malade et en lui enlevant toute résistance devant l'infection qui tend à devenir envahissante : or on la note dans deux observations de Leudet (16) et de Le Goïc (85).

Enfin M. Mouisset [in thèse Henriot (67)] signale une chose intéressante, la possibilité de la contagion : dans une famille éclate une épidémie de fièvre typhoïde qui atteint les deux enfants et la femme de chambre; un des enfants meurt avec une diarrhée fétide, inconsciente, cholériforme, la femme de chambre succombe avec des symptômes semblables et à l'autopsie on trouve un colotyphus (Obs. III de la thèse d'Henriot). Le deuxième enfant guérit, mais il présente à la fin de sa maladie des selles glaireuses. Aussi l'auteur émit-il l'hypothèse qu'il s'agit d'une infection secondaire, contagieuse, au cours d'une dothiénentérie, point sur lequel nous reviendrons plus loin.

Voilà pour les causes prédisposant d'une façon générale à une localisation anormale de l'infection typhique sur le gros intestin. Chez quelques sujets, on relève une autre raison à la production de lésions coliques au moment de la convalescence, ce sont les écarts d'alimentation. Leudet (16), Monneret et Fleury (12) insistent sur ce fait qui, dans bien des cas, leur a paru avoir une action nette. Gouget et Fauquez (70) ont vu chez leur malade l'ingestion trop précoce d'aliments solides précéder les symptômes de rechute, dus aux ulcérations du gros intestin. M. Mouisset [Th. Henriot (67)] signale aussi l'absorption d'un potage de semoule mal cuite comme la cause déterminante probable des symptômes colotyphiques chez un de ses malades.

En résumé, nous retiendrons le mauvais état général du sujet et surtout les traumatismes antérieurs du gros intestin par une maladie quelconque, ou actuels par une alimentation clandestine ou trop tôt reprise. Enfin l'affection évolue avec une préférence marquée chez les hommes de dix-huit à trente ans.

VII

Symptomes. — On peut décrire au colotyphus trois formes de début correspondant aux trois manières d'être des lésions coliques que nous avons décrites : une forme d'emblée, une forme se constituant au cours d'une dothiénentérie, une troisième, enfin, qui naît pendant la convalescence. Dans le premier cas, les symptômes colotyphiques apparaissent immédiatement, au début de la période d'état d'une affection qui depuis huit jours se constituait par les malaises habituels de la période d'ascension : anorexie, céphalée, insomnie, épistaxis, etc. ; on croit alors avoir affaire à une dothiénentérie grave, ataxo-adynamique, dont quelques particularités symptomatiques attireront l'attention. Lorsque la seconde éventualité se présente, les symptômes débutent pendant la période d'état d'une fièvre typhoïde normale qui rapidement s'aggrave, dont les évacuations intestinales se font fréquentes, fétides, involontaires ; ou bien enfin dans un troisième mode, après trois à huit jours de convalescence, au milieu d'une apyrexie à peu près complète la séméiologie particulière se constitue en deux ou trois jours, d'une façon rapide : le malade était en bon état, semblait hors d'affaire, lorsque, à l'occasion quelquefois d'une alimentation un peu prématurée, la température se remet à s'élever, atteint bientôt 39 ou 40 degrés, tandis qu'on constate des selles liquides, fétides, involontaires, du ballonnement du ventre, de la douleur et surtout un état général grave avec adynamie marquée, pouls petit et rapide, langue rouge, sèche, qui font dire rechute et faire un pronostic mauvais. Ces cas sont d'ailleurs les moins communs et on ne note guère que ceux de Murchison (32), Ceppi (34), Mouisset (67), Marmasse (73), Gouget et Fauquez (70), Le Goïc (85) et Lesné et Lœderich (92).

Lorsque l'affection est constituée, la symptomatologie est la même, qu'on ait affaire à une forme d'emblée ou à une forme secondaire. Voici l'analyse des signes qui forment une véritable triade : diarrhée, météorisme et douleur.

1° *La diarrhée* à caractères particuliers est certainement l'élément le plus important et celui qui ne fait presque jamais défaut. A part Louis (5), Andral (4), Laveran (58) et quelques autres comme Mercier (52) qui la trouve un signe insuffisant, même associée au météorisme, à moins qu'elle ne survienne au cours d'une rechute, tous les auteurs en font le signe principal de la maladie et cela ressort avec évidence de la lecture des observations. Pour Leudet (16), Monneret et Fleury (12), elle ne manque jamais. On sait en effet que la diarrhée qui est pour ainsi dire la traduction objective des ulcérations intestinales et qui est en raison directe de leur importance, reste dans la fièvre typhoïde classique, peu fréquente, constituée par des matières assez fortement colorées et émises volontairement. Or sous l'influence des ulcérations coliques, ses caractères s'exagèrent ou se transforment et elle devient un signe précieux de l'affection qui nous occupe, signe qui attire rapidement l'attention du médecin. Les selles sont très nombreuses, huit, dix, douze, quelquefois vingt par vingt-quatre heures. Elles sont d'abord volontaires puis rapidement deviennent involontaires et finalement inconscientes, constituant ainsi une véritable incontinence stercorale. Le malade est alors constamment souillé par elles et c'est là une circonstance aggravante car elle conduit presque fatalement aux escares fessières. Les matières sont abondantes, entièrement liquides, de teinte grisâtre, contenant quelquefois des aliments mal digérés, ou un peu de mucus [Devic et Roux (66)]; elles font sur le linge une tache ocreuse entourée d'une large zone à peine colorée [Henriot (67)]. Leur fétidité, caractère presque pathognomonique, est atroce, gênante pour les malades des lits voisins et leur odeur rappelle celle de viande gâtée, de macération anatomique ; nous ne saurions trop insister sur ce point relevé dans la grande majorité des cas et que nous avons pu constater nous-même. Enfin cette diarrhée résiste à tous les traitements mis en action contre elle, non seulement médicamenteux, mais encore, d'après MM. Tripier et Bouveret (49), Devic et Roux (66) à la méthode de Brand, ce qui n'est pas un des moins bons signes de sa nature colotyphique, puisque, dans les fièvres typhoïdes normales, le traitement par les bains froids l'amende rapidement. Fait particulier, elle persiste ou augmente même lorsque la température descend (Devic et Roux (66), Henriot (67). Enfin, et c'est là un des points curieux de son histoire, le malade ne souffre pas au moment de la défécation et cette particularité opposée au ténesme violent des dysentériques qui ont des lésions anatomiques si comparables avait déjà frappé plusieurs observateurs [Laveran (58), Bourdillon (81)]. M. Hutinel (42) seul décrit une diarrhée peu abondante causant des douleurs violentes, tormineuses, du ténesme, des épreintes et contenant du mucus et des masses gélatineuses. Il paraît probable que les cas qu'il avait en vue étaient des associations de dothiénentérie et de dysenterie.

Signalons enfin, et nous y reviendrons, qu'elle peut manquer, très rarement d'ailleurs.

Peu avant la mort, en général dans les dernières vingt-quatre heures, elle cesse quelquefois, probablement par atonie intestinale complète. Même s'il se développe une péritonite par perforation elle peut persister.

2° *Le météorisme.* — Lui aussi est un des symptômes habituels de la fièvre typhoïde classique, mais il peut atteindre dans le colotyphus un degré anormal et revêtir un aspect assez spécial pour aiguiller l'attention sur le côlon. Sa valeur a été diversement interprétée par les auteurs, suivant les malades qu'ils ont eus sous les yeux, car c'est un signe contingent n'existant pas chez tous avec des caractères suffisamment tranchés. C'est, pour Laveran (58),

le symptôme le plus constant; il est important pour Prévost-Maisonnay (76); sa valeur est médiocre d'après Mercier (52), nulle pour Bourdillon (81), et suivant MM. Devic et Roux (66), il faut, pour en tirer une conclusion ferme, qu'il ait nettement le gros intestin comme siège.

Ses caractères particuliers, au cours du colotyphus, sont d'être en fer à cheval à concavité inférieure, de faire le tour de la masse grêle qui tranche par son développement moindre; assez souvent d'ailleurs elle participe elle-même au ballonnement et les anses iléales se dessinent sous la paroi. Enfin son meilleur caractère est encore de résister au traitement par les bains froids [Tripier et Bouveret (49), Devic et Roux (66)]. En effet le météorisme dans la dothiénentérie banale est, avec la diarrhée, le phénomène le plus rapidement influencé par la méthode de Brand et lorsqu'on le voit persister en dépit d'une médication hydrothérapique régulièrement suivie, l'attention devra être éveillée.

Il faut donc retenir de cette discussion qu'un météorisme considérable, gênant la respiration, résistant à la médication rationnelle, ou bien présentant un développement périphérique, est un signe de réelle valeur.

Le gargouillement n'a rien de spécial, manque ou existe à un degré modéré.

3° *La douleur* est modérée quand l'intestin grêle est le seul siège des ulcérations intestinales : le malade accuse spontanément un peu de souffrance dans sa fosse iliaque droite et en pressant avec la main dans la région cæcale, on accentue cette sensation pénible qui ne devient jamais très vive : c'est parce qu'ainsi on traumatise directement le cæcum et la partie terminale de l'iléon, siège maximum des ulcérations de l'appareil lymphoïde. Lorsque ces ulcérations occupent le côlon, la douleur spontanée peut naître dans le côté droit de l'abdomen et irradier sur le trajet de l'intestin [Henriot (67)]. On la provoque de façon élective à l'épigastre et dans la fosse iliaque gauche, au niveau du côlon sigmoïde.

Mercier (52) et Henriot (67) donnent ce phénomène comme important. Pour ce dernier, il importe de rencontrer la douleur associée au gargouillement sigmoïdien, car les phénomènes douloureux isolés peuvent être dus à la seule accumulation des matières.

Louis (5) a rencontré la douleur colique provoquée dans toutes les fièvres typhoïdes et pour Andral (4), ce phénomène ne correspond pas aux lésions, Leudet (16) l'a vu dans 6 cas sur 9; Homolle (45) lui attribue une assez grande valeur ainsi que Devic et Roux (66) et Bourdillon (81).

De fait, il ne paraît pas signalé bien fréquemment dans les observations publiées : quelquefois, comme dans l'observation II de Leudet (16), l'examen clinique constatait une vive douleur provoquée sur le trajet du côlon transverse et à l'autopsie, il n'y avait que des ulcérations iléo-cæcales. D'autres fois, la douleur peut tenir à une complication telle que la péritonite ou des infarctus de la rate [Mercier (52)].

Il faut conclure en n'attachant qu'une confiance modérée à la douleur objective, sauf si elle est étendue, persistante, à siège nettement colique, et toujours se méfier de diverses causes d'erreur.

4° *Symptômes secondaires.* — A côté de cette triade, on peut relever d'autres phénomènes moins importants.

Les vomissements bilieux sont assez fréquents et doivent être pris en considération, surtout lorsqu'ils se voient au cours d'une rechute [observation Mousset, in-th. Henriot (67)].

Les érythèmes, les érysipèles, les escares dénotent seulement qu'on a affaire à une dothiénentérie grave.

Les ulcérations pharyngées, les taches rosées n'ont rien de particulier, sauf dans l'observation de Meslay (62) où l'éruption avait une forme exanthématique.

L'hypertrophie de la rate est aussi contingente que dans la fièvre typhoïde classique, marquée chez les jeunes, manquant chez les sujets âgés.

5° *Etat général.* — L'atteinte de l'état général ne fait jamais défaut : le colotyphus est, dans tous les cas, une fièvre typhoïde à allure très maligne.

Rapidement on constate du subdélire, de l'agitation, des soubresauts des tendons, puis à l'ataxie fait suite ordinairement une adynamie considérable : le malade reste couché sur le dos sans un mouvement, dans un état de torpeur marqué dont on le tire difficilement : à ce moment la rétention d'urine se voit souvent et oblige à sonder le malade, un homme ordinairement. Les traits sont pâles, tirés, effilés, la langue rouge, sèche : la dyspnée qui est fréquente tient, tantôt aux complications pulmonaires, tantôt à des phénomènes toxiques, tantôt au ballonnement du ventre gênant le jeu du diaphragme. Le pouls est rapide, entre 110 et 130, petit, sans tension. Enfin, lorsque les évacuations alvines sont très abondantes, apparaissent des symptômes cholériques dus à la déshydratation des tissus : peau sèche, yeux excavés, crampes dans les jambes.

La température est plus irrégulière que dans une fièvre typhoïde normale : quelquefois même la feuille de tracé montre de grandes oscillations à type paludéen et il peut survenir des frissons [cas de Jackson (39)].

(*A suivre.*)

FORMULAIRE

CONTRE LA PELADE

Faire des attouchements avec un tampon de coton imprégné de :

Hydrate de chloral..........	5 grammes.
Ether officinal ou sulfurique..	25 —
Acide acétique cristallisable..	1 à 4 —

(liniment fort)

ou

Hydrate de chloral........	1 à 4 grammes.
Ether sulfurique..........	25 —
Acide acétique cristallisable.	0g50 à 2 —

(liniment faible). [Brocq.]

LIVRES NOUVEAUX

Malgaigne (1806-1865). Étude sur sa vie et ses idées (1), par E. PILASTRE.

La lecture de ce livre est un réel plaisir; l'auteur qui est un des gendres de Malgaigne a fait revivre l'image du grand chirurgien d'après ses écrits, des papiers de famille et des souvenirs particuliers. M. Pilastre n'est point médecin, et c'est tant mieux, car un médecin n'eût sans doute considéré dans Malgaigne que le chirurgien et le savant tandis que l'étude qui nous est offerte se dégage très nettement la vision de l'homme lui-même. Nous ne voulons pas dire par là que son rôle scientifique ait été insuffisamment mis en valeur, mais simplement que l'auteur a su rendre à l'homme ce qui lui appartenait. Malgaigne avait écrit la biographie de quelques grands chirurgiens; M. Pilastre a eu la bonne idée de résumer ces pages, de sorte que dans cet attrayant ouvrage nous voyons revivre outre Malgaigne lui-même, Astley Cooper, Boyer, Dupuytren, Roux, Lisfranc, etc.

Le retentissant procès de Jules Guérin et de Malgaigne, l'incursion de ce dernier dans la politique terminent ce livre que nous ne saurions trop conseiller de lire.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) In-8° de 246 p. — Prix : 5 francs. — Paris, Félix Alcan.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANCAISES ET ÉTRANGÈRES

Écho médical du Nord. — (N° 28, 9 juillet 1905.) ARQUEMBOURG : A propos de l'opothérapie rénale. — MAGNIN : Moyen simple, pratique et efficace d'empêcher les déchirures du périnée pendant l'accouchement. — (N° 29, 16 juillet.) E. GÉRARD, DÉLÉARDE et RICQUIET : Sur la recherche toxicologique de la morphine. — P. VANRYCKE : A propos des bibliothèques. — (N° 30, 23 juillet.) BRASSART : Opération césarienne dans un cas de cyphose dorso-lombaire. — DUBAR : Scotomes hémianopsiques. Scotomes inférieur droit et externe gauche survenus subitement à trois ans d'intervalle. Atrophie papillaire double. — (N° 31, 30 juillet.) OUI : Organisation du service de la vaccine dans le département du Nord. — LE FORT : Cancer ectopique du sein.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 26, 1er juillet 1905.) A. BONNET-LABORDERIE : Un cas de bifidité congénitale du mamelon. — (N° 27, 8 juillet.) H. LAVRAND : Parotidite suppurée chronique; échauffement; opération; guérison. — C. LEPOUTRE : Hydrocèle avec inversion verticale en demi-anse du testicule. — (N° 28, 15 juillet.) Maurice D'HALLUIN : Le « pulskontrolle ». — H. LUCAS : Arthrite alvéo-dentaire, ostéomyélite et nécrose consécutives; perte de substance étendue du maxillaire inférieur; ablation des séquestres; guérison avec conservation des mouvements. — (N° 29, 22 juillet.) VOITURIEZ : Des kystes du vagin; pathogénie et traitement. — KLEIN : Carcinome coloïde du côlon transverse avec propagation à la paroi. — (N° 30, 29 juillet.) VOITURIEZ : Des kystes du vagin; pathogénie et traitement (*suite et fin*). — VILLETTE : Fracture du col du fémur. Extraction de la tête. Guérison. — PANIER : Sur un cas de mastoïdite aiguë avec trépanation spontanée.

Médecine moderne. — (N° 27, 5 juillet 1905.) P. BERGER : Diagnostic des adénopathies cervicales. — (N° 28, 12 juillet.) JEANSELME : L'acné, ses variétés, son traitement. — (N° 29, 16 juillet.) Madeleine PELLETIER : L'hérédité biologique et l'hérédité psychologique. — (N° 30, 26 juillet.) WIDAL : La péritonite tuberculeuse, ses formes, sa pathogénie et son traitement. — (N° 31, 2 août.) CHAUFFARD : Les méningites tuberculeuses.

Presse médicale. — (N° 54, 12 juillet 1905.) Léopold LÉVI : Affolement bulbaire. — H. HUGUIER : Réduction des luxations récentes de l'épaule par un procédé simple, rapide et non douloureux. — (N° 56, 15 juillet.) G. BALLET : Le service des délirants de l'Hôtel-Dieu. — BARDESCO : La résection des nerfs dans la gangrène douloureuse des membres. — (N° 57, 19 juillet.) CARRON DE LA CARRIÈRE : Le traitement de la migraine et le cannabis indica. — (N° 58, 22 juillet.) GILBERT et LEREBOULLET : Inversion thermique et monothermie. — Georges LAURENS : L'hémato-aspiration. — (N° 59, 26 juillet.) Marcel LABBÉ : La diurèse par les boissons. — Jacques DE NITTIS : Les fausses appendicites. — (N° 61, 2 août.) CHRISTIDÈS : Sur les lésions métatyphiques du système osseux. — MOURE : Corps étranger de l'œsophage et œsophagoscopie. — René DE LANGENHAGEN : La colique utérine. Pathogénie probable, traitement.

Revue médicale de l'Est. — (N° 13, 1er juillet 1905.) ROHMER : L'inspection oculistique des écoles à Nancy et dans le département de Meurthe-et-Moselle. — Ch. FÉVRIER : Syphilis osseuse. — (N° 14, 15 juillet.) SIMON : Essai d'enquête sur la morbidité et la mortalité tuberculeuses en Lorraine. — SCHMITT : Le traitement du choléra infantile. — M. LUCIEN et J. PARISOT : De la cholécystite suppurée chez le vieillard. Fistule abdominale et abcès du foie (*fin*). — (N° 15, 1er août.) PARIS : La fréquence des fractures spontanées chez les paralysés généraux. — FÉVRIER : Syphilis osseuse, leçons faites à la Maison de secours pendant l'année 1904-1905 (*suite*). — PILLEMENT : Histoire de la médecine légale en Lorraine (*suite et fin*).

Revue mensuelle des maladies de l'enfance. — (N° 24, août 1905.) MARFAN : Quelques documents sur les accidents de la sérumthérapie. — THOMAS : Réflexions sur l'auto-intoxication digestive et son traitement (*suite*).

Revue neurologique. — (N° 13, 15 juillet 1905.) KEMP : Note sur un cas où le traitement thyroïdien donna à plusieurs reprises un bénéfice transitoire. — GIANELLI : Sur le traitement du tétanos. — HABERDA : De la justification de l'interruption artificielle prématurée de la grossesse. — LEGOURD : Les accidents consécutifs aux injections mercurielles dans la syphilis. — SHUTTLEWORTH : L'éducation des jeunes épileptiques. — PIAZZA : Le traitement mercuriel du tabes. Considérations et statistique personnelle. — (N° 14, 30 juillet.) RAYMOND et GUILLAIN : Hématomyélie ayant déterminé une hémiplégie spinale à topographie radiculaire dans le membre supérieur avec thermo-anesthésie croisée. Contribution à l'étude des connexions du faisceau pyramidal avec les segments médullaires. Etude de mouvements réflexes spéciaux de la main. — VERGER et GREMER DE CARDENAC : Névralgie faciale et tumeur du ganglion de Gasser. — INGEGMEROS : La pseudo-paralysie générale diabétique.

Semaine médicale. — (N° 27, 5 juillet 1905.) WIDAL et JAVAL : La rétention chlorurée dans le mal de Bright, comparée à la rétention des chlorures. — (N° 28, 12 juillet.) CHAUFFARD et LÆDERICH : Un cas de tumeur gazeuse sus et sous-claviculaire; autopsie et mécanisme physiologique. — (N° 29, 19 juillet.) L. CHEINISSE : Les émotions morales peuvent-elles déterminer des affections organiques aiguës du système nerveux. — (N° 30, 26 juillet.) VAQUEZ : Traitement de la phlébite des membres. — (N° 31, 2 août.) ROCH : La

mort inopinée chez les pleurétiques; mort subite et mort rapide.

Tribune médicale. — (N° 27, 8 juillet 1905.) Rist et Ribadeau-Dumas : La splénomégalie liée à l'ictère et l'immunité acquise contre l'intoxication biliaire. — (N° 28, 15 juillet.) Morel et Hubert : Sur un cas d'ostéomyélite envahissant du crâne d'origine fronto-sinusienne. — Gougerot : Imitation par une hystérique de l'hémiplégie organique et en particulier du signe de Babinski, extension du gros orteil. — (N° 29, 22 juillet.) Mauclaire : Cancer primitif et cancer secondaire des cicatrices. — (N° 30, 29 juillet.) Reclus : Abcès et fistules de la région anale.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 13, 15 juillet 1905.) Langlet : La fièvre et l'hystérie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 89. — MARDI 8 AOUT 1905. 78e ANNÉE. MARDI 8 AOUT 1905. — N° 89.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Cataracte par coup de foudre, par M. VERHAEGHE.
MÉDECINE PRATIQUE
Traitement de l'ankylostomiase.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de chirurgie.
LIVRES NOUVEAUX
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Un concours pour la nomination à trois places d'assistant titulaire et à trois places d'assistant adjoint des services spéciaux d'ophtalmologie des hôpitaux de Paris, pour entrer en fonctions le 1er janvier 1906, sera ouvert le lundi 20 novembre 1905, à midi, dans la salle des concours de l'Administration de l'Assistance publique, rue des Saints-Pères, n° 49.

Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

Les candidats seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale de l'Assistance publique (service du personnel), de midi à trois heures, du lundi 16 octobre 1905 au mardi 31 du même mois inclusivement.

OUVERTURE D'UN CONCOURS, EN 1905, POUR L'ADMISSION A DES EMPLOIS DE MÉDECIN ET DE PHARMACIEN STAGIAIRES DES TROUPES COLONIALES. — Conformément à l'article 16, n° 2, du décret du 11 juin 1901, portant règlement d'administration publique sur l'administration des troupes coloniales, un concours s'ouvrira le 1er décembre prochain, à neuf heures du matin, à l'École d'application du service de santé militaire, à Paris, pour l'admission de docteurs en médecine et de pharmaciens de première classe à des emplois de médecin et de pharmacien stagiaires des troupes coloniales.

Les candidats devront remplir les conditions suivantes :

1° Être nés ou naturalisés Français;

2° Avoir eu moins de trente-deux ans au 1er janvier de l'année du concours;

3° Avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée, en France et aux colonies (1). Cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire du grade de médecin-major de deuxième classe au moins;

4° Souscrire un engagement de servir pendant six ans au moins dans le corps de santé des troupes coloniales à partir de leur nomination au grade d'aide-major de deuxième classe.

Les épreuves à subir sont les suivantes :

I. POUR LES DOCTEURS EN MÉDECINE. — 1° Composition écrite sur un sujet de pathologie générale;

2° Examen clinique de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale;

3° Épreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter;

4° Interrogation sur l'hygiène.

II. POUR LES PHARMACIENS DE PREMIÈRE CLASSE. — 1° Composition écrite sur une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale;

2° Interrogations sur la physique, la chimie, l'histoire naturelle et la pharmacie;

3° Préparation d'un ou plusieurs médicaments inscrits au Codex et détermination de substances diverses (minéraux usuels, drogues simples, plantes sèches ou fraîches, médicaments composés);

4° Épreuve de chimie analytique : Recherche des acides et des bases renfermés dans deux ou plusieurs sels solides ou dissous.

NOTES. — L'appréciation de chacune des épreuves, écrites ou orales, est estimée par un chiffre compris entre 0 et 20. Les notes obtenues par les candidats sont multipliées par des coefficients fixés ainsi qu'il suit :

Médecins. — Composition écrite, 12; examen clinique, 15; médecine opératoire, 12; interrogation sur l'hygiène, 10.

Pharmaciens. — Composition écrite, 12; interrogation sur la physique et la chimie, 10; interrogation sur l'histoire naturelle et la pharmacie, 10; préparation, 12; épreuve de chimie analytique, 15.

Une majoration de 150 points est accordée : 1° aux anciens internes reçus au concours dans les hôpitaux des villes ayant

(1) Instruction du 31 janvier 1902 sur l'aptitude physique au service militaire.

une Faculté de médecine ; 2° aux docteurs en pharmacie ; 3° aux licenciés ès sciences ;

Et une majoration de 50 points aux lauréats des Facultés.

Les majorations ne peuvent être cumulées.

Les demandes d'admission au concours devront être adressées avec les pièces à l'appui au ministre de la Guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau) avant le 25 novembre prochain. — Les pièces à fournir sont :

I. Avant le concours. — 1° Acte de naissance établi dans les formes prescrites par la loi ;

2° Diplôme, ou à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine ou de pharmacien de première classe (cette pièce devra être produite au plus tard le jour de l'ouverture des épreuves) ;

3° S'il y a lieu, certificats dûment légalisés permettant de constater les titres qui donnent droit à des majorations de points ;

4° Certificat d'aptitude au service militaire, établi l'année du concours ;

5° Certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire, ou état signalétique et des services ;

6° Indication du domicile.

Les dossiers des candidats non reçus seront renvoyés par l'intermédiaire des maires des communes indiquées dans la pièce n° 6.

II. Après l'admission. — Engagement de servir pendant six ans au moins, au titre de l'activité, dans le corps de santé des troupes coloniales à partir de la nomination au grade d'aide-major de deuxième classe.

Les médecins et pharmaciens stagiaires reçoivent, au moment de leur nomination, un brevet les liant au service dans les conditions du § Ier de l'article 30 de la loi du 15 juillet 1889.

Les médecins et pharmaciens stagiaires suivent pendant un an les cours de l'école d'application. Ils portent l'uniforme du corps de santé des troupes coloniales avec les marques distinctives adoptées pour les stagiaires du corps de santé métropolitain. Ils reçoivent la solde afférente à l'emploi d'aide-major stagiaire et il leur est accordé une première mise d'équipement de 575 francs reversible au Trésor en cas de licenciement, démission, non-obtention du grade d'aide-major de deuxième classe, ou non-accomplissement des six années effectives de service à partir de la nomination à ce grade. Les stagiaires qui ont satisfait aux examens de sortie sont nommés aides-majors de deuxième classe des troupes coloniales. Ceux qui n'ont pas satisfait auxdits examens sont licenciés.

Clinique médicale de l'Hotel-Dieu (M. Dieulafoy, professeur). — *Cours de technique clinique et application des méthodes de laboratoire au diagnostic clinique.* — Un cours de vacances, commençant le 18 septembre et comprenant dix-huit leçons, aura lieu à l'amphithéâtre et au laboratoire de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, sous la direction de M. le professeur Dieulafoy, le matin, de dix heures à onze heures et demie. Ce cours aura pour programme :

1° Les méthodes d'investigation clinique applicables à l'examen des malades ;

2° L'exposé des principaux procédés de recherches bactérioscopiques, cytoscopiques, uroscopiques et hématoscopiques applicables au diagnostic clinique ;

3° Les principales indications des grandes médications (thoracentèse, ponction lombaire, bains froids, etc.).

L'enseignement, essentiellement pratique, sera fait par MM. les docteurs Nattan-Larrier et O. Crouzon, chefs de clinique ; Lœper et Gouraud, chefs de laboratoire ; Bonnier, Déhu et Lacaille, assistants ; Gaultier, ancien interne.

Programme du cours. — *Lundi 18 septembre.* — M. Nattan-Larrier : Méthode générale d'examen clinique d'un malade. Diagnostic clinique des maladies infectieuses. Indications et applications des bains froids.

Mardi 19 septembre. — M. Lœper : Application des procédés de laboratoire au diagnostic des infections ; technique des sérodiagnostics, diazoréaction, culture du sang.

Mercredi 20 septembre. — M. Gaultier : 1° Méthodes d'exploration clinique de l'intestin. — 2° Méthodes de laboratoire : *a.* Analyse du suc gastrique ; *b.* Analyse des fèces.

Jeudi 21 septembre. — M. Bonnier : Technique de l'examen du nez, du pharynx et du larynx (présentation de malades).

Vendredi 22 septembre. — M. Nattan-Larrier : Examen clinique des poumons et de la plèvre. Thoracentèse.

Samedi 23 septembre. — M. Lœper : Diagnostic de la tuberculose par les procédés de laboratoire, examen des crachats, inoculations, cyto-diagnostic.

Lundi 25 septembre. — M. O. Crouzon : Examen clinique du cœur et des vaisseaux. Étude de la tension artérielle (présentation de malades). Asystolie : indications de la digitale.

Mardi 26 septembre. — M. Lœper : Examen clinique du sang : hémodiagnostic.

Mercredi 27 septembre. — M. O. Crouzon : Examen clinique du système nerveux : présentations de malades atteints d'hémiplégie, de paraplégie, de tabes (motilité, réflexes, sensibilité). Ponction lombaire : cytodiagnostic.

Jeudi 28 septembre — M. O. Crouzon : Examen clinique du système nerveux : présentation de malades atteints d'aphasie (état mental, langage, écriture). Rééducation motrice et psychique.

Vendredi 29 septembre. — M. Bonnier : Technique de l'examen de l'oreille : audition, équilibre, etc. (présentation de malades).

Samedi 30 septembre. — M. Nattan-Larrier : Examen clinique du foie et de la rate (présentation de malades).

Lundi 2 octobre. — M. Gouraud : Examen clinique des urines ; recherche et dosage de l'albumine, du sucre, des chlorures, de l'urée, etc. Cytologie urinaire.

Mardi 3 octobre. — M. Gouraud : Recherche de quelques médicaments dans l'urine. Pigments urinaires. Acétone. Analyse d'urine et coefficients urinaires. Urémie : indications de la saignée, déchloruration.

Mercredi 4 octobre. — M. Déhu : Méthodes cliniques d'examen des maladies cutanées et syphilitiques (présentation de malades).

Jeudi 5 octobre. — M. Déhu : La médication mercurielle.

Vendredi 6 octobre. — M. Lacaille : Méthodes d'exploration des réactions électriques : leur application au diagnostic et au traitement ; réaction de dégénérescence (présentation de malades).

Samedi 7 octobre. — M. Lacaille : Méthodes d'exploration radioscopique et radiographique : radiothérapie.

Le droit à verser est de 80 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit.

Les bulletins de versement, relatifs à ce cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

CATARACTE PAR COUP DE FOUDRE

Par le docteur D. VERHAEGHE,
Chef de clinique ophtalmologique à l'Université de Lille.

Les observations publiées de lésions oculaires consécutives à l'action de la foudre sont peu nombreuses. La littérature médicale n'en offre guère plus d'une trentaine de cas.

Ce chiffre peut, à priori, paraître bien restreint, mais il s'explique par ce fait que nous considérons comme devant être nettement séparées d'une part les lésions oculaires causées par l'*éclair*, c'est-à-dire par l'action des rayons caloriques, lumineux ou chimiques, lésions qui se rapprochent beaucoup de celles que l'on constate dans la vie courante à la suite de l'éblouissement par la lumière électrique, et de l'autre les lésions causées par le *coup de foudre* proprement dit, c'est-à-dire par le passage du courant à travers le corps.

Nous partageons complètement l'opinion de Gonin (de Lausanne), lorsqu'il écrit :

« Bien loin de trouver, comme Rohmer, qu'il existe une analogie frappante entre les accidents occasionnés par la lumière électrique et ceux qui sont causés par la foudre sur les yeux, nous devons nous ranger à l'avis de Terrien et distinguer très nettement ces deux genres d'accidents. Ils n'ont en effet de commun que certains phénomènes d'irritation superficielle ou les réflexes qui s'y rattachent, injection conjonctivale, photophobie, blépharospasme, miose et crampe de l'accommodation. Encore ces manifestations du « coup de soleil électrique » peuvent-elles atteindre dans l'ophtalmie par éblouissement une acuité qui jamais encore n'a été constatée dans une amblyopie par fulguration. La persistance de troubles fonctionnels très rebelles, le plus souvent en l'absence de lésions appréciables, n'appartient pas au tableau ordinaire des accidents causés par la foudre; en revanche, on y constate toute une série de modifications anatomiques bien certaines qui font défaut dans les simples cas d'éblouissement (1). »

Ces modifications anatomiques de l'organe de la vision peuvent être réparties en quatre grandes classes :

1° Les *troubles de la cornée*;
2° Les *troubles du cristallin*;
3° Les *altérations du fond de l'œil* (hémorragies de la rétine, ruptures de la choroïde, atrophie du nerf optique);
4° Les *paralysies motrices*.

Mais ce sont les lésions du cristallin qui sont de beaucoup les plus fréquentes.

Gonin a relevé dans la littérature oculistique 21 cas de cataractes par coup de foudre. Avec le cas personnel qu'il publie dans le même travail, cela fait 22. Et de l'étude analytique de ces observations, il dégage les particularités cliniques suivantes :

« Parmi les 19 exemples de cataracte dont les circonstances nous sont connues, écrit-il, il en est 8 qui intéressent un seul œil et 11 qui concernent simultanément les deux yeux, bien que le plus souvent à un degré différent.

L'une des cataractes unilatérales s'est terminée par la guérison spontanée de l'opacité du cristallin (Silfvast); au nombre des cataractes bilatérales, il en est deux qui ont également permis de constater une régression des troubles primitivement constatés : au reste, dans l'un de ces deux cas la guérison n'a porté que sur un seul des cristallins (Knies), et dans l'autre cas, elle est demeurée imparfaite (Silex).

Quant à la date de l'apparition des troubles cristalliniens, elle semble être soumise à de grandes variations : Meyhöfer put reconnaître des opacités déjà formées dans le cristallin un jour après le coup de foudre; Knies, Silex et Silfvast firent la même constatation au bout de deux à trois jours. Chez notre propre malade, c'est le trouble de la cornée qui nous empêcha d'établir avec certitude la présence d'une cataracte au quatrième jour à l'œil gauche, mais il est probable que cette complication existait déjà. Les cas de maturation les plus rapides sont ceux que nous rapportent Servais (un mois et demi à deux mois d'après Leber, et quatre mois d'après Yvert) et Knies (maturation en deux mois).

En opposition avec ces exemples d'opacification précoce, Laker, Downar et Pagenstecher ont noté après six à dix mois et Leber après trois ans des cataractes encore fort incomplètes; chez le premier malade de Vossius, le trouble ne se développa qu'au bout de huit semaines dans un cristallin dont la transparence était restée jusque-là parfaite.

Cette particularité s'est présentée dans notre observation pour l'œil droit du malade.

Au point de vue pratique, le fait le plus important à noter, c'est que les opacités du cristallin produites par un coup de foudre peuvent rester longtemps stationnaires si même elles ne subissent pas une régression spontanée; lorsqu'elles progressent, l'opacification totale de la lentille réclame généralement plusieurs mois ou plusieurs années; il arrive alors que ces cataractes se présentent dans des conditions peu favorables pour l'extraction, soit qu'un certain relâchement des attaches du cristallin rende l'opération difficile (Knies), soit que, l'extraction ayant eu lieu sans accident, le résultat visuel en demeure incomplet par suite d'une complication dans le fond de l'œil (Leber, Pagenstecher, etc.). »

Depuis le travail de Gonin, nous n'avons pu retrouver dans la littérature médicale qu'une seule observation nouvelle de cataracte par coup de foudre. Elle a été publiée par le docteur Lingsch dans le *Wiener medizinische Wochenschrift* (1904, n° 23).

Il s'agissait d'un soldat qui, étant de garde, fut frappé par la foudre. L'accident survint le 17 mars 1902. Le blessé ne présenta d'abord que des brûlures de la face et put reprendre son service quelques semaines plus tard. En juin, il commença à se plaindre d'un obscurcissement de la vision; en août, l'acuité visuelle était tellement abaissée qu'il fut envoyé à l'hôpital. Mais ce ne fut qu'en novembre qu'il fut

(1) Gonin. Lésions oculaires causées par la foudre, *Annales d'oculist.*, 1904, t. CXXXI, p. 99.

examiné par Lingsch. Le blessé présentait alors une opacification très avancée des deux cristallins. Le champ visuel lumineux était bon, mais l'acuité visuelle était réduite à la perception lumineuse. L'œil droit fut opéré par le procédé de la discission. Au cours de l'opération, on put constater que la zonule de Zinn était distendue, et qu'il aurait été très facile de luxer le cristallin. L'œil gauche fut opéré plus tard par le procédé de l'extraction combinée. L'opération s'accompagna d'un peu de perte du vitré avant même l'expulsion du cristallin. Les résultats obtenus furent OD : V = 6/6 + 12^{D}, fond de l'œil normal; OG : perception lumineuse sans correction, fond de l'œil non visible à l'ophtalmoscope par suite de cataracte secondaire.

Nous pouvons ainsi résumer les caractères principaux de cette observation : cataracte bilatérale consécutive à un coup de foudre; début de l'opacification environ trois à quatre mois après l'accident; maturation rapide, complète en cinq à six mois; relâchement de la zonule de Zinn et ramollissement du vitré; résultats opératoires satisfaisants, tout au moins pour l'œil droit.

Tout ceci vient corroborer les particularités cliniques relevées par Gonin.

Nous avons eu l'occasion d'observer à la consultation de l'hôpital Saint-Sauveur, de Lille, dans le service de notre maître, M. le professeur Baudry, un nouveau cas de cataracte par coup de foudre.

Observation. — C... (René), trente-quatre ans, douanier, se présente pour la première fois à la consultation de Saint-Sauveur le 24 novembre 1903, se plaignant d'un affaiblissement progressif de la vue.

L'*interrogatoire* nous fournit les renseignements suivants :

En juin 1901, étant de service de nuit, en plein champ, il fut surpris par un orage violent. Au cours de cet orage, la foudre tomba non loin de lui (il estime la distance à 50 mètres) et lui-même fut projeté dans un fossé. Le malade déclare avoir été étourdi pendant quelques instants, mais ne nous parle pas de perte de connaissance. Il ne présenta aucune lésion de brûlure et put continuer son service.

En janvier 1902, sa vue commença à diminuer insensiblement. Cet affaiblissement de la vue, après être resté quelque temps stationnaire, alla bientôt croissant progressivement, et lorsque nous examinons le malade (24 novembre 1903), nous trouvons l'acuité visuelle suivante :

OG : V = 1/8 sans correction.
OD : V = 1/40 sans correction.

Antécédents héréditaires. — Père soixante-douze ans bien portant. Mère morte à cinquante-cinq ans de pleurésie. Douze frères et sœurs dont sept morts en bas âge.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade. Ni syphilis, ni alcoolisme. Marié depuis sept ans, a deux enfants bien portants.

Examen. — A l'éclairage direct : Rien à noter au niveau des paupières, conjonctives, cornées, voies lacrymales. L'iris est normal des deux côtés et réagit bien à la lumière comme à l'accommodation. Les mouvements des yeux se font d'une façon complète. Tension normale des deux yeux. Les chambres antérieures paraissent d'égale profondeur et non diminuées.

A l'éclairage oblique, et surtout à l'ophtalmoscope, on distingue nettement des opacités dans les deux cristallins, opacités plus accentuées à la périphérie qu'au centre. A droite, les opacités forment à la périphérie du cristallin une espèce de couronne radiaire, et au centre une étoile irrégulière. A gauche, la partie centrale est légèrement trouble; les opacités périphériques se présentent sous forme de rayons irréguliers. Des deux côtés, nous notons dans la partie la plus antérieure du cristallin, presque sous la cristalloïde antérieure, un semis de petits points blanchâtres, brillants, disséminés mais surtout nombreux au centre. Après dilatation des pupilles par l'atropine, on passe à l'examen des régions plus profondes. A droite, l'examen assez difficile laisse soupçonner une papille normale. A gauche, papille normale, quelques opacités du vitré, rien à la macula; tout à fait à la périphérie, dans la région inféro-externe (à l'image renversée), légères plaques pigmentaires le long d'un vaisseau.

Champ visuel lumineux normal des deux côtés.

La kératoscopie indique pour l'œil gauche un léger degré d'astigmatisme myopique.

Traitement. — On institue le traitement ioduré : à l'intérieur 0g50 de KI par jour; à l'extérieur, instillations quatre fois par jour de quelques gouttes d'une solution de KI à 2 centigrammes pour 12 grammes.

5 mars 1904. — OG V = 1/3 — 1^{D} cylindrique axe horizontal.
OD V = 1/15 sans correction.
24 avril 1904. — OG V = 1/2 — 1^{D} cylindrique axe horizontal.
OD V = 1/12 sans correction.

A l'examen ophtalmoscopique, les opacités cristalliniennes paraissent moins étendues qu'au début, surtout au niveau de l'œil gauche, dont la partie centrale du cristallin est presque complètement transparente. Toutefois, le piqueté blanchâtre que nous avons noté sous la cristalloïde antérieure persiste.

Juin 1904. — OG V = 1/2 — 1^{D} cylindrique axe horizontal.
OD V = 1/15 sans correction.
Sept. 1904. — OG V = 1/3 — 1^{D} cylindrique axe horizontal.
OD V = compte les doigts à 0m30.

Jusqu'à ce jour le malade avait continué son traitement ioduré *intus* et *extra*. Cette nouvelle diminution de l'acuité visuelle s'est produite rapidement au dire du malade. A l'examen, nous trouvons le cristallin de l'œil droit présentant une teinte blanchâtre homogène avec le même semis de points brillants disséminés sous la cristalloïde antérieure. Champ visuel lumineux bon. A gauche, le piqueté brillant a pris une plus grande extension. Néanmoins le cristallin reste perméable et permet de retrouver les foyers pigmentaires que nous avions notés lors du premier examen.

Le malade entre à l'hôpital le 13 octobre 1904, et M. le professeur Baudry pratique sur l'œil droit une iridectomie préparatoire (M. le professeur Baudry a l'habitude de faire l'opération de la cataracte en deux temps). D'ailleurs la maturation n'était pas complète. Elle ne le fut qu'en mars 1905. Le 7 de ce mois, M. le professeur Baudry pratiqua l'extraction. L'opération se fit sans difficulté ni incidents : cataracte molle avec un petit noyau central de couleur jaunâtre. Les suites opératoires furent normales.

Le malade se représente à la consultation en juin 1905. A gauche V = 1/3 — 1^{D} cylindrique axe horizontal. L'opacification du cristallin reste stationnaire. A droite V = 1/2 + 11^{D}. L'éclairage oblique permet de déceler dans le champ pupillaire quelques traînées opaques d'origine cristalloïdienne. A l'ophtalmoscope, le fond de l'œil paraît complètement normal.

Au point de vue de l'évolution des lésions, notre malade a donc présenté les particularités suivantes :

1° Temps écoulé entre l'accident et les premiers effets des lésions cristalliniennes, c'est-à-dire l'abaissement de l'acuité visuelle. — On peut estimer cette période detemps à six ou huit mois. Ce fait est à relever, car il démontre que la date d'apparition des troubles cristalliniens est des plus variables, un certain nombre d'observations ayant noté des opacités cristalliniennes quelques jours à peine après l'accident. Il est vrai que notre malade n'avait été examiné à ce moment par aucun oculiste. Mais il est peu probable que ses cristallins eussent été altérés dès le début sans qu'il y ait eu répercussion sur son acuité visuelle.

2° Bilatéralité de la lésion.

3° Durée de la maturation. — En supposant le début des troubles cristalliniens en janvier 1902, c'est-à-dire sept mois après l'accident, la cataracte de l'œil droit mit plus de trois ans à mûrir. Celle de l'œil gauche reste pour ainsi dire stationnaire depuis plus d'un an que nous l'observons. Les altérations cristalliniennes paraissent d'ailleurs avoir évolué lentement, puisque le malade n'est venu nous consulter que deux ans après le début des troubles visuels. A noter également que, durant la période pendant laquelle nous avons pu le surveiller, il s'est produit au début une amélioration notable dans les fonctions visuelles, amélioration qui s'accompagna d'une légère diminution des opacités. De 1/8 à gauche en novembre 1903, l'acuité visuelle était ramenée à 1/2 en juin 1904 et est encore de 1/3 en juin 1905. De 1/40 à droite en novembre 1903, cette acuité était ramenée à 1/12 en avril 1904 et était encore de 1/15 en juin 1904. A quoi peut être due cette amélioration? Se serait-elle produite spontanément ou est-elle consécutive à l'action de l'iodure? C'est un point que nous ne trancherons pas. Quoi qu'il en soit, cette amélioration ne persista pas à droite; les opacités prirent bientôt une nouvelle extension et la maturation se fit alors assez rapidement. C'est ainsi que de juin 1904 à septembre 1904, en trois mois, l'œil droit, qui avait une acuité visuelle de 1/15, voyait cette acuité baisser au point de ne plus pouvoir compter les doigts qu'à 0^m30; le cristallin de ce côté était complètement opacifié en mars 1904. A gauche, au contraire, l'amélioration obtenue paraît se maintenir.

Au point de vue de la durée de la maturation, notre cas se rapproche de celui publié par Leber (1) en 1882, dans lequel cette durée fut de trois ans.

4° Résultats opératoires. — Nous avons vu que Gonin considérait les cataractes par coup de foudre comme présentant un pronostic plutôt défavorable quant aux résultats opératoires, soit que l'extraction soit rendue difficile par un certain relâchement des attaches cristalliniennes, soit qu'il y ait des complications dans le fond de l'œil. L'opération faite par M. le professeur Baudry sur l'œil droit (extraction combinée, en deux temps) a eu lieu au contraire, pour le cas que nous rapportons, dans les conditions les plus normales, et le résultat visuel obtenu peut être considéré comme bon : $V = 1/2 + 11^D$.

(1) Leber. *Arch. f. Opht.*, 1882. XXVIII, 3, p. 255.

Comme nous l'avons dit au début, nous considérons les troubles du cristallin consécutifs au coup de foudre comme étant causés par l'action directe du courant électrique. Nous n'avons, jusqu'à présent, connaissance d'aucun cas de lésions cristalliniennes dues au simple éblouissement, au « coup de soleil électrique ».

Ni Widmark (1), ni Lescarret (2), ni Terrien (3) n'ont pu réussir à provoquer des troubles du cristallin par l'action de la lumière électrique sur les yeux d'animaux. Au contraire Hess (4) et Kiribuchi (5) ont montré expérimentalement la formation de la cataracte comme une des conséquences de la décharge électrique, du passage direct du courant.

D'ailleurs certaines des observations publiées sont de véritables expériences sur l'homme venant confirmer les expériences faites sur les animaux.

Telle l'observation de Gonin. Il s'agissait d'un jeune homme de vingt-six ans, lequel remplissait les fonctions de secrétaire dans le stand d'une société de tir. Au-dessus de sa tête était suspendu le cordon de la sonnette électrique qui reliait le stand aux cibles. La foudre tombe sur les fils de cette sonnerie, est dirigée à l'intérieur du stand par l'intermédiaire de ces fils, et la décharge vient frapper le sommet de la tête du secrétaire. « Notre blessé, écrit Gonin, n'avait pas été exposé à l'éclat de l'éclair du dehors, protégé qu'il était par les constructions du stand; à l'intérieur, le coup de foudre s'étant divisé en plusieurs décharges partielles n'avait produit aucun effet de chaleur ou de lumière excessives, et le fait est que, des vingt-six personnes présentes, aucune n'éprouva au moment du coup la sensation d'un éblouissement. »

Telle l'observation de Lingsch, citée plus haut. Le malade était de garde pendant un violent orage. Au cours de cet orage, la foudre tombe sur le poêle du corps de garde. Au moment du coup, le malade était couché, avec deux autres soldats, sur un lit de camp près du poêle et dormait. Il fut précipité en bas du lit et resta une heure sans connaissance. Dans ce cas également, le blessé était à l'abri de l'éblouissement de l'éclair, protégé par les murs du corps de garde et aussi par son sommeil.

Plus expérimentales encore sont les observations de troubles cristalliniens consécutifs à des décharges électriques industrielles. Les observations de ce genre sont encore rares. Personnellement, nous ne connaissons que celle de Brixa et celle de Desbrières et Bargy.

Dans la première (6), il s'agissait d'une jeune télégraphiste qui, en manipulant l'un de ses appareils, reçut une violente secousse, ensuite de quoi elle fut vingt minutes sans connaissance. En outre de cer-

(1) Cité par Kiribuchi. *Arch. f. Ophtalm.*, 1900, t. I, p. 23.
(2) Lescarret. Th. de Bordeaux, 1901.
(3) Terrien. *Arch. d'ophtalm.*, XXII, p. 720.
(4) Hess. *VIIe Cong. intern. d'ophtalm.*, 1888, Heidelberg, p. 308.
(5) Kiribuchi. *Arch. f. Ophtalm.*, 1900, t. I, p. 1.
(6) Brixa. *Klin. Monast. f. Aug.*, nov. 1900.

taines lésions superficielles, elle présenta des troubles cristalliniens qui s'accentuèrent peu à peu au point de restreindre l'acuité visuelle à 1/28.

La seconde (1) est l'observation d'un ouvrier électricien de vingt-six ans qui, en nettoyant un transformateur électrique, reçut la décharge d'un courant alternatif de trente périodes, d'une tension de 20000 volts. Outre des blessures très sérieuses, il présentait « sur le cristallin (de l'œil droit) des points d'opacification caractérisés par un semis abondant de taches, les unes punctiformes, les autres linéaires, répandues sur toute la surface cristallinienne, mais prédominantes surtout à l'équateur de la lentille. Ces opacités étaient sous-capsulaires. Rien de semblable n'existait dans la partie postérieure du cristallin. L'examen du fond de l'œil, encore possible, ne révélait aucune lésion. L'acuité visuelle de cet œil était presque normale : 8/10 ».

Dans ces deux cas, il ne peut être question ni de l'action de la lumière, ni de celle de la chaleur, ni de celle des rayons ultra-violets.

Nous pouvons et nous devons donc, jusqu'à plus ample informé, considérer cette cataracte comme consécutive à l'action directe du courant électrique sur les tissus de l'œil.

Mais comment agit ce courant? Diverses explications peuvent être et ont été mises en avant : altération chimique des éléments histologiques ; troubles circulatoires du segment antérieur de l'œil ; action mécanique sur l'intégrité des éléments anatomiques et sur la cohésion des tissus de l'œil.

Altération chimique des éléments histologiques. — Leber et Silex attribuent les troubles du cristallin à la coagulation soit de l'albumine de la substance cristallinienne, soit d'un liquide albumineux épanché entre les cellules épithéliales et la couche des fibres. Pour Hess et Kiribuchi, le courant produirait une dégénérescence de l'épithélium antérieur et des fibres adjacentes, d'où diffusion ultérieure de l'humeur aqueuse qui augmenterait encore l'opacification du cristallin ; cette dégénérescence serait due non pas à une coagulation de l'albumine, mais à une action catalytique du courant qui pourrait, par exemple, altérer chimiquement l'humeur aqueuse et la rendre inapte aux phénomènes d'osmose dont dépend la nutrition du cristallin.

Troubles circulatoires du segment antérieur de l'œil. — Cette pathogénie a également été émise par Kiribuchi qui attribue un rôle important dans la production des troubles du cristallin à l'hyperhémie irido-ciliaire. Ce rôle peut s'expliquer par ce fait que c'est grâce aux vaisseaux ciliaires que se font les échanges osmotiques entre le vitré, l'humeur aqueuse et le cristallin. On sait la facilité avec laquelle les lesions ciliaires retentissent sur le cristallin. L'engorgement des vaisseaux irido-ciliaires qui se manifeste le plus souvent durant les quelques jours qui suivent l'accident est susceptible d'entraîner des lésions de l'épithélium cristallinien et des opacités des couches sous-jacentes.

(1) Desbrières et Bargy. *Ann. d'oculist.*, fév. 1905.

Action mécanique du courant. — Yvert (1) avait déjà songé à une déchirure de la cristalloïde. Hess et Kiribuchi ont remarqué un relâchement du ligament de la zonule de Zinn à la suite de la décharge électrique. Ce relâchement du ligament suspenseur du cristallin avait été déjà observé par Knies (2) et a été également signalé par Lingsch dans l'observation que nous avons citée plus haut. L'action mécanique du courant doit également être mise en cause dans les cas où l'on a constaté des ruptures de la choroïde ou des hémorragies [observations de Reich (3) et de Büller (4)].

Gonin semble attribuer le premier rôle dans la production des cataractes électriques à l'action mécanique du courant.

« En effet, écrit-il, les altérations histologiques décrites par Hess et par Kiribuchi n'ont rien qui puisse être donné comme spécial au traumatisme par l'électricité; j'en ai constaté de tout identiques au cours d'une étude expérimentale sur les phénomènes consécutifs à l'extraction partielle du cristallin (Etude sur la régénération du cristallin, 1896, *Ziegler's Beitr. zur pathol. Anat. und zur allgem. Pathol.*, vol. XIX); ces mêmes altérations doivent se produire dans toutes les circonstances qui ont pour effet de désorganiser la structure normale de la lentille en lésant ou en déplaçant quelques-uns de ses éléments. Un simple froissement du cristallin, qui aurait décollé l'épithélium antérieur de la couche des fibres et celle-ci de la cristalloïde postérieure, aboutirait probablement au même résultat. C'est à une action mécanique de ce genre que je crois devoir attribuer les opacités étendues que l'on a vues se développer dans l'espace de quelques heures (Kiribuchi) ou d'une journée (Meyhöfer), c'est-à-dire en un temps certainement bien court pour que la dégénérescence ait pu gagner de proche en proche toute l'épaisseur du cristallin. »

Dans l'état actuel de nos connaissances il nous paraît difficile de se prononcer en faveur de l'une de ces explications. Il est d'ailleurs possible que, dans la production de la cataracte consécutive à un coup de foudre, le courant électrique agisse tout autant par son action mécanique que par les phénomènes électrochimiques qu'il développe au sein des tissus de l'œil.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DE L'ANKYLOSTOMIASE

L'ankylostomiase étant une maladie très répandue, la pharmacopée des différents pays s'est épuisée à lutter contre elle, et voici, d'après M. le docteur Briançon [de Saint-Etienne] (5), la liste des médicaments qu'on lui a successivement opposés.

Sous les tropiques, on a employé l'huile de pippermint,

(1) Yvert. *Traité des blessures du globe de l'œil*, 1880, p. 213.
(2) Knies. *Arch. f. Ophtalm.*, 1886, XXXII, p. 236.
(3) Reich. *Klin. Monatsbl. f. Aug.*, 1878, p. 361.
(4) Büller. *Arch. f. Aug.*, 1890, XXI, p. 390.
(5) *L'ankylostomiase*, Paris, Maloine, édit., 1905, p. 182 et sq.

l'huile de pétrole, à la dose de xxx gouttes, et aussi le carbonate de gaïacol. Ces médicaments n'ont pas fait leurs preuves. Powel recommande, comme adjuvant du thymol, de la noix d'arec pulvérisée à la dose de 30 grammes. En Abyssinie, les indigènes se servent de l'écorce d'un arbre de la famille des acacias (albizza anthelminthica), écorce chaleureusement prônée par Goldmann. Au Brésil, on s'est servi avec succès de la doliarine, principe cristallisable extrait par Peckolt du suc lactescent du ficus doliaris. On peut aussi employer (Laboulbène) le latex du carica dodecaphylla, communément appelé jaracotia, jaracatia ou jacotia.

Dans nos pays, on a tenté l'action du camphre, de l'assa fœtida, de la térébenthine, de l'éther, de l'aloès, des solutions sulfureuses et des eaux sulfureuses naturelles. Pas plus que ces substances ne réussissent la santonine, le calomel, le chénopode anthelminthique, l'écorce de grenadier. L'entéroclyse chaude, vantée par Concato et Perroncito, n'en compte pas plus de succès à son actif, et il n'y a guère que trois substances médicinales qui puissent être avantageusement prescrites dans l'ankylostomiase; ce sont : le chloroforme, le thymol, la fougère mâle.

Le *chloroforme* seul, ou plutôt associé à la fougère mâle, est considéré par MM. Malvoz, Lambinet et Hermann comme un des meilleurs médicaments de l'ankylostomiase. Le *thymol* est d'un emploi courant sous les tropiques, où on le préfère nettement à la fougère. La précaution principale à observer dans l'administration de ce médicament consiste à éviter sa dissolution dans le tube digestif, afin que ne se produisent pas des phénomènes consécutifs d'absorption, et, en même temps, d'empoisonnement. Donc, la solubilité de l'eau étant très faible : 1 partie pour 1 110 parties d'eau, il n'est pas nécessaire d'instituer la diète de la boisson, mais il faut veiller à ce que le malade ne prenne ni alcool, ni éther, ni glycérine, ni térébenthine, ni chloroforme, ni huile. Les cas d'intoxication mortelle, survenus par suite de l'oubli de ces prescriptions essentielles et publiés dans la littérature médicale, sont déjà relativement nombreux.

Sans produire toujours des accidents aussi graves, le thymol donne parfois des vertiges, de l'excitation, des syncopes, des vomissements, une sensation très pénible de brûlure gastrique et pharyngée, tandis que les urines deviennent noires. Il est donc indispensable, lorsqu'on ordonne ce remède, de prendre quelques précautions.

Le malade, la veille du traitement, gardera la diète lactée et prendra, avant de se coucher, un laxatif; le lendemain matin, ce laxatif ayant produit l'effet attendu, on lui donnera au lit, d'heure en heure, de 0g60 à 1g80 de thymol en cachets ou en capsules; trois doses suffiront; quatre seront un maximum.

Il ne se lèvera même pas pour aller à la selle, ne boira que de l'eau, et, malgré les défaillances éventuelles, ne prendra ni cognac, ni rhum. Cinq heures après la dernière reprise, s'il ne s'est pas produit d'évacuation intestinale, un léger purgatif y suppléera. Le patient ne se lèvera que le soir, pour manger une collation, et les ankylostomes seront recherchés, ce jour-là, et le jour suivant, dans les matières, par le tamisage.

Il est rare qu'un tel traitement produise, en une seule fois, l'expulsion de la totalité des vers; si, après une semaine de repos, l'examen microscopique révèle encore la présence des œufs caractéristiques, il faudra soumettre le sujet à une autre cure, ou même à plusieurs autres.

Une dose moyenne de 4 à 5 grammes devra suffire pour chaque fois. Sonzino et M. le professeur Blanchard donnent comme limite extrême dix grammes; il sera prudent de ne jamais y atteindre. Prowe, qui eut fréquemment l'occasion de s'attaquer à la maladie dans l'Amérique centrale (San Salvador et Guatemala), recommande six à huit grammes en capsules et d'un seul coup : pour plus de sécurité, il y aurait avantage à fractionner cette quantité. Au cas où la sensation de brûlure au creux épigastrique serait très intense, quelques gorgées d'eau ou de tisane l'atténueraient; l'eau de fleurs d'oranger rendrait également, dans ce but, quelques services, certains auteurs la considérant comme étant le meilleur correctif de l'acidité thymique.

Quant aux dérivés du thymol : carbonate de thymol, thymol-uréthane, ils sont inactifs.

Au thymol, toujours désagréable à prendre et parfois dangereux, de nombreux auteurs préfèrent la *fougère mâle*. L'extrait de fougère mâle, aussi actif que le chloroforme, a été préconisé par Parona, Perronato, Eichhorst, Blanchard, Kuborn, Hofbauer, Goldmann. Ses inconvénients sont :

1° Son odeur et son goût désagréable : on peut les masquer, dans une potion, par l'addition de substances très aromatiques, telles que la vanilline, ou encore en enrobant le produit dans des capsules qui ne se mettent en liberté qu'à l'intérieur du tube digestif;

2° Les troubles spéciaux qu'il occasionne : vertiges, nausées, vomissements, xanthopsie; le meilleur moyen de les éviter est de demeurer au lit, pendant une bonne partie du jour, au matin duquel le médicament aura été pris, et de ne pas prescrire des doses supérieures à 7 grammes par jour (Bayer);

3° Les altérations oculaires qu'il détermine (Nuel, Mahain et Masius).

Pour atténuer ces dangers, on diminua les doses de fougère mâle, et l'on fut ainsi amené à mélanger à cette substance des anthelminthiques divers, et, surtout, du chloroforme. Tel est le ténifuge du docteur Duhoureau qui contient une faible quantité d'extrait filicique mélangé à deux ou trois fois son poids de chloroforme pur, de l'huile de ricin, une demi-goutte d'huile de croton, et qui masquerait assez bien l'odeur et la saveur nauséeuses de la fougère. Quatre grammes de chloroforme associés à la même dose d'extrait éthéré de fougère mâle, constituent une dose qui convient surtout aux individus vigoureux, et qu'il faudra réduire de 1 ou 2 grammes chez les mineurs très affaiblis.

Chez les enfants de dix à quinze ans, la dose maxima à ne pas dépasser est de 4 grammes. Arsla recommande de la donner le soir, en deux fois, dans une potion gommeuse; de faire prendre le lendemain matin un purgatif quelconque, à l'exclusion de purgatifs huileux (l'acide filicique, principe actif et toxique de la fougère mâle, étant soluble dans les huiles), de mettre un intervalle de deux à trois jours entre chaque tentative.

Comme purgatif, on prescrira donc, soit le calomel, soit le jalap, soit les deux (Goldmann et Lambinet) ou encore l'eau-de-vie allemande.

Voici comment ces méthodes sont employées par M. Hermann à Mons, et à Liège par MM. Malvoz et Lambinet.

Pratique de M. Hermann. — 1° Le matin, à jeun, potion avec :

Extrait éthéré de fougère mâle......	4	grammes.
Chloroforme..................	3 à 4	—
Huile de ricin..................	40	—

2° Après deux jours, administration d'eau chloroformée à saturation, additionnée d'un purgatif salin :

Eau chloroformée saturée.....	400 grammes.
Sulfate de soude............	40 —

à prendre en une heure et en quatre fois. Le malade, ordinairement, s'assoupit ;

3° Renouveler cette dernière potion au bout de deux jours ;

4° Après un nouvel intervalle de trois jours, redonner le mélange chloroformo-filicique.

Pratique de MM. Malvoz et Lambinet. — 1° La veille au soir, en se couchant, le mineur prend chez lui un cachet avec :

Jalap...............	*ââ* 0,25 centigrammes.
Calomel............	

2° Le matin du premier jour, il vient au dispensaire, où on lui donne huit capsules contenant chacune 50 centigrammes d'extrait de fougère mâle, et, au bout d'une heure, huit autres capsules semblables : soit, en tout, 8 grammes. Le repos au lit est indispensable. Dans la matinée, thé, café très fort ou cognac. A deux heures, repas léger, mais substantiel : bouillon, bifsteack, œufs ou légumes. Puis le malade rentre chez lui.

3° Le deuxième jour, repos à la maison.

4° Le troisième jour au matin, retour au dispensaire et absorption, à jeun, de la potion suivante :

Extrait éthéré de fougère mâle......	4 grammes.
Chloroforme pur.............	2 à 3 —
Glycérine neutre..................	40 —

à prendre en deux fois en une heure d'intervalle. Repos au lit jusqu'à deux heures. Puis repas et retour au logis.

Il est d'ailleurs exceptionnel qu'une seule période de traitement amène la guérison complète ; il faut donc, au bout de huit à quinze jours, refaire l'examen microscopique des selles, et, s'il y a lieu, recommencer aussitôt une nouvelle cure.

Parmi les médicaments récemment prônés, nous citerons le *podophyllin* (Neumann), très irritant, mais peu toxique, que l'on devrait prendre à raison de deux pilules chaque jour, contenant chacune 0g045 milligrammes de principe actif ; l'*eucalyptol* et l'*essence de Wintergreen* (Hermann) :

Eucalyptol....................	*ââ* 2 grammes.
ou essence de Wintergreen....	
Chloroforme..................	3 —
Huile de ricin................	40 —

à prendre en trois fois, de demi-heure en demi-heure (pour un adulte),

et, enfin, les cachets suivants, dont l'on donnera un tous les matins pendant huit à dix jours :

Terpine......................	50 centigr.
Soufre lévigé................	2 grammes.
Poudre de condurango........	1 —

L. BABONNEIX.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 26 JUILLET 1905)

A propos de l'anesthésie générale par la scopolamine-morphine. — M. MONOD a eu recours cinq fois à l'anesthésie générale par la scopolamine-morphine pratiquée suivant la technique exposée par M. Walther dans la séance du 21 juin dernier. Les accidents graves qu'il a observés chez sa dernière opérée anesthésiée de cette façon l'ont engagé à en rester là de ses essais.

Sa malade, une jeune femme de vingt-sept ans, à laquelle il avait fait une cholécystentérostomie, et qui, pendant cette longue opération, avait, il est vrai, absorbé, outre la dose habituelle de scopolamine-morphine, une quantité relativement considérable — 50 centimètres cubes — de chloroforme, fut prise, vingt minutes environ après la fin de l'opération, et alors qu'elle venait d'être reportée dans son lit, de cyanose, de dyspnée, avec accélération et affaiblissement du pouls, dilatation extrême des pupilles, etc. ; bref, la respiration s'arrêta et le cœur cessa de battre. Tractions rythmées de la langue, manœuvres de respiration artificielle, insufflation d'oxygène, injection d'éther, d'huile camphrée, etc., tout fut mis en œuvre pour la ranimer : ce n'est qu'au bout d'une demi-heure d'efforts que la malade put être considérée comme définitivement hors de danger immédiat. Pendant quelques jours encore son état resta grave, avec un cœur battant mollement, puis tout finit par rentrer dans l'ordre.

Est-ce à la scopolamine, à la morphine ou au chloroforme qu'il faut attribuer ces accidents ? M. Monod se le demande, sans pouvoir incriminer de façon précise un de ces toxiques plutôt que l'autre. Toujours est-il que pareil accident ne lui est jamais arrivé avec les mélanges titrés de chloroforme et d'air, et il a de fortes présomptions pour incriminer plutôt le mélange scopolamine-morphine.

Hypertrophie musculaire partielle donnant lieu à des erreurs de diagnostic. — M. PONCET (de Lyon), à propos de la communication faite sur ce sujet, dans la dernière séance, par M. Mignon, rappelle qu'il a traité la même question devant la Société des sciences médicales de Lyon, en mai dernier, à propos de deux cas observés par lui, l'un récemment, l'autre il y a déjà de nombreuses années.

Le premier de ces cas a trait à une hypertrophie partielle du jumeau interne chez un vigoureux cultivateur : le diagnostic porté avant l'opération avait été « kyste du creux poplité ». Dans le second cas, il s'agit d'une hypertrophie partielle du masséter observée chez un jeune abbé. Dans le premier cas, l'incision faite pour découvrir la tumeur resta exploratrice, quand on se fut convaincu qu'il s'agissait d'une simple hypertrophie musculaire ; ce malade, opéré par M. Delore, a quitté l'hôpital avec son incision cicatrisée. Dans le second cas, l'hypertrophie musculaire fut extirpée ; à l'examen microscopique, elle se montra uniquement formée de tissu normal. Ce malade dont M. Poncet a eu des nouvelles récemment — après près de vingt ans — est resté guéri depuis.

M. ARROU a également opéré une tumeur de même nature localisée au niveau du masséter ; mêmes résultats à l'examen histologique, et mêmes résultats aussi au point de vue thérapeutique.

M. J.-L. FAURE est intervenu récemment pour une hypertrophie musculaire localisée des muscles de la face interne de la plante du pied chez une jeune femme qui en était fort gênée pour la marche. Il a fait l'ablation de cette tumeur mais a négligé de la livrer à l'examen microscopique.

Deux cas de tumeurs malignes traitées par le sérum de M. Doyen. — M. KIRMISSON communique l'observation d'une fillette atteinte de cancer inopérable du rein et qu'il a soumise au traitement antinéoplasique de M. Doyen. Quinze injections de sérum ont été faites du 23 janvier au 20 mars de cette année ; or la tumeur a continué à progresser et l'état général de la

petite malade à s'aggraver. C'est un second échec à ajouter à celui qu'il a signalé dans la dernière séance.

Hernie isolée de l'appendice iléo-cæcal du côté droit. — M. Kirmisson a observé cette hernie chez un petit garçon et il a pu faire le diagnostic exact avant l'opération. L'appendice était partiellement adhérent à la partie postérieure du sac qui descendait jusqu'au testicule et ne contenait en dehors de l'appendice aucun autre organe. Cure radicale, après résection de l'appendice. Guérison.

Ces hernies isolées de l'appendice sont très rares, le cæcum accompagnant généralement l'appendice dans son prolapsus. Ce qui est plus intéressant encore, c'est que le diagnostic exact ait pu être fait avant l'opération.

De la résection du grand sympathique dans la névralgie faciale. — M. Delbet rapporte les observations de trois malades chez qui il a pratiqué cette opération et qui en ont retiré sinon la guérison complète, du moins une amélioration considérable dans leur état.

Ces malades sont opérés, l'un depuis trois ans, les deux autres depuis près d'un an et, d'après leurs propres déclarations les crises névralgiques qu'ils accusent encore de temps à autre ne sont nullement comparables ni comme fréquence, ni comme durée ni comme intensité à celles dont ils souffraient autrefois. A noter que ces trois malades avaient tous subi autrefois des opérations diverses — arrachement des nerfs sus et sous-orbitaux, résection des nerfs maxillaires supérieur et inférieur, résection du ganglion de Gasser — qui n'avaient produit qu'une amélioration passagère, de quelques mois au plus, après quoi les douleurs avaient reparu aussi violentes qu'auparavant.

M. Delbet termine en établissant le parallèle entre la sympathicectomie cervicale et la résection du ganglion de Gasser, parallèle qui se termine tout à l'avantage de la première opération tant au point de vue de la gravité opératoire que des résultats esthétiques et thérapeutiques.

Tumeur blanche des deux genoux; traitement par la résection d'un côté, par la méthode sclérogène de l'autre; résultat très satisfaisant. — M. Walther présente un jeune homme d'une vingtaine d'années qui avait fait, à l'âge de dix ans, une tumeur blanche du genou gauche, terminée plusieurs mois après par la guérison, mais avec une ankylose du genou à angle droit. Or, ce jeune homme entra en novembre dernier dans le service de M. Walther avec une tumeur blanche du genou droit. La résection orthopédique s'imposait du côté gauche, mais quelle conduite convenait-il d'adopter pour le genou droit? Faire la résection de ce côté aussi, c'était condamner le malade jusqu'à la fin de ses jours à l'usage des béquilles. M. Walther a cru qu'il obtiendrait un aussi bon résultat thérapeutique et un meilleur résultat fonctionnel en appliquant au genou droit la méthode sclérogène, et les événements lui ont donné raison : aujourd'hui son opéré a une articulation souple, jouissant de tous ses mouvements et lui permettant de marcher d'une façon aussi satisfaisante que possible.

Extraction d'un projectile logé dans le massif osseux de la face. — M. Potherat présente un jeune homme chez lequel il a extrait une balle de revolver, logée dans la fosse ptérygo-maxillaire où elle avait pénétré par le trajet suivant : entrée au niveau de l'orbite, entre le globe et le plancher orbitaire, elle avait traversé la fente sphéno-maxillaire et était venue butter contre la face inférieure de la grande aile du sphénoïde où elle avait produit un léger enfoncement de la base du crâne; puis elle avait glissé dans la fosse ptérygo-maxillaire où la radiographie décela sa présence et d'où M. Potherat put l'extraire sans difficulté grâce à la résection temporaire de l'arcade zygomatique.

Le blessé est aujourd'hui parfaitement guéri, ne conservant de son accident qu'une légère diminution de la vision du côté blessé, et qui s'explique (constatation faite à l'ophtalmoscope) par une légère déchirure de la sclérotique et de la rétine produite au niveau de l'*ora serratà* par le passage du projectile.

Appareil à chloroforme. — M. Suarez de Mendoza (de Madrid) présente un appareil à chloroformisation destiné à l'administration de mélanges titrés de chloroforme et d'oxygène. Cet appareil fera l'objet d'un rapport de la part de M. Ricard.

LIVRES NOUVEAUX

Exposé théorique et pratique de la méthode hydrothérapique (1), par le docteur Beni-Barde.

Il y a toujours utilité et agrément à lire l'œuvre d'un auteur particulièrement compétent dans la question qu'il traite. C'est le cas de ce volume de notre confrère Beni-Barde qui n'a qu'un tort à nos yeux, c'est de nous être présenté comme un testament scientifique. Pour qui connaît M. Beni-Barde, il est difficile d'admettre que ce soit son dernier mot.

Avec sa grande expérience et la rigueur de ses observations cliniques, notre confrère est arrivé à tirer de l'hydrothérapie tout ce qu'elle peut donner, c'est-à-dire beaucoup. Entre ses mains, la douche devient tour à tour un calmant merveilleux, un tonique puissant, un analgésique de premier ordre, un efficace régulateur de la circulation, etc. Mais pour arriver à obtenir ces résultats, il faut un tact, un doigté, dirons-nous, d'une grande finesse. C'est ce que possède au plus haut point M. Beni-Barde. Aussi est-ce une méthode très personnelle qu'il nous fait connaître, mais il ne s'en tient pas à l'exposé de cette méthode. En auteur consciencieux et soucieux de la vérité historique, il nous retrace l'œuvre de ses prédécesseurs. Il nous indique ensuite les recherches personnelles auxquelles il s'est livré pour se rendre un compte exact des effets très variés de la chaleur et du froid sur l'économie, d'abord sur l'homme sain, puis sur l'homme malade. Il a étudié dans ses moindres détails la réaction physiologique provoquée, selon les cas, par l'hydrothérapie. Puis il a passé en revue tous les appareils mis en usage pour obtenir ces effets.

« Entre l'action franchement excitante et l'action sédative la plus prononcée, nous dit-il, l'hydrothérapie peut fournir une série d'effets thérapeutiques très variés qu'on utilise avantageusement dans ces états morbides qui voltigent sans cesse entre une grande agitation et une extrême faiblesse. L'association bien appropriée de ces deux actions, en apparence contradictoires, donne toujours, à un praticien habile, l'occasion d'organiser un traitement bienfaisant pour un grand nombre de malades. »

Cette phrase résume parfaitement toute l'action thérapeutique de l'hydrothérapie et tout le parti qu'en a su tirer si heureusement M. Beni-Barde.

Toutefois, ce merveilleux agent thérapeutique n'est pas tou-

(1) In-8°. — Prix : 8 francs. — Paris, Masson et Cie.

jours parfaitement fidèle dans ses effets. Il faut savoir en poser nettement les indications et les contre-indications, c'est à bien saisir ces indications et ces contre-indications que s'applique l'auteur dans plusieurs chapitres qui ne sont pas les moins intéressants au point de vue de la clinique.

M. Beni-Barde ne manque pas de nous exposer aussi fidèlement le parti que l'on peut tirer de l'hydrothérapie dans les pyrexies, dans les maladies aiguës, dans les affections chirurgicales. Enfin, il expose le rôle que joue l'hydrothérapie dans les maladies chroniques.

Il termine par de sages conseils aux praticiens sur l'emploi des méthodes hydrothérapiques. Ce n'est pas la partie la moins utile de cette œuvre importante, instructive de M. Beni-Barde, œuvre à laquelle il a apporté la même conscience, la même sagacité, la même habileté que celles qu'il apporte quotidiennement dans le maniement de cette arme puissante, mais parfois dangereuse, qu'est l'hydrothérapie.

Nous n'étonnerons personne en disant que ce nouveau volume est écrit en ce style clair, élégant que nous avons déjà constaté dans les œuvres antérieures de M. Beni-Barde.

Dr A. BROCHIN.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANCAISES ET ÉTRANGÈRES

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 28, 9 juillet 1905.) P. Carles : L'œuf, médicament et aliment de convalescence. — L. Verdelet : Kyste hydatique suppuré du foie. Intervention chirurgicale. Opothérapie hépatique. Guérison. — (N° 29, 16 juillet.) Vergely : Deux cas de fracture du second et du cinquième métatarsien. — (N° 30, 23 juillet.) Fraikin : Orthopédie pratique. Examen et observation d'une scoliose (fiche scoliométrique). — (N° 31, 30 juillet.) Bégouin : Annexites et péritonite tuberculeuses. Faits de guérison par simple laparotomie.

Journal des praticiens. — (N° 28, 15 juillet 1905.) Raymond : Les formes cliniques du tabes; le tabes céphalique. — L. Renon : Les rapports professionnels du médecin avec sss malades et avec ses confrères. — (N° 29, 22 juillet.) Reclus : Traitement de la tuberculose du testicule, castration et épididymectomie. — Raymond : Les formes cliniques du tabes; le tabes céphalique (*suite*). — Jeanselme : Les syphilis malignes. — Legueu : Les corps étrangers (fragments de sondes et bougies de la vessie). — (N° 30, 29 juillet.) Broca : Appendicite ou pneumonie. — Raymond : Les formes cliniques du tabes. Le tabes céphalique (*fin*). — Mathelin : Sacro-coxalgie et abcès froid. Méningite en plaques. Mort. — Méry : Les rémissions prolongées dans la méningite tuberculeuse.

Montpellier médical. — (N° 25, 10 juin 1905.) Gilis : La région parotidienne et l'espace maxillo-pharyngien (*fin*). — Prunac : Contribution à l'étude de l'énésol dans le traitement de la syphilis. — (N° 26, 25 juin.) Virès : Barthez, biologiste. — (N° 27, 2 juillet.) Bosc : Recherches sur l'étiologie, la pathogénie et le traitement de la syphilis. — (N° 28, 9 juillet.) Jeanbrau : Ostéo-sarcome de l'humérus propagé aux parties molles. Amputation interscapulo-thoracique. Survie d'un an. — (N° 29, 16 juillet.) Virès : Barthez réformateur de la médecine pratique. — (N° 30, 23 juillet.) Virès : Pathologie et thérapeutique générales des épilepsies.

Nord médical. — (N° 259, 15 juillet 1905.) Lemoine et Caudron : Un cas de typhus exanthématique. — Gallois : Note sur un cas de tumeur blanche suppurée du coude chez une fillette de quinze ans; guérison avec conservation des mouvements étendus après résection. — G. Cochet : De l'administration du chloroforme avec la compresse de flanelle. — (N° 260, 1er août.) Valentin : Sur un cas d'abcès otogène sans participation de l'antre mastoïdien. — Decousser : Contribution à l'étude de la myosite hémorragique.

Normandie médicale. — (N° 15, 1er août 1905.) Auger : Etude sur la mortalité par tuberculose à Bolbec (Seine-Inf.), pendant une période de vingt-six années, 1879-1904. — Jeanne : La consolidation de la blessure dans les accidents du travail. Comment la définir, l'interpréter et la déterminer (*suite et fin*).

Pédiâtrie pratique. — (N° 14, 15 juillet 1905.) Ch. Achard et L. Ramond : Potomanie chez un enfant. — Sevestre : Sur la durée de l'immunité vaccinale. — E. Ausset : Pasteurisation et stérilisation. — (N° 15, 1er août.) Piettre : Pseudo-paraplégie hystérique consécutive à un rhumatisme articulaire aigu. — Geneix : Considérations cliniques sur les albuminuries intermittentes et leur traitement hydrominéral.

Revue de chirurgie. — (N° 7, 10 juillet 1905.) Vautrin : Considérations sur les plaies du canal thoracique dans la région cervicale. — Carl Beck : La technique de la dislocation de l'urètre dans les hypospadias et autres vices de conformation et lésion de l'urètre (4 fig.). — P. le Damany : La luxation congénitale de la hanche. Anatomie pathologique. Lésions prémonitoires (4 fig.). — Ch. Armand et J. Bertier : Du danger des vapeurs chloroxycarboniques dans la chloroformisation. — E. Pluyette et A. Bruneau : Des anévrismes artério-veineux de la sous-clavière (2 fig.). — F. Bindi : Contribution à l'étude du tissu élastique dans les tumeurs. — Ricard et Chevrier : De la tuberculose et des sténoses tuberculeuses du pylore (*fin*). — Gouilloud et Fraysse : De l'amputation abdomino-périnéale du rectum cancéreux (1 fig.) (*fin*).

Revue de la société scientifique d'hygiène alimentaire et de l'alimentation rationnelle de l'homme. — (N° 1, janv.-fév. 1905.) Fayolle : La loi sur les fraudes devant la Chambre. — Halphen : Sur les pratiques ayant pour objet la conservation des matières alimentaires. — Charrier : De la stérilisation des aliments. — Bordas et Touplain : Application de la centrifugation à l'analyse des cacaos et chocolats. — H. de Rothschild : L'addition de formol au lait. — Ch. Guillard : Influence de l'alimentation sur la qualité du lait. — A. Bonn : Le lait consommé à Lille. — (N° 2, mars 1905.) H. Roger : Influence des excitations de l'œsophage et de l'estomac sur la sécrétion salivaire. — E. Kayser : Influence de la chaleur sur le lait. — Martel et Guérin : Sur la virulence des mamelles en apparence indemnes provenant de vaches tuberculeuses. — H. Vallée : Sur la vaccination antituberculeuse des bovidés. — Bordas et Touplain : Nouvelle méthode d'analyse des laits par l'emploi des centrifugeurs à grande vitesse. — J. Tribot : Le repas à 1 franc dans les crémeries. Les repas dans les restaurants à 1 fr. 15 et 1 fr. 25. Sur la valeur physiologique des bouillons de Paris. — Fleurent. Le blanchiment des farines. — A. Steinmann et E. Ackermann : Unification des méthodes d'analyses, méthodes adoptées en Suisse.

Revue de médecine. — (N° 7, 10 juillet 1905.) Carrière et Lhote : Les rémissions prolongées de la méningite tuberculeuse chez l'enfant (2 fig.). — G. Sabaréanu et M. Salomon : Contribution à l'étude de la séro-reaction de la bacillo-tuberculose (méthode Arloing-Courmont). — Roussel et Job : La diphtérie dans les collectivités : son étiologie, sa prophylaxie (*fin*).

Revue des maladies de la nutrition. — (N° 7, juillet 1905.) Gautrelet : Essai de physiologie appliquée à l'économie sociale. — De Grandmaison : L'alimentation et la nutrition. — Batuaud : De la neurasthénie génitale féminine. — Rœser : La chimie digestive des albuminoïdes.

Revue générale des sciences pures et appliquées. — (N° 12, 30 juin 1905.) Paul Janet : Les tendances et les recherches actuelles de l'électrotechnique. — M. Wahl : Les idées actuelles sur la constitution des matières colorantes du triphénylméthane. — A. Martinet : Pharmacologie de l'acide phosphorique. — (N° 13, 15 juillet.) Maquenne : La respiration chez les plantes. — Duhem : Le principe de Pascal. Essai historique. — Martinet : Pharmacologie de l'acide phosphorique. Deuxième partie : Action nerveuse et action humorale. — (N° 14, 30 juillet.) Weisgerber : La ville de Fez. — Henri : Le rôle des colloïdes en biologie. Découvertes de kinases artificielles. — Blumstein : Les résultats acquis de la sérothérapie. — Clerget : L'esprit scientifique dans l'enseignement commercial.

Revue scientifique. — (N° 3, 15 juillet 1905.) Lemoine : Nos casernes (hygiène militaire). — Piéron : Le cinquième congrès international de psychologie. — Enquête : La science dans les bibliothèques.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 90. — JEUDI 10 AOUT 1905. 78e ANNÉE. JEUDI 10 AOUT 1905. — N° 90.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Étudiants.*
S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CONGRÈS FRANÇAIS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE (XVe SESSION, TENUE A RENNES, 1er-7 AOUT 1905).
Première question : « De l'hypocondrie. » — Discussion et communications connexes au rapport sur l'hypocondrie.
Deuxième question : « La névrite ascendante. » — Discussion.
Troisième question : « Balnéation et hydrothérapie dans le traitement des maladies mentales. » — Discussion.
Communications diverses.
NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)
Cancer de l'œsophage (fin).
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — MONTPELLIER. — Le lundi 20 novembre 1905, à huit heures du matin, il sera ouvert, à l'Hôpital-Général, un concours pour quatre places d'interne titulaire et cinq places d'interne provisoire dans les hospices de Montpellier.

Les titulaires seront nommés pour quatre ans, à partir du 1er janvier 1906; les internes provisoires le seront pour une année seulement; ils auront le droit de reconcourir, en 1906, pour les places d'interne titulaire.

Sont seuls admis à prendre part à ce concours : 1° les externes des hospices de Montpellier ayant rempli, à la satisfaction de l'administration, pendant un an au moins, les fonctions d'externe; 2° les internes d'autres villes nommés au concours. En s'inscrivant, les candidats sont tenus de produire :

1° Leur acte de naissance; 2° un certificat de bonne vie et mœurs délivré par le maire de la commune; 3° un bordereau de huit inscriptions au moins.

Ces pièces devront être déposées au secrétariat général des hospices, où les candidats pourront se faire inscrire jusqu'au samedi 18 novembre, à cinq heures du soir.

L'examen sera fait en public par un jury médical de cinq membres, sous la présidence d'un membre de la Commission administrative désigné par elle.

Les internes nommés par la Commission administrative prendront possession de leur emploi le 1er janvier 1906. Ils jouiront des avantages stipulés à l'article 28 du règlement : « Les internes sont logés, nourris, chauffés et éclairés dans l'établissement; ils reçoivent, en outre, un traitement fixé, savoir : à 200 francs pour la première année, à 300 francs pour la deuxième, et à 400 francs pour la troisième et la quatrième années. »

Les internes ne peuvent prendre le titre de docteur, ni se marier pendant la durée de leur service, sans l'autorisation de l'Administration.

Les internes provisoires ne seront nommés en cette qualité que s'ils consentent à ne pas continuer leur externat et à se tenir à la disposition de l'Administration pour les suppléances de l'internat.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Reuet (de Paris), et Turigny, député de la Nièvre, doyen d'âge de la Chambre.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — La Compagnie P.-L.-M. a l'honneur d'informer le public qu'elle va soumettre incessamment à l'homologation de l'Administration supérieure la proposition de faire délivrer *dans toutes les gares de son réseau* les cartes d'excursions dans le Dauphiné, la Savoie, le Jura, l'Auvergne et les Cévennes, qui ne sont actuellement qu'à la disposition des voyageurs partant de Paris.

Ces cartes seront valables 15 jours ou 30 jours, avec faculté de prolongation.

Elles donneront droit à un voyage aller et retour du point de départ à la zone de libre circulation et à la libre circulation pendant 15 ou 30 jours sur toutes les lignes comprises dans la zone.

Sur les prix des cartes souscrites en même temps par les membres d'une famille, il sera fait des réductions pouvant aller jusqu'à 50 p. 100.

La délivrance de ces cartes sera annoncée au public par voie d'affiches apposées dans les gares.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANCAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 7, juillet 1905.) LANNOIS (de Lyon). Paralysie faciale récidivante et paralysie faciale à bascule d'origine otique. — MAHU : La méthode la plus simple de panser les évidés. — GELLÉ : Les adénopathies dans les affections des fosses nasales et du rhino-pharynx. — ROY (de Montréal) : Nécrose du maxillaire supérieur par intoxication phosphorée. Opération. Guérison. — CORNET (de Constantine) : Microtie congénitale du pavillon de l'oreille droite avec imperforation du conduit auditif. Hémiplégie du voile du palais du même côté et atrophie du pavillon tubaire.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Juillet 1905.) KERMORGANT : Prophylaxie du paludisme. — P. BROUARDEL : Intoxication aiguë par l'opium et ses alcaloïdes. — PERREAU : Essai sur les caractères juridiques de la profession médicale en France. — Valentin MAGNAN et Paul DUBUISSON : Rapport médico-légal concernant Son Altesse Royale Mme la princesse Louise de Saxe-Cobourg et Gotha. — J. BRAULT : L'hygiène chez les indigènes musulmans d'Algérie. — (Août 1905.) BROUARDEL : Les fumeurs et mangeurs d'opium et les morphinomanes. — BAUMEL : De la mutualité maternelle dans ses rapports avec la mortalité infantile. — LEGGE : Le charbon professionnel.

Annales médico-psychologiques. — (N° 1, juillet-août 1905.) Georges VERNET : La question des rapports de la syphilis et de la paralysie générale à l'Académie de médecine. — Roger MIGNOT : Enquête sur la fréquence des troubles mentaux dans le personnel des asiles d'aliénés. — Paul MOREAU (de Tours) : De la simulation des maladies mentales et nerveuses chez les enfants (*fin*). — BELLETRUD et MERCIER : Quelques réflexions sur le recrutement des infirmiers dans les asiles, sur la journée de huit heures et sur l'organisation des retraites. — Edouard BOREL : Du placement des aliénés criminels en Suisse.

Archives de médecine des enfants. — (N° 8, août 1905.) PORAK et DURANTE : Infections ombilicales du nouveau-né. — COMBY : Maladie de Maurice Raynaud chez l'enfant. — CHARTIER : Omphalorragie grave, traitement par le sérum gélatiné. Guérison. — DE BIEHLER : Angine et appendicite.

Archives générales de médecine. — (N° 31, 1er août 1905.) NATIER : Surdité et rééducation de l'oreille par les diapasons. Résultats éloignés du traitement. — AGUINET et RIBADEAU-DUMAS : Leucémie et lésions méningées. — VILLARET et TIXIER : Deux cas d'hémorragies cutanées. Considérations sur la variabilité clinique du syndrome. — HALLION : Les recherches expérimentales récentes sur la digestion et leurs conséquences pour la pathologie.

Archives internationales de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 4, juillet-août 1905.) GELLÉ : Des adénopathies dans les affections nasales et du rhino-pharynx. — ROSENBERG (de Berlin) : Sur les affections unilatérales des cordes vocales. — H. VINCENT : Fréquence du parisitisme fuso-spirillaire dans les lésions buccales. — MERMOD (de Lausanne) : Strepto-méningite après une opération de Killian. — COZZOLINA (de Gênes) : A propos du stridor laryngé congénital. — ESCAT : Un cas de glossite basique phlegmoneuse. — William H. DUDLEY (d'Easton) : Quelques remarques sur un cas de cholestéatome publié l'année dernière. — HÉLOT : Ulcère rongeant de la face à marche rapide chez un malade ayant présenté une ulcération narinaire trophique. — BOTELLA (de Madrid) : Fibrosarcome de l'isthme et du lobule droit de la glande thyroïde. — CHAVASSE et TOUBERT : Étude sur les complications temporales et endocraniennes d'origine otitique, observées à la clinique otologique du Val-de-Grâce de 1898 à 1904 (*suite*). — CHAUVEAU : Pharyngite sèche et chloruration. — CORNET (de Constantine) : Diplacousie dysharmonique. — MARANGOS : Nouvelle technique d'injection intra-trachéale par voie nasale. — AUGIÉRAS : Résultats éloignés du traitement de l'ostéite condensante à forme névralgique de l'apophyse mastoïde par l'évidement mastoïdien. — BAUMGARTEN (de Budapest) : Sur quelques expériences dans le domaine thérapeutique. — FISCHER (de Luxembourg) : Effets secondaires de l'aspirine. — NEVEU : La voûte palatine en ogive. Son traitement. — ZWAARDEMAKER (d'Utrecht) : Sur la sensibilité relative de l'oreille humaine pour les sons de hauteurs différentes, mesurée au moyen de tuyaux d'orgue. — BARD (de Genève) : Sur l'orientation et l'accommodation auditive. (Réponse : M. le docteur Bonnier.) — FLATAU (de Berlin) : Sur un quatrième registre musical de la voix chez des jeunes filles dans l'âge de puberté. — ZUND-BURGUET : Recherches expérimentales sur le timbre des voyelles nasales françaises. — DROUOT : Education familiale du jeune sourd-muet. — CHAUVEAU : Le traité des angines de Lasègue (*suite*). — MASSIER (de Nice) : L'enseignement et la pratique oto-laryngologique à Londres (*suite*). — GOLESCEANO : Parotidite infectieuse d'angine buccale. — CHAUVEAU : Hémorragie vélo-palatine répétée probablement d'origine nerveuse. — BELEN : Les consonnes. Leur rôle dans la formation de la voix parlée et chantée. Leur influence sur l'émission vocale (*suite*).

Gynécologie. — (N° 3, juin 1905.) A. DOLÉRIS : Fibrome utérin incarcéré; grossesse; hystérectomie; guérison. — A. DOLERIS : Large fistule rectovaginale provoquée par un pessaire; procédé opératoire spécial; guérison. — SIREDEY et BIGART : Recherches sur la leucorrhée. — BOSSI : Les conséquences gynécologiques du malthusianisme. — Alex. ROSNER : Des douleurs intermenstruelles.

Journal de pharmacie et de chimie. — (1er août 1905.) FRANÇOIS : Sur les iodomercurates des amines. — LACROSSI : Sur les formiates de quinine. — GUIGUES : Les opiums dits manipulés. — LEYS : Action des aldéhydes sur l'oxyde mercurique en milieu alcalin. Distinction du formol et de l'éthanal.

Journal de physiothérapie. — (N° 31, 15 juillet 1905.) SALIGNAT : L'entéro-colite muco-membraneuse. — LIÈVRE : Le massage dans les accidents du travail. — BELOT : De l'importance du dosage et de la méthode dans le traitement radiothérapique de quelques affections néoplasiques. — HARET : Cancer du col de l'utérus traité avec succès par la radiothérapie.

Marseille médical. — (N° 13, 1er juillet 1905.) BOINET : De la méningite cérébro-spinale épidémique. — ALEZAÏS : La nécrose gazeuse du foie. — (N° 14, 15 juill.). BIDON : Un cas de paralysie labio-glosso-laryngée. — ARNAUD : L'isolement des tuberculeux hospitalisés à Marseille. — RISS : Un cas de présentation du front pendant le travail. — (N° 15, 1er aoùt.) LOISON : La chirurgie du champ de bataille.

Medical Record. — (Vol. LXVIII, n°3, 15 juillet 1905.) Lewis McMURTRY : L'Association médicale américaine, son origine, son développement, son but. — Charles G. STOCHTON : Le retardement de la vieillesse et l'atténuation de la sénilité. — Halsted MYERS : Absence congénitale de tibia; transplantation de la tête du péroné; arthrodèse du cou-de-pied. — DRUECK : Examen du rectum et sa valeur diagnostique.

CONGRÈS FRANÇAIS
DES
MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
DE LANGUE FRANÇAISE

(XV[e] SESSION, TENUE A RENNES, 1[er]-7 AOUT 1905)

PREMIÈRE QUESTION

DE L'HYPOCONDRIE

M. Roy (de Paris), rapporteur.

M. Roy. L'hypocondrie est un syndrome dont la littérature est immense et dont la définition a depuis Hippocrate reflété l'infinie diversité des doctrines médicales. Dans une question aussi controversée, nous ne prendrons comme point de départ que le seul élément où l'accord soit unanime, l'idée hypocondriaque, base clinique invariable, nécessaire et incontestée du syndrome hypocondrie.

L'intérêt principal réside essentiellement, croyons-nous, à l'heure actuelle, dans l'étude pathogénique de cette idée et dans la place nosologique qu'il convient de lui accorder.

L'idée hypocondriaque est, disent les auteurs, une préoccupation nettement exagérée ou sans fondement, relative à la santé physique. Cette définition a elle seule pose le problème pathogénique. Les préoccupations de l'hypocondriaque ne sont-elles qu'exagérées, ou bien sont-elles sans fondement? A leur origine y a-t-il des sensations réelles ou imaginaires? S'agit-il d'un trouble intellectuel ou bien d'une maladie des organes? C'est la vieille discussion toujours pendante des partisans de l'hypocondrie *cum materia* et de ceux de l'hypocondrie *sine materia*, essentielle, « véritable hypocondrie, disent-ils, qui n'a pas plus de rapport avec les hypocondres que la mélancolie avec la bile et l'hystérie avec l'utérus. »

Quelles sont les acquisitions à ce sujet de ces vingt-cinq dernières années, période pendant laquelle, depuis l'avènement de la neurasthénie, le domaine de l'hypocondrie va se restreignant du côté des psychoses pures pour s'augmenter, au contraire, du côté des névroses? C'est-à-dire que l'étude de l'hypocondrie n'appartient plus exclusivement à la psychiatrie, mais aussi à la neurologie et à la pathologie générale. Depuis Beard, le nombre des hypocondriaques n'a pas augmenté, mais beaucoup de nosophobes délirants ont été étiquetés neurasthéniques. Les distinctions d'ailleurs entre la neurasthénie et l'hypocondrie ne paraissent pas montrer une différence de nature, mais simplement de degré entre les deux affections. Cette distincion poursuivie, entre autres par Ballet, Schüle, Bœttiger, Wollenberg, a été combattue par Krœpelin, Jolly, Dubois (de Berne). C'est surtout ce dernier qui a le plus insisté sur l'unité de toutes les psychonévroses. L'hypocondrie n'est-elle qu'un trouble fonctionnel ou n'est-elle pas plutôt l'affection la plus propre à démontrer l'origine artérielle et périphérique d'un grand nombre de troubles psychiques ou nerveux longtemps crus d'ordre dynamique? Nous synthétiserons grossièrement en deux doctrines les théories pathogéniques adverses en ce qu'elles ont de plus extrême : la doctrine psychique de Dubois (de Berne), la doctrine viscérale de Head.

Pour le premier, l'hypocondrie est une affection purement psychique, à symptômes exclusivement psychiques, justiciable de la seule thérapeutique psychique. Donc on n'y trouvera pas de lésion encéphalique, on n'y cherchera pas de troubles périphériques locaux, « car les constater, c'est les faire naître, » et on ne verra à l'origine qu'une constitution psychique particulière; aux souffrances de l'hypocondriaque, on opposera la maxime de Sénèque : « On n'est malheureux qu'autant qu'on le croit. »

Pour le second, au contraire, les changements d'humeur, l'état de dépression, d'inquiétude et bien d'autres troubles mentaux associés reconnaîtraient pour principal facteur la douleur réfléchie des affections viscérales. Normalement, dit-il, la vie viscérale est en dehors de la conscience, mais si la douleur réfléchie apparaît, le changement physique est complet.

L'étude des troubles de la cénesthésie, des troubles viscéraux et cérébraux dans l'hypocondrie, permet seule de se faire une opinion critique entre Dubois (de Berne), qui accorde au cerveau toute l'importance que Head réserve au sympathique.

La question de l'origine des troubles de la cénesthésie dans la pathologie mentale est d'une très grande importance, bien qu'elle n'ait pu encore passer dans le domaine de l'étude expérimentale. Son étendue est immense, car les éléments organiques des sensations intéressent à la fois les sensations internes et externes (Wernicke, Storch-Fœrster, Deny et P. Camus) et concourent à la formation de la conscience du corps, c'est-à-dire de l'organisme tout entier. Ces notions reposent maintenant sur des observations cliniques. L'importance de la cénesthésie — que j'appellerai la conscience du sympathique — est d'ailleurs admise par les aliénistes (Féré, Séglas, Vigouroux), comme par les psychologues modernes (Lange, James, G. Dumas). « Il n'y a pas de maladie de l'esprit, c'est l'esprit qui est troublé par les maladies du corps » (Féré).

Sans doute, l'origine viscérale de l'hypocondrie n'est point démontrée, mais déjà des faits cliniques de jour en jour plus nombreux depuis ceux d'Esquirol, de Dupré et L. Lévi, de Marchand, de M. de Fleury, Léri, Mirallié, jusqu'à ceux tout récents de Vigouroux et Collet, des documents anatomo-pathologiques (Laignel-Lavastine, Heitz, Roux, de Buck), expérimentaux et thérapeutiques, paraissent venir à l'appui de troubles périphériques organiques au cours de l'hypocondrie.

Mais si l'hypocondrie nous semble caractérisée surtout par une hyperesthésie plus ou moins diffuse des nerfs organiques, il ne s'ensuit pas que la mentalité de l'hypocondriaque n'ait aucune importance sur la couleur de ses interprétations délirantes. Nous ne devons à aucun prix méconnaître l'influence de l'élément psychique et central. Le facteur idéogène est incontestable; les lectures des livres médicaux, les conversations, les pièces de théâtre font souvent éclore des craintes obsédantes et des phobies de

maladies, la syphilophobie entre autres, sur laquelle il est inutile d'insister. Mais cette influence semble avoir été à tort considérée comme exclusive, et on a parlé récemment encore d'hypocondrie mercurielle, où le trouble cérébral serait seul existant (Marchand).

Les deux doctrines que nous avons, artificiellement sans doute, opposées l'une à l'autre ne nous semblent nullement irréductibles. Nous croyons que les troubles cérébraux et viscéraux coexistent chez tous les hypondriaques.

L'hypocondrie n'est pas qu' « un délire par introspection somatique », c'est l'interprétation par un cerveau prédisposé à l'introspection de troubles somatiques réels.

Pour que naisse l'idée hypocondriaque, deux conditions sont nécessaires et suffisantes : un tempérament hypocondriaque, plus souvent héréditaire qu'acquis, une tendance constitutionnelle spéciale et des troubles cénesthésiques, troubles acquis, accidentels. La distinction de Wallenberg de deux hypocondries, l'une constitutionnelle, l'autre accidentelle, légitimee en apparence par la clinique, n'est pas fondée au point de vue pathogénique. Il n'en est pas de purement intellectuelle ou de purement symptomatique. Les deux facteurs psychique et viscéral coexistent toujours, bien que leur importance relative s'exerce en raison inverse l'une de l'autre.

La thérapeutique, par suite, ne sera pas exclusivement psychique ni exclusivement physique. Les indications n'en pourront être précisées que par une analyse approfondie de chaque cas et après un examen somatique soigneux.

Quelle est la place nosologique de l'hypocondrie? Comme deux conditions sont nécessaires et suffisantes à la formation de l'idée hypocondriaque, dans toutes les affections où peuvent coexister ces troubles de la cénesthésie et cette aptitude mentale à l'introspection pourront se développer des états hypocondriaques.

Or la « cénesthésiopathie » peut, jointe à la constitution psychique particulière, provoquer l'apparition d'un état hypocondriaque dans les maladies mentales les plus variées, dans les démences (paralytiques surtout), la débilité mentale, les toxi-infections, les psychopathies constitutionnelles et la neurasthénie. Il ne semble plus y avoir d'hypocondrie autonome, il n'y a que des symptômes hypocondriaques au cours de divers états psychopathiques. L'hypocondrie systématisée primitive elle-même ne semble plus qu'une variété de paranoïa à troubles cénesthésiques. Il n'y a que des états hypocondriaques symptomatiques.

Le seul diagnostic sera donc étiologique. La recherche de l'affection causale permettra seule d'établir un pronostic et des indications thérapeutiques.

— A son rapport, M. Roy adjoint une étude médico-légale de l'hypocondrie faite en collaboration avec M. Juquelier, dont la conclusion est que la responsabilité du sujet sera d'autant plus atténuée que l'élément psychopathique constitutionnel de l'idée hypocondriaque l'emportera chez lui sur le facteur cénesthésique, accidentel.

M. Régis (de Bordeaux). Sur le terrain de la pathogénie, je suis d'accord avec M. Roy pour admettre deux éléments nécessaires : un état psychique particulier et un substratum cénesthésique dont j'ai à plusieurs reprises montré l'importance. Le délire hypocondriaque est le résultat d'altérations cénesthésiques le plus souvent d'origine auto-toxique. Sans méconnaître le mérite de Head, je rappellerai que les symptômes mentaux des maladies viscérales avaient été décrits avant lui par M. Bouchard dans les affections de l'estomac notamment, et que des zones cutanées douloureuses nous étaient connues dans les affections organiques. J'ai fait moi-même des recherches sur la sensibilité des hypocondriaques et j'ai trouvé des troubles objectifs. J'ai insisté sur l'anesthésie viscérale, sur les troubles sensitifs des muqueuses chez les hypocondriaques négateurs. Cette étude de la sensibilité interne devrait être poursuivie chez des malades.

La parenté de la neurasthénie et de l'hypocondrie est une question que j'ai développée depuis longtemps. J'ai montré, dans la thèse d'un de mes élèves, qu'il n'y a qu'une différence de degré entre la nosophobie du neurasthénique et le délire de négation de Cotard.

Je critiquerai le rapporieur sur l'expression « santé physique » qui figure à sa définition; elle semble indiquer qu'il n'y ait qu'une hypocondrie physique. Il y a aussi une hypocondrie intellectuelle et morale, c'est celle du malade inquiet de son esprit, qui craint de devenir fou, qui dit ne plus pouvoir penser. La nosophobie de la folie est une forme fréquente souvent associée à l'autre. Toutes deux ont été décrites par Molière : l'hypocondriaque physique est le malade imaginaire, l'hypocondriaque psychique est un pessimiste, c'est le misanthrope.

M. Cullerre (de La Roche-sur-Yon). Les troubles cénesthésiques dans l'hypocondrie délirante anxieuse ne me semblent nullement démontrés. Les malades invoquent souvent une idée de culpabilité, un souvenir comme raison de leur état; leur explication est purement psychologique. L'anxiété est souvent primitive et appelle l'explication délirante. L'organe lésé est le cerveau et non le grand sympathique.

M. Deschamps (de Rennes). Dans la pathogénie des névroses et de l'hypocondrie entre autres, il faut faire intervenir des auto-intoxications; c'est dire que le traitement sera celui de la cause et non le traitement purement moral.

M. Brissaud (de Paris). L'hypocondrie n'est peut-être qu'une représentation corticale de lésions ou de symptômes viscéraux latents. Un malade, manœuvre de profession, que j'ai suivi fort longtemps dans mon service, souffrait cruellement de l'estomac. L'examen le plus minutieux ne permit à M. Hayem ni à nous-même de trouver aucun indice de la moindre lésion gastrique. Il fut considéré par tous comme un algique psychique; il fut amélioré ou guéri momentanément par une thérapeutique psychique. A certains intervalles, pourtant, la douleur revenait. Il eut il y a trois semaines une hématémèse effroyable. A l'opération on constata un petit ulcère de l'esto-

mac. C'était donc un organique. J'ai cherché maintes fois les zones de Head dans les cas de lésions viscérales, elles m'ont paru souvent imprécises et variables.

Au sujet de la parenté de la neurasthénie et de l'hypocondrie, je ne vois entre elles qu'une suite ininterrompue de types de transition. La névrose n'est le plus souvent qu'une psychose.

Le mot neurasthénie doit être pris dans son sens exact : une absence d'énergie nerveuse. Ce manque de sthène n'est qu'un manque de sécurité, fonction du potentiel nerveux. Ce manque de sécurité est souvent un symptôme dominant dans la neurasthénie traumatique et son importance est grande dans les expertises médico-légales des accidents du travail. D'autres malades au contraire ne sont que des algiques.

Difficile est l'estimation de la gravité de ces syndromes tenant à la fois de la neurasthénie et de l'hypocondrie.

M. Picqué (de Paris). Au point de vue des indications chirurgicales dans l'hypocondrie, tout le rôle n'est pas dévolu à l'aliéniste. Si celui-ci esi indispensable pour déterminer à quelle catégorie appartient le malade, le chirurgien ne l'est pas moins pour établir la nature et le dosage des lésions chirurgicales.

M. Deny (de Paris). Comme M. Régis, je reproche au rapporteur d'avoir basé son travail sur deux hommes qui n'appartiennent point au domaine psychiatrique. Je lui reproche aussi de n'avoir pas distingué le nosophobe de l'hypocondriaque. Celui-ci n'a pas uniquement peur de l'avenir, mais il se croit et surtout se sent malade parce que ses sensations internes sont perturbées. La cénesthésie n'est pas restreinte, comme l'a fait M. Roy, au domaine du sympathique, elle embrasse le système nerveux et le corps tout entier.

A côté des altérations viscérales pourquoi ne pas admettre aussi des altérations de la cénesthésie cérébrale. La perturbation des centres corticaux de la cénesthésie ne serait-elle pas le terrain de conciliation entre les deux doctrines centrale et périphérique de l'hypocondrie ?

M. Meige (de Paris). Ce que M. Roy donne au sympathique, M. Deny le restitue au cerveau ; ne pourrait-on pas conclure que ces deux manières d'envisager la pathogénie sont vraies suivant les cas particuliers considérés?

M. Roy. Si j'ai choisi les deux noms qu'on me reproche, comme représentants des deux théories pathogéniques en présence, c'est pour montrer le caractère exclusif et outrancier de chacune de ces deux théories isolées. Si je n'ai pas décrit une forme d'hypocondrie morale, c'est que je ne puis consentir à séparer le moral du physique.

Cette même raison m'empêche aussi de me rallier à la conception purement psychique de l'hypocondrie.

Sans doute le sympathique n'embrasse pas la cénesthésie tout entière, mais je n'ai parlé de conscience du sympathique que pour schématiser par cette image les sensations organiques et les opposer ainsi plus facilement à l'ensemble des sensations externes différenciées, aux perceptions sensorielles.

Communications connexes au rapport sur l'hypocondrie.

Évolution des états hypocondriaques. — MM. Taty et Chaumier (de Lyon). De l'observation de sujets suivis jusqu'à la fin de leur évolution nous concluons qu'il y a lieu de toujours chercher attentivement le substratum morbide physique, souvent méconnu ou difficile à déceler exactement, le pronostic et le traitement dépendant de ce diagnostic exact. L'idée de négation nous a paru résulter souvent de l'involution sénile ou d'un autre processus dégénératif.

Sur un cas de délire métabolique à base hypocondriaque. — MM. Deny et P. Camus. La coexistence remarquable dans ce cas des diverses modalités du délire métabolique ou de transformation (de la personnalité physique et morale, du monde extérieur, des perceptions d'espace et de temps) permet d'en rattacher l'origine à un mécanisme identique à celui du délire hypocondriaque classique, c'est-à-dire à un trouble cénesthésique.

C'est par l'aberration de ses sensations organiques que l'hypocondriaque se sent transformé et qu'aussi tout en identifiant les personnes et les choses, les sent modifiées et souffre de l'étrangeté de ses sensations. La perturbation des centres cénesthésiques explique à la fois la diminution ou l'abolition des sensations (origine du délire de négation de Cotard) et les perversions variées des mêmes sensations (origine du délire métabolique de transformation).

C'est pour l'ensemble de ces états que nous proposons, au point de vue pathogénique, le terme général de cénesthésiopathies.

DEUXIÈME QUESTION

LA NÉVRITE ASCENDANTE

M. Sicard (de Paris), rapporteur.

M. Sicard. On doit réserver le terme de névrite ascendante à la désignation d'un syndrome régional, survivant à une toxi-infection locale, syndrome à marche extenso-progressive lente et ascensionnelle de la périphérie vers les centres nerveux, avec possibilité cependant de régression et de guérison. Le ou les nerfs tributaires du segment traumatisé sont responsables au point de départ du processus névritique ascendant, dont le caractère le plus constant est de s'accompagner de douleurs d'une acuité extrême, à crises paroxystiques.

L'histoire de cette question peut se résumer brièvement.

Trop étendue d'abord la névrite ascendante reposait sur « la possibilité d'un état inflammatoire se propageant par l'intermédiaire des nerfs jusqu'à la moelle » (Troja). Elle nous semble avoir englobé certains faits de myélites aiguës, de polynévrites et de paralysie de Landry. Dans une deuxième période (1880 à nos jours) de contrôle et de discussion critique (Leyden, Axenfeld, Charcot) le syndrome se dissocie et en se restreignant peut s'affirmer davantage.

Grasset en fait une névrite isolée. Babinski, Chipault et quelques chirurgiens insistent sur la névrite ascendante traumatique. Déjerine y voit une infection remontant le long des troncs nerveux. Raymond, Brissaud, Marie, et la plupart des auteurs lui reconnaissent une individualité clinique. Guillain conclut à l'origine possible de la syringomyélie par névrite ascendante. Cliniquement la névrite ascendante se distingue par son allure régionale de la paralysie de Landry, où l'envahissement est rayonnant, bilatéral et souvent symétrique, de la névrite interstitielle hypertrophique de Déjerine, symétrique aussi, bilatérale et familiale. Histologiquement elle se sépare des réactions médullaires dégénératives à distance (suites d'amputations par exemple), des processus spécifiques de nervo-conductibilité toxique (tétanos, diphtérie) ou microbienne (rage). Ainsi limitée la névrite ascendante nous paraît avoir une étiologie assez nette : traumatismes ouverts, plaies infectées primitivement ou secondairement avec lésion des branches nerveuses de moyen calibre. C'est un processus rare (4 p. 100 des plaies des nerfs), ayant une prédominance marquée pour le membre supérieur, le nerf cubital surtout.

Il s'agit de microbes de suppuration banale; rien ne vient appuyer l'hypothèse d'un microbe spécifique.

On peut grouper l'étude clinique en deux étapes, l'une principale et obligatoire : étape de réaction périphérique à ascension limitée, l'autre exceptionnelle de réaction à distance et de diffusion ganglionnaire. A l'une et à l'autre appartient un élément commun et dominant, la douleur. Souvent très vive et non proportionnée à l'intensité du trauma, elle peut dès le début s'accompagner de réaction vasomotrice et d'œdème rapide (Brissaud). Cette douleur est à tendance nettement irradiante avec paroxysmes d'intensité extrême. La pression des troncs nerveux sus-jacents reste à peu près indolore. Les troubles moteurs ne sont pas proportionnés aux troubles sensitifs mais se superposent aux territoires musculaires innervés par le nerf atteint, car il s'agit de nerf mixte (cubital). Les réflexes sont variables suivant l'évolution. L'atrophie musculaire est localisée au territoire nerveux périphérique intéressé. Le tronc nerveux paraît hypertrophié à la palpation. Parfois la radiographie montre une transparence normale du tissu osseux. Plus tard des troubles de la sensibilité objective, de la motilité, de la trophicité, des réflexes et des réactions électriques affectent un même type périphérique.

La seconde étape exceptionnelle se caractérise par le rayonnement des douleurs à tous les nerfs du plexus brachial ou cervical du même côté par exemple, et par l'adjonction de spasmes et de tremblements. La toux, exaspérant les douleurs (suivant le mécanisme invoqué par Déjerine et par Sicard : choc du liquide céphalo-rachidien au niveau des culs-de-sac sous-arachnoïdo-ganglionnaires), pourrait servir à dépister l'atteinte ganglionnaire. Quant à une troisième étape radiculo-médullaire, elle ne nous semble nullement établie. Anatomiquement la réaction interstitielle des branches ou des troncs nerveux, avec leur augmentation de volume et l'étouffement secondaire des cylindraxes et de la myéline, font de cette névrite un type histologique primitivement interstitiel et secondairement dégénératif. La régénération des fibres est d'ailleurs fréquente et peut constituer des névromes.

La rareté de la névrite ascendante semble s'expliquer par l'anatomie normale des nerfs : trajet intranerveux très limité des canalicules lymphatiques, d'où impossibilité pour les microbes de remonter et de cheminer à l'intérieur du nerf, disposition des canalicules paranerveux, absence de communication entre la gaine du tronc nerveux périphérique et celle de son ganglion rachidien (Sicard et Cestan). Suivant les causes locales qui les ont engendrées les névrites ascendantes régionales se divisent en deux groupes : névrites disto-centrales (mains ou doigts par exemple) et névrites proximo-centrales (névrite irradiante du trijumeau). Le pronostic sera d'autant plus sévère que le point de départ sera plus rapproché des ganglions et des centres nerveux.

L'évolution est plus ou moins rapide, mais non fatalement progressive, la guérison fréquente.

Au cours de l'évolution de ce syndrome, dans lequel il ne s'agit pas d'infection microbienne ascendante continue, mais soit de réaction toxique ascensionnelle des éléments intra-nerveux, soit de réaction inflammatoire du tissu cellulaire para-nerveux, seule l'étape d'ascension névritique périphérique limitée a été démontrée avec certitude. Sur l'étape ganglio-radiculaire nous n'avons aucune certitude histologique. Il est cependant possible que dans certains cas l'irritation périphérique détermine des réactions non progressivement continues mais à distance dans le ganglion ou la moelle.

Complication possible des plaies traumatiques, la névrite ascendante a une importance médico-légale dans l'expertise des accidents du travail. Mais il faut savoir la différencier de la névrose traumatique et de la névralgie ascendante sollicitée par une cause organique réelle. L'étude des réactions électriques, les troubles trophiques, la topographie des troubles moteurs et sensitifs, l'hypertrophie du tronc nerveux feront admettre la névrite.

Le traitement préventif sera chirurgical (désinfection mais sans antiseptique fort au contact des troncs nerveux, ablation des cals, chéloïdes, névromes).

Le traitement médical, abandonnant la compression forcée (Delorme), usera des bains régionaux chauds ou tièdes, du courant galvanique (Huet), des injections locales de cocaïne et de stovaïne.

A l'appui de ses conclusions, et confirmant la clinique, le rapporteur présente toute une partie expérimentale, faite en collaboration avec M. Bauer. L'expérimentation a permis de réaliser chez le chien une névrite ascendante à topographie périphérique limitée, mais incapable, même poursuivie à longue échéance, de reproduire une étape centrale. La réaction ne s'est étendue le long des nerfs que dans les cas d'infection massive ayant provoqué rapidement la mort.

Il faut écarter du cadre de la névrite ascendante les faits relevant d'un tout autre processus : nervo-conductibilité toxique, dont l'existence est établie

pour la toxine tétanique par Wasserman et Takaki, pour la toxine diphtérique par Babonneix, et nervo-conductibilité microbienne (rage et lèpre). Si bien que ce rapport, loin d'être un plaidoyer en faveur de l'infection facile des nerfs et de la propagation ascendante névritique, tend à restreindre ces faits à leur très juste limite.

M. Léri (de Paris). Je ne crois pas que le syndrome anatomo-clinique si précis que nous a décrit M. Sicard puisse expliquer tous les cas décrits sous le nom de névrite ascendante. L'étape périphérique douloureuse si importante ne me semble pas non plus indispensable avant l'apparition des lésions centrales. Dans le service de M. Pierre Marie j'ai examiné la moelle de douze amputés des membres, morts un temps variable après l'opération; plusieurs l'avaient été bien avant l'ère antiseptique : leur moignon avait suppuré. Dans beaucoup de leurs observations je n'ai pas retrouvé la phase de douleurs. Or ces moelles présentaient pour la plupart des lésions dégénératives des cordons postérieurs, fait en contradiction avec la loi de Waller. Il y avait eu névrite ascendante. Ces lésions n'étaient pas proportionnelles à l'importance de l'amputation, certaines étaient plus étendues dans une amputation de jambe que dans une autre de cuisse. Une constatation importante m'a paru être celle de plaques de méningite postérieure localisée. Qu'elle soit consécutive à une névrite ou à une paranévrite ascendante, cette méningite m'a paru fréquente dans les moelles d'amputés. La ponction lombaire précoce donnerait sans doute d'utiles renseignements à ce sujet.

M. Brissaud. Il faut réserver le nom de névrite ascendante à l'entité clinique décrite par Weir Mitchel. Sa caractéristique est cet élément douloureux effroyable contraignant sa victime au suicide ou à la morphinomanie.

L'anatomie pathologique ne doit pas y faire rentrer tous les processus de lésions des nerfs aboutissant à la moelle. Grande sera l'importance médicolégale de cette affection du fait de la terminaison possible dont je viens de parler.

M. Léri. Le désaccord des auteurs ne tient sans doute qu'à la définition. Il cessera, si l'on ne parle avec M. Sicard que de la névrite ascendante régionale. Je ne vois d'ailleurs aucune difficulté à admettre que les cas que j'ai étudiés relèvent d'une périnévrite plutôt que d'une névrite ascendante.

M. Sicard. Les lésions médullaires observées par M. Léri me paraissent rentrer dans le groupe des lésions à distance secondaires aux amputations. On n'a pas pu dans ce cas suivre l'ascension des lésions. Quant à la lésion méningée, si intéressante, qu'il signale, j'y verrais plutôt une lésion secondaire aux altérations médullaires, un trouble trophique. La ponction lombaire révélerait peut-être de la lymphocytose, mais sans pouvoir à elle seule trancher la question.

M. Deschamps, à propos du traitement de la névrite ascendante et de ses complications, insiste sur les bons effets du courant galvanique dans cette affection et dans beaucoup d'autres maladies nerveuses.

TROISIÈME QUESTION

BALNÉATION ET HYDROTHÉRAPIE DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES MENTALES

M. Pailhas (d'Albi), rapporteur.

M. Pailhas. La balnéation englobe l'ensemble des procédés hydrothérapiques visant spécialement la folie. Elle n'est ni l'emploi unique de l'eau froide, ni celui de l'eau chaude ou tempérée, mais l'hydrothérapie dans son sens le plus compréhensif, c'est-à-dire l'usage médical externe de l'eau sous toutes les formes et à toutes les températures reconnues utiles.

Sans remonter aux origines de la balnéothérapie psychiatrique, mais sans oublier les travaux de tous les aliénistes qui ont écrit sur la question, sans négliger l'opinion des auteurs et aussi sans méconnaître l'importance de l'impulsion nouvelle venue d'Allemagne pour les applications tièdes ou chaudes, nous chercherons à dégager les règles de la pratique.

L'hydrothérapie nous donne toute une gamme de procédés dont les effets varient à l'infini suivant des facteurs multiples, tenant les uns aux modes d'application, les autres aux sujets.

Les facteurs du premier groupe sont la thermalité de l'eau, la durée et le mode de son application. Ceux du second sont les multiples et variables dispositions du sujet, dépendant bien plus de son état général, de ses fonctions organiques, de son âge, de son sexe, de sa constitution originelle ou acquise, de sa susceptibilité particulière et de son mode de réaction que de la classe nosologique dans laquelle on le range. C'est dire que nulle thérapeutique ne réclame plus de tact expérimenté, d'opportunité clinique et une conception plus synthétique et plus coordonnée des notions de pathologie générale.

On saura que la dépression fonctionnelle des centres nerveux n'est point adéquate à la dépression organique et que cette dernière se dissimule souvent sous le masque de l'excitation.

Dans le choix des procédés on n'aura égard aux syndromes maniaque et mélancolique que dans la mesure où ils peuvent par eux-mêmes fournir des indications sur l'état des forces du malade.

Aux états d'excitation et d'agitation conviennent généralement les applications tièdes ou chaudes. Parmi celles-ci le bain prolongé de 28 à 34 degrés semble le procédé de choix dans l'excitation maniaque (Türck, Bonnefous, Kræpelin). Le bain permanent systématique nous semble cependant un procédé d'exception.

Dans les manies graves, le délire aigu, certains états de confusion mentale ou de dépression avec asthénie réelle, la stimulation du bain froid ou frais de courte durée, les emmaillottements humides froids, simples ou sinapisés (Chaslin) remplaceront l'action dépressive du bain tiède ou chaud. L'enveloppement humide a l'avantage de se concilier avec l'alitement.

Aux états hyperthermiques, au délire alcoolique aigu on opposera l'enveloppement froid, le bain froid ou frais, mais avec une surveillance médicale attentive. Les formes aiguës, d'essence plutôt sthénique, telle l'excitation délirante de l'hystérie, s'accommodent de la balnéation tiède, mais aussi avantageusement des applications froides, immersion rapide, affusion, douche en pluie, enveloppement humide.

Chez les vésaniques à constitution rhumatismale, goutteuse ou pléthorique, les applications hydrothérapiques seront judicieusement associées à la sudation (emmaillottement, bains russes et turcs).

Dans la paralysie générale et les folies qui coexistent avec des affections cardiaques ou pulmonaires est contre-indiquée toute médication hydrothérapique susceptible de congestionner les organes lésés ou de porter atteinte à leur fonctionnement. Les applications seront ici partielles, symptomatiques et ce n'est qu'exceptionnellement que dans la paralysie générale on recourra au bain tiède ou chaud. Néanmoins les lésions dystrophiques du décubitus tirent grand avantage du bain prolongé (Bonnefous, Reinhard).

Dans les états subaigus prolongés, certaines applications excitantes froides, fraîches ou mixtes (douches, demi-bains, affusions) seront parfois heureusement substituées aux applications sédatives tièdes ou chaudes.

Les états chroniques seront plutôt soumis à une hydrothérapie hygiénique dont le bain ordinaire, le bain de piscine, le bain d'aspersion savonneux feront le plus commodément les frais.

Des indications particulières ou occasionnelles feront intervenir l'emploi judicieux et modéré soit des procédés stimulants toniques ou toni-sédatifs (douche écossaise, douche froide en jet ou en pluie, affusion, demi-bain), soit des procédés plus directement sédatifs (bain plus ou moins prolongé, douche tempérée à faible pression, bain en pluie).

Les épisodes aigus, maniaque ou mélancolique, survenant au cours des affections chroniques, seront soumis aux mêmes règles générales.

La médication prophylactique visant surtout l'insomnie fera appel aux bains tièdes et à l'enveloppement humide. Les applications locales (emmaillottements, pédiluves, bains de siège) trouveront aussi leur utile emploi pour combattre l'irritabilité nerveuse et psychique.

C'est surtout vers l'eau froide qu'on tendra à diriger préventivement le groupe des prédisposés héréditaires (Morel, Fleury). « L'emploi judicieux de l'eau est pour les affections de l'esprit le remède qui ne saurait être surpassé par aucun autre trésor médical » (Schüle).

M. Christian. On ne saurait trop réagir contre certaines pratiques étrangères qui tendent à s'implanter en France, celle entre autres du bain continu. Je sais qu'on pare, dans une certaine mesure, aux accidents et aux inconvénients du bain continu, mais on ne doit pas, *à priori*, plonger un maniaque dans l'eau tiède et l'y laisser. Il y en a que ce bain ne calme pas.

M. Deschamps (de Rennes). L'hydrothérapie n'agit que par ses propriétés calorifiques, aussi faut-il avant tout étudier scientifiquement l'équilibre thermogénique de l'organisme.

M. Manheimer-Gommès (de Paris). Dans certains cas de gâtisme volontaire avec scatophagie au cours d'accès d'agitation, la balnéothérapie chaude réussit bien.

Inversement, chez quelques arriérés instables, habitués à la propreté, le bain chaud au bout de quelques jours a donné, dans un certain nombre de cas, les symptômes de la malpropreté volontaire.

Dans ces cas on pourra de préférence employer les enveloppements froids pour amener la sédation.

M. Bourneville. Si l'hydrothérapie ne donne pas toujours les merveilleux résultats qu'on peut en attendre, cela tient au manque d'éducation spéciale de ceux qui sont chargés de l'appliquer. Il faut notamment, pour les douches, recourir aux procédés et aux appareils dont l'expérience a confirmé la valeur.

M. Régis. Cette question de pratique et de méthode a la plus haute importance. Je souhaiterais que l'éducation médicale s'enrichît des données de la balnéothérapie.

M. Drouineau. Le manque d'étude médicale sur ce sujet explique certainement les façons si différentes dont est comprise l'hydrothérapie chez les aliénés. Il faut poursuivre des recherches sur cette partie si importante de la thérapeutique. Mais dès maintenant le côté hygiénique, trop négligé dans les asiles, doit être développé.

M. Crocq (de Bruxelles). Il y a, je crois, un abus dans l'emploi systématique du bain continu ; on ne doit point suivre à la lettre cette méthode excessive.

M. Deny. Nous n'avons ici aucune qualité pour rejeter *à priori* la méthode du bain continu, personne de nous n'ayant été à même de l'appliquer.

N'ayant pour ma part pu faire mieux que d'employer le bain prolongé de jour, cette méthode ne m'a paru présenter que des avantages.

M. Dide. J'ai vu en Allemagne appliquer le bain continu, il ne m'a paru avoir aucun effet nuisible. Si cette méthode, pas plus que les autres, ne guérit pas l'agitation, du moins la diminue-t-elle notablement.

Communications diverses.

Le tic hystérique. — MM. Pitres et Cruchet (de Bordeaux) rapportent deux observations particulièrement démonstratives.

Hémispasme facial périphérique post-paralytique. — M. Cruchet. Les caractères principaux de cette forme sont : l'unilatéralité, l'association d'états spasmodiques toniques et cloniques, la dissociation du spasme tonique total en spasmes partiels, l'existence de contractions involontaires déclanchées par des contractions volontaires et réciproquement. Ce spasme peut être précurseur de la contracture.

M. Meige. Ces caractères contribueront encore à fixer définitivement le diagnostic entre le spasme et le tic.

Mouvements involontaires stéréotypés des doigts s'organisant en tics dans le tabes. — M. Sabrazès (de Bordeaux). Ces mouvements de pince analogues à ceux du dévideur d'étoupe se manifestent surtout à l'occasion de la parole. Ils ne doivent pas être confondus avec les phénomènes décrits sous le nom d'ataxie du tonus. Ils se projettent comme des tics.

M. Meige. Ils ne méritent pas le nom de tics, la forme de la contraction musculaire en est trop dissemblable.

M. Dide. Il y a chez les aliénés, déments précoces notamment, des intermédiaires entre les mouvements stéréotypés et les tics.

Tics des sphincters. — M. Meige. La localisation parfois prépondérante de certains tics au niveau des sphincters (labial, oculaire, glottique, urétral, anal) tient peut-être à l'extrême sensibilité de ces régions. Le tiqueur est à l'affut de toutes ses sensations internes ou périphériques et y répond par des actes musculaires excessifs.

Il est en état de déséquilibre sensitif. Il serait profitable de le soumettre à une discipline psycho-sensitive.

Folies périodiques et épilepsie. — M. Devay (de Lyon) tente un rapprochement entre les accès épileptiques et les accès de la folie intermittente.

Prévention des maladies nerveuses ou mentales dans l'armée. — M. Granjux (de Paris). Pour parer à l'insuffisance des mesures prises actuellement en vue d'empêcher l'incorporation de sujets atteints de maladies nerveuses ou mentales et pour prévenir la réforme de cette catégorie de malades parmi les appelés, les bons absents ou les engagés, je propose au Congrès de voter les conclusions suivantes :

1° Que tout conscrit signalé comme atteint de maladies nerveuses ou mentales soit soumis avant le conseil de revision à une expertise médico-légale;

2° Que les bons absents reconnus atteints d'affections semblables soient réformés dans les mêmes conditions;

3° Que tout individu désirant contracter un engagement soit tenu d'apporter un certificat médical constatant qu'il est sain de corps et d'esprit.

Après discussion entre MM. Brissaud, Christian, Régio, Drouineau, Arnaud et Granjux, ces conclusions sont adoptées, les deux premières sans modification, la troisième avec la formule de M. Arnaud : certificat médical constatant que le sujet n'est pas atteint de troubles cérébraux caractérisés.

MM. Doutrebente et Marchand. Un cas de paralysie générale tardive (soixante-quatre ans) avec méningite scléro-gommeuse du lobule paracentral droit.

Le signe de Kernig dans la paralysie générale. — M. Darcanne (de Fougères). Le signe de Kernig est fréquent dans la paralysie générale, surtout à la phase terminale et chez les malades alités. Il traduit soit une lésion centrale, soit une lésion médullaire, il existe souvent avec des signes de lésion des faisceaux pyramidaux.

Pathogénie de l'othématome. — M. Darcanne. L'othématome est d'origine traumatique dans la plupart des cas. Il est singulièrement favorisé par la fragilité des vaisseaux chez les paralytiques généraux.

M. Sabrazès. Chez des lutteurs où l'origine traumatique est certaine, j'ai examiné des othématomes à un stade avancé, je les ai trouvés réduits à des kystes séraux.

M. Castex (de Rennes). Recherches sur le temps perdu du réflexe rotulien, à l'aide du réflexomètre et du myographe.

Le réflexe patellaire est indépendant de la surface du percuteur.

Un cas de paralysie spinale aiguë de l'adulte à forme monoplégique.

M. Bourdon (de Rennes). Influence de la force centrifuge sur la perception de la verticale.

M. Bourneville. Traitement médico-pédagogique de l'idiotie; résultats; photographies.

Photographie d'idiots mongoliens.

De l'écriture dans un cas de démence épileptique infantile.

De la consanguinité dans les maladies nerveuses chroniques des enfants. Statistique.

MM. Doutrebente et Marchand. Lésions de méningite chronique chez un dégénéré héréditaire.

M. Noguès. Ptosis hystérique.

M. J. Dizaret (de Rennes). Emploi des inhalations d'oxygègne dans le traitement de la crise d'épilepsie.

M. Foveau de Courmelles (de Paris). De la galvanisation cérébrale. Signification thérapeutique et clinique.

M. Manheimer-Gommès. Erenthose émotive conjonctivale.

Hémiplégie intermittente d'origine albuminurique chez une fillette de huit ans.

MM. Roques et Royet. Observation de vertige par lésion du rhinopharynx.

MM. Royet et Rousset. Observation de troubles mentaux liés à l'existence de lésions du rhinopharynx.

M. Giraud (de Lyon). Lésions du cerveau et du cervelet chez une idiote aveugle-née.

MM. Dide et Sacquépée. Sur quelques propriétés du sérum sanguin dans la démence précoce; disette d'alexine; présence de sensibilisatrices microbiennes.

MM. Dide et Assicot. Signes oculaires dans la démence précoce.

M. Dide. Essai de classification des maladies mentales.

MM. Durocher et Leborgne (de Rennes). Diagnostic de la démence précoce à forme paraxoïde et des psychoses à base d'interprétations délirantes sans évolution démentielle.

MM. Marie et Viollet (de Villejuif). Applications du sérum marin dans le traitement des maladies mentales.

L'albumo-diagnostic dans le liquide céphalo-rachidien.

Recherches sur le neuronal.

MM. Marie et Bonnet. Evolution et développement de l'assistance familiale.

Le prochain Congrès se réunira en 1906 à Lille, sous la présidence de M. le professeur Grasset.

Questions proposées :

« Etude cytologique, bactériologique et expérimentale du sang chez les aliénés. » — M. Dide, rapporteur.

« Le cerveau sénile. » — M. Léri, rapporteur.

« La responsabilité des hystériques. » — M. Antheaume, rapporteur.

PAUL CAMUS.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

CANCER DE L'ŒSOPHAGE [1]

Phénomènes généraux. — Ce seraient plutôt, d'après les classiques, ceux de l'*inanition* progressive que de la cancérisation. Cependant Levoyer (*Th. de Paris*, 1879) signale l'anorexie précoce, l'amaigrissement, les œdèmes spontanés, et, à la dernière période, une fièvre continue et peu intense (Lacour), un abattement profond.

MARCHE. DURÉE. TERMINAISONS. — Au bout d'un temps variant de douze à dix-huit mois, en moyenne, mais souvent plus rapide (Marchand), le cancer de l'œsophage aboutit fatalement à la mort. Celle-ci peut-être le fait α. de la CACHEXIE ; β. d'une complication PLEURO-PULMONAIRE : 1. *pleurésie* séro-fibrineuse, *pneumonie*, *broncho-pneumonie* (Desnos); 2. *gangrène pleuro-pulmonaire* (Grisolle), attribuée soit à une lésion nerveuse, soit à l'inanition, soit à la compression qu'exercent les ganglions cancérisés sur les vaisseaux nourriciers du poumon; 3. *tuberculose*. A ce sujet, deux opinions : α. Rokitanski : tuberculose et cancer ne peuvent coïncider; β. Lebert, Béhier, Damaschino signalent la fréquence du cancer de l'œsophage et de la tuberculose, que Peter et Porchain attribuent à l'inanition des malades.

LARYNGO-TRACHÉO-BRONCHIQUE : *asphyxie*.

PÉRICARDIQUE : *péricardite purulente*, etc.

Une des complications les plus fréquentes, c'est l'établissement de FISTULES (Vigla) *œso-vasculaires*, faisant communiquer l'œsophage avec l'*aorte* (Béhier, de Charmoy, Fränkel, etc.), d'où dysphagie extrême, douleurs fixes, localisées, persistantes; absence de signes de cachexie; la *sous-clavière* (Fränkel); la *carotide* : des hématémèses abondantes et répétées, dans tous les cas, emportent rapidement les malades ; avec la *plèvre* et le *poumon*; avec les *voies respiratoires*; avec le *tissu cellulaire du médiastin*, etc. Ainsi s'explique α. l'apparition des accidents inflammatoires cités plus haut; β. le passage, dans telle ou telle cavité, dans la plèvre par exemple, des boissons ingurgitées par les malades (Boerhaye).

γ. Exceptionnellement, la mort est le fait de la GÉNÉRALISATION.

Le *pronostic* est donc toujours funeste.

[1] Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 84, p. 1006, et n° 87, p. 1042.

FORMES CLINIQUES. — 1. Parfois, certains symptômes prédominent, ce qui a permis à certains auteurs de décrire des *formes suffocantes* et *douloureuses* du cancer de l'œsophage (Marchand).

2. D'autres fois, au contraire, il n'existe aucun symptôme local; les symptômes généraux ne permettent pas de localiser la lésion, et le cancer reste *latent* (Vulpian, Raynaud, Levoyer).

3. La *forme classique* présente elle-même de nombreuses variantes, qui expliquent les dissemblances du tableau clinique (Graves).

DIAGNOSTIC. — I. Y A-T-IL RÉTRÉCISSEMENT ? Le diagnostic du cancer de l'œsophage est souvent très difficile, les signes fonctionnels qu'il présente étant communs à toutes les tumeurs du médiastin, aux anévrismes de l'aorte, etc., et, d'autre part, l'existence de certaines complications (fistules œsophago-trachéales) orientant l'esprit vers l'idée d'une affection respiratoire (bronchite chronique, phtisie, etc.).

Il faut donc, dans tous les cas douteux, pratiquer le *cathétérisme*. Pour la technique de cette opération, la prudence avec laquelle elle doit être pratiquée, les dangers qu'elle fait courir aux malades, v. classiques.

Les résultats du cathétérisme dans les cancers haut situés, l'existence de dilatations localisées de l'œsophage, appréciables à l'inspection et à la palpation, les résultats de l'auscultation pratiquée pendant que le malade boit (méthode de valeur médiocre) imposent le diagnostic de rétrécissement.

II. LE RÉTRÉCISSEMENT EST-IL CANCÉREUX ? En faveur du cancer, on peut invoquer : α. l'absence de tout antécédent local; β. l'âge avancé des malades; γ. leur sexe; δ. l'existence d'adénopathies sus-claviculaires ou trachéo-bronchiques; ε. l'apparition de complications d'ordre cancéreux (phlegmatia alba dolens); ζ. l'intensité des phénomènes de compression; η. la marche inexorable de la maladie; θ. les résultats du cathétérisme (rétrécissement unique, de siège spécial, etc.).

Ces signes permettent le plus souvent de différencier le cancer du *rétrécissement*, qui est d'ordre cicatriciel ou inflammatoire; survient chez des individus jeunes, et aussi bien chez des femmes que chez des hommes; ne donne jamais d'adénopathies dures et indolentes comme le cancer, n'est pas toujours unique, etc. Mais α. le cancer peut venir se greffer sur un rétrécissement (Hilton, Fagge), β. les adénopathies peuvent manquer ou être peu développées, et le diagnostic être très difficile.

Le *spasme œsophagien* survient chez des névropathes; la sonde dépasse habituellement l'obstacle; le spasme disparaît subitement, comme il était venu.

III. DIAGNOSTIC DU SIÈGE, DES COMPLICATIONS — V. classiques.

TRAITEMENT. — Il est purement chirurgical. *Curatif*, il se propose d'enlever les parties malades et ne peut être appliqué qu'aux cancers haut situés. *Palliatif*, il recourt, suivant les cas, α. à la *dilatation progressive et temporaire*, inefficace et dangereuse; β. à la *sonde à demeure*, longue ou courte; γ. à l'*œsophagostomie* applicable seulement aux cancers haut situés; δ. à la *gastrostomie* (Follin) [v. Traités de chirurgie].

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de gynécologie clinique et opératoire, par S. Pozzi, professeur de gynécologie à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Broca, membre de l'Académie de médecine. Quatrième édition revue et augmentée, avec la collaboration de F. Jayle. 2 vol. gr. in-8°, avec nombreuses fig. dans le texte, reliés toile. T. I. Gr. in-8° de xv-765 p. avec 526 fig. dans le texte, relié toile. — Prix : 20 francs. — Paris, Masson et Cie.

La guérison du cancer, par le docteur Félix de Backer. Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

Note sur le traitement du diabète à La Bourboule, par le docteur H. Verdalle, médecin des hôpitaux de Bordeaux. In-8 jésus. — Paris, imprimerie de Vaugirard.

Rapport sur la mortalité à Hanoï en 1904, par le docteur Le Roy des Barres, médecin de l'état civil. Gr. in-8. — Hanoï, imprimerie typo-lithographique Express.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 91. — SAMEDI 12 AOUT 1905. 78e ANNÉE. SAMEDI 12 AOUT 1905. — N° 91.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.......	3 mois : 4 fr. 50.	6 mois : 8 fr.	1 an : 15 fr.
UNION POSTALE..	3 mois : 7 fr.	» 6 mois : 13 fr.	1 an : 25 fr.

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Assomption, le journal ne paraîtra pas mardi.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Étudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Le colotyphus (fin), par M. J. BERTIER.
ANALYSES
Médecine : Sur les formes atypiques du cancer de l'estomac, où les signes principaux n'avaient aucun rapport avec cet organe; — La ponction du poumon pour le diagnostic de la tuberculose à forme pneumonique; — Hémiplégie urémique dans un cas de compression des uretères par cancer utérin.
Médecine infantile : Sténoses du pylore chez les enfants en bas-âge.
Ophtalmologie : Traitement du trachome par les rayons X.
Otologie : A propos de la question de la paracentèse du tympan.
LIVRES NOUVEAUX
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Ont été nommés ou désignés pour les postes ci-après :

M. le médecin principal de première classe Robert, nommé directeur du service de santé de la division de Constantine.

M. le médecin principal de deuxième classe Stoupy, nommé médecin-chef de l'hôpital militaire de Constantine.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Batut, maintenu au 138e d'infanterie; — Chevassu-Périgny, désigné pour le 136e d'infanterie (service).

M. le médecin aide-major de première classe Hameon, désigné pour le 136e d'infanterie (service).

CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Ont été nommés au grade de médecin aide-major de première classe, pour prendre rang du 11 août 1905, et par décision ministérielle du même jour, ont été maintenus à leur poste actuel :

Les médecins aides-majors de première classe stagiaires Lebœuf, Brimont, Le Gorgeu, Pouillot, Cazanove, Néel, Patterson, Morin, Izard, Jarland, Garrot, Moitron, Cozanet, Gallier, Bodiou, Challier, Poncin, Millous, Collin, Pezet, Bernard, Carmouze, Foll, Ginoux, Wadoux, Vaillant, Passa, Bertholet, Vielle, Lailheugue, Duvard, Cavaud, Perret, Garnier, Javelly, Guégan, Fulconis, Bellonne, Guérard, Cotard, Combe et Gauthier.

STATISTIQUE. — Le service de statistique a compté, pendant la trente et unième semaine, 870 décès, au lieu de 875 pendant la semaine précédente (moyenne 836).

La fièvre typhoïde a causé 1 décès (moyenne 9). Le nombre des cas nouveaux est de 31 (moyenne 62).

La variole a causé 7 décès, au lieu de 9 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 17 au lieu de 97 pendant la semaine précédente et de la moyenne 16.

La rougeole a causé 2 décès (moyenne 8); la scarlatine, aucun décès (moyenne 4); la coqueluche, 11 décès (moyenne 8); la diphtérie, aucun décès.

La diarrhée infantile a causé 114 décès de 0 à 1 an, au lieu de 110 pendant la semaine précédente (moyenne 97).

En outre, 24 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 74 décès, au lieu de 81 pendant la semaine précédente (moyenne 85). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 11 décès (moyenne 6); bronchite chronique, 6 (moyenne 10); pneumonie, 11 (moyenne 24); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 46 (moyenne 45), dont 16 sont dus à la congestion pulmonaire et 20 à la broncho-pneumonie.

La phtisie pulmonaire a causé 180 décès; la méningite tuberculeuse, 19; la méningite simple, 22; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 19 décès.

UN PRIX DE 10 MILLIONS. — M. Medevios Abuquerque, député à la Chambre brésilienne, vient de faire voter un prix de 10 millions en or, qui sera décerné, sans distinction de nationalité, à l'inventeur d'un remède préventif ou d'un traitement efficace pour la guérison de la tuberculose, du cancer et d'autres maladies contagieuses. Une commission

internationale sera nommée par le ministre de l'intérieur du Brésil, avec mission d'examiner les mémoires qui lui seront soumis et d'allouer, s'il y a lieu, le prix de 10 millions. Dans tous les cas, le prix ne sera décerné au bénéficiaire qu'après deux ans d'expériences nettement probantes. (*Echo de Paris.*)

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HOTEL-DIEU. — Sous la direction de M. le professeur de Lapersonne, MM. Scrini, Monthus et Poulard, chefs de clinique et de laboratoire, commenceront un *cours de revision* le mardi 22 août et le continueront tous les jours jusqu'au 11 septembre. Les conférences seront suivies de présentations de malades, d'examens anatomiques et bactériologiques.

Programme du cours. — Mardi 22 août. Paupières. Dermatose. Tumeurs. Entropion. Ectropion.

Mercredi 23 août : Orbite. Séméiologie de l'exophtalmie. Tumeurs. Sinusites.

Jeudi 24 août : Des conjonctivites. Etiologie. Bactériologie. Description clinique.

Vendredi 25 août : Plaies de l'œil. Corps étrangers. Ophtalmie sympathique.

Samedi 26 août : Mouvements du globe. Paralysies oculaires. Diplopie.

Lundi 28 août : Conjonctives. Traitement. Tuberculose et syphilis de la conjonctive.

Mardi 29 août : Strabisme. Examen du strabique. Périmétrie et champ du regard.

Mercredi 30 août : Angle irido-kératique. Circulation intra-oculaire. Glaucomes primitifs et secondaires.

Jeudi 31 août : Innervation de l'iris. Troubles pupillaires dans les maladies du système nerveux. Iritis et iridochoroïdites.

Vendredi 1er septembre : Voies lacrymales. Dacryocystites et péricystites. Fistules lacrymales. Dacryoadénites.

Samedi 2 septembre : Tumeurs du globe. Sarcome de la choroïde. Gliome de la rétine. Tumeurs épibulbaires.

Lundi 4 septembre : Kératites. Kératites superficielles et interstitielles.

Mardi 5 septembre : Cristallin. Cataractes. Luxation du cristallin.

Mercredi 6 septembre : Rétinites. Rétinites albuminurique, pigmentaire. Choriorétinites. Décollement de la rétine.

Jeudi 7 septembre : Acuité visuelle. Vision centrale et périphérique. Champ visuel. Valeur séméiologique.

Vendredi 8 septembre : Réfraction. Examen par la skiascopie de l'hypermétropie et de la myopie. Presbytie. Choix des verres.

Samedi 9 septembre : Astigmatisme. Ophtalmométrie. Verres cylindriques.

Lundi 11 septembre : Nerf optique. Névrites. Atrophie papillaire. Amblyopie et amaurose. Hémianopsie.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Excursions à Fontainebleau et à Moret.* — Des trains de plaisir auront lieu les dimanches 13, 20 et 27 août, 3, 10, 17 et 24 septembre, entre Paris, Fontainebleau et Moret.

Prix des places, aller et retour : Fontainebleau, 2e classe 4 fr. 50, 3e classe 3 fr.; Moret, 2e classe, 5 fr. 50, 3e classe 3 fr. 50.

Départ de Paris à 7 h. 31 matin. — Arrivée : à Fontainebleau, 8 h. 43 matin ; à Moret, 8 h. 57.

Retour par tous les trains du dimanche dans les conditions prévues pour les voyageurs ordinaires.

Nombre de places limité. — Franchise de 30 kilogs de bagages par place.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANCAISES
ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIII, n° 3, 20 juill. 1905.) Charles A. DREW : Quelques faits et fantaisies autour de l'âme et du corps. — E. A. CODMAN : Les résultats actuels de la chirurgie cérébrale. Observations du Massachusetts general hospital. — James J. PUTNAM : Résultats de la chirurgie des affections non traumatiques du cerveau et de la moelle au Massachusetts general hospital. — William M. BULLARD : Résultats de la chirurgie des affections non traumatiques du cerveau au Massachusetts general hospital. — Walter B. ODIORNE : Trois cas de tumeurs intraspinales opérées par J. C. Warren. — F. B. LUND : Rapport des opérations pour tumeurs du cerveau au Boston city hospital. — G. L. WALTON : L'opérabilité des tumeurs du cerveau d'après les constatations faites aux autopsies. — F. L. JACK : Opération pour un abcès cérébral. — Charles L. SCUDDER : Deux cas de fièvre typhoïde avec péritonite aiguë généralisée : l'une causée par la perforation d'une ulcération typhique, l'autre par la rupture d'un pyosalpinx chronique subissant une poussée aiguë par le bacille typhique. Dans chaque cas l'opération a été suivie de guérison.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 26, 30 juillet 1905.) POUCHET : L'iode et les iodiques (suite). — REINBURG : Les sanatoriums maritimes de la côte atlantique en France.

Bulletin médical. — (N° 59, 2 août 1905.) PASCAULT : Indications et classification des aliments d'après leur action physiologique dominante.

Écho médical du Nord. — (N° 32, 6 août 1905.) GAUDIER : Ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du fémur ou coxalgie au début. — PAINBLAN : Kératite interstitielle.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 32, 6 août 1905.) ANGLADE et JACQUIN : Méningomyélite transverse et méningo-encéphalite chez une femme tuberculeuse.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (N° 13, 10 juillet 1905.) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : Traitement des fractures par la mobilisation et le massage.

Journal des praticiens. — (N° 31, 5 août 1905.) ROCHON-DUVIGNEAUD : Les complications cornéennes dans l'exophtalmie basedowienne. Leur traitement par la suture des paupières.

Presse médicale. — (N° 62, 5 août 1905.) Marcel LABBÉ : Les diabètes d'origine infectieuse. — DUPONT : Toxémie appendiculaire à localisation gastrique et nerveuse. Nécrose suraiguë de la muqueuse gastrique. — (N° 63, 9 août.) JEANSELME : La condition des aliénés dans les colonies françaises, anglaises et néerlandaises d'Extrême-Orient. — MARTEL : La recherche de la viande de cheval dans les produits manipulés de la charcuterie.

Semaine gynécologique. — (N° 27, 4 juillet 1905.) R. PICHEVIN : L'exploration des fonctions rénales en chirurgie. — (N° 29, 18 juillet.) Paul PETIT : De la névralgie du nerf honteux interne chez la femme. — (N° 30, 25 juillet.) PICHEVIN : Opération par la voie haute et par la voie basse. — (N° 31, 1er août.) PICHEVIN : Ablation simultanée de l'utérus et des annexes dans les inflammations incurables des trompes et des ovaires. — (N° 32, 5 août.) PICHEVIN : Du curage dans l'infection puerpérale.

REVUE GÉNÉRALE

LE COLOTYPHUS*

Par J. BERTIER,
Interne des hôpitaux de Lyon.

VIII

Formes cliniques. — On peut, à part le mode de début qui est variable, décrire deux formes cliniques : la forme classique avec diarrhée, les autres symptômes pouvant ou non manquer, ce qui ne suffit pas à faire des types différents, et une forme sèche, avec constipation.

Le malade de l'observation II de Laveran (58) n'avait qu'une diarrhée légère, le malade de l'observation I de Prévost-Maisonnay (76), est resté constipé durant toute l'évolution de la maladie; celui de son observation II garda une constipation qui ne fut remplacée, que de façon terminale, par des évacuations liquides. Le malade de Jackson n'eut pas de diarrhée (39). Prévost-Maisonnay fait un essai pathogénique de la constipation qu'il considère comme un symptôme habituel du colotyphus : il faut en rabattre, car, de fait, nous n'avons que le sujet de son observation II qui eût une constipation constante. Si cette dernière se voit quelquefois au début, elle est remplacée, au moins de façon terminale, par la diarrhée profuse, fétide, et même l'incontinence stercorale.

IX

Complications. — Parmi les complications du colotyphus, les unes ne semblent pas être beaucoup plus fréquentes qu'au cours de toute fièvre typhoïde; nous les passerons rapidement en revue; les autres, au contraire, ont du fait de la localisation colique des lésions une fréquence et une séméiologie à part et nous nous y appesantirons plus longtemps : ce sont les hémorragies et les perforations intestinales.

1° *Manifestations cutanées.* — Les escares sont signalées nombre de fois; elles paraissent dues au mauvais état général et surtout à l'incontinence stercorale. La façon plus ou moins soigneuse dont sont surveillés les malades à ce point de vue, doit jouer un rôle important.

Leudet (16) a vu 2 cas d'érysipèle : dans un il s'agissait d'érysipèle de la face, dans un autre d'érysipèle gangreneux du scrotum; ce dernier ayant été suivi de guérison n'entre pas, il est vrai, dans les 63 cas sur lesquels se base notre étude. Le Goïc (85) a vu une fois un érythème scarlatiniforme, comme nous-même chez notre malade [Barjon et Bertier (89)]. On sait que ces érythèmes ont été signalés par divers auteurs au cours des dothiénentéries normales [Remlinger (77)].

Le malade de Pater (90) eut un phlegmon gangréneux du bras.

2° *Infarctus.* — Mercier (52) a observé un infarctus de la rate (Obs. II).

3° *Hématomes intra-musculaires.* — Ils sont signalés, au niveau des grands droits, dans 2 observations : l'observation II de Letulle (75), et celle de Boisson et Simonin [in th. Henriot (67)].

4° Leudet (16) a rencontré la *tétanie* des membres avec ses symptômes caractéristiques. Quelquefois les malades accusent de simples crampes dans les jambes. Ces manifestations, qui se rapprochent par leur séméiologie, ont, sans doute, une pathogénie différente, la tétanie tenant probablement à l'intoxication générale de l'organisme, les crampes à la déshydratation causée par une diarrhée abondante.

5° *Laryngotyphus.* — Il n'est signalé qu'une seule fois, dans l'observation de Pater (90).

6° *Les abcès du foie* sont, on le sait, rares au cours de la fièvre typhoïde puisque la littérature médicale n'en contient que 27 cas. En songeant à la ressemblance anatomique des lésions du colotyphus au point de vue de la localisation et de la forme des ulcérations avec celles de la dysenterie, on peut croire *à priori* que le colotyphus doit entraîner une fréquence anormale de suppurations hépatiques. Or, il n'en est rien, puisqu'on relève seulement 2 cas d'abcès du foie au cours de la maladie que nous décrivons : celui de Sorel (40) et le nôtre (89). M. Tripier (91), s'appuyant sur un certain nombre d'arguments, considère les lésions suppurées au cours de la fièvre typhoïde comme relevant toujours de lésions cutanées qui seraient les portes d'entrée des germes pyogènes. Dans aucun des cas cités, il n'y avait d'escare clinique, sinon d'ulcérations minuscules demandant à être soigneusement recherchées.

Il paraît d'ailleurs difficile qu'il ne se fasse pas des absorptions septiques au niveau des profondes ulcérations coliques si directement reliées au foie par le système vasculaire. De plus, on ne doit pas oublier que le bacille d'Eberth est capable, à lui seul, de faire du pus, fait démontré, au moins, pour les ostéo-périostites typhiques par nombre d'auteurs [Courmont et Bertier (84)].

Il faut pourtant reconnaître que le malade de Sorel (40) était un soldat en garnison en Algérie, et que le nôtre (89) avait passé plusieurs années en Afrique, quinze ans auparavant : on peut donc objecter à ces deux cas l'existence possible d'une dysenterie antérieure qui serait responsable de la snppuration hépatique.

Quoi qu'il en soit de la pathogénie, il faut bien reconnaître comme établi ce fait paradoxal que le colotyphus, proche parent de la dysenterie au point de vue anatomique, n'est pas la cause d'un plus grand nombre d'abcès du foie que la dothiénentérie banale; ces affections ont probablement des ulcérations à évolution trop rapide.

Dans les 2 cas cités, le diagnostic ne fut même pas soupçonné, les signes propres à la localisation hépatique s'étant, pour ainsi dire, noyés dans le syndrome intestinal. Dans le cas de Sorel (40), l'abcès du foie fut le point de départ d'une péritonite généralisée qui causa la mort.

7° *Les complications pulmonaires*, congestion grave, broncho-pneumonie à noyaux suppurés disséminés, réaction pleurale avec léger épanchement et formation d'adhérences, se rencontrent souvent. On

(*) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 88, p. 1047.

les relève dans 12 des observations, soit 19 p. 100.

Ces manifestations pulmonaires se traduisent par de la dyspnée, un point de côté, de l'expectoration de nature variable, des râles humides, des frottements, quelquefois des signes d'épanchement.

Elles aggravent notablement le pronostic et, dans 2 cas, la mort a été la conséquence directe de leur apparition.

La tuberculose pulmonaire chronique ancienne a été rencontrée 3 fois au cours des nécropsies.

On voit que les localisations infectieuses sur l'organe respiratoire ont une fréquence anormale, lorsqu'on les compare à la dothiénentérie commune.

8° Dans une seule observation, celle de Bourcy (41), le malade qui en fait le sujet présenta au niveau d'un grand nombre d'articulations et de gaines synoviales, des *localisations infectieuses* qui allèrent jusqu'à la suppuration.

9° *Hémorragie intestinale*. — Cette complication s'est montrée dans 13 cas sur 63, soit 22 p. 100. Dans la fièvre typhoïde commune, sa fréquence est certainement moindre. Il est d'ailleurs assez difficile d'interpréter les statistiques : elles sont en effet variables suivant les épidémies, donnant de 3 à 8 p. 100. De plus, certains auteurs ne comptent dans leurs relevés que les hémorragies abondantes, dépassant, par exemple, 200 grammes, tandis que d'autres comptent tout. Homolle (45), se basant sur 10000 cas de Louis, Barth, Ragame, Griesinger, Liebermeister, Mayer Hugh, Golddammer, Chvostek, Jessen, de Cerenville, obtient le total de 4,65 p. 100. On voit que dans le colotyphus, leur fréquence est, sans contredit, beaucoup plus considérable, ce qui est d'ailleurs admis par les auteurs, sauf par Mercier (52). Ce fait s'explique par l'étendue des lésions, qui occupent non seulement le siège iléal habituel, mais encore les côlons. Les ulcérations coliques sont de plus ordinairement profondes, térébrantes, et ne s'arrêtent, dans bien des cas, qu'à la séreuse.

Leur date d'apparition dans la dothiénentérie banale est la suivante d'après Homolle (45) : 7 cas dans la première semaine, 51 dans la deuxième, 55 dans la troisième. Il est plus difficile de préciser pour le colotyphus dont le début se perd le plus souvent au milieu des symptômes de la fièvre typhoïde préexistante. Il semble qu'on les voit surtout dans le courant du troisième septenaire.

L'abondance de la perte sanguine est très variable : tantôt les selles sont seulement poisseuses, noirâtres, tantôt le malade fait du sang rutilant à flots. Souvent ces hémorragies se renouvellent plusieurs fois de suite, pendant trois, quatre, cinq jours. Le malade de Bourdillon (81) eut des évacuations hématiques du trentième au trente-septième jour et mourut le quarante-deuxième, après la cessation de son hémorragie par conséquent, mais très affaibli par elles néanmoins. Dans 3 cas la saignée entraîna directement la mort par son abondance subite ou sa répétition. La petite malade de M. Weill [in th. Henriot (66)] succomba à des hémorragies répétées. Le malade de l'observation I de Le Goïc (85) mourut au douzième jour d'une série d'hémorragies répétées dans cette même journée; celui de son observation III, au contraire, resta brusquement au cours d'une hémorragie énorme au sixième jour de sa rechute.

En somme, nous avons 3 cas de mort, c'est-à-dire que sur 100 cas d'hémorragies, 23 sont mortels, et que sur 100 cas de colotyphus 4,7 p. 100 des morts doivent être rapportées à ce mécanisme.

Il semble que le sang provenant d'un segment bas situé de l'intestin, devrait se présenter même lorsqu'il est de peu d'abondance, avec une teinte rutilante. Ce fait n'est pas toujours vérifié : ainsi chez son malade, Bourdillon (81) remarqua que les matières étaient poisseuses, mélaniques, comme lorsque l'ulcération est haut située. Cela nous amène à rechercher d'où provient le sang. Or, lorsqu'on tient en mains les pièces anatomiques, il n'est pas toujours facile de le dire. Leudet (16) cite un seul cas où l'on ait pu affirmer son origine colique ; la pièce est conservée au musée anatomique de Boston (10). Dans le cas de M. Weill, l'hémorragie avait nettement pris naissance dans le côlon (67). Dans le nôtre au contraire, il provenait, en partie au moins, de l'intestin grêle qui renfermait des matières mélæniques (89).

10° *Perforations intestinales*. — C'est là la grosse complication du colotyphus, celle que l'on doit le plus redouter, et le fait a été nié seulement par Louis (5).

Hacke (47) sur 127 perforations a trouvé comme siège : côlon 12 fois, appendice 15 fois. Retke insiste de même sur la fréquence des perforations coliques. Murchison (32) sur 39 perforations en a vu 2 sur l'appendice et 4 sur le gros intestin : dans un cas au niveau du cæcum, dans un cas à l'union du côlon ascendant et du transverse et dans le troisième il s'agissait d'une perforation double cæcale et iliaque.

Morin (26) rapporte 14 cas se décomposant ainsi : cæcum, 2; côlon ascendant, 7; côlon transverse, 1; S iliaque, 4;

Dans les 63 cas qui nous servent de matériaux, la perforation eut lieu dans 21 cas : ceux de Forget (6); Leudet (16); Prudhomme (22); Chomel (23); Millies (24); Hoffmann (25); Murchison (32), 2 cas; Ormerod (36); Jackson (39); Barth (44); Guéneau de Mussy (46); Mercier (52); Laveran (58); Devic et Roux (66); Letulle (75), 2 cas; Prévost-Maisonnay (76), 2 cas; Celos (78); Lesné et Læderich (92).

Nous laissons de côté 2 autres cas de Leudet (16) où la perforation a été suivie de guérison et où, par conséquent, le diagnostic n'est pas assuré. Nous ne nous occuperons pas non plus des perforations de l'appendice et du cæcum, organes dont les lésions ne nous intéressent pas et que nous avons éliminées dès le début de notre sujet, même si, comme dans un cas de Leudet (16), les ulcérations coliques sont assez marquées pour que l'on puisse qualifier l'affection de colotyphus, pas plus que nous ne compterions des cas de perforations de l'intestin grêle survenant dans les mêmes conditions.

Dans la fièvre typhoïde iléale, les perforations sont beaucoup plus rares. Murchison (32) en a vu 48 sur 1 580 cas, soit 3,04 p. 100; Griesinger (35), 14 sur

600, soit 2,30 p. 100. En Amérique, Flint, 2 sur 72, soit 2,74 p. 100.

Murchison, recherchant leur fréquence par rapport aux cas mortels, trouve la statistique suivante :

Angleterre, sur 412 autopsies, 80 fois la perforation était la cause de la mort, soit 19,41 p. 100. En France, sur 270, 25 fois, soit 9,25 p. 100. En Allemagne, sur 1 039, 91 fois, soit 8,75 p. 100. La date d'apparition se partage entre les troisième, quatrième et cinquième septenaires.

On doit donc retenir leur fréquence vraiment énorme par comparaison dans le colotyphus : 33 p. 100 de la mortalité et en même temps de la morbidité.

Les perforations sont le plus souvent uniques, quelquefois multiples ; mais il est bien difficile, lorsque le péritoine est la seule tunique intestinale qui persiste, de n'en pas produire artificiellement au moment de l'autopsie.

Elles siègent ordinairement sur le côlon transverse ou l'S iliaque ; assez fréquemment sur le rectum [cas de Guéneau de Mussy (46), Millies (24)]; dans ce dernier cas, la mort était due à une perforation iléale concomitante.

Leur date d'apparition est variable. La plus précoce [Celos (78)] s'est produite vers le quinzième jour, la plus tardive [Murchison (32)] au soixante-treizième jour. Dans le cas de Lesné et Lærderich (92) au quarante-sixième jour, vingt-deuxième de la rechute. Tous les autres cas sont compris entre le vingt-deuxième et le trente-quatrième jour, avec un maximum de fréquence aux alentours du trentième.

Au point de vue séméiologique nous considérerons deux groupes : dans le premier, la perforation se fait sur une portion d'intestin revêtue par le péritoine et l'épanchement des matières dans la séreuse cause une péritonite généralisée ou non ; dans le deuxième groupe de faits, la perforation se produit dans le tissu cellulaire et amène un abcès de la fosse iliaque ou de la fosse ischio-rectale.

a. Ce qui distingue la perforation colotyphique de celle qui survient au cours d'une fièvre typhoïde banale, c'est que, bien plus souvent encore que dans cette dernière, son début est insidieux, sa séméiologie fruste. Cela tient à deux causes : l'état général très mauvais du malade chez lequel les réactions organiques sont moindre,s et la tendance qu'a la péritonite à se localiser ou à se diffuser lentement, la mobilité du côlon étant bien moins grande que celle de l'intestin grêle.

Souvent, la perforation n'est annoncée que par une aggravation de l'état général et surtout du facies qui devient franchement péritonéal avec traits tirés, nez effilé, yeux enfoncés, pouls filiforme, refroidissement des extrémités.

Dans l'observation de Barth (44), le seul indice fut un abaissement brusque de la température.

Aussi, au moment même de la mort, on se demande encore s'il s'agit d'une perforation ou d'une simple aggravation de l'état général.

Plus rarement, le début est à grand fracas avec douleur abdominale vive, exquise, vomissements continuels, et le diagnostic s'impose.

La constipation est rare et quelquefois même la diarrhée profuse persiste. Le ballonnement déjà considérable n'augmente guère et la disparition de la matité hépatique n'est signalée que par Barth (44).

Dans le cas de perforation, la marche est rapide. La règle est la mort dans les vingt-quatre ou trente-six heures.

Pourtant quelquefois la péritonite se limite et le malade traîne plus ou moins longtemps, par exemple dans un cas de Murchison (32) où la perforation eut lieu le soixante-treizième jour et la mort le quatre-vingt-quatorzième. Dans l'observation de Prud'homme (22) citée par Gouronnec (38), une perforation du côlon transverse fut la cause d'un abcès sous-phrénique.

La guérison serait survenue dans quelques cas, mais il est probable qu'il s'agissait de perforations cæcales : la collection s'évacua dans l'intestin [Leudet (16)], ou même au dehors par une fistule cutanée [Thierfelder (19)].

b. Quand l'épanchement stercoral se produit dans le tissu cellulaire pré-intestinal, par perforation d'un segment extra-péritonéal, il peut donner lieu à un abcès de la fosse iliaque, comme dans le cas d'Ormerod cité par Griesinger (36).

Si l'accident a lieu au niveau du rectum, il est annoncé par des douleurs dans le fondement et le bassin, et des symptômes dysentériques : faux besoins et selles avec ténesme. Bientôt l'on voit se former un phlegmon du creux ischio-rectal que l'on ouvre ou qui s'ouvre au dehors ; c'est ainsi que les choses se passèrent dans l'observation XVI de Leudet (16), et ce qui, au moment de l'ouverture, montra bien qu'on avait affaire à un abcès d'origine intestinale et non pas à un de ces phlegmons assez fréquents qui suivent les escares fessières, c'est que le pus était mélangé de matières fécales et alimentaires ; une fistule communicante fut opérée secondairement.

Leudet (16) et Lebert (20) ont cité chacun une observation d'abcès pré-rectal ayant entraîné la formation d'une fistule recto-vaginale. Nous ne faisons que signaler ces trois cas qui ont été suivis de guérison et sont, par conséquent, susceptibles d'objections.

Millies (24) a rencontré au cours d'une autopsie une perforation siégeant à 4 centimètres au-dessus de l'anus et communiquant avec un abcès gangréneux qui n'allait pas tarder à se faire jour dans la vessie.

Enfin, Louis (5) a vu au cours d'une nécropsie trois ulcérations rectales, au niveau de l'une desquelles se trouvait un abcès sous-muqueux de la dimension d'un pois ; c'est, pour ainsi dire, le premier degré des lésions que nous venons de décrire plus haut.

Il ressort de tout cela que la perforation colique est la complication la plus redoutable du colotyphus par sa fréquence et sa gravité. Au contraire, celles des deux extrémités de ce segment intestinal, cæcum et rectum, jouissent d'une certaine bénignité par suite de dispositions anatomiques particulières.

Cette abondance anormale de perforations au cours de l'affection qui nous occupe semble tenir à l'épaisseur moins grande de la tunique musculaire du gros intestin ; on remarque, en effet, qu'elles se produi-

sent constamment dans l'intervalle des bandes longitudinales, là où la couche circulaire seule existe; d'autre part, il est possible que la diarrhée profuse affaiblisse beaucoup le sujet et diminue dans une notable proportion sa résistance organique.

A côté de ces accidents, nous citerons trois cas où une péritonite péri-colique par propagation entraîna des adhérences de l'angle droit avec la vésicule et même dans deux d'entre eux une cholécystite suppurée [Leudet (16), Louis (5), Murchison (32)].

11° Pal, puis Posselt (79) qui le cite, ont publié deux observations curieuses de *lymphadénie*, développée à la suite d'iléocolotyphus. Dans le deuxième de ces cas il s'agissait d'un malade qui mourut à la fin du troisième mois de sa maladie avec de l'hypertrophie ganglionnaire et splénique, sans altérations sanguines, et à l'autopsie duquel on trouva des lésions intestinales en voie de réparation.

X

Terminaison. Pronostic. — Le pronostic est certainement très grave : on le suppose rien qu'à considérer l'atonie des ulcérations coliques et leur tendance à l'envahissement. Aussi il est probable qu'un bien petit nombre de cas non diagnostiqués ont guéri. Les deux malades de Leudet (16) seulement survécurent à leur perforation rectale.

Les causes de décès se décomposent ainsi dans nos 63 cas : péritonite par perforation 21 ; hémorragies 3; complications pulmonaires 2; intoxication générale 25; arthrites et synovites suppurées dans le cas de Bourcy (41), laryngotyphus et phlegmon gangréneux dans celui de Pater (90). Dans le reste des cas, les causes sont multiples et mal déterminées.

La mort survient donc dans la majorité des cas dans l'adynamie, sous l'influence d'une intoxication générale que Mercier attribue à la stercorémie par absorption des toxines au niveau des ulcérations étendues qui sont continuellement baignées par les matières fécales liquides.

XI

Diagnostic. — 1° *Diagnostic positif.* — Le diagnostic de colotyphus peut-il se faire? Leudet (16), MM. Bouveret et Mouisset [Th. Henriot (66)] y sont arrivés.

Nous résumerons rapidement les signes qui permettent de l'établir : à une période quelconque d'une fièvre typhoïde dont nous supposons le diagnostic fait par ses signes habituels, quelquefois, pendant le début de la convalescence, au cours d'une apyrexie à peu près franche survient une ascension thermique, puis une diarrhée très abondante, liquide, grisâtre, horriblement fétide, à selles volontaires, puis involontaires. L'abdomen se ballonne surtout au niveau des flancs et de l'épigastre et on réveille de la douleur à la pression sur tout le gros intestin, en particulier sur l'S iliaque. L'état général devient immédiatement très grave; à l'ataxie succède une adynamie profonde avec subdélire tranquille, carphologie, marmottement, rétention d'urine et la mort survient avec des escares et par suite de l'aggravation de tous ces symptômes ou bien avec un appareil plus dramatique dû à une péritonite suraiguë ou à une hémorragie.

Chacun de ces signes, on le voit, n'est que l'exagération d'un symptôme habituel d'une dothiénentérie grave. Pourtant un météorisme nettement en fer à cheval, une douleur provoquée sur tout le côlon sont déjà des signes importants. La fétidité extrême des selles à odeur particulière de gangrène paraît, on peut le dire, pathognomonique. Assez souvent ce phénomène n'est pas signalé, mais on ne peut en conclure qu'il manque souvent, car il faut que le médecin y songe, le recherche et attire l'attention des infirmiers sur ce point.

Lorsque enfin le tableau que nous venons de tracer est complet, on peut poser, avec beaucoup de chances de le vérifier sur la table d'autopsie peu de jours après, le diagnostic de colotyphus.

Quand le diagnostic est hésitant, il faut ne laisser passer aucun des petits signes qui peuvent mettre sur la voie, par exemple des hémorragies minimes mais rouges néanmoins, comme celles qui tachent simplement la cuvette du thermomètre et que nous avons constatées dans notre cas personnel (89).

2° *Diagnostic des complications.* — Il est bien difficile de les prévoir, mais vu leur fréquence, il faut les attendre continuellement. L'apparition d'une hémorragie doit-elle faire craindre dans les jours suivants une perforation? Il ne le semble pas, puisque, sur 63 cas, ces deux phénomènes ne se sont suivis que chez 3 malades.

Il faut au moins ne pas laisser passer une complication sans la diagnostiquer, au moment de son apparition. Pour cela, il faut ausculter fréquemment son malade, surveiller l'épiderme, surtout dans les régions fessière et sacrée, s'enquérir des fonctions vésicales.

3° *Diagnostic différentiel.* — Si le début est tardif, on peut croire à une simple rechute; mais, dans ce cas, le début est moins brusque, plus progressif, se fait sans vomissements bilieux, et à la période d'état les signes généraux sont moins intenses et les symptômes particuliers au colotyphus font défaut.

L'association de dothiénentérie et de dysenterie, décrite par Dutrouleau, Bérenger-Féraud, Kelsch et Kiener, Laveran, Barbier et Herrenschmidt, Colson et Ehrel, cités par Remlinger (80), se présente, d'après ce dernier, sous trois aspects différents : un dysentérique contracte la fièvre typhoïde : là, le diagnostic est fait d'avance; un sujet est atteint d'une infection mixte — ce que Torti appelait une maladie proportionnée — ou bien on voit survenir une dysenterie au cours d'une convalescence de fièvre typhoïde; dans ces deux derniers cas, le diagnostic se fait encore assez aisément, car les symptômes caractéristiques qui ne se rencontrent pas dans le colotyphus, nous l'avons vu, ne font jamais défaut : faux besoins, épreintes, ténesme violent au moment des selles qui sont très fréquentes et n'aboutissent qu'au rejet de petites quantités de matières constituées par un mélange de sang, de mucus, de râclures de boyau.

XII

Nature. Pathogénie. — Quelle est la nature de l'affection que nous venons de décrire? Sauf Chantemesse (74), qui reste sur la réserve, tous les auteurs admettent qu'il s'agit d'une localisation anormale du bacille d'Eberth, qui, au lieu de borner ses ravages aux plaques de Peyer, envahit le tissu lymphoïde du gros intestin. En fait, tous les symptômes plaident dans ce sens : état typhique, grosse rate, taches rosées, séro-diagnostic positif [on le relève dans 3 cas, ceux de Bourdillon (81), Barjon et Bertier (89), Pater (90)], présence du bacille d'Eberth dans le sang [Le Goïc (85)]. D'ailleurs, les lésions des plaques de Peyer ne font jamais défaut, au moins à un faible degré, de sorte qu'on pourrait, à la suite des auteurs allemands [Posselt (79)], nommer cette maladie iléo-colotyphus.

Quant à la cause de la localisation typhique, on ne la connaît guère et nous ne répéterons pas ce que nous avons dit à propos de l'étiologie.

Nombre d'auteurs, se basant sur le début pendant la convalescence [Griesinger (35), Ceppi (34), Bucquoy (28), Hérard (30)], ont voulu faire de la localisation colique des lésions le substratum anatomique de la rechute. Garcin (56) utilise dans sa thèse plusieurs observations de colotyphus perforé qu'il donne comme des perforations au cours d'une rechute. Cette idée avait déjà été discutée et combattue par plusieurs auteurs à la Société médicale des hôpitaux de Paris (1872-1893).

De fait, pas plus que la colite muqueuse décrite par Cornil (29), cette lésion n'est caractéristique de la rechute, et cela pour deux raisons : la première, c'est que le colotyphus évolue le plus souvent de façon primitive ou précoce sans symptôme de rechute; la deuxième, c'est que, comme l'a démontré M. Devic (48), le syndrome rechute vrai ne s'accompagne pas, non seulement de lésions du gros intestin, mais même de nouvelles lésions des plaques de Peyer.

Toutes les difficultés ne sont d'ailleurs pas levées, et de nouvelles recherches sont nécessaires, surtout du côté de la bactériologie. Grâce à de nombreux travaux, en particulier à ceux de M. Courmont (82), on sait que le bacille d'Eberth habite toujours le sang des typhiques. Il serait intéressant de savoir s'il y a réinfection sanguine au moment de l'attaque colique.

On devra aussi chercher, semble-t-il, du côté des selles, une association microbienne constante, peut-être avec des anaérobies, hypothèse assez séduisante, puisqu'elle donnerait la clef de la contagion, de l'aspect quelquefois gangréneux des ulcérations et de l'odeur particulière des déjections.

Bref, on doit, croyons-nous, considérer le colotyphus comme une véritable complication de la fièvre typhoïde, à date d'apparition variable et de pathogénie non encore élucidée.

XIII

Traitement. — 1° *Traitement prophylactique.* — Il doit surtout consister à augmenter dans la mesure du possible la résistance organique du typhique, et pour cela lui faire absorber une quantité suffisante d'aliments liquides et le soumettre d'une façon rigoureuse à la méthode de Brand-Glénard, telle qu'elle a été formulée par MM. Tripier et Bouveret (49).

On devra aussi surveiller de près le malade au point de vue de l'alimentation clandestine par des substances solides et retarder la reprise du régime commun si l'apyrexie ne va pas jusqu'à l'hypothermie.

2° *Traitement de l'affection.* — Leudet (16) préconisait les révulsifs abdominaux, l'opium, le nitrate d'argent en pilules (0,05 à 0,10), en lavements laudanisés.

Le traitement le plus rationnel serait le suivant : éviter les lavements [Devic et Roux (66)], à cause de la fragilité extrême de l'intestin au niveau des ulcérations; appliquer le traitement par les bains froids ou frais dans son intégrité. Malheureusement, il devra souvent être suspendu, à cause de l'adynamie entraînant des syncopes et l'hémorragie ou de la perforation, contre-indications formelles. On peut alors remplacer les bains par le drap mouillé et les affusions froides dans le lit.

On tiendra, dans ce cas, une vessie de glace soigneusement renouvelée sur l'abdomen et en particulier les flancs.

On luttera contre l'adynamie, à l'intérieur par de l'alcool et par des injections sous-cutanées de caféine et d'éther.

Enfin l'antisepsie intestinale pourra rendre des services en diminuant la toxicité des matières fécales.

L'opium sera surtout indiqué si les phénomènes douloureux abdominaux sont accentués.

3° *Traitement des complications.* — Il faudra examiner fréquemment le tégument, changer le malade autant qu'il est nécessaire pour qu'il soit toujours au propre, et chaque fois poudrer son drap *larga manu* (talc, bismuth) afin d'éviter les escares et les érysipèles. Si ces accidents apparaissent, on les traitera de la façon habituelle.

On songera à la possibilité de la rétention d'urine pour laquelle le malade sera sondé aseptiquement.

Des complications pulmonaires nécessiteront l'application de cataplasmes sinapisés, quelquefois de ventouses si la dyspnée est intense.

En face d'une hémorragie abondante, on est malheureusement peu armé. Peut-être pourrait-on essayer de donner, avec les plus grandes précautions, un lavement à pression faible au moyen d'un bock, en se servant de sérum gélatiné ou d'eau à 48 degrés suivant la méthode de M. Tripier. On mettra en œuvre, de plus, le traitement classique (cessation des bains, de l'alimentation, ergotine et sérum gélatiné en injections sous-cutanées; suppression de l'oreiller et sérum artificiel si la saignée est abondante et qu'il y ait tendance syncopale).

La perforation a été traitée 4 fois chirurgicalement : 2 fois il y eut incision d'abcès ischio-rectaux [Leudet (16)]; dans 2 autres cas, le diagnostic de péritonite par perforation ayant été posé, on pratiqua une laparotomie. Dans le cas de Celos (78) la perforation colique ne fut pas soupçonnée, et après enfouissement d'une plaque de Peyer fortement atteinte, le

ventre fut refermé. On ne trouva la cause de la péritonite qu'à l'autopsie.

Dans le cas récent de Lesné et Lœderich (92), les plaques de Peyer ayant été reconnues saines, on découvrit une perforation multiple, en pomme d'arrosoir, sur le côlon pelvien. Malgré la suture et le drainage, la mort survint au bout de trente-six heures.

On doit retenir de ces faits que si l'on se décide à intervenir pour des symptômes de péritonite au cours d'une fièvre typhoïde, il ne faut pas se contenter d'examiner l'iléon, mais encore vérifier l'état du côlon si la chose est possible.

Lorsque, pour une raison ou pour une autre, l'opération ne peut être faite, il faut recourir au traitement classique : immobilisation complète du malade, glace, morphine à haute dose. On peut, de cette façon, espérer obtenir l'enkystement du processus péritonéal.

BIBLIOGRAPHIE

1. Morgagni. Epit. XXXI, 1760. — 2. Rœderer et Wogler. *De morbo mucose*, Göttingen, 1762. — 3. Petit et Serres. *Traitement de la fièvre entéro-mésentérique*, Paris 1812. — 4. Andral. *Clinique médicale*, 4e édit., Paris, 1840, t. I. — 5. Louis. *Recherches anatomiques, pathologiques et thérap. sur la maladie connue sous le nom de fièvre typhoïde*, 2e édit., Paris 1841, t. I, p. 32, 411. — 6. Forget. *Traité de la fièvre entéro-folliculaire*, 1841. — 7. Malespine. Des lésions de l'appendice et des accidents auxquels elles donnent lieu, *Arch. gén. de méd.*, 1841, t. X, p. 32. — 8. Grisolle. *Traité de pathologie interne*, 2e édit. — 9. Récamier. *Cliniques*, cité par Chomel. — 10. Descriptive catalogue of the Museum of the Boston, Soc. for med. improv., 1848, p. 151. — 11. Jenner. *On typhoïde, and typhus fever*, 1850, p. 65. — 12. Monneret et Fleury. *Compendium de médecine*, t. VII, p. 180. — 13. Leudet. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1853, p. 43. — 14. Leudet. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1854, p. 277. — 15. Leudet. Recherches sur les ulcères et les perforations du gros intestin consécutifs à la fièvre typhoïde, *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1856, p. 979. — 16. Leudet. Rapport de Barth sur le mémoire précédent, *Bull. et Mém. de l'Acad. de méd.*, 1871, t. XXX, p. 21. — 17. Leudet. *Pathologie et clinique médicale*, édit. 1891. t. III, chap. VIII (recherches sur les ulcères et les perforations du gros intestin consécutifs à la fièvre typhoïde). — 18. Lecorché. *Mém. de la Soc. de biol.*, 1856. — 19. Thierfelder. Beitrage zur Lehre von Typhus, *Arch. f. phys Heilk.*, 1855. — 20. Lebert. *Virchow's Arch.*, vol. XIII, p. 121, 1858. — 21. Besnier, 1861, cité par Guironnec. — 22. Prudhomme. *Mém. de méd. milit.*, 1867, cité par Guironnec. — 23. Chomel. *Cliniques médicales*, publiées par Genest, p. 329. — 24. Millies. *Schmidt's Yahrbucher*, B. XLVI. — 25. Hoffmann. *Untersuchungen über die Veranderungen der Organen beim abdominal Typhus*, Leipzig 1869. — 26. Morin. *Des perforations internes dans le cours de la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1869. — 27. Brunschwig. In *Cliniques* de Hirtz, 1870, cité par Homolle. — 28. Bucquoy. Communication orale, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1872, p. 98. — 29. Cornil. Note pour servir à l'histoire de la convalescence de la fièvre typhoïde, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1872, p. 91. — 30. Hérard. Communication orale, *Bull. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1872, p. 98. — 31. Cazalis et Renaut. Observation pour servir à l'histoire des affections typhoïdes, *Arch. phys. norm. et pathol.*, 1873, p. 227. — 32. Murchison. *A treatise on the continued fevers of Great Britain*, 1873, trad. Lutaud, 1878. — 33. Liebermeister. *Ziemsen Handbuch*, 1874. — 34. Ceppi. Fièvre typhoïde à lésion prédominante sur le gros intestin, *Progrès médical*, 1877, p. 265. — 35. Griesinger. *Infections Krankheiten*, Erlangen 1864, trad. Vallin, Paris 1877. — 36. Ormerod. Cité par Griesinger. — 37. De Cerenville. In *Cliniques Biermer*. — 38. Gouronnec. *De la typhlite et de la pérityphlite dans leur rapport avec la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1881. — 39. Jackson. Fièvre typhoïde terminée par perforation du gros intestin, *The Dublin Journ. of med. sc.*, June 1882. — 40. Sorel. Fièvre typhoïde; ulcération des follicules clos du gros intestin, abcès du foie; péritonite, *Union méd.*, 1882, p. 520. — 41. Bourcy. *Des déterminations articulaires des maladies infectieuses*, Th. de Paris, 1883. — 42. Hutinel. *Etude sur la convalescence et les rechutes dans la fièvre typhoïde*, Th. agrég. de Paris, 1883. — 43. Siredey. *Recherches sur l'anatomie pathologique de la fièvre typhoïde; lésions des organes lymphoïdes*, Th. de Paris, 1883. — 44. Barth. Ulcères et perforations des follicules isolés du gros intestin dans la fièvre typhoïde, *Bul. de la Soc. anat.*, 15 fév. 1884. — 45. Dreyfous et Homolle. Art. fièvre typhoïde, du *Dictionn. de méd. et de chir. prat.*, 1884. — 46. Guéneau de Mussy. *Clin. méd*, 1884, t. III, p. 318. — 47. Nacke. Cité par Homolle. — 48. Devic. *Les rechutes dans la fièvre typhoïde*, Th. de Lyon, 1886. — 49. Tripier et Bouveret. *La fièvre typhoïde traitée par les bains froids*, Paris 1886. — 50. Beaudouin. Fièvre typhoïde; distension du cæcum, sphacèle de la muqueuse cæcale; péritonite sans perforation, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris 1887, p. 749. — 51. Méry. Fièvre typhoïde; mort au dixième jour. Confluence extrême des lésions intestinales, psorentérie, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris 1887, p. 600. — 52. Mercier. *Étude sur la fièvre typhoïde avec lésions prédominantes sur le gros intestin*, Th. de Paris, 1888. — 53. Meunier. *Fièvre typhoïde à rechutes*, Th. de Paris, 1888. — 54. Marchand. Colite pseudo-membraneuse, Soc. méd. intern. de Berlin, 4 nov. 1889. — 55. Carbone. Un cas de colotyphus, *Gaz. di medic.*, Torino, 15 août 1891. — 56. Garcin. *Les perforations dans les rechutes de la fièvre typhoïde*, Th. de Lyon, 1892. — 57. Hanot. Communication orale, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, Paris 1893, p. 602. Observation in Th. Mercier. — 59. Laveran. Contribution à l'étude des lésions du gros intestin dans la fièvre typhoïde, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, Paris 1893, p. 588. — 59. Rendu. Communication orale, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, Paris 1893, p. 602. — 60. Sarda et Villard. Un cas de fièvre typhoïde et de tuberculose aiguë combinées, *Rev. de méd.*, 1893, p. 812. — 61. Dodero. *Contribution à l'étude des rapports de la phtisie pulmonaire et de la fièvre typhoïde*, Th. de Lyon, 1894. — 62. Meslay. Fièvre typhoïde. Lésions étendues à tout le système folliculaire, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris 1894, p. 460. — 63. Boisson et Simonin. *Archiv. de méd. et de pharm. milit.*, 1895. — 64. Brouardel et Thoinot. *La fièvre typhoïde*, Paris 1895. — 65. Brouardel et Thoinot. Art. fièvre typhoïde, in *Traité de médecine* Brouardel-Gilbert, 1895. — 66. Devic et Roux. Un cas de colotyphoïde chez un malade atteint de tuberculose pulmonaire chronique. Autopsie, *Province méd.*, 1895, p. 97. — 67. Henriot. *Diagnostic et pronostic de la dothiénentérie avec lésions prédominantes sur le gros intestin*, Th. de Lyon, 1895. — 68. Curschmann. Der Unterleibstyphus, *Nothnagel specielle Pathol. und Therapie*. — 69. Curtin. *Journ. of Amer. med. Assoc.*, 25 sept. 1897. — 70. Gouget et Fauquez. Rechute de fièvre typhoïde; mort au cinquième jour; colotyphus, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris 1897, p. 138. — 71. Letulle. Dysenterie sporadique, *Presse méd.*, 1897, p. 108. — 72. Hoppenhauser. *État de l'appendice dans la fièvre typhoïde*, Th. de Lausanne, 1898. — 73. Marmasse. Rechute mortelle de fièvre typhoïde. Lésions du gros intestin. Colotyphus, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris 1898, p. 600. — 74. Chantemesse. Art. fièvre typhoïde, in *Traité de médecine* Bouchard-Brissaud, 1899, 2e édition. — 75. Letulle. Colites ulcéreuses, *Presse méd.*, 1899, n° 23. — 76. Prévost-Maisonnay. *Les ulcérations du gros intestin dans la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1899-1900. — 77. Remlinger. Erythème

rubéoliforme ou scarlatiniforme dans la fièvre typhoïde, *Revue de méd.*, 1900. — 78. CELOS. Perforation typhique siégeant sur le côlon transverse, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris 1900, p. 503. — 79. POSSELT. Lymphadénie et hyperplasie splénique après un colotyphus, *Prage med. Wochens.*, 28 juin 1900. — 80. REMLINGER. Sur l'association de la fièvre typhoïde et de la dysenterie, *Revue de méd.*, mars 1901. — 81. BOURDILLON. Un cas de colotyphus, *Revue de méd.*, mars 1901. — 82. COURMONT. Bacille d'Eberth dans le sang des typhiques, *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv. 1902. — 83. GALLI. Deux cas de colotyphus, *Clinica moderna*, 28 mai 1902. — 84. COURMONT et BERTIER. Ostéo-périostite post-typhique à bacilles d'Eberth, Soc. méd. des hôpit. de Lyon, 24 mars 1903. — 85. LE GOÏC. Deux cas de fièvre typhoïde à localisations anormales, *Revue de méd.*, avril 1903. — 86. LE GOÏC. Troisième cas de fièvre typhoïde à localisations anormales, *Revue de méd.*, sept. 1903. — 87. FRANÇOIS. *Appendice au cours de la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1903-1904. — 88. NUGUE. *Colotyphoïde et abcès du foie*, Th. de Lyon, 1903-1904. — 89. BARJON et BERTIER. Un cas de colotyphoïde avec abcès du foie, Soc. méd. des hôpit. de Lyon, 14 juin 1904; in *Lyon méd.*, 1904, t. I, p. 1298. — 90. PATER. Laryngo-typhoïde avec lésions étendues du gros intestin, *Bull. de la Soc anat.*, Paris, janv. 1904. — 91. TRIPIER. *Traité d'anatomie pathologique générale*, 1904. — 92. LESNÉ et LÆDERICH. Perforation anormale de l'intestin chez deux typhiques; interventions chirurgicales, *Tribune méd.*, 1905, n° 1.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur les formes atypiques du cancer de l'estomac, où les signes principaux n'avaient aucun rapport avec cet organe. (G. NEWTON PITT. *The Practitioner*, avril 1905, vol. LXXIV, n° 4, p. 443.) — A côté des formes latentes du cancer de l'estomac où l'affection ne se traduit que par la présence d'une tumeur plus ou moins nette et par des signes généraux, il existe des formes atypiques dans lesquelles le néoplasme se traduit par des symptômes tout à fait anormaux. Pitt, d'après les autopsies pratiquées au Guy's Hospital pendant ces vingt dernières années, a pu en réunir 17 observations qu'il donne in extenso. Ces cas peuvent être divisés en 7 groupes distincts :

1° Dans 7 observations les signes principaux furent de l'ascite et un épanchement pleural unilatéral ou bilatéral. L'ascite est causée par la présence de nodules cancéreux dans le péritoine. Ils peuvent parfois siéger dans le petit bassin, dans le cul de sac de Douglas, perceptible par le toucher vaginal et rectal; mais d'ordinaire la propagation se fait au péritoine sous-diaphragmatique et de là, rapidement, aux plèvres;

2° Chez trois malades la mort fut causée par de l'occlusion intestinale et on trouva les anses intestinales nouées entre elles. La cause initiale était la présence d'une tumeur stomacale méconnue;

3° Dans deux cas on fut amené à pratiquer une colotomie pour obstruction intestinale lente. Celle-ci était due à l'infiltration cancéreuse péritonéale secondaire à un néoplasme de l'estomac;

4° Dans deux observations, on observa la présence de tumeur sus-ombilicale à marche rapide. Dans un cas il se forma un phlegmon sous-diaphragmatique qui s'ouvrit dans la plèvre. Dans l'autre, l'abcès s'ouvrit d'abord à la peau, puis, secondairement, dans l'estomac;

5° Chez deux malades, l'évolution fut celle d'anémie grave, aiguë. Dans un des cas on trouva seulement un nodule cancéreux dans l'estomac;

6° Chez une femme, la présence d'une tumeur iliaque droite de la grosseur d'une orange fit penser à une tumeur ovarienne; on trouva un cancer du pylore. Il n'y avait pas de signes gastriques, mais une anémie extrême qui aurait dû attirer l'attention;

7° Dans un seul cas le symptôme initial fut une thrombose de la veine fémorale, conformément à l'exemple célèbre de Trousseau,

M. LANCE.

La ponction du poumon pour le diagnostic de la tuberculose à forme pneumonique. (*Clinica medica italiana*, mai 1905, n° 3.) — La ponction du poumon a permis deux fois à GOGGIA de reconnaître l'existence d'une tuberculose à forme pneumonique; dans l'un d'eux, il constata la présence de formes virulentes du diplocoque de Frænkel associé au bacille de Koch. Ce procédé est en effet un moyen très sûr pour reconnaître s'il existe ou non des bacilles de Koch au niveau d'une zone de poumon hépatisée, et cela d'autant plus qu'au début on peut très bien ne pas les retrouver dans les crachats.

En dehors de la pneumonie caséeuse, la ponction du poumon pourra faire reconnaître la nature exacte de certains processus tuberculeux au début; on rencontre souvent en effet en clinique, non seulement au sommet mais encore à la base, des râles accompagnés d'une toux accusée ou d'une petite toux brève, et une ponction pratiquée au point où les phénomènes d'auscultation, ou de percussion s'il y en a, existent au maximum, permettra d'établir un diagnostic certain.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Hémiplégie urémique dans un cas de compression des uretères par cancer utérin. (RISPAL et COMBELÉRAN. Soc. anat. clin., *Toulouse méd.*, 15 mai 1905, n° 10.) — Il n'est pas rare de voir, au cours d'un cancer utérin, les malades présenter des phases d'urémie due à la compression des uretères et aux lésions dégénératives et inflammatoires qui se produisent consécutivement à la rétention urétéro-rénale. Mais il est moins fréquent de voir au premier plan se manifester les symptômes nerveux au point où ils sont arrivés chez cette malade de soixante ans ; contrairement au diagnostic clinique d'hémiplégie organique qui avait été porté, on avait bien eu affaire à une véritable hémiplégie urémique ainsi que l'a montré l'autopsie.

L. GAYARD.

MÉDECINE INFANTILE

Sténoses du pylore chez les enfants en bas-âge. (SCUDDER et QUINBY. *Journ. Amer. med. Assoc.*, 27 mai et 3 juin 1905.) — Ce travail est basé sur l'analyse de 115 cas, tout ce qui a été publié depuis 1788, date du premier cas. Nos connaissances modernes sur le sujet remontent au mémoire de Hirschsprung qui parut en 1888. Il existe 55 autopsies de cas traités médicalement, et toutes mentionnent une tumeur pylorique, de consistance très ferme; l'examen microscopique montre qu'il s'agit surtout d'une hypertrophie de la couche concentrique musculaire ; une seule fois, la tunique longitudinale a été trouvée hypertrophiée. Quelquefois, il y a hypertrophie de la sous-muqueuse. L'estomac est naturellement dilaté. Les symptômes sont les vomissements opiniâtres, la constipation, une tumeur pylorique, la cachexie, le péristaltisme stomacal visible et la dilatation de l'estomac. Il faut toujours songer à la possibilité d'une telle sténose en face d'un enfant qui, avec bon appétit, rejette tout ce qu'il prend, et maigrit beaucoup. Le traitement médical est impuissant. Les auteurs discutent

avec détails la question du traitement chirurgical. Sur 115 cas, 60 ont été opérés : 40 par gastro-entérostomie tant antérieure que postérieure, avec une mortalité de 47,7 p. 100, 11 par divulsion du pylore avec une mortalité de 36,3 p. 100, 8 par pyloroplastie avec 4 guérisons, et 1 par pylorectomie suivie de mort. Cette dernière intervention est trop grave et doit être rejetée, car il s'agit d'enfants en très précaire état dans la majorité des cas. Ce même état explique la mortalité générale élevée des opérations (46,6 p. 100). La pyloroplastie a ses défenseurs en Angleterre. Quoique la divulsion, la méthode de Loréta, ait donné une mortalité plus faible que les autres opérations, les auteurs la croient un peu brutale et aveugle parfois et préfèrent la gastro-entérostomie postérieure dont la technique est aujourd'hui parfaite (1).

FAXTON E. GARDNER.

OPHTALMOLOGIE

Traitement du trachome par les rayons X. (A. G. VASSIOUTINSKY. *Roussky Vratch*, 1905, n° 1.) — Après avoir donné l'historique détaillé de la question, l'auteur rapporte 7 cas de trachome dont quelques-uns très graves (pannus très accusé et granulations très nombreuses avec infiltration notable de la conjonctive palpébrale).

L'auteur s'est servi pour le traitement d'un appareil de Kohl de 30 à 40 volts et de 5 à 6 ampères. L'interrupteur à mercure donnait 300 à 400 interruptions par minute. Les ampoules de Rœntgen fournissaient des rayons capables de pénétrer dans la profondeur des tissus. L'œil des malades se trouvait autant que possible en face de la plaque anticathodienne à 25-26 centimètres de l'ampoule. Seul l'œil gauche était soumis à la radiothérapie, tandis que l'œil droit était couvert d'une plaque métallique impénétrable aux rayons X. A l'exception d'un seul cas, l'œil droit était seulement lavé à l'eau salée physiologique. La première séance était de cinq minutes. Les cinq jours suivants les séances étaient de six minutes, après quoi le traitement était interrompu pendant deux semaines. Après ce laps de temps les séances étaient renouvelées pendant cinq jours et duraient chacune trois minutes. Nouvelle interruption de quinze jours et, à l'expiration de ce délai, deux séances à huit minutes et deux séances à dix minutes. Troisième interruption pendant deux semaines suivies de quatre séances à huit, dix, six et cinq minutes. Trois mois environ après l'institution de la rœntgenothérapie, c'est-à-dire un mois après la dernière séance, l'auteur commençait le traitement ordinaire du trachome.

La rœntgenothérapie a exercé une influence très favorable sur la marche du trachome. Les infiltrations ont diminué, les granulations et le pannus ont disparu et tous les symptômes subjectifs ont été notablement améliorés. C'est l'infiltration qui cède la première. Le pannus régresse assez bien, tandis que les granulations ne disparaissent que lentement. Même dans les cas ou les séances ont été très fréquentes il n'est jamais survenu de symptômes bien accusés. Le tissu ne présente que peu de tendance à la cicatrisation. Il faut encore remarquer que la rœntgenothérapie est tout à fait indolore et que l'auteur n'a jamais observé de phénomènes secondaires fâcheux du côté de l'œil ni de radiodermatite. L'étude comparée des effets obtenus avec la rœntgenothérapie et les autres traitements habituels du trachome démontre que ces derniers sont préférables dans tous les cas où l'on a affaire à un trachome sans infiltration des couches profondes (la conjonctivite folliculaire des dualistes). Mais en revanche, on peut s'attendre à obtenir de bons résultats avec les rayons X, dans les cas où l'on avait déjà échoué avec les autres médications ainsi que dans les cas où la marche clinique de l'affection fait prévoir l'inutilité de l'application des procédés ordinaires.

EM. WASERBERG.

OTOLOGIE

A propos de la question de la paracentèse du tympan. (*Revue hebd. de laryngol.*, 12 nov. 1904, p. 602.) — M. BURCKNER (de Gœttingue) vient de publier deux statistiques qui mettent en relief la valeur du traitement des otites aiguës par la paracentèse ; il est intéressant de comparer les résultats obtenus par un même praticien suivant qu'il fait usage ou non de la paracentèse dans le traitement des otites aiguës. Pareilles statistiques sont, à notre avis, la meilleure réponse à faire à une question depuis quelque temps discutée. Les statistiques de Burckner sont tout à l'avantage de la paracentèse ; dans une première statistique de 44 malades sur lesquels 40 ne furent pas paracentésés, l'auteur eut à déplorer 3 mastoïdites et 6 fois l'otite devint chronique. Dans une seconde statistique de sa clientèle privée, portant sur 350 malades, l'auteur constate que chez ces malades paracentésés, 90 p. 100 des cas étaient guéris au bout de vingt jours, tandis que chez les autres, après le même temps, 43 p. 100 seulement pouvaient être considérés comme guéris.

P. VIOLLET.

LIVRES NOUVEAUX

Notions d'hygiène féminine populaire. L'adolescente (1), par le docteur René MARTIAL, avec une préface de M. JEANNOT, inspecteur de l'enseignement primaire de la Seine.

L'ouvrage du docteur Martial est destiné aux éducatrices, mères ou institutrices, auxquelles incombe le devoir de suivre et de surveiller le développement physique de la jeune fille. Le temps n'est plus, heureusement, où les soins du corps étaient négligés et où l'on aurait même rougi d'en parler, et surtout d'en instruire la jeunesse ; aujourd'hui le fameux adage « mens sana in corpore sano » tend de plus en plus à s'imposer à tous. Mais encore faut-il savoir donner aux enfants des conseils pratiques et judicieux, et pour cela il faut avoir un guide. C'est ce guide que le docteur René Martial offre sous la forme du petit volume que nous présentons ici ; il étudie dans des chapitres successifs l'hygiène de la chevelure, des diverses régions de la face, et en particulier de la bouche et des dents, puis le corset, l'hygiène du ventre et la constipation, l'hygiène des organes génitaux externes, des mains et des pieds, et enfin l'hygiène générale du corps. Tout cela est fait sans prétention, sans étalage de termes scientifiques, mais d'une façon précise et qu'on devine basée sur l'expérience personnelle. Ce petit livre est appelé à rendre bien des services.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) Cf. *Gaz. des hôpit.* : Les sténoses du pylore chez le nouveau-né et le nourrisson, par WEILL et PEHU, Revue générale 1901, nos 2 et 5.

(1) In-8° de 196 p. — Prix : 2 francs. — Paris, Henry Paulin et Cie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Quelques considérations sur les propriétés radioactives des eaux minérales, par le docteur A. PIATOT, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant à Bourbon-Lancy. In-8. — Mâcon, imprimerie Protat frères.

Di talune cirrosi epatiche e del loro trattamento, pel dottor Benedetto SCHIASSI, docente di clinica chirurgica nella R. Università di Bologna. In-8. — Milano, Francesco Vallardi, editore.

L'abus des lavages d'intestin, par le docteur Charles ESMONET (de Châtel-Guyon). In-8. — Paris, imprimerie Guérin, Derenne, Lluis et Cie.

Des précautions que doivent prendre les malades avant, pendant et après la cure mont-dorienne, par le docteur Sidoine JEANNEL, ancien interne des hôpitaux, ancien chef de clinique à la Faculté de Montpellier. In-8. — Clermont-Ferrand, imprimerie G. Mont-Louis.

Évolution de la guérison de la constipation à Châtel-Guyon (traitements minéral et physique combinés), par le docteur Louis LIÈVRE, chef du service de massothérapie de l'hôpital d'Auteuil. In-8. — Clermont-Ferrand, imprimerie A. Joachim.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les vaisseaux sanguins des organes génito-urinaires du périnée et du pelvis, amplification de la thèse du docteur Léon CERF, avec 33 fig. inédites, par le professeur L.-H. FARABEUF, membre de l'Académie de médecine. Gr. in-8°, avec 47 fig. dans le texte. — Prix : 6 francs. — Paris, Masson et Cie.

N° 92. — MARDI 15 ET JEUDI 17 AOUT 1905. 78e ANNÉE. MARDI 15 ET JEUDI 17 AOUT 1905. — N° 92.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF
Constipation atonique et constipation spasmodique, par MM. Albert Mathieu et J.-Ch. Roux.

CLINIQUE CHIRURGICALE
Tétanos spontané a frigore d'origine pneumococcique, par M. Bombes de Villiers.

ANALYSES
Médecine : Calculs biliaires et cancer; — La néphrite chronique interstitielle et l'alcalinité de l'urine comme causes fréquentes de l'incontinence d'urine des enfants.
Médecine expérimentale : L'adaptation du virus rabique fixe à l'organisme du lapin.
Chirurgie : Les déformations en houlette de jardinier et en dos de fourchette dans les fractures de l'extrémité carpienne du radius; — Tumeur de l'ovaire.

LIVRES NOUVEAUX
NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)
Syphilis linguale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont nommés, pour l'année scolaire 1905-1906, chefs de travaux et de laboratoires :

1° *Travaux pratiques.* — Chimie, M. Hanriot; — physique, M. Weiss; — histoire naturelle, M. Guiart; histologie, M. Retterer; — anatomie pathologique, M. Brault; physiologie, MM. Gley et Lucien Camus.

2° *Laboratoire de recherches et d'enseignement.* — Physiologie, MM. Langlois et Perret; thérapeutique, M. Paul-Lazare Carnot; — pathologie générale, M. Desgrez; — médecine légale, MM. Descout, Ogier et Vibert; — chimie, M. Maillard; — pathologie expérimentale, M. Josué; — pathologie externe, MM. Achard et Gaillard; — hygiène : MM. Lamy et Thierry; — pharmacologie : M. Brissemoret.

3° *Laboratoires des cliniques.* — Clinique médicale (Beaujon), MM. Jousset et Castaigne; — clinique chirurgicale (Charité), MM. Lesné et Dreyfus; — clinique médicale (Hôtel-Dieu), MM. Gouraud et Crouzon; — clinique chirurgicale (Hôtel-Dieu), M. Pettit; — clinique médicale (Laënnec), MM. Marcel et Henri Labbé; — clinique chirurgicale (Pitié), M. Legros; — clinique médicale (Saint-Antoine), MM. Rosenthal et Winter; — clinique chirurgicale (Necker), M. Herrenschmidt; — Maladies du système nerveux (Salpêtrière), MM. Huet et Alquier; — clinique d'accouchements (Tarnier), MM. Nicloux et Cathala; — clinique d'accouchements (Baudelocque), M. Couvelaire; — maladies mentales (Sainte-Anne), MM. Serveaux, Léri, Dumas, Revault d'Allonnes, Schramek, Dupont; — maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis), MM. Gastou, Fournier; Desmoulières; — clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu), MM. Poulard, Pley, Gellé; — maladies des enfants (hôpital des Enfants-Malades), M. Veillon; — maladies des voies urinaires, MM. Motz et Debains.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. A. de Bandelac de Pariente, attaché médical à l'ambassade d'Espagne, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Biat (de Liévin), Boutleux (de Béthune), Bruchet, Fouineau, Perregaux, Desesquelles et Moiroud (de Paris), Cayla et Woolonghan (de Bordeaux), Chevrot (de Bletterans), Deltour (de Consobre), Felletin (d'Izon), Gilbert (de Boulogne-sur-Seine), Jay (de Clermont-Ferrand), Larché (de Corminont) et Ménard (de Bacqueville).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Bachmann, Bonnet, Fredet, Metzger, Nathanson et Zuber (de Paris), Brongniard (d'Asnières), Brulant (de Lens), Girard (d'Ivry), Lachaze (de Chaussenac), Lazard (d'Asnières), Melian-Wood (de Montpellier), Mizon (de Lomme), Perraudeau (de Saint-Ouen), Pourtier (de Saint-Gervais-d'Auvergne), Raffaëlli (de Bornes) et Riou (de Saint-Etienne).

STATIONS HYDRO-MINÉRALES ET CLIMATIQUES. — MM. les docteurs Linossier (de Lyon), Graux (de Contrexéville), Bourcart (de Cannes), Heitz (de Royat) et Combalat (ancien médecin à Vichy) sont nommés membres de la Commission permanente des stations hydro-minérales et climatiques de France.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANCAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (Août 1905.) BOULNI : Blessures par armes de guerre observées à l'infirmerie de Raghit. — BOUCHER : Luxation des ménisques du genou. Un cas de luxation du ménisque externe au niveau du poplité. Un cas de luxation du ménisque interne par cause immédiate indirecte (coup de pied de cheval). — GÉRAUD : Etude sur les œdèmes durs de la main, à propos d'un cas d'œdème dur traumatique du métacarpe dorsal chez un hystérique. — DELAHOUSSE : Abcès double spontané de la cloison des fosses nasales avec perforation du cartilage triangulaire consécutif. Un coryza chronique chez un scrofuleux. Zoster double asymétrique et hémorragique concomitant.

Archives générales de médecine. — (N° 32, 8 août 1905.) MORESTIN : Reposition, plissement et modelage du pavillon de l'oreille. — MOUTIER : Cancer primitif de la vésicule biliaire avec propagation au foie. Perforation de la vésicule. Formation d'une poche biliaire enkystée dans l'épaisseur du mésocôlon ascendant, poche prise pendant la vie et même à l'autopsie pour une dilatation de la vésicule proprement dite. — BOINET : De la méningite cérébro-spinale épidémique.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 5, 8 août 1905.) ROCHARD : Sur les opérations conservatrices dans le traitement des salpingites. — POUCHET : L'iode et les iodiques (*suite*).

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 82, 9 juillet 1905.) Arturo CAMPANI et Gino FORMAGGINI : Le catarrhe vésical dans la tuberculose du poumon. — Prof. Stefano MIRCOLI : Phénomène ataxique vertigineux accompagnant des lésions cérébro-extracérébelleuses. — Alfredo PERUGIA : Pouls lent permanent. — (N° 85, 16 juillet.) Ivo BANDI et Francesco SIMONELLI : La présence du spirochaète pâle dans le sang et les manifestations secondaires des syphilitiques. — Francesco ARULLANI : Anémie pernicieuse progressive par microcoque tétragone. — Egisto CURTI : Accouchement forcé chez une mourante au cours d'un œdème pulmonaire suraigu. — Mario LODI : Greffes cutanées prises sur le poulet. — G. CAMPANELLA : L'indice colorimétrique de l'élimination de l'iode dans les divers usages thérapeutiques des iodures. — (N° 88, 23 juillet.) Ettore TEDESCHI : Diagnostic différentiel des exsudats et des transsudats. — Mario CARLETTI et Luigi PESERICO : Les rapports entre la flore bactérienne et l'acide urique dans l'intestin de l'homme. — Nicolino FEDERICI : L'importance et l'efficacité de la ponction exploratrice dans les exsudats pleurétiques.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (N° 14, 10 août 1905.) MAYGRIER : Les anesthésiques dans les accouchements. Diagnostic de la grossesse gémellaire.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 31, 6 août 1905.) THIRION : Syphilis à évolution rapide, malgré un traitement régulier. Mort par syphilis cérébrale et hydrocéphalie ventriculaire. — KLEIN : Hématocolpos par cloisonnement transversal du vagin.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 31, 3 août 1905.) LE CLERC-DANDOY : Note sur le traitement chirurgical de l'hypertrophie prostatique.

Lyon médical. — (N° 32, 6 août 1905.) FABRE : Du traitement des infections puerpérales à streptocoques par les injections intra-utérines d'essence de térébenthine et les injections sous-cutanées de sérum térébenthiné. — MAYET : Traitement de la goutte par la citarme.

Médecine moderne. — (N° 32, 9 août 1905.) GAUCHER : Lésions cutanées tertiaires de l'hérédo-syphilis.

Montpellier médical. — (N° 31, 30 juillet 1905.) JEANBRAU : Un excellent appareil-pansement ambulatoire pour ulcères variqueux [appareil de Leroy (du Havre)]. — GAGNIÈRE : Nouvelle méthode d'inscription des divers éléments cinématiques du réflexe rotulien.

Policlinico. — (Juillet 1905.) *Section médicale.* — Prof. Agenore ZERI : L'anémie aplastique. — Luigi FORNACA : Observations sur l'érysipèle. — Goffredo MARI : La vitalité des globules blancs du sang. — *Section chirurgicale.* — Eugenia SIMELEW : Un cas d'uretérite kystique. — Gaetano FICHERA : L'hypertrophie de la glande pituitaire consécutive à la castration. — Orazio SCHIFONE : Contribution à l'étude du processus de guérison des plaies transversales complètes du canal déférent sans suture du canal.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 31, 5 août 1905.) MOLINIÉ : Traitement de l'amygdalite aiguë.

Revue scientifique. — (N° 6, 5 août 1905.) DESAGE : L'anatomie comparée et les bases de la morphologie. — LAFON : La notion des couleurs et la linguistique.

Riforma medica. — (N° 26, 1er juillet 1905.) Oreste CIGNOZZI : Le syndrome clinique des endothéliomes gastriques à siège pylorique. — Domenico PIRRONE : Névrite ascendante par pneumocoque de Fränkel. — LEVI-BIANCHINI : Recherches cliniques sur le Bornyval comme sédatif et hypnotique dans les maladies mentales et nerveuses. — (N° 27, 8 juillet.) F. FIGARI : Le passage des agglutinines et des antitoxines tuberculeuses dans le lait et leur absorption par le tube gastro-intestinal. — Pasquale LONGO : Les exclusions intestinales. — Carlo TONARELLI : Contribution à l'étude de l'histogénèse du carcinome hépatique, et importance clinique de l'hyperleucocytose dans certaines maladies du foie. — (N° 28, 15 juillet.) Domenico PIRRONE : A propos d'un cas de carcinome de la tête du pancréas. — Natale PALERMO : La narcose par le mélange de morphine et de scopolamine associé au chloroforme. — Pasquale LONGO : Les exclusions intestinales. — (N° 29, 22 juillet.) Michele LANDOLFI : Brèves considérations relatives à trois cas de dextrocardie acquise. — Francesco SIMONELLI : La présence du spirochaète pâle dans le sang et les manifestations secondaires des syphilitiques. — Alberto ZILOCCHI : De l'œdème aigu angionévrotique ou maladie de Quincke. — Pasquale LONGO : Les exclusions intestinales.

Semaine médicale. — (N° 32, 9 août 1905.) DE MOURANS : La nouvelle loi prussienne sur les maladies transmissibles.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Indications des eaux thermales de Brides-les-Bains et de Salins-Moutiers (Savoie), par le docteur LAISSUS père, ancien médecin-inspecteur. Petit in-8. — Moutiers-Tarentaise, F. Ducloz, libraire-éditeur.

Troubles de la miction chez l'enfant par gravelle sablonneuse et hyperacidité urinaire (spasme vésical et incontinence), par le docteur A. MONSSEAUX (de Vittel), ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8. — Tours, imprimerie E. Arrault et Cie.

CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

CONSTIPATION ATONIQUE

ET CONSTIPATION SPASMODIQUE

Par MM. Albert MATHIEU et J.-Ch. ROUX.

Nous ne voulons pas étudier ici les diverses variétés de constipation, mais seulement établir un parallèle entre l'atonie et le spasme dans la genèse de la constipation habituelle simple.

Il y a quelque vingt ans, et même moins, la notion du spasme des parois musculaires de l'intestin n'intervenait pour ainsi dire pas dans l'interprétation du mécanisme de la constipation. Tous les auteurs acceptaient une division pathogénique très voisine de celle que donne Villemin dans le *Dictionnaire des sciences médicales de Dechambre*. Il admettait les catégories suivantes :

1° Diminution de la sensibilité de la muqueuse rectale;

2° Diminution de la tonicité de la musculature de la paroi abdominale;

3° Spasme du sphincter anal;

4° Induration des selles.

5° Obstacle mécanique.

On voit que, sauf le spasme du sphincter, la constipation est en principe attribuée à une insuffisance de l'action musculaire, soit que la sensibilité émoussée de la muqueuse rectale empêche la mise en train de la contractilité musculaire réflexe, soit qu'il y ait insuffisance absolue ou relative de la tonicité et de la vigueur des muscles lisses de la paroi intestinale ou des muscles striés de la paroi abdominale.

La notion de la constipation par spasme du côlon fut surtout introduite dans la pathologie par Fleiner.

Elle fut défendue en France par M. Geoffroy et par nous-mêmes, et, d'une façon générale, par la grande majorité de ceux qui étudièrent de près la colite muco-membraneuse. Elle est en effet la règle dans cette dernière.

On fut surtout amené à admettre la fréquence et l'importance du spasme colique dans la genèse et le maintien de la constipation, parce que Glénard avait montré la nécessité d'examiner systématiquement l'abdomen pour rechercher l'existence des ptoses viscérales et de la corde colique. Il avait en même temps indiqué une technique d'examen supérieure à la palpation vague, diffuse, peu méthodique, jusque-là usitée. S'il a attribué à la ptose abdominale une influence trop exclusive, il nous a au moins rendu le service éminent de nous apprendre qu'il y avait grand intérêt à examiner le ventre et à le palper méthodiquement.

Ceux qui l'ont imité ont constaté la fréquence très grande de la corde colique, et, du coup, l'atonie intestinale a perdu la plus grande partie du terrain qu'elle détenait indûment.

Autrefois, l'atonie était donc, d'après un consensus presque universel, la cause par excellence de la constipation habituelle. Si le spasme du sphincter était admis comme un facteur pathogénique, le spasme même de l'intestin ne jouait guère un rôle que dans la colique de plomb. Le spasme indiqué par Cherchewski et surtout par Fleiner, ne fut considéré d'abord que comme une exception. On lui demandait de faire sa preuve surabondamment. Actuellement, il nous semble que les rôles doivent être renversés. Le spasme du côlon est d'une fréquence très grande, il est la règle dans la colite muco-membraneuse, il est beaucoup plus facile à démontrer que l'atonie, et maintenant, par un juste retour des choses, c'est celle-ci qui doit faire sa preuve pour être admise.

On a bien des fois essayé d'établir un parallèle entre la séméiologie de la constipation par spasme de l'intestin et celle de la constipation par atonie.

Tout d'abord, dans la constipation par spasme, l'état spasmodique de l'intestin peut être démontré par la constatation directe, dans un grand nombre de cas.

Comme nous l'avons indiqué dans une étude précédente, la palpation méthodique de l'abdomen révèle l'existence d'une corde colique totale ou partielle.

La corde colique totale est relativement rare. Elle ne se rencontre guère que dans la colite muco-membraneuse de quelque intensité. Cependant on peut la constater dans des cas où il n'existe pas de muco-membrane à l'état habituel et où il n'y a que des glaires liquides muqueux au moment de débâcles spontanées ou de débâcles provoquées par l'usage de laxatifs ou de lavements. L'un de nous observe depuis près de deux ans une jeune fille qui présente un état spasmodique de la totalité du côlon, qui s'accompagne de crises douloureuses, sans muco-membranes, avec seulement de temps en temps une hypersécrétion muqueuse passagère spontanée ou provoquée. A l'état normal, entre les crises paroxystiques, il y a même des selles quotidiennes d'aspect normal; mais, de temps à autre des débâcles douloureuses démontrent qu'il y avait en réalité stase des matières et accumulation stercorale dans le gros intestin les jours précédents.

Dans d'autres cas beaucoup plus fréquents, le spasme intéresse seulement le côlon descendant dans toute sa hauteur ou seulement dans sa partie inférieure. Le côlon donne l'impression d'un cylindre gros comme le pouce, comme l'auriculaire et même comme un simple crayon. Les dimensions sont quelquefois si restreintes qu'on hésite beaucoup à reconnaître le côlon ou l'S iliaque dans ce cordon si mince. Quelquefois, la présence d'un chapelet de petites scybales espacées le long du côlon descendant démontre bien qu'il s'agit véritablement du gros intestin (Glénard).

Plus rarement, le spasme se constate exclusivement au niveau du cæcum et sur le trajet du côlon ascendant. Il faut dire, du reste, qu'il n'y présente jamais un calibre aussi étroit qu'au niveau du côlon descendant et de l'S iliaque.

De temps en temps, c'est un cylindre gros comme le pouce. Parfois, un boudin large de 3 à 5 centimètres qui se contracte et se relâche alternativement sous la main qui l'explore. Comme cette contraction et ce relâchement se succèdent lentement, à intervalles de plusieurs minutes, il faut avoir la patience d'attendre que le phénomène se produise. Deux observateurs peuvent très bien constater, l'un le cæcum relâché, l'autre le cæcum contracté, à quelques instants d'intervalle. D'autres fois enfin, le boudin cæcal est gros, régulièrement cylindrique, sa consistance est pâteuse et il n'est pas douteux alors qu'il soit gorgé de matières fécales accumulées. C'est véritablement à la fois, avec toute l'exactitude de la comparaison, un boudin cæcal... et fécal.

Enfin, le cæcum peut être distendu par des gaz, ce qu'il est facile de constater par la percussion, en particulier par la percussion auscultée, comme le recommande Benderski. Il peut être le siège d'un clapotage, qui révèle dans sa cavité la présence d'une certaine quantité de liquide.

Le spasme permanent du cæcum est évidemment dû à un mécanisme analogue à celui de la corde colique descendante. La contractilité intermittente rappelle les contractions péristaltiques de l'estomac dans les cas de sténose incomplète du pylore. Elle semble indiquer une lutte contre un obstacle sous-jacent.

La dilatation avec distension gazeuse et surtout avec clapotage liquide semble indiquer que la tonicité de l'intestin soit épuisée; on peut, en présence d'une corde colique descendante, la regarder comme le résultat de l'impuissance du cæcum à surmonter l'obstacle. Il semble avoir été vaincu dans la lutte. Il faut, toutefois, s'empresser d'ajouter que le même cæcum peut se présenter à des examens différents tantôt à l'état de relâchement passif, tantôt à l'état de contraction active. Il y a des variations et des alternances entre le spasme et l'atonie dans le temps, de même qu'il y en a dans l'espace, ainsi que l'un de nous l'a depuis longtemps nettement indiqué (1).

Quant au boudin fécal, c'est un phénomène passif, qui suppose également l'impuissance motrice, absolue ou relative, du cæcum. C'est une ébauche d'obstruction. Sigaud (de Lyon) lui rapporte tous les accidents de la dyspepsie sensitivo-motrice.

Comme la notion du spasme du côlon et, en particulier, du côlon descendant n'était pas connue autrefois des médecins (même à l'heure actuelle, plusieurs en méconnaissent l'existence faute de le chercher ou de savoir le chercher), on a attribué à l'atonie tous les cas de boudin cæcal et de dilatation du cæcum. Dans les cas où on ne trouvait rien, on supposait, par ampliation, que le mécanisme devait être le même. L'erreur reposait en somme sur une observation insuffisante.

L'existence de la douleur sur le trajet du côlon contracté est un gros argument en faveur du spasme actif, un argument contre la rétraction passive, par simple élasticité. Il en est de même de la présence d'une notable quantité de muco-membranes. On sait en effet que, dans la dysenterie, et dans tous les états dysentériformes, le côlon est à l'état de corde dure et de corde douloureuse.

Les selles dans la constipation spasmodique sont souvent en petites scybales, en petites billes; elles sont sèches en dehors des débâcles pseudo-diarrhéiques. Parfois elles sont cylindriques, mais minces et comme passées à la filière, ce qu'on doit attribuer à un spasme du sphincter anal concomitant. Leur volume est peu considérable et cela est dû à la fois à leur dessiccation, à la petite quantité des microbes et souvent aussi à la rareté des débris alimentaires.

Les selles sont toujours desséchées dans la constipation et c'est là, du reste, un des caractères essentiels de la constipation en général. Elles renferment peu de microbes relativement.

On sait depuis les recherches de Woodward et d'autres auteurs que les microbes constituent une partie importante de la masse des matières fécales, le quart, le tiers, quelquefois la moitié. Or, dans la constipation simple, ainsi que l'a démontré A. Schmidt, les selles tendent à se stériliser. La pullulation des microbes est entravée, et cette tendance à la stérilisation, ou tout au moins cette restriction dans la prolifération microbienne serait surtout marquée dans la constipation spasmodique, d'après von Sohlern.

Quant à la fréquence du spasme dans la constipation chronique, notre impression est qn'on peut la démontrer par la constatation des signes qui viennent d'être énumérés dans les deux tiers des cas environ. Les autres cas sont-ils donc attribuables à la constipation atonique; c'est un point sur lequel nous reviendrons après avoir examiné les caractères symptomatiques attribués à cette dernière.

Dans la constipation atonique, le côlon est gros, dilaté. On le trouve peu résistant, atone à la palpation; quelquefois il existe un gros boudin fécal du cæcum ou de l'S iliaque. On reconnaît quelquefois la consistance pâteuse des matières. Celles-ci sont abondantes, volumineuses et relativement peu sèches.

Cette constipation a été particulièrement signalée et étudiée chez les vieillards où elle peut devenir la cause d'accidents d'occlusion intestinale par obstruction (Thibierge).

On sait qu'il existe des dilatations congénitales du côlon, qui présente quelquefois alors des dimensions énormes. Elles peuvent constituer, on le conçoit, une prédisposition très favorable à la production de la constipation atonique.

La dilatation du côlon, du cæcum le plus souvent, de l'S iliaque plus rarement, la présence d'un boudin gorgé de matières pâteuses, qu'on devine analogues à celles qui sont rejetées au moment des évacuations abdominales, sont les signes propres à la constipation atonique. Nous avons indiqué suffisamment plus haut que la corde colique descendante doit être cherchée avec un soin particulier si on ne veut pas méconnaître son existence.

Quelques auteurs, en dehors de toute distension appréciable par la percussion ou de tout clapotage

(1) G. Sée et A. Mathieu. *Revue de méd.*, 1884.

sur le trajet du gros intestin, prétendent reconnaître et délimiter par la palpation un côlon atone, à parois flasques. On a parlé de cæcum ou de côlon donnant la sensation d'un chiffon mouillé qui serait perçu à travers la paroi abdominale. Nous devons avouer ne pas savoir reconnaître les parois d'un côlon par la palpation dans l'état de relâchement, et ne pas savoir ce que c'est que l'intestin chiffon.

Cela ne peut tenir qu'à deux causes. Ou bien notre sens tactile n'a pas la finesse d'impression dont peuvent se réjouir des personnes mieux douées, ou bien nous interprétons autrement les sensations que nous percevons au cours de nos explorations.

Nous avouons préférer la seconde explication à la première et nous aimons mieux penser que certains médecins trouvent l'intestin atone et relâché lorsque nous ne trouvons rien, et l'intestin chiffon lorsqu'il y a, chez des sujets obèses, une sorte d'empâtement flasque de la paroi abdominale.

C'est assez fréquemment le cas pour des femmes obèses en voie d'amaigrissement. Nous connaissons la paroi abdominale atone et la paroi abdominale chiffon mouillé; nous ne connaissons ni le côlon atone, sans distension gazeuse et sans engorgement, ni l'intestin chiffon. Nous comprenons même très mal *à priori* que la palpation de l'intestin puisse fournir ces sensations à travers une paroi musculaire plus ou moins résistante et un pannicule adipeux plus ou moins épais.

Il faut faire remarquer, au surplus, que beaucoup de cas restent douteux. Quand la palpation est négative chez une personne obèse ou demi-obèse, on ne peut pas rejeter le spasme sous prétexte qu'on n'a pas trouvé une corde qui pourrait masquer très bien l'état des parois abdominales. D'autres fois, chez des sujets maigres, on hésite à distinguer la corde colique descendante des faisceaux de l'aponévrose du muscle grand oblique qui suivent une direction sensiblement parallèle au niveau de la fosse iliaque.

Il est donc possible et même vraisemblable qu'on laisse passer un certain nombre de cas de constipation sans pouvoir les déterminer, et ce serait avantager indûment le contingent de la constipation atonique que de lui attribuer tous les cas dans lesquels on ne sent rien de précis.

On ne doit pas non plus, et cela résulte nettement de ce que nous avons dit précédemment, conclure de l'état du cæcum à celui du gros intestin tout entier, la dilatation du cæcum paraissant souvent la conséquence d'un spasme du côlon descendant.

En somme, notre impression, basée sur l'examen de plusieurs milliers de malades, est que la constipation spasmodique est plus fréquente que la constipation atonique et que, outre les cas de colite muco-membraneuse, où elle n'est plus guère contestée, on doit lui attribuer un nombre considérable de faits de constipation simple.

A propos du mécanisme de la colite muco-membraneuse, nous insisterons sur la pathogénie du spasme colique, sur le rôle de la prédisposition névropathique, sur celui de la colite et des réflexes à court et à long circuit; mais nous ne voulons pas terminer la présente étude sans indiquer l'importance pour les indications thérapeutiques, de cette notion que la constipation spasmodique est d'une fréquence longtemps méconnue.

En principe, pour la guérir, c'est à l'élément spasmodique qu'il faut s'attaquer. Il faut éviter tout ce qui pourrait l'augmenter. Il faut donc épargner à un intestin très susceptible toutes les irritations intempestives, il faut le prendre par la douceur. Si on veut le violenter, lui imposer des laxatifs irritants et répétés, des irrigations trop fréquentes à pression trop forte, le contact de détritus alimentaires abondants et irritants, un massage intensif, on fera peut-être apparaître des accidents de colite qui rendront la guérison plus difficile, plus problématique, on augmentera, en tout cas, le spasme et la stase fécale.

Il convient de combattre la prédisposition générale au spasme, c'est-à-dire le nervosisme, par des calmants, des bains chauds, des douches chaudes, le repos physique, intellectuel et moral. Il faut s'efforcer de faire disparaître les réflexes spasmodiques à court ou à long circuit (entérite, lésions de l'estomac, appendicite, salpingite, etc.). Il convient enfin d'éviter autant que possible l'usage des purgatifs et de combattre la constipation par les modérateurs du spasme intestinal, belladone, jusquiame, applications chaudes, massage calmant, électrisation. On aura recours à des lavements d'huile pure, aux irrigations chaudes de volume modéré et à pression faible.

Nous reviendrons du reste sur ces différents points à propos du traitement de la colite muco-membraneuse qui représente une forme clinique de la constipation, dans laquelle le spasme du côlon est le plus évident et le plus tenace.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU DE LYON

(M. le professeur A. PONCET.)

TÉTANOS SPONTANÉ, A FRIGORE

D'ORIGINE PNEUMOCOCCIQUE

Par M. BOMBES DE VILLIERS,

Interne des hôpitaux de Lyon.

Nous avons eu l'occasion d'observer, à la clinique de M. le professeur Poncet, un cas de tétanos non traumatique, survenu à la suite d'un refroidissement. Ce tétanos a présenté les contractures caractéristiques et tous les signes cliniques du tétanos vrai. Il s'est terminé par la mort. Aucune porte d'entrée du bacille de Nicolaïer, aucune solution de continuité de la peau n'a pu être découverte sur la surface du corps soit au lit du malade, soit sur la table d'amphithéâtre. Les troubles de l'appareil respiratoire observés du vivant du malade rapprochés des lésions pulmonaires constatées à l'autopsie nous ont éclairé sur la pathogénie de ce tétanos qu'il était impossible cliniquement de différencier du tétanos de Nicolaïer.

OBSERVATION. — X..., quarante-deux ans, employé de commerce, entre à l'Hôtel-Dieu le 9 mai dernier, salle Saint-Philippe, service de M. Poncet.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Plusieurs frères et sœurs en bonne santé.

Personnellement, bonne santé habituelle.

Marié, sa femme est bien portante ainsi que ses deux enfants.

Sujet aux refroidissements par suite de ses occupations, il n'a jamais eu que des affections bénignes : angines, bronchites légères.

Pas d'angine, ni lésions dentaires.

Le 28 et le 29 avril dernier, le malade a été, à plusieurs reprises, exposé à la pluie. Le 30 avril, il a eu des frissons dans la journée. Le 1er mai, il ressent des douleurs vives au niveau des deux articulations temporo-maxillaires. Il n'attacha pas d'importance à ce premier symptôme et continua ses travaux. Le lendemain et le surlendemain la douleur s'étendit aux régions massétériennes : la déglutition devint gênée. Trois jours après, le malade eut une forte émotion en apprenant la nouvelle d'un grave accident dont sa sœur venait d'être victime. A partir de ce moment, la raideur douloureuse des masséters augmenta, la déglutition, non seulement des aliments solides, mais des liquides, de la salive même, devint très pénible.

En outre : raideur de la nuque, mouvements de la tête très limités et toujours douloureux. Un médecin consulté aurait alors pensé à un torticolis.

Après une nuit où les contractures douloureuses de tous les muscles de la face, avec exacerbations paroxystiques, ont atteint leur plus grande intensité, le malade entre à l'Hôtel-Dieu le 9 mai vers onze heures du matin.

A l'entrée. On constate : Immobilité complète de la région cervicale par suite de la contracture de tous les muscles du cou et de la nuque. Trismus intense, etc. M. Poncet porte le diagnostic de : tétanos.

Dysphagie. Embarras de la langue.

Déviation de la face par suite de la contracture spasmodique des muscles. On ne constate au niveau de la face ni traces d'écorchures, ni ulcérations des lèvres. Il est difficile de faire un examen complet des dents, par suite de la contracture spasmodique de la mâchoire.

Le malade n'a pas eu d'épistaxis. Les fosses nasales ne présentent pas d'ulcérations de la muqueuse.

Le tronc, les membres supérieurs et inférieurs offrent un tégument parfaitement sain.

Le pouls est un peu accéléré. P. 102. T. 37°7.

Le rythme respiratoire est irrégulier. Il est de plus assez accéléré. A l'auscultation : en avant, quelques râles de bronchite surtout marqués à gauche.

Traitement : Une injection de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique ; trois injections d'un centigramme de chlorhydrate de morphine ; lavement de chloral.

10 mai. T. 38°4 le matin, 37°7 le soir. Le trismns a diminué. La dysphagie est moins marquée. L'état général semble amélioré.

11 mai. Dysphagie reparaît avec les caractères du premier jour. Injection de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique. Deux lavements de chloral. Deux lavements alimentaires. T. 38°6 le matin, 38 degrés le soir.

12 mai. T. 39°3 le matin, 38°9 le soir.

13 mai. Amélioration générale des contractures. Le malade tousse. Crachats muco-purulents striés de sang. Examinés au laboratoire : ils contiennent des pneumocoques en grande quantité. Sonorité normale dans toute la hauteur des deux poumons. A l'auscultation : A gauche, en avant et en arrière, on perçoit vers la partie moyenne un foyer de sibilances. Pas de râles sonores. Pas de râles fins. Pas de souffles. A droite, râles discrets de bronchite. T. 39° — 38°9. Injection de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique.

14 mai. Etat général mauvais. Toux fréquente. Mêmes signes que la veille à l'auscultation. T. 40°4 — 39°9.

15 mai. Le malade qui a conservé toute sa connaissance meurt à cinq heures du matin.

Autopsie faite le 16 mai vingt-cinq heures après la mort.

A l'ouverture du thorax : on ne constate pas la présence de liquide dans les plèvres, dans la cavité péritonéale.

Il n'existe pas de péritonite.

Le canal médullaire ne contient pas de liquide pathologique. Il ne saurait être question d'une méningite cérébro-spinale.

Les viscères, à l'exception des poumons, n'offrent pas de lésions.

L'examen des poumons a été fait par M. Dor, chef du laboratoire de la clinique, qui nous a remis la note suivante :

« L'expectoration du malade ayant été examinée l'avant-veille et la veille de sa mort, on put constater qu'elle renfermait un nombre perticulièrement grand de pneumocoques. Il y avait dans les crachats de rares bacilles, volumineux, colorables par le Gram, et qui semblaient être des saprogènes, mais partout où le regard se portait dans la préparation, on tombait sur d'innombrables pneumocoques très caractéristiques. En aucun point il ne fut possible d'observer de bacille à spore terminale, et malgré de patientes recherches il sembla que l'on pouvait conclure à l'absence du bacille de Nicolaier.

A l'autopsie on trouva les deux poumons très congestionnés, mais en aucun point il n'y avait d'hépatisation, et tous les points suspects au niveau desquels on préleva des fragments pour voir comment ils se comporteraient dans l'eau, montrèrent qu'il n'y avait aucun point hépatisé.

Par contre, au niveau du hile du poumon droit il y avait un point gangrené. Ce petit foyer de gangrène avait environ la dimension d'une noisette. Dans toute la région avoisinante le médiastin était infiltré de petites bulles gazeuses qui s'étendaient jusque sur la crosse de l'aorte et sur l'artère pulmonaire. En ouvrant l'aorte on fut surpris de trouver sa paroi interne très rouge, sur une étendue de plusieurs centimètres, et il ne semblait pas qu'il s'agît là de phénomènes cadavériques, mais bien d'une aortite aiguë. L'artère pulmonaire ne présentait pas de lésions analogues.

Le bacille de Nicolaier fut attentivement recherché dans le foyer gangreneux du poumon, mais sans succès. Pensant qu'il valait mieux rechercher sa présence par une inoculation, il fut fait une introduction, sous la peau d'un lapin, d'un fragment du foyer gangreneux d'environ le volume d'un pois. L'animal eut un petit abcès, mais sans aucune température et sans aucun trouble de l'état général.

Un autre lapin avait été inoculé avec un crachat dilué dans de l'eau, et avait reçu sous la peau de l'oreille environ 10 centimètres cubes de cette solution, qui contenait la valeur d'un crachat tout entier. Il se forma aussi, les jours suivants, un œdème localisé, et, ultérieurement, un abcès qui se vida, mais le lapin n'eut aucune température et guérit rapidement.

Etant donnée la résistance du lapin aux infections pneumococciennes, il n'était pas surprenant que, même après avoir reçu une quantité considérable de pneumocoques, l'animal n'ait pas éprouvé une septicémie pneumococcienne. Mais le lapin est très sensible à l'injection du bacille tétanique et il semble que s'il y avait eu des bacilles de Nicolaier, soit dans

les crachats, soit dans le foyer gangreneux du poumon, on aurait vu survenir un tétanos manifeste.

Ces deux inoculations sont donc favorables à l'idée qu'il n'y avait de bacilles tétaniques ni dans le crachat inoculé ni dans le foyer gangreneux prélevé à l'autopsie. »

Cette observation vient à l'appui d'une interprétation nouvelle relative à l'origine des nombreux cas de tétanos que l'on range dans le chapitre du « tétanos spontané ou tétanos médical ». Chaillous, le premier (Th. de Paris, 1898-1899), après avoir montré que la plupart des « tétanos spontanés » ne sont autres que des tétanos *a frigore* survenant, en l'absence de toute lésion cutanée, à la suite de refroidissements brusques ou prolongés, conclut, d'après les observations cliniques et les constatations faites à l'amphithéâtre, que le pneumocoque doit être probablement la cause du « syndrome tétanique ».

Existe-t-il bien un syndrome tétanique? — Peut-on concevoir, en dehors du bacille de Nicolaïer, une origne autre du tétanos? Telles sont les deux questions que se sont posées souvent les auteurs qui se sont préoccupés de l'existence indubitable de ces cas de tétanos non traumatique, pour lesquels on ignore où et comment s'est faite la culture du virus.

Le syndrome clinique provoqué par le bacille de Nicolaïer ne lui est pas spécial. En 1893, après avoir rapporté une observation de méningite tuberculeuse à forme tétanique, Boix ajoutait : « Le tétanos est un véritable syndrome : il y a lieu d'en rechercher la pathogénie dans chaque cas particulier et de se demander s'il y a eu absorption de virus tétanique, s'il s'agit de processus méningé ou si l'on a eu affaire à l'hystérie simulative qui, souvent, a occasionné des erreurs de diagnostic. Nous sommes prêts à croire que, parmi les cas de tétanos médical publiés, surtout avant que fût connue l'histoire naturelle et chimique du bacille de Nicolaïer, il y a dû avoir de *fausses étiquettes*, et que certains, ceux qui ont guéri, étaient, en réalité, des tétanos hystériques; d'autres, ceux dont l'issue a été rapidement fatale, des cas de méningite tuberculeuse méconnue. »

Plus tard, en 1898, M. Peyrot (*Bull. de la Soc. de chir.*, nov. 1898) attire l'attention de la Société de chirurgie sur la difficulté du diagnostic entre le tétanos vrai dû au bacille de Nicolaïer et le pseudo-tétanos.

Chaillous n'a pu réunir tous les cas de pseudo-tétanos, il a seulement étudié le « tétanos *a frigore* ». Il publie six observations de tétanos consécutifs à un refroidissement. Chez tous les malades, on a constaté des signes pulmonaires graves; cinq sont morts; deux autopsies ont été faites : dans l'une, on a trouvé plusieurs noyaux de bronchopneumonie, et dans l'autre, un foyer pneumonique dans le lobe inférieur du poumon gauche.

Brunet (Th. de Bordeaux, 1901) range dans le chapitre des pseudo-tétanos quelques formes de tétanie qui simulent, à s'y méprendre, le tableau symptomatique du tétanos dû au bacille de Nicolaïer. Pour lui, la tétanie ne serait pas une entité morbide, mais un syndrome, pouvant apparaître à la suite de nombreuses intoxications et de la plupart des toxi-infections. Il ne cite qu'accidentellement le tétanos *a frigore*. Il a surtout pour but de montrer l'apparition d'un tétanos au cours d'une maladie infectieuse quelconque : diphtérie, scarlatine, érysipèle, grippe, etc.

Depuis plusieurs années, l'hypothèse de tétanos sans plaie, provoqué par un agent différent du microbe spécifique, devient de plus en plus admissible. Pourquoi, d'ailleurs, à une évolution clinique souvent différente ne correspondrait pas une pathogénie spéciale? Le tétanos *a frigore*, pour ne parler que de cette forme de pseudo-tétanos, qui correspond bien au cas que nous avons observé, a un type clinique bien caractéristique. Son incubation est plus courte que celle du tétanos de Nicolaïer; chez notre malade, le trismus a apparu quarante-huit heures après le refroidissement; l'évolution est plutôt longue et s'accompagne toujours de signes de pneumonie ou de congestion pulmonaire.

Le tétanos *a frigore* ne s'accompagne pas de fièvre au début, la température monte tardivement, mais sans rémission, et devient très élevée, si l'issue doit être fatale. Ces différences font que l'on s'est demandé si le tétanos *a frigore* est bien dû, lui aussi, au bacille de Nicolaïer. D'après les renseignements et les observations recueillies par Chaillous, jamais, sauf dans un cas, la présence du bacille de Nicolaïer n'a été constatée à l'autopsie d'un individu mort de « tétanos *a frigore* ». Le cas positif a été publié en 1895 par Carbone et Perrero (Acad. de méd., Turin 1895). Il s'agissait d'un homme robuste qui, après être resté une journée entière sous la pluie, fut pris de contracture de la mâchoire, suivie bientôt de tous les signes du tétanos généralisé, et mourut le troisième jour. Cet homme avait présenté des symptômes de bronchite. A l'autopsie on trouva des lésions de congestion pulmonaire et de bronchite. Le cadavre ne présentait aucune blessure. Carbone et Perrero découvrirent dans les mucosités bronchiques des bacilles de Nicolaïer virulents et de nombreux bacilles de Friedländer, qui tuaient rapidement les souris. Ils conclurent : que le bacille de Nicolaïer était le seul agent causal et n'attachèrent pas d'intérêt à la présence du bacille de Friedländer.

Chaillous pense que de telles conclusions ne sont pas exactes et qu'il faut accorder dans la genèse des accidents une grande part au bacille de Friedländer.

Nous empruntons cette *observation* à la thèse de Chaillous parce que chez notre malade l'évolution du tétanos *a frigore* a été tout à fait comparable. Seul le résultat de l'examen des crachats a été différent : absence de bacilles de Nicolaïer et présence de nombreux pneumocoques.

Nous pensons que le pneumocoque, seul agent décelé par l'examen et les inoculations, et la toxine sécrétée par lui sont les véritables causes du syndrome tétanique.

L'autopsie ne nous a pas révélé, en effet, des lésions pulmonaires suffisantes pour expliquer la mort. Notre malade a succombé au tétanos, au tétanos pneumococcique. Nous pensons qu'il est logique d'admettre une telle pathogénie du tétanos *a frigore* : car elle explique très bien ces tétanos ou pseudo-tétanos

qui apparaissent au cours de la pneumonie et de la grippe, ou pendant des épidémies de méningite cérébro-spinale.

En résumé : *Nous avons observé un cas de tétanos spontané, tétanos* a frigore, *survenu sans porte d'entrée artificielle d'aucun genre. Ce tétanos ne paraît pas devoir être attribué au bacille de Nicolaïer qui faisait défaut, mais très vraisemblablement au pneumocoque, trouvé en grande abondance, dans les crachats, et à l'autopsie, dans le poumon droit enflammé, et cela, à l'exclusion d'autres agents pathogènes.*

Il s'agit, suivant l'opinion de M. Poncet, d'un tétanos spontané d'origine pneumococcique.

Notre observation mérite de prendre place à côté d'autres observations semblables déjà publiées (Chaillous, loc. cit.) *dans lesquelles le pneumocoque a été, et non le bacille de Nicolaïer, l'agent infectieux.*

A côté du tétanos chirurgical, traumatique, tétanos vrai, si l'on veut, ou de Friedländer, prend donc place un pseudo-tétanos, tétanos médical, a frigore, *dans lequel le poison tétanisant est fourni par un autre microbe, qui peut être, ainsi que nous venons de le montrer, le pneumocoque, d'où le nom de tétanos pneumococcique placé en tête de cette étude.*

ANALYSES

MÉDECINE

Calculs biliaires et cancer. (*The Lancet*, 22 avril 1905.) — Dans huit observations relevées par M. G. Slade, carcinome et calculs de la vésicule biliaire se trouvaient associés. Dans trente autres cas de lithiase il a trouvé seize fois une vésicule à parois saines. Chez les autres sujets, dont dix étaient carcinomateux, on pouvait noter les signes manifestes d'une inflammation chronique de l'organe ; de plus, dans la plupart des cas, les calculs étaient rugueux. Il semble qu'un calcul mousse n'ait pas de tendance à provoquer la dégénérescence maligne de l'organe ; l'irritation chronique due à un calcul rugueux, une cholécystite infectieuse ou l'association de ces deux conditions paraissent au contraire être une cause prédisposante. Il est d'ailleurs impossible de tirer parti de ces notions au point de vue chirurgical, car on ne peut reconnaître le stade pré-cancéreux. Cependant, d'après l'auteur, le fait de constater des calculs biliaires d'une part, la fréquence de l'association des calculs et du cancer d'autre part, constituent des raisons suffisantes pour guider l'opérateur. Aussi est-il légitime, lorsqu'il n'existe pas de contre-indication et que le cholédoque est perméable, de pratiquer la cholécystectomie dès qu'on a reconnu la présence simultanée de calculs biliaires et d'une inflammation chronique de la vésicule avec épaississement des parois. On ne peut, dans le cas particulier, objecter, comme on pourrait le faire pour certains cancers, la crainte d'une mutilation inutile, car, selon M. Slade, la vésicule biliaire, pas plus que l'appendice cæcal, ne saurait être considéré comme un organe indispensable. A. HOUSQUAINS.

La néphrite chronique interstitielle et l'alcalinité de l'urine comme causes fréquentes de l'incontinence d'urine des enfants. (J. R. Clemens. *Arch. of Pediat.*, mars 1905, n° 3, p. 198.) — L'auteur qui a eu l'occasion pendant le courant de l'année 1904 de soigner 148 cas d'incontinence d'urine chez des enfants, s'est appliqué à en rechercher la pathogénie. De ses recherches il conclut que les quatre causes habituelles de cette affection sont, par ordre de fréquence :

1° L'hyperacidité de l'urine (incontinence diurne et nocturne) ;

2° Les végétations adénoïdes (incontinence nocturne) ;

3° La néphrite chronique interstitielle (incontinence diurne et nocturne) ;

4° L'alcalinité de l'urine (incontinence diurne et nocturne).

L'opinion classique est que la néphrite chronique interstitielle est très rare chez l'enfant. Telle n'est pas l'opinion de Clemens qui la considère comme une séquelle fréquente de la scarlatine. Elle se traduit par le syndrome clinique suivant :

Un enfant de quatre à huit ans est amené comme atteint d'incontinence d'urine. Il a eu la scarlatine il y a plusieurs mois. C'est un enfant pâle, émacié. Il est sujet à de fréquents maux de tête. Le matin sa figure est un peu bouffie et vers le soir il se plaint que ses souliers le serrent. L'urine est augmentée en quantité, très peu dense. Elle contient une trace d'albumine et des cylindres. Le cœur est hypertrophié, la pointe bat en dehors du mamelon, le second temps aortique est accentué. Pouls dur, tendu. Le diagnostic de néphrite chronique interstitielle s'impose.

Dans d'autres cas d'incontinence, l'auteur a décelé l'alcalinité de l'urine, due à la fixation de carbonates alcalins. Jamais il n'y a de signes de cystite. L'urine est aseptique. Le traitement radical est l'absorption de phosphate acide de sodium. Mais il faut doser le médicament jusqu'à ce que l'urine soit strictement neutre. Car si on forçait la dose elle deviendrait acide et l'incontinence continuerait.

Clemens s'élève contre le traitement par la belladone et tous les traitements symptomatiques de l'incontinence. La cause doit toujours être cherchée dans le syndrome urinaire qui donnera la clef du traitement. M. LANCE.

MEDECINE EXPÉRIMENTALE

L'adaptation du virus rabique fixe à l'organisme du lapin. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars 1905.) — M. Remlinger se demande si, par suite de ses nombreux passages de lapin à lapin (le virus actuellement en usage dans les Instituts Pasteur provient d'un 700e passage), le virus rabique fixe n'a pas perdu en totalité ou en partie son pouvoir pathogène pour le chien et partant pour l'homme. Les arguments qu'on peut faire valoir en faveur de cette hypothèse sont nombreux. A différentes reprises, le traitement antirabique a été commencé d'emblée par des produits virulents et toujours sans inconvénient. Nitsch s'est injecté impunément sous la peau du ventre 5 millimètres de moelle fraîche de lapin. Alors que, dans la littérature médicale, il existe de nombreuses observations de vétérinaires ayant contracté la rage à l'autopsie de chiens ou d'autres animaux, il n'a jamais été observé dans les Instituts Pasteur, au contact du virus fixe, le moindre accident. Helman, Marx ont pu inoculer de grandes quantités de virus fixe sous la peau de singes sans produire la rage. M. Remlinger montre de même que, chez le chien, l'inoculation sous-cutanée de virus fixe demeure presque toujours sans effet. L'animal a même d'autant plus de chances d'échapper à la maladie que la quantité de virus inoculé est plus considérable. Les inoculations intra-musculaire, intra-veineuse, intra-oculaire, si sévères chez le chien avec le virus de rue, fournissent avec le virus fixe un chiffre d'insuccès considérable. On peut en conclure, d'une part, que les expériences sur la rage entreprises avec le virus fixe sur d'autres animaux que le lapin sont entachées d'erreur. Le virus de rue devra toujours être préféré ou mieux employé

concurremment. D'autre part, il paraît possible de commencer chez l'homme le traitement antirabique par des moelles moins atténuées et d'inoculer le virus fixe à doses plus fortes, moins espacées, etc. De cette façon, l'immunité sera acquise plus rapidement, la durée du traitement pourra être raccourcie. Dans un grand nombre de cas, ces deux avantages sont loin d'être négligeables. L. GAYARD.

CHIRURGIE

Les déformations en houlette de jardinier et en dos de fourchette dans les fractures de l'extrémité carpienne du radius. (ROBERTS. *Med. Record,* 27 mai 1905.) — L'auteur insiste d'abord sur le nombre considérable de mauvaises réductions des fractures de l'extrémité inférieure du radius, mauvaises réductions résultant toutes de ce fait que l'on n'applique pas pour ces fractures une vigueur suffisante, comme on le fait pour les fractures de jambe, par exemple. Roberts attire l'attention sur les cas où le fragment inférieur, au lieu d'être déplacé vers la face dorsale, ce qui donne lieu au dos de fourchette classique, est au contraire dévié en avant. Il en résulte une déformation spéciale très différente, qu'il appelle déformation en houlette de jardinier et dont il donne des dessins et des radiographies. Cette déformation est facilement méconnue, parce que, tout en étant aussi typique, elle est moins accentuée, de façon générale, que le dos de fourchette. La radioscopie est le meilleur moyen de diagnostic. Au point de vue du traitement, Roberts insiste une fois de plus sur la force à déployer pour avoir une réduction exacte. Les moyens de contention les plus simples sont les meilleurs.

F. E. GARDNER.

Tumeur de l'ovaire. (Soc. anat. clin., *Toulouse méd.,* 15 mai 1905, nº 10.) — MM. DAMBRIN et CLERMONT présentent une tumeur solide de l'ovaire ayant les dimensions d'une tête de fœtus. Le microscope a montré qu'il s'agissait d'un sarcome fuso-cellulaire. Cette tumeur était très mobile et s'accompagnait d'une ascite abondante qui avait nécessité plusieurs ponctions. L'ablation de la tumeur et de la trompe gauche a été faite par la laparotomie; guérison parfaite.

L. GAYARD.

LIVRES NOUVEAUX

Pathogénie du purpura. Recherches cliniques et expérimentales (1), par le docteur H. GRENET.

L'idée directrice de ce travail considérable, et qui est appelé à un grand retentissement, a été suggérée à l'auteur par la très grande fréquence des troubles hépatiques et nerveux dans toutes les formes de purpura.

Il s'attache d'abord à les mettre en évidence dans une étude purement clinique; il signale la coexistence possible du purpura et du zona, et insiste sur la topographie de l'éruption; sur les troubles gastro-intestinaux, dont l'intensité, souvent peu en rapport avec les lésions observées, ne s'explique que par l'intervention du système nerveux; sur la fréquence des infections digestives et surtout hépatiques à l'origine du purpura; sur la fréquence du purpura chez tous les hépatiques. Il étudie plus particulièrement la glycosurie alimentaire, qui est très souvent positive, aussi bien dans les formes exanthématiques que dans les formes hémorragiques, etc., et les lésions cellulaires du foie observées dans les cas mortels. Il démontre enfin, par la constatation de la lymphocytose arachnoïdienne, la réalité de réactions nerveuses dans les cas les plus banals (*Gaz. des hôpit.*, 4 août 1904).

M. Grenet recherche comment ces troubles agissent pour produire des hémorragies et pour localiser celles-ci surtout à la peau.

La production des hémorragies est favorisée par les altérations du foie, dont l'importance est certaine, mais le mécanisme obscur; la coagulation, sur laquelle le foie a une action bien connue, est très souvent normale. De l'étude de quelques cas, l'auteur conclut, avec réserves, que les albumines du sérum sanguin sont diminuées chez les purpuriques dont le foie est touché, et que, par là, le sang peut être rendu plus fluide et les hémorragies plus faciles. Il est certain d'ailleurs que si le plus souvent c'est le foie qui est en cause, les lésions d'autres viscères peuvent être parfois responsables de la tendance aux hémorragies.

Le rôle des altérations nerveuses est de régler la distribution des hémorragies.

L'auteur, passant en revue les théories du purpura, montre qu'aucune n'est, à elle seule, satisfaisante. A propos des théories sanguines, il combat la conception des hématodermites, formulée par M. Leredde; l'action directe d'une toxine sur les vaisseaux ne saurait expliquer des hémorragies localisées ou prédominantes à la peau, et l'on conçoit mal qu'il existe des manifestations exclusivement cutanées d'une maladie exclusivement sanguine.

Etudiant la rétraction du caillot, M. Grenet montre que l'examen direct du caillot est entaché de trop de causes d'erreur pour être utilisé en clinique, et que, si la diminution du nombre des hématoblastes est un fait important dans le purpura hémorragique, il faut faire les plus grandes réserves sur la valeur séméiologique de l'irrétractilité du caillot.

Pour déterminer *expérimentalement* le purpura, M. Grenet crée d'abord, par ligature temporaire du pédicule hépatique ou par intoxication arsenicale, une lésion hépatique chez les lapins; puis il injecte dans la moelle lombaire du sang de purpurique ou d'hémophile, ou de la toxine diphtérique. Il reproduit ainsi toutes les variétés de l'éruption (pétéchies, grandes ecchymoses, sphacèle d'une plaque ecchymotique, érythème, pétéchies à la surface des muscles ou de l'intestin).

Les lésions hépatique et nerveuse sont toutes deux nécessaires; il faut en outre que la lésion nerveuse soit d'ordre toxique, comme le prouvent les expériences de contrôle. L'altération hépatique crée la tendance aux hémorragies; l'altération nerveuse règle la distribution des lésions; l'intoxication nerveuse produit la vaso-dilatation et donne aux lésions leur caractère hémorragique.

Cliniquement et expérimentalement, le purpura apparaît donc comme le résultat d'une intoxication nerveuse, médullaire ou périphérique; mais il n'est pas uniquement névropathique, et ne se produit que sur un terrain préparé par une tare viscérale, surtout hépatique.

M. Grenet montre, en terminant, que le purpura et le zona présentent de grandes analogies au point de vue pathogénique.

Un index bibliographique détaillé et méthodique se trouve à la fin de ce travail. L. BABONNEIX.

(1) In-8º de 200 p., avec 2 pl. en noir et 1 pl. en coul. Prix : 5 francs. — Paris, J. Rousset.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

SYPHILIS LINGUALE [1]

La syphilis linguale peut être *héréditaire* ou *acquise*.

Syphilis héréditaire. — Elle se traduit par des lésions secondaires et tertiaires tout à fait analogues à celles de la syphilis acquise.

Syphilis acquise. — Elle peut s'observer à toutes les périodes.

A. CHANCRE DE LA LANGUE. — C'est le plus commun des chancres buccaux; on l'observe surtout chez l'homme. Presque toujours unique, il siège habituellement à la partie supérieure du tiers antérieur de l'organe.

Il présente quatre *formes cliniques* (Fournier), deux communes et deux rares.

Les FORMES COMMUNES sont :

1. Le *chancre érosif*, de beaucoup le plus fréquent. C'est une simple abrasion du tégument muqueux, superficielle, lisse. Elle présente tous les caractères du chancre : *faible étendue*; *forme arrondie ou ovalaire*; *absence de bords*; *fond lisse*, égal, *uni*, habituellement rouge, puis *diphtéroïde*; *absence de suppuration*; *induration* rarement nodulaire, habituellement lamelleuse (parcheminée ou foliacée); *adénopathie sus-hyoïdienne*, apparaissant les premiers jours de la deuxième semaine, habituellement froide et indolente, dure, sans périadénite, polyganglionnaire.

Comme tout chancre, le chancre érosif *passe par quatre* phases : de début, d'augment, de maturité, de réparation cicatricielle.

2. Le *chancre ulcéreux* entame la muqueuse, qu'il creuse en cupule. Il s'accompagne d'une induration notable et donne lieu à des symptômes fonctionnels marqués.

Les FORMES RARES sont :

1. La *forme fissuraire*, logée dans un pli lingual, dont elle suit la direction. Située sur les bords de la langue, elle a la forme d'une érosion effilée et se compose de deux segments divergeant en V de la profondeur vers la superficie.

2. La *forme scléreuse*, siégeant uniquement au tiers antérieur de toute la langue, « converti tout entier en un bloc néoplasique d'une dureté singulière » (Fournier), ce qui le fait parfois confondre avec une glossite tertiaire ou avec un épithéliome.

Le chancre de la langue *dure* de quatre à huit semaines; puis ou il disparaît sans laisser de traces, ou il se transforme, *in situ*, en plaque muqueuse. Il ne se complique qu'exceptionnellement de phagédénisme.

B. ACCIDENTS SECONDAIRES. — Ils présentent deux variétés : les *plaques muqueuses* et la *leucoplasie*.

1. Les PLAQUES MUQUEUSES de la langue sont extrêmement fréquentes, surtout chez les malades dont la bouche est mal entretenue (fumeurs, alcooliques, etc.). Contrairement à l'opinion habituelle, elles ne possèdent aucun caractère pathognomonique. Il est cependant classique d'en décrire quatre variétés :

a. La *forme érosive* est de beaucoup la plus commune; c'est une lésion toute petite, superficielle, plate, sans bords, de forme variable, à fond lisse, à base souple, de coloration plus foncée que le reste de la muqueuse;

b. La *forme papulo-érosive*, syphilide érosive faisant, à la surface de la langue, un relief tantôt régulier, tantôt irrégulier;

c. La *forme papulo-hypertrophique*, très rare, constituée par des grosses papules végétantes, multiples, souvent agminées en nappes irrégulières, siégeant sur le dos de la langue, vers son tiers postérieur, et déformant l'organe en *dos de crapaud* (Fournier);

d. La *forme ulcéreuse*, caractérisée par une ulcération moins profonde que celle des syphilides tertiaires.

Les plaques muqueuses présentent de nombreuses *variétés* : de nombre et de confluence; d'étendue; d'aspect (plaques opalines, diphtériques, etc.); de configuration (syphilides circinées); suivant les régions, elles varient d'apparence. Sur les bords, la plaque muqueuse est fissuraire, logée dans un sillon; sur le dos, elle est ou fissuraire ou étoilée, ou surtout lisse, fauchée en prairie, à contour circonscrit, de couleur rouge foncé, à fond sec (*plaque lisse*). Chez les fumeurs, les plaques muqueuses donnent lieu à des symptômes fonctionnels souvent très accusés (douleurs, exagération de salivation, troubles de la mastication). Par contre, elles restent souvent latentes, d'où ces deux préceptes (Fournier) : examiner systématiquement la bouche de tout syphilitique; l'avertir que, même latentes, les plaques muqueuses sont extrêmement contagieuses.

2. La LEUCOPLASIE, après un début insidieux, se caractérise par des taches blanchâtres, nacrées, de forme variable, de faible étendue, peu nombreuses, sans relief, inséparables de la muqueuse, à contour net. Lorsqu'elles ne sont pas irritées, elles ne donnent lieu qu'à peu de troubles fonctionnels; au moment des poussées inflammatoires, elles s'exulcèrent et se compliquent alors de troubles fonctionnels marqués. Leur durée est toujours longue, leur résistance au traitement spécifique, extrême.

C. ACCIDENTS TERTIAIRES. — Etudiés par Fournier et Mauriac, ils sont extrêmement fréquents, surtout chez l'homme. Ils apparaissent de la première à la dixième année après le chancre, et suivant que les hyperplasies cellulaires qui les constituent s'organisent ou dégénèrent, revêtent la *forme scléreuse* ou la forme *gommeuse*. Ces deux formes peuvent d'ailleurs s'associer.

1. Les GLOSSITES SCLÉREUSES sont les plus communes. Elles peuvent être *superficielles* ou *profondes*.

a. La *glossite scléreuse superficielle* siège dans le derme. On en distingue deux variétés : en *îlots*, ou *lenticulaire*, et en *nappes* ou en *placards*.

α. La *glossite en îlots*, dite encore en *oasis*, ou *lenticulaire*, est constituée par des îlots indépendants peu nombreux, d'étendue variable, de forme arrondie; à leur niveau, la muqueuse offre une résistance insolite, une couleur rouge foncé, un aspect lisse, verni.

β. Dans la *glossite en placards* ou en *nappes*, les îlots sont confluents, et couvrent des espaces beaucoup plus considérables que dans la variété précédente; le tissu voisin est infiltré en masse, leur coloration, d'abord rouge foncé, finit par passer au blanc, par atrophie interstitielle de la muqueuse.

L'*évolution* de la glossite scléreuse est *essentiellement chronique*. Ce n'est qu'au début, et encore dans les cas heureux, que la maladie peut céder à un traitement énergique. Plus tard, elle finit toujours par se compliquer d'érosions, qui s'accompagnent des symptômes fonctionnels correspondants et récidivent avec une extrême facilité.

2. Les GLOSSITES SCLÉREUSES PROFONDES (cirrhose linguale syphilitique, glossite lobulée, capitonnée, ficelée) se caractérisent, dans les cas types, par : a) la *tuméfaction de la langue*, habituellement partielle; b) le *mamelonnement et la lobulation de la face dorsale*; celle-ci présente une série de mamelons irréguliers, séparés par des sillons plus ou moins profonds, et prend un aspect particulier (*capitonnage lingual*) analogue aux déformations viscérales de la syphilis tertiaire et presque caractéristique; c) l'*induration profonde des parties affectées* (langue de carton), donnant souvent l'impression qu'il s'agit d'une tumeur maligne; d) les *altérattons de la muqueuse* qui, au niveau des parties affectées, est lisse, tendue, dépapillée. Au bout d'un temps variable, la glossite se complique d'érosions qui peuvent être ou simples ou spécifiques. Les premières siègent sur le dos, au niveau des sillons, les secondes résultent de la fonte gommeuse, d'un ou plusieurs mamelons, et sont petites, creuses, à bords entaillés, à fond jaunâtre, bourbillonneux. Ces ulcérations, qui récidivent facilement, donnent lieu à des troubles fonctionnels très marqués.

(*A suivre.*)

(1) Lire FOURNIER. *Traité de la syphilis*, t. II, fasc. 1; DARIER. *Manuel de médecine*, t. V; DIEULAFOY, *Cliniques*, 1901-1902.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Voyages circulaires à itinéraires fixes.* — La Compagnie délivre, dans les principales gares situées sur les itinéraires, des billets de voyages circulaires à itinéraires fixes, extrêmement variés, permettant de visiter, à des prix très réduits, en 1re, 2e et 3e classes, les parties les plus intéressantes de la France (notamment l'Auvergne, la Savoie, le Dauphiné, la Tarentaise, la Maurienne, la Provence, les Pyrénées, etc.), l'Italie et la Suisse.

Arrêts facultatifs à toutes les gares de l'itinéraire. La nomenclature de tous ces voyages, avec les prix et conditions, figure dans le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M.

N° 93. — SAMEDI 19 AOUT 1905. 78e ANNÉE. SAMEDI 19 AOUT 1905. — N° 93.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Acquisitions récentes sur le rôle de l'intestin et de ses glandes dans la digestion, importance de la coprologie pour le diagnostic et le traitement des affections du tube digestif, par M. René Gaultier.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
FORMULAIRE
Pommade à la chrysarobine.
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Annulation d'un concours d'agrégation. — « Le 13 mai 1904 étaient mises au concours à Paris trois places d'agrégés des facultés de médecine pour la physiologie.

Un des postes auxquels ce concours avait pour objet de pourvoir était réservé à la Faculté de Nancy, et pour l'obtenir se présentaient deux candidats : M. M... et M. G...

Quand il y eut lieu de procéder au jugement définitif, les voix des membres du jury, lequel se composait de 5 physiologistes et de 4 anatomistes, se répartirent de la manière suivante : M. M..., 4 voix; M. G..., 1 voix; abstentions, 4.

Il ne fut pas procédé à d'autres scrutins, et dans son rapport au ministre le président du jury désigna M. M... comme ayant obtenu la majorité absolue.

Mais en même temps, quatre membres du jury protestaient contre cette présentation, faisant connaître que leur appréciation ne leur permettait pas de faire un choix entre deux concurrents qui n'étaient, suivant eux, ni l'un ni l'autre dignes du titre et de l'emploi d'agrégé.

Dans ces conditions, le ministre prit, à la date du 27 juillet 1904, un arrêté annulant les opérations du concours par le motif que M. M..., qui n'avait obtenu que 4 voix sur 9 membres ayant participé aux opérations du jury, n'avait pas atteint la majorité absolue.

M. M... a déféré au conseil d'Etat pour excès de pouvoir cette décision du ministre. Il a objecté qu'il avait la majorité absolue des suffrages exprimés : en effet 4 membres du jury s'étant abstenus, il en restait 5 qui avaient voté et dont 4 lui avaient donné leur voix.

La question était donc de savoir si, dans un jury de concours, l'abstention d'un certain nombre de membres présents doit être considérée comme ayant pour effet de les faire sortir du jury et de permettre de ne compter pour le calcul de la majorité absolue que le nombre des voix exprimées aux noms des candidats.

M. le commissaire du gouvernement Teissier a fait remarquer qu'on ne se trouvait pas ici en matière électorale, où la majorité absolue se détermine d'après le seul chiffre des suffrages effectivement exprimés. Les membres d'un jury de concours ne sont pas des électeurs ayant la faculté de s'abstenir. Ils doivent juger, et quand ils ne votent pas ou qu'ils votent blanc, cela revient à dire qu'aucun des candidats en présence ne leur paraît digne du titre.

Il est vrai, a ajouté M. le commissaire du gouvernement, que l'article 21 du statut d'agrégation du 16 novembre 1874 prévoit un scrutin de ballottage pour le cas où la majorité absolue n'a pas été atteinte aux deux premiers tours de scrutin. Mais cette disposition n'implique pas l'obligation de se prononcer pour l'un des candidats. Elle a simplement pour résultat d'amener une proposition ; mais le ministre, qui n'est pas obligé de faire une nomination, saura la valeur de la présentation et en tiendra tel compte qu'il jugera bon.

Conformément à ces conclusions, le conseil d'Etat, sur le rapport de M. Tardieu, a rendu un arrêt portant que si le règlement dispose que le jugement du jury peut être valablement rendu par cinq juges, cette disposition n'est applicable qu'au cas où certains membres du jury ont été empêchés d'assister à une des opérations du concours ; quant aux membres du jury présents à la séance du jugement, ils sont tenus d'exprimer leur avis. Il en résulte que ceux de ses membres qui sont portés au procès-verbal comme s'étant abstenus, doivent être considérés comme ayant émis un vote contraire à chaque candidat.

En conséquence, le conseil d'Etat a jugé que M. M... n'avait pas obtenu la majorité absolue et n'avait pas été régulièrement présenté. Son pourvoi a donc été rejeté. » (*Le Temps.*)

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Evesque (de Chalançon) a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— La médaille d'honneur des épidémies ou la mention honorable a été décernée aux personnes ci-après désignées en récompense du dévouement dont elles ont fait preuve à l'occasion de maladies épidémiques :

MM. les docteurs Nel (de Granville), Mevel (de Douar-

nenez), Dubois (de Bray-Lû), Zaleski (d'Alais), Cottard (de Crugny), Deck (de Ville-en-Tardenois), Rousseau, médecin des troupes coloniales. — M. Badin, externe des hôpitaux. — Mme Dujardin-Beaumetz, dame patronnesse des hôpitaux de Paris.

ŒUVRE DU SANATORIUM ROUENNAIS (FORÊT DE ROUVRAY). — Le sanatorium rouennais, situé dans la forêt de Rouvray, près d'Oissel, a ouvert le 10 août 1905.

Le sanatorium est destiné à recevoir les malades atteints de tuberculose pulmonaire, âgés de plus de quinze ans. Momentanément les femmes seront seules admises.

Les demandes de renseignements et d'admissions peuvent être adressées à MM. les docteurs Giraud, directeur de l'asile Saint-Yon, par Sotteville-lès-Rouen; Cotoni, à Oissel, et A. Halipré, rue de l'Ecole, 32, Rouen.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine navale. — (N° 8, août 1905.) Duchateau : L'hygiène et les hôpitaux à Buenos-Ayres en 1905. — Valence : L'hygiène navale à bord du croiseur cuirassé « Marseillaise » (*suite*). — Gros : L'infection palustre et son traitement.

Archives générales de médecine. — (N° 33, 15 août 1905.) Cautru : Contribution à l'étude du « massage précordial » dans les affections du cœur. — Vigouroux et Collet : Hypocondrie et lésions viscérales. — Rabaud : L'amnios et les productions congénitales.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIII, n° 4, 27 juill. 1905.) J. Collins Warren : Chirurgiens et anatomopathologistes. Discussion pour dissiper les confusions et établir un traitement et une classification des tumeurs bénignes de la mamelle (2 tableaux). — F. J. Cotton : Notes sur les fractures et leur traitement (avec 3 fig.). — G. L. Walton et W. E. Paul : Contribution à l'étude de la chirurgie médullaire (avec 1 fig.). — Max Mailhouse : Les devoirs de l'Etat envers les épileptiques.

Bulletin médical. — (N° 62, 12 août 1905.) Mayet : Coxa vara tardive et douloureuse. Diagnostic avec la coxalgie.

Écho médical du Nord. — (N° 33, 13 août 1905.) Surmont : De la coopération des journaux médicaux à la propagande en faveur de l'Association de prévoyance et des caisses annexes. — Verdun : Sur la fréquence relative du botriocéphale dans le nord de la France. — Malmejac : L'hygiène à Biskra.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 33, 13 août 1905.) Lafond-Grellety : Le diagnostic de tuberculose doit-il être livré à l'intéressé ?

Journal de pharmacie et de chimie. — (N° 4, 16 août 1905.) Adam : Recherches sur la préparation d'une solution désinfectante de crésol. — Bourquelot et Danjou : Sur la présence d'un glucoside cyanhydrique dans le sureau et sur quelques-uns des principes immédiats de cette plante.

Journal des praticiens. — (N° 32, 12 août 1905.) Maygrier : La procidence du cordon. — Gilbert Ballet : Une affection bulbo-spinale spasmodique familiale.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 32, 10 août 1905.) Vandervelde : Un cas de maladie amyloïde.

Lyon médical. — (N° 33, 13 août 1905.) Garel : Trois cas intéressants de corps étrangers de l'œsophage.

Médecine moderne. — (N° 33, 16 août 1905.) Kirmisson : Les hernies inguinales congénitales.

Medical Record. — (Vol. LXVIII, n° 4, 22 juillet 1905.) George Blumer : Influence qu'a exercée et doit exercer sur la médecine américaine l'acquisition de territoires tropicaux par les Etats-Unis. — Charlton Wallace : Traitement par l'air marin de la tuberculose chirurgicale, avec observations. — Gilmore Kerley : Prophylaxie et traitement de la diarrhée estivale chez les enfants. — Williams Mallory : Traitement de l'acné. — Boyd Tyrrell : Traitement de la coqueluche d'après ses facteurs étiologiques. — Livingston Hunt : Symptômes mentaux de la neurasthénie. — (N° 5, 29 juill.) H. Loomis : Réflexions cliniques suggérées par l'étude de 500 cas de tuberculose pulmonaire. — Southworth : Préceptes pour diminuer la fréquence de la diarrhée d'été chez les nourrissons. — Benjamin Nichols : Historique et principes des méthodes diététiques dans la fièvre typhoïde. — Wainwright : Préparations thérapeutiques d'origine animale. — F. Kilbane : Emploi hypodermique du salicylate de mercure dans le traitement de la syphilis. — Sinclair Tousey : Carcinome du sein chez l'homme guéri par les rayons Röntgen.

Nord médical. — (N° 261, 15 août 1905.) Lemoine : Clinique médicale : pseudo-anévrismes de l'aorte. — Bué : Hygiène sociale : la crèche idéale. — Courtellemont (d'Amiens) : Neuropathologie : tabes et lésions aortiques.

Pédiâtrie pratique. — (N° 16, 15 août 1905.) Berruyer : Traitement du pied bot varus congénital. — Mocquot : Les consultations de nourrissons, dans la circonscription médicale d'Appoigny (Yonne), en 1904. — Frey : Les accidents d'éruption dentaire et le terrain.

Presse médicale. — (N° 64, 12 août 1905.) Branca : La cellule interstitielle du testicule. — (N° 65, 16 août.) Devraigne : Valeur diagnostique, pronostique et thérapeutique de la ponction lombaire chez le nouveau-né. — Tessier : Distension cardiaque et angine de poitrine. — Catapotis : Rétrécissements tuberculeux multiples de l'intestin.

Revue de chirurgie. — (N° 8, 10 août 1905.) Jeanbran : Ostéo-sarcome de l'humérus propagé aux parties molles. Amputation interscapulo-thoracique. Survie d'un an (3 fig.). — Jeanbran et Riche : La survie après l'amputation interscapulo-thoracique pour tumeurs malignes. — Berger : Trois nouveaux cas d'amputations interscapulo-thoraciques, dont deux pratiquées pour des tumeurs de l'extrémité supérieure de l'humérus, suivis de quelques considérations sur les résultats et sur les indications de cette opération, et d'une modification de son manuel opératoire (8 fig.). — Pinatelle et Rivière : De l'évacuation méthodique de l'intestin (lavage et électrisation) par l'entérotomie combinée au cathétérisme ou à l'expression des anses dans les occlusions mécaniques aiguës [recherches cadavériques (4 fig.)]. — Guibal : La chirurgie du cœur (*suite*).

Revue de médecine. — (N° 8, 10 août 1905.) Richet : De l'alimentation dans la tuberculose expérimentale, influence nocive de la viande cuite. — Lambrior : Deux cas de cirrhose atrophique à marche aiguë avec ascite chyliforme. — Parhon et Goldstein : Sur un nouveau cas de pellagre accompagné de la rétraction de l'aponévrose palmaire.

Semaine gynécologique. — (N° 33, 15 août 1905.) Pichevin : Rétrodéviation utérine et pessaire.

Semaine médicale. — (N° 32, 9 août 1905.) Lépine : De l'action des rayons de Röntgen sur les organes profonds.

Tribune médicale. — (N° 32, 12 août 1905.) Ozenne : Kyste médian du creux poplité. — Vaquez et Aubertin : Sur l'hyperplasie surrénale des néphrites hypertensives. Note complémentaire.

REVUE GÉNÉRALE

ACQUISITIONS RÉCENTES SUR LE ROLE DE L'INTESTIN & DE SES GLANDES DANS LA DIGESTION

IMPORTANCE DE LA COPROLOGIE

Pour le diagnostic et le traitement des affections du tube digestif (1),

Par le docteur René GAULTIER,
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, licencié ès sciences.

Dans ses remarquables leçons sur le travail des glandes digestives le professeur Pawlow s'exprime quelque part ainsi : « Le rôle fondamental que le tube digestif est appelé à remplir dans l'organisme peut être assimilé à celui d'une usine, dans laquelle les matières brutes, soit les aliments, subissent une transformation chimique essentielle qui rend possible leur incorporation dans les humeurs de l'organisme et leur utilisation pour la mise en œuvre des processus vitaux... »

I. *Où les anciennes méthodes d'études* IN VITRO *sur le travail des glandes digestives sont condamnées par le physiologiste Pawlow.* — « Nos connaissances scientifiques sur les processus de transformation de ces aliments, poursuit-il, c'est-à-dire nos connaissances sur la digestion ont été acquises en isolant de l'organisme les réactifs chimiques ou leurs ferments à l'état de pureté, et en déterminant *in vitro*, leur action sur les parties constitutives de ces aliments, ainsi que leurs rôles réciproques, les uns par rapport aux autres.

Cette doctrine de la digestion, ainsi en grande partie édifiée *par déduction*, présente manifestement des lacunes et non des moindres. Il existe un abîme entre des connaissances acquises de la sorte et la réalité physiologique. Il n'y a donc rien de surprenant à ce que la diététique basée sur ces connaissances erronées soit une des parties les plus embrouillées de la thérapeutique. En effet, il ne doit point suffire aux physiologistes de connaître les éléments de la digestion, l'action des réactifs isolés, il faut aussi, pour posséder complètement ce sujet, embrasser par l'observation l'ensemble des fonctions digestives. Cette nécessité reconnue par beaucoup a été souvent tentée; mais ce n'est que dans ces dernières années qu'elle a pu être réalisée. »

II. *Comment parmi les recherches* IN VIVO *qui ont fait suite aux recherches* IN VITRO, *il oppose à la méthode de* VIVISECTION *l'emploi des* PROCÉDÉS CHIRURGICAUX *en physiologie.* — Aux recherches *in vitro* ont succédé les recherches *in vivo*. Mais grâce surtout à l'illustre physiologiste de Saint-Pétersbourg, les procédés chirurgicaux en physiologie supplantant la vivisection, on a pu, en exécutant de bonnes opérations sur le canal digestif, entrevoir toute la vérité sur le travail chimique de cet appareil, soit que comme lui on établit avec précision quelle quantité de réactif digestif est sécrétée pour chacun des aliments en particulier, et pour ceux-ci en totalité, quelle est la nature de ces divers réactifs et à quel moment ils sont déversés dans le canal digestif; soit que, suivant les méthodes de Brucke-Ludwig, etc., on recherchât la façon dont sont élaborées les matières alimentaires brutes, à chaque étape du canal digestif. »

C'est à cette dernière méthode que la COPROLOGIE *doit les connaissances qu'elle peut utiliser en clinique pour l'établissement d'un régime alimentaire, adapté à la capacité digestive de chaque individu, ou pour le diagnostic des troubles fonctionnels de telle ou telle partie du tube intestinal.*

III. *Division du sujet.* — C'est donc tout d'abord par l'exposé des connaissances que ces méthodes physiologiques ont permis d'acquérir sur ce point que nous voulons commencer ce travail, et nous le terminerons par l'étude des méthodes coprologiques utilisables par les médecins, cherchant ainsi à mettre en harmonie les données expérimentales du laboratoire avec les données cliniques recueillies chaque jour par l'observation du malade, faisant, suivant l'expression de Claude Bernard, de la physiologie appliquée.

N'est-ce point ainsi, du reste, que physiologistes et médecins depuis de longues années ont cherché à connaître le rôle de l'estomac dans les phénomènes digestifs et à interpréter pour le diagnostic et la diététique l'examen du chyme après repas d'épreuve?

Pour être plus tard venu dans l'expérimentation physiologique, moins connu dans son rôle, l'intestin a à peine encore profité de semblables méthodes. Mais voici que déjà en Autriche Nothnagel et ses élèves, en Allemagne Schmidt et Strasburger, Van Ledden Hulseboch, Schilling, Œfele, etc., en Italie le professeur Zoja, en Amérique le docteur Ricardo Lynch, en Suisse le docteur Habel, en France nous-même, demandons à l'examen méthodique des fèces après repas d'épreuve des notions cliniques que l'on ne songeait point jusqu'ici à lui demander. De tout temps cependant l'importance de l'examen clinique des selles était reconnue, mais si à part des procédés grossiers d'examen, quelques auteurs s'attachaient par des méthodes plus scientifiques à en tirer quelque déduction utile, c'était plutôt pour l'étude de la nutrition, le diagnostic de certaines maladies, ou la discussion de problèmes d'épidémiologie, mais ce n'était qu'exceptionnellement qu'ils lui demandaient l'interprétation du fonctionnement de l'intestin et de ses glandes.

I

Exposé des connaissances que les méthodes physiologiques récentes nous ont permis d'acquérir sur le rôle de l'intestin et de ses glandes dans la transformation des aliments.

I. Exposé historique. — 1° *Période du rôle prépondérant de l'estomac dans les phénomènes de la*

(1) Voir thèse de René Gaultier. *De l'exploration fonctionnelle de l'intestin par l'analyse des fèces*, Paris, 1905.

digestion. — Retenus par les travaux nombreux sur l'estomac et son chimisme, les médecins semblaient accorder à cet organe la plus grande part dans la tâche digestive, et l'intestin et ses volumineuses glandes annexes, sauf les cas où des symptômes importants les mettaient nettement en cause, n'apparaissaient plus que quantité négligeable dans la série des désordres dyspeptiques.

2° *Période du rôle prépondérant de l'intestin dans les phénomènes de digestion.* — Mais voilà que tout à coup un revirement subit se fit dans cet ordre d'idées. D'audacieux chirurgiens tels que Schlatter à la suite des expériences de Czerny, de Carvalo et Pacton, qui, chez le chien, pratiquaient l'ablation totale de la poche stomacale, montrèrent que l'on pouvait vivre sans grand dommage privé de son estomac, et qu'à tout prendre, cet organe n'avait aucune valeur digestive, qu'il ne possédait que le rôle secondaire de dissocier, séparer et dissoudre les différentes parties des aliments, rendus ainsi plus aptes aux digestions chimiques futures. « Alors, comme le dit M. Dastre, le rôle des glandes intestinales prima tout dans les actes digestifs; le pancréas prit le rôle de l'estomac, l'intestin et ses kinases gagnèrent du terrain. »

3° *Période au cours de laquelle est reconnue la solidarité fonctionnelle de ces deux organes.* — Mais voici que des recherches récentes sont venues démontrer que l'activité de ces glandes est sous la dépendance de la sécrétion acide de l'estomac, traduisant une fois de plus la solidarité fonctionnelle de tout le tractus digestif.

II. Développement des notions avancées dans cet historique, a propos des connaissances acquises sur le rôle de l'intestin et de ses glandes dans l'élaboration des matières grasses alimentaires. — Pour suivre étape par étape les acquisitions successivement accrues de nos connaissances sur le rôle de l'intestin et de ses glandes dans la digestion des aliments, nous pouvons nous contenter de prendre un exemple en rappelant les diverses recherches qui ont fait connaître la façon dont sont élaborées les matières grasses alimentaires à chaque étape digestive, sous l'influence de quels sucs elles sont transformées, de quelle façon elles sont résorbées afin de tirer de leur utilisation physiologique des données qui puissent en nous plaçant ensuite au seul point de vue des fèces, nous permettre de baser sur la présence des parties excrétées, des diagnostics capables d'éclairer la simple observation des faits cliniques.

A. *Preuves chimiques* in vitro *et histophysiologiques du rôle des diverses parties du tube digestif dans la transformation des graisses.* — 1° *Rôle de l'estomac.* — Magendie soutenait autrefois, dans son *Précis élémentaire de physiologie*, que le suc gastique est capable de dédoubler les graisses. Morcet, Th. Cash, Ogata, Klemperer et Scheulerer ont également soutenu cette opinion à l'étranger et plus récemment en France, à la suite des travaux d'Hanriot sur la lipase, les recherches de Benech et Guyot sur l'action d'une lipase gastrique vis-à-vis de la monobutyrine permettraient de croire que cette digestion des graisses peut s'établir dans l'estomac; on pourrait peut-être même invoquer, si la lipase glandulaire semblait ne pas exister, la présence d'une lipase microbienne, comme les travaux de Duclaux le laissent supposer. Mais les expériences de Contejean au laboratoire de Chauveau ont fait justice de la première opinion, et les recherches d'Anna Pannof au laboratoire de Nencki à Berne et celles de Wasilieff au laboratoire d'Hoppe-Seyler en ont fait autant de la deuxième, si bien que de ces différents travaux il semble résulter que, l'existence d'une lipase glandulaire n'étant pas démontrée, il est probable que l'attaque microbienne pour ce genre d'aliments est faible, et doit être d'autant moindre que la sécrétion du suc gastrique légèrement antiseptique est plus abondante; en sorte que l'on pourrait dire que *si l'estomac intervient dans la digestion des graisses, ce n'est que d'une façon tout à fait accessoire, qu'en triturant les matières premières où celles-ci se trouvent mélangées, il n'a d'autre but que de les mettre en liberté et les rendre plus facilement attaquables par les sucs intestinaux.*

2° *Rôle de l'intestin et de ses glandes.* — Voilà donc que l'estomac perd son rôle prépondérant dans l'élaboration des graisses; voyons comment agissent les différentes sécrétions glandulaires de l'intestin dans leur transformation.

a. *Action du suc pancréatique.* — Depuis la fameuse observation de Cl. Bernard, constatant que les chylifères sont gorgés de graisses au moment de la digestion, mais seulement au-dessus de l'orifice du canal de Wirsung, c'est-à-dire à 35 centimètres du pylore chez le lapin, dont la disposition des conduits sécréteurs montre bien cette particularité, les expériences n'ont point manqué pour établir le rôle du suc pancréatique dans la digestion des graisses. Pour l'instant ne rapportant que les résultats de celles qui ont étudié l'action *in vitro* du suc retiré par fistule, ou obtenu par macération, nous dirons que : dans ces conditions, il y a d'abord *émulsion*, puis *saponification*; si bien qu'un mélange de graisses neutres et de suc pancréatique alcalin devient peu à peu acide (Cl. Bernard); ou encore qu'un mélange de quelques décigrammes de monobutyrine avec 20 grammes de suc pancréatique abandonnés à 40 degrés pendant vingt-quatre heures donnent naissance à de l'acide butyrique et de la glycérine qui se sont séparés (Berthelot).

b. *Action de la bile.* — L'action de la bile est démontrée de même par l'expérience suivante : tandis que les chylifères du chat sont gorgés, au moment de la digestion, d'un suc laiteux dans lequel le microscope révèle la présence de nombreuses gouttelettes de graisse émulsionnée, ils ne renferment plus qu'un liquide incolore quand on a lié au préalable le canal cholédoque de façon à empêcher l'afflux de la bile dans l'intestin; ce sont également les résultats de Dastre au cours de son expérience de fistule cholécysto-intestinale. « *In vitro* », *la bile émulsionne les graisses neutres;* la plus grande partie de celles-ci se montrent sous forme de globules microscopiques aptes à traverser le revêtement épithélial de l'intestin grêle.

c. *Action du suc intestinal.* — Pour ce qui est du suc intestinal, on peut dire que si, comme l'a montré Cl. Bernard, l'action des glandes de Brünner de l'intestin pancréatique (c'est-à-dire des glandes de Brünner situées au niveau de l'insertion des canaux) peut venir en aide jusqu'à un certain point à la fonction pancréatique, elle ne saurait la remplacer; en tout cas, que le suc de glandes de Lieberkhün obtenu par une fistule de Thiry ou par tout autre procédé, est *incapable de transformer les graisses.* Depuis la recherche de Pawlow, son rôle semble se borner à une action de renforcement du ferment lipasique du pancréas par l'intermédiaire de l'entérokinase.

Ainsi, voici que l'intestin duodénal supplante l'estomac dans son rôle de transformation des graisses et que ce dernier organe devient totalement inutile.

3° *Rôle solidaire de tout le tractus digestif.* — Mais de nouvelles recherches vont remettre les choses au point. On sait, en effet, depuis les mémorables expériences de Pawlow et de ses élèves, Becker et Dorlinski, que l'*excitation acide de la muqueuse duodénale est l'excitant pour ainsi dire spécifique de la sécrétion pancréatique*, soit que l'on admette avec lui que cette excitation ait pour point de départ un réflexe, soit qu'avec Bayliss et Starling on admette qu'elle soit le fait d'une action humorale, la réaction chimique de l'acide sur la muqueuse duodénale engendrant un produit nouveau, la *sécrétine*, qui, absorbé et mis en circulation dans le sang, excite le pancréas. On sait également, depuis les recherches de MM. Henri et Portier, Gley et Camus, Henriquez et Hallion, que *cette excitation acide de la muqueuse duodénale agit aussi sur la sécrétion biliaire*, ou, si l'on veut, que la sécrétine est à la fois l'excitant spécifique des deux glandes qui déversent leur produit dans le duodénum. *Or d'où vient cette acidité de la muqueuse duodénale, si ce n'est de l'estomac?* En effet, le bol alimentaire, quand il vient de franchir le pylore, se présente avec une acidité totale de 1g50 pour 1 000 exprimée en HCl; et c'est cette acidité stomacale qui se poursuit jusque dans les deux tiers de l'intestin grêle, comme l'ont montré les recherches de MM. Gley et Lambling sur la réaction du contenu et des parois de l'intestin chez les suppliciés, malgré l'alcalinité des sucs qu'il sécrète. *Partant, voilà l'estomac dont le rôle reparaît dans l'intervention des actes digestifs*, et ainsi se trouve prouvée cette solidarité fonctionnelle de toutes les parties du tractus digestif qui oblige le médecin à ne pas arrêter son observation à tel ou tel organe, mais à envisager dans un seul examen l'ensemble des organes de la digestion.

B. *Preuves physiologiques et chimiques* IN VIVO *du rôle de l'intestin et de ces glandes dans la transformation des graisses.* — Appuyé sur les données physiologiques précédentes, en nous plaçant maintenant au point de vue des fèces, nous allons signaler les travaux des auteurs qui ont traité de la destinée des graisses ingérées, quand chez un animal on supprime les fonctions biliaire ou pancréatique, ou les deux à la fois, ou encore qu'on supprime une plus ou moins grande partie d'intestin grêle; c'est ce que nous pourrions appeler les preuves physiologiques et chimiques *in vivo* de l'action de l'intestin et de ses sucs glandulaires dans la digestion des graisses par le dosage des excreta aux ingesta. Ce sont là les preuves apportées par cette seconde méthode dont parle Pawlow dans son introduction au travail des glandes digestives, méthodes de vivisection et méthode des procédés chirurgicaux employés en physiologie.

1° *Et ainsi que se passe-t-il après exclusion de la bile?* — Les résultats sur ce point sont nombreux et quelques-uns d'entre eux assez contradictoires pour que nous ayons essayé par nous-même de les contrôler dans des expériences que nous avons exposées par ailleurs (1). Ce sont ceux de Bidder et Schmidt qui, chez des chiens munis de fistule biliaire, trouvent une absorption réduite à 1/5 ou à 1/7 de la graisse ingérée; ceux de Voit qui, placés dans les mêmes conditions, montrent que les graisses des fèces représentent 60 p. 100 de la graisse ingérée, alors que normalement le déchet est à peine de 1 p. 100. Ce sont des résultats analogues que publie Röhmann. En outre, ces deux auteurs insistent sur ce fait que la plus ou moins grande quantité de graisse ingérée influe sur la plus ou moins grande quantité de graisse excrétée, fait que Dastre, dont les chiffres publiés sont à peu près les mêmes (57 à 65 p. 100), exprime en disant que l'intestin offre vis-à-vis des graisses une limite d'absorption rapidement atteinte. Enfin, ce sont encore les travaux de Munk qui concordent avec les précédents et, de plus, montrent cet autre fait intéressant, à savoir que le rapport des graisses excrétées aux graisses ingérées est proportionnel au point de fusion.

Avec cette analyse quantitative, la plupart des auteurs font voir que la bile, outre son rôle favorisateur de l'absorption des graisses, intervient dans leur dédoublement, puisque l'analyse qualitative des excreta en cas d'exclusion biliaire permet de les y reconnaître en proportion considérable sous la forme de graisses neutres, en proportion moindre sous la forme d'acides gras et de savons que dans la normale.

2° *Après exclusion du suc pancréatique.* — Les expériences de Cl. Bernard ont depuis longtemps démontré la présence des graisses non digérées dans les excréments des chiens auxquels il enlevait le pancréas, ou le détruisait par des injections de substances étrangères dans ses canaux (huile, suif). Les recherches d'Abelmann, poursuivies sur les animaux dépancréatés qui avaient servi à Mering et Minkowski pour leur étude expérimentale sur le diabète maigre de Lancereaux (voir aussi sur ce sujet la thèse de Thiroloix), aboutissent aux mêmes constatations; et la plupart des expérimentateurs à leur suite donnent des conclusions identiques, à savoir que l'absence de sécrétion pancréatique entraîne une absorption nulle des graisses, si bien que celles-ci se retrouvent telles qu'elles ont été ingérées dans les fèces, en grande quantité et sans avoir subi de dédoublement appréciable. Nous passons sur les tra-

(1) Voir notre thèse, p. 104-141.

vaux de Vaughan Harley, confirmatifs des précédents. Seuls, les travaux d'Hédon et Ville, et ceux plus récents de Lombroso, semblent légèrement contradictoires avec les faits précédents. Nous les avons déjà discutés parallèlement avec nos propres recherches sur ce sujet dans le paragraphe 2 du chapitre VI de notre thèse.

3° *Après exclusion de la bile et du suc pancréatique.* — Comme il est facile de le concevoir dans le cas, difficile à réaliser expérimentalement, d'exclusion simultanée de la bile et du suc pancréatique, les troubles de résorption sont considérables. Les graisses alimentaires sont rendues en très grandes quantités dans les fèces, ainsi qu'il résulte des expériences d'Hédon et Ville. Mais ces auteurs ont constaté que, dans ces cas, il y avait un dédoublement encore très grand des graisses neutres en acides gras et savons, et en l'absence de suc pancréatique ils ont mis ce dédoublement sur le compte de l'action microbienne. Quant à nous, tant dans nos expériences que dans nos recherches cliniques, nous n'avons jamais constaté comme eux, dans des cas semblables, d'acides gras et savons en grande quantité dans les fèces; il est vrai d'ajouter que dans nos recherches nous ne pratiquions pas comme eux l'extirpation totale de la glande pancréatique, mais nous dérivions seulement au dehors son suc par une fistule à la Pawlow. Peut-être devons-nous à ces conditions particulières plus conformes à la réalité clinique des résultats que celle-ci confirme.

4° *Après exclusion de l'intestin grêle.* — On ne trouve sur ce sujet que des données incomplètes, les expérimentateurs s'étant placés à un tout autre point de vue que la digestion des graisses, qui seule ici nous occupe. Cependant, dans la thèse de Drucbert et dans celle de Lance, on trouve quelques indications sur ce sujet dans les relations des expériences de Sem, Tzelickvy, Kukula et Monari, ou de leurs propres expériences; mais c'est surtout dans un travail de De Filippi que l'on trouve l'indication la plus formelle. Voici, en effet, les conclusions de cet auteur dans un cas de résection intestinale presque totale chez un chien : L'animal peut continuer à vivre; l'absorption n'offre de pathologique qu'une assimilation incomplète des corps gras (19 p. 100 de perte dans les fèces), tandis que les hydrates de carbone sont complètement utilisés et que les albuminoïdes subissent peu de perte. Nos recherches sur un chien expérimenté dans des conditions analogues sont tout à fait concordantes sur ce point et montrent ainsi le rôle de l'intestin dans la digestion des graisses.

III. Conclusions. — Ainsi donc, en envisageant toutes ces recherches multiples sur le rôle de l'intestin et de ses glandes dans la digestion des graisses, recherches auxquelles nous pourrions ajouter celles portant sur les hydrates de carbone et les albuminoïdes, on peut comprendre immédiatement comment nos connaissances physiologiques étant considérablement accrues sur cet organe, on ait songé à les utiliser pour la clinique, et de même que parallèlement aux connaissances acquises sur la digestion gastrique par les physiologistes, les médecins avaient demandé au chimisme gastrique des indications diagnostiques et thérapeutiques pour les maladies de l'estomac, de même on demande aujourd'hui à l'étude des matières fécales, envisagées non plus seulement macroscopiquement, mais microscopiquement et chimiquement suivant les méthodes de *coprologie* nouvelles, des indications diagnostiques et thérapeutiques pour les maladies de l'intestin.

II

Exposé des méthodes coprologiques basées sur les connaissances précédemment acquises. Leur utilité pour le diagnostic et le traitement des affections du tube digestif.

I. Exposé historique a propos d'un cas particulier : les graisses alimentaires. — Si, restant toujours cantonné sur le même exemple des graisses alimentaires, nous cherchons à appliquer maintenant à la clinique ces connaissances acquises par la physiologie sur l'étude de la digestion intestinale, nous allons voir de quelle utilité elles peuvent être pour renseigner sur le fonctionnement du tube digestif. En effet, nous savons à présent quels sont les facteurs capables chez un individu sain de modifier l'élaboration des graisses, nous savons également par des expériences multipliées dans quelle mesure tel ou tel trouble artificiellement déterminé peut modifier ces résultats; la clinique appuyée sur l'anatomie pathologique a permis de corroborer ces faits, et c'est de cet ensemble de constatations que sont tirées les conclusions utiles pour l'exploration fonctionnelle de l'intestin.

Nous nous contenterons donc ici, comme nous l'avons dit plus haut, d'exposer tout d'abord les travaux des auteurs qui ont recherché dans l'utilisation des graisses un moyen de diagnostic des affections intestinales.

Depuis longtemps on a signalé chez l'homme la présence de matières grasses dans les excréments en rapport avec certaines maladies du tube digestif, notamment avec les *affections du pancréas*, et dans le mémoire de Claude Bernard on trouvera quelques observations de ce genre, mais le fait est constaté d'une façon en quelque sorte brutale par Moyne Eisenmann, Elliosten, Küntzmann, Bright, Unkell, etc. Ces auteurs font mention de selles d'aspect graisseux dans les affections du pancréas, sans plus; le phénomène observé n'est pas davantage analysé. Aussi leurs observations passent-elles inaperçues. A dater du mémoire de Claude Bernard les faits se multiplient et c'est aujourd'hui une chose bien connue que, dans les affections pancréatiques, les graisses étant mal digérées, apparaissent en abondance dans les fèces auxquelles elles donnent un aspect particulier, c'est la stéarrhée. Alors quelques auteurs, rares il est vrai, recherchent d'une façon plus précise ces graisses dans les matières fécales. Ils cherchent à les caractériser en les extrayant par l'éther, ou encore en les examinant microscopiquement, tels Bonamy, Friedrich et Ziehl, le premier qui les reconnaît en trempant dans un extrait éthéré un papier qui reste

transparent; les deux autres qui les colorent par l'acide osmique pour les examiner sur lamelles sous forme de gouttelettes ou de cristaux, reconnaissables les uns à leur coloration noirâtre, les autres à leur aspect fasciculé.

Toujours sur le terrain clinique, F. Müller, dont le travail est capital, car il est le premier à donner le branle à cette question, étudie la présence des graisses dans les matières fécales des *ictériques*, non plus seulement comme ses précurseurs à l'état quantitatif, mais encore, et c'est là le point intéressant de son mémoire, à l'*état qualitatif*. Dans ce travail, il ébauche en effet le moyen de diagnostic des affections pancréatiques et biliaires par l'analyse qualitative des graisses. M. Chauffard a étudié après Müller cette stéarrhée des ictériques, mais il a insisté surtout sur les caractères microscopiques des particules graisseuses qu'elles contiennent, dont Nothnagel en 1884 avait bien décrit les variétés; il laisse de côté le point de vue clinique envisagé par Müller et qui nous occupe spécialement. En sorte que les travaux sont encore peu nombreux jusqu'en 1887, époque à laquelle paraît la Revue générale de M. Parmentier sur « l'ictère catarrhal d'après les travaux récents », car on n'y trouve signalé à ce point de vue que ce seul travail de Müller. Mais depuis on pourrait retrouver de nombreux faits dans la littérature étrangère. Nous signalerons, en Allemagne, les travaux de Tschernoff, de van Hirling dans les cas de maladies générales avec fièvre chez l'adulte; d'Albu, dans les affections du foie; Weintraud, Deuscher, dans les affections du pancréas; de Gratzmann, dans les cas de congestion veineuse de l'intestin; ou encore les travaux de Biedert chez l'enfant en cas de catarrhes intestinaux. En Italie, nous pourrions signaler les travaux de Mya sur la signification des savons dans les selles et les importantes recherches de Zoja dans les affections du pancréas et du foie. En France, cette étude des graisses des fèces n'a pas été faite dans un but diagnostique. Dans ces dernières années elle a été utilisée surtout dans le but de connaître l'utilisation des aliments chez les enfants, par Nobécourt et Merklen ou leur élève Chahuet, ou la nutrition des obèses (Oulmont et Ramond) ou encore celles des tuberculeux (Laufer).

Pour nous, utilisant les données physiologiques précédentes, et appuyant nos recherches cliniques sur des faits expérimentaux, multiples et variés, nous avons fait servir l'*analyse quantitative* et surtout *qualitative* des graisses dans un but d'*exploration fonctionnelle de l'intestin et de ses glandes;* si bien qu'écartant toute idée de diagnostic de lésion, nous avons généralisé la méthode que Müller et d'autres à sa suite spécialisaient pour telle ou telle recherche; et ainsi nous avons pu constater que chez un individu, atteint d'une altération quelconque du foie, quand il y a diminution de bile dans l'intestin, la quantité des graisses d'un repas d'épreuve est beaucoup moins bien utilisée; plus d'un tiers est en effet excrété, et cela sous une forme différente de la normale, puisqu'il y a plus de moitié de graisse neutre par rapport aux graisses dédoublées acides gras et savons; quand, au contraire, c'est la fonction pancréatique qui est atteinte, avec un repas d'épreuve la quantité de graisses des fèces est considérablement augmentée; plus des deux tiers des graisses alimentaires ne sont point utilisés, et parmi ces graisses excrétées, on retrouve près des trois quarts des graisses neutres non dédoublées; enfin quand l'intestin grêle lui-même est adultéré, les troubles de résorption sont les plus accentués; un tiers des graisses sont excrétées, mais le dédoublement des graisses neutres est presque conforme à la normale.

Mais c'est assez nous cantonner sur l'utilisation des graisses; et nous croyons, en somme, d'après cet exemple, que des connaissances acquises sur la digestion intestinale, la clinique peut tirer un utile profit en demandant au laboratoire l'aide savante qu'elle peut lui donner en lui fournissant un examen complet des fèces. Comment faire cet examen en pratique, tel est le point que nous voulons maintenant examiner.

II. Technique coprologique. — *De la nécessité d'un repas d'épreuve et de sa composition.* — De même que pour l'étude du liquide gastrique, cet examen doit tout d'abord partir d'*un repas d'épreuve* logiquement composé, mettant en jeu l'activité spéciale des différentes glandes intestinales dont on désire connaître la valeur fonctionnelle; d'autre part il faut avoir à sa disposition un *moyen commode de délimiter* aussi exactement que possible les résidus fécaux correspondant à ce repas. Il faut tout d'abord que ce repas corresponde à la capacité digestive d'un intestin d'homme normal, et que sa composition soit telle qu'en cas de bonne digestion on ne retrouve qu'avec peine des aliments ingérés sous la forme où ils ont été donnés; ceux-ci doivent tous être transformés et pour la plupart utilisés, afin que le degré d'utilisation nous renseigne sur le fonctionnement de l'intestin et de ses glandes. Ce repas d'épreuve, nous l'avons composé de la façon suivante : pain blanc, 100 grammes; viande de bœuf, 60 grammes; beurre, 30 grammes; lait, 500 grammes; pommes de terre, 100 grammes. Ce sont là des proportions maxima, qu'on peut modifier suivant les exigences du malade; mais il est nécessaire en tout cas d'en déterminer le poids avec la plus grande exactitude pour que, si l'on a recours à l'examen chimique des fèces, l'opérateur puisse calculer approximativement, d'après des tables générales telles que celles de Balland, la quantité d'aliments simples contenus dans les aliments composés et les comparer ensuite aux excreta. Cette précaution est inutile si l'on ne doit avoir recours qu'à un examen microscopique, en pratique souvent suffisant, à condition toutefois de ne pas excéder les chiffres ci-dessus cités qui pourraient dépasser la capacité digestive.

Du mode de délimitation des fèces correspondant au repas d'épreuve. — Quant au mode de délimitation des fèces, le plus commode nous a semblé l'emploi de la poudre de carmin, mélangée au repas d'épreuve, et que l'on administre sous forme de cachet au commencement, au milieu et à la fin du repas. Ce repas doit être pris à jeun ou assez longtemps après l'absorption du précédent repas; en

général le matin au petit lever, le dernier repas, frugal, ayant été fait la veille au soir, à sept heures par exemple. On reconnaît facilement les matières colorées en rouge par le carmin qui correspondent au repas d'épreuve, et on les recueille en totalité. Si on dispose d'un peu de temps, on peut pendant deux jours mettre le malade au régime lacté, puis le matin du troisième jour lui faire absorber un repas d'épreuve avec les trois cachets de carmin; et six à huit heures après, on le remet au régime du lait pendant une journée; si bien que les fèces rouges apparaissent nettement entre les fèces grises du régime lacté, d'odeur moins repoussante. Ce procédé n'est naturellement applicable qu'aux adultes, chez l'enfant il suffit le plus souvent d'examiner macroscopiquement et microscopiquement les fèces pour avoir des données suffisantes sur l'état de son tube digestif. Si l'on voulait doser chimiquement les excreta par rapport aux ingesta, il faudrait avoir recours aux moyennes, et, sachant par exemple la quantité d'aliment (lait, farine ou toute autre chose) absorbée pendant six jours, recueillir pendant trois jours les matières fécales de cet enfant.

Modèle d'analyse. — Avec ces méthodes générales pour base, envisageons maintenant l'analyse en elle-même.

Nous n'insisterons point sur les *caractères physiques généraux*, ni sur les *caractères macroscopiques* des fèces, connus de tout le monde et qui ne rentrent point, à proprement parler, dans les constatations coprologiques sur lesquelles nous voulons attirer l'attention. Nous ne nous arrêterons que sur les *caractères microscopiques* et les *caractères chimiques* des fèces correspondant à un repas d'épreuve.

a. *Caractères microscopiques des fèces.* — L'examen microscopique des fèces se fait d'une façon très simple, et est réellement peu répugnant.

Il est à la portée de tous ceux qui savent manier un microscope. Il suffit de prélever à l'aide d'une spatule des parcelles de matières fécales que, suivant leur consistance, on délaiera ou non dans l'eau et qu'on écrasera entre une lame porte-objet et une lamelle couvre-objet, après centrifugation ou non. Quand on centrifuge, on peut séparer les différentes parties en traitant successivement le culot par des acides, de l'alcool ou de l'éther, de façon à dissoudre certaines d'entre elles et à ne conserver que celles que l'on désire examiner; c'est un procédé analogue à celui qui consiste à détruire les globules rouges dans une préparation de sang pour mieux numérer les globules blancs. Enfin on peut encore employer différents réactifs micro-chimiques pour caractériser ces particules microscopiques, et cela, suivant leur nature, on aura recours soit aux solutions aqueuses d'éosine, de bleu de méthylène, de safranine, soit à l'acide osmique à 20 p. 100, à la solution iodo-iodurée, à l'alcool, à l'éther, au chloroforme, à l'acide acétique à 30 p. 100, à l'acide chlorhydrique concentré ou dilué.

Avec le repas d'épreuve ci-dessus, s'il y a trouble digestif on peut considérer au microscope dans les fèces des débris plus ou moins considérables de cellules végétales, de fibres musculaires, de tissu conjonctif et de graisses, sous leurs différents états qu'il faut savoir caractériser.

Ainsi quand on constatera des *granules d'amidon* presque entiers, avec des débris de pain blanc en assez grande abondance, on pourra conclure à un trouble dans *le fonctionnement de l'intestin grêle.*

La simple constatation de *fibres musculaires et de fibres élastiques* dans les fèces de notre repas d'épreuve est à son tour un autre indice d'un trouble fonctionnel de l'intestin et plus particulièrement d'un *trouble pancréatique et intestinal.* On reconnaît facilement avec un fort grossissement les fibres musculaires bien que plus ou moins altérées, à leur coloration jaunâtre, leur aspect gonflé et leur striation transversale; quant aux fibres élastiques, résistant habituellement à l'attaque des sucs digestifs, leur présence n'a de signification qu'en cas de grande abondance; elles sont facilement reconnaissables à leur contour et à leur forme tortueuses.

Dans d'autres circonstances ce sont des *gouttelettes de graisse*, que l'on peut dissoudre par l'éther ou le chloroforme, les unes d'aspect amorphe, les autres reluisantes, plus ou moins colorées en jaune, prenant une coloration noire plus ou moins foncée par l'acide osmique; on y peut voir aussi des *cristaux aciculés d'acides gras*, ou encore des *savons jaunes de calcium* aux contours plus souvent cassés, polygonaux, enfin des *savons de magnésium.* La constatation de ces différentes particules graisseuses est d'une importance capitale que souligne l'examen chimique, car, comme nous l'avons déjà vu, la *plus ou moins grande abondance de graisses neutres, d'acides gras ou de savons, leur proportionnalité peut indiquer, soit un trouble des fonctions biliaires, soit un trouble des fonctions pancréatiques, ou encore des altérations intestinales.*

Enfin on peut encore rencontrer dans les fèces des *cristaux* de forme variée, tels par exemple que les cristaux de *phosphate ammoniaco-magnésien* en forme de couvercle de bière qui ont la *signification de putréfaction intestinale intense;* on encore tels que les *amas plus ou moins grossiers de phosphate de chaux*, sans signification pathologique bien nette; ou bien ce sont des *cristaux de cholestérine qui indiquent des perturbations digestives accentuées dans les parties supérieures de l'intestin grêle, avec augmentation du péristaltisme intestinal;* enfin ce peut être encore des *cristaux d'hématoïdine*, qui caractérisent les cas où il y a eu des hémorragies intestinales plusieurs jours auparavant.

b. *Caractères chimiques.* — L'examen chimique des fèces est en pratique un peu plus compliqué, mais il fournit des résultats assez intéressants pour que nous en rapportions la technique. On s'attachera tout d'abord à l'étude de la *réaction*, qui, normalement neutre, peut être modifiée soit par alcalinisation, soit par acidification. On fera non seulement l'analyse qualitative de cette réaction, mais encore l'analyse quantitative quand elle sera trouvée acide. En effet, cette réaction est utile à connaître, car elle peut être modifiée par la *motricité intestinale*, par les *sécrétions glandulaires* et par les *troubles de l'absorption intestinale.* On étudie ensuite le *rapport du poids des*

substances sèches au poids des substances fraîches, qui permet, associée à l'*épreuve de la traversée digestive*, d'établir rigoureusement la valeur des termes constipation et diarrhée. Parallèlement, on doit poursuivre la *recherche de l'utilisation des graisses* dont la connaissance, nous le savons, présente un grand intérêt. Cette recherche doit être *quantitative* et surtout *qualitative*. Pour la première, on prend une certaine quantité de fèces que l'on fait dessécher à l'étuve, et cette masse desséchée et pesée est triturée dans un mortier avec des morceaux de verre et de sable bien lavé à l'HCl, à l'eau et séché, et l'on fait une simple extraction par l'éther additionné d'HCl (qui décompose les savons). Pour ce qui est de l'analyse qualitative, on procède tout d'abord de la façon suivante : la matière séchée et broyée est triturée par l'éther seul, qui entraîne à la fois les graisses neutres, les acides gras et les savons d'alcalis, dont on obtient ainsi le poids avec l'appareil à extraction des graisses de Soxhlet ou tout autre appareil. Cet extrait desséché et pesé est redissous dans l'éther; on peut alors, si l'on veut, ou doser séparément les acides gras par une liqueur alcoolique de potasse titrée en présence de la phénolphtaléine, et les savons par pesée en les précipitant par le chlorure de baryum, les graisses neutres s'obtenant par différence; ou opérer la transformation totale des graisses en savons pour les peser ensuite sous forme de savons de baryte, puis, dans deux opérations successives, transformer les graisses neutres et les acides gras en savons, précipiter ces savons par le chlorure de baryum et les doser également par pesées. — On recherche de même l'*utilisation des hydrates de carbone* soit par la méthode de *saccharification*, soit par la *méthode de fermentation*, dont le principe repose sur ce fait que des fèces abandonnées à l'étuve pendant vingt-quatre heures présentent une fermentation précoce avec acidification de leur masse en rapport avec la proportion d'hydrates de carbone et surtout d'amidon qu'elles contiennent, si bien qu'on peut en quelque sorte d'après la constatation de cette fermentation doser comparativement les hydrates de carbone des fèces. Or leur *présence en quantité anormale* dans les fèces doit faire songer à une *altération de la faculté absorbante de l'intestin*, quelle qu'en soit l'origine, cause fonctionnelle ou organique; mais cette constatation n'a de réelle valeur qu'associée à la recherche de l'analyse quantitative et qualitative des graisses et à la recherche des *albuminoïdes*. Cette dernière recherche a pour but : 1° l'analyse qualitative de l'albumine que l'on reconnaît par la chaleur après avoir traité par acide acétique et filtré un extrait aqueux des fèces; 2° elle a encore pour but l'*analyse quantitative des peptones dans les fèces* que l'on recherche par l'épreuve du biuret après avoir traité l'extrait aqueux comme précédemment et précipité les protéines par le sulfate d'ammoniaque; 3° on peut encore faire l'*analyse quantitative des albumoses par la méthode de digestion secondaire de Schmidt;* 4° enfin, on peut compléter cette recherche de l'utilisation des albuminoïdes, par le *dosage de l'azote total par la méthode de Kjeldahl.* Et l'on peut voir par ces différentes recherches que l'absence de bile importe peu dans la digestion des aliments azotés; que l'absence de suc pancréatique en entraîne une utilisation très amoindrie, mais que surtout des troubles dans le fonctionnement de l'appareil de résorption intestinale entraînent avec eux une utilisation défectueuse des aliments azotés.

III. Utilité diagnostique et thérapeutique de la méthode coprologique. — Et maintenant que nous avons vu à quelle technique coprologique les connaissances nouvelles acquises sur le rôle de l'intestin et de ses glandes dans la digestion nous ont conduit, voyons à quels résultats cette technique peut nous amener.

Le docteur Ricardo Lynch, dont les travaux sur ce sujet font autorité, les résume en ces mots : « Au fur et à mesure qu'avec le concours d'observations longues et répétées, j'ai acquis plus d'expérience et que j'ai augmenté mes connaissances sur l'aspect et la composition des fèces dans leurs relations avec l'alimentation et les différents états pathologiques ou simplement anormaux des voies digestives, j'ai pu me rendre compte des immenses avantages que les examens susdits offrent aux cliniciens, en leur procurant la coopération inappréciable d'une méthode nouvelle et plus exacte pour *fonder la diagnose*, pour connaître le siège de la maladie, son étiologie et sa pathogénie, pour estimer l'état des digestions, pour mesurer la capacité digestive individuelle en ce qui concerne les différents aliments dont nous nous nourrissons, pour *fixer le régime alimentaire* le plus convenable et faire de la prophylaxie et un traitement efficace.

Il faut donc d'abord apprendre à connaître les différents résidus d'origine alimentaire qu'on trouve dans les fèces, car nous avons là un excellent moyen de savoir avec exactitude, d'après la quantité de ces résidus, leur aspect ou les modifications qu'ils ont subies sous l'influence des sucs digestifs, s'ils ont été bien ou mal utilisés, et dans ce dernier cas, quelle en est la cause.

S'il n'est pas douteux que dans les maladies aiguës et suraiguës des voies digestives, lorsqu'il existe des altérations ou une irritation marquée des parois, lorsque l'affection est accompagnée de troubles intenses dans le fonctionnement de ces organes, lorsque les symptômes ressentis par le malade ou ceux que peut découvrir le médecin par les moyens ordinaires et les changements d'aspect, de circonstance et de composition des selles, sont pathognomoniques, chacun pourra, en constatant ces symptômes, faire un diagnostic plus ou moins exact de l'affection, mais cependant sans pouvoir, dans la plupart des cas, déterminer son étiologie, ni sa pathogénie; il est également certain que les renseignements que fournissent les malades et ceux que le médecin obtient de l'examen clinique aidé de la seule inspection macroscopique des selles sont totalement insuffisants lorsqu'il s'agit de découvrir de petites déviations de la digestion, ou de fonder un diagnostic sur des maladies de l'appareil digestif à leur début.

Ce qui est vrai pour le *diagnostic* est vrai aussi pour la *thérapeutique* et particulièrement pour cette partie si importante de la thérapeutique des affections digestives que l'on nomme la *diététique;* l'examen des fèces permet, en effet, au thérapeute de se placer dans les conditions les meilleures pour déterminer les bases sur lesquelles il faut s'appuyer pour l'alimentation rationnelle. « Il ne faut pas confondre ingestion avec digestion et utilisation des aliments, et on ne doit pas considérer les actes digestifs comme normaux parce que, en apparence, les organes digestifs tolèrent les aliments, ni parce qu'ils opposent une certaine résistance pendant quelque temps aux causes d'irritation et de maladie. Ce serait aussi se tromper que de croire que la digestion se fait normalement parce que le sujet a bon appétit, qu'il se maintient au même poids, ou même augmente transitoirement, qu'il a des selles journalières et qu'elles sont d'aspect considéré communément comme normal à simple vue, ou enfin parce que le sujet qui peut être plus ou moins sensible ne présente aucun symptôme de maladie.

Avec l'examen des fèces, il n'en est pas ainsi, car on peut déterminer avec plus d'exactitude si les divers actes de la digestion se font normalement, en apprenant à connaître les agents qui causent leurs perturbations, et en permettant d'apprécier comment les sucs digestifs ont agi sur les aliments ingérés, et dans quelle mesure ils ont facilité leur absorption.

C'est ainsi que le médecin pourra donner une *alimentation rationnelle suivant la capacité digestive de chaque sujet;* c'est ainsi qu'en particulier, pour ce qui est du régime de suralimentation qu'on impose aux tuberculeux, on pourra vérifier, par l'examen des fèces avec ou sans examen comparatif des urines de quelle façon les aliments sont utilisés, pour tenir compte des quelques facteurs qui dépendent les uns des aliments eux-mêmes, les autres des individus. Il faut en effet se rappeler, en pareille occurrence, cette phrase lapidaire : *L'homme ne vit point de ce qu'il ingère, mais de ce qu'il digère.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCES DU 24 ET DU 31 JUILLET 1905)

Expériences de lavage mécanique du sang. — M. Ch. RÉPIN, dans la séance précédente, avait fait connaître le principe d'un appareil basé sur l'application de la force centrifuge, qui permet d'extraire le plasma d'un animal vivant sans le priver de ses globules sanguins. Au cours d'expériences pratiquées sur la chèvre, M. Répin a constaté que l'on peut soustraire un cinquième du volume total du plasma et le remplacer par une solution isotonique de chlorure de sodium, sans provoquer aucun trouble; au delà de cette limite apparaît une dyspnée d'abord légère, disparaissant si on arrête l'expérience, s'aggravant progressivement au contraire si on continue le lavage du sang, pour aboutir bientôt au tableau complet de l'œdème pulmonaire aigu.

Ce serait à la diminution de viscosité du plasma, résultant de l'introduction d'une grande quantité d'eau, que serait due l'apparition de l'œdème pulmonaire.

La *déplasmatation* pourrait fournir une arme bien plus efficace que la saignée, dans tous les cas où les poisons ou les toxines ne se fixent pas sur les cellules, comme dans l'urémie.

Étude du diaphragme par l'orthodiascopie, par M. H. GUILLEMINOT.

Sur une hémogrégarine des gerboises, par M. A. LAVERAN.

Sur la présence de pigments biliaires chez la sangsue médicinale, par M. G. SPIESS.

(SÉANCE DU 7 AOUT 1905)

Sur la réparation des plaies des cartilages au point de vue expérimental et histologique, par MM. V. CORNIL et P. COUDRAY. — Aucune question n'a été plus controversée que celle de la réparation des plaies cartilagineuses. Si elle est résolue aujourd'hui en ce qui concerne les cartilages à péricondre, il n'en est pas de même pour les cartilages articulaires. Pour Ollier, la cicatrisation est fibreuse avec quelques éléments cartilagineux; d'après Legros et Peyraud, la cicatrice est d'abord fibreuse, puis cartilagineuse. Pour Gies, les plaies du cartilage articulaire, du moins les plaies aseptiques, ne se réparent pas. D'après Lefas, la cicatrisation des plaies très étroites a lieu par un tissu cartilagineux adulte d'emblée. Enfin, Permisi a cité des résultats qui corroborent en partie ceux de Gies, en partie ceux de Lefas.

MM. Cornil et Coudray ont pu constater que c'était dans l'âge différent des animaux en expérience qu'il fallait rechercher l'explication des divergences qui existent dans les résultats obtenus. Chez des chiens encore jeunes, mais presque adultes, des plaies assez étroites sont restées sans aucune tendance à la réparation. Au contraire, chez de très jeunes chiens de sept semaines à trois mois, la cicatrisation s'opéra suivant le même mode que la réparation des cartilages costaux, cicatrice d'abord fibrineuse, puis cellulaire et enfin cartilagineuse, et ceci en raison de l'existence dans le cartilage jeune de vaisseaux sanguins, qui fournissent à ce cartilage les éléments de la cicatrice.

Sur les rôles respectifs de l'accommodation et de la convergence dans la vision binoculaire, par M. Léon PIGEON.

FORMULAIRE

POMMADE A LA CHRYSAROBINE

Dans les eczémas chroniques du dos des mains, le psoriasis, les éruptions parasitaires rebelles, M. Sabouraud recommande :

Chrysarobine	1	gramme.
Oxyde de zinc	5	—
Vaseline	30	—

pour pommade à appliquer en permanence.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Premiers secours aux blessés dans les grandes villes. Nécessité de créer, à Marseille, un service de prompts secours en cas d'accidents ou d'indispositions subites, par le docteur Villard. In-8. — Marseille, Imprimerie méridionale.

Nouvelle méthode de cystoscopie : cystoscope à air, sans partie optique, avec lampe renversée, au plafond, par le docteur F. Cathelin, chef de clinique de la Faculté de médecine à l'hôpital Necker. In-8. — Paris, imprimerie G. Maurin.

Sur la pyélonéphrite et la gravelle d'origine scarlatineuse chez l'enfant, par le docteur A. Monsseaux (de Vittel), ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8. — Tours, imprimerie E. Arrault et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.



N° 94. — MARDI 22 AOUT 1905. 78e ANNÉE. MARDI 22 AOUT 1905. — N° 94.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CLINIQUE CHIRURGICALE
Les fistules d'origine dentaire, par M. Paul Reclus.
TRAVAUX ORIGINAUX
Contribution à l'étude de l'hystérie dans l'armée. Un cas de paraplégie hystérique, par M. Conor.
ANALYSES
Médecine : Les granulations des lymphocytes du sang; — Paralysie générale tuberculeuse.
Chirurgie : Un cas d'anévrisme poplité traité par artériorraphie; — Les fractures de l'astragale et du calcanéum.
Bactériologie : Le pouvoir bactéricide du pus et son mode d'action.
Pédiâtrie : Les lésions congénitales du diaphragme et les troubles respiratoires chez les nouveau-nés.
Thérapeutique : Le bromdiéthylacétamide (neuronal) chez les aliénés.
FORMULAIRE
Les anémones en thérapeutique. — Liniment de Rosen.
LIVRES NOUVEAUX
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Avis.* — S. M. le Schah aurait l'intention d'engager quelques professeurs français pour les écoles en Perse, et notamment un professeur pour la médecine et un professeur pour la chirurgie.

L'engagement de ces professeurs se ferait dans les conditions suivantes :

1° Le traitement affecté à chacun de ces professeurs sera de 12000 à 15000 francs;

2° L'engagement doit être de trois ans;

3° Le contrat pourra être renouvelable si tel est le désir du gouvernement persan et des professeurs;

4° Pour les frais de voyage des professeurs, il sera accordé 1000 francs pour l'aller et 1000 francs pour le retour. Quant aux frais de voyage des familles des professeurs, le gouvernement impérial de Perse ne croit pas devoir s'en charger, cette condition n'ayant d'ailleurs pas de précédent.

Pour la médecine et la chirurgie, adresser les demandes à M. le Doyen de la Faculté de médecine.

LE Ve CONGRÈS INTERNATIONAL D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE, qui devait se tenir à Saint-Pétersbourg en septembre 1905, *est remis à un an.*

Les questions et rapports mis à l'ordre du jour sont virtuellement maintenus au programme, le Comité se réservant de faire connaître aux intéressés les modifications qui pourraient y être apportées.

COURS DE VACANCES, CLINIQUE ET PRATIQUE. — *Manœuvres de diagnostic, examen des malades; technique de laboratoire.* — Ce cours commencera le 18 septembre 1905 (matin) et comportera 24 leçons, faites le matin à 9 h. 1/2 et le soir à 2 h. 1/2, dans les salles et au laboratoire de la clinique médicale Laënnec, par MM. Marcel Labbé, agrégé, et Léon Bernard, médecins des hôpitaux, Lortat-Jacob et Laignel-Lavastine, chefs de clinique, Henri Labbé, chef de laboratoire, et Salomon, ancien interne des hôpitaux, sous la direction de M. le professeur Landouzy.

Programme du cours. — Lundi 18 septembre. — Matin : Technique d'exploration de la perméabilité rénale. Bleu de méthylène; cryoscopie, toxicité des urines. — Soir : Le syndrome d'hyperglycémie. Les diabètes sucrés.

Mardi 19 septembre. — Matin : Les syndromes rénaux : syndrome d'augmentation et syndrome de diminution de la perméabilité rénale. — Soir : Examen chimique des urines : Principes normaux. Urée. Chlorures et chlorurie expérimentale. Phosphates. Coefficients urinaires.

Mercredi 20 septembre. — Matin : Les affections tuberculeuses des reins. Examen histologique et bactériologique des urines. Soir : Examen chimique des urines. Principes anormaux : Sucre. Albumine. Pigments biliaires. Indican. Diazo-réaction.

Jeudi 21 septembre. — Matin : Les syndromes hépatiques. Syndrome vasculaire. Syndromes glandulaires. Hyperhépathie. Hypohépathie. — Soir : Les syndromes surrénaux. Diagnostic de l'insuffisance surrénale.

Vendredi 22 septembre. — Matin : Nutrition. Entretien organique et énergique du corps humain. Matériaux alimentaires : hydrocarbonés, matières grasses, matières albuminoïdes. — Soir : Les syndromes gastriques et intestinaux, sécrétoires et moteurs.

Samedi 23 septembre. — Matin : Entretien et réparation de l'organisme humain. Valeur comparée des aliments. Principes et posologie des régimes diététiques. Déchets réguliers et irréguliers. Formation de l'urine et des fèces. — Soir : Examen chimique du suc gastrique et des matières fécales.

Lundi 25 septembre. — Matin : Examen bactériologique et

cytologique des liquides séreux : pleurétiques, ascitiques. Cyto-diagnostic. — Soir : Les syndromes d'insuffisance hématique. Ochrodermies. Oligémies. Anémies pernicieuses. Chlorose.

Mardi 26 septembre. — Matin : Diagnostic de la tuberculose : stade bacillaire ; stade tuberculeux. Formes communes, frustes et larvées. Auscultation. Percussion. Spirométrie. Examen des crachats. Inoculations. Injections de tuberculine. Sérodiagnostic. — Soir : Diagnostic clinique des formes communes et frustes du tabes. Signes d'Argyll-Robertson. Syndromes radiculaires. Névrites et névralgies.

Mercredi 27 septembre. — Matin : Les syndromes cardiaques et vasculaires. Cardiographie. Sphygmographie. Tension artérielle et sphygmomanométrie. — Soir : Examen du sang. Globules. Hémoglobine.

Jeudi 28 septembre. — Matin : Diagnostic des états typhoïdes : dothiénentérie ; typhobacillose. Séro-diagnostic. Examen des selles. Cultures de sang. — Soir : Diagnostic des hémiplégies organiques et fonctionnelles. Signe de Babinski.

Vendredi 29 septembre. — Matin : diagnostic bactériologique des angines. — Soir : Préparations de sang sec. Formules hémo-leucocytaires. Valeur diagnostique des leucocytes.

Samedi 30 septembre. — Matin : Diagnostic des adénopathies et des splénomégalies. Leucémies et pseudo-leucémies. — Soir : Syndromes paraplégiques. Ponction lombaire. Examen du liquide céphalo-rachidien. Cystoscopie : méningite tuberculeuse ; méningite cérébro-spinale ; fractures du crâne.

— Le montant du droit à verser est de 100 francs pour les douze jours de cours.

Seront admis les docteurs français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, sont délivrés dès à présent jusqu'au 18 septembre 1905, au secrétariat de la Faculté, guichet n° 3, les mardis, jeudis et samedis de midi à trois heures.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 31, 5 août 1905.) Quadrone : Sur l'apparition d'une pleurésie exsudative dans 2 cas de pseudo-leucémie pendant le traitement par les rayons Röntgen.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 29, 20 juillet 1905.) Oberländer : Traitement de l'hypertrophie prostatique. — Kiouka : Causes et nature de la goutte. — Pfeiffer et Friedberger : Nouvelles recherches sur l'action antagoniste des sérums normaux. — Kluigmüller : Progrès dans le traitement des maladies cutanées. — Clopatt : Sur un cas de tumeur médiastinale traitée avec succès par les rayons Röntgen. — Cohn : Uréthrite primitive, non gonococcique, avec de très nombreux bacilles de l'influenza. — Impens : Sur l'anesthésie locale. — Oppenheim et Sachs : Une méthode simple et rapide pour la démonstration du spirochaète pallida. — (N° 30, 27 juillet.) Hoffa : Traitement orthopédique des paralysies. — Vogel : Etude expérimentale sur la désinfection de la peau. — Weber : Sur les psychoses post-traumatiques. — Apelt : Sur l'augustie générale du système aortique. — Herz : La pneumatothérapie dans les maladies du cœur. — Axmann : Sur la radio-activité et sur une nouvelle préparation de radium. — (N° 31, 3 août.) Luigelsheim : Recherches sur la méningite épidémique. — Ribbert : Sur la maladie de Paget. — Joachimsthal et Cassierer : Sur les brides amniotiques et le pied bot ; remarques sur les altérations des nerfs périphériques causées par les brides intra-utérines. — Curschmann : Méthode pour apprécier la sensibilité des muscles et des articulations. — Bloch : Pathogénie de l'ulcère chronique de l'estomac. — Spengler : Nouvelle méthode de guérisosérothérapique de la phtisie pulmonaire par la tumerculine. — Köppen : Diagnostic de l'influenza et pathogénie de ses symptômes. — Apelt : Sur l'augustie générale du système aortique (*fin*).

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 32, 12 août 1905.) D'Halluin : Moyen de combattre les trémulations fibrillaires du cœur.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 30, 25 juillet 1905.) Schotmüller : Etiologie de la pneumonie fibrineuse. — Lüdke : Sur la cytotoxine et en particulier sur l'ovariotoxine et la thyréotoxine. — Vogel : Sur la pathologie du tissu conjonctif. — Beyer : Influence de la bicyclette sur le cœur. — Gangele : Tumeurs adipeuses inflammatoires des articulations du genou et du pied. — Sondermann : La suppuration des fosses nasales chez les enfants traitée par l'aspiration. — Schulze : Un cas de subluxation spontanée de la main vers en bas. — Hahn : Le support pour extension de la tête. — Krull : Table pour la narcose et les opérations. — (N° 31, 1er août.) Forster et Kayser : Sur la présence de bacilles typhiques dans la bile des typhiques et des « porteurs de bacilles typhiques ». — Oberndorf : Sur la multiplicité des tumeurs. — Noegerrath et Stachelin : Sur la présence du spirochaète pallida dans le sang des syphilitiques. — Rebentisch : Guérison radicale de la rétention d'urine due à l'hypertrophie de la prostate par la prostatectomie totale sus-pubienne. — Brüns et Müller : Passage des larves d'ankylostome à travers la peau humaine ; importance de ce mode d'infection pour la dissémination et la prophylaxie de cette maladie parasitaire. — Riches : Une modification de la méthode de coloration de Zollikofer. — Joseph : Sur la diminution du nez. — Stubenrauch : Un crochet trachéal simple pour le changement des canules. — Leo : Fixation de l'acidité du contenu gastrique. — Lüdke : Sur la cytotoxine et particulièrement sur l'ovariotoxine et la thyréotoxine (*fin*). — Beyer : Influence de la bicyclette sur le cœur. — (N° 32, 8 août.) Breyer et Grützner : Un hémomètre simple pour le praticien. — Herff : L'amélioration de la position dans la présentation de la face présente-t-elle un avantage particulier ? — Neubauer : La fructosurie. — Arneth : Les globules blancs et rouges dans le traitement de la leucémie par les rayons Röntgen. — Gaupp : Les états dépressifs à un âge avancé. — Frænkel : Action de la digitale chez l'homme sain. — Uffenheimer : La perméabilité du duodénum des animaux nouveau-nés pour les microbes et les substances albuminoïdes. — Cnopf : Influence de la lumière rouge sur les scarlatineux, observée à l'hôpital des enfants de Nuremberg. — Klienfberger : Sur le véronal. — Reiche : Varices pulsatiles du front dans un sinus frontal anormal. — Cahen : Sur la fistule biliaire.

Revue générale des sciences pures et appliquées. — (N° 15, 15 août 1905.) Espitallier : Le matériel aérostatique et la construction des ballons sphériques. — Guinchant : Les phénomènes de luminescence et leurs causes. — Pépin : Auguste Comte et l'histoire scientifique.

Revue scientifique. — (N° 7, 12 août 1905.) Giard : L'évolution des sciences biologiques. — Malmejac : Rôle hygiénique des matières organiques des eaux. — Gatin : Le code de nomenclature botanique.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA CHARITÉ

LES FISTULES D'ORIGINE DENTAIRE

Par le professeur Paul RECLUS.

Dès les premiers jours de ma pratique chirurgicale j'eus à essuyer un cruel mécompte. Un avocat distingué vint me consulter pour une fistule de la joue qui empoisonnait véritablement sa vie; elle siégeait en dehors de l'aile du nez, à trois centimètres au-dessous de l'œil et à son orifice perlait, à d'assez courts intervalles, une gouttelette de pus. Aussi, pour voiler cette ulcération suintante, avait-il pris l'habitude d'agiter sans cesse au-devant un fin mouchoir étalé en éventail. Je crus, comme le médecin qui l'avait déjà soigné, à une carie de l'os sous-jacent; j'incisai, j'excisai, je curetai, je cautérisai, je décollai, je suturai, il n'est guère de manœuvres chirurgicales auxquelles je ne me livrai sur le malheureux patient, jamais lassé et que ne rebutait aucune souffrance; mais régulièrement, après chaque tentative, le pus apparaissait au travers des lèvres désunies de la plaie et la fistule se réinstallait triomphante. Lorsqu'un jour, avec l'aide de mon ami, jeune alors, le regretté Bouilly, nous eûmes l'idée d'arracher la dent canine du côté correspondant et en trois jours la fistule était tarie.

Le souvenir de cette mésaventure me revient en mémoire à propos d'une malade que nous avons dans le service. Elle porte à la partie moyenne du cou, à droite, sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, un orifice déprimé, une sorte de capitonnage, du fond duquel émerge un bourgeon charnu perforé où sourd une gouttelette de pus. Cet aspect caractéristique, que je n'ai plus oublié depuis mon malade d'il y a vingt-cinq ans, me fit immédiatement penser à une fistule dentaire, et de fait, l'examen de la bouche me montra les deux prémolaires en partie détruites et à leur place deux chicots enfouis dans la muqueuse ulcérée. J'allais préciser mon diagnostic lorsqu'on m'apprit que, la veille, le jury du bureau central avait donné ce malade à un des candidats, chirurgien des plus remarquables, et qui avait conclu à une fistule d'origine branchiale. Or cette opinion devait sans doute être celle du jury, puisqu'il avait accordé une excellente note au postulant.

Très surpris, mais non convaincu, je fis extraire les deux chicots et j'attendis : j'attendis avec d'autant plus de confiance que ces bourgeons charnus et ce pus ne sont pas le fait des fistules congénitales et que l'histoire de la malade était en faveur de notre diagnostic : depuis l'âge de dix ans, elle souffrait des dents de la moitié droite du maxillaire inférieur; or, de ce même côté, trois ans après, apparut une tuméfaction douloureuse dans la partie moyenne du cou; elle fut ouverte et donna issue à une quantité considérable de pus. La cicatrisation se fit; mais à dix-sept ans, nouvel abcès que l'on incise; il se ferme, et la guérison paraissait durable lorsque, cette année, le 15 mai dernier, la cicatrice rougit, s'ulcère et la fistule s'organise. C'est alors que la malade me fut envoyée, et que le diagnostic de fistule branchiale fut porté à notre grand étonnement. L'évolution du mal ne tarda pas à faire la lumière : un volumineux abcès suivit l'ablation des deux chicots; or, signe caractéristique, cette collection purulente s'ouvrit par la fistule. Puis le foyer, que n'entretenaient plus les deux racines dentaires cariées, ne tarda pas à s'oblitérer. La malade a quitté l'hôpital, puis est revenue nous revoir avec une cicatrice solide, nous racontant sa joie d'avoir échappé à l'opération délicate dont on lui avait parlé : la dissection ardue du long trajet canaliculé qui côtoie la carotide primitive, la jugulaire, le pneumogastrique et le grand sympathique.

Cependant, nous devrions bien connaître ces fistules d'origine dentaire, car, depuis Celse, on sait leur existence, leur ténacité et le moyen de les guérir; ces notions ne s'étaient pas perdues pendant le moyen âge, puisqu'on a une observation du XVe siècle, où Benevieni, médecin de Florence, avait cicatrisé par l'extraction d'une dent une fistule mentonnière; un siècle plus tard Ambroise Paré, signalait à la fois la difficulté du diagnostic et l'efficacité du traitement indiqué par Celse; au XVIIIe siècle, Jourdan multipliait les observations de suppuration entretenue par des dents gâtées et citait le cas d'une femme qu'une extraction opportune débarrassa d'une fistule vieille de quatorze années. Au commencement du XIXe siècle Duval, beau-père du premier Magitot et grand-père du second, désignait le premier cette affection sous le nom de fistule dentaire, accepté de tous, quoique nommée aussi fistule odontopathique. Depuis, les travaux se sont multipliés et Boyer, Chassaignac, Velpeau, plus près de nous, Magitot, puis, Roux de Meximieux en 1872, enfin la pléiade des odontologues actuels ont accumulé les recherches sur cette question excellemment résumée dans la thèse de W.-B. Pietkiewicz, élevé à trop bonne école pour ne pas connaître à fond le sujet.

La fistule odontopathique prend naissance sur l'alvéole infectée par la racine d'une dent malade. Le trajet canaliculé suppurant vient aboutir soit à la muqueuse, soit à la peau, de là les fistules muqueuses et les fistules cutanées. Les premières, bien que de beaucoup les plus fréquentes, ne nous occuperont pas : d'abord parce qu'elles sont moins pénibles et puis parce qu'elles appartiennent surtout à nos collègues spécialisés. Nous dirons simplement que leur trajet est en général plus court et qu'il s'ouvre le plus souvent sur les gencives ou le sillon gingivo-buccal le plus proche, bien qu'on en ait vu déboucher fort loin dans les cavités nasales ou pharyngiennes, dans le sinus maxillaire. Les fistules cutanées, au contraire, doivent retenir notre attention : elles déroutent souvent notre diagnostic à cause même de leur point d'arrivée, souvent très éloigné du point de départ : si elles sont plus fréquentes sur les joues et au menton, on les a vues sous l'œil, dans les régions parotidienne, temporale et occipitale, au-dessus et au-dessous de l'os hyoïde, dans le creux sus-claviculaire et même dans la région thoracique

supérieure. J'ai vu, chez un homme de trente-cinq ans, une fistule qui s'ouvrait au-dessous de la clavicule, près du sternum; son médecin croyait à une ostéite de l'un de ces deux os, ou à une arthrite de l'articulation sterno-claviculaire. Très averti par la dure leçon donnée par mon premier malade, je soupçonnai une fistule odontopathique et de fait l'avulsion d'un chicot tarit le trajet suppurant.

C'est l'infection de l'alvéole, l'altération de la dent surtout, de son apex, qui est la cause de ces fistules aberrantes. On trouvera, dans la plupart des cas, une carie à orifice patent ou latent, une fissure par où les germes auront pénétré dans la dent et infecté la pulpe, et les cas sont très rares où le périoste alvéolo-dentaire est seul atteint. Et même si un traumatisme violent, la présence d'un corps étranger, arête de poisson, poil d'une brosse rude, a provoqué l'inflammation, la racine de la dent ne tarde pas à être envahie et c'est elle qui entretient la fistule. Le pus perfore l'alvéole : s'il sort à travers la gencive, au-dessus du sillon gingivo-buccal, c'est une fistule muqueuse qui se constitue, et c'est le cas le plus fréquent pour le maxillaire supérieur; en effet, les racines de ses dents ne remontent pas au-dessus de ce sillon gingivo-buccal, si toutefois nous en exceptons la canine. Aussi dans le cas que je vous citais au début de cet entretien, était-ce la canine qui avait provoqué la fistule jugale que nous avons eu tant de mal à guérir.

Pour les maxillaires inférieurs il n'en est pas de même et ici les fistules muqueuses sont l'exception et les fistules cutanées la règle. Le pus fourni par le périoste alvéolaire de l'apex ulcère l'os au-dessous du sillon gingivo-buccal; il arrive sous la peau qu'il perfore et nous avons alors les fistules jugales si fréquentes dans la région massétérienne et sur le bord inférieur du maxillaire inférieur; mais souvent aussi ce pus chemine, entraîné par la pesanteur, et aborde la région mentonnière et sus-hyoïdienne; parfois enfin il décolle les tissus, fuse au loin et nous avons ces trajets contournés, bizarres, parfois multiples, qui finissent par aboutir au cou, près du larynx, du corps thyroïde, dans le creux sus-claviculaire, et même dans la région pectorale. Un abcès apparaît d'abord qui peu à peu ulcère la peau, puis le pus s'écoule au dehors, la poche se vide, la cavité se comble en partie, se rétrécit et fait place à un orifice en cul-de-poule, qui pique d'un capiton les tissus sur lesquels il s'implante.

Ce simple aspect doit déjà éveiller l'idée de fistule dentaire, et vous devez aussitôt procéder à l'inspection de la bouche. Le plus souvent les altérations dentaires seront des plus nettes : vous trouverez un chicot, ou du moins une dent à couronne cariée. Mais les lésions peuvent être plus discrètes : il faut savoir dépister une carie commençante dissimulée au collet de la dent ou cachée par les dents voisines; il faut, par la percussion, reconnaître une dent douloureuse, qui du reste a déjà perdu son brillant, sa transparence, ainsi qu'on s'en assure en mettant dans la bouche une petite lampe électrique ou la lame incandescente du thermocautère. L'existence d'une fistule d'une part et d'une dent malade d'autre part suffit pour établir le diagnostic de fistule odontopathique.

Avec quelle affection pourriez-vous la confondre? Les écrouelles, comme le dit Ambroise Paré? mais les écrouelles sont en surface et non en profondeur. Les fistules branchiales, surtout lorsqu'elles succèdent à un kyste congénital enflammé et ouvert peuvent induire en erreur; et vous avez vu comment, dans notre cas, la confusion s'est produite : en effet notre fistule odontopathique siégeait sur le bord du sterno-mastoïdien, à quelques centimètres au-dessus de la clavicule, lieu où l'on observe d'habitude l'orifice des fistules branchiales, et l'existence de bourgeons charnus purulents pouvait à la rigueur s'expliquer par l'existence d'un kyste congénital qui se serait infecté, abcédé et ouvert, donnant naissance à ce que l'on a nommé les fistules congénitales « secondaires ». Mais les commémoratifs, la suppuration persistante, l'existence de dents malades, en dernier lieu la guérison par l'extraction de ces dents ont établi le diagnostic.

Il est des cas où les fistules sont si nombreuses, les tissus si altérés, l'œdème et l'inflammation si considérables qu'on pourrait croire à des suppurations chroniques ou à des tumeurs malignes. Roux de Meximieux a publié une observation où les parties molles du côté droit de la tête et du cou étaient dures, comme squirrheuses, et présentaient douze orifices suppurants au cuir chevelu, à la tempe, à la région sous-orbitaire, à la joue et sous la clavicule. On crut à un cancer, on crut à la scrofule, de nos jours on aurait prononcé le mot de phlegmon ligneux et surtout d'actinomycose. Or, après l'extraction de quatre molaires à la mâchoire inférieure et de deux à la supérieure, le malade guérit.

Donc, le diagnostic est facile : il suffit d'être averti et de bien connaître l'existence de ces fistules. Le traitement est des plus simples : pour cicatriser la fistule, il suffit de tarir la source du pus. Le moyen le plus radical, le seul auquel nous ayons recouru dans nos quatre cas, c'est l'extraction de la dent. Deux fois nous avions un chicot sans valeur triturante et inutile pour la prothèse; nous n'avions qu'à les extirper; une autre fois la dent était presque complètement découronnée et l'extraction s'imposait; une quatrième fois les lésions étaient moins avancées et peut-être, à cette heure, au lieu de sacrifier l'organe, dirigerions-nous notre malade vers un de nos confrères spécialisés qui réussirait à guérir la fistule par des moyens moins expéditifs.

Notre jeune confrère Pietkiewicz à la récente thèse de qui, je vous ai a déjà renvoyés, étudie particulièrement ce point thérapeutique et divise les moyens susceptibles de guérir les fistules dentaires en procédés de force et en procédés de douceur, et même ses procédés de force ne sacrifient que rarement la dent; nos collègues de l'odontologie n'aiment pas l'extraction : ils reculent devant la perte d'un des trente-deux clients que leur procure une bouche adulte. Aussi l'avulsion n'est-elle admise

que lorsque la dent n'est plus qu'un débris de racine, impropre même à l'implantation d'un pivot. Avant d'en venir à cette extrémité, ils préfèrent la trépanation de l'alvéole qui aborde la racine de la dent et permet de réséquer l'apex; ils ont recours à l'avulsion temporaire grâce à laquelle on peut réséquer les parties malades, combler les trous de carie désinfectés au préalable et replanter la dent. Les procédés de douceur, applicables à des lésions moins graves, consistent à faire passer dans le canal dentaire, déjà ouvert ou qu'il faut trépaner, des liquides antiseptiques qui tarissent les fistules.

Nous n'entrerons dans le détail d'aucun de ces procédés accessibles cependant à tous les praticiens, mais qui demandent un outillage, possédé presque uniquement par les spécialistes des maladies de la bouche. C'est à eux qu'il convient de nous décrire ces manœuvres qu'ils ont imaginées et qu'ils pratiquent journellement. Mais du moins rappelez-vous la facilité avec laquelle guérissent ces fistules et combien deviennent coupables les opérations inefficaces d'ailleurs, auxquelles, dans notre ignorance, nous serions tentés de recourir, ces résections osseuses, ces grattages du maxillaire, ces extirpations de trajets fistuleux, les avivements et les sutures. Ces méthodes brutales ne guérissent rien tandis que des interventions légères mais « adéquates » font disparaître le mal en quelques jours.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HYSTÉRIE DANS L'ARMÉE

UN CAS DE PARAPLÉGIE HYSTÉRIQUE

Par le docteur CONOR,
Médecin-major de deuxième classe.

Actuellement la réalité de l'hystérie masculine n'est plus en cause. Depuis les travaux de Charcot, il est définitivement établi que l'homme peut être atteint de cette névrose.

Il n'y a donc pas de raison pour que les soldats en soient indemnes.

En effet, les cas d'hystérie signalés dans l'armée sont chaque jour plus nombreux. Si nous consultons la statistique médicale de l'armée française, nous voyons que les éliminations par réforme pour cette névrose ont été, dans ces dernières années, de 171 en 1900, 144 en 1901, et 151 en 1902. Ces chiffres ne représentent qu'un minimum, car certainement des hystériques sont réformés sous le diagnostic de vertiges, nostalgie, épilepsie, paralysie, contracture, etc.

Dans les armées étrangères l'hystérie est aussi regardée comme fréquente, ainsi qu'il ressort des travaux de Janssen (Hollande), Blumenau et Osertez Kowsky (Russie), Stier, Heyse (Allemagne), Sgobbo (Italie), Perdigao (Espagne).

Ajoutons que, dans les guerres, cette névrose se manifeste aussi fréquemment. Les travaux de Larrey, Pirogoff, Weir Mitchell, en relatent des cas facilement reconnaissables; il en est de même des observations plus récentes de Pétersau et Borstel, de Nimier.

En ce qui nous concerne personnellement, nous avons observé plusieurs cas d'hystérie manifeste et nous avons reconnu, en recherchant les stigmates chez les militaires, que les soldats entachés de tare hystérique se rencontrent assez fréquemment.

L'observation suivante, relatant un cas de paraplégie hystérique, nous a paru intéressante à faire connaître.

Henri G..., soldat au 5e regiment d'infanterie ayant fait, comme appelé, un an de service.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort au commencement du mois d'août 1904, d'une maladie qui a duré cinq jours et caractérisée, nous dit le malade, par des crises d'étouffement. Sa mère vit bien portante, ainsi que ses frères et sœurs.

Antécédents personnels. — Avant son incorporation G... exerçait la profession de terrassier et n'a jamais interrompu son travail pour cause de maladie. Nous ne trouvons chez lui aucune trace de syphilis, mais le malade avoue des habitudes alcooliques.

Depuis son arrivée au régiment, il a fait trois séjours à l'infirmerie pour courbature et deux à l'hôpital pour angine et bronchite. A la suite de cette dernière affection, il part en convalescence de vingt jours en juillet 1904.

C'est pendant ce congé que son père tombe malade et meurt. Cette soudaineté dans l'apparition de la maladie et la mort de son père semble l'avoir frappé fortement.

Le 8 août, il entre à l'hôpital de Dieppe dans le service de M. le médecin-major Solmon.

Le malade n'a pas de fièvre à son entrée, mais accuse une gêne respiratoire à droite avec oppression.

La respiration paraît soufflante et fait penser à un point de pneumonie, mais le lendemain ces phénomènes ont disparu.

Néanmoins, pendant son séjour à l'hôpital ces accès de suffocation se renouvellent plusieurs fois, débutent et cessent brusquement, sans cause.

Le malade présente également des élévations de température correspondant en général à ces crises, d'autres fois le thermomètre descend au-dessous de 35 degrés.

A la fin du mois d'août G... s'aperçoit d'une diminution de force dans les deux jambes, s'accentuant progressivement sans jamais donner lieu à des phénomènes douloureux.

Le malade est évacué sur l'hôpital de Rouen pour être mis en observation, et il y entre le 30 septembre 1904, dans le service de M. le médecin-major Simon, que nous remplacions.

A son entrée, nous trouvons un homme fortement constitué, d'une intelligence moyenne.

Nous constatons l'intégrité actuelle de son appareil respiratoire. Rien du côté du cœur, de l'estomac ou de l'intestin.

L'état général est bon, le malade ne souffre pas, a un bon appétit.

L'attention est appelée surtout du côté des membres inférieurs.

A la vue, nous ne remarquons pas d'atrophie musculaire appréciable : les jambes et les cuisses ont un volume qui paraît normal et on sent bien à la palpation les masses musculaires. Les jambes présentent un abaissement manifeste de la température, mais on n'y décèle aucun trouble trophique, aucune contracture.

Quand on fait lever le malade, on voit qu'il peut à peine se soutenir. Lorsqu'il marche, aidé par deux infirmiers, il traîne ses pieds sans aucun mouvement spasmodique, et l'on sent

que ses jambes ne remuent que soulevées par les muscles des cuisses.

Le malade peut néanmoins se tenir debout.

La force musculaire, examinée en s'opposant aux mouvements, permet de constater que la paralysie n'est pas complète et que les muscles résistent un peu.

La contractilité électrique est normale.

La sensibilité cutanée est complètement abolie aux deux jambes. Le malade ne sent aucunement quand on le touche ou le pique; il ne perçoit pas non plus les sensations de froid ou de chaud, ni le passage du courant électrique.

Cette anesthésie présente une topographie caractéristique. Elle n'existe pas à la surface plantaire; on la rencontre sur le reste du pied, sur toute la surface de la jambe, et elle cesse brusquement au niveau du genou, limitée par une ligne perpendiculaire à l'axe du membre.

C'est l'anesthésie « en bottes ».

Le reste de la surface cutanée du corps ne présente aucun trouble de la sensibilité. Les membres supérieurs sont intacts, ainsi que la face.

Les réflexes rotuliens sont très manifestement exagérés; il n'existe pas de trépidation épileptoïde du pied. Le réflexe cornéen est conservé. Quant au réflexe pharyngien, il est complètement aboli : l'introduction d'une cuiller dans la gorge ne provoque aucune nausée.

Les pupilles sont égales et réagissent normalement, le malade voit bien, mais présente du rétrécissement du champ visuel.

Il n'existe aucun trouble du goût ni de l'ouïe, mais le sens de l'odorat paraît très obtus. Enfin les sphincters sont intacts.

G... ne souffre pas, il ne se plaint ni de douleurs, ni de fourmillements du côté des jambes.

Le malade sort de l'hôpital avec un congé de réforme n° 2.

En raison des symptômes que nous venons de relater, nous nous trouvons en présence d'un malade atteint de paraplégie hystérique.

A. Les *paralysies hystériques* sont connues depuis longtemps et ont fait l'objet de nombreux travaux. Qu'il nous suffise de citer ceux de Sydenham, Mesnet, Macario, Landouzy, Briquet, Charcot.

Les causes en sont multiples. Elles s'observent en général de dix-sept à quarante ans, et sur un terrain prédisposé.

Elles peuvent se produire soit à la suite d'attaques convulsives, soit après des maladies infectieuses, soit à l'occasion d'une chlorose, d'un traumatisme, etc. (Guinon). On remarque quelquefois que la disparition d'un symptôme de la névrose peut être remplacé par le phénomène paralysie.

Enfin, les émotions, les secousses morales, le surmenage, sont fréquemment la cause occasionnelle de ces paralysies.

Nous ne nous étendrons pas sur leur physiologie pathologique. Les uns (Macario, Landouzy) les attribuent à la déperdition de l'influx nerveux pendant les attaques. Pour Romberg, Winslow, Jaccoud, il n'y a pas de troubles de l'innervation spinale; la transmission peut se faire, mais c'est l'impulsion motrice qui fait défaut. D'après Eichmann, Niemeyer, la paralysie est d'origine centrale et due à des troubles légers de nutrition. Valérieux invoque l'affaiblissement de la polarité électrique des muscles et Henrot et Bénédikt unissent les origines centrale et périphérique. Enfin Lépine admet comme origine des paralysies hystériques, un trouble physico-mécanique consistant en une insuffisance temporaire de la transmission interneurotique de l'influx nerveux.

Actuellement, on peut diviser en deux classes les théories qui cherchent à expliquer l'hystérie et ses divers symptômes. D'une part, la théorie psychologique, due à l'école de Charcot, qui considère la névrose comme une maladie mentale, ainsi que les opinions voisines de Bernheim et de P. Janet. Et, d'autre part, la théorie physiologique de Sollier, pour lequel le trouble primitif est une modification fonctionnelle du cerveau qui, momentanément ou de façon durable, partiellement ou en totalité, est frappé d'un sommeil, d'un engourdissement qui y produit un certain nombre de phénomènes d'arrêt (M. de Fleury).

B. Quels sont les *caractères de ces paralysies hystériques?*

Il y a deux sortes de phénomènes à examiner dans ces cas, afin d'assurer le diagnostic : les *signes somatiques* de la paralysie et les *stigmates* de la névrose.

Les phénomènes paralytiques apparaissent d'une façon brusque ou lente, et procèdent par segment de membre ou par hémiplégie, et non par groupes musculaires dépendant d'un rameau nerveux commun.

C'est une paralysie flasque qui ne passe jamais à l'état spasmodique comme dans les paralysies organiques, et qui souvent n'est pas absolue, le malade pouvant faire faire quelques mouvements au membre atteint. Il peut y avoir diminution de volume des muscles, mais l'atrophie vraie est rare (Charcot et Babinsky), et la contractilité électrique est conservée.

Les réflexes tendineux sont normaux ou exagérés.

L'anesthésie cutanée concomitante est la règle : elle procède par segments de membre et suit en général la paralysie. La topographie dite « en manche d'habit, en botte » est très fréquente. Cette anesthésie peut s'appliquer au tact, à la piqûre, à la température.

Aux membres atteints, on ne constate aucun trouble vasculaire ou trophique, les téguments ont leur couleur normale, mais pourtant on note fréquemment un léger abaissement de la température.

Voilà pour les signes somatiques. Mais il est également nécessaire de rechercher les stigmates de la névrose.

Et d'abord, il faut fouiller le passé des malades et étudier l'influence héréditaire.

Rappelons à ce sujet que l'hérédité neuro-arthritique joue dans l'hystérie un rôle prépondérant (Briquet, Charcot), et qu'il y a lieu de rechercher l'hérédité de transformation plus fréquente et plus difficile à déceler que l'hérédité similaire.

Les antécédents personnels doivent aussi être recueillis afin de savoir si le malade a présenté antérieurement des accidents hystériques, attaques, contractures, etc.

On recherchera alors avec soin les troubles de la sensibilité, les plaques cutanées d'anesthésie ou d'hyperesthésie, l'anesthésie du pharynx, de la cor-

née ou des conjonctives, l'état des réflexes, les symptômes sensoriels (rétrécissement du champ visuel, perte de l'odorat, etc.), ainsi que les troubles du côté des appareils digestif, respiratoire, circulatoire, urinaire.

Muni de ces deux ordres de renseignements : signes somatiques et stigmates, le diagnostic s'éclairera souvent, alors qu'un examen non méthodique n'aurait pas donné d'indications précises sur la nature de l'affection.

Le diagnostic pourra, dans ces conditions, se discuter avec fruit. C'est ce que nous ferons pour l'observation que nous avons relatée.

C. Dans notre cas, on pouvait songer à plusieurs affections du système nerveux.

Nous éliminerons de suite la *méningite*, dont notre malade n'a présenté ni les symptômes ni l'évolution.

Dans la *myélite transverse*, on peut observer, comme chez notre malade, des phénomènes de paralysie flasque, de l'exagération des réflexes, mais nous aurions noté un début plus brusque, de la trépidation épileptoïde du pied, des troubles des sphincters.

Le *tabes* nous aurait donné une marche plus progressive, des douleurs fulgurantes, une démarche caractéristique, des troubles vésicaux, le signe d'Argyll-Robertson.

Dans la *sclérose en plaques*, on note des troubles de la motilité, de l'exagération des réflexes, mais notre malade a des troubles de la sensibilité et chez lui on n'observe ni tremblement intentionnel, ni nystagmus, ni embarras de la parole. Nous rejetons donc ce diagnostic.

La *poliomyélite antérieure* se fait remarquer par de l'amyotrophie, de la diminution de la contractilité électrique, de l'affaiblissement des réflexes tendineux, symptômes que nous n'avons pas observés. Et nous savons d'autre part, que dans la poliomyélite les extrémités des membres sont souvent respectées et que les troubles de la sensibilité ont une place secondaire, tandis que notre malade présente une anesthésie très marquée et que ce sont les jambes qui sont atteintes.

Plusieurs symptômes attirent l'attention du côté du *système nerveux périphérique*.

De toutes les descriptions, il résulte que la névrite périphérique est une affection très protéiforme, et, en raison de ce polymorphisme, la symptomatologie en est difficile à établir.

Raymond, Eichorst, Hirt, disent même qu'il n'y a pas de description générale possible.

Néanmoins, on peut lui assigner comme symptômes rencontrés généralement : une paralysie s'établissant lentement, des douleurs et des fourmillements spontanés et à la pression sur les cordons nerveux, des troubles de sensibilité dont la topographie suit le territoire des nerfs atteints.

D'autre part, les réflexes tendineux sont diminués ou abolis, il existe une réelle atrophie musculaire, de la diminution de la contractilité électrique, souvent des troubles trophiques.

Or chez notre malade, s'il existe une paralysie avec troubles de la sensibilité, ceux-ci affectent la forme dite « en bottes » et se manifestent sur toute la jambe, cessant brusquement au niveau du genou, sans suivre aucunement la topographie des territoires nerveux. Nous ne constatons ni atrophie marquée, ni douleurs, ni troubles trophiques.

Enfin les réflexes tendineux sont exagérés et la contractilité électrique est conservée.

Si, à ces signes somatiques, nous ajoutons les crises d'étouffement que plusieurs fois et sans cause apparente notre malade a présentées, l'absence du réflexe pharyngien, la diminution du sens de l'odorat, le rétrécissement du champ visuel, nous sommes tentés d'admettre que cette paraplégie est d'origine hystérique.

Nous pouvons en effet éliminer toute étiologie infectieuse ; car, chez notre malade, les troubles du côté du système nerveux ne se sont pas manifestés à la suite d'une infection, pneumonie, grippe, fièvre typhoïde, etc.

Le mode de début, l'évolution, les symptômes, nous semblent devoir être rattachés à une manifestation de la névrose.

N'oublions pas de signaler un symptôme épisodique important et relativement rare : la fièvre. Nous voyons, par l'étude de la courbe thermique, que le malade a eu des élévations de température, notamment à l'occasion de ses accès de suffocation.

Le thermomètre présentait aussi des oscillations paradoxales, descendant parfois au-dessous de 35 degrés. Ces phénomènes nous paraissent être de la *fièvre hystérique*. Ce symptôme, dont la réalité n'est plus en cause aujourd'hui, a été signalé par Briquet, Briand et depuis par Debove, Deleuil, Larré. On comprend d'ailleurs très bien que dans l'hystérie, dans laquelle tous les centres nerveux peuvent être intéressés, les centres thermiques puissent également être troublés dans leurs fonctions.

Pour Bernheim, la fièvre hystérique aurait une origine infectieuse. Il s'agirait de retour à la virulence des microbes pathogènes sous l'influence de la dépression organique causée par l'émotion, la commotion morale, etc.

D. Mais, peut-on se demander quelle a été *la genèse de ces symptômes hystériques?*

Nous croyons que la névrose de notre malade a été occasionnée par la secousse morale qu'il a ressentie en raison de la soudaineté de la maladie et de la mort de son père.

Ce qui nous porte à le croire, c'est le fait suivant. Quand nous l'interrogeons, il insiste sur les crises d'oppression qu'il a observées chez son père avant sa mort.

Or, nous savons que notre malade a également présenté des accès de suffocation, survenant sans cause et cessant de même.

Le tableau des crises de son père l'a impressionné vivement et s'est gravé à son insu d'une façon grossière peut-être, mais suffisante, dans son cerveau prédisposé; et, entré à l'hôpital, il a reproduit le symptôme qui l'a frappé.

Cette hypothèse nous paraît plausible.

Nous conclurons donc en disant que les phénomènes paralytiques que nous avons observés sont impu-

tables à une hystérie développée à la suite d'une violente secousse morale chez un homme prédisposé en raison de ses antécédents alcooliques.

BIBLIOGRAPHIE

BENEDIKT. *Beobachtungen uber Hysterie*, 1863. — BERNHEIM. *Revue méd. de l'Est*, 1904, n° 1. — BOLANOS. Th. de Montpellier, 1885. — BRIQUET. *Traité de l'hystérie*, 1859. — CHARCOT. *Leçons*, 1872. — DEBOVE. Soc. méd. des hôpit., 1885. — DELEUIL. Th. de Montpellier, 1887. — EICHMANN. *Zeits. d. deuts. Chir.*, 1852. — EICHORST. *Pathologie interne*. — M. DE FLEURY. *Maladies du système nerveux*, 1904. — GUINON. Th. de Paris, 1899. — HENROT. *De l'anesthésie hystérique*, 1847. — HIRT. *Pathologie des maladies du système nerveux*. — P. JANET. Th. de Paris, 1893. — JACCOUD. *Les paraplégies*, 1864. — LANDOUZY. Th. d'agrég., 1880. — LARRÉ. Th. de Paris, 1903. — LEBRETON. Th. de Paris, 1868. — LÉPINE. *Revue de méd.*, 1898. — MACARIO. *Ann. médico-psychol.*, 1844. — MESNET. Th. de Paris, 1852. — NIEMEYER. *Eléments de pathologie*, 1859. — ROMBERG. *Nervenkrankheiten*, 1840. — RAYMOND. *Leçons sur les maladies du système nerveux*. — SOLLIER. *Genèse et nature de l'hystérie*, 1897. — WINSLOW. *Obscure diseases of the brain*, 1860.

ANALYSES

MÉDECINE

Les granulations des lymphocytes du sang. (M. H. SCHRIDDE. *Münch. med. Woch.*, 27 juin 1905, n° 26, p. 1233.) — A l'aide d'un procédé particulier de fixation et de coloration du sang, l'auteur est parvenu à mettre en évidence des granulations spéciales dans le protoplasma des lymphocytes. Le volume de ces granulations est intermédiaire entre celui de granulations éosinophiles et des granulations neutrophiles des leucocytes polynucléaires. Ces granulations sont au nombre de 60 à 80, en moyenne pour chaque lymphocyte. Elles sont serrées les unes contre les autres autour du noyau ; leur forme est particulière ; elles sont un peu allongées et ont l'aspect de bâtonnets trapus. Ces granulations, contrairement à celles qu'ont décrites jusqu'à présent certains auteurs, existent d'une façon constante dans tous les lymphocytes.

A. LEMIERRE.

Paralysie générale tuberculeuse. (KLIPPEL. *Revue neurol.*, 1905, p. 377-381.) — Un homme de trente-trois ans meurt après avoir présenté, pendant trois ans, le syndrome de la paralysie générale, reconnu par plusieurs aliénistes. A l'autopsie, on ne trouve pas de méningo-encéphalite diffuse, mais seulement, disséminés dans le cerveau, le cervelet et le mésencéphale, de gros tubercules caséeux, avec encéphalite et méningite de *voisinage seulement*. Au point de vue histologique, à part les régions circonscrites, il n'y avait nulle part de diapédèse, dans l'encéphale, mais seulement des lésions dégénératives diffuses.

L. ALQUIER.

CHIRURGIE

Un cas d'anévrisme poplité traité par artériorraphie. (PANTZER. *Lancet-Clinic*, mai 1905.) — Dans un cas d'anévrisme poplité sacciforme, consécutif à un coup de feu, et rompu, Pantzer se contenta de suturer l'artère. Par suite de circonstances particulières, il fut obligé de suturer transversalement l'incision longitudinale. Le malade mourut quelque temps après des suites d'une infection urinaire préexistante à l'opération. L'examen de la poplitée montra une réunion parfaite, avec calibre plus grand au niveau de la suture qu'au-dessus ou au-dessous, ce qui tient au mode de suture employé. De ce cas, l'auteur conclut que la suture peut servir au traitement de l'anévrisme traumatique : qu'il est bon d'opérer de bonne heure ; que l'athérome, même étendu, n'est pas une contre-indication absolue ; et qu'enfin la plicature de soutien des parois du sac (méthode de Matas) n'est pas nécessaire.

FAXTON E. GARDNER.

Les fractures de l'astragale et du calcanéum. (EISENDRATH. *Annals surg. Philad.*, vol. XLI, n° 3, p. 363.) — L'emploi de la radiographie a montré que les fractures isolées des os du tarse sont bien plus fréquentes qu'on le supposait auparavant. Eisendrath en rapporte plusieurs observations. En résumé, dit-il, ces fractures peuvent se produire par six mécanismes différents :

1° La fracture par écrasement, causée par une chute d'un lieu élevé sur la plante des pieds. C'est la plus commune. Le poids du corps est transmis à l'astragale et au calcanéum par les os de la jambe et ils se trouvent comprimés et écrasés entre ces derniers et le sol. A cet écrasement vient s'ajouter souvent la fracture des malléoles ou la luxation de l'astragale. La fracture peut aller depuis la simple division de l'os en deux fragments jusqu'à l'éclatement complet en esquilles multiples ;

2° La fracture du col de l'astragale par la flexion subite du pied sur la jambe, résulte du choc de l'astragale qui vient se décapiter sur le bord antérieur tranchant de l'extrémité inférieure du tibia. La fracture de la malléole interne s'associe souvent à cette lésion ;

3° L'astragale et le calcanéum peuvent être fracturés par la supination ou la pronation forcée du pied. C'est alors un arrachement par la tension exagérée des ligaments interosseux ;

4° La portion postérieure du calcanéum peut être arrachée par la traction subite des muscles du mollet au moyen du tendon d'Achille ;

5° Il existe enfin des fractures par choc directes, ainsi qu'on peut le voir dans les écrasements sur la voie publique ;

6° En dernier lieu viennent des fractures par coup de feu.

Les symptômes les plus importants pour le diagnostic sont :

La détermination par la palpation de la présence d'un fragment, la position du pied en valgus ou varus, l'histoire de l'accident. La crépitation et la mobilité anormale seront rarement obtenues. Lorsque l'abaissement des malléoles, c'est-à-dire la diminution du pied en hauteur, est bien marquée, elle constitue un signe important ; il en est de même du raccourcissement du pied en longueur. Le gonflement ne présente ici rien de particulier. Mais le vrai moyen de diagnostic est dans ces cas la radiographie.

L'auteur conseille, lorsque la fracture n'entraîne pas de déplacement, de mettre le pied à angle droit dans une gouttière amovible. On commencera le massage dès le troisième ou quatrième jour. Après deux mois seulement le malade pourra faire supporter au pied le poids du corps. Il ne faut pas commencer la marche plus tôt. Le pied plat traumatique consécutif sera corrigé par l'emploi d'une semelle métallique relevée sur le bord interne du pied.

Lorsque la fracture a amené un déplacement, si un fragment menace la vitalité des parties molles, il ne faut pas hésiter à inciser pour aller l'enlever. De même si les os brisés sont dans un tel état que la réparation ne semble pas possible, il vaut mieux enlever toutes ces esquilles. Le pied restera ainsi fonctionnellement assez bon.

M. LANCE.

BACTÉRIOLOGIE

Le pouvoir bactéricide du pus et son mode d'action. (*Il Policlinico*, sect. chirurg., mai 1905.) — Le professeur R. Binaghi a cherché à expliquer expérimentalement par quel mécanisme se produit l'action bactéricide du pus sur les germes avec lesquels il demeure plus ou moins longtemps en contact. Voici les conclusions de son travail :

1° L'action bactéricide du pus sur la bactéridie charbonneuse, *in vitro*, est détruite en chauffant à 56 degrés pendant trente minutes ; elle se rétablit par l'adjonction de pus nouveau ; elle est neutralisée par l'antisérum obtenu en immunisant les animaux au moyen du pus chauffé à 56 degrés, et elle se rétablit par l'adjonction en excès de pus à 56 degrés.

Cette action est donc due à la présence de substances qui se comportent comme les hémolysines ordinaires des sérums, c'est-à-dire qu'elle est de la nature des enzymes ;

2° Même dans le pus rendu inactif par chauffage à 56 degrés, la bactéridie charbonneuse finit à la longue par se détruire. Ce phénomène est dû non pas à l'action de substances bactéricides d'un type quelconque, bactériolysines par exemple, mais à une autolyse vraie et proprement dite de la cellule bactérienne ;

3° Il semble donc logique d'attribuer la stérilité des abcès clos d'origine bactérienne, aussi bien à l'action des alexines bactéricides qu'à l'autolyse des bactéries elles-mêmes.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

PÉDIATRIE

Les lésions congénitales du diaphragme et les troubles respiratoires chez les nouveau-nés. (Ambrogio Mori. *The Brit. Journ. of children's diseases*, mars 1905, n° 3, vol. II.) — L'auteur donne d'abord 3 observations d'anomalies congénitales du diaphragme recueillies à la clinique du professeur Pestalozza à Florence. Il remarque que dans ces trois cas, très différents comme lésions et comme évolution, on trouvait des points communs très importants : placenta œdémateux, foie énorme, développement considérable des anses intestinales. En plus, dans un cas l'examen histologique montrait de la périphlébite de la veine porte et des lésions osseuses de syphilis congénitale. C'est en se basant sur ces données que Mori cherche à établir une théorie nouvelle des hernies diaphragmatiques congénitales.

Lorsque ces hernies n'ont pas de sac, la théorie classique les attribue à un arrêt de développement, c'est-à-dire que la hernie a existé depuis le début du développement fœtal. Pour Mori au contraire elle représente une lésion acquise du diaphragme causée par l'augmentation de la pression intra-abdominale. La cause primordiale de cette augmentation de pression est le volume excessif pris par le foie atteint d'altérations parenchymateuses et circulatoires dues à la syphilis héréditaire. Comme facteur adjuvant il faut y joindre un énorme développement des intestins.

L'auteur fait remarquer l'importance qu'il peut y avoir lors de la naissance à soupçonner la cause des difficultés respiratoires. En effet, si on pratique la respiration artificielle sur un sujet atteint de hernie diaphragmatique, on ne fait qu'augmenter l'entrée des intestins dans le thorax.

Il pense que si ce diagnostic est difficile, il est possible. Il avait été fait dans une de ses 3 observations. Les signes principaux sur lesquels on se basera seront : le déplacement de l'impulsion cardiaque, le tirage épigastrique, le développement énorme du foie, la sonorité exagérée du thorax due à la présence des intestins qui sera évidente par percussion comparative des deux côtés du thorax.

M. LANCE.

THÉRAPEUTIQUE

Le bromdiéthylacétamide (neuronal) chez les aliénés (*Bull. gén. de thér.*, 8 juillet 1905.) — MM Marie et Pelletier ont fait à la Société de thérapeutique la lecture d'une étude du neuronal, basée sur 33 observations, qui leur a montré qu'à la dose de 1 à 2 grammes, le neuronal possède une action hypnotique réelle, particulièrement marquée dans l'insomnie simple, les insomnies des états maniaques et les insomnies de cause morale ou psycho-sensorielle ; cette action rend des services dans l'insomnie douloureuse et l'agitation automatique.

Il ne s'accumule pas et peut être donné tous les jours pendant des semaines sans entraîner d'accident ; son accoutumance est faible, la suppression de l'hypnotique ne donne lieu à aucun trouble nouveau ; l'effet se prolonge pendant quelques jours.

Son mauvais goût est assez prononcé, mais peut être masqué par une essence (citron, écorces d'oranges amères).

Le neuronal semble peu compter comme médicament contre les crises convulsives de l'épilepsie, contrairement à ce qu'en pensaient *a priori* les auteurs allemands.

Les expériences physiologiques permettent d'ajouter qu'il n'a aucune influence nocive sur les fonctions de respiration et de circulation ; il paraît amener (à dose toxique) une paralysie des muscles striés et lisses (stase intestinale, etc.) ; le brome qu'il contient passe rapidement dans les urines et n'amène aucune éruption cutanée ; le passage du médicament dans le torrent circulatoire n'entraîne aucune modification dans la teneur du sang en globules, ni dans la configuration de ces derniers.

L. GAYARD.

FORMULAIRE

LES ANÉMONES EN THÉRAPEUTIQUE

L'anémonine cristallisée est un poison du système nerveux central, elle est douée d'un pouvoir analgésique qui paraît se localiser sur le grand sympathique.

Elle est peu toxique et peut être employée avec avantage dans le traitement des affections douloureuses de l'appareil génito-urinaire chez l'homme et la femme, et dans les affections bronchiques spasmodiques.

Formule :

Alcoolature d'anémone pulsatile à la dose de xxx gouttes par jour pendant les quatre jours qui précèdent et les quatre jours qui suivent les règles.

Pilules :

Anémonine cristallisée............... 0g05.

Pour une pilule, 4 par jour. Même emploi que la précédente formule. [Ballon.] (*Bull. gén. de thérap.*)

LINIMENT DE ROSEN

Beurre de muscades..........	5 grammes.
Essence de girofles...........	5 —
Alcoolat de genièvre..........	80 —

Agiter. A employer les frictions comme tonique contre le rachitisme. (Courtois-Suffit et Lafay.)

LIVRES NOUVEAUX

Traité théorique et pratique des maladies de l'enfance (1), par le docteur F. Criado y Aguilar.

Deux ordres de faits, pour le docteur Criado y Aguilar, dominent l'horizon médical : ceux qui apparaissent tout d'abord tels qu'ils sont et ceux qui ont besoin d'être interprétés. Dans les maladies de l'enfance, si ceux-là peuvent se rencontrer, ce sont surtout ceux-ci qui s'observent. Aussi chaque pédiâtre a-t-il, sur un sujet donné, ses idées et ses vues propres.

C'est justement ce cachet personnel qui caractérise le livre de notre savant confrère espagnol. Le *Traité théorique et pratique des maladies de l'enfance* n'est pas une indigeste compilation; c'est une œuvre originale, où l'auteur ne rapporte que ce qu'il a vu lui-même. Des considérations sur l'*hygiène* et le régime des enfants en constituent la première partie; la seconde est consacrée aux *maladies* elles-mêmes, qui sont divisées en *maladies des nouveau-nés* et *maladies communes à toutes les périodes de l'enfance*.

Pour chacune, l'auteur examine successivement son étiologie et sa pathogénie, la symptomatologie et l'évolution (pathographie et pathochronie), son diagnostic (jugement clinique), son pronostic et son traitement, en insistant surtout sur les difficultés d'interprétation que peut présenter tel ou tel cas. Tout à fait différent des livres classiques, le livre de M. Criado y Aguilar sera lu avec intérêt, et pour sa forme originale, et pour les idées qu'il contient. L. BABONNEIX.

La cure de Lamalou (2), par le docteur Cauvy.

Dans ce travail, M. Cauvy (de Lamalou) passe en revue les principaux éléments par lesquels agissent les eaux thermales de la station et attire l'attention sur l'importance qu'il y a d'utiliser les bains de piscine à proximité du griffon, sans intermédiaire de bassin d'attente, ce qui permet au malade de se mettre en communication directe avec la source même dont les eaux jaillissent en quelque sorte toutes vivantes et toutes vibrantes, avec toutes leurs propriétés, toute leur radio-activité.

Il résulte des effets physiologiques observés après la cure de Lamalou que l'action des eaux est surtout une action sédative, reconstituante ou toni-sédative suivant le mode d'emploi. Aussi le traitement de Lamalou est-il indiqué contre les douleurs et impotences organiques ou fonctionnelles ayant pour origine une maladie nerveuse ou une diathèse rhumatismale. L'auteur conclut en disant que s'il était permis de faire une formule servant de moyen mnémotechnique, on devrait dire : Lamalou : station de nerveux et de neuro-arthritiques, douloureux ou impotents.

Dans la dernière partie de ce travail, l'auteur dit que s'il est quelquefois utile d'avoir recours, pendant la saison thermale, à des adjuvants, ces derniers ne doivent être que le massage et la rééducation motrice. Et encore faut-il que ces adjuvants soient surveillés et dosés avec soin, de façon à ne point surmener le malade et que l'ensemble du traitement reconnaisse toujours une même similitude de vue.

La cure thermale reste dans tous les cas le substratum de la thérapeutique, car elle vise directement les phénomènes morbides et le terrain sur lequel ils évoluent. C'est par l'ensemble d'influences à la fois excitantes et modératrices que sont régularisées les fonctions nerveuses, médullaires, surtout chez les spécifiques, les nerveux héréditaires, les affaiblis et les prédisposés. L. GAYARD.

(1) In-8° de 1000 p. Prix : 15 francs. — Paris, O. Doin.
(2) In-8°. — Paris, Maloine.

Le danger de la mort apparente sur les champs de bataille (1), par le docteur Icard (de Marseille).

La question toujours impressionnante de l'ensevelissement prématuré par suite de mort apparente, préoccupe à juste titre le docteur Icard; il a déjà consacré à ce sujet de nombreux et importants travaux. Aujourd'hui, il vient attirer l'attention sur l'accroissement considérable de ce danger en temps de guerre et proposer un moyen sûr et facile de l'éviter.

Tout d'abord l'auteur passe en revue les causes de la plus grande fréquence de la mort apparente sur les champs de bataille, syncope hémorragique, choc traumatique, choc moral, etc.; pour montrer que ce n'est pas là une simple vue de l'esprit, le docteur Icard cite des observations de faits bien établis. Il examine alors les moyens dont l'emploi a été recommandé pour vérifier les décès en temps de guerre et démontre que les uns sont véritablement homicides et que les autres sont peu pratiques et insuffisants. C'est alors que l'auteur propose le moyen qui consiste à pratiquer sur le sujet à examiner une injection hypodermique de fluorescéine, substance qui ne tarde pas, pour peu que la circulation persiste ou reprenne, à communiquer aux téguments et à l'œil une teinte caractéristique qu'on ne saurait méconnaître. Le procédé paraît sûr, et si vraiment il tient tout ce que promet l'intéressant ouvrage du docteur Icard, celui-ci aura bien mérité, comme il en émet le vœu, « de la science, de la patrie et de l'humanité ». A. GAULLIEUR L'HARDY.

La tuberculose et l'habitation urbaine (2), par Lucien Graux.

Dans un opuscule très condensé et très complet M. Lucien Graux montre l'influence énorme de l'habitation sur le développement de la tuberculose. Les statistiques invoquées par l'auteur, dont certaines datent d'hier, sont absolument probantes à cet égard. Il est curieux de voir combien la mortalité frappe durement certains quartiers pauvres et dans ces quartiers certaines maisons; on se rend compte aussi que les étages inférieurs sont plus meurtriers que les étages élevés où l'air et la lumière pénètrent plus aisément.

Interprétant ces faits au point de vue pratique, l'auteur réclame avec énergie que la loi de 1902 soit appliquée avec une scrupuleuse rigueur; c'est en faisant pénétrer le soleil par des trouées faites dans le fouillis inextricable des rues étroites, c'est en supprimant les immeubles reconnus insalubres, c'est en créant des habitations à bon marché que l'on parviendra à lutter contre le fléau.

On trouvera dans cette étude des documents précieux et une bibliographie complète qui faciliteront beaucoup les travaux ultérieurs sur la matière et où écrivains et conférenciers pourront facilement puiser. A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) In-8° de 147 p. — Paris, Maloine.
(2) In-8°. Prix : 1 franc. — Paris, J. Rousset.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Du rôle de la végétation dans l'évolution du paludisme, par E. Le Ray. In-8° de 634 pages. — Prix : 14 francs. — Paris, J. Rousset.

Les troubles oculaires d'origine génitale chez la femme, par E. Berger et Robert Lœwy. — Prix : 3 francs. — Paris, F. Alcan.

Trépanation du labyrinthe pour corps étranger enclavé dans un canal demi-circulaire. Guérison, par Georges Laurens. In-8°. — Paris, 1905, *Archives internationales de laryngologie*.

Chirurgie de l'oreille dans ses rapports avec la base du crâne et la colonne vertébrale, par Georges Laurens. In-8°. Bordeaux, 1905. — Gounouilhou, imprimeur.

L'homme droit et l'homme gauche au point de vue pathologique. Essai de systématisation des lésions de quelques affections et en particulier de la tuberculose pulmonaire, par le docteur Molle (d'Oran). In-8°. — Paris, 1905, A. Maloine.

Thérapeutique aérienne antiseptique, par le docteur René Couëtoux (du Mans), conférence donnée à l'Association des Dames françaises. In-8°. — Le Mans, 1905, imprimerie centrale.

Anthropometria militare. Resultati ottenuti dallo spoglio dei fogli sanitarii dei militari delle classi 1859-1863, eseguito dall'is pettorato di sanita militare per ordini del ministero della guena, par Ridolfo Livi, maggiore medico. Parte II « dati demografici et biologici ». — Roma, 1905, Presso il Giornale medico del Regio esercito.

Mines de houilles rendues réfractaires à l'ankylostome par des eaux salées de filtration, par le docteur A. Manouvriez (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine. In-8° de 28 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, J. Rousset.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois.: **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF
Note sur la nature et les principales indications thérapeutiques de la colite muco-membraneuse, par MM. Albert Mathieu et J.-Ch. Roux.
LA MALADIE OSSEUSE DE PAGET
SOCIETES SAVANTES
Académie des sciences.
VARIÉTÉS
Littérateurs et écrivains à Plombières, par M. L. Babonneix.
FORMULAIRE
Contre l'amygdalite aiguë.
LIVRES NOUVEAUX
NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)
Syphilis linguale.
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Ont été promus :

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée territoriale Bros, Fournier, Lagrange et Picqué.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — M. les médecins-majors de deuxième classe de réserve et de l'armée territoriale Marcailhou, Goubeau, Petigand, Nicolas, Girard, Vallon, Difre, Benet, Chabaud, Kalt, Ramonat, Masson, Finot, Bellouard, Milliot, Roulin, Colombel, Bilhaut, Lorin, Jamin, Broquet, Vialleton, De Vésian et Lannois.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de première classe de réserve Bonnafe, Pic, Charon, Baseil, Simonet de Laborie, Thiéry, Borrel, Blaise, Brodier, Lambert, Henry et Braquehaye.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée territoriale Culan, Boulanger, Maréchal, Pontet, Lamarque, Devis, Landry, Chastenet, Le Tanneur, Fourrier, Henry, Bosselut, Garnier, Thiéry, Bresse, Du Fayet de La Tour, Boulay, Larger, Adam, Caussade, Dumont, Decamps, Valat, Mauny, Tuilant, Loison, Boucher, Stoeber, Croz, Philippeau, Robert, Courtois-Suffit, Surmont, Dimey, Cochez, Renon, Springer, Saguet, Malbec, Sterne, Dor, Wilhelm, Lanique, Arrufat, Lapeyre, Bouygues, Estor, Coffin, Moulonguet, Bezançon, Dubrisay, Reymond, Claisse, Curtillet, Toulouse, Bouchard, Moitessier, Joly et Main.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de réserve Guyot, Martigny, Conte, Lambert, Leoncini, Martin, Legros, Reulque, Bonnel, Leleu, Gauthier, Bosnière, Bouniol, Rec, Bournhonet, Pons, Sipp, Poisson, Gauthier, Cure, Tassard, Bousquet, Naudin, Segonzac, Fournial, Soueix, Tatu, Brody de Lamotte, Winstel, Douhairet, Morin, Naussac, Joguet, Ayme, Laborde, Griffault, Fossati, Guilpin, Bourg, Hardouin, Guichard, Granboulan, Bernard, Sterne, Lecomte, Nevejean, Gamblin, Senlecq, Mouézy, Pernet, Méreau, Macquin, Frey, Lévy, Jolis, Barbadault, Daclin, Vaquié, Ribon, Sainz, Bensa, Judet de la Combe, Philbert, Dubos, Delaunay, Veau, Dreyfus, Berbineau, Carret, Baudouin, Peronnet, Defos, Bassaget, Planques, Marlier, Tremoulet, Martin, Guilhem, Bussière, Clerc, Drouet, Pourtier, Daubois, Terson, Lajugie, Audouin, Rinuy, Bonnes, Dehaine, Buyck, Gravier, Boulogne, Savatier, Latruffe, Blanchard, Dupeu, Deglaire, Derocque, Dubois, Duclion, Vidal, Bourdicaud-Dumay, Lemeignen, Robert, Testevuide, Jusseaume, Tharreau, Gourcon, Michel, Reure, Meurisse, Roche, Bordet, Sergent, Gerest, Arrufat, Leblanc, Ombredanne, Poussin, Fauvet, Joulia, Debienne, Guilmard, Cluzel, Demirleau, Bosdeveix, Carel, Grimard, Goalard, Faucon, Noack, Mariez, Bouchard, Beuf, Morel, Delage, Mathieu, Guigue, Dubourdieu, Dotezac, Lemonnier, Bommier, Robin, Bargy, Robert, Pitance, Mongie, Gayral, Reyt, Picquet, Brusset, Richard, Brenugat, Lescuyer, Dupuy, Beuvignon, Brenta, Job, Gourdou, Verny, Vialard-Goudou, Chalchat, Sibut, Fourestié, Duclos, Pasquet, Beigbeder, Roguet, Retournard, Bouyer, Guillemare, Maucuer, Bonnemaison, Texier, Vanheeger, Blanchard, Léna, Tixeron, Barillon, Vivier, Ferary, Langlois, Teulon-Valio, Meillon, Huguet, Massoni, Fosse, Kerrien, Attal, Quintard, Schwob, Barbet, Boel, Maurice, Bollach, Schmitt, D'Acheux, Perthuisot, Barrau, Gobert, Batailler, Bouchacourt, Isnel, Fuchs, Rayrolles, Massal, Levy, Leroy, Ramond, Mace, Galliot, Baudot, Derame, Herin, Guilloz, Lefebvre, Cholus, Taillefer, Argellier, Rouanet, Capdepon, Tissot, Lucius, Rocca, Dubosc, Danger, Duplant, Pierre, Mascarel, Delorme, Thiers, Lacroix, Enard, Vast, Fredet, Harlay, De Pindray, Gaussel, Gayme, Franchi, Grynfeltt,

Salles, Plaignard, Lebreton, Marchand, Cocurat, Hyvert, Trotin, Astruc, Duval, Rioufol, Roux, Coliez, Daffix, Le Duigou, Duval, Duhamel, Bories, Tauchon, Chailan, Benoît, Esperandieu, Lahaye, Poupart, Defrise, Schaefer, Chevé, Buisson, Aubert, Leroux, Gerin, Monier, Chambrin, Paquet, Jacquot, Coyon, Roussel, Louart, Lamote, Berchoud, Daverède, Schmitt, Bayle, Duballen, Olmer, Bouvier, Lagriffe, Bassal, Castelain, Drucbert, Loubet, Oulié et Pruvost.

Au grade de médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de l'armée territorale Glais, Mercier, De Connac, Pech, Wuilliomenet, Marmoyet, Rascol, Chapon, Flous, Ferran, Capoulade, Gilles, Vincent, Papon, Monclar, Bastard, Raymond, Cayet, Puech, Enjalran, Dansan, Tarbouriech, Bagou, Desplans, Hourgarel, Lauzit, Brezzi, Meiffret, Franceschi, Cezilly, Salvetat, Letellier, Ortholan, Blanc, Berthélemy, Battini, Abet, Espiau, Royer, Jouve, Pargoire, Lasfargue, Jullien, Didier, Farines, Tacquet, Rathelot, Paulet, Laguens, Cadiergues, Bureau, Leray, Bellouard, Pillaud, Wartel, Luez, Guillemet, Boutin, Porte, Maigre, Janot, Quintin, Laguerre, De Lafont, Roques, Baley, De Paulo, Callet, Gouraud, Jeulin, Desrosiers, Loréal, Dorie, Prieur, Marcheguet, Le Fur, Clergue, Civel, Rancurel, Théry, Vanderhagen, Houze, Moreau, Veisenburger, Laval, Yvinec, Bossu, Lucas, Malfuson, Taulane, Charnois, Dubar, Gasperini, Landowski, Relle, Thibaudet, Cougnot, Capdepont, Duclos, Legendre, Caffeau, Vazelle, Tainturier, Hugues, Comar, Bagourd, Jouitteau, Espagnol, Rivet, Vallais, Julien, Vernet, Razemon, Garnier, Croustel, Derrien, Fayet, Rouquet, Boissin, Raynal, Blanchon, Nuyts, Cornet, Mainguy, Martin, Meynet, Marlière, Bagarry, Bories, Bariety, Mirallié, Moussaron, Lavat, Sirieys, Dubois, Le Même, Ollivier, Lefaye, Piétri, Fourel, Bréchoteau, Sanchez-Tolero, Verlhac, Gautrelet, Lucas, Molinié, Wolters, Monjoin, Sangline, Boyer, Le Goff, Maillard, Ricapet, Reynders, Cougnenc, Chobaut, Pannier, Félix, Bertrand, Allard, Helle, Lallemand, Filaudeau, Riffé, Le Nadan, Merger, Louard, Joffrion, Cazaëntre, Moreau, Lacoste, Dheur, Combes, Bernes-Lasserre, Carrière, Fournie, Bourdais, Bergeron, Dudouyt, Graille, Boudeau, Orlowski, Choyau, Schrœder, D'Azincourt. Lissac, Prax, Roubion, Delbrel, Roger, Couette, Magne, Coulouma, Legrand, Dezon, Piard, Farret, Guiart, Goudard, Jocet, Vergely, Babon, Daclin, Fanton d'Anton, Guillaume, Guilbaud, Azemar, Chazalon, Auge, Gosselin, Derriaud, De Lorgeril, Delthil, Sauvage, Bivron, Pigeaud, Thésée, Pichat, Thoyer, Leconte, Massol, Michel, Mérand, Lévis, Lapointe, Perret, Bernadou, Bard, Basset, Chalais, Le Damany, Mariani, Guillermin, Brulant, Guinard, Rocher, Bordenave-Péborde, Pague, Lavergne, André, Duboe, Claret, Reboulet, Mortagne, Maugourd, Rivet, Bourgeois, Hernette, Noirot, Rolet, Darracq, Roche, Collard, Robin, Poitout, Kéranguyader, Laroche, Veillon, Vezinat, Bonin, Jolly, Andureau, Mahu, Villière, Chevallier, Hurtaud, Winckler, Roques, Coumet, Clavel, Janot, Eyraud, Argenson, Lebeuf, Cange, Levi, Meunier, Constant, Caris, Baillet, Durouaux, Parent, Giraud, Lapalle, Junien-Lavillauroy, Reille, Piatot, Picard, Legay, D'Arbois de Jubainville, Rejou, Thébault, Dousset, Cohendy, Pelisse, Lemercier, Rouquette. Escande, Lefrançois, Chenouard, Bourgeon, Garail, Simon, Guyotat, Bernoud, Bloch, Deville, Dusser, Pasteau, Fontaine, Saint-Hilaire, Labbé, Prat-Dumas, Lamoureux, Goidin, Jalaber, Rabe, Gautrand, Sudre, Tardif, Coville, Gourdon, Lathuraz-Viollet, Chabriac, Deshayes, Bousquet, Bérard, Klein, Meunier, D'Ayreux, Caron, Mouzin-Lizys, Bareau, Jouannet, Sacleux, Berthier, Lenoir, Bossion, Costes, Giraud, Banteignie, Blanc, Degorce, Hirigoyen, Chantrel, Chadefaux, Véron, Pascal, Guinard, Bonin, Chevallier et Caumartin.

Au grade de pharmacien-major de première classe de l'armée territoriale. — M. le pharmacien-major de deuxième classe de l'armée territoriale Gautrelet.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe de réserve. — MM. les pharmaciens aides-majors de première classe de réserve Thouvenin, Faure et Baldy.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le pharmacien aide-major de première classe de l'armée territoriale Bernou.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe de réserve. — MM. les pharmaciens aides-majors de deuxième classe de réserve Geslin, Rivaud, Comar, Chifflet, Gentil, Nicolas, Cuinet, Rebillier, Cocset, Leonardon, Brissemoret, Picot, Legendre, Sanson, Boissel, Martel, Secques, Favreau, Philiparie, Coll, Mallet, Delehaye, Doumerc, Malet, Dejean, Laguet, Pechin, Lemaire et Pouill.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les pharmaciens aides-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Cayron, Guillot, Lalanne, Soichot, Queuille, Lucas, Valade, Duboureau, Brocard, Bouchet, Viaud, Flament, Guilhaumon, Daniel, Tarbouriech, Girault, Blottière, Darrasse, Bertrand, Geneay, Weissmann, Choay, Cuvelier, Mocude, Cappelle, Pouillard, Vidal, Dupuy, Martin, Cathelineau, Delage, Fosse, Duhart, Gerbert, Delahaut, Daltroff, Banes, Lautissier, Descude, Blanchin, Martinet, Dancier, Save, Balatre, Hennequant, Chauvet, Ristor, Loiseau et Valat.

ASILE DE VILLEJUIF. — M. Pietkiewicz, médecin-dentiste adjoint à l'asile de Villejuif, a été nommé médecin-dentiste.

PRIX FILLIOUX. — *Avis aux internes et externes en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris.* — En conformité du legs fait à l'administration générale de l'Assistance publique par le docteur Fillioux, un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix de 800 francs chacun, à décerner : l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les maladies de l'oreille.

Pour 1905, le concours sera ouvert le lundi 4 décembre.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire à l'administration centrale (service du personnel), tous les jours, les dimanches exceptés, de onze heures à trois heures, du 2 au 14 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le 14 octobre, dernier délai.

Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — MM. Guyon, Lucas-Championnière, Segond et Terrier (de Paris) ont reçu le titre de membre honoraire du Collège des chirurgiens d'Edimbourg.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Relations entre Paris et l'Espagne.* — Train de luxe bi-hebdomadaire « Barcelone-Express » composé de wagons-lits et d'un wagon-restaurant. Nombre de places limité.

Aller, les mercredis et samedis, au départ de Paris : Paris, départ, 7 h. 30 soir; Barcelone, arrivée, 2 h. 48 soir (heure de l'Europe occidentale).

Retour, les lundis et vendredis, au départ de Barcelone : Barcelone, départ, 1 h. 50 soir; Paris, arrivée, 9 h. 04 matin (heure de l'Europe occidentale).

CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

NOTES SUR LA NATURE
ET LES PRINCIPALES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES
DE
LA COLITE MUCO-MEMBRANEUSE[1]

Par MM. Albert MATHIEU et J.-Ch. ROUX.

I

DÉFINITION DE LA COLITE MUCO-MEMBRANEUSE

La colite muco-membraneuse était presque complètement inconnue il y a une trentaine d'années; il y a une vingtaine d'années, on en a cité un certain nombre de cas, à titre de nouveauté et de curiosité clinique. Depuis dix ans, au contraire, l'attention des médecins a été appelée sur elle par une série de publications et, à l'heure actuelle, c'est un diagnostic que l'on fait couramment : on en abuse véritablement. Les médecins bien souvent se contentent de demander aux malades s'ils ont des glaires dans les selles, et sur leur réponse affirmative, ils admettent d'emblée l'existence de la colite muco-membraneuse. Mais il faut bien savoir que les malades ont une grande tendance à exagérer la quantité de mucus constatée dans les matières fécales; la moitié d'entre eux répondent uniformément qu'ils en ont beaucoup. Si on les force à préciser, si on leur demande : « En avez-vous un demi-verre, une cuillerée à soupe, une cuillerée à café? » on arrive très souvent à découvrir qu'ils n'en présentent que des traces, quelques stries, une demi-cuillerée à café. Il en est de même pour les membranes. Souvent, par une enquête même rapide, on apprend que les prétendues peaux ne sont que des pellicules insignifiantes.

La colite est actuellement à la mode; il n'y a personne qui ne connaisse quelqu'un qui ait dû faire une cure à Plombières, à Châtel-Guyon ou en Suisse.

La colite muco-membraneuse est à la mode; on consent volontiers à en être atteint.

Si l'on se donne la peine d'amener les malades à préciser leur observation, et si, mieux encore, on examine soi-même les selles à plusieurs reprises, on arrive dans un grand nombre de cas à cette conclusion qu'il n'y avait pas en réalité de colite muco-membraneuse vraie. Il ne suffit pas, en effet, de la présence de quelques stries de mucosité, ni même de quelques vagues pellicules pour en admettre l'existence. Il n'y a pas de cas de constipation chronique dans lequel à certains moments on ne constate une certaine quantité de mucosités. A ce prix il faudrait admettre dans la colite muco-membraneuse vraie tous les faits, ou à peu près, de constipation chronique, et c'est la tendance non seulement des malades qui veulent suivre le mouvement, mais même des médecins qui les conseillent.

Les débâcles diarrhéiques avec hypersécrétion muqueuse ne suffisent pas non plus pour qu'on diagnostique l'existence de la colite muco-membraneuse. On ne doit pas l'admettre même si, après une période de constipation assez prolongée, un paquet de muco-membranes se trouvera éliminé un jour.

Quels sont donc les caractères de la colite muco-membraneuse chronique vraie, du syndrome qui mérite véritablement ce nom?

La colite muco-membraneuse proprement dite est caractérisée par la persistance prolongée des trois éléments symptomatiques suivants : *a*. la constipation habituelle; *b*. l'expulsion de muco-membranes en quantité, d'une façon permanente; *c*. la survenue de crises douloureuses quotidiennes ou tout au moins fréquentes.

Reprenons l'un après l'autre ces divers éléments.

a. *La constipation.* — Il n'y a pas de colite muco-membraneuse sans constipation; ou tout au moins nous pouvons dire que l'observation d'un nombre considérable de malades ne nous a pas encore permis de rencontrer un seul cas de colite muco-membraneuse *vraie*, *chronique*, dans laquelle il y eut une véritable diarrhée. Si l'on s'en tenait aux déclarations des malades, on serait amené à admettre à tort l'existence d'un nombre relativement considérable de cas de colite muco-membraneuse avec diarrhée.

Il faut toujours démontrer par l'observation directe la réalité des deux éléments, muco-membranes et diarrhée. Des muco-membranes nous avons parlé déjà. Pour ce qui concerne la diarrhée, il convient d'éliminer les débâcles diarrhéiques et la fausse diarrhée.

Les débâcles diarrhéiques sont fréquentes chez un grand nombre de constipés. Les périodes de rétention fécale sont suivies à plus ou moins bref délai d'une évacuation copieuse de matières plus ou moins fortement délayées dans une sécrétion colique plus ou moins liquide, plus ou moins chargée de mucus.

Une période de diarrhée vraie, conséquence de la poussée subaiguë de colite succède assez souvent à la débâcle proprement dite. Elle peut se prolonger assez longtemps pour que les phases de diarrhée paraissent l'emporter sur les périodes de constipation. Les malades conservent plus facilement le souvenir de la diarrhée qui les incommode que de la constipation. Cependant, si l'on supprime celle-ci, les débâcles ne se montrent plus, non plus que la diarrhée. Il s'agissait donc bien d'une diarrhée causée par la constipation. Du reste l'élimination des muco-membranes cesse pendant les périodes diarrhéiques.

La fausse diarrhée n'est pas très rare. Les malades accusent des selles plus ou moins nombreuses et liquides. Dans les selles, ils décrivent des muco-membranes vraies et caractéristiques : mucus abondant épais, par paquets, membranes longues, blanches, résistantes. Leur présence nous a toujours suffi, du reste, pour soupçonner et pour dépister la constipation réelle derrière la diarrhée apparente.

Observez les selles en cas semblables et vous

(1) Nous n'avons pas l'intention de faire ici une étude complète de la colite muco-membraneuse, mais d'insister sur quelques points actuellement en litige, sur lesquels nous nous pensons, à tort ou à raison, autorisés, par une expérience déjà longue, à donner notre avis personnel.

trouverez dans la seconde, la troisième et même la quatrième évacuation des scybales ovillées, des débris de scybales ou tout au moins de fèces dures qu'a secondairement ramollies l'hypersécrétion intestinale.

Il n'est même pas besoin pour caractériser la constipation, la rétention fécale, que de semblables scybales ovillées ou fragments de scybales se présentent. L'un de nous observe depuis quelques mois une jeune fille que depuis un assez long temps déjà on soignait pour une prétendue diarrhée. Le plus souvent, il y avait deux selles par jour. Eh bien, la première était assez fortement liquide et la seconde compacte. Qu'en conclure? La seule explication possible nous paraît être que des matières fécales s'accumulent dans le cæcum et la partie supérieure du gros intestin, que sous l'influence de l'irritation produite par leur présence, directement ou indirectement, directement par leur contact même, indirectement par l'action des fermentations et putréfactions inévitables, il se fait une hypersécrétion abondante et des mouvements péristaltiques exagérés. Le liquide sécrété au-dessous de l'amas principal des matières fécales se trouve éliminé le premier sous forme d'une purée très liquide. La seconde selle se trouve au contraire constituée par l'amas même des fèces accumulées dans le cæcum, et sa consistance reste beaucoup plus grande. La selle peut être moulée ou tout au moins en tas.

Chez une autre malade qui appartient à un type beaucoup plus commun, deux selles encore, mais la première consistante et la seconde plus ou moins liquide. Ici l'accumulation se fait dans l'S iliaque; les matières sont éliminées en premier lieu et le surplus du liquide de l'hypersécrétion de défense ou de colite ne vient qu'en seconde ligne.

Nous ne pouvons pas nous représenter, du reste, que le mucus puisse se concréter et les muco-membranes se former sans qu'il y ait stase. Si l'hypersécrétion est assez abondante, il ne peut pas y avoir production de mucosités épaisses, et à plus forte raison de membranes concrètes. S'il est vrai que des muco-membranes dignes de ce nom puissent se produire dans des cas où il existe réellement de la diarrhée chronique, cela ne peut s'expliquer que parce que l'hypersécrétion colique est sous-jacente à l'accumulation des matières. C'est en réalité un cas particulier de fausse diarrhée.

La constipation est si bien un élément indispensable de la colite muco-membraneuse, que celle-ci disparaît toutes les fois que disparaît la constipation elle-même. Il persiste de l'hypersécrétion liquide, plus ou moins muqueuse, mais pas de mucus concret.

Comme nous l'avons indiqué déjà dans les précédentes études, dans la colite muco-membraneuse, il y a habituellement, sinon toujours, constipation par spasme du colon. C'est ce qu'admettent avec nous la plupart des médecins qui ont observé un nombre considérable de malades atteints de colite muco-membraneuse, tels que Froussard et Combe. Ce dernier déclare, il est vrai, par une distinction qui nous paraît difficile de justifier, que le spasme dans la colite muco-membraneuse est secondaire à la colite. Le spasme primitif ne produirait pas la colite.

Lorsque nous nous occuperons du mécanisme pathogénique de la colite muco-membraneuse, nous reviendrons sur l'importance considérable de ce facteur. Nous ne savons pas dans quelle mesure il est primitif ou secondaire; mais il nous paraît en tout cas prépondérant.

b. *Les muco-membranes.* — Les muco-membranes sont la caractéristique essentielle de la colite muco-membraneuse. Ce sont elles qui justifient l'appellation même de cette maladie. Rien, à l'heure actuelle, ne permet d'identifier la colite muco-membraneuse avec la colite à hypersécrétion liquide plus ou moins riche en mucus, mais sans trace de concrétion. Quant aux poussées aiguës dysentériformes, elles représentent un épisode aigu, une véritable complication de la colite aiguë dont elles ne représentent pas un élément essentiel, mais contingent.

La colite muco-membraneuse vraie ne doit être admise que lorsqu'il y a dans les selles, pendant un temps prolongé, d'une façon permanente ou intermittente, une quantité notable de muco-membranes formées par du mucus en voie de concrétion plus ou moins avancée: mucosités épaisses semblables à du blanc d'œuf, membranes blanches, grisâtres ou jaunâtres, plus ou moins épaisses, prenant l'aspect de cordons, de rubans, de membranes ou de tubes, membranes libres ou enrobant les cylindres ou les scybales stercoraux.

c. *Les douleurs.* — Il n'y a pas de colite muco-membraneuse sans douleurs. Les coliques, les sensations de barre, de brûlure, sont fréquentes, paroxystiques. Elles prennent une grande intensité chez les névropathes. Habituellement l'intensité du spasme et les douleurs évoluent parallèlement. Ces deux phénomènes sont au maximum lorsque les débâcles muco-membraneuses sont elles-mêmes le plus marquées, ce qui indique un rapport étroit entre ces trois facteurs.

Nous chercherons ultérieurement à déterminer quelle est la nature du syndrome et son mécanisme pathogénique; nous voulons nous contenter aujourd'hui de cet exposé sommaire de séméiologie qui limite nettement la question.

(*A suivre.*)

FORMULAIRE

CONTRE L'AMYGDALITE AIGUE

Hydrate de chloral..........	2 grammes.
Sirop de cerises............	100 —
Eau de menthe..............	50 —
Eau.........................	100 —

Se gargariser toutes les heures avec plusieurs gorgées de ce mélange tiédi au bain-marie. (Georges Laurens.)

LA MALADIE OSSEUSE DE PAGET

Décrite pour la première fois sous le nom d'*osteitis deformans*, la maladie de Paget a été encore appelée *ostéite ossifiante diffuse* (Lancereaux), *ostéomalacie locale* (Ollier), *ostéomalacie hypertrophique bénigne* (Vincent), *pseudo-rachitisme sénile* (Pozzi), *rhumatisme ostéo-hypertrophique des diaphyses et des os plats* (Féréol). On peut, avec M. Vincent, qui vient de lui consacrer une intéressante étude (1), la définir : une affection essentiellement chronique, progressive et apyrétique, caractérisée par l'augmentation de volume et la déformation de la plupart des pièces du squelette, avec prédilection, toutefois, pour les os longs, ceux de la voûte cranienne et du rachis.

C'est en novembre 1876, que sir James Paget signala pour la première fois la maladie qui porte justement son nom. Depuis son premier mémoire, communiqué à la *Medico-chirurgical Society* de Londres, de nombreux auteurs se sont efforcés de préciser les symptômes et la nature de l'ostéite déformante. En 1882, nouveau mémoire de sir James Paget, bientôt suivi des observations isolées de Howe (1878), Cayley et Treves (1880), Ellinwood et H. Morris (1883), Lunn et Symonds (1888). En France, l'observation de Bourceret, publiée six mois avant la première communication de Paget, mérite, comme l'a montré M. P. Marie, d'être considérée comme un cas type d'ostéite déformante. En 1883, Lancereaux rappelle l'observation de MM. Huchard et Binet, il mentionne, dans son *Traité de l'herpétisme*, la maladie de Paget. Deux ans après, Vincent résume, dans l'*Encyclopédie de chirurgie*, les observations du chirurgien anglais et trace en quelques lignes heureuses la symptomatologie de l'affection qui nous occupe. La même année, Rogier étudie, dans sa thèse, les *hyperostoses généralisées primitives ;* L. Guinon fait l'autopsie du malade de Bourceret; Pozzi rapporte trois nouveaux cas, un personnel et deux dus à Ollier; en 1886, M. Martel (de Saint-Malo) publie une observation personnelle.

L'année 1886 marque une date importante dans l'histoire de la maladie de Paget. C'est à cette date que paraît, en effet, le travail de M. P. Marie sur l'acromégalie. L'auteur discute la nosologie de cette affection et conclut que l'acromégalie est tout à fait distincte de la maladie de Paget.

La thèse de Richard (1887) relate un cas personnel de Lyon et se propose de démontrer que la maladie de Paget, loin de constituer un type à part, n'est qu'une variété de rhumatisme chronique, que l'on observe presque exclusivement chez les arthritiques, ou, mieux, chez les herpétiques.

En 1887, paraissent les observations de Goodhart et Proust. Trois ans plus tard, M. Thibierge rapporte un cas nouveau et examine à ce sujet la question de savoir « si l'on doit faire de l'ostéite déformante la manifestation d'un état pathologique banal, tel que l'arthritisme, ou, au contraire, une entité morbide spéciale, une maladie véritable ».

Depuis cette date, signalons les observations de Moizard, et Bourges, P. Marie (1892), Thibierge (1893), Gilles de la Tourette et Magdelaine, Chauffard, Robin et Gombault (1894), G. de la Tourette et Marinesco, Pic (1896), L. Lévis et James (1897), Milian (1898), Hirtz et Merklen (1899), Ulrico et Angelo, Gaillard, Packardt, Atkinson (1901), Godmann (1902), Chauffard (1903), les articles d'ensemble de Poncet, Joncheray, Cadet, Hillereau, Barthélemy, Dieulafoy. MM. Lannelongue et Fournier admettent avec réserve l'origine hérédo-syphilitique de la maladie de Paget, théorie exposée dans les thèses de Fréchou (1903) et Bridoux (1904), et partiellement confirmée par les cas récents de Ménétrier et Gauckler et de Gaucher et Rostaine, Ingelrans et Raviart.

L'*étiologie* de la maladie de Paget est encore fort obscure. Sa fréquence est certainement peu considérable. « Depuis trente ans, écrit M. Vincent, qu'elle tient en éveil médecins et chirurgiens de tous pays, on n'est pas encore arrivé à en recueillir une centaine de cas, et encore dans ce nombre en est-il beaucoup de douteux. » Quoi qu'il en soit, l'ostéite déformante est sans conteste une maladie de l'âge mûr et de la vieillesse, mais, en raison de son début insidieux et de son évolution lente, il est bien difficile de dire à quelle phase de la vie elle commence. La plupart des auteurs considèrent qu'elle n'apparaît que vers la cinquantaine, mais on a cité des cas plus précoces : vingt-huit ans (Paget), vingt ans (Moizard et Bourges), quinze ans même (Cadet). Le sexe ne paraît jouer aucun rôle dans le développement de la maladie. Il en est de même de la plupart des antécédents habituellement invoqués : mauvaise hygiène, fatigues professionnelles, traumatisme, stigmates de neuro-arthritisme. L'influence de l'hérédité, généralement contestée, paraît certaine dans les cas de Lunn, Pick, Chauffard, Robinson.

Cliniquement, la maladie se caractérise surtout par les hypertrophies et les déformations osseuses, auxquelles s'associent parfois divers troubles subjectifs.

Débutant insidieusement, ne retentissant pas sur l'état général, la maladie de Paget est parfois reconnue à l'apparition de douleurs siégeant au niveau des os malades : précoces, ces douleurs peuvent précéder de plusieurs années les déformations; elles sont alors très violentes, ne se calment pas plus le jour que la nuit; spontanées, mais exaspérées par la pression, par certains temps, elles s'accentuent lors de certains mouvements. Comparées par Paget aux douleurs névralgiques ou rhumatismales, elles peuvent revenir par crises, comme dans le tabes, se compliquer de sensations d'engourdissement et de fourmillements du membre malade, ou même de phénomènes locaux : rougeur de la peau, augmentation de la chaleur locale. Elles ont été attribuées par Joncheray à la distension du périoste. Tardives, elles sont beaucoup moins aiguës, moins sujettes aux exacerbations spontanées, parfois accompagnées d'œdème malléolaire : d'habitude elles restent vagues et indécises, et donnent aux malades l'impression d'une courbature.

Les symptômes objectifs sont au nombre de deux : l'augmentation de volume des os et leur incurvation, celle-ci étant toujours la conséquence de celle-là.

L'hypertrophie osseuse est en effet le phénomène initial : C'est à elle seule qu'est due l'augmentation de volume des membres, car, au fur et à mesure que les os se développent en épaisseur, les parties molles s'atrophient. Elle peut envahir successivement toutes les parties du squelette, mais prédomine toujours au niveau de certains os : os du crâne, tibias, fémurs, bassin, clavicules, côtes, radius et rotules, et se montre presque toujours symétrique. Toutefois les lésions sont assez souvent inégalement développées des deux côtés. Au niveau des os longs, elles frappent d'abord et surtout la diaphyse, puis s'étendent, gagnent les épiphyses, les apophyses d'insertions musculaires, les cartilages et fibro-cartilages, donnant aux os une fragilité particulière.

Plus ou moins longtemps après les hypertrophies, apparaissent les déformations; elles se forment toujours dans le

(1) Th. de Paris, 1904. Taffin-Lefort, éditeur.

sens des courbures normales qui s'exagèrent; pour les expliquer, on a successivement invoqué : 1° le ramollissement du tissu osseux (J. Paget); 2° l'action musculaire; 3° l'apposition de nouvelles couches de tissu osseux (Lannelongue); 4° l'adaptation à un rôle physiologique modifié (Fréchou). L'atteinte des os de la tête et de la face donne à la physionomie une expression caractéristique, qui rappelle, selon l'expression de Pozzi, celle d'un singe anthropomorphe; le rachis s'immobilise en cyphose cervico-dorsale; omoplates, clavicules et sternum s'hypertrophient et se déforment; il en est de même des os des membres supérieurs. Mais c'est surtout au niveau des membres inférieurs que s'accentuent les symptômes objectifs : hypertrophie des os iliaques, déformations des fémurs et des tibias, manifestement augmentés de volume; l'adjonction aux lésions osseuses d'œdème des jambes, de pigmentation cutanée et de varicosités peuvent donner aux membres inférieurs un véritable aspect éléphantiasique.

De ces diverses modifications apportées à l'architecture des différentes régions résulte, pour le malade, une attitude générale absolument typique. « L'attitude du malade est celle d'un bossu. Son visage est pâle et amaigri, sa tête chauve et ses artères temporales grosses et tortueuses lui donnent un aspect vieillot. Son front est olympien; son crâne, démesurément élargi dans son ensemble, surplombe une face asymétrique, au nez ridicule, à la mâchoire inférieure informe. La tête penchée en avant lui donne un air pensif, elle paraît figée sur les épaules. Les épaules tombent en avant, et ses membres supérieurs pendent, non plus le long de la face externe de son buste et de ses cuisses, mais en avant, ils paraissent excessivement longs. Son buste est trop court, comme tassé sur lui-même; il a perdu sa forme arrondie. Son ventre de batracien paraît manifestement raccourci. Il proémine en avant, présentant deux voussures, séparées par un profond sillon au niveau du nombril. Ses membres inférieurs ont perdu leur rectitude. Sa démarche embarrassée et irrégulière rappelle celle de l'oie ou de la cane. »

Divers symptômes concomitants ont souvent été observés; ce sont : les troubles de l'intelligence, l'affaiblissement des fonctions sensorielles, l'exagération des réflexes. Les affections pulmonaires : bronchite chronique, emphysème, tuberculose, les troubles circulatoires de l'artério-sclérose, les fractures ont été retrouvées chez de nombreux malades; par contre, les examens urologique ou hématologique restent généralement infructueux.

Lannelongue distingue plusieurs formes de maladies de Paget : une forme extrême, où tous les os sont pris; une forme moyenne, où les symptômes sont atténués; une forme fruste, où seuls deux ou trois os sont atteints. D'autre part, MM. Moutier et Mocquot, sous l'inspiration de P. Marie, ont isolé de la maladie de Paget un ensemble de déformations squelettiques fréquent chez le vieillard et dont l'aspect général rappelle si bien celui de l'ostéite déformante que ces auteurs lui ont donné le nom de *syndrome pseudo-Paget*. Dans ces cas, les déformations débutent très tard, sans période douloureuse prodromique, il n'y a jamais d'hyperostoses des tibias, de déformation des clavicules, d'altération des membres supérieurs ni d'épaississement du crâne. L'examen histologique a permis de rattacher les déformations syndrome pseudo-Paget à des altérations séniles banales du squelette, et surtout à l'ostéoporose.

Débutant insidieusement, la maladie de Paget évolue lentement, progressivement. C'est une affection essentiellement chronique qui a besoin de dix et vingt ans pour atteindre son apogée. Elle présente de temps en temps des poussées au cours desquelles de nouveaux os se prennent. Dernier caractère, aucun traitement n'a pu jusqu'ici enrayer la marche de l'affection. Son pronostic doit donc être formellement réservé.

Caractérisée par l'âge des malades, la lenteur du processus, l'existence de déformations particulières, la maladie de Paget se différencie de l'ostéosarcome que caractérisent « la crépitation parcheminée de la coque osseuse, les ulcérations cutanées propres au cancer, la marche de la maladie, l'engorgement ganglionnaire, l'analyse microscopique de la tumeur »; les kystes seront reconnus à la ponction, l'ostéomyélite à son évolution, et aux cicatrices qu'elle laisse; les exostoses ostéogéniques de croissance siègent au niveau des épiphyses et ne se voient que dans le jeune âge; l'ostéite traumatique a pour elle ses antécédents, le rhumatisme osseux, sa localisation autour des jointures malades, sa prédilection pour le maxillaire inférieur, sa marche irrégulière. La tuberculose frappe surtout les os courts et plats et les épiphyses des os longs. L'épiphyse se tuméfie, se ramollit, puis s'empare de l'articulation voisine. Dans l'hyperostose des membres variqueux, l'os est léger, spongieux, recouvert d'ostéophytes. L'ostéomalacie est presque exclusive à la femme : ses caractères spéciaux sont le ramollissement et la fragilité excessifs du squelette, qui tombe, pour ainsi dire, en deliquium. L'ostéoporose sénile frappe surtout la cage thoracique et la colonne vertébrale; les os n'y sont ni douloureux, ni hypertrophiés.

Dans l'acromégalie, les os de la face se développent beaucoup plus que les os du crâne, il existe une énorme hypertrophie des pieds et des mains; par contre, on n'y observe pas les déformations de l'ostéite déformante. L'acromégalie survient enfin chez de jeunes sujets. Signalons encore, avec M. Vincent, l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique, qu'on ne constate guère que dans la tuberculose, la leontiasis osseuse de Virchow, localisée aux os de la face, la spondylose rhizomélique, qui se cantonne à la colonne vertébrale, l'ostéoporose adipeuse, qui diminue le poids spécifique du corps, l'ostéo-syphilose, surtout héréditaire, qu'il est parfois difficile de différencier de la maladie de Paget.

Des lésions macroscopiques, les plus importantes frappent les os, qui sont lourds, éburnés; leur surface, de couleur rosée, est perforée d'une multitude de petits trous qui pénètrent fort loin dans le corps de l'os pour rejoindre même, par places, le canal médullaire. Les diaphyses des os longs sont épaissies, la cavité médullaire est dilatée, le tissu spongieux des épiphyses manifestement raréfié. Quant aux lésions histologiques, elles consistent : 1° en un travail de résorption osseuse, au niveau du canal médullaire et des canaux de Havers; 2° en une néoformation compensatrice, sur la paroi des cavités; 3° en une production, au-dessous du périoste chroniquement irrité, d'énormes périostoses poreuses et mamelonnées. L'analyse chimique des os malades révèle une diminution très marquée des matières organiques de l'os. Parmi les lésions concomitantes, il faut signaler les dégénérescences cancéreuses des différents viscères (Paget), l'atrophie scléreuse des glandes thyroïde et surrénales, et, surtout, les lésions de l'artério-sclérose généralisée.

La pathogénie de la maladie osseuse de Paget a soulevé d'innombrables discussions. Les uns (Lannelongue) incriminent l'hérédo-syphilis, les autres admettent l'origine nerveuse de l'affection. Les premiers invoquent la prédominance des lésions pour certaines, et, particulièrement le tibia, os chéri de la syphilis, la multiplicité des lésions, l'existence d'un stade douloureux prémonitoire, le caractère hyperostosant

des lésions, l'intensité des déformations, l'influence favorable, dans certains cas, du traitement spécifique; les seconds, la coexistence de lésions nerveuses et la symétrie des altérations osseuses; mais aux premiers, on peut objecter que tous les caractères de l'hérédo-syphilis ne se retrouvent pas dans la maladie de Paget; aux seconds, que les lésions nerveuses ne sont pas assez constantes pour permettre d'établir une théorie throphonévrotique de la maladie. Aussi a-t-on émis une foule d'autres hypothèses : ostéite chronique, ostéite rhumatismale, ostéomalacie, ostéopathie primitive, lésion des glandes vasculaires sanguines, athérome de l'artère nourricière de l'os. Autant avouer tout de suite que nous ignorons tout de la nature intime de l'ostéite déformante.

Un mot de traitement : on devra toujours instituer le traitement spécifique et le continuer longtemps. S'il ne donne pas de résultats, il faudra se rabattre sur une thérapeutique palliative qui devra améliorer l'état général du malade, calmer ses douleurs, combattre ses insomnies et, surtout, éviter les complications habituelles d'un décubitus prolongé.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 14 aout 1905)

Physiologie du placenta. — MM. Charrin et Goupil ont constaté que fréquemment le sang des rejetons paraissait plus pauvre que celui des mères au point de vue de sa teneur en divers principes protéiques spéciaux (alexine, précipitine, lysine, agglutinine, hémolysine, etc.); d'après ces auteurs le placenta, sans cesser de jouer un rôle passif (filtre, etc.), serait un organe actif, capable de fixer une partie tout à la fois des principes utiles et des corps toxiques, de régulariser les échanges, et de protéger le fœtus contre des proportions excessives; il agirait soit mécaniquement, soit à l'aide de ferments propres ou empruntés.

Produit toxique extrait de la substance cérébrale. — Des recherches antérieures sur le pouvoir primitif conféré aux animaux contre la rage par des filtrats de substance cérébrale normale avaient montré à M. A. Marie que souvent leur injection intraveineuse affaiblissait considérablement les animaux : ils maigrissaient et parfois succombaient dans un état cachectique. M. Marie a pu extraire de ces émulsions de substance nerveuse un produit très toxique pour le cobaye et le lapin.

Sur la préparation de la toxine cholérique. — MM. Brau et Denier en ensemençant sur un milieu composé de bouillon Martin gélatiné, de sérum normal de cheval et de sang défibriné, ou plus simplement de sérum normal de cheval et de sang défibriné, des vibrions isolés de selles cholériques, ont constamment obtenu une toxine soluble d'une activité à peu près identique. C'est à l'introduction des albumines dans la culture des vibrions cholériques que MM. Brau et Denier attribuent la plus grande activité et surtout la production plus constante de la toxine cholérique.

VARIÉTÉS

LITTÉRATEURS ET ÉCRIVAINS A PLOMBIÈRES

Par M. L. Babonneix.

La saison bat son plein dans les stations vosgiennes. Martigny, Contrexéville et Vittel, Bourbonne, Bains, Luxeuil et Bussang rivalisent d'efforts pour justifier la confiance que placent en elles médecins et malades ; Plombières surtout, cette « baignoire de la Lorraine », donne tous les jours de nouvelles preuves de son étonnante vitalité et soutient vaillamment son antique réputation.

Ce qui a fait la renommée des eaux de Plombières, c'est d'abord la voix populaire, qui a partout propagé le bruit de leurs vertus; ce sont ensuite les médecins, qui, comme toujours, les ont longuement et minutieusement étudiées afin de pouvoir trouver à leurs effets une explication acceptable. Les littérateurs, enfin, en les louant ou les dénigrant à l'excès, ont encore contribué à leur gloire.

Le plus ancien d'entre eux est Joachim Camerarius. Dans un opuscule écrit en vers latins, le vieil auteur chante, sur le mode lyrique, les charmes de Plombières (1).

« Si quelqu'un, dit-il en commençant (2), veut savoir quelle existence on mène en ces lieux, mes vers légers, faciles, gracieux comme le sujet qu'ils traitent, vont s'efforcer de le lui apprendre (3). »

Après s'être ainsi décerné quelques éloges, Camerarius continue en ces termes :

« Dans un vallon sinueux est une piscine que, de tous côtés, environnent des hôtelleries. Là, femmes, hommes faits, garçons, petites filles, pauvres, nobles, savants, enfants, vieillards aux pas lents, jeunesse légère, corps intacts ou couverts de cicatrices, ulcérés, gens sains ou malades, tous ensemble réchauffant leurs membres dans l'eau chaude d'une piscine qu'entoure un mur long de deux fois deux cents pas.

Là, on peut voir les gens fortunés assis, sous un toit de feuillage, en des places louées à prix d'argent. Tout autour du bassin une foule de malades se presse, qui s'appuient sur des fourches et entrent dans l'eau jusqu'au menton. Dans les eaux limpides du lac, errent à l'aventure des gens de toute condition, de tout âge, de tout sexe, s'aidant de bâtons fourchus pour soutenir le poids de leur corps et guider leurs pas chancelants. Beaucoup nagent au milieu de la piscine, portés sur les flots agités. Celui-ci, debout, n'a de l'eau que jusqu'à la ceinture ; cet autre plonge de temps en temps jusqu'au fond du bassin (4). »

(1) Nous avons beaucoup emprunté, pour la rédaction de cet article, au livre où M. Parisot a accumulé, avec une patience de bénédictin, toutes sortes de documents intéressants sur Plombières (J.-D. Haumonté, *Plombières ancien et moderne*. Édition refondue par J. Parisot, Paris, H. Champion, édit., 1905). — Voy. aussi Cuvillier-Fleury, *Voyages et voyageurs*, M. Lévi, édit., Paris, 1854.

(2) Nous suivons, dans ses grandes lignes, l'élégante traduction de M. Parisot.

(3) Sed, quæ vita sit his locis, requirit
si quis forte, mei docere versus
tentabunt, faciles, læves, jocosi
ut res est quibus adplicantur illi.

(4) Primum valle lacus patet recurva,
diversoria quem undequaque cingunt,
in quo femina, vir, puer, puella,
pauper, nobilis, eruditus, infans,

Dans la piscine, il n'y a pas que des vieillards épuisés, des vieilles femmes desséchées (1); loin de cette cohue repoussante, le regard discerne d'aimables spectacles :

« Des jeunes filles d'une éclatante beauté, gracieuses et charmantes, fraîches et souriantes comme des vierges de Paphos, élèvent au-dessus des eaux leur poitrine que recouvre une légère tunique de lin; la neige de leurs seins entr'ouverts donne aux choses un éclat nouveau, et leur contact rassérène les eaux. Sous leurs regards, le lac morose sourit, leur visage réjouit l'onde troublée (2). »

Ces jolies filles ont trop d'esprit pour être sages. Aussi leurs admirateurs ne soupirent-ils pas longtemps. Le jour comme la nuit, elles montrent une inlassable complaisance : « Si l'une ou l'autre de ces vierges apparues dans le lac de cristal vous inspire quelque passion, il vous sera permis, de bien des manières, d'arriver à vos fins (3). Le jour, elles se mêlent aux hommes ; le soir, elles sont encore abordables (4). » Leur vertu défaille sans fin.

Camerarius énumère ensuite les distractions des malades rassemblés dans la piscine. « L'un déclame, l'autre chante, celui-ci rit aux éclats ; celui-là parle tout bas à son voisin qui l'approuve (5). » D'autres demandent un passe-temps à la physiologie : « L'un tousse, l'autre expectore, cet autre ne retient pas ses gaz. Celui-ci se mouche, ou crache, ou gratte les écailles de sa peau rugueuse (1). » Chacun exprime librement son opinion sur la vertu des eaux : « Celui-ci les loue et dit avec quelle rapidité elles l'ont guéri de ses maux. D'autres déclarent qu'ils n'ont pas été soulagés et vouent à l'exécration l'onde qui n'en peut mais... (2). »

Hors de la piscine, on est tout à la gaieté : on boit, on banquette, des rondes joyeuses s'organisent. Quelquefois un malade meurt dans le cours du traitement. Le malheureux ! « C'est un moine qu'il aura pour héritier, de tous les héritiers le plus exécrable, et pourtant héritier propre et légitime, ainsi que le veut une ancienne coutume du pays (3). »

Camerarius eut-il à souffrir des habitants de Plombières ? Toujours est-il qu'il les juge, en finissant, avec une excessive sévérité : « Cette race est inhospitalière, superstitieuse, paresseuse, incapable. Ce n'est pas des Romains qu'ils descendent, comme ils aiment qu'on le dise, mais bien plutôt d'une bande grossière de Gêtes... (4). »

Montaigne ne partage nullement les préventions de son devancier. Dans ses *Essais*, il place « les beings de Plombières au nombre des plus fameux d'Italie, de France et d'Allemagne, pour l'aménité du lieu et la commodité du logis, de vivres et de compagnie ». Dans son *Journal de voyage en Suisse et en Italie, par la Lorraine en 1580 et 1581*, il donne de curieux détails sur les « fonteines naturelles » de Plombières (5) : « Il y en a deux seulement de quoi on boit. Celle qui tourne le c. à l'orient et qui produit le being qu'ils appellent le *being de la reine*, laisse en la bouche quelque goust doux comme de la régalisse sans autre déboire.., l'autre, qui sort de la montagne opposite, a un peu d'aspreté, et y peut-on découvrir la saveur de l'alun. La façon du païs, c'est seulement de se baigner deux ou trois fois le jour. Aucuns prennent leur repas au being, où ils se font communément ventouser et scarifier, et ne s'en servent qu'après s'être purgés. S'ils boivent, c'est un verre ou deux dans le being... Nous vismes des hommes guérir d'ulcères et d'autres des rougeurs par le corps. La coutume est d'y estre pour lé moins un mois. Ils y louent beaucoup plus la saison du printemps en may. Ils ne s'en servent guières après le mois d'aoust, pour le froideur du climat... » La vie est d'ailleurs fort agréable à Plombières : « Les hostesses y font fort bien la cuisine. La nourriture des chevaux à sept sols. Toute autre sorte de dépense a bonne et pareille raison. Les logis n'y sont pas pompeux, mais fort commodes... » Une seule ombre au tableau : « Le pain et le vin sont mauvais. »

Fin de la note 4 de la page précédente :

et tardus senio, et levis juventa,
quique est integer, et cicatriciosus,
quique et saucius est et ulcerosus,
sanus, morbidus, universi eodem
undæ membra fovent lacu calentis,
quem circum paries datus coercit,
passus quis habet fere ducentos.
Hic, sub frondifero est videre tecto,
consedisse pecuniosos,
conductis pretio locis soluto,
quæ magnæ undique turba circum adhæret,
furcis nisa, et ad usque mersa mentum.
Necnon per vitream vagans paludem,
molem et corporis et gradus labantes
furcatis vehitur regens bacillis
omnis conditio, ordo, sexus, ætas.
Multi et per medium lacum natantes
supra fluctivagas feruntur undas,
hic stans eminet usque ad umbilicum,
ille in gurgite se subinde mergit.

(1) Effetique senes, anusque siccæ...

(2) At pulchræ, nitidæ, venustæ, amenæ,
formosæ, cute splendidæ, elegantes,
ridentes, Paphiæ nurus, puellæ,
nutricum tenus e lacu eminentes
pectus lineolo super chitone
velatæ niveum et sinus patentes
reddunt omnia luculenta visû
contactuque suo lacum serenant.
Quarum triste oculis renidet æquor
et turbata hilarescit unda vultu...

(3) Has inter libido fuerit si cui,
uti condicionibus licebit
diversis...

(4) Nec tantum intereunt viros diurnæ
sed noctu quoque cominus feruntur.

(5) Hic clamat, canit ille, ridet alter,
Alter mussitat, alter adquiescit.

---

(1) Hic tussit, screat ille, eructat iste,
iste emungitur, aut spuit, scabitue
Squamosum e cute corticem strigosa.

(2) Quidam laudat aquas, docetque quantum
parvo tempore sit malo levatus...
Quidam nil sibi profuisse dicit,
Sævusque immeritam exsecratur undam.

(3) Extra sed domibus lacum sub ipsis
potant aut epulantur aut choreas
lætantes agitant...
Est et qui moritur forasque fertur,
hæredem omnibus exsecrabilem, et qui
hæres legitimus suusque, quodam,
cujusque est, veteri loci instituto.

(4) Nam gens illa hominum est inhospitalis,
stulte religiose, iners, ineptsa :
non romana quidem, ut volunt vocari,
sed rudis getici vetus propago...

(5) Notes dictées à son secrétaire.

Montaigne ne retira pourtant de sa saison qu'un bénéfice médiocre : « Il n'y connut d'autres effets que d'uriner... Le sixième jour, il eut la colique très véhémente, et plus que les siennes ordinaires, et l'eust au côté droit, où il n'avoit jamais senti de doleurs qu'une bien legiere à Arsac, sans opération... Les deux premiers jours, il rendit les deux petites pierres qui estoient dedans la vessie, et, depuis, par trois fois du sable. Mais il partit desdits beings estimant avoir encore en la vessie la pierre de la susdite colique, et autres petites desquelles il pensoit avoir senti la descente. » Et le bon secrétaire d'ajouter qu'après avoir bu onze matinées de l'eau de Plombières, son maître n'en fut pas plus malade : « Rien de son estat ordinaire, écrit-il, ne s'empira par cette potion. »

Dans le cours des XVIIe et XVIIIe siècles, de nombreux littérateurs viennent demander la santé aux eaux de Plombières, SAINT-SIMON y fut vers 1715, accompagné de son médecin. BEAUMARCHAIS, conclut, en 1782, un marché pour la fourniture du papier nécessaire à l'impression du *Mariage de Figaro*. C'est encore à Plombières, dit M. Parisot, qu'il fut informé que grâce aux intrigues de sa femme, la publication de ce chef-d'œuvre était interdite en France. VOLTAIRE s'y rendit aussi. « En 1734, dit M. Parisot, à la suite de la publication des *Lettres philosophiques*, appréhendant la Bastille, il dut fuir Paris précipitamment, et les eaux de Plombières devinrent subitement nécessaires à sa santé (1). » C'est à Plombières qu'il composa cette médiocre poésie, dédiée à M. Pallu, intendant de Nevers :

Du fond de cet antre pierreux
Entre deux montagnes cornues,
Sous un ciel noir et pluvieux,
Où les tonnerres orageux
Sont portés sur d'épaisses nues;
Près d'un bain chaud toujours crotté,
Plein d'une eau qui fume et bouillonne,
Où tout malade empaqueté
Et tout hypochondre entêté
Qui sur son mal toujours raisonne,
Se baigne, s'enfume et se donne
La question pour sa santé;
Où l'espoir ne quitte personne;
De cet antre où je vois venir
D'impotentes sempiternelles
Qui toutes veulent rajeunir;
Un petit nombre de pucelles;
Mais un beaucoup plus grand de celles
Qui voudraient le redevenir;
Où par le coche on nous amène
De vieux citadins de Nancy,
Et des moines de Commercy,
Avec l'attribut de Lorraine
Que nous rapporterons ici
De ces lieux où l'ennui foisonne,
J'ose encore écrire à Paris, etc., etc.

En arrivant à Plombières, il avait lancé cette boutade : « Je prendrai les eaux en n'y croyant pas, comme j'ai lu les Pères. » Il y revint pourtant plusieurs fois.

Au commencement du siècle dernier, MOLLEVAUT, traducteur de Tibulle, célèbre les vertus de la source ferrugineuse dans un quatrain qui n'ajoutera pas grand'chose à la gloire du poète; CASIMIR-DELAVIGNE vient, en noble et galante compagnie, passer quelques saisons à Plombières, auquel CUVILLIER-FLEURY consacre, dans un livre un peu oublié aujourd'hui, quelques pages charmantes. « La ville, couchée sur la source même qui la fait vivre et qu'elle semble couver comme un trésor, s'étend dans le creux d'une étroite vallée, toute retentissante de cascades, plutôt protégée que dominée par de vertes montagnes, d'où se répand à l'entour la saine odeur des prairies suspendues au flanc des coteaux et des forêts séculaires qui les couronnent. Quatre grandes routes y aboutissent : celles de Remiremont et d'Epinal, au Nord ; celles de Luxeuil et de Saint-Loup, au Sud ; et chacune de ces routes est, à elle seule, une excursion délicieuse. »

Cuvillier-Fleury remarque que le principe actif des eaux de Plombières est encore inconnu : « Si j'osais, dit-il justement, donner ici l'avis du plus incompétent des juges en ce point, je dirais que les eaux agissent par leur innocence même, et qu'avant d'y trouver de l'arsenic, pendant plusieurs siècles d'observation, d'analyse et d'expérimentation successives, on n'y a rien trouvé du tout. Ce qui fait leur vertu, c'est leur chaleur naturelle, leur douceur onctueuse et pénétrante, et leur inaltérable pureté. » Quoi qu'il en soit, si l'on vient à Plombières, malade, on y « revient, guéri, pour le plaisir ». Plombières est en effet « un lieu de grande simplicité, de vie paisible, de guérison patiente, j'allais presque dire une terre d'innocence et d'inégalité... on n'aime ni le bruit, ni l'étalage, ni même le scandale. Si l'on y médit, c'est du bout des lèvres et, si l'on y danse, c'est pour n'en pas perdre l'habitude. Telles sont les mœurs des habitants de Plombières : on voit que ce sont les bonnes ».

Depuis Cuvillier-Fleury, nombre de littérateurs sont venus visiter Plombières, que l'un d'eux appelle irrévérencieusement Clysopopolis. Nous ne nous attarderons pas à rappeler leurs exploits. Aucun d'eux n'appartient encore à l'histoire...

(1) *Loco citato*, p. 167.

LIVRES NOUVEAUX

Études de chirurgie (1), par le docteur O. GUELLIOT, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Reims.

Le volume réunit des travaux de chirurgie dont plusieurs ont fait l'objet de présentation aux sociétés savantes.

Tous ont été provoqués par des observations de malades que l'auteur a eu à soigner et dont il nous rapporte l'histoire.

Chacune de ces petites monographies sont pleines d'intérêt, car la bibliographie inutile y est mise de côté et est remplacée par des considérations judicieuses dues à l'expérience de l'auteur.

Nous trouvons traitées successivement : les principes généraux qui doivent guider le chirurgien ; la question si troublante de la contagiosité du cancer ; les greffes cutanées ; les suites des opérations pour péritonite tuberculeuse ; les volvulus du gros intestin ; les affections non cancéreuses de l'estomac ; les calculs vésicaux ; les sutures à distance du nerf radial ; les résections de la hanche et du genou chez l'enfant ; le traitement des varices.

Un dernier chapitre est particulièrement instructif et trop souvent est laissé dans l'oubli : c'est celui des erreurs et des insuccès. M. Guelliot montre fort justement l'utilité de leurs publications, et combien la connaissance des erreurs de diagnostic possible peuvent parfois rendre de services à ceux qui se trouvent en présence d'un cas difficile.

ÉTIENNE LE SOURD.

(1) In-8°. Prix : 8 francs. — Paris, Masson et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

SYPHILIS LINGUALE [1]

3. Glossites gommeuses. — Beaucoup plus rares et plus tardives que les précédentes, elles peuvent, comme elles, être *superficielles* ou *profondes*.

a. Les *gommes muqueuses*, *superficielles*, ne sont, au début, que de petites nodosités enchâssées dans le derme, arrondies, siégeant sur le dos ou sur les bords de la langue, fermes et consistantes. Puis elles se ramollissent; à leur sommet apparaît un petit pertuis qui s'élargit : l'*ulcère gommeux* est constitué. De petites dimensions, *très creux*, il est entouré de tissus durs et infiltrés; ses bords sont taillés à pic; son fond, bourbillonneux, est tapissé d'un enduit adhérent.

b. Les *gommes profondes*, *musculaires*, sont les véritables gommes de la langue (Fournier). Presque toujours localisées aux régions latérales de la face dorsale, elles présentent un volume variable et une forme ovoïde. Parfois il n'y en a qu'une : c'est la *grosse gomme solitaire* (Dieulafoy); d'autres fois, on en compte trois ou quatre, ou plus. Elles passent par : α. une *phase de crudité*, où l'on sent, dans l'épaisseur de la langue, une ou plusieurs tumeurs solides et dures, et qui dure deux ou trois mois; β. une *phase de ramollissement*, où la gomme devient pâteuse, se ramollit, et où apparaît un petit pertuis à bords violacés. Ce pertuis s'élargit pour constituer γ. la *gomme ulcérée*, généralement ovalaire, très creuse, entourée d'une aréole dure et rouge, à bords taillés à pic, adhérents, à fond bourbillonneux, « de mauvaise mine » (Fournier), recouvert d'un enduit adhérent; δ. si la gomme est traitée, elle se *répare* et se *cicatrise*; sinon, ou elle guérit et se cicatrise, ou elle persiste indéfiniment.

Fournier décrit, en dehors de ces formes types, des *formes confluentes*, bosselant et déformant l'organe (*langue marronnée*, *rembourrée de noisettes*, *mamelonnée*, *éléphantiasique*); des *formes diffuses*, donnant lieu à des ulcérations irrégulières; des *formes scléro-gommeuses*.

Les complications (gangrène, phagédénisme) sont exceptionnelles.

Quant aux troubles fonctionnels, ils n'apparaissent qu'à la période de résolution.

Les ganglions sont habituellement intacts. Lorsqu'ils sont pris, on invoque tantôt une infection secondaire, tantôt une adénopathie gommeuse.

4. Glossites de modalité secondaire au cours de la période tertiaire. — Au cours de la période tertiaire on peut, aussi bien dans la syphilis héréditaire que dans la syphilis acquise, observer des *plaques muqueuses* érosives ou sèches; les premières disparaissent pour récidiver avec une étonnante facilité; les secondes, quoique plus stables, sont également sujettes aux récidives. L'une et l'autre peuvent aboutir à la glossite scléreuse. Elles sont probablement contagieuses.

D. **Accidents parasyphilitiques.** — La *leucoplasie linguale* est presque universellement (Fournier, Landouzy, Gaucher et Sergent) considérée comme d'origine syphilitique. Pour sa description, v. classiques. Sa gravité tient : 1° à son incurabilité presque absolue; 2° à sa transformation fréquente en cancer (Gaucher et Sergent).

Pronostic. — Le *chancre de la langue* ne se complique qu'exceptionnellement de phagédénisme; son pronostic est relativement favorable. Les *plaques muqueuses* récidivent parfois avec une facilité désespérante. Les *glossites scléreuses* se caractérisent par leur ténacité et ne sont, que tout à fait au début, accessibles à la thérapeutique. Les *glossites gommeuses* sont beaucoup plus accessibles au traitement, ainsi qu'en témoigne un cas célèbre relaté par la *Lancet*. La *leucoplasie* est trop souvent destinée à subir la transformation cancéreuse. D'une façon générale, le pronostic est lié à la qualité de la syphilis, au terrain sur lequel se développent les accidents (fumeurs, alcooliques, individus ayant des dents cariées, une bouche en mauvais état, etc.), à la précocité et à l'intensité du traitement spécifique.

Diagnostic. — I. Le **chancre de la langue** peut être confondu avec :

1. Un épithélioma, mais celui-ci : α. est presque spécial à l'âge mûr, tandis que celui-là survient à tout âge; β. a une surface inégale, irrégulière, rongeante ou bourgeonnante, la surface du chancre étant lisse et unie; γ. a des bords élevés, épais, le chancre n'ayant pas de bords; δ. saigne spontanément ou sous l'influence du plus léger contact; ε. ne se complique que tardivement d'adénopathie; ζ. présente longtemps une marche lente et torpide.

2. Une glossite dentaire ulcéreuse : dans les deux cas, il s'agit d'une lésion circonscrite, indurée, à surface rouge, souvent compliquée d'adénopathie; mais dans la glossite, l'ulcération se trouve en rapport avec une dent malade; elle guérit après ablation de la dent.

3. Une ulcération tuberculeuse. — M. Fournier divise ainsi les éléments du diagnostic. En faveur de la tuberculose existent des *signes de présomption :* α. antécédents de tuberculose; β. siège possible à la face inférieure de la langue; γ. multiplicité possible des lésions; δ. étendue parfois notable; ε. aspect creux de l'ulcération. Les *signes de probabilité* (toujours en faveur de la tuberculose) sont : α. le contour irrégulier; β. l'existence de bords entaillés, décollés; γ. le fond inégal et jaunâtre; δ. l'absence d'induration; ε. l'intensité des troubles fonctionnels. Quant aux *signes de certitude*, ils sont au nombre de quatre : α. *points jaunes de Trélat*, masses punctiformes, de couleur jaunâtre, semées autour de l'ulcère; β. *nodules de Féréol :* petites tumeurs solides, pleines, enchâssées dans le derme, grosses comme un grain de millet, recouvertes par une muqueuse saine rosée ou rouge violacé, situées, elles aussi, autour de l'ulcération. Points et nodules sont des formations tuberculeuses; γ. examen bactériologique des produits de râclage, et δ. inoculation aux animaux. Malgré tous ces éléments, le diagnostic reste-t-il incertain? On attendra l'explosion ou la non-explosion des accidents secondaires; ce sera là le critérium de dernier ressort (Fournier).

4. Une ulcération actinomycosique : plus fréquente dans certains pays (environs de Lyon), chez les cultivateurs, presque toujours fistuleuse et accompagnée d'adénopathie, elle ne sera le plus souvent reconnue qu'à l'examen histologique du pus (grains jaunes). (*A suivre.*)

(1) Suite. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 92, p. 1102.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

LE MERCREDI 25 SEPTEMBRE 1905

à 2 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, nº 3, à l'adjudication au rabais et sur soumissions cachetées, de la fourniture des articles de *pansement, gazes* et *cotons antiseptiques, mackintosch, protective*, etc., nécessaires au service des établissements de cette administration pendant un an, à partir du 1er octobre 1905.

Ces fournitures sont évaluées approximativement avant rabais :

1er lot. *Gaze iodoformée et au salol*, 21 000 fr.
2e lot. *Coton au salol et boriqué, mackintosh, protective boriquée*, 20 000 fr.
3e lot. *Coton hydrophile*, 40 000 kilogr.
4e lot. dº 40 000 —

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, avenue Victoria, nº 3, à Paris, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

N° 96. — SAMEDI 26 AOUT 1905. 78e ANNÉE. SAMEDI 26 AOUT 1905. — N° 96.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Les ostéites non tuberculeuses de la colonne vertébrale chez l'adulte, par M. G. Labeyrie.
FORMULAIRE
La bouillie au bouillon de légumes dans l'alimentation des enfants atteints de gastro-entérite.
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE. — Le lundi 23 octobre 1905, à huit heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour quatre places d'élèves internes.

Le lundi 30 octobre 1905, à huit heures du matin, un autre concours sera ouvert dans le même hôpital pour dix places d'élèves externes.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu.

MARINE. — M. le médecin de deuxième classe Lancelin, du port de Brest, est désigné pour servir en sous-ordre aux établissements de pyrotechnie maritime, en remplacement de M. le docteur Chauvin, promu au grade supérieur.

Ier CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE (*Bruxelles, 18-23 septembre 1905.*) — Nous croyons devoir rappeler que le Ier Congrès de la Société internationale de chirurgie aura lieu à Bruxelles, cette année, du 18 au 23 septembre.

Les questions mises à l'ordre du jour sont :

I. *Valeur de l'examen du sang en chirurgie.* — Rapporteurs : MM. W. W. Keen (Philadelphie); Sonnenburg (Berlin); Ortiz de la Torre (Madrid); Depage (Bruxelles).

II. *Traitement de l'hypertrophie prostatique.* — Rapporteurs : MM. Reginard Harrisson (Londres); Rovsing (Copenhague); von Rydygier (Lemberg).

III. *Interventions chirurgicales dans les affections non cancéreuses de l'estomac.* — Rapporteurs : MM. Mayo Robson (Londres); von Eiselsberg (Vienne); Mattoli (Ascoli Piceno); Monprofit (Angers); Rotgans (Amsterdam); Jonnesco (Bucarest).

IV. *Traitement de la tuberculose articulaire.* — Rapporteurs : MM. Bier (Berlin); Broca (Paris); Bradford (Boston); Codivilla (Bologne); Willems (Gand).

V. *Traitement de la péritonite.* — Rapporteurs : MM. Lennander (Upsala); Friedrich (Leipzig); Lejars (Paris); Mc Cosh (New-York); Krogius (Helsingfors); de Isla (Madrid).

VI. *Diagnostic des maladies chirurgicales du rein.* — Rapporteurs : MM. Albarran (Paris); Kummel (Hambourg); Giordano (Venise); Lambotte (Bruxelles).

Outre ces questions, les membres de la Société pourront faire des communications diverses, mais celles-ci doivent avoir un caractère purement démonstratif (présentation de malades, de préparations anatomo-chirurgicales, d'appareils, d'instruments, etc.).

Pour demandes de renseignements, s'adresser à M. Willems, à Gand, et à M. A. Broca, délégué pour la France, Paris, 5, rue de l'Université.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la trente-troisième semaine, 949 décès, au lieu de 779 pendant la semaine précédente (moyenne 836).

La fièvre typhoïde a causé 4 décès (moyenne 9). Le nombre des cas nouveaux est de 49 (moyenne 62).

La variole a causé 6 décès, au lieu de 5 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 53 au lieu de 23 pendant la semaine précédente et de la moyenne 16.

La rougeole a causé 3 décès (moyenne 8); la scarlatine, 1 décès (moyenne 2); la coqueluche, 8 décès (moyenne 8); la diphtérie, 3 décès (moyenne 6).

La diarrhée infantile a causé 136 décès de 0 à 1 an, au lieu de 107 pendant la semaine précédente (moyenne 97).

En outre, 35 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 99 décès, au lieu de 73 pendant la semaine précédente (moyenne 85). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 6 décès (moyenne 6); bronchite chronique, 13 (moyenne 10); pneumonie, 17 (moyenne 24); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 63 (moyenne 45), dont 25 sont dus à la congestion pulmonaire et 27 à la broncho-pneumonie. En outre 3 décès sont attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 199 décès; la méningite tuberculeuse, 14; la méningite simple, 19; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 10 décès.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale expérimentale et clinique. — (N° 171, 12 août 1905.) BERGONIÉ : Sur l'état actuel de la radiothérapie. — ZIMMERN : L'état actuel des applications thérapeutiques des courants de haute fréquence. — LEDUC : Etude sur la résistance électrique du corps humain.

Archives générales de médecine. — (N° 34, 22 août 1905.) BERTHAUT : Mécanisme de la rotation intra-pelvienne de la tête dans la représentation du crâne. Théorie de l'arcade pubienne. — STANLEY-PARKINSON : Un nouvel élément de recherche du terrain tuberculeux. — RAYMOND : Deux cas de paralysie générale progressive chez un homme de trente-deux ans et chez un adolescent de seize ans (4 fig.).

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIII, n° 5, 3 août 1905.) Georges BLUMER : L'influence que l'acquisition d'un territoire tropical par les Etats-Unis a eue et aura probablement sur la médecine américaine. — Arthur L. CHUTE : Observation expliquant l'état local après une énucléation suprapubienne de la prostate (avec 2 fig.). — Daniel R. BROWER : Quelques remarques sur le traitement de l'épilepsie. — Pierre CLARCK : Le régime diététique des épileptiques. — MALCOM-DEAN MILLER : Notes sur la photographie des pièces volumineuses.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 6, 15 août 1905.) POUCHET : L'iode et les iodiques (*suite*). — ROBIN et PINET : L'examen clinique des échanges respiratoires. Résultats cliniques. Indications thérapeutiques (1re partie).

Bulletin médical. — (N° 63, 19 août 1905.) CHEVALLEREAU : Le strabisme. — JANICOT : Jardins ouvriers et hygiène.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 32, 12 août 1905.) LOEB : Contribution à l'étude du diabète sucré. La forme héréditaire du diabète.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 22, 16 août 1905.) HOFFA : La coxa vara congenitale. — DOUTRELEPONT : Recherches histologiques sur l'action des rayons Finsen sur le lupus. — VAHLEN : Sur un nouveau principe soluble dans l'eau, de l'ergot de seigle. — BRAATG : Le traitement opératoire des tumeurs du sein chez la femme. — KISSKALT : Importance pathogénique du bacillus funduliformis. — BLOCH : Contribution à l'étude de la pathogénie de l'ulcère. Chronique de l'estomac.

Écho médical du Nord. — (N° 34, 20 août 1905.) CARLIER et CURTIS : Le rein tuberculeux polykystique chronique. — H. GAUDIER : Note préliminaire sur le contrôleur du pouls du professeur Gaertner (de Vienne) et son emploi en chirurgie.

Journal des praticiens. — (N° 33, 19 août 1905.) RECLUS : Traitement de l'hydrocèle vaginale. — CONTET : La rééducation respiratoire dans la pratique médicale journalière. — CHAUFFARD : Les bacillémies tuberculeuses.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 33, 19 août 1905.) D'HALLUIN : Moyen de combattre les trémulations fibrillaires du cœur (*suite*). — AUGIER : Hématocolpos par imperforation de l'hymen, avec rétention d'urine prolongée et complète.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 33, 17 août 1905.) COPPEZ : Sur la choroïdite disséminée sympathique.

Lyon médical. — (N° 34, 20 août 1905.) ROME et BOMBES DE VILLIERS : Aortite septique ulcéro-végétante de nature probablement tuberculeuse.

Marseille médical. — (N° 16, 15 août 1905.) BOINET : Fréquence et dangers de la tuberculose sénile. — BERNEX : Un cas de phlyctènes hémorragiques du tympan. — THOMAS : Un cas d'hémiglossite parenchymateuse aiguë.

Montpellier médical. — (N° 32, 6 août 1905.) G. DE ROUVILLE : Restauration rapide des fonctions du nerf radial sectionné après suture secondaire des deux bouts. Interprétation des phénomènes d'après les recherches histopathologiques les plus récentes. — J. GAGNIÈRE : Travail du laboratoire de physique biologique. Nouvelle méthode d'inscription des divers éléments cinématiques du réflexe rotulien (*suite*).

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 33, 15 août 1905.) FISCHER : Sur un embryome du mollet. — SIEGEL : Rapport sur la réussite de la transmission de la fièvre aphteuse à la souris. — MÖBIUS : Sur une affection ganglionnaire bizarre. — VÖLKER et LICHTENBERG : La forme de la vessie humaine à l'image Röntgen. — GÜRBER : La recherche de l'indican dans l'urine. — SIEGEL : Recherche de l'hémoglobine dans les fèces. — REICHE : L'angine de Plaut-Vincent. — MORIAU : Stomatite ulcéreuse et angine de Vincent. — MOHR : Contribution à l'étiologie et au traitement de la fièvre des foins. — FREY : Elasticité de la peau. — KLAUBER : Nouvelle aiguille pour les sutures osseuses. — ARNETH : Les globules blancs et rouges dans le traitement de la leucémie par les rayons Röntgen.

Presse médicale. — (N° 66, 19 août 1905.) Simon PATER : Les injections d'eau de mer en thérapeutique infantile. — LATOUR : Anévrisme artério-veineux du triangle de Scarpa.

Revue des maladies de la nutrition. — (N° 8, août 1905.) GAUTRELET : Essai de physiologie appliquée à l'économie sociale. — PASCAULT : Tourisme et alimentation. — GIRAUD : Relation relative de l'arthritisme avec les affections de l'œil et de ses annexes. — RŒSER : L'absorption intestinale.

Revue scientifique. — (N° 8, 19 août 1905.) DANGEARD : La sexualité chez les champignons. — BRIDOU : Les formes convulsives de l'émotion; le rire. — TOUCHET : L'éclipse totale de soleil du 30 août 1905.

Tribune médicale. — (N° 33, 19 août 1905.) H. VAQUEZ et DIGNE : La cure de déchloruration au cours des maladies du cœur.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 15, 15 août 1905.) LANGLET : La population de Vitry-le-François et de son arrondissement.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 29, 20 juillet 1905.) WEISER : Etat actuel de la thérapeutique dentaire. — SCHERBER : Un cas de pemphigus à évolution particulière. — SACHSALBER : Etiologie de la puiguecula et du pterigion. — (N° 30, 27 juillet.) BARTEL : Appareil pour inhalations. — HARTL et HERMANN : Inhalation de liquides, contenant des bactéries, pulvérisés. — EXNER : Traitement des kystes du pancréas. — TAUBER : Un sphygmomanomètre transportable. — DETRE et SELLEI : L'étude des anticorps normaux éclairée par notre thernie des lipoïdes. — EISLER : Sur l'antihémolysine du sérum normal. — (N° 31, 3 août.) ROTHBERGER : Sur la fonction antitoxique du foie. — SPITZER : Découverte de spirochaetes dans les tissus syphilitiques. — FREUND et OPPENHEIM : Nouvelle contribution à la radiométrie. — CRIPPA : Sur le « Gynochrysma Hydrargyri ». — (N° 32, 10 août.) SELIG : Contribution à l'étude de la dilatation du cœur. — KAHLER : Traitement du sclérome par le radium. — ZUMBUSCH : Un cas à typique d'ichtyose congénitale. — ZYPKIN : Traitement des maladies interstitielles. Cas de tabes et de myélite chronique traités par la kératine.

REVUE GÉNÉRALE

LES OSTÉITES NON TUBERCULEUSES

DE LA COLONNE VERTÉBRALE CHEZ L'ADULTE

Par le docteur G. LABEYRIE,
Ex-chef de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Nantes,
Chirurgien de l'hôpital Bellier.

Au cours d'une crise d'ostéomyélite de la colonne vertébrale qui nous infligea seize mois de repos, nous avons eu le temps de réfléchir à notre aise sur les lacunes que présentent nos connaissances actuelles au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement des ostéites non tuberculeuses de la colonne vertébrale. En effet toute la pathologie du rachis est dominée par le mal de Pott (c'est d'ailleurs, nous nous empressons de le dire, de beaucoup l'affection la plus fréquente), et c'est seulement ces dernières années, la bactériologie aidant, que les affections non tuberculeuses des vertèbres ont commencé à en être distinguées. Les traités classiques en font à peine mention : Kirmisson dans le *Traité* de Duplay et Reclus soupçonne ces ostéites banales et les signale, mais sans donner aucun développement; Chipault dans le *Traité* de Le Dentu et Delbet parle de la seule ostéomyélite aiguë. Et cependant ces ostéites peuvent exister au niveau du rachis comme en tout autre point du squelette : nous avons pu recueillir un certain nombre d'observations indubitables comme on le verra par la suite. Pour limiter notre travail, nous nous sommes proposé seulement d'étudier les ostéites de l'adulte. Il nous a paru, en effet, qu'elles présentaient chez lui plus de variétés que chez l'enfant, où l'on ne voit guère que la forme suraiguë; cela tient évidemment à ce que chez l'adulte le squelette a atteint son degré complet de développement. Il nous a paru aussi, toutes proportions gardées d'ailleurs, que les ostéites non tuberculeuses étaient peut-être plus fréquentes chez l'adulte que chez l'adolescent.

Ce qui donne aux ostéites de la colonne vertébrale une partie de leur intérêt c'est que le rachis constitue l'étui de la moelle, si bien que nous verrons apparaître souvent des complications méningées, radiculaires, voire médullaires, si les signes d'inflammation osseuse sont peu manifestes; s'ils sont surtout localisés à l'arc antérieur des vertèbres, on peut facilement prendre le change et faire des erreurs de diagnostic. Au contraire quand l'arc postérieur, masses latérales, lames et apophyses épineuses sont intéressées, le diagnostic est d'ordinaire facile.

D'une manière générale, en se plaçant au point de vue clinique et anatomo-pathologique on peut dire que la colonne vertébrale de l'adulte se comporte vis-à-vis de l'infection comme un os long, dont les épiphyses seraient constituées par les vertèbres cervicales et lombaires, et la diaphyse par les vertèbres dorsales; il est en effet très rare qu'un seul article de la colonne vertébrale soit touché. Le sacrum qui, anatomiquement, représente une série de vertèbres différenciées, doit être considéré au point de vue clinique comme un os plat, un os du bassin. Les autres vertèbres, au contraire, se comportent comme des os courts et spongieux, analogues aux os du carpe ou du tarse. Ce sont les deux extrémités, vertèbres cervicales et vertèbres lombaires, qui sont le plus souvent atteintes par les processus infectieux. Ici encore, il faut faire une distinction : au niveau des vertèbres cervicales on observe des polyarthrites pures, susceptibles d'une évolution rapide et d'une guérison intégrale, des ostéo-arthrites se terminant par déformation et ankylose, des ostéomyélites limitées; au niveau de la colonne lombaire on observe surtout des ostéites et des ostéo-arthrites.

L'anatomie explique fort bien ces différences : il suffit de se rappeler la conformation de la colonne vertébrale : au niveau des vertèbres cervicales le tissu spongieux tient peu de place, la vertèbre est petite, les articulations sont bien différenciées et jouissent de mouvements étendus; au niveau des vertèbres lombaires le tissu spongieux est plus abondant, les vertèbres sont volumineuses, les articulations jouent un rôle un peu effacé, bien entendu nous ne parlons ici que des articulations des masses latérales et non des disques intervertébraux et des ligaments à distance.

En dépouillant nos observations, nous avons été frappé tout d'abord par la localisation presque habituelle des éléments infectieux au niveau des vertèbres lombaires; la plupart des auteurs qui se sont occupés de la question avaient d'ailleurs fait la même remarque; ils expliquaient ce fait par la mobilité de la colonne lombaire, ce qui n'était point satisfaisant. On peut bien alléguer encore que le segment lombaire, plus que tout autre, est exposé aux traumatismes, que normalement il est le pivot du corps, le point où viennent se briser les forces venues d'en haut ou d'en bas, que dans certains exercices, la marche, l'équitation par exemple, il se trouve constamment pris entre deux forces contraires : les impulsions données par les membres inférieurs ou le bassin d'une part et le poids du thorax et celui de la tête d'autre part. Mais nous n'avons trouvé la véritable explication rationnelle que dans un travail de Frænkel publié en 1903 dans les *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie.* Dans cet article très documenté, Frænkel expose le résultat de ses recherches sur le rôle de la moelle osseuse dans les infections. A l'autopsie des sujets morts de dothiénenthérie, il a constaté d'une façon habituelle la présence du bacille d'Eberth dans la moelle osseuse des vertèbres (dernières vertèbres dorsales, vertèbres lombaires). Chez une jeune fille dont la fièvre typhoïde s'était compliquée de pneumonie, il a trouvé en plus du bacille d'Eberth, le diplocoque lancéolé qui porte son nom. En poursuivant ses recherches dans le même sens il retrouve dans la moelle osseuse des mêmes vertèbres le germe pathogène des infections qui avaient entraîné la mort : des pneumocoques dans plusieurs cas de pneumonie, des streptocoques dans des cas d'érysipèle, d'abcès pulmonaires, de diphtérie; des staphylocoques dans des cas de phlegmon ou de suppurations variées.

Frænkel révéla l'existence de ces germes tant par des cultures, que par des préparations microscopiques et des inoculations. Leur présence au sein des vertèbres se traduit par des altérations sans rapport direct avec leur nombre, mais avec leur virulence : c'est ainsi que l'on observe des hémorragies, des foyers de nécrose, des exsudations, une multiplication des cellules géantes et des lymphocytes. Ces lésions montrent d'ailleurs une tendance remarquable à la résorption et à la guérison spontanée.

Il n'en est pas moins vrai que les travaux de Frænkel montrent la question sous un jour tout nouveau. Les vertèbres s'y présentent sous l'aspect d'organes très sensibles à l'infection, pouvant servir de réceptacle aux germes. Quincke assimile le rôle des vertèbres en présence des infections à celui de la rate. Il s'en suit que tout sujet atteint d'une infection générale recèle des micro-organismes dans ses vertèbres et que dans certaines conditions ces germes pourront proliférer et donner lieu à une des formes d'ostéite que nous allons décrire. On s'explique alors très bien que les vertèbres lombaires soient le plus souvent touchées : ne sont-elles pas en effet les vertèbres les plus volumineuses, les plus riches en moelle osseuse de tout le rachis, les plus copieuses si nous osons nous exprimer ainsi?

Nous distinguerons quatre formes d'ostéite de la colonne vertébrale chez l'adulte :

1° Une forme suraiguë qui est de l'ostéomyélite vraie ;

2° Une forme subaiguë très limitée se terminant par un abcès;

3° Une forme aiguë ou subaiguë qui est plutôt une ostéo-périostite et qui se termine par résorption ;

4° Une forme chronique qui est une ostéo-arthrite ankylosante.

I

Ostéomyélite aigue. — L'histoire de l'ostéomyélite aiguë rachidienne est de date toute récente. Elle coïncide, en effet, avec l'introduction de la bactériologie dans la clinique. Le premier cas publié en France est celui de Lannelongue : il est relaté tout au long dans la thèse de Cadeilhan (1879) ; puis vient un mémoire de Poirier dans le *Progrès médical* en 1881. Dès lors les observations se multiplient tant en France qu'à l'étranger : nous citerons les observations de Chipault rapportées dans la thèse de Tournadour, les travaux de Morian en 1893, de Müller, de Hahn en 1895, de Makings en 1896, ces deux derniers travaux riches en observations personnelles très probantes et résumant les observations publiées jusqu'alors. En 1897, Chipault présente dans les *Travaux de neurologie chirurgicale* une mise au point de la question; il revient en 1900 dans la même publication sur le même sujet et base ses conclusions sur un ensemble de 49 cas. Depuis, d'autres observations ont encore été publiées; leur nombre s'élève actuellement à 55.

L'ostéomyélite aiguë de la colonne vertébrale est une affection rare. En effet, dans une statistique portant sur 651 cas d'ostéomyélite observés dans les cliniques de Lücke, Schede, Volkmann, Kocher, Brun et Lannelongue, Otto Hahn fait remarquer que l'affection porte 610 fois sur les os longs et 41 fois seulement sur les os courts; la colonne vertébrale n'est touchée qu'une seule fois. Les os courts seraient donc frappés 1 fois seulement, tandis que les os longs le seraient dans la proportion de 14 fois.

Sur les 55 cas d'ostéomyélite vertébrale que nous avons pu recueillir, 11 seulement concernent des adultes, les sujets plus volontiers atteints étant ici, comme pour tous les autres cas d'ostéomyélite aiguë, ceux dont le système osseux n'a pas encore acquis son complet développement. Nous indiquerons, chemin faisant, les différences qui existent entre l'ostéomyélite aiguë de l'adulte et celle de l'enfant ou de l'adolescent.

Nos connaissances sur l'étiologie de l'ostéomyélite vertébrale ne sont pas plus précises que celles que nous possédons sur l'ostéomyélite en général. C'est ainsi que l'on a incriminé tour à tour la fatigue, les changements brusques de température, le froid humide, les traumatismes. Tout au plus, chacune de ces causes peut-elle passer pour adjuvante. Le seul fait certain, c'est que l'homme y est plus exposé que la femme. Nous trouvons dans notre petite statistique 7 hommes et seulement 4 femmes. Le plus âgé de nos sujets avait quarante ans, les autres entre vingt et trente.

La véritable cause de l'ostéomyélite vertébrale est l'introduction d'un agent pathogène dans la circulation générale. La plupart du temps la porte d'entrée échappe; cependant, dans un cas de Hahn, la porte d'entrée est un panaris péri-unguéal; il en était de même dans l'observation personnelle que nous avons publiée avec notre excellent maître le professeur Vignard; une autre fois, enfin, la localisation vertébrale a succédé à une éruption de furoncles. Dans les cas où l'examen bactériologique a été pratiqué, le germe ordinairement décelé a été le staphylocoque doré. Dans un cas de Dehler, le staphylocoque doré était associé au streptocoque et à un bacille analogue au bacille de Löffler.

Au point de vue anatomo-pathologique, nous pouvons faire d'intéressantes observations. La région lombaire a été touchée seule 9 fois; la localisation se faisant indistinctement au niveau d'une ou plusieurs vertèbres; 1 fois les vertèbres lombaires et le sacrum ont été atteints en même temps; 1 fois le sacrum a été seul touché. Cette prédilection pour la localisation de l'infection au niveau de la partie inférieure du rachis est vraiment remarquable. Il n'en est pas de même lorsque l'on prend en bloc tous les cas d'ostéomyélite vertébrale. Chipault trouve, en effet, que sur 37 cas où la localisation est nettement mentionnée, la colonne vertébrale a été atteinte 7 fois, la colonne dorso-lombaire 20 fois et le sacrum 10. Pour ce qui est de rechercher une localisation plus précise au niveau des vertèbres, la chose est plus difficile, l'ostéomyélite de l'adulte étant toujours difficile. Il semble cependant que le corps et les masses latérales soient atteints de préférence aux apophyses épineuses et aux lames. La conséquence de ceci, c'est que les abcès ossifluents dans l'ostéomyélite de l'adulte ont

une tendance à fuser vers le petit bassin en suivant les psoas, la concavité du sacrum; ils peuvent venir faire saillie soit à l'arcade de Fallope, soit à la fesse près de l'ischion, soit à la grande échancrure sciatique. Il est plus rare que les abcès se fassent jour en arrière et viennent se montrer au niveau des muscles de la masse sacro-lombaire ou des articulations sacro-iliaques. Ces abcès sont souvent multiples: il est arrivé à quelques opérateurs d'ouvrir une collection purulente ou plusieurs et de s'apercevoir à l'autopsie qu'ils avaient méconnu une volumineuse collection intrapsoïque, lombaire, iliaque ou parasacrée. Comme complications rares, nous citerons un abcès péripleural dans un cas d'Israël, un empyème de la plèvre gauche dans un cas de Körte. En général, les vertèbres sont simplement dénudées, le périoste soulevé; la présence de séquestres n'est pas notée, comme cela arrive chez les enfants ou les adolescents; la vertèbre présente des signes d'ostéite violente, mais nulle part nous ne voyons notés d'abcès intra-osseux comme dans le cas de Lannelongue, abcès intra-osseux pouvant déterminer un affaissement de la colonne vertébrale et une gibbosité.

Beaucoup plus importantes encore, plus fréquentes et plus graves sont les complications du côté de la moelle; ces complications sont notées 4 fois dans nos 11 observations : 2 fois c'est de l'arachnoïde, séreuse une fois, suppurée l'autre (cas de Brietze et de Makins); 1 autre fois le canal rachidien était envahi par le pus (cas de Riese); 1 autre fois enfin (cas de Jaël), il y avait de la périméningite et de la méningite de la base.

Les symptômes de l'ostéomyélite vertébrale chez l'adulte sont extrêmement graves; la plupart du temps ce sont les signes généraux habituels aux infections qui tiennent la première place; ils peuvent même masquer les signes locaux. Il est, en effet, remarquable que chez l'adulte la localisation vertébrale est toujours primitive, alors que chez l'enfant elle succède souvent à une autre localisation osseuse. Chez l'adulte, les manifestations pyohémiques sont fréquentes : ce sont souvent elles qui entraînent la mort. C'est ainsi que nous notons plusieurs fois à l'autopsie des infarctus pulmonaires et rénaux, des arthrites purulentes, etc.

Le début est en général brusque; il s'annonce par de grands frissons, une élévation rapide de la température, du délire : les malades ont succombé fréquemment dans le coma; l'albuminurie est presque de règle au début. Les malades ont souvent un aspect typhique.

La localisation vertébrale s'annonce par des douleurs violentes, souvent irradiées à la ceinture ou aux membres inférieurs. La rigidité de la colonne vertébrale est absolue; tous les muscles sont contractés et en défense. Les vertèbres sont sensibles à la pression; la percussion éveille souvent des douleurs intenses. Parfois, le malade meurt sans que les symptômes se soient prononcés davantage. Un peu plus tard peut apparaître à la région dorso-lombaire de l'empâtement, un œdème inflammatoire, les signes locaux qui accompagnent toute collection purulente. D'autres fois, on est surpris par l'apparition à distance d'un abcès migrateur. Le développement d'une complication (empyème, infarctus pulmonaire, méningite) peut surajouter d'autres symptômes sur lesquels nous ne nous étendrons pas, étant donné qu'ils sont ici ce qu'ils sont ailleurs.

Le diagnostic est toujours difficile chez l'adulte : on peut être égaré au début par les phénomènes généraux et penser, comme cela s'est fait, à une pneumonie, à une pleurésie purulente, à une fièvre typhoïde anormale, à une péritonite, une appendicite septique, étant données les douleurs mal localisées et la défense des muscles de l'abdomen.

Quand l'attention est fixée sur les signes locaux, on court moins risque de prendre le change : on peut cependant méconnaître la cause et penser à une méningite cérébro-spinale, à une myélite aiguë.

Quant aux affections rachidiennes capables de donner un semblable aspect clinique, elles sont rares : tout au plus pourrions-nous citer le rhumatisme aigu et la polyarthrite vertébrale d'origine infectieuse. Dans ce cas, en général, c'est la colonne cervicale qui est touchée, les points douloureux ne sont pas tout à fait les mêmes; en particulier, les signes inflammatoires sont plus localisés dans le rhumatisme que dans l'ostéomyélite; le salicylate amène une sédation rapide des douleurs. Dans le cas de rhumatisme pseudo-infectieux, les commémoratifs et un examen complet du malade mettront en général sur la voie.

Il est plus difficile de distinguer l'ostéomyélite vraie de la spondylite infectieuse que nous décrirons tout à l'heure.

Le diagnostic différentiel avec le mal de Pott n'entre pas ici en ligne de compte.

Le pronostic de l'ostéomyélite du rachis chez l'adulte est extrêmement grave. Dans 11 cas, la mort est survenue 10 fois. Dans 1 cas, elle a été foudroyante, elle s'est produite le cinquième jour (cas de Brietze). En moyenne, elle survient dans le cours de la troisième semaine. Dans 2 cas, les malades sont morts au bout de plusieurs mois : dans le premier de ces cas, après une accalmie de plusieurs semaines, des accidents aigus ont reparu qui amenèrent une issue fatale; dans le second, le malade mourut cachectique, épuisé par une suppuration interminable. Le seul cas qui se soit terminé d'une façon favorable est celui que nous avons publié dans les *Archives provinciales de chirurgie* (mars 1905), avec notre maître, le professeur Vignard.

Somme toute, l'ostéomyélite de la colonne vertébrale chez l'adulte se comporte comme une septicémie très violente avec abcès métastatique au niveau des vertèbres.

Quant au traitement, quoiqu'il ait donné de médiocres résultats jusqu'ici, il ne saurait être autre que le traitement chirurgical. Ce qu'il importe, c'est de donner issue au pus le plus tôt possible. La voie d'accès sera indiquée par l'examen attentif des symptômes locaux. On fera une longue incision parallèlement aux apophyses épineuses et on tâchera d'arriver sur les corps vertébraux dénudés; on ne s'attardera pas à rechercher des séquestres qui n'existent sans doute pas; il serait peut-être indiqué

d'aller au-devant des collections intrapsoïques par la voie sous-péritonéale, décrite par Poirier au sujet de l'appendicite. Bien entendu, si la collection tend à faire saillie au-dessus de l'arcade de Fallope, au niveau du triangle de Scarpa, au niveau du creux ischio-rectal, c'est là qu'il faudra aller l'ouvrir. Mais encore une fois, on ne saurait poser de règle précise, et si, après une large ouverture et drainage, la température se maintenait élevée, il y aurait lieu de songer à la possibilité d'une collection méconnue et d'aller méthodiquement à sa recherche.

II

Ostéite limitée de la colonne vertébrale a marche subaiguë. — C'est la forme la moins connue des ostéites de la colonne vertébrale, et c'est sans doute la plus fréquente. Nous n'en avons trouvé que deux observations absolument indiscutables : l'une, du professeur Eichel, est publiée dans le *Münchener medicinische Wochenschrift* (28 août 1900) ; l'autre nous est personnelle et est encore inédite. Une troisième observation de Wohlgemuth concernant une ostéite vertébrale, consécutive à une infection par cathétérisme, nous a paru moins probante.

Dans notre observation personnelle, il s'agissait d'un manœuvre de vingt-six ans, employé au déchargement de madriers. Il entra à l'Hôtel-Dieu porteur d'un abcès siégeant en arrière, au niveau de la septième cervicale et des deux premières dorsales. Cet abcès, de la grosseur du poing, était peu douloureux, la peau était à peine rouge, le malade n'avait pas de température. Son abcès fut considéré comme un abcès par congestion dû à un mal de Pott postérieur. Nous résolûmes de le traiter par la ponction avec injection iodée consécutive. Quand l'abcès se fut à peu près vidé, il nous sembla sentir une surface osseuse dénudée et mobile. Nous fîmes une incision à la cocaïne ; elle nous permit de retirer un séquestre absolument libre dans la cavité et constituée par l'apophyse épineuse de la septième cervicale. Le pus contenait du staphylocoque pur. Le malade guérit très rapidement et complètement, et c'est seulement alors que nous apprîmes que son abcès avait succédé à une écorchure infectée de la région cervicale.

Le cas de Eichel est analogue au nôtre, il s'agit d'un jeune homme de vingt-sept ans qui eut une ostéite limitée de l'atlas avec abcès par congestion à la nuque. Son malade avait un peu de température, 38°5. L'incision donna issue à du pus, contenant du staphylocoque à l'état de pureté. Deux petits séquestres furent enlevés de l'atlas à la curette, le malade guérit rapidement et complètement.

Tous les chirurgiens ont vu des cas analogues : ils ont fait invariablement le diagnostic de mal de Pott, étant donnée la marche insidieuse de l'affection, et l'indolence relative de la collection purulente. Pour faire un diagnostic plus précis, il faudrait étudier soigneusement les commémoratifs du malade, considérer comme suspect tout mal de Pott dont la marche est un peu rapide et où l'apparition de la collection purulente coïncide presque avec le début des douleurs et s'accompagne d'un mouvement fébrile. Il faut aussi considérer comme suspect tout abcès ossifluent qui guérit rapidement après l'incision simple. Mais dans tous les cas on ne fera de diagnostic que si l'on pense à une ostéite non tuberculeuse : le microscope seul peut d'ailleurs lever les doutes.

Etant donné le peu de documents que nous possédons sur cette forme d'ostéite de la colonne vertébrale, on comprendra notre réserve tant au point de vue des modalités cliniques que des complications et du traitement.

III

Ostéite aiguë ou subaiguë de la colonne vertébrale, sans suppuration. — Cette forme est une des plus récemment connues et décrites : son histoire est toute moderne et date de ces quinze dernières années. Les premiers cas furent observés à la suite de la fièvre typhoïde. La première étude en est due à Gibney, qui en fit l'objet d'une communication à la Société américaine d'orthopédie en 1889. Encore se méprit-il au début sur la nature exacte des lésions et eut-il une tendance à en faire une manifestation hystérique ou neurasthénique. Puis viennent encore les observations de Schaffer en 1889, de Jacobi en 1890, de Osler en 1894. A ce moment, en Allemagne, Quincke découvre de nouveau la spondylite typhique : il ignorait sans doute les travaux de ses collègues américains, ou exploitant leur erreur initiale de diagnostic et reportant l'affection à sa cause véritable, il la fait sienne. La première observation qu'il publie paraît dans la thèse de Klein, son élève (*Ostitis typhosa*, Th. de Kiel, 1896). Trois ans plus tard il publie deux nouveaux cas. Puis viennent successivement les observations de Könitzer, de Hanz, de Neisser, de Kühn, de Fichtner ; ceux de Ely, de Cutler, les monographies de Lovett et de Withington, la *Revue générale de Lord* portant sur 26 cas, 2 nouveaux cas de Pallord, de Genève, publiés dans la *Revue médicale de la Suisse Romane*. La spondylite typhique existait dès lors en tant qu'entité morbide et méritait de vivre comme nous le verrons tout à l'heure.

On ne devait pas en rester là. En effet l'élément infectieux dans la spondylite typhique étant indiscutable, il était permis de supposer *a priori* que d'autres infections pouvaient créer le même ensemble symptomatique et les mêmes lésions. En 1903, Quincke rapporte 2 observations personnelles indiscutables : le germe en cause était dans un cas le pneumocoque, dans l'autre le streptocoque. Il porte d'ailleurs les mêmes conclusions que Schaffer en 1889, et sa communication suggère les mêmes observations et les mêmes souvenirs à ses interlocuteurs. L'observation que nous avons publiée en mars 1905, est une belle observation de spondylite staphylococcique et une observation indiscutable. Nous pouvons donc conclure dès maintenant que divers germes peuvent donner lieu à une inflammation des vertèbres, inflammation dont nous discuterons tout à l'heure les symptômes et l'anatomie pathologique.

Comme c'est surtout à la suite de la fièvre typhoïde qu'a été observée la spondylite infectieuse (il nous a

été facile d'en réunir 29 cas), c'est celle-ci que nous prendrons comme type de notre description.

C'est en général au cours du dernier septenaire ou dans la semaine qui suit la fin de la fièvre typhoïde, que se déclare la spondylite. Son début s'annonce par des douleurs violentes qui sont notées dans toutes les observations. Ces douleurs ont pour caractère d'être très vives, peu de temps après leur début, avec une recrudescence nocturne. Elles sont continues, avec des paroxysmes. Le plus souvent la morphine seule, et à hautes doses, les soulage. Ces douleurs affectent divers points d'élection : il y a des douleurs ostéoscopes, assez violentes, réveillées par la pression ou la percussion des vertèbres; des douleurs d'origine articulaire caractérisées par un point latéral d'une sensibilité exquise à la pression; mais les douleurs les plus violentes, celles qui exaspèrent le plus les malades, sont les douleurs irradiées. Elles existent presque toujours (24 fois sur 29) et consistent en douleurs lancinantes ou fulgurantes sur le trajet des nerfs. Elles ressemblent absolument aux douleurs des tabétiques. Ces douleurs s'irradient dans la ceinture, le bassin, au niveau des fesses, le long des cuisses, du creux poplité. Le malade peut ressentir en ces différents endroits une douleur très violente et la palpation la plus attentive ne montre rien d'anormal, la pression n'est même pas douloureuse sur le trajet des nerfs : elle le devient exceptionnellement sur les gros troncs comme le sciatique par exemple : il s'agit donc là, bien entendu, de troubles d'origine centrale et probablement radiculaires. La région sus-diaphragmatique est généralement respectée par ces douleurs, la spondylite typhique se localisant avec une prédilection surprenante dans la région lombaire (28 fois sur 29 cas). Ces douleurs, douleurs ostéocopes, douleurs articulaires, douleurs irradiées constituent le symptôme capital de la spondylite typhique, celui qui ne manque jamais. Il suffit à lui seul pour porter le diagnostic de spondylite typhique, car les autres signes sont moins constants. Ces douleurs peuvent se maintenir à l'état de paroxysmes pendant de longues semaines et même pendant des mois. Le plus souvent elles varient d'intensité passant par un minimum pour se réveiller ensuite tant que dure l'affection. Il s'en faut aussi que le début de la spondylite se fasse toujours exactement à la fin de la fièvre typhoïde; parfois un assez long laps de temps peut exister entre le début de convalescence de la dothiénentérie et le début de la spondylite; dans une de nos observations nous relevons un intervalle de quatre mois. Cette période de guérison apparente, de freüntervall, comme disent les Allemands, peut s'écouler sans que rien n'attire l'attention du côté de la colonne vertébrale; d'autres fois, au contraire, le malade a de petites douleurs prises pour des lumbagos, qui disparaissent d'abord comme elles sont venues, pour revenir un beau jour s'installer en maîtresses.

Avec les douleurs, des signes qui manquent rarement sont les signes locaux. Ces symptômes sont différents suivant que la spondylite est partielle et n'occupe que les corps vertébraux ou qu'elle est totale et englobe toute la vertèbre y compris l'arc postérieur. Dans le premier cas deux ou trois vertèbres sont sensibles à la pression et à la percussion, en général ce sont les première, deuxième et troisième lombaires, quelquefois la douzième dorsale ou les dernières lombaires. Quand la spondylite est totale, ces mêmes vertèbres peuvent paraître proéminentes, elles peuvent même donner l'illusion d'une subluxation, mais il s'agit là d'un mouvement sur place de la vertèbre plutôt que d'un déplacement vrai. On se rend en effet facilement compte que les apophyses épineuses sont augmentées de volume, que leurs contours sont moins nets. Souvent aussi la spondylite s'accompagne de périspondylite; dans ce cas on trouve des noyaux inflammatoires au niveau des ligaments, du périoste, des muscles de la région dorsale. Il y a dans ce cas un gonflement des parties molles, signalé dans 10 observations; il semble, quand on fait la palpation bimanuelle, que la région dorso-lombaire soit augmentée de volume et que les muscles de la masse sacro-lombaire soient infiltrés. Les masses inflammatoires sont disposées parallèlement au rachis dans les gouttières vertébrales qu'elles peuvent arriver à effacer complètement. Elles varient en grosseur depuis le volume d'une noisette jusqu'au volume du poing. Elles sont douloureuses spontanément et à la pression et peuvent donner l'illusion de la fluctuation, étant donnés les muscles qui les recouvrent; il est de règle qu'elles se résorbent au cours de la convalescence.

Deux autres signes moins constants constituent avec ceux que nous venons de décrire les symptômes cardinaux de la spondylite typhique, nous voulons dire la fièvre et les signes d'irritation des centres nerveux. Une assez forte élévation de température est en effet notée dans la moitié des cas. Cette fièvre a pour caractère d'être continue, elle dépasse rarement 39 degrés, mais peut cependant atteindre 40 degrés et au delà. En général elle oscille entre 38 degrés et 38°8. Certains jours peuvent être apyrétiques. Chaque recrudescence de douleurs est en général suivie d'une recrudescence de température. Cette fièvre peut avoir une durée très longue; dans une de nos observations elle se maintient pendant deux mois. En général, le moment où elle disparaît marque le début de la convalescence. Les malades qui sont notés comme apyrétiques sont en général des malades observés tardivement; il est fort probable que le début de leur affection a été fébrile si l'on en croit les commémoratifs.

Les signes d'irritation des centres nerveux sont aussi très fréquents; il est rare que tous ceux que nous allons énumérer soient présents chez le même sujet, mais il est encore plus rare qu'il n'en existe aucun. Nous rappelons ici pour mémoire les grandes douleurs irradiées sur lesquelles nous nous sommes étendu tout à l'heure. Puis viennent les contractures musculaires, contractures qui accompagnent les grandes douleurs irradiées et se font sentir surtout au niveau des membres inférieurs, contractures permanentes ou passagères, tenant les membres en extension; il faut souvent au malade plusieurs minutes avant de pouvoir poser le pied à plat à terre. Les muscles de l'abdomen et du dos sont habituelle-

ment contracturés, mais on peut considérer cette contracture comme une contracture de défense, destinée à empêcher les mouvements de la colonne vertébrale malade. Des anesthésies ont été constatées 2 fois : ce sont des anesthésies à caractère radiculaire qui semblent affecter surtout le fémoro-cutané et le crural. Le réflexe patellaire est aussi très souvent augmenté (8 fois sur 29 observations); parfois, après avoir été très fort, il disparaît complètement, pour redevenir normal ensuite. On a même observé du clonus du pied. Il y a aussi exagération du réflexe crémastérien. Les sensations paresthésiques sont-elles aussi fréquentes : elles consistent en sensations de brûlures, fourmillement, etc. Les malades accusent souvent la présence d'un plastron sacré très douloureux. L'hyperesthésie est aussi fréquemment notée tant au niveau de la région dorso-lombaire que sur le trajet des nerfs.

Les autres symptômes qu'il a été donné d'observer sont des cyphoses légères dues à la proéminence des vertèbres, de légères scolioses dues sans doute à la dégénérescence de certains muscles, des troubles des réservoirs consistant en une constipation opiniâtre et une légère dysurie qui n'a jamais été jusqu'à la rétention complète; une seule fois on a observé de l'incontinence des urines et des matières.

Lorsque l'on aura joint à cela l'attitude spéciale des malades atteints de spondylite, on aura une idée complète du tableau clinique de cette affection. A la période aiguë, le malade a peine à se tenir debout, tous ses mouvements sont mesurés de telle sorte que la colonne vertébrale ne fasse aucun mouvement. Il se baisse tout d'une pièce comme le pottique. Les moindres mouvements le font cruellement souffrir, parfois même lui arrachent des cris. La rigidité de la partie malade de la colonne vertébrale est absolue; tous les auteurs ont noté que lorsqu'on faisait courber le malade, la lordose lombaire physiologique ne se transformait pas en cyphose.

Le pronostic de la spondylite typhique est favorable malgré son cortège dramatique des symptômes. En effet, la guérison sans suppuration a été de règle dans les cas observés jusqu'à ce jour. Quant à la durée, elle varie dans les plus larges limites. Un des patients a pu reprendre ses occupations au bout de trois semaines; un autre ne présentait qu'une légère amélioration au bout de quatorze mois. En général, l'affection dure plusieurs mois, et encore le malade a-t-il souvent des rechutes partielles, ou souffre-t-il par suite de son ankylose vertébrale qui semble définitive.

Il nous paraît possible que certains cas de spondylite puissent s'aggraver et donner lieu à un abcès soit sous l'influence du terrain, soit sous l'influence d'une affection surajoutée. Un passage à l'état chronique, à l'une des formes que nous décrirons au chapitre suivant, nous semble aussi possible. Winskurow, Quincke, Könitzer en ont rapporté des cas très nets.

Plusieurs points restent à éclaircir concernant l'étiologie, la pathogénie, l'anatomie pathologique, le diagnostic de la spondylite typhique.

D'abord certains auteurs ont nié que la spondylite typhique fût une spondylite vraie. Nous avons déjà vu que les premiers observateurs américains s'en étaient fait une idée fausse et avaient pensé d'abord à la neurasthénie et à l'hystérie. En effet, le gros reproche que l'on fait à la spondylite, c'est de s'accompagner de trop de symptômes nerveux et l'on aurait tendance à en faire une méningite aiguë légère ou une névrite. Pour nous, bien loin de considérer les signes nerveux comme gênants, nous serions fort ennuyés s'ils manquaient. En effet il ne faut pas oublier, comme nous le disions en commençant, que les vertèbres constituent l'étui de la moelle : il est normal que les inflammations primitives du rachis réagissent secondairement sur la moelle, comme nous l'avons déjà vu pour l'ostéomyélite aiguë. Je sais bien que nous n'avons pas d'autopsie de spondylite typhique; mais est-il donc si absurde de considérer la spondylite typhique comme une ostéomyélite atténuée, une ostéopériostite en un mot? Cela est d'ailleurs absolument conforme à ce que nous voyons se produire au niveau des gouttières vertébrales. Neisser (de Stettin), au cours de deux incisions exploratrices, put mettre en relief ce gonflement du périoste et la dégénérescence des muscles en contact avec lui, dégénérescence caractérisée par une myosite profonde du muscle, avec disparition à différents degrés des stries, augmentation des noyaux, segmentation en boule du sarcolemme et formation de vacuoles jusqu'à disparition complète du sarcolemme. Connaissant ces lésions, rien n'est plus facile que d'admettre un étranglement ou une irritation des racines nerveuses à leur passage dans les trous de conjugaison par le périoste épaissi et gonflé, voire même une infiltration des méninges comme cela a été observé dans l'ostéomyélite aiguë, ou quelques plaques de pachyméningite comme cela a été remarqué dans des ostéites chroniques de la colonne vertébrale. Alors tous les symptômes nerveux s'expliquent d'eux-mêmes et, comme je le disais tout à l'heure, on ne s'expliquerait même pas leur absence. Pour nous nous considérons la démonstration comme faite après la lecture du travail de Frænkel et la publication de notre observation où l'on voit, l'infection s'atténuant sous l'influence du traitement et les défenses naturelles de l'organisme, succéder à une ostéomyélite vertébrale des mieux caractérisées, une périostite vertébrale absolument analogue à la spondylite typhique, et entourée du même cortège de symptômes.

L'étiologie de la spondylite typhique est encore assez obscure; deux points semblent cependant hors de cause; le premier a rapport au sexe, le second à la profession des individus. Les hommes sont frappés beaucoup plus souvent que les femmes, tout comme pour l'ostéomyélite. Nous trouvons dans notre statistique 25 hommes pour 4 femmes seulement. Les métiers où la colonne vertébrale fatigue beaucoup semblent les plus exposés : c'est ainsi qu'en relevant la profession de nos malades, nous voyons qu'ils exercent 2 fois la profession de cavalier, 3 fois celle de forgeron, 2 fois celle de laboureur, 1 fois celle de scieur de long; un jeune homme dont le professeur Bord (de Lyon) rapporte l'his-

toire, fut pris subitement de spondylite pour avoir eu la malencontreuse idée de se mettre à faucher au cours de la convalescence d'une fièvre typhoïde : d'où le conseil de Quincke de laisser reposer les typhiques pendant au moins trois mois. La question d'âge semble aussi jouer un rôle important : cette forme d'ostéomyélite atténuée semble spéciale à l'adulte et tient peut-être au développement complet du squelette. Quant à l'influence si souvent invoquée du froid humide, du rachitisme, des brusques changements de température, aucun fait ne nous permet de les prendre sérieusement en considération.

La pathogénie est relativement simple, étant donné ce que nous savons déjà : l'agent pathogène est sans doute le bacille d'Eberth, associé peut-être parfois à d'autres germes. Nous disons sans doute le bacille d'Eberth, parce qu'il n'a jamais été constaté directement dans les cas de spondylite typhique, toute autopsie manquant jusqu'à ce jour. Cependant c'est le bacille d'Eberth qu'il faut sans doute incriminer pour plusieurs raisons : d'abord parce que sa présence a été habituellement démontrée dans les vertèbres des typhiques, même sans complication de spondylite par Frænkel; ensuite parce que les ostéomyélites et ostéites typhiques observées en d'autres points du corps (tibia, côtes) ressemblent absolument à la spondylite posttyphique. Dans les formes pures on observe souvent des douleurs ostéocopes, des périostites se terminant par résorption des noyaux inflammatoires au niveau des parties molles. Une dernière raison qui militerait en faveur de la présence du bacille d'Eberth, c'est ce fait noté dans plusieurs observations qu'au cours de la spondylite typhique le pouvoir agglutinatif du sérum augmente et que la réaction de Widal est plus facile à obtenir.

Maintenant, le bacille d'Eberth est-il toujours en état de pureté? Nous n'en savons rien : il est cependant permis d'en douter un peu *a priori*, étant donné les infections secondaires nombreuses qui se font au cours de la fièvre typhoïde par le tube digestif, l'appareil respiratoire, les téguments externes, etc. Il en est ainsi dans les autres ostéites et ostéomyélites dites typhiques, où il est rare de rencontrer le seul bacille d'Éberth.

Le fait que ces périostites ou ostéo-périostites ne vont point habituellement jusqu'à la suppuration, ne prouve rien, étant donné qu'il peut en être de même dans des cas où il s'agirait de germes éminemment pyogènes, tels que le streptocoque, le staphylocoque ou le pneumocoque.

Il est possible, toujours par analogie, que les spondylites à bacille d'Eberth pur soient celles qui n'entraînent avec elles qu'une minime élévation de température ou même sont apyrétiques.

On s'étonnera peut-être que nous nous soyons étendus si longuement sur la spondylite typhique et que nous n'ayons encore pas dit un mot de la spondylite infectieuse. C'est pour la raison toute simple que la spondylite infectieuse rappelle absolument le même tableau clinique que la spondylite typhique : c'est seulement l'élément pathogène qui varie. D'ailleurs, le nombre des observations sur lesquelles on peut s'appuyer est encore très restreint, 3 seulement sont dignes de foi : les 4 autres sont trop résumées pour qu'on puisse leur accorder une grosse valeur. Dans le premier cas, il s'agissait d'une spondylite infectieuse survenue un mois et demi après une pneumonie, le malade s'étant fatigué à transporter des sacs de grains pour alimenter une semeuse; dans le second cas, la spondylite succède à une pleurésie purulente; dans le troisième, à une ostéomyélite vraie. Les 4 autres cas auraient été consécutifs à une pneumonie, à deux scarlatines, à une rougeole. Même début brusque et douloureux, même évolution favorable, même localisation lombaire, mêmes symptômes. Nous n'insisterons donc pas et nous ferons en bloc le diagnostic des spondylites typhiques et infectieuses, étant donné, comme nous le faisions remarquer tout à l'heure, que rien ne prouve que la spondylite typhique soit une affection spécifique ayant pour cause le seul bacille d'Eberth.

Le diagnostic positif de spondylite est relativement facile lorsqu'il s'agit d'un typhique plus ou moins avancé dans sa convalescence. Les douleurs, les signes locaux, la température, les signes d'irritation du système nerveux, la rigidité de la colonne vertébrale, les signes accessoires que nous avons décrits permettront de localiser d'emblée l'affection et d'avoir un pronostic.

Mais tant s'en faut que la chose soit aussi facile quand il s'agit seulement d'un malade en proie à une infection mal déterminée, ou présentant une suppuration en un point éloigné de la colonne vertébrale. En raison des signes locaux manifestes et de l'état général toujours assez satisfaisant, on courra moins le risque de s'égarer en pensant à une péritonite, une appendicite septique, une pneumonie.

En général, on aura tendance à localiser l'affection à la région dorso-lombaire, et on pensera soit à un lumbago, soit à une arthrite rhumatismale, ou pseudo-rhumatismale, soit à une méningite spinale, voire même à une myélite aiguë.

Le lumbago, en général, ne donne point de fièvre, il s'accompagne bien de contracture des muscles, mais les douleurs se produisent surtout à l'occasion de mouvements, les douleurs ont pour siège les masses sacro-lombaires; le malade a souvent eu d'autres attaques analogues; le lumbago ordinaire disparaît d'ailleurs rapidement sous l'influence d'un traitement approprié.

Il est plus difficile d'éliminer le rhumatisme franc de la colonne vertébrale. Il faut chercher soigneusement les points douloureux : les vertèbres peuvent être sensibles, mais les points d'élection sont situés de chaque côté de la colonne vertébrale au niveau des apophyses transverses. Le salicylate de soude pourra servir de pierre de touche. Notons aussi qu'il est très rare que l'arthrite rhumatismale réagisse sur le système nerveux et donne par exemple de grandes douleurs irradiées ou de l'exagération des réflexes.

Il est beaucoup plus difficile d'éliminer la polyarthrite pseudo-rhumatismale puisque son étiologie est la même que celle de la spondylite infectieuse, et qu'il est fort probable que la spondylite franche se complique ordinairement d'arthrites vertébrales. Cepen-

dant la polyarthrite siège surtout à la région cervicale; elle varie fréquemment de siège, sautant souvent d'une articulation à l'autre; sa durée est en général moins longue; elle est susceptible d'une guérison complète avec *restitutio ad integrum*.

La méningite spinale est assez difficile à différencier au début tant que le malade n'a pas franchi la phase d'excitation; il est en effet probable que dans la spondylite infectieuse il existe une irritation méningée véritable qui se confond comme symptômes avec les symptômes de début de la méningite rachidienne. Cependant, dans la méningite rachidienne, la rigidité du rachis est beaucoup plus étendue que dans la spondylite, où elle est le plus souvent localisée au segment lombaire, les douleurs atteignent aussi toutes les parties du corps. Il y a des troubles oculo-pupillaires, des complications cérébrales fréquentes, les signes généraux sont beaucoup plus accentués : la raie méningitique, le signe de Kernig existent; l'affection évolue d'ailleurs assez rapidement et se termine par le coma et la mort.

Le diagnostic différentiel avec les myélites aiguës, les poliomyélites antérieures aiguës est plus facile : la disposition des lésions, l'état des réflexes, la précocité des paralysies, qui manquent dans la spondylite, mettent rapidement sur la voie.

Nous croyons qu'il se présentera rarement l'occasion de faire le diagnostic différentiel avec le mal de Pott ordinaire. Tout au plus une tuberculose latente, secondairement infectée, pourrait-elle induire en erreur. Et encore en recherchant soigneusement les antécédents du malade, on pourra le plus souvent retrouver qu'il souffrait depuis longtemps d'une façon plus ou moins vague, que sa colonne vertébrale était déjà ankylosée. Par ailleurs les lésions du mal de Pott sont toujours plus brutales, plus déformantes que celles de la spondylite; nous avons vu que les déformations étaient des déformations sur place, puisqu'il n'y avait pas de pertes de substances mais des produits inflammatoires surajoutés.

Le diagnostic différentiel avec l'ostéomyélite aiguë est encore plus difficile, car il ne s'agit que d'une question de degré. Une ostéomyélite aiguë pouvant prendre l'allure de la spondylite, il est sans doute possible que, sous l'influence du terrain ou d'une virulence exacerbée de germes, la spondylite passe à la suppuration. Plusieurs observateurs ont été induits en erreur et croyant à une suppuration ont incisé vainement les masses inflammatoires dorsolombaires que nous avons signalées. Les seuls éléments d'appréciation pour affirmer la spondylite sans suppuration seront le bon état général, l'élévation relativement minime de température, le caractère des douleurs, l'examen minutieux des signes locaux.

Dans les cas douteux, l'examen radiographique pourra lever les doutes et préciser le diagnostic. En effet, dans un cas où la radiographie a été faite, on voit nettement sur le cliché que la lésion siège au niveau des vertèbres. Le centre de la vertèbre est un peu sombre, les contours au contraire sont clairs. Les vertèbres donnent un peu la même image que les phalanges dans la spina ventosa. La vertèbre est plus grosse que d'ordinaire, le périoste est manifestement gonflé; les parties atteintes de périspondylite forment une zone claire sur la plaque et montrent nettement une zone inflammatoire contiguë à la vertèbre. Au lieu des fûts évidés, les vertèbres sont gonflées en forme de barillet.

On n'a pas encore fait, à notre connaissance, de ponction lombaire dans les cas de spondylite infectieuse. Quincke lui-même n'a point pratiqué cette opération dans les cas qu'il relate. Il y aurait peut-être cependant des recherches intéressantes à faire du côté de la formule leucocytaire.

Jusqu'ici, on n'a pas trouvé de traitement spécifique de la spondylite infectieuse : on n'a pu faire qu'une médication symptomatique. Il faut relever l'état général du malade avec les médicaments analeptiques ordinaires. Les douleurs ne cèdent qu'à la morphine, qui doit être continuée tant que dure la période aiguë. Au moment de la convalescence, l'acide salicylique et ses dérivés donnent quelquefois de bons résultats. On leur joindra comme adjuvants les bains chauds salés, l'électrisation par les courants continus.

Le meilleur traitement de la spondylite infectieuse consiste dans le repos prolongé au lit jusqu'à disparition des phénomènes douloureux et de la sensibilité vertébrale. Le malade pourra alors se lever avec précaution : malgré la plus grande prudence, des rechutes légères et la réapparition de douleurs seront fréquentes; quelques jours de repos les font cesser rapidement; c'est une affaire de tâtonnements dont le malade est encore le meilleur juge puisqu'il s'agit de phénomènes purement subjectifs. Les essais de corsets plâtrés, silicatés ou orthopédiques ne semblent pas avoir été heureux. Ils réveillent souvent les douleurs en gênant les mouvements de suppléance des autres portions de la colonne vertébrale. Ils sont d'ailleurs inutiles puisque les déformations du rachis sont toujours minimes et que l'ankylose se fait en bonne position, en extension.

(*A suivre.*)

FORMULAIRE

LA BOUILLIE AU BOUILLON DE LÉGUMES DANS L'ALIMENTATION DES ENFANTS ATTEINTS DE GASTRO-ENTÉRITE

Cette bouillie est d'une préparation absolument facile et donne d'excellents résultats.

En voici la recette, telle que la rappelle M. Bailey (*Gazette méd. de Picardie*, mars 1905).

On fait bouillir pendant quatre heures de l'eau avec les éléments suivants dont voici les proportions pour un litre d'eau :

Carottes	65	grammes.
Pommes de terre	65	—
Navets	25	—
Pois secs ou haricots secs	25	—

Après la cuisson on ajoute 5 grammes de sel par litre de bouillon obtenu.

Avec ce bouillon préparé chaque jour, on préparera des bouillies claires à la crème de riz (une cuillerée à café de crème de riz par 100 grammes de bouillon).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Billets pris à l'avance. — Les gares de Paris, Lyon, Marseille, Saint-Etienne, Aix-les-Bains et Genève délivrent à l'avance, par série de vingt, des billets de 1re, 2e et 3e classes, pour les gares de la banlieue de ces villes et réciproquement.

Ces billets peuvent être utilisés dans les deux sens (aller et retour). Leurs prix présentent une réduction de 10 p. 100 sur les prix des billets ordinaires. Les billets délivrés pendant les dix premiers mois de l'année sont valables jusqu'au 31 décembre inclus et ceux qui sont délivrés pendant les mois de novembre et décembre jusqu'au 31 décembre inclus de l'année suivante. Les demandes doivent être adressées aux chefs des gares intéressées ou dans les bureaux succursales.

N° 97. — MARDI 29 AOUT 1905. 78e ANNÉE. MARDI 29 AOUT 1905. — N° 97.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Etude critique des nouveaux appareils à chloroformisation, par M. Léon Imbert.
Pleurotomie par incision postérieure verticale (avec 1 fig.), par M. Moty.
ANALYSES
Médecine : Coloration de la « Spirochæte pallida » de Schaudinn ; — Influence de la fatigue sur l'apparition de l'albuminurie et de la glycosurie.
Chirurgie : Hydrocèle chez la femme.
Dermatologie : Eléphantiasis du cuir chevelu.
FORMULAIRE
Laryngites aiguës.
LIVRES NOUVEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
Thèses soutenues pendant l'année scolaire 1904-1905.
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Ont été désignés pour les postes ci-après :

MM les médecins-majors de première classe Goumy est désigné pour l'hôpital de Saint-Omer, médecin-chef (service); — Galland, pour l'hôpital de Belfort.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Leclerc est désigné pour le 42e d'infanterie (service); — Goulon, pour le 1er d'infanterie (service); — Marie, pour le 11e d'artillerie (service); — Camichel, pour le 4e bataillon d'artillerie à pied (service); — Marlier, maintenu au 156e d'infanterie ; — Dejouany, désigné pour le 12e d'artillerie et détaché à la direction d'artillerie à Vincennes (service); — Gabrielle, pour le 22e d'infanterie ; — Imbert, pour le 111e d'infanterie ; — Natalelli, pour le 102e d'infanterie.

MARINE. — Ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe — MM. les médecins de troisième classe sortant de l'Ecole d'application Bellot, Dufranc, Candiotti, Giraud, Dupin, Savidan, Corolleur, Kagi, Lossouarn, Cristau et Alquier.

EXPOSITION UNIVERSELLE DE LIÈGE. — *Congrès français de médecine* (Liège, 25, 26, 27 septembre 1905). — Le VIIIe Congrès français de médecine se tiendra cette année à Liège, du 25 au 27 septembre inclusivement, sous la présidence du professeur R. Lépine (de Lyon).

Les questions suivantes ont été choisies par le Congrès de Paris pour faire l'objet de rapports et de discussions :

1. *Des formes cliniques du rhumatisme chronique.* — Rapporteurs : M. le professeur Teissier (de Lyon); M. le docteur E. Verhoogen (de Bruxelles).

2. *Du régime déchloruré.* — Rapporteurs : M. le docteur Fern. Widal, professeur agrégé (de Paris); M. le professeur Luc. Beco (de Liège).

3. *Du rôle des sécrétions pancréatiques en pathologie.* — Rapporteurs : M. le docteur Hallion (de Paris); M. le docteur A. Falloise, assistant à l'Université de Liège.

Le comité local a décidé, après avis du Comité français, de créer une section de parasitologie où sera étudiée la question de l'ankylostomiase.

Plusieurs séances seront consacrées à l'exposé et à la discussion des communications particulières que voudront bien faire les membres du Congrès. Les adhérents au Congrès sont priés d'adresser les titres de leurs communications au secrétaire général avant le 1er septembre. Les rapports et communications diverses formeront deux volumes qui seront adressés aux membres effectifs du Congrès.

Le Comité attire l'attention sur le fait que l'Exposition universelle très importante qui est ouverte à Liège renferme de nombreuses sections de nature à intéresser les médecins. Telles sont notamment les classes :

3. Enseignement supérieur. Institutions scientifiques. — 16. Médecine et chirurgie. — 105. Sécurité des ateliers. Réglementation du travail. — 106. Habitations ouvrières. — 111. Hygiène. — 112. Assistance.

Les membres du Congrès jouiront de l'entrée libre à l'Exposition.

Le programme des fêtes offertes aux congressistes comprend : Réception par les autorités communales, réception et banquets offerts par la ville de Spa, excursion et visite au sanatorium de Borgoumont, etc.

Le bureau du Congrès est ainsi composé : MM. V. Masius, professeur émérite à la Faculté de médecine de Liège, ancien recteur de l'Université, président d'honneur; R. Lépine, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, président; C. Vanlair, professeur émérite à la Faculté de médecine de Liège, et X. Francotte, professeur à la Faculté de médecine de Liège,

vice-présidents; F. Henrijean, professeur à la Faculté de médecine de Liège, secrétaire général; F. Delbovier, trésorier; Ch. Honoré, assistant à la Faculté de Liège, secrétaire général adjoiut.

Le prix de la cotisation est fixé à 20 francs. (Étudiants et dames : 10 francs.)

Une réduction de 50 p. 100 est accordée par les Compagnies françaises de chemins de fer et par le Nord belge.

Pour les renseignements et communications, s'adresser aux secrétaires généraux : MM. Henrijean, rue Fabry, 11, et Honoré, rue Paradis, 98, Liège.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *De Paris aux Gorges du Tarn.* — Aux touristes parisiens qui veulent visiter les Gorges du Tarn, nous croyons devoir signaler, comme la voie la plus rapide, le train partant de la gare de Paris P.-L.-M. à 8 h. 10 du soir.

Cet express passant par Nevers, Clermont, Arvaut, Saint-Flour, franchit près de cette dernière ville la vallée de la Truyère sur le fameux viaduc de Garabit; il permet, en dînant à Paris à l'heure habituelle, d'arriver à Mende, la curieuse capitale du pays des Causses, à 10 h. 49 du matin. Les touristes pressés d'arriver à Sainte-Enimie, point d'embarquement sur le Tarn, peuvent aussi quitter l'express à 9 h. 55 matin à Banassac-la-Canourgue, où le chef de gare leur procurera les voitures dont ils pourront avoir besoin. Le trajet de Banassac à Sainte-Enimie est de 28 kilomètres à travers une région des plus pittoresques.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1904-1905

M. Leuret. Étude sur quelques cas d'ictère des nouveau-nés. — M. Pujo. Contribution à l'étude du traitement des tumeurs cutanées par la cautérisation. — M. Bonnet. Des lésions du trijumeau consécutives aux fractures du crâne. — M. Papon. De l'amputation interscapulo-thoracique dans les tumeurs malignes de l'épaule. — M. Guyot. Étude de la lipase gastrique. — M. Lafon. Le tuberculome de la conjonctive bulbaire. — M. Gleises. Traitement des kératites à hypopyon par le curetage et le sous-nitrate de bismuth. — M. Darmezin. Superstitions et remèdes populaires en Touraine. — M. Lavie. Contribution à l'étude de la cure radicale des dacryocystites par l'extirpation totale du sac lacrymal. — M. Brisson. Du larmoiement incoercible et de son traitement. — M. Chaigneau. Exstrophie de la vessie et grossesse. — M. Bussière. L'opération inter-iléo-abdominale. — M. Rabère. Des difformités consécutives à la paralysie infantile siégeant au niveau des membres. Leur thérapeutique chirurgicale. — M. Saligue. Des œdèmes aigus localisés multiples et transitoires. — M. Folliot. Contribution à l'étude des occlusions intestinales vraies de cause appendiculaire. — M. Jubin. Etude clinique des fibromyomes œdémateux et pseudo-kystiques. — M. Fouladoux. La gangrène dans l'appendicite. — M. Trividic. Contribution à l'étude des corps étrangers des voies digestives chez les enfants. — M. Cristau. De la néphrotomie dans les néphrorragies. — M. Fournier. Contribution à l'étude du traitement chirurgical dans le cancer de la prostate. — M. Candiotti. La notion des couleurs et la linguistique. — M. Cariès. De l'action thérapeutique du courant continu dans les arthrites bacillaires. — M. Gonde. De l'ictère grave chez l'enfant. — M. Vadon. De l'origine pleuro-pulmonaire des abcès froids thoraciques et de leur traitement. — M. Dourthe. Contribution à l'étude du pied blennorragique, en particulier de la talalgie. — M. Dupin. L'assistance médicale gratuite et le syndicat médical de Lot-et-Garonne. — M. Giraudet. Complications méningitiques de la fièvre typhoïde chez l'enfant. — M. Jauréguiber. Considérations sur la valeur hygiénique comparée des sports. — M. Destelle. Contribution à l'étude du traitement chirurgical des paralysies faciales par l'anastomose du nerf facial avec le nerf spinal ou le nerf grand hypoglosse. — M. Collomb. Des troubles intellectuels dans la maladie de Parkinson. — M. Gassin. Influence inverse de la fatigue et du repos sur la température des tuberculeux. — M. Castueil. Le traumatisme thoracique et la tuberculose pulmonaire devant l'étiologie, la prophylaxie et la loi. — M. Malouvier. Des pyélonéphrites apparaissant pendant les suites de couches. — M. Le Roy. Diagnostic et traitement de la tuberculose primitive de la conjonctive. — M. Savidan. Appendicite kystique. — M. Bellot. Les neurofibrilles. Morphologie normale. Leurs altérations pathologiques dans l'anémie expérimentale et dans l'hémiplégie. — M. Dufranc. Recherches expérimentales sur la toxicité de la digestion peptique. — M. Reyneau. Démence précoce et hystérie. — M. Lebard. Sur un type d'érythème fessier évoluant chez les nourrissons atteints d'eczéma séborrhéique. — M. Corolleur. Contribution à l'étude de l'habitation humide. — M. Robin. Contribution à l'étude de la géographie médicale de Madagascar. — M. Bougrand. De l'expérimentation sur l'homme. Sa valeur scientifique et sa légitimité. — M. Giraud. La femme enceinte et la fille-mère. Etude de sociologie biologique. — M. Fleury. Du traitement des abcès appendiculaires pelviens, en particulier par la voie rectale. — M. Ducrot. Etude sur le rôle sécrétoire du liquide céphalo-rachidien par les plexus-choroïdes. — M. Touchard. Sur les fistules congénitales de la lèvre inférieure. — M. Alquier. Etiologie des déchirures périnéales d'origine obstétricale. — M. Subra de Salafa. Auto-intoxications et psychoses menstruelles. — M. Lossouarn. Les animaux en justice au temps jadis. — M. Kagi. La démence précoce dans l'armée (étude clinique et médico-légale). — M. Colat. Contribution à l'hématologie de la maladie bronzée d'Addison. — M. Maupetit. La sclérose de l'oreille. — M. Ricau. De la supériorité des petits ballons de Champetier de Ribes sur les autres appareils pour la provocation de l'accouchement. — M. Villeroux. Du rôle, dans les mouvements des doigts, des expansions fibreuses qui unissent les tendons extenseurs. Résection de ces expansions fibreuses chez les pianistes. — M. Bonduel. Fractures du radius chez les automobilistes. — M. Cocaigu. Recherches de topographie cranio-cérébrale. — M. Gay. Le prolapsus de la muqueuse de la vessie à travers l'urètre chez la femme. — M. Gramond. Faute et mariage. — M. Rachon. Le football rugby et ses accidents. — M. Pottier. Contribution à l'étude des kystes salivaires de la parotide. — M. Turon. Des anomalies dentaires de siège et de direction et de leur traitement (en particulier par le redressement chirurgical). — M. Barbancey. Contribution à l'étude des gommes syphilitiques de la paupière. — M. Bernex. Contribution à l'étude de l'appendicite causée par les annexites. — M. Michel. Contribution à l'étude de l'opothérapie rénale. — M. Carretier. Contribution à l'étude des méfaits du régime lacté exclusif chez l'enfant. — M. Sacaze-Badie. De la psychologie dans les maladies mentales. — M. Jacques. Des accidents psychiques liés aux maladies de l'oreille et de ses annexes.

(*A suivre.*)

ÉTUDE CRITIQUE DES NOUVEAUX APPAREILS A CHLOROFORMISATION

Par le docteur Léon IMBERT,
Professeur de Clinique chirurgicale à l'Université d'Aix-Marseille.

L'anesthésie chirurgicale occupe fréquemment les séances de nos Sociétés. Il y a quelques mois à peine, l'Académie de médecine examinait longuement certains côtés de la question; la Société de chirurgie nous a appris, dans les premiers mois de cette année, l'existence et le fonctionnement de certains appareils qui, par plus d'un point, se rapprochent des anciennes « machines » à anesthésie; il est incontestable que les nouveaux procédés ont obtenu la faveur de la majorité des chirurgiens, et il peut être intéressant d'en rechercher et d'en indiquer dès maintenant les avantages. Notre expérience n'est pas encore bien grande; elle permet cependant de formuler quelques appréciations sur les nouveaux appareils. Mais il est intéressant d'abord de rappeler les principes physiologiques qui régissent l'anesthésie chirurgicale.

J'étudierai donc successivement :

1° La théorie physiologique de la chloroformisation;

2° Les accidents de l'anesthésie;

3° La question des mélanges titrés, question qui est revenue plus d'une fois à l'ordre du jour de la Société de chirurgie sans qu'on se soit bien entendu à son égard;

4° Le fonctionnement des nouveaux appareils;

5° Les résultats qu'ils fournissent.

I

PHYSIOLOGIE DE LA CHLOROFORMISATION

La chloroformisation est une intoxication progressive et passagère qui atteint *surtout* le système nerveux mais dont l'action n'est nullement limitée à l'axe cérébro-spinal. Cette définition comprend les deux caractères essentiels de l'anesthésie chloroformique, à savoir l'universalité de son action et le caractère passager et transitoire de cette action (Dastre). Il est nécessaire, que les vapeurs anesthésiantes produisent des effets à la fois puissants et fugaces : puissants, afin que nous soyons toujours sûrs de réaliser l'insensibilité sans perte de temps; fugaces, pour que nous soyons toujours maîtres de notre arme. Il est vraisemblable que l'insuccès de certaines méthodes récemment proposées, telles que la rachicocaïnisation tient précisément à ce fait que leur action ne peut être modérée suivant la volonté du chirurgien.

L'action de l'anesthésique sur le système nerveux est réglée par des lois physiologiques : les vapeurs pénètrent dans le poumon, se dissolvent dans le sang et sont ainsi portées au contact des éléments nerveux. Le premier territoire atteint est le cerveau : les fonctions de l'intelligence, d'abord surexcitées, s'obscurcissent progressivement : tel est le stade initial de toute anesthésie; on peut concevoir cependant une méthode telle que la suppression de la sensibilité ne soit pas nécessairement accompagnée de l'obnubilation de l'intelligence, et la rachicocaïnisation n'est pas très éloignée de nous permettre un semblable résultat; mais les méthodes en faveur, éther ou chloroforme, ne sauraient nous le fournir. Après les fonctions du cerveau, celles de la moelle sont atteintes à leur tour; c'est d'abord la sensibilité qui est supprimée, la douleur n'est plus perçue; puis, c'est le tact qui disparaît, et cette insensibilité paraît suivre une marche ascendante; les téguments de la face demeurent sensibles lorsque ceux des membres et du tronc ne le sont plus. La conjonctive est l'*ultimum moriens* de la sensibilité, et c'est pour cette raison que l'on conseille de l'examiner souvent au cours de l'anesthésie : tant qu'elle est insensible, on peut être sûr qu'il en est de même pour le reste du corps; il faut savoir cependant que la sensibilité des organes innervés par le sympathique persiste plus longtemps. Après que la fonction de sensibilité de la moelle est atteinte, sa fonction motrice se prend à son tour : à la suite d'une période d'agitation plus ou moins prononcée, les réflexes disparaissent et cette période marque le point culminant de l'anesthésie chirurgicale, puisque l'insensibilité ne nous suffit point et que nous demandons au malade d'être en état de résolution musculaire. Enfin le bulbe se prend à son tour : il préside aux mouvements de la respiration et de la circulation; son intoxication par les vapeurs de chloroforme est, pour le physiologiste, l'aboutissant naturel de l'anesthésie; elle est, pour le chirurgien, l'accident grave, souvent mortel, qu'il faut éviter.

Cerveau, moelle, bulbe, telles sont donc les étapes successives de l'intoxication chloroformique; mais cette première loi, dite des périodes (Dastre), doit être complétée par la suivante : les éléments nerveux, avant d'être paralysés, passent d'abord par une période d'excitation. Il est permis de vérifier dans la pratique ce second principe, au moins en ce qui concerne le cerveau. Pour le cerveau, en effet, nous savons bien que le sommeil est précédé d'une période d'agitation cérébrale qui se traduit par des hallucinations de la vue et surtout de l'ouïe, par du délire, chez certains malades par de la loquacité. Pour la moelle, la suppression de sa fonction motrice est précédée d'une période d'excitation bien connue de tous les chirurgiens et dont l'intensité est du reste très variable suivant les malades. Les physiologistes sont cependant obligés de convenir que la loi de l'excitation préparalytique est difficile à mettre en évidence en ce qui concerne la fonction esthésodique de la moelle; il ne semble pas que la disparition de la sensibilité soit précédée d'une période d'exaltation, à moins de lui attribuer, dit Dastre, les hallucinations de la première période.

Mais c'est surtout pour le bulbe que l'étude de l'excitation préparalytique est importante. On sait en effet que le bulbe, s'il est le centre des mouvements respiratoires, exerce sur le cœur, par l'intermédiaire

du pneumogastrique, une action modératrice. L'excitation du centre respiratoire aura comme résultat une augmentation de l'amplitude et de l'intensité des mouvements de la respiration; mais celle du centre cardiaque ralentira au contraire le cœur et pourra le conduire à la syncope; on voit donc que le danger de syncope est toujours imminent chez un chloroformisé puisqu'il existe dès le premier moment de l'envahissement du bulbe par l'anesthésique. Plus tard, si la syncope cardiaque ne s'est pas produite, la syncope respiratoire ne tardera pas à survenir par paralysie du centre correspondant.

Telles sont les données générales par lesquelles la physiologie explique l'action des anesthésiques; mais il est encore quelques points secondaires sur lesquels il convient d'attirer l'attention.

Les expériences de laboratoire ont montré que, pendant le sommeil chloroformique, les forces inspiratoires sont sensiblement conservées, tandis que l'effort expiratoire est au contraire faible. P. Bert a bien mis ce fait en évidence et il a insisté sur son importance : il en a conclu que le danger est dans l'expiration. Il est utile, dit Dastre, que les chirurgiens soient prévenus de cette circonstance, car ils ont certainement une tendance à croire que le véritable obstacle est dû à l'inspiration. Il faut bien reconnaître, en effet, que l'expérimentation contredit ici l'observation, au moins en apparence. Tous les chirurgiens savent bien, comme je l'ai dit plus haut, que la dyspnée d'expiration n'est pas grave; il n'en est pas de même de la dyspnée d'inspiration qui peut parfaitement amener la mort. Mais en réalité, la contradiction n'est qu'apparente. La dyspnée d'inspiration que craignent les chirurgiens est celle qui est d'origine mécanique, corps étrangers, ou chute de la langue; elle est incontestable; tandis que les physiologistes n'envisagent que la diminution des forces expiratoires laquelle n'est pas aggravée d'habitude par un obstacle mécanique. Les deux dangers existent donc, mais on est obligé de convenir que le premier est plus *réel* ou, si l'on veut, plus fréquent que le second.

Les physiologistes ont rendu un nouveau service aux chirurgiens en étudiant les modifications de la pupille : ils ont montré qu'elle se rétrécit par les progrès de la chloroformisation, et qu'elle s'agrandit au contraire régulièrement lorsque la sensibilité revient; mais il faut savoir que, lorsque l'intoxication est trop profonde, et quand la mort est imminente, la dilatation pupillaire se produit également, mais d'une façon brusque et soudaine.

II

ACCIDENTS DE LA CHLOROFORMISATION

Les cas de mort par le chloroforme sont assurément exceptionnels; il n'en est pas moins vrai que leur possibilité préoccupe toujours l'esprit du chirurgien. Cette préoccupation est d'autant plus légitime que, comme on le sait depuis longtemps, les accidents paraissent se produire avec une certaine fréquence au cours d'opérations peu importantes : fissures à l'anus, réductions de luxations, etc. Il faut reconnaître, du reste, que leur rareté même permet difficilement d'en apprécier les causes avec exactitude; ici encore nous avons besoin du concours de la physiologie pour porter une appréciation exacte sur les faits. Bien des chirurgiens affirment n'en avoir jamais vu au moins chez leurs opérés; il en était ainsi, dit-on, de Sédillat; Ollier avait eu le même bonheur, mais il se servait d'éther; Nussbaum (de Munich), sur 15000 chloroformisations ne vit pas un seul cas de mort; Baudens, pendant la guerre de Crimée, vit succomber 2 malades sur 20000 anesthésiés. Duret, réunissant un grand nombre d'indications bibliographiques, comptait, de 1847 à 1879, 241 morts, chiffre évidemment un peu faible, car tous les résultats sont bien loin d'être publiés. Brouardel a eu à suivre 25 fois des enquêtes provoquées par des morts survenues au cours de la chloroformisation; sur le nombre une malade avait succombé à une embolie; un autre, de treize ans, avait un cœur surchargé de graisse et un thymus considérablement hypertrophié; des 23 autres, aucun n'avait de lésions valvulaires; la chloroformisation avait été nécessitée par la réduction d'une luxation dans 7 cas, ce qui confirme ce que je viens de dire du danger de ces manœuvres.

Si l'on cherche à éclaircir les conditions dans lesquelles se produit la mort, en superposant dans la mesure du possible les constatations cliniques à l'expérimentation physiologique, il semble bien que l'on puisse admettre la division classique des accidents en trois groupes suivant leur situation dans le temps :

1° Accidents du début;

2° Accidents secondaires survenant au cours de l'anesthésie;

3° Accidents survenant à la fin, après une chloroformisation qui, dans la plupart des cas, peut être considérée comme ayant dépassé les forces de résistance du malade sans que l'on puisse faire intervenir une cause autre que l'intoxication progressive du système nerveux.

1° **Accidents du début.** — Ce sont peut-être les plus terribles parce qu'ils sont les plus difficiles à prévoir et aussi les plus irrémédiables. Le chirurgien commence à peine l'opération, souvent il n'a même pas donné le premier coup de bistouri lorsque le cœur s'arrête, la respiration se suspend et la mort se produit, définitive malgré tous les moyens employés. Cette syncope du début s'observe d'habitude lorsque l'anesthésie est commencée : on est alors en droit d'incriminer le chloroforme; mais elle peut se produire aussi dans des conditions telles, qu'une cause morale peut seule l'expliquer. Lisfranc recommandait déjà à ses élèves de ne réduire les luxations que chez des malades couchés; Desault vit succomber son malade alors qu'il indiquait simplement du doigt la ligne de l'incision; Verneuil écarte les lèvres d'un abcès du cou chez un malade qui meurt à l'instant même; Routier et Legroux, appelés auprès d'une malade atteinte de fracture de cuisse, la consolent, la rassurent, s'en vont préparer les pièces de l'appareil; la malade meurt pendant ce temps; un paysan est piqué par une abeille, il meurt subitement; un

malade est introduit dans l'ascenseur qui doit le transporter à la salle d'opération; on l'en retire mort, etc., etc. Les exemples du même genre ne manquent pas. Ils prouvent surabondamment que les accidents du début de la chloroformisation peuvent être dus à des causes autres que l'absorption des vapeurs anesthésiques : mais il faut évidemment se garder de conclure que le chloroforme n'est jamais responsable. La syncope du début est en effet l'accident le mieux connu; il semble bien que l'on puisse l'attribuer sans conteste à une action réflexe qui produit soit une inhibition du centre bulbaire de la respiration, soit une excitation du centre modérateur cardiaque, excitation qui se transmet au cœur par le pneumogastrique et ralentit ou arrête les battements. Les exemples cités plus haut montrent bien que les voies centripètes du réflexe sont multiples; mais, pour le point de vue qui nous occupe et indépendamment de toute cause morale, les physiologistes ont bien établi que le chloroforme agissait en impressionnant le nerf trijumeau ou les nerfs laryngés, c'est-à-dire les muqueuses du nez et du larynx; la syncope, en effet, ne se produit jamais chez les animaux lorsqu'on fait pénétrer le chloroforme par une canule trachéale, et François Frank a bien démontré que l'excitation du nerf laryngé arrête le cœur. Il semble aussi que ce réflexe peut prendre son origine dans un autre territoire nerveux, non pas par l'action des vapeurs de chloroforme, mais sous l'influence d'une douleur vive produite alors que l'insensibilité n'est pas complète; c'est ainsi que les chirurgiens ont toujours expliqué la fréquence relative des syncopes graves au cours d'opérations peu importantes (dilatation d'une fissure anale par exemple), que l'on a tendance à commencer avant que l'anesthésie soit parfaite. Mais, pour en revenir aux vapeurs de chloroforme et à leur action sur les muqueuses nasale et laryngée, on comprend facilement qu'un chloroforme impur, chargé par exemple de vapeurs d'acide chlorhydrique, présente plus de dangers puisqu'il doit être plus irritant pour la muqueuse. C'est dans le but d'éviter cette action qu'Alphonse Guérin recommandait à ses élèves de faire respirer le malade par la bouche au début de la chloroformisation. Quant à la question de savoir si cette syncope réflexe est primitivement cardiaque ou respiratoire, il est difficile de se prononcer. Les chirurgiens la considèrent d'habitude comme cardiaque, parce que la respiration artificielle est complètement inefficace; les physiologistes semblent avoir une tendance à admettre que l'arrêt de la respiration est primitif; il est très possible, du reste, que l'une ou l'autre des éventualités soit susceptible de se réaliser suivant les cas.

Retenons seulement que cette syncope du début peut avoir son point de départ : *a*. dans une impression morale; *b*. dans une sensation douloureuse partie d'un point quelconque du corps; *c*. dans le contact des vapeurs chloroformiques avec la muqueuse du nez et du larynx.

2° **Accidents secondaires, survenant au cours de la chloroformisation.** — Il s'agit ici encore d'une syncope cardiaque ou respiratoire. Il est difficile de dire si l'une est plus fréquente que l'autre. Cet accident peut survenir à toutes les périodes, mais de préférence à la période d'excitation. Le cœur se ralentit, puis s'arrête; la respiration devient rapidement irrégulière, et finit par se suspendre. Ici encore, il s'agit pour les physiologistes d'une action sur le bulbe; mais ce n'est point une action réflexe : sous l'influence d'une cause quelconque, les vapeurs sont amenées au bulbe en plus grande abondance par une inhalation trop brusque, par un débit trop considérable de chloroforme ou par toute autre cause. Il s'agit donc encore d'un phénomène d'excitation; mais l'irritation n'est plus transmise par les nerfs : elle est exercée directement sur la moelle et le bulbe par les vapeurs de chloroforme. Le cœur est d'abord ralenti par paralysie des centres accélérateurs de la moelle : il s'arrête ensuite par l'excitation du centre modérateur du bulbe; en même temps se produisent des convulsions respiratoires et enfin l'arrêt de la respiration.

Les phénomènes syncopaux secondaires sont plus rares, pour Dastre, avec l'éther qu'avec le chloroforme. « L'irritation du noyau modérateur du bulbe, dit-il, a pour résultat de provoquer le ralentissement des battements et, si l'excitation grandit rapidement, d'en provoquer l'arrêt. Entre ce ralentissement précurseur et l'arrêt syncopal, il n'y a presque pas d'intervalle lorsqu'on emploie le chloroforme, et l'accident éclate en même temps que l'avertissement fourni par le ralentissement du pouls. Avec l'éther, le phénomène s'étend pour ainsi dire en durée et perd son caractère périlleux : le cœur se ralentit successivement parce que l'action excitante sur les noyaux bulbaires du vague est elle-même successive et graduée, et il faudrait prolonger l'irruption exagérée d'éther pendant quatre ou cinq minutes pour produire la syncope fatale. » On verra plus tard que, à mon avis, les nouveaux appareils permettront de rendre moins fréquents ce genre d'accidents; ils auront donc l'avantage de rapprocher, au point de vue de l'innocuité, le chloroforme de l'éther, tout en évitant les inconvénients de ce dernier anesthésique.

3° **Accidents tardifs; apnée toxique.** — La syncope est d'abord respiratoire d'habitude, l'arrêt du cœur suit du reste de très près; elle est due à l'intoxication progressive des centres nerveux. Mais on conçoit qu'il s'agit là d'une question de dose et de durée d'administration d'une part, de résistance du malade de l'autre. Or ce dernier facteur échappera toujours à toute appréciation mathématique. Les chiffres de Paul Bert, mentionnés plus loin, concernent précisément cette syncope tardive; mais d'une part, ainsi que l'a dit Paul Bert lui-même, ils résultent de la comparaison de résultats très différents, tel chien résistant beaucoup plus longtemps que tel autre du même poids à l'intoxication; d'autre part, il est bien certain que les malades ont moins de résistance que des sujets sains et que cette syncope dite tardive, peut se produire avant la disparition de la sensibilité chez des sujets en état de choc ou même chez ceux dont l'énergie morale est affaiblie. Ici, du reste, le

chloroforme reprend ses avantages sur l'éther, la syncope tertiaire survenant moins bruquement avec le chloroforme qu'avec l'éther, d'après Arloing.

Je viens de résumer dans les lignes qui précèdent l'analyse physiologique des accidents de chloroforme. Je crois que les cliniciens peuvent sans inconvénients se ranger à l'avis des hommes de laboratoire; si je ne suis pas absolument convaincu que tous les dangers de l'anesthésie soient ainsi décrits et expliqués, j'estime tout au moins que les travaux que je viens de résumer nous en ont indiqué les principaux et les plus fréquents.

Il convient maintenant, après avoir posé ainsi les termes de la question, de chercher dans quelle mesure nos malades peuvent bénéficier des nouveaux appareils; mais ceux-ci ne sont eux-mêmes que l'application pratique d'une méthode déjà ancienne, celle des mélanges titrés de P. Bert, méthode que l'on paraît avoir un peu oubliée dans les dernières discussions. Il me semble donc utile d'en rappeler à la fois les principes et les procédés d'application tels qu'ils avaient été réalisés par P. Bert et ses élèves.

III

MÉTHODE DES MÉLANGES TITRÉS

Si cette étude avait la prétention d'exposer dans son entier la question du chloroforme, elle devrait accorder une place importante à la méthode atropomorphine-chloroforme, ou méthode de Dastre-Morat. Je me bornerai à indiquer ici qu'elle donne des garanties très sérieuses contre les accidents de l'anesthésie, et je passerai immédiatement à l'exposé des recherches de P. Bert sur l'anesthésie par les mélanges titrés de chloroforme et d'air.

Un mot d'abord sur la notation de ces mélanges : à l'étranger, on compare le volume occupé par les vapeurs de chloroforme avec celui qui est occupé par l'air. En France, suivant l'exemple de P. Bert, on emploie une notation moins logique mais plus pratique; le mélange est exprimé par une fraction dont le numérateur représente le *poids* de chloroforme réduit en vapeur, et le dénominateur le *volume* d'air auquel il est mélangé; c'est ainsi qu'un mélange à 4 p. 100, à 6 p. 100 est celui dans lequel 4 ou 6 grammes de chloroforme se trouvent réduits en vapeur dans 100 litres d'air.

Les recherches de P. Bert se réduisent en une formule dont l'élégante simplicité, dit Dastre, n'a rien à envier à celles de la physique : « L'action des gaz et des vapeurs sur l'être vivant est réglée par leur tension partielle dans le sang. » Lorsqu'un animal aspire un mélange anesthésique, ce mélange se dissout dans le sang et il s'établit un équilibre de tension entre le gaz anesthésiant dissous dans le sang et celui qui se trouve dans l'atmosphère; d'autre part, le même équilibre s'établit au niveau des capillaires entre le sang et les tissus.

Tant que le mélange reste constant, l'équilibre ne se modifie pas; si l'atmosphère se charge davantage en chloroforme, le sang en dissout davantage; si au contraire elle s'appauvrit, les vapeurs anesthésiantes diminuent également de proportion dans le sang. Ces principes posés, voici, d'après Dastre, les résultats obtenus par P. Bert :

« Le mélange à 4 p. 100 et au-dessous ne provoque ni n'entretient l'anesthésie, et tue l'animal en neuf à dix heures.

Le mélange à 6 p. 100 diminue seulement la sensibilité et tue en six ou sept heures.

Le mélange à 8 p. 100 produit lentement l'insensibilité et tue en quatre heures.

Le mélange à 10 p. 100 produit l'insensibilité en quelques minutes et tue en deux ou trois heures.

Le mélange à 12 p. 100 tue en deux heures, à 15 p. 100 en quarante minutes, à 20 p. 100 en une demi-heure, à 30 p. 100 en trois minutes. »

Les chiffres donnés par P. Bert à la Société de biologie en 1883 diffèrent légèrement de ceux qu'on vient de lire :

« Le mélange à 6 et 8 p. 100 détermine la mort en six à sept heures.

Le mélange à 10 p. 100 détermine la mort en deux heures ou deux heures et demie.

Le mélange à 12 p. 100 détermine la mort en une heure un quart.

Le mélange à 14 et 16 p. 100 détermine la mort en quarante minutes.

Le mélange à 18 et 20 p. 100 détermine la mort en trente minutes.

Le mélange à 30 p. 100 détermine la mort en trois minutes. »

Reynier, dont les chiffres concernent l'anesthésie humaine, déclare qu'il endort quelquefois avec 8 p. 100, le plus souvent avec 10 p. 100, 11 p. 100, et que l'on peut maintenir l'anesthésie avec 5 p. 100, 6 p. 100, quelquefois 3 p. 100.

Il importe à propos de ces chiffres de présenter quelques remarques dont il n'a pas toujours été tenu compte. Et d'abord, les recherches expérimentales concernent des chiens bien portants, et il paraît un peu illusoire d'en faire l'application stricte à l'homme malade. En second lieu, et P. Bert l'a bien nettement fait remarquer, ces résultats ne sont que des moyennes qui proviennent de la juxtaposition de chiffres très différents sans qu'il soit toujours aisé de trouver la raison de ces différences.

« A même dosage, dit P. Bert, des chiens qui semblaient être dans des conditions identiques sont morts beaucoup plus vite, d'autres fois beaucoup plus lentement que la moyenne. »

Enfin, et c'est là une considération très importante, la mort de l'animal dans les expériences de P. Bert se rapporte bien évidemment à l'accident dit apnée toxique; on n'en saurait tirer aucune conclusion pour les accidents dits primitif et secondaire.

Il n'en est pas moins vrai que l'administration des mélanges titrés est le meilleur moyen sinon d'éviter les accidents, du moins d'en diminuer le nombre et de faire des recherches dont les résultats soient comparables. P. Bert ne tarda point du reste à appliquer sa méthode qui fut mise en œuvre pour la première fois dans le service de Péan. On utilisait à cette époque l'appareil de Saint-Martin dont le principe était fort simple, mais dont l'application ne laissait

pas que d'avoir des inconvénients : deux volumineux gazomètres dispensaient au malade le mélange titré, l'un fonctionnant tandis que l'autre se remplissait. Cet encombrant appareil fut bientôt remplacé par celui de Raphaël Dubois, gros, dit son auteur, comme un carton à chapeau et pesant une quinzaine de kilogrammes. Le progrès était appréciable et cependant la méthode de mélanges titrés fut abandonnée peu après sa naissance, faute assurément d'un appareil suffisamment pratique; mais les résultats obtenus grâce à elle étaient très satisfaisants. A lire les communications faites en 1884 à la Société de biologie, on se croirait à la Société de chirurgie en 1905. Il suffit, pour s'en convaincre, de lire les conclusions d'Aubeau : pas de répulsion chez les sujets; période d'excitation absente le plus souvent et réduite, lorsqu'elle est apparue, à quelques secousses et à des marmottements; anesthésie régulière, calme, continue, profonde; sécurité considérable. N'est-ce point là les avantages que les partisans des nouveaux appareils reconnaissent à ces derniers? L'analogie est frappante et résulte bien certainement de ce que tous les appareils, anciens et nouveaux, dérivent, inconsciemment ou délibérément, de la méthode des mélanges titrés : il ne saurait, à mon avis, y avoir de doute à cet égard. (*A suivre.*)

PLEUROTOMIE

PAR INCISION POSTÉRIEURE VERTICALE

Par le médecin principal MOTY,
Médecin-chef de l'hôpital militaire Saint-Martin.

Depuis longtemps nous nous efforçons de reporter en arrière l'ouverture de la plèvre dans la pleurésie purulente. Cette ouverture, pour assurer l'évacuation des liquides, doit en effet être placée au point le plus déclive de la cavité pleurale, le malade étant dans le décubitus dorsal. Ce point coïncide d'après les recherches de Walther avec la partie postérieure des septième, huitième ou neuvième espaces à deux travers de doigt de la colonne vertébrale.

En pratiquant l'ouverture de la plèvre en déclivité, on est certain d'éviter la rétention du pus et la persistance de la fièvre qui en est le symptôme, à condition de réaliser un drainage suffisant; c'est pourquoi l'on a cherché de divers côtés à faire entrer la pleurotomie postérieure dans la pratique.

Mais une incision horizontale au niveau de l'angle des huitième et neuvième côtes intéresse une importante partie du grand dorsal et affaiblit par conséquent ce muscle d'une manière notable, c'est pourquoi j'en suis arrivé à l'incision oblique de haut en bas et de dehors en dedans. Cette incision de 10 à 12 centimètres doit occuper le milieu de l'espace qui sépare l'angle costal de l'articulation costo-vertébrale, c'est-à-dire que son milieu se trouve à deux doigts de la ligne épineuse et doit correspondre à l'angle de l'omoplate, les bras de l'opéré étant reportés en avant : quand l'épaule reprend sa position normale l'incision se redresse et après la cicatrisation elle paraît tout à fait verticale, même quand elle semblait très oblique au moment de l'intervention.

J'en suis arrivé à la rapprocher un peu de la ligne épineuse, parce que les côtes s'arrondissent entre l'angle costal et l'articulation costovertébrale et que la largeur de l'espace devient par suite sensiblement plus grande en s'éloignant de l'angle. Telles sont les petites modifications que j'ai apportées au procédé que j'ai décrit au Congrès de chirurgie de 1902.

Rien ne s'oppose à ce que l'on résèque une ou plusieurs côtes si l'indication s'en présente, mais je dois dire qu'ayant opéré des adultes, en état très grave pour la plupart, j'ai considéré jusqu'ici cette résection comme contre-indiquée; je me suis donc borné, après avoir exploré la partie accessible de la cavité pleurale avec l'index, afin de m'assurer qu'il n'y avait pas de fausses membranes à proximité, à placer un gros drain court unique dans l'orifice sans faire aucun lavage.

Sur un total de 12 opérés, 9 ont guéri, 3 sont morts, savoir : deux empyèmes d'origine grippale, l'un à droite, l'autre à gauche, opérés tous deux le même jour et morts huit jours après par généralisation des lésions grippales aux deux poumons; le troisième opéré pour pleurésie droite compliquée d'abcès du foie et de tuberculose des sommets a succombé le huitième jour également.

Enfin l'un des opérés de 1904, incisé le 1er février et cicatrisé le 28, a succombé le 25 mai à une tuberculose pulmonaire, ce qui réduit à huit les cas de guérison définitive.

Je pense que dans les quatre cas malheureux aucun des procédés de traitement actuellement en usage n'aurait pu sauver la vie des patients et je persiste à penser que dans les cas aigus graves le mieux est de donner le plus simplement et le plus vite possible issue au pus et de soutenir les forces de l'opéré par les médications internes convenables.

Mais je relève d'autre part parmi les guérisons d'apparence définitive trois cas, avec constatation de bacilles de Koch dans les crachats, opérés tous trois *in extremis* et guéris l'un en soixante-douze, l'autre en cent dix-huit, le troisième en vingt-huit jours. Il me semble que ces trois malades étaient voués à l'empyème chronique s'ils avaient été opérés par l'incision latérale, et cette considération me semble d'un grand poids en faveur de l'incision postérieure (1).

J'ai usé pendant quelques années de l'incision postérieure horizontale au niveau du dixième espace; j'y ai renoncé parce qu'elle nécessite la section du grand dorsal, mais elle ne m'a jamais conduit à l'empyème chronique; cela fait vingt pleurotomies postérieures sans aucun cas d'empyème chronique. Ces résultats me paraissent encourageants, et je n'oserais plus, surtout chez un tuberculeux, pratiquer l'incision latérale. C'est donc avec une conviction de plus en plus fondée que j'ai présenté à la Société de chirurgie mon douzième opéré dont voici l'observation résumée recueillie par le médecin aide-major Fourcade.

(1) Le troisième de ces cas mourut de tuberculose pulmonaire trois mois plus tard, ainsi qu'il a été dit plus haut.

OBSERVATION. — G..., trente-neuf ans, soldat au 21e colonial, treize ans et demi de service, entre le 1er mars 1905 à l'hôpital Saint-Martin pour bronchite chronique.

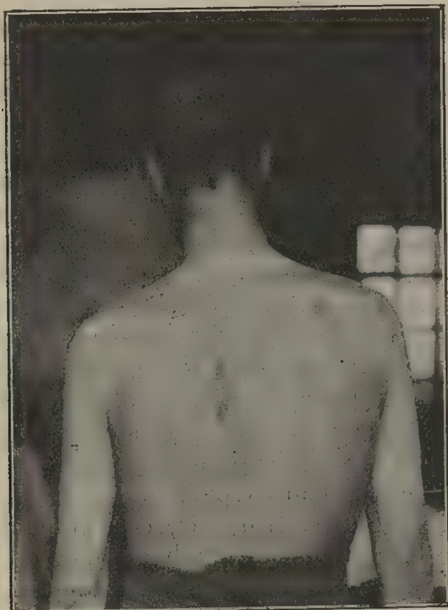
Le 12 mars, congestion du sommet gauche; le 14 mars, épanchement progressant rapidement.

Le 18 mars, épanchement abondant dans la plèvre gauche, état général grave, obnubilation, pouls petit difficile à compter, battant environ 150.

L'intervention est pratiquée d'urgence dans l'après-midi, le malade paraissant moribond : cocaïnisation, incision verticale de 10 centimètres, légèrement oblique de haut en bas et de dehors en dedans à deux doigts de la ligne épineuse, écartement des fibres du grand dorsal, choix de l'espace intercostal le plus large à la hauteur de l'angle de l'omoplate, ouverture de la plèvre sur le bord supérieur de la côte sous-jacente, sonde cannelée, débridement, gros drain unique.

Issue d'un liquide séro-purulent contenant du pneumocoque, pansement habituel avec imperméable.

Injection de caféine après l'opération, à sept heures et à onze heures du soir; le malade reste entre la vie et la mort jusqu'au 20; à ce moment le subdélire disparaît et le pouls se relève très lentement.



Le progrès continue régulièrement et le malade se lève à la fin d'avril; le drain dont le calibre a été graduellement réduit est supprimé au commencement de mai, et la cicatrisation définitive s'achève vers le 15 juillet après usage prolongé du naphtol camphré et de la teinture d'iode comme topiques, des médications habituelles à l'intérieur.

Il m'a semblé que mon opéré n'eût pas été capable, dans l'état d'adynamie où il se trouvait, de résister à la moindre rétention de son épanchement et ceux qui l'ont suivi avec moi ont été du même avis. La photographie ci-dessous montre le résultat définitif quatre mois après l'intervention.

De cette série de cas je conclus que le procédé employé est, au point de vue vital immédiat, au moins aussi avantageux que l'incision latérale.

J'ajouterai quelques mots en réponse aux objections que pourrait soulever l'incision postérieure.

1° Les opérés ne sont aucunement gênés dans le décubitus; leur tube se déplace très rarement pendant les premiers jours parce que les côtes sont moins mobiles en arrière que dans la ligne axillaire; enfin si par quelque faute le drain se trouvait tomber dans la plèvre, il resterait voisin de l'incision et serait facile à extraire;

2° L'observation ci-jointe indique la principale difficulté opératoire, elle se présente surtout dans les cas aigus quand le grand dorsal n'est pas encore atrophié par la cachexie et réside dans la difficulté de choisir son espace au fond de la plaie; il suffirait dans ce cas de se donner vivement un peu de jour; cette difficulté n'est donc pas d'un bien grand poids surtout en la mettant en balance avec l'avantage considérable de l'ouverture déclive.

En résumé, je reste partisan de l'incision postérieure qui peut sans doute être perfectionnée, mais qui s'exécute sans dégâts du côté de la cage thoracique, avec un minimum de choc opératoire et réalise un point de première importance, l'assèchement complet de la cavité pleurale. Il est vrai que le thorax ne s'en déforme pas moins et reste rétréci pendant les premiers stades de la convalescence, mais c'est là un inconvénient inhérent au processus de guérison et qu'aucune méthode ne paraît actuellement susceptible d'éviter. De nouvelles observations sont nécessaires pour fixer la valeur définitive du procédé, mais il a donné des succès dans des cas très graves et mérite par suite de rester à l'étude.

ANALYSES

MÉDECINE

Coloration de la « Spirochætê pallida » de Schaudinn. (M. Karl REITMANN. *Deuts. med. Woch.*, 22 juin 1905, n° 25, p. 997.) — Le liquide à examiner est étalé en couche très mince sur une lame bien propre, séché à l'air et fixé à l'alcool absolu pendant dix minutes. La préparation est ensuite lavée à l'eau distillée puis plongée pendant cinq minutes dans une solution à 2 p. 100 d'acide phosphotungstique. On lave la préparation à l'eau distillée, puis à l'alcool à 70 degrés, puis de nouveau à l'eau distillée. On assèche toutes les parties de la lame non recouvertes par la préparation, et l'on fait agir sur celle-ci la solution ordinaire de fuchsine phéniquée, à chaud, jusqu'à dégagement de vapeurs. On lave alors la lame à l'eau distillée; on l'agite rapidement dans l'alcool à 70 degrés, et on la replonge enfin dans l'eau distillée jusqu'à ce qu'elle ne se décolore plus.

Par ce moyen extemporané les spirochaètes apparaissent colorés en rouge assez intense. A. LEMIERRE.

Influence de la fatigue sur l'apparition de l'albuminurie et de la glycosurie. (*Rivista critica di Clinica medica*, 27 avril 1905, n° 17.) — Lors d'une course à pied à laquelle il assistait le docteur GOBBI examina avant le départ les urines de 8 concurrents sur 27. Il s'agissait d'hommes entraînés puisque 4 d'entre eux appartenaient aux bataillons alpins et que les 4 autres étaient des gymnastes. Le parcours était de 26 kilomètres; le temps employé varia d'une heure cinquante-quatre à deux heures quarante-cinq. Chez les 8 coureurs les urines qui ne contenaient aucun élément anormal avant le départ renfermaient de l'albumine après la course dans des proportions allant de traces indosables à un maximum de 2g50 pour 1000. Chez les 8 sujets, l'auteur constata la présence de sucre compris entre les limites de 0g05 et 0g50.

Fait intéressant à noter, trois de ces coureurs seulement avaient absorbé du sucre, en petite quantité d'ailleurs, durant le trajet; la proportion de sucre urinaire la plus élevée existait chez un coureur qui n'avait pas absorbé de sucre.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

CHIRURGIE

Hydrocèle chez la femme. (HALSEAD et CLARD. *Annals of Surgery*, mai 1905.) — Les auteurs passent en revue les travaux publics sur ce sujet. Ils ont eu l'occasion d'observer un cas nouveau. Une négresse de quarante-deux ans entre à l'hôpital pour une tuméfaction de l'aîne droite, apparue dix-huit mois auparavant, après un accouchement. Cette tuméfaction a toujours été réductible, mais se reproduisait en quatre à cinq jours après la réduction : une semaine avant l'entrée à l'hôpital, elle devint irréductible, en même temps qu'apparurent des nausées, des vomissements, de la constipation, si bien que le diagnostic posé à l'entrée fut logiquement celui de hernie étranglée, d'autant plus que la masse était douloureuse spontanément et à la pression. A l'opération, on trouva une hydrocèle biloculaire avec un étranglement au niveau de l'orifice interne, le sac inférieur étant dans le canal inguinal, et le supérieur dans la cavité péritonéale. Le ligament rond pénétrait dans la masse et semblait s'attacher à sa surface interne lisse. Au point d'entrée de ce ligament, un petit orifice faisait communiquer le kyste avec la cavité péritonéale. Le sac inférieur muni de cloisonnements qui le faisaient ressembler à un lymphangiome kystique était beaucoup plus volumineux que le supérieur. Près de l'orifice de communication entre les deux sacs, situé à l'orifice inguinal interne, on trouva un corps en forme de haricot libre dans le sac inférieur, et constitué par du tissu fibreux montrant encore les traces d'une inflammation récente. La présence de vaisseaux à son intérieur montrait qu'il avait eu jadis des connexions avec la paroi du sac.

FAXTON E. GARDNER.

DERMATOLOGIE

Elephantiasis du cuir chevelu. (*Journ. of tropical med.*, avril 1905, p. 97.) — L'éléphantiasis du cuir chevelu ne paraît pas avoir été décrit. M. G. A. MACDONALD en a observé un cas chez un nègre de Zanzibar. Ce sujet avait remarqué, étant jeune, l'existence d'une petite saillie au niveau de l'occiput. Cette tuméfaction s'était développée au point d'occuper toute la face postérieure du cuir chevelu vers l'âge de vingt ans. Des photographies accompagnent l'article de M. Macdonald et montrent le sujet à ce moment.

Depuis le début de l'affection, à des intervalles variant d'un à trois mois, des attaques fébriles étaient survenues. Au cours de chacune de ces poussées la tuméfaction s'élargissait davantage et devenait douloureuse. Au moment de l'examen l'aspect du cuir chevelu est typique; la peau est rugueuse, sillonnée par des dépressions profondes et irrégulières; les cheveux sont rares. La peau ne peut être saisie entre les doigts ni détachée des plans profonds; elle est dure, épaisse et ne se laisse pas déprimer par les doigts.

A. HOUSQUAINS.

FORMULAIRE

LARYNGITES AIGUES

Alcoolature de racine d'aconit.. } *ââ* 10 grammes.
Teinture de belladone......... }

XX gouttes matin et soir dans une infusion chaude. (Courtois-Suffit et Lafay.)

LIVRES NOUVEAUX

Les centres nerveux. Physiopathologie clinique (1),
Par le docteur GRASSET.

Après l'*Anatomie clinique des centres nerveux*, le *Diagnostic* des maladies de la moelle et le diagnostic des maladies de l'encéphale, que nous avons, ici même, analysés en leur temps, voici que M. Grasset publie un nouveau livre, consacré aux mêmes sujets que les précédents, dont il représente en quelque sorte la synthèse. Les *centres nerveux* commencent par une étude détaillée du *neurone*. Eléments fondamentaux du système nerveux, les neurones comprennent un corps et des prolongements, ceux-ci étant solidaires de celui-là; ils entrent en connexion les uns avec les autres sans jamais s'anastomoser : par leur groupement en étages ou en systèmes ils contribuent, pour la plus grande part, à la constitution définitive du névraxe. Unité anatomique, le neurone est aussi unité fonctionnelle : c'est lui qui entre en jeu dans les réflexes, par lesquels « une impression centripète pénètre par les prolongements protoplasmiques dans le corps cellulaire d'un neurone, s'y réfléchit et devient une impulsion motrice centrifuge que transmet le prolongement cylindraxile ».

Ces généralités étant rappelées, l'auteur peut, dès lors, aborder l'étude de chacun des grands appareils : *appareil nerveux central de la motilité et de la sensibilité générale; appareil nerveux central de l'orientation et de l'équilibre; appareil nerveux central du langage; appareil nerveux central de la vision; appareil nerveux central de l'ouïe, du goût et de l'odorat; appareil nerveux central de la nutrition : circulation, sécrétion, trophicité, respiration et digestion.* Dans chaque chapitre sont exposées d'abord les notions anatomo-physiologiques, puis la séméiologie et la physio-pathologie des troubles correspondants. Il est impossible d'analyser un pareil livre. Citons seulement les chapitres relatifs à l'orientation et à l'équilibre, aux paralysies oculo-motrices, au polygone et aux centres sous-polygonaux, qui ont été l'objet de prédilection des recherches de l'auteur. Leur lecture montrera une fois de plus que, s'il est permis de discuter les idées de M. Grasset, on ne peut pas ne pas s'y intéresser, car elles font avancer la science.

L. BABONNEIX.

Les vaisseaux sanguins des organes génito-urinaires du périnée et du pelvis (2), par le professeur L.-H. FARABEUF.

M. le professeur Farabeuf par cette publication a comblé une lacune, la thèse de son élève Cerf qui reproduisait fidèlement son enseignement si original sur les vaisseaux sanguins des organes génito-urinaires pelviens et périnéaux, était depuis longtemps épuisée et complètement introuvable; grâce à ce volume les étudiants retrouveront amplifiées même et augmentées de 33 figures inédites les leçons si remarquables et si imagées qu'avaient faites M. le professeur Farabeuf sur ce sujet.

L'auteur, après une exposition du squelette, des ligaments et des muscles du petit bassin indique rapidement la distribution des branches de l'hypogastrique.

Puis il entre dans la description à la fois très minutieuse et cependant extrêmement claire de l'artère honteuse interne

(1) In-8°, 730 p. et nombr. figures. — Prix : 12 francs. — Paris, 1905, J.-B. Baillière et fils.

(2) In-8°. Prix : 6 francs. — Paris, Masson et Cie.

et de ses collatérales; il étudie ensuite la veine du même nom et ses affluentes.

Dans une seconde partie, il expose avec le plus grand soin le trajet de la génito-vésicale chez l'homme et chez la femme et des veines qui l'accompagnent, signalons particulièrement sa description des veines utérines, salpingiennes et ovariennes, et celles du bulbe chez la femme que M. Farabeuf propose d'appeler bulbe de la vulve, car c'est un organe périnéal, le mot de bulbe du vagin trop fréquemment employé est donc à rejeter, car il implique une erreur.

L'ouvrage se termine par une excellente description de la gaine hypogastrique.

Tous ceux qui s'intéressent à l'anatomie tiendront à lire ce très beau travail et à examiner soigneusement les belles figures dessinées par M. Farabeuf et luxueusement éditées par la maison Masson. ÉTIENNE LE SOURD.

Le traitement des aliénés dans les familles (1), par le docteur Ch. Féré, médecin de Bicêtre.

Cet ouvrage se recommande de lui-même par le nom de son auteur dont la haute compétence est connue de tous. Nous rappellerons seulement que c'est le docteur Féré qui signala le premier en 1889 les avantages que présente le traitement des aliénés dans les familles. Ces avantages, le docteur Féré avait pu les étudier sur place en Belgique et en Ecosse où l'assistance familiale était pratiquée depuis longtemps déjà. L'idée préconisée par le docteur Féré ne fut appliquée chez nous qu'en 1892 par le Conseil général de la Seine. Quels en ont été les résultats, quels perfectionnements ont été apportés ou sont encore à souhaiter, c'est ce que l'auteur expose dans la première partie de son ouvrage. Dans la seconde partie il a traité tout le côté technique de la question; tous les aliénés ne peuvent pas en effet bénéficier du traitement dans les familles, il faut savoir les choisir avec discernement et en connaissance de cause. Puis une fois qu'on les a placés chez des particuliers, il est de toute nécessité qu'ils reçoivent des soins particuliers, que le garde-malade auquel ils sont confiés connaisse de façon spéciale la façon de les surveiller, de renseigner le médecin sur ce qui se passe. En un mot la question est extrêmement complexe, et pour retirer du système tous les bénéfices qu'il est susceptible de donner, il est indispensable d'étudier sérieusement le problème. On y parviendra facilement en lisant le livre si complet, si consciencieux et si intéressant du docteur Féré.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Les influences ancestrales (2), par Félix Le Dantec, chargé de cours à la Sorbonne.

Les doctrines médicales. Leur évolution (3), par E. Boinet, professeur de clinique médicale, agrégé des Facultés de médecine.

La maison d'édition Flammarion a eu l'heureuse idée de publier, sous la direction du docteur Gustave Le Bon, une série d'ouvrages constituant une *Bibliothèque de philosophie scientifique*. Le but poursuivi est de « présenter clairement la synthèse philosophique des diverses sciences, l'évolution des principes qui les dirigent, les problèmes généraux qu'elles soulèvent ». Sept volumes ont déjà paru qui ont trouvé un vif succès auprès du public instruit et pensant; les deux plus récents sont dus, l'un à la plume de M. Félix Le Dantec, l'autre à celle du docteur E. Boinet.

La haute compétence de M. Le Dantec sur toutes les questions d'hérédité et d'évolution désignaient le savant auteur de « l'unité dans l'être vivant », du *Traité de biologie* et de tant d'autres ouvrages réputés pour écrire un livre sur les *Influences ancestrales* Après un intéressant chapitre de début sur la « Narration historique », l'auteur étudie dans trois livres successifs : « Lignée et variation, les conséquences individuelles et sociales de la continuité des lignées, la distribution des particularités individuelles par la génération sexuée. » Parmi les chapitres les plus intéressants, si tant est qu'on puisse établir des distinctions, nous citerons ceux relatifs à la peur, à la mort et à l'évolution du langage articulé. Un pareil ouvrage ne s'analyse pas, il le faut le lire, et une fois qu'on a commencé on ne s'arrête plus, si ce n'est pour réfléchir.

Le livre du docteur Boinet ne peut manquer de trouver un accueil favorable auprès des médecins; toute l'histoire de la médecine, depuis ses premiers essais empiriques jusqu'aux conquêtes les plus récentes de la science, est en effet résumée dans l'ouvrage qui a pour titre : *Les doctrines médicales. Leur évolution.* C'était une entreprise difficile que de diriger le lecteur à travers le dédale des multiples théories et des systèmes innombrables formulés depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, M. Boinet y a parfaitement réussi; son œuvre forme un tout absolument homogène dont on ne saurait rien distraire sans nuire à l'unité de l'ensemble et où cependant chaque époque apparaît bien avec son individualité propre. Il faut lire avec soin le remarquable chapitre consacré à Claude Bernard, c'est la plus belle leçon de méthode expérimentale et le plus admirable exemple d'esprit scientifique que l'on puisse concevoir. Dans les derniers chapitres l'auteur a su exposer les idées contemporaines sur la maladie, les microorganismes pathogènes, le rôle du terrain et les moyens de défense de l'organisme sans tomber dans le travers d'écrire un traité abrégé de pathologie générale; l'écueil était difficile à éviter et on doit féliciter M. Boinet d'y être parvenu. Il a ainsi fait de son livre une œuvre utile non seulement au médecin mais encore à tous les esprits qui veulent avoir une idée juste des progrès accomplis par la médecine en dépit de ce que peuvent dire ceux qui la raillent sans cesse... en attendant d'avoir recours à elle.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Le traitement de l'hypertrophie sénile de la prostate (1), par le docteur A. Guépin, chirurgien des voies urinaires à l'hôpital Péan.

L'auteur montre que le traitement de l'hypertrophie sénile de la prostate doit recourir à l'association de plusieurs moyens. C'est malheureusement presque toujours à une époque avancée de leur affection que les malades commencent à se soigner, et alors c'est bien plutôt un traitement palliatif que curatif auquel on peut avoir recours.

Le docteur Guépin étudie la maladie à ses trois phases anatomo-pathologiques et cliniques et pour chacune d'elles examine quels sont les moyens hygiéniques, diététiques et thérapeutiques à mettre en œuvre. Il se met en garde contre certains médicaments nuisibles et s'arrête longuement sur les agents physiques et parmi eux le massage de la prostate. Les

(1) In-8° de 280 p., 3e édit. augmentée. Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.

(2) Un vol. de VI-306 p. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Flammarion.

(3) Un vol. de 329 pages. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Flammarion.

(1) In-8° de 141 p. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, F. Alcan.

opérations de petite ou de grande chirurgie sont également discutées, de même que les complications intercurrentes de l'affection et les moyens d'y remédier. L'expérience et la compétence de l'auteur pour tout ce qui touche aux affections des voies urinaires sont les meilleures garanties de la valeur de cet ouvrage. A. GAULLIEUR L'HARDY.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les tumeurs de l'encéphale. Manifestations et chirurgie, par le docteur H. DURET. In-8°, 835 p., 297 fig. dans le texte. — Prix : 20 francs. — Paris, Alcan.

Annuaire général de l'hygiène et de la salubrité, par Jules VINCENT. In-8°, 700 p. Prix : 10 francs. — Paris, Rousset.

Méthode de gymnastique éducative, par le capitaine commandant adjoint LEFÉBURE, du régiment des grenadiers de Belgique, commandant l'École normale de gymnastique et d'escrime. In-o de 250 p., 135 vignettes, 5 tableaux et 4 plans de salle et des engins. — Prix : 5 francs. — Paris, F. Alcan.

Clinique thermale de Vichy, par le docteur J. CORNILLON, ex-interne des hôpitaux de Paris, ancien médecin-inspecteur adjoint des eaux de Vichy. 2e édit. In-8 de 240 p. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Scrofulo-tuberculose, par le docteur Paul GASTOU. In-8 de 87 p., 21 fig., 2 pl. — Prix : 4 francs. — Paris, Doin; en vente chez Maloine.

L'art de vivre, que le docteur TOULOUSE, l'éminent médecin psychologue, publie chez Fasquelle, est une remarquable étude sociale de pensée haute et de bon sens pratique. C'est un bréviaire de la santé morale.

Le docteur Toulouse nous montre qu'il y a une technique, un art véritable — qu'on n'apprend malheureusement pas et d'où découle cependant tout le bonheur humain — pour se conduire dans la vie morale et éviter les déviations de l'esprit.

Un vol. in-8. — Prix : 3 fr. 50.

La cure arsenicale et les nouvelles salles d'inhalation de la Bourboule. Broch. de 20 p. et 5 pl. — Paris, Masson et Cie.

Les kystes hydatiques du foie, par F. DÉVÉ. In-8 de 193 p. — Paris, F.-R. de Rudeval.

L'évolution de la matière, par le docteur Gustave LE BON. In-18 illustré de 62 gravures photographiées au laboratoire de l'auteur. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Ernest Flammarion.

Les anomalies mentales chez les écoliers, par les docteurs Jean PHILIPPE et PAUL-BONCOUR. In-8 de 156 p. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Alcan.

Technique chirurgicale journalière au lit du malade, par le docteur Adrien BESSON, avec lettre-préface de M. le professeur DURET. In-8°, 178 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Lille, Bergès éditeur.

Dieu a-t-il créé le monde? par Jag. STRUCTOR. In-8°. — Paris, Rousset.

Sanatorium-école. Cure de repos pour les tuberculeux, par le docteur COSTE DE LAGRAVE, médecin de sanatorium. In-18. Prix : 2 francs. — Paris, A. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 98. — JEUDI 31 AOUT 1905. 78e ANNÉE. JEUDI 31 AOUT 1905. — N° 98.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF
Note sur la nature et les principales indications thérapeutiques de la colite muco-membraneuse (suite), par MM. Albert Mathieu et J.-Ch. Roux.
TRAVAUX ORIGINAUX
Etude critique des nouveaux appareils à chloroformisation (fin), par M. Léon Imbert.
LIVRES NOUVEAUX
NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)
Syphilis linguale (fin).
FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
Thèses soutenues pendant l'année scolaire 1904-1905 (fin).
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'externat en médecine.* —Un concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine, vacantes le 15 mai 1906 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, aura lieu le lundi 18 septembre 1905, à quatre heures précises, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'Administration, de onze heures à trois heures, jusqu'à demain jeudi 31 août inclusivement.

MARINE. — Les médecins de deuxième classe de la promotion du 1er septembre 1905 sont attachés aux ports ci-après, savoir :

Au port de Cherbourg, MM. Bellot, Savidan et Alquier; au port de Brest, MM. Carolleur, Kagi et Lossouarn; au port de Lorient, MM. Dupin et Cristau; au port de Rochefort, M. Giraud; au port de Toulon, MM. Dufranc et Candiotti.

M. le médecin de troisième classe Subra de Salafra est maintenu à l'Ecole pour y accomplir une nouvelle période de stage (application de l'instruction du 26 mai 1905).

INSTITUT DE MÉDECINE LÉGALE ET DE PSYCHIATRIE. (Comité de direction : le doyen, le professeur de médecine légale, le professeur de clinique des maladies mentales.) — La présence des élèves est obligatoire à tous les cours et conférences indiqués par l'affiche, et doit être justifiée à chaque inscription.

Médecine légale. — *Cours théorique de médecine légale.* — M. le professeur Brouardel commencera ce cours au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, le lundi 6 novembre 1905, à quatre heures, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Cours pratique de médecine légale à la Morgue. — Ce cours commencera à la Morgue le mercredi 8 novembre 1905, à deux heures de l'après-midi, et se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Ordre du cours : Les mercredis, M. le professeur Brouardel; — les vendredis, M. Descoust, chef du laboratoire de médecine légale; — les lundis, M. Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

Conférences de médecine légale pratique. — M. Thoinot, agrégé, dirigera deux fois par semaine des conférences pratiques portant sur l'examen des blessés, des victimes d'accidents du travail, sur la rédaction des rapports médico-légaux, etc. Ces conférences auront lieu à l'hôpital Saint-Antoine les lundis et vendredis, à neuf heures et demie, à partir du lundi 13 novembre 1905.

Conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquée à la toxicologie. — Ces conférences seront faites au laboratoire de toxicologie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf).

Ces conférences auront lieu, à dater du samedi 4 novembre 1905, les lundis, mercredis et vendredis.

Ordre du cours : Les jeudis, à quatre heures, M. Descoust, chef du laboratoire de médecine légale; — les mardis, à trois heures, M. Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique; — les samedis, à trois heures, M. Ogier, docteur ès sciences, chef du laboratoire de chimie.

Psychiatrie. — *Cours clinique de psychiatrie.* — M. le professeur Joffroy commencera ce cours à l'amphithéâtre de la clinique des maladies mentales, à l'asile Sainte-Anne, le samedi 18 novembre 1905, à dix heures, et le continuera les mercredis et samedis suivants, à la même heure.

Cours théorique de psychiatrie. — MM. Juquelier et Vurpas, chefs de clinique des maladies mentales, commenceront ce cours le samedi 4 novembre 1905, à dix heures, à l'amphithéâtre de la clinique des maladies mentales, à l'asile Sainte-Anne, et le continueront les mardis et jeudis suivants, à la même heure, et les samedis suivants à neuf heures un quart, pendant les mois de novembre, décembre et janvier.

Cours théorique de psychiatrie médico-légale. — M. Dupré, agrégé, commencera ce cours, le 1[er] février 1906, à dix heures un quart, à l'amphithéâtre de la clinique des maladies mentales, à l'asile Sainte-Anne, et le continuera les mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Examens de malades et rédactions d'observations ou de rapports. — MM. Juquelier et Vurpas, chefs de clinique des maladies mentales, dirigeront ces exercices pratiques, qui se feront à la clinique des maladies mentales, à l'asile Sainte-Anne, les mardis et jeudis, à neuf heures un quart, et commenceront le mardi 14 novembre 1905, à la même heure.

Conditions d'admission aux cours et conférences de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie. — Les docteurs en médecine français et étrangers, les étudiants en médecine français (titulaires de 16 inscriptions) et étrangers, seront admis à suivre les cours et conférences de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie après s'être incrits, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Les titres et diplômes — et de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance — doivent être produits au moment de l'inscription.

Les droits à verser sont : 1 droit d'immatriculation, 20 francs; 1 droit de bibliothèque, 10 francs; 4 droits trimestriels de laboratoire à 75 francs, soit 300 francs; 1 droit d'examen, 100 francs.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives générales de médecine. — (N° 35, 29 août 1905.) Eriberto Tievoli et Bonabitacola : Contribution clinique à l'étude des canaux anormaux de la verge [urètre double (2 fig.)]. — Durante : Trois cas d'infection salivaire chez le nouveau-né.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 8, aout 1905.) Mahu : Pathogénie de l'empyème maxillaire. — Laurens : Thrombo-phlébites du golfe de la jugulaire interne d'origine otique; leur traitement chirurgical. — Bellin et Leroux : Une observation d'occlusion membraneuse congénitale des choanes. — Cauzard : Réflexions sur 4 cas de laryngectomie totale.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 7, 23 août 1905.) Robin et Binet : De l'examen clinique des échanges respiratoires. Résultats cliniques. Indications thérapeutiques. — Robin et Emile Weill : I. Action des ferments métalliques sur les éléments figurés du sang; II. Action des ferments métalliques sur la production de l'azote total de l'urée et de l'acide urique. Acide urique et leucolyse.

Bulletin médical. — (N° 64, 23 août 1905.) Apert : Diagnostic de la pleurésie purulente chez le jeune enfant. — (N° 65, 26 août.) Durante : Neurone et neurule (individualité des éléments nerveux périphériques).

Écho médical du Nord. — (N° 35, 27 août 1905.) R. Le Fort : Pseudo-rhumatisme, infection et ostéomyélite chronique d'emblée.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 34, 20 août 1905.) Labongle : La pleurite et la congestion pleuro-pulmonaire de la base gauche. Fonction de la congestion splénique et périsplénique dans le paludisme. — (N° 35, 27 août.) Abadie : L'analgésie tendineuse à la pression et en particulier l'analgésie achilléenne dans le tabes.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 35, 27 août 1905.) E.-J. Moure : Des végétations adénoïdes chez les nourrissons.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (N° 15, 25 août 1905.) Blondeau : Sur l'emploi de la stovaïne adrénalisée.

Journal de physiothérapie. — (N° 32, 15 août 1905.) Contet : Essai sur l'utilisation de la pratique des sports en thérapeutique. — Moutier : Le traitement de l'hypertension artérielle sur les agents physiques. — Tissié : Influence du climat de Pau et de la gymnastique médicale dans le traitement de la neurasthénie d'origine gastro-intestinale.

Journal des praticiens. — (N° 34, 26 août 1905.) A. Broca : Adéno-phlegmon latéro-pharyngien. Ulcération de la carotide externe. — Berger : La hernie inguinale chez la femme. — Jeanselme : Le prurigo. — Raymond : Chorée de l'adulte associée à une polynévrite.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 34, 26 août 1905.) H. Desplats : Un cas de péritonite tuberculeuse guéri à Lourdes.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 34, 24 août 1905.) Wybauw : Action physiologique de l'hydrothérapie. — Léon Dekeyser : La thermothérapie spécialement considérée au point de vue de la dermatologie.

Languedoc médico-chirurgical. — (N° 8, 25 août 1905.) Poux : Septicémie puerpérale atténuée avec rétention partielle du placenta. Double infection de la mère et de l'enfant ; guérison de la mère.

Lyon médical. — (N° 35, 27 août 1905.) Thévenet : Le hoquet dit physiologique des nourrissons.

Médecine moderne. — (N° 34, 23 août 1905.) Babinsky : I. Paraplégies spasmodiques; II. La chorée est une affection organique; III. Certificat pour accident.

Montpellier médical. — (N° 33, 13 août 1905.) H. Villard : Deux cas de tuberculose de la conjonctive. — J. Gagnière : Nouvelle méthode d'inscription des divers éléments cinématiques du réflexe rotulien (*suite et fin*).

Presse médicale. — (N° 67, 23 août 1905.) Bué : Comment installer une consultation de nourrissons à la ville, à la campagne. — Henri Lablier : L'acidité des urines à l'état physiologique. — Romme : L'action bactéricide des tentures murales. — (N° 68, 26 aout.) Sacquépié et Chevrel : Les infections paratyphoïdes dans l'ouest de la France. — Vermeulen : La vibration du cœur.

Revue médicale de l'Est. — (N° 16, 15 août 1905.) Rohmer : Les granulations en Lorraine. — Perrin : Le futur hôpital suburbain pour les tuberculeux.

Revue neurologique. — (N° 15, 15 août 1905.) Léopold Léri : Maladie de Thomsen et sarcoplasma.

Revue scientifique. — (N° 9, 26 août 1905.) Achard : La méningite cérébro-spinale épidémique. — Dangeard : La sexualité chez les champignons. — Thauziès : A propos d'une théorie sur l'orientation du pigeon voyageur.

Semaine gynécologique. — (N° 34, 22 août 1905.) Voiturier : Des kystes du vagin. Pathogénie et traitement. — (N° 35, 29 août.) Pichevin : Ablation des fibromes utérins par la voie vaginale.

Tribune médicale. — (N° 34, 26 août 1905.) Bergounioux : Sur l'incompressibilité antéro-postérieure du thorax considérée comme signe des épanchements pleurétiques.

CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

NOTES SUR LA NATURE ET LES PRINCIPALES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DE LA COLITE MUCO-MEMBRANEUSE[1]

Par MM. Albert MATHIEU et J.-Ch. ROUX.

II

MÉCANISME PATHOGÉNIQUE DE LA COLITE MUCO-MEMBRANEUSE

Des trois éléments symptomatiques de la colite muco-membraneuse chronique : constipation, évacuations muco-membraneuses et douleur, le plus important, c'est la constipation. On peut dire que la colite chronique guérit toujours lorsque disparaît la constipation. Or celle-ci est, dans ces conditions, le plus souvent — nous dirions volontiers toujours — la conséquence d'un spasme du gros intestin.

La constipation est le *maître symptôme* de la colite muco-membraneuse, et le spasme colique est la cause de la constipation. C'est donc le mécanisme du spasme colique qu'il s'agit avant tout de déterminer. Le traitement de la colite muco-membraneuse consistera essentiellement à faire cesser ce spasme et à empêcher sa reproduction. Ce qui précède ne signifie pas, du reste, que nous méconnaissions l'importance certaine, bien que secondaire, de l'hypersécrétion muqueuse, de la douleur et de l'inflammation superficielle de la muqueuse.

Les actions réflexes jouent certainement un rôle considérable dans la pathogénie du spasme colique. Elles peuvent être *à court ou à long circuit*.

Le *réflexe à court circuit* a pour lieu d'origine la muqueuse du côlon elle-même. Elle en devient d'autant plus facilement le point de départ qu'elle présente un certain degré d'irritation superficielle et d'hyperesthésie. L'irritation superficielle est démontrée par l'abondance de la sécrétion muqueuse et la présence d'éléments cellulaires d'origine inflammatoire et desquamative, qu'on constate par l'examen microscopique dans les productions muco-membraneuses. L'hyperesthésie est démontrée par la douleur à la palpation sur le trajet du côlon que l'on constate dans tous les cas où l'affection présente une certaine intensité.

Le contact de matières fécales souvent dures, en scybales, sur lesquelles se contracte fortement le côlon, est une cause locale d'irritation. Dans les cas où il survient une poussée subaiguë d'inflammation de nature sans doute infectieuse, l'irritation de la muqueuse est plus vive, elle se trouve baignée par des liquides irritants, et le résultat est le même en ce qui concerne la genèse du spasme réflexe. Ainsi se trouve mis en jeu le réflexe à court circuit, parti de la cavité même du gros intestin.

Le *réflexe à long circuit* peut avoir des points de départ très variables. Ce peut être une lésion de l'appendice, des voies biliaires, ainsi que l'établissent les observations et les expériences rapportées par Soupault à la Société médicale des hôpitaux, une lésion des annexes, de l'utérus, de l'estomac, etc.

Quant aux ptoses abdominales, et plus particulièrement encore à la néphroptose, leur influence est depuis longtemps déjà admise par beaucoup d'auteurs (G. Weber, A. Mathieu, Soupault, Hayem, etc.). Son rôle paraît être complexe. Certains lui attribuent surtout une influence mécanique qui ne nous paraît ni la mieux démontrée, ni la plus importante. Ici encore, peut intervenir l'action réflexe à long circuit; puis il faut certainement tenir compte aussi du tiraillement exercé par les organes ptosés sur les filaments nerveux compris dans leur hile. Ce tiraillement pourrait bien retentir sur les plexus ganglionnaires du grand sympathique, provoquer et entretenir leur irritation. Cette irritation, on le comprend, rendrait plus facile la reproduction des réflexes spasmodiques.

Quoi qu'il en soit, l'influence des ptoses abdominales se trouve démontrée par les bons effets de la *cure d'horizontalité*. Chez certains malades, on obtient une amélioration notable dès qu'on les met au repos et qu'on les maintient dans le décubitus dorsal d'une façon continue; on ne l'obtient même qu'à cette condition.

L'importance des actions réflexes à court et à long circuit et de l'irritation locale causée par la présence des matières fécales, des liquides et des cultures microbiennes dans le gros intestin, se trouve démontrée d'une façon en quelque sorte expérimentale par les résultats de l'intervention chirurgicale.

Dans des cas graves de colite muco-membraneuse rebelle, la guérison a été obtenue à la suite de l'établissement d'un anus contre nature au niveau du cæcum (1). Si la colite guérit dans ces conditions, c'est de toute évidence parce que les matières fécales cessent de passer à travers le côlon et de l'irriter, de mettre en jeu des actions réflexes qui, parties de sa muqueuse superficiellement enflammée, entretenaient indéfiniment par voie réflexe l'hypersécrétion et le spasme.

Les cas d'amélioration très marquée, sinon de guérison définitive et complète de la colite muco-membraneuse, après l'ablation de l'appendice, des trompes ou de la vésicule biliaire, lorsque ces organes étaient chroniquement enflammés, sont dès maintenant très nombreux. Ici, on est bien obligé d'attribuer à l'action réflexe le rôle prédominant; il n'y a plus, comme dans les cas d'établissement d'un anus cæcal, suppression du contact des substances irritantes. Si l'intervention chirurgicale n'amène pas toujours une guérison radicale dans des cas semblables, c'est que les facteurs pathogéniques sont multiples, et qu'en supprimant le point de départ des réflexes à long circuit, on laisse persister les réflexes à court circuit que l'établissement d'un anus artificiel pourrait seul faire disparaître.

Les réflexes spasmogènes à court ou à long circuit ont une action d'autant plus intense et durable

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 95, p. 1131.

(1) G. Labey. *De l'intervention chirurgicale dans les formes graves des colites rebelles*, Th. de Paris, 1902.

que l'état névropathique général et d'excitabilité des différents centres nerveux est plus marqué. L'irritation des plexus ganglionnaires abdominaux, attestée par leur sensibilité à la palpation sur la ligne médiane de l'abdomen, joue aussi certainement un rôle très important.

Il se produit, du reste, une série de cercles vicieux à engrenage imbriqué. La constipation provoque et entretient l'irritation locale, le spasme, la douleur et l'hypersécrétion.

Le spasme entretient la constipation.

L'inflammation et l'irritation superficielle de la muqueuse favorisent les réflexes spasmogènes.

La douleur et la diminution de l'alimentation amènent l'exagération du nervosisme général et local, ce qui rend plus facile la production du spasme.

Les ptoses, nous l'avons dit, favorisent la production de la stase et, par conséquent, du spasme colique. D'autre part, l'amaigrissement qui résulte de l'insuffisance de l'alimentation, de la douleur et de l'insomnie devient une cause d'exagération des ptoses viscérales.

Dans ces combinaisons multiples de facteurs pathogéniques susceptibles de s'associer et de retentir les uns sur les autres, on voit quel rôle considérable a certainement l'irritabilité nerveuse des divers centres réflexes, plexus ganglionnaires des parois intestinales, ganglions du grand sympathique et centres cérébro-spinaux.

On comprend dès lors que les accidents soient plus tenaces et plus marqués chez les sujets dont l'excitabilité nerveuse est le plus marquée, c'est-à-dire, en somme, chez les névropathes. L'observation clinique apprend, du reste, que ce sont les névrosés qui fournissent les cas les plus intenses et les plus tenaces de colite muco-membraneuse. De là à prétendre que la colite muco-membraneuse n'est qu'une névrose sécrétoire et spasmodique du côlon, il n'y aurait qu'un pas vite franchi. Nous discuterons cette doctrine plus loin.

Une question très controversée, très importante pour en déterminer la nature, est de savoir si dans la colite muco-membraneuse il y a véritablement inflammation de la muqueuse.

Les autopsies de personnes atteintes de colite muco-membraneuse sont extrêmement rares, et les documents que l'on possède sur ce sujet sont peu nombreux et contradictoires. Deux observations, bien souvent citées, ont été publiées l'une par M. Rothmann père et l'autre par M. Rothmann fils. Dans l'une, il n'y avait aucune lésion appréciable, et dans l'autre, dilatation des orifices glandulaires dans lesquels plongeaient des tractus de mucus et entérite interstitielle proliférative.

Qu'en conclure, sinon que les lésions sont superficielles et réparables?

Il suffit, du reste, de considérer la constitution histologique des muco-membranes pour être amené à admettre une inflammation superficielle avec hypersécrétion muqueuse.

Depuis les recherches de Laboulbène, on sait que le substratum des membranes de la colite muco-membraneuse est formée non par de la fibrine, comme on l'avait pensé tout d'abord, mais par des stratifications de mucus concrété. Dans les mailles de ces stratifications, on trouve des amas cellulaires bien étudiés par Krysinsky, qui y a distingué : *a.* des cellules cylindriques du revêtement épithélial en voie de desquamation, souvent d'une dimension supérieure à celle des cellules normales; *b.* des cellules irrégulièrement granuleuses venues sans doute de la couche profonde de même revêtement; *c.* des cellules rondes renfermant des granulations plus ou moins abondantes, très vraisemblablement des leucocytes; *d.* un certain nombre de globules rouges.

On ne peut guère méconnaître en tout cas, à côté du mucus provenant d'une hypersécrétion du système glandulaire, des produits de desquamation inflammatoire de la muqueuse.

Nous ne parlons pas pour le moment — nous aurons à y revenir plus tard à propos de la critique des théories émises — du rôle possible des amas microbiens que l'on rencontre dans les productions muco-membraneuses de la colite. Ces microbes y fourmillent, ce qui rend du reste très difficile d'apprécier leur rôle pathogénique. Ce rôle, en tout cas, ne peut guère être que de provoquer et d'entretenir l'entérite, et si on veut l'invoquer, ce ne peut être que dans un sens favorable à l'inflammation. La prolifération microbienne explique sans doute les poussées aiguës ou subaiguës, dysentériformes, que l'on observe si fréquemment au début ou au cours de la colite muco-membraneuse. Elles lui ouvrent la porte lorsqu'elle n'existe pas encore. Lorsqu'elle existe déjà, elles en constituent une véritable complication et en marquent toujours l'aggravation momentanée.

Que la congestion vasculaire et l'hyperémie jouent un rôle dans cette inflammation superficielle, il est impossible d'en douter surtout au moment des poussées aiguës ou subaiguës, au cours desquelles les mucosités éliminées par les selles deviennent souvent sanguinolentes.

On s'explique bien dès lors que la menstruation et ses troubles influent comme ils le font souvent sur la marche de la colite muco-membraneuse, ainsi que M. Dalché le faisait remarquer récemment encore.

Au moment des règles, les douleurs de la colite muco-membraneuse sont presque toujours plus vives et les évacuations muqueuses plus abondantes. Le spasme du côlon et sa sensibilité sont augmentés. Dans la dysménorrhée on observe souvent des paroxysmes assez intenses. Il semble que la poussée congestive menstruelle se porte sur l'intestin en même temps que sur l'utérus et ses annexes, et quelquefois qu'elle se manifeste sur le côlon, par une sorte de compensation, d'une façon plus intense que sur les organes génitaux eux-mêmes.

On sait que des hémorragies abondantes peuvent se produire chez des malades atteints de colite muco-membraneuse. On les observe surtout chez les grandes nerveuses.

L'inflammation superficielle de la muqueuse joue donc certainement un rôle dans la pathogénie de la colite muco-membraneuse. La muqueuse colitique devient par son fait plus facilement irritable. Son

hyperesthésie augmente et les réflexes spasmodiques et hypersécréteurs prennent plus facilement naissance de sa surface excoriée que de la surface de l'intestin protégé par la couche normale de son épithélium.

Pourquoi, dans ces conditions, ne pas mettre l'entérite en toute première ligne dans la pathogénie de la colite muco-membraneuse? C'est ce que nous dirons en faisant, dans un prochain article, la critique des diverses théories pathogéniques de la colite muco-membraneuse.

ÉTUDE CRITIQUE
DES
NOUVEAUX APPAREILS A CHLOROFORMISATION (1)

Par le docteur Léon IMBERT,
Professeur de Clinique chirurgicale à l'Université d'Aix-Marseille.

IV

ÉTUDE DES APPAREILS A CHLOROFORMISATION

Les appareils de Saint-Martin, de Raphaël Dubois avaient été abandonnés probablement parce que leurs auteurs ne les avaient pas rendus assez maniables à tous les points de vue. Celui de Roth-Dræger, qui devait vingt ans plus tard rappeler l'attention des chirurgiens sur le perfectionnement des procédés anesthésiques, ne l'était guère plus : aussi ne s'est-il guère répandu ; mais il a eu le mérite de faire discuter de nouveau la question. C'est pour cette raison, plutôt sans doute que pour l'emploi de l'oxygène, qu'il doit être mentionné avec les appareils plus récents. Je ne décrirai du reste ni les uns ni les autres pour ne pas alourdir cette étude déjà longue ; j'indiquerai seulement le principe de chacun d'eux.

1° **Appareil de Saint-Martin.** — C'est le système des deux gazomètres que je viens de mentionner. Son premier inconvénient, et non le plus grave, est d'être fort encombrant et non transportable. En outre, il oblige le malade à respirer un air dont le dosage est fait d'avance et ne peut se proportionner aux effets produits. C'est là, à mon avis, son principal défaut ; il en aurait été de même si l'on avait réalisé la proposition de Paul Bert qui voulait pour chaque hôpital des gazomètres dans lesquels le mélange de vapeurs serait fait d'avance.

2° **Appareil de R. Dubois.** — Ainsi que je viens de le dire, il est moins volumineux et moins lourd. Je ne l'ai jamais vu fonctionner, et je ne puis donc me permettre de le juger qu'en théorie ; cependant je sais qu'il nécessite une manœuvre de pompe de la part de l'anesthésiste. En outre, il ne doit pas échapper au reproche que je viens de formuler à l'adresse de l'appareil précédent, puisque, dit Lucas-Championnière, il a été abandonné, non seulement parce qu'il est compliqué et coûteux, mais aussi parce qu'il ne permet pas assez la suppression de la dose prévue de chloroforme.

3° **Appareil de Junker.** — Je ne le connais que par un passage du livre de Dastre et une appréciation fort peu enthousiaste de Routier : « Pendant que j'étais chef de clinique du professeur Le Fort, mon regretté maître nous forçait à nous servir de l'appareil de Junker qui, tel que les appareils qu'on vient de nous présenter, avait la prétention de doser les vapeurs de chloroforme ; on lançait avec une soufflerie l'air extérieur dans un récipient contenant de 20 à 30 grammes de chloroforme, et cet air, chargé de vapeurs, était respiré par le patient au moyen d'un masque ; de cet appareil, j'ai gardé le souvenir des crampes que j'ai gagnées à manœuvrer la soufflerie et des très mauvaises anesthésies obtenues. »

D'autres appareils du même genre ont été sans doute imaginés et employés. On voit que les reproches à leur faire pourraient se résumer ainsi : ils étaient trop lourds, trop difficiles à manœuvrer, et surtout ne permettaient pas assez aisément le changement de dosage. Les appareils modernes doivent leur succès, qui sera durable, je le crois, à la suppression plus ou moins complète de ces inconvénients. Avant tout, le dosage se fait et se modifie instantanément et très simplement ; soufflerie et pompe sont remplacées par la simple action de l'air inspiré par le malade ; il en résulte qu'ils sont moins lourds et moins encombrants, exception faite pour le Roth-Dræger dont la complexité et le volume sont dus principalement à l'emploi de l'oxygène.

4° **Appareil de Vernon-Harcourt.** — Il a été rapporté d'Angleterre et présenté à la Société de chirurgie en décembre 1904 par Monprofit (d'Angers). Ce chirurgien, qui est du reste partisan de l'appareil, lui reconnaît comme défauts : 1° la durée assez longue de la période préanesthésique ; 2° dans quelques cas une légère insuffisance de la ration d'entretien, même à pleine dose. Cela tient à ce qu'il ne donne comme maximum que le mélange à 8 p. 100. Du reste, cet appareil ne paraît pas supérieur à ceux de Ricard et de Reynier, qui ont été construits plus récemment, sont plus simples et d'un maniement plus aisé.

5° **Appareil de Roth-Dræger.** — Il est très lourd et ne peut guère être employé en conséquence qu'à l'hôpital ou dans une maison de santé. A ce point de vue donc, ses inconvénients sont évidents ; mais il faut reconnaître qu'il les doit principalement à l'adjonction de l'oxygène, adjonction qui nécessite l'emploi d'une bombe de gaz comprimé. Cette complication est-elle réellement utile ? Il est difficile de le dire encore et les avis sont partagés à ce sujet. Les chirurgiens qui ont utilisé cet appareil s'en montrent en général fort satisfaits ; mais, comme toujours en ces matières, l'expérience ne sera suffisante que lorsqu'elle portera sur un très grand nombre de faits. Il faut reconnaître du reste que l'on connaît dès maintenant au moins deux cas de mort

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 97, p. 1155.

survenus malgré l'emploi de l'appareil et dans des conditions telles que le chloroforme doit être considéré comme responsable. Il convient donc de réserver pour le moment cette question de l'oxygène. Au point de vue du titrage du mélange, il semble bien que le Roth-Dræger n'est pas parfait. Le malade en effet aspire d'une part un mélange de chloroforme et d'oxygène, et d'autre part un certain volume d'air qui lui arrive par un trou pratiqué dans le masque. En somme, oxygène mis à part, il est bien certain que cet appareil est inférieur aux anciens comme précision et aux nouveaux comme facilité de maniement.

6° **Appareil de Reynier** (Dupont, Chabaud et Thurneyssen). — Il est fort ingénieux puisque les auteurs ont supprimé toute soupape. Le mécanisme réside tout entier dans l'application du principe de la trompe à air. En outre, un thermomètre permet de régler la température du chloroforme et par conséquent la tension de ses vapeurs. Pour qui désire un dosage mathématique du mélange, cette condition est essentielle, car il est bien évident que, pour un même degré d'ouverture de l'appareil, le mélange sera plus ou moins chargé en vapeurs anesthésiques suivant que la température sera plus ou moins élevée. Reynier a fait des expériences desquelles il résulte que le titrage du mélange d'air et des vapeurs est très précis; en outre, il peut être instantanément modifié.

7° **Appareil de Ricard.** — Il ne tient pas compte de la température et ne saurait donc prétendre à un dosage exact; en outre, il comporte des soupapes, ce qui, pour Reynier, constitue une infériorité.

Ces deux derniers appareils réunissent les conditions dont je parlais plus haut : minimum d'encombrement; mécanisme simple; possibilité de faire varier instantanément le dosage. Leurs auteurs en ont beaucoup discuté les mérites respectifs. Bien qu'ayant l'habitude de l'appareil de Ricard, je crois celui de Reynier tout aussi bon. Ce dernier présente bien l'avantage de tenir compte de la température; mais c'est là, à mon avis, un point d'une importance secondaire. Il est vrai que c'est ainsi seulement que l'on peut obtenir un dosage précis, mais ce dosage est-il absolument nécessaire? Il est permis d'avoir quelques doutes à ce sujet. Tout d'abord il est bien évident que nul chirurgien, si physiologiste soit-il, ne consentirait à endormir ses malades en se basant uniquement sur le titrage du mélange. Nous savons bien, en outre, que nous ne pouvons comparer nos malades aux chiens bien portants de P. Bert. Celui-ci reconnaissait lui-même que d'un animal à un autre il y avait des différences très prononcées. Dans ces conditions, l'appréciation mathématique du titrage perd beaucoup de son importance, surtout si l'on ajoute encore que les expériences de P. Bert ne concernent que la troisième catégorie des accidents, nullement les deux premières (v. plus haut). Assurément si nous pouvions obtenir une sécurité absolue ou presque absolue, si nous avions la conviction que tel mélange est à la fois anesthésique et inoffensif, la question que je discute en ce moment prendrait une importance de premier ordre, et il y aurait lieu d'accepter même des appareils compliqués. Mais il n'en est malheureusement pas ainsi. On a parlé à la Société de chirurgie de dose maniable. Si l'on veut, par ce terme, entendre un mélange sûrement inoffensif, on se trompe certainement; il découle en effet, des recherches mêmes de P. Bert résumées plus haut, que les mélanges non anesthésiques sont dangereux si l'on prolonge suffisamment leur action. Il faut ajouter au danger d'intoxication seul envisagé par P. Bert, ceux qui résultent du réflexe laryngé et de l'action directe sur la moelle. Donc il n'est point de dose inoffensive, et l'anesthésie automatique ne saurait exister. On a dit que, pour le chloroforme, tout était dans la proportion centésimale du mélange de vapeurs et d'air. Cette formule indique qu'il faut beaucoup moins de chloroforme pour tuer avec un mélange à 30 p. 100 qu'avec un mélange à 4 p. 100, mais il est bien évident qu'elle est trop absolue. Un chien qui meurt après avoir respiré un mélange à 4 p. 100, succombe non pas par un excès de proportion centésimale mais par un excès d'absorption totale.

Pour me résumer, j'estime donc qu'il est désirable de connaître le titre du mélange, mais la possibilité de le connaître ne confère point à mon avis un avantage considérable à l'appareil de Reynier.

Reste la question des soupapes; on en a dit beaucoup de bien et beaucoup de mal et je ne crois pas qu'elles méritent ni l'un ni l'autre. Reynier craint beaucoup un défaut de fonctionnement. Je dois dire que, depuis plusieurs mois, j'ai toujours vu celles de l'appareil de Ricard fonctionner régulièrement, et je suis assuré du reste que, s'il leur arrivait un accident, il serait aisé de s'en apercevoir sur l'heure. On a dit, par contre, que la soupape était utile parce qu'elle permet au chirurgien de suivre par l'oreille la respiration de son malade; je ne crois pas que cet avantage soit plus sérieux que le défaut précédent. La vérité à mon avis est que les soupapes bien faites fonctionnent parfaitement.

Enfin il me semble que l'on pourrait reprocher à l'appareil de Reynier une consommation plus grande de chloroforme, puisque les vapeurs sont entraînées non seulement à l'inspiration, mais à l'expiration. C'est là un reproche théorique que je n'ai pu vérifier.

8° **Appareil de Pierre Delbet.** — Delbet a imaginé un appareil qui facilite les opérations portant sur la face : mais il s'agit d'une modification dans le mécanisme d'accès des vapeurs anesthésiques aux voies aériennes. Il ne touche donc pas au principe même des mélanges titrés et s'adapte du reste aussi bien au Roth-Dræger qu'au Ricard et sans doute aux autres appareils.

9° **Appareil de Tuffier.** — Il est fort intéressant en ce sens qu'il se manœuvre d'une seule main; je suis convaincu en effet que les appareils à chloroforme ne seront vraiment pratiques que lorsqu'ils répondront pleinement à cette condition. Mais je ne connais celui de Tuffier que par un compte rendu très

imparfait des *Bulletins de la Société de chirurgie;* je ne saurais donc l'apprécier. J'ai moi-même fait construire par Collin un appareil de ce genre; mais les essais n'en sont point encore terminés.

V

RÉSULTATS DONNÉS PAR LES APPAREILS

Malgré les longues discussions qui se sont produites à la Société de chirurgie, il est malaisé de juger des nouveaux appareils d'après les résultats qu'ils ont fournis. D'une part en effet, on a publié fort peu de statistiques complètes et détaillées; d'autre part, il est bien évident que, si l'on peut avoir assez rapidement une impression générale, on ne saurait être fixé sur le bénéfice réel, je veux dire sur la diminution du nombre des décès par chloroforme, que lorsqu'on possédera un très grand nombre de faits. Il y a donc lieu d'étudier séparément divers points de vue : 1° les inconvénients généraux des appareils; 2° leur influence sur les petits accidents de la chloroformisation; 3° leur influence sur les syncopes graves; sur ce dernier point on ne peut encore formuler que des conclusions très provisoires.

1° Inconvénients généraux des appareils à anesthésie. — On leur a fait des reproches qui, à mon avis, ne doivent pas détourner de leur emploi.

On a mentionné d'abord les ennuis de l'apprentissage; mais en vérité ces ennuis sont aussi restreints que possible. Je ne sais s'ils existaient avec les vieilles machines de Saint-Martin, R. Dubois, etc. Mais, pour l'appareil de Ricard et celui de Reynier, il suffit de lire avec attention les quelques lignes qui les accompagnent pour les manœuvrer sans aucune difficulté. C'est ce que déclare Delbet qui a tenu à faire l'expérience lui-même avec le Ricard ; c'est ce que j'ai constaté moi-même. Mes nouveaux externes ont été instruits en quelques minutes par les anciens.

On a dit encore que les élèves habitués aux appareils ne sauront plus, devenus praticiens, endormir à la compresse. Je n'accorde pas à cette objection une grande portée. Ainsi que je l'ai fait remarquer dans une communication à la Société de chirurgie (7 juin 1905), il faut reconnaître que le difficile dans l'anesthésie n'est pas de verser le chloroforme goutte à goutte ou de manœuvrer un disque : l'important est de surveiller son malade; or cette surveillance demande à être au moins aussi active avec les appareils qu'avec la compresse. Je ne crois pas en effet qu'avec les appareils les élèves aient tendance à ne plus surveiller leurs malades, comme on l'a avancé; le reproche inverse serait plus juste. Avec la compresse, en effet, un aide inattentif laisse ordinairement son malade se réveiller; avec les appareils, il l'endort de plus en plus et le conduit aux accidents graves. Il faut donc que les élèves soient bien convaincus de la nécessité d'une surveillance constante. Je ne me suis du reste jamais aperçu qu'ils eussent plus de tendance qu'autrefois à l'oublier. Je suis donc convaincu qu'un jeune médecin qui aura la pratique des nouveaux appareils et qui connaîtra bien l'anesthésie qu'ils donnent, endormira parfaitement son malade à la compresse; mais je crois qu'il regrettera d'être obligé de recourir à ce procédé parce qu'il aura conscience que sa responsabilité en sera augmentée. J'ai remarqué en effet que tous mes externes préfèrent pratiquer l'anesthésie avec l'appareil de Ricard; et je puis déclarer ici que je n'ai eu aucune peine à leur faire prendre cette habitude.

2° Les petits accidents de la chloroformisation. — J'ai communiqué à la Société de chirurgie une statistique de 50 cas (appareil de Ricard); depuis, le nombre de mes anesthésies s'est grandement accru, mais je n'ai plus tenu le compte exact de la quantité de chloroforme employé, de la durée de l'anesthésie, etc. : je puis dire seulement que mes impressions confirment, d'une façon générale, les conclusions que je posais à cette époque.

On peut évaluer la ration d'entretien à 20 grammes à l'heure; il y a là une économie incontestable; mais je crois bien que le chloroforme économisé résulte plutôt de l'absence de gaspillage que d'une absorption réellement moindre; on économise ce qui ne se perd pas dans l'atmosphère.

Le temps nécessaire pour obtenir l'anesthésie varie de deux à dix minutes : il dépend beaucoup plus, je crois, du chloroformisateur que du malade ou de l'appareil.

La durée du réveil est plutôt courte, trois à cinq minutes.

Les vomissements pendant l'opération sont plutôt rares (7 fois sur 50 malades); il en est de même des vomissements post-opératoires.

L'anesthésie est certainement plus calme et plus régulière : 4 malades endormis auparavant à la compresse ont déclaré préférer l'appareil.

Ces conclusions sont analogues à celles que Aubeau formulait à la suite de l'emploi de la méthode de P. Bert (v. plus haut). Elles sont, à peu de chose près celles qui ont été rapportées à la Société de chirurgie par d'autres chirurgiens. Ricard, sur 200 anesthésies, n'a jamais eu ni inquiétudes ni alerte; le calme et la régularité de l'anesthésie ont été remarquables. Monprofit, avec l'appareil de Vernon-Harcourt, Kirmisson, Pierre Delbet, avec celui de Roth-Dræger, Reynier avec le sien ont fait des constatations tout à fait analogues. Quénu a fait un relevé de cinquante anesthésies obtenues avec le Roth-Dræger; ses conclusions sont semblables, sauf que la consommation de chloroforme se réduit, pour lui, à une quinzaine de grammes à l'heure. Il y a lieu du reste de distinguer, comme l'a fait ce chirurgien, la quantité nécessaire pour obtenir l'anesthésie, de celle qui suffit à la maintenir; c'est de cette dernière, ou ration d'entretien, qu'il s'agit ici. Il faut, il est vrai, tenir compte, pour le Roth-Dræger, de l'emploi de l'oxygène. Lucas-Championnière s'en félicite; mais la plupart des chirurgiens ne lui reconnaissent pas beaucoup d'importance et il semble bien que les bons résultats obtenus avec cet appareil sont dus simplement au titrage de mélange. Au reste l'emploi de l'oxygène dans l'anesthésie est déjà ancien. Dastre signale en effet « la

méthode mixte oxygène-chloroforme, préconisée par Neudörfer et simplifiée par Kreuzmann » (*Centralbl. f. Chir.*, 1877). L'essai en aurait été satisfaisant sur vingt-cinq malades.

On peut donc conclure, de ce qui précède, que les nouveaux appareils diminuent incontestablement la fréquence et l'intensité des petits accidents, au nombre desquels on doit mettre en première ligne l'agitation et les vomissements.

3° **Les grands accidents.** — Il s'agit des trois genres de syncope respiratoire et cardiaque qui se terminent trop souvent par la mort. Le nombre des cas publiés est insuffisant encore; je puis dire pourtant, en ce qui me concerne, que j'ai eu cette année deux alertes graves dont l'une n'a pu se dissiper que par la trachéotomie; or, dans les deux cas, le chloroforme était donné à la compresse (opérations sur la face). Je reconnais qu'il s'agit peut-être là d'une simple coïncidence. Mais si les faits sont encore trop peu nombreux, il nous est permis cependant de raisonner par analogie.

Tout d'abord, il est bien évident que rien ne supprimera d'une façon certaine les morts par chloroforme; il s'en est déjà produit avec l'appareil de Roth-Dræger; il s'en produira vraisembablement avec tous les autres, mais on peut espérer en voir diminuer le nombre; et c'est en effet ce résultat que nous pourrons obtenir, j'en ai la ferme conviction.

On a vu plus haut que les accidents graves pouvaient se ranger en trois groupes principaux :

1° *La syncope du début* prend son point de départ : *a.* dans une impression morale; *b.* dans une sensation douloureuse partie d'un point quelconque du corps; *c.* dans le contact des vapeurs chloroformiques avec les muqueuses du nez et du larynx. Dans les deux premiers cas, le chloroforme n'intervenant pas, les appareils ne sauraient évidemment donner aucune garantie. Dans le troisième, on doit admettre également, à mon avis, que nul appareil, si perfectionné soit-il, ne permettra de l'éviter sûrement : je n'en veux pour preuve que le cas de Hoffar rapporté par Kirmisson à la Société de chirurgie.

2° La *syncope secondaire* est due, pour les physiologistes, à une action exercée directement sur la moelle et sur le bulbe par les vapeurs de chloroforme apportées en trop grande abondance (inhalation trop brusque, débit trop considérable, etc.). Contre cet accident, les nouveaux appareils doivent nous donner une sécurité sinon absolue au moins très grande, puisque le chloroformisateur peut graduer régulièrement l'anesthésique. Il me paraît infiniment probable que les appareils, s'ils diminuent vraiment le nombre des morts, doivent faire disparaître celles qui sont dues à cette cause.

Tuffier a rapporté à la Société de chirurgie (15 février 1905) des expériences intéressantes à ce point de vue. Hallion et lui ont constaté que : « quand, dans le courant d'une intervention, on imbibe fortement une compresse et qu'on l'approche des narines, on constate chez un animal en expérience que la pression artérielle baisse rapidement et brusquement, et cela dans une proportion considérable; puis la tension artérielle tend à revenir à la normale; on est obligé alors de donner une nouvelle dose pour entretenir l'anesthésie, et de nouveau, on voit la pression artérielle s'abaisser; si même les doses chloroformiques ainsi administrées sont excessives et brusquement renouvelées, la pression touche au voisinage de zéro. » Ces expériences montrent bien l'intérêt que nous avons à administrer le chloroforme d'une façon régulière sans à-coup; elles viennent à l'appui de l'opinion des physiologistes d'après lesquels les accidents survenant au cours de l'opération sont dus à une absorption instantanée et brusque de vapeurs anesthésiques : elles confirment donc cette idée que les appareils doivent raréfier ce genre d'accidents. Ainsi que je l'ai dit plus haut, il en résulte que l'emploi des appareils établit à ce point de vue une analogie entre le chloroforme et l'éther, tout en évitant les inconvénients de ce dernier anesthésique.

3° La *syncope tardive* est une apnée toxique par absorption trop considérable. Ce sera toujours la syncope des opérations longues chez les malades affaiblis. Il faut reconnaître cependant que les appareils, en ménageant le chloroforme et surtout en maintenant le titrage au-dessous de certaines limites, sont probablement susceptibles d'en diminuer la fréquence. Mais c'est ici le lieu de rappeler qu'il n'existe pas de dose maniable de chloroforme; tout mélange, si faible soit-il, peut être dangereux; or un mélange relativement concentré est nécessaire, si l'on veut obtenir ou seulement maintenir l'anesthésie. Il faut se souvenir encore que P. Bert voyait certains de ses chiens succomber plus vite, d'autres beaucoup plus lentement que la moyenne. S'il existe des différences pour des chiens bien portants, combien doivent-elles être plus grandes pour des hommes dont il est toujours impossible d'apprécier exactement le coefficient de résistance vitale. Nous ne pouvons donc nous flatter de l'espoir de voir disparaître les accidents anesthésiques mortels chez les malades que nous sommes quelquefois contraints à opérer dans de mauvaises conditions; peut-être cependant, pour les raisons indiquées ci-dessus, deviendront-ils moins fréquents.

VI

CONCLUSIONS

Il existe actuellement parmi les chirurgiens une tendance prononcée à faire l'anesthésie au moyen d'appareils qui dosent automatiquement le chloroforme; mais il est incontestable que ces appareils dérivent, qu'on le veuille ou non, des recherches de P. Bert sur les mélanges titrés. Il faut se souvenir cependant que *ce dernier n'avait étudié que l'apnée toxique* et qu'il est d'autres accidents que les mélanges titrés ne permettent point d'éviter sûrement.

Les appareils modernes ont, sur les anciennes machines de Saint-Martin, R. Dubois, etc., l'avantage d'être construits *par des chirurgiens pour des chirurgiens* : il en résulte qu'ils sont peu encom-

brants, d'un maniement simple, et que, condition essentielle, le titrage des vapeurs peut être modifié instantanément. On peut cependant désirer qu'il soit construit de nouveaux appareils plus simples encore et pouvant se manœuvrer d'une seule main.

Les appareils ont diminué certainement la fréquence et l'importance des petits accidents; il est vraisemblable qu'ils rendront plus rares les accidents mortels; mais il n'est pas permis de supposer que, même parfaitement manœuvrés, ils les feront complètement disparaître; l'observation clinique conservera toujours ses droits, et nous sommes encore bien loin de posséder un procédé d'anesthésie automatique parfaitement sûr.

En somme, les appareils à anesthésie constituent un réel progrès de la technique chirurgicale.

LIVRES NOUVEAUX

Nos enfants au collège [*Le corps et l'âme de l'enfant*] (1), par le docteur Maurice DE FLEURY.

Dans son précédent ouvrage, *Le corps et l'âme de l'enfant*, le docteur Maurice de Fleury, avec sa compétence de praticien et de psychologue et son expérience de père, traitait des soins physiques et moraux qu'il convient de donner, dans la famille, aux enfants de cinq à dix ans.

Le volume que publie aujourd'hui la librairie Armand Colin forme la suite naturelle et logique de ce premier ouvrage. Il s'en dégage une conception très nette de ce que devrait produire la collaboration des parents et des éducateurs de profession en vue de la triple culture physique, intellectuelle et morale de nos fils. L'auteur marque fortement le but à atteindre: rendre la vie de collège heureuse et féconde; et il indique les moyens d'y réussir.

Les chapitres consacrés au choix d'une école, à la question du surmenage, à la surcharge des programmes, à l'esprit scientifique, à la psychologie de l'écolier, aux moyens pratiques de doter l'Université de ressources nouvelles, s'imposent à l'attention du législateur, de l'éducateur et du père de famille. Toute la partie concernant le rôle du médecin neurologiste et psychologue dans l'éducation, est neuve et singulièrement instructive.

Ces pages lumineuses sont les mieux venues, les plus riches d'idées, les plus suggestives que nous ait encore données l'auteur de l'*Introduction à la médecine de l'esprit* et de *Le corps et l'âme de l'enfant*. L. GAYARD.

Manuel pratique de radiologie médicale (2), par E. DUPONT.

Ce petit ouvrage de radioscopie et de radiographie médico-chirurgicales, simple, clair et d'une lecture facile, se recommande tout naturellement à tous ceux qui sont désireux de se mettre rapidement au courant des choses essentielles de la radiologie. G. LEGROS.

(1) Petit in-8° de 130 p. avec fig. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Lamertin.

(2) In-18 jésus. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Armand Colin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1904-1905 (1)

M. MILLET. La tétanie (interprétation pathogénique). — M. GOURION. Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde au Mans. — M. MABIRE. Etat mental et physique des individus poursuivis pour attentats aux mœurs. — M. BLANC. Des interventions chirurgicales dans la lithiase rénale inflammatoire et suppurée. — M. BIGNON. Contribution à l'étude de l'hyperchlorurie dans la tuberculose des voies urinaires. — M. PEYFANT. Le chlorure de sodium et la cure de déchloruration. — M. CLOTOGE. Essai sur l'histoire de la gynécologie dans l'antiquité grecque jusqu'à la collection hippocratique. — M. DE RAFFIN DE LA RAFFIME. Purpura et tuberculose. — M. Pierre NADAT. Autour de la dépopulation. — M. BOUTIN. Etude clinique et essai de classification des névralgies intercostales. — M. DUCOS. Contribution à l'étude des cavités naso-pharyngiennes chez les tuberculeux pulmonaires. — M. GUIGNON. Lésions du nerf optique dans l'hérédo-syphilis. — M. LANDE. L'avortement chirurgical accidentel. Etude et responsabilité médicale. — M. MOUSSY. Le foot-ball rugby au point de vue médical et hygiénique. — M. PEYRONIE. Le traitement de la syphilis chez les indigènes en Tunisie. — M. FAISANS. Drainage périnéal par la sonde de Pezzer appliqué au traitement palliatif de certains cas d'hypertrophie prostatique. — M. DUVERGER. De la voie trans-maxillo-nasale dans les interventions sur l'arrière-cavité des fosses nasales, le corps du sphénoïde et le naso-pharynx. — M. DESCHAMPS. Le rire hystérique. — M. DANIEL. Contribution à l'étude du traitement des cancers par la radiothérapie. — M. POINGT. Les kystes congénitaux de la région sternale. — M. MOUTTIER. De la syphilis acquise pendant les quatre derniers mois de la grossesse. — M. LECLEZIE. Contribution à l'étude de la migraine ophtalmoplégique. — M. PAULY. De l'analgésie tendineuse à la pression et en particulier du tendon d'Achille dans le tabes. — M. LE BIHAN. Etude sur la durée du traitement de l'arthrite blennorragique. Priorité de l'arthrotomie. — M. LANNELONGUE. Etude sur la gangrène infectieuse disséminée de la peau. — M. FRESSINEAU. Contribution à l'étude de l'adipose douloureuse. — M. GUILLARD. Autour de l'enseignement médical actuel. — M. AYRAUD. Les affections oculaires consécutives aux lésions dentaires. — M. BUFFIÈRE. Sur le traitement des décollements de la rétine par les injections sous-conjonctivales de chlorure de sodium. — M. DE LAVAISSIÈRE DE VERDUZAN. Contribution à l'étude des tumeurs cérébrales chez les aliénés. — M. LABORDERIE. Sur l'état des réflexes dans le cancer. — M. BOMUGAT. De l'attaque convulsive de toux hystérique. — M. PINTAUD-DESALLÉES. Les modifications des réflexes provoquées par les efforts musculaires violents. — M. ROBERT. La ponction lombaire. Deux ans de pratique dans un service de maladies mentales. — M. DION. La stovaïne, nouvel anesthésique local, son emploi en chirurgie oculaire. — M. RABIER. Contribution à l'étude des odontites caries dentaires d'après des recherches récentes. — M. BOSSUET. Contribution à l'étude étiologique et clinique de l'insuffisance surrénale. — M. LEVEL. Contribution à l'étude du traitement du retard des consolidations des fractures par l'extrait thyroïdien. — M. GATEAU. Luxations traumatiques de la phalangine des quatre derniers doigts. — M. GENDRON. De l'insuffisance du bandage élastique sans ressort dans la contention de la hernie inguinale. — M. COUFFON. Contribution à l'étude des diverses classifications en médecine mentale. — M. DUCLAUD. Les complications emboliques de la thrombose cardiaque dans la diphtérie. — M. RAVALLEC. Contribution à l'étude des tachycardies essentielles. — M. RICHARD. Les polynévrites de la coqueluche. — M. RIFFEAULT. Etude sur les phlycténoses récidivantes des extrémités. — M. CELLARIER. Les abcès de fixation chez les enfants. — M. MAGNE. Considérations sur l'hospitalisation des malades vénériens, envisagée au point de vue de la prophylaxie sanitaire et morale.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 97, p. 1154.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

SYPHILIS LINGUALE [1]

DIAGNOSTIC DES ACCIDENTS SECONDAIRES. — A. Les **plaques muqueuses** seront généralement reconnues par l'interrogation et la constatation d'autres accidents spécifiques. On les différenciera :

1. Des ÉROSIONS SIMPLES, généralement plus petites, moins régulières, plus rouges, moins durables.

2. De l'HERPÈS BUCCAL et, particulièrement, de l'*herpès récidivant buccal*, qui : α. apparaît chez des jeunes gens arthritiques, du sexe masculin, et 19 fois sur 20, syphilitiques aux périodes secondaire ou tertiaire; β. siège sur les bords latéraux de la langue; δ. est sujet à des récidives multiples, rebelles, tenaces; ε. s'accompagne de symptômes fonctionnels très accusés; ζ. évolue en trois phases : 1. tache grisâtre opaline, toute petite; 2. érosion entourée d'une collerette blanchâtre; 3. érosions simples, arrondies ou polycycliques, selon qu'elles sont isolées ou confluentes.

En faveur de l'herpès, on invoquera la multiplicité des récidives, l'intensité des signes fonctionnels, la ténuité de l'érosion, son aspect opalin, et surtout : α. l'existence d'érosions miliaires aberrantes; β. les débris de collerette; γ. le contour polycyclique de la lésion.

3. Des APHTES, qui : α. sont parfaitement circulaires; β. sont entaillés en cupule; γ. présentent une coloration jaune beurre frais, et δ. un liséré carminé circonférentiel. De plus, l'aphte est douloureux.

4. De l'HYDROA BUCCAL, véritable sosie de la plaque muqueuse (Fournier). L'hydroa évolue en trois stades : érythémateux, vésiculeux et érosif, ce dernier « syphiloïde au suprême degré (Fournier) ». *Au début*, on pourra *quelquefois* invoquer, en faveur de l'hydroa : α. la coloration rouge vif; β. l'existence d'une collerette demi-membraneuse, et, exceptionnellement, la présence de vésicules d'hydroa. *Plus tard*, le diagnostic n'est possible que s'il existe simultanément un exanthème hydroïque. Sinon, il est indispensable d'attendre avant de se prononcer (2).

5. De la GLOSSITE EXFOLIATRICE MARGINÉE qui : α. présente autour de chacun de ses placards un liséré très ténu, blanc et curviligne; β. dont les éléments éruptifs sont extrêmement mobiles (*glossite nomade*); γ. et qui n'est nullement influencée par le traitement mercuriel.

6. Des ÉROSIONS DENTAIRES (voy. plus haut).

7. Comme AUTRES DIAGNOSTICS MOINS IMPORTANTS, on citera : le *chancre induré;* le *chancre mou;* l'*exanthème de l'antipyrine;* l'*ulcération linguale de la coqueluche;* les *stomatites impétigineuses, mercurielles*, etc.

B. La **leucoplasie linguale** doit être différenciée :

1. Des FAUSSES MEMBRANES qui, dans la bouche, viennent presque fatalement recouvrir les ulcérations, de quelque nature qu'elles soient. Ces fausses membranes : α. ne sont pas kératinisées, comme les plaques de leucoplasie; β. elles évoluent avec rapidité.

2. Du LICHEN PLAN. Lorsque celui-ci se complique d'exanthème buccal, l'exanthème : α. s'étend souvent au voile, aux piliers et aux gencives; β. ne présente pas une coloration nacrée; γ. a une surface chagrinée ou même un peu saillante et repose sur une muqueuse épaisse; δ. s'améliore par le traitement arsenical. Tous ces éléments de diagnostic peuvent être insuffisants lorsqu'il n'existe pas, simultanément, de lichen plan cutané.

3. Les classiques distinguent encore de la leucoplasie vraie la LEUCOPLASIE NICOTINIQUE qui débute à la commissure des lèvres et n'affecterait jamais ni la partie postérieure du bord latéral ni la face inférieure de la langue. Cependant la tendance actuelle consiste à admettre qu'il n'y a qu'une leucoplasie, que toute leucoplasie est syphilitique.

I. DIAGNOSTIC DES ACCIDENTS TERTIAIRES. — 1. Le **chancre à forme scléreuse** peut être confondu avec une glossite scléreuse. M. Fournier donne les éléments différentiels suivants : α. dans le premier, la lésion est unique, sans lobulation de la langue; dans le second, la langue est lobulée, les lésions sont souvent multiples; β. la lésion est circonscrite dans le chancre, étendue dans la glossite; γ. celui-là s'accompagne, celle-ci ne s'accompagne pas d'adénopathie; δ. la lésion du chancre est primitive, celle de la glossite consécutive, tertiaire.

2. **Glossite dentaire** (voy. plus haut).

3. **Tuberculose linguale.** — A. *Ulcéreuse* (voy. plus haut); B. *gommeuse* très rare. Le dignostic, toujours délicat, reposera sur l'absence de bourbillon, la lenteur de la guérison, l'inefficacité du traitement spécifique en cas de tuberculose.

4. La **leucoplasie linguale** présente de grandes analogies avec la glossite scléreuse superficielle : comme elle, elle siège à la face dorsale; comme elle, c'est une affection essentiellement chronique, fréquente surtout chez l'homme, ne donnant lieu qu'à peu de troubles fonctionnels, et présentant, à une phase avancée, des ulcérations. Mais la leucoplasie : α. présente un aspect nacré, argenté, caractéristique; β. reste toujours superficielle et ne bossèle pas la langue. Il peut d'ailleurs y avoir association des deux processus (*glossite syphilo-leucoplasique*.

5. Le diagnostic capital, c'est celui des glossites scléreuses ulcérées avec l'**épithélioma**. N'a-t-on pas amputé, comme cancéreuses, des langues qui n'étaient que syphilitiques? N'a-t-on pas guéri, par le traitement spécifique, des langues réputées cancéreuses?

L'épithélioma frappe surtout des hommes déjà âgés (de cinquante à soixante-dix ans), présentant souvent une prédisposition héréditaire; il est unique (*azygos*, disait Ricord); se localise fréquemment à la face inférieure de la langue; est, d'habitude, précédé de leucoplasie. A l'*examen physique* : α. le cancer est constitué par une lésion relativement circonscrite, végétante ou creusée; le reste de la langue est sain. Dans la syphilis, la lésion est plus étendue; elle tuméfie et déforme la langue; β. le cancer forme une tumeur à bords en relief, saillants, épais, éversés; γ. la tumeur présente une dureté spéciale, presque caractéristique (*dureté cancroïdienne*); δ. sa surface saigne au moindre contact, élément de diagnostic capital; ε. la salive et l'haleine ont une odeur ichoreuse; ζ. la langue est immobilisée, comme clouée au plancher buccal.

Troubles fonctionnels. — La douleur est plus intense, plus spontanée dans le cancer; elle s'accompagne souvent de douleurs d'oreilles. Les autres troubles fonctionnels sont également beaucoup plus accusés dans le cancer que dans la syphilis.

Adénopathie. — Constante dans le cancer; manque toujours dans la glossite scléreuse, à moins d'infections secondaires surajoutées. C'est là un signe différentiel de premier ordre (Fournier).

La *cachexie* est beaucoup plus précoce dans le cancer.

L'*examen histologique*, dans les cas douteux, fournira un procédé de diagnostic « inoffensif et expéditif » (Fournier).

Enfin on recourra à l'*épreuve thérapeutique* toutes les fois qu'il y a doute dont peut bénéficier le malade. Mais le traitement spécifique ne sera prescrit que juste le temps suffisant pour voir s'il agit, car on l'a souvent accusé de précipiter l'évolution du cancer.

6. La glossite gommeuse peut encore être confondue avec le *kyste hydatique*, le *sarcome*, le *lipome*, etc. Ce sont là des cas exceptionnels qu'il suffit de signaler.

TRAITEMENT. — Pour le **chancre**, les avis sont partagés, les uns instituant le traitement aussitôt que le diagnostic est fait, les autres attendant l'apparition des accidents secondaires.

Pour les **plaques muqueuses**, s'adresser surtout aux cautérisations, avec l'azotate d'argent, localisées à la surface malade, et suffisamment espacées (tous les quatre à cinq jours).

La **glossite scléreuse** peut être guérie, au début, par un traitement mercuriel intensif (injections de calomel); plus tard, elle n'est plus justiciable que de l'hygiène buccale et des cautérisations.

La **glossite gommeuse** sera améliorée par la médication externe (hygiène buccale, topique, etc.), et par l'administration interne d'iodure.

La **leucoplasie linguale** sera traitée par les attouchements au bichromate de potasse. Continuée suffisamment longtemps, cette méthode donne de bons résultats.

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1905, nos 92 et 95.

(2) Voy. la Question d'internat : « Erythème polymorphe, » *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 10.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Diagnostic et séméiologie des maladies tropicales, par les docteurs R. Wurtz, professeur agrégé, chargé du cours à l'Institut de médecine coloniale de la Faculté de médecine de Paris, et A. Thiroux, médecin-major des troupes coloniales. In-8 de 542 p., avec 97 fig. en noir et en couleurs. — Prix : 12 francs. — Paris, Masson et Cie.

Contribution à l'étude des applications thérapeutiques des oxydases et des métaux ferments, par le docteur Pierre Sée. In-8 de 540 p. avec tracés dans le texte. — Prix : 12 francs. — Paris, O. Doin.

La physiologie des professions. Le violoniste, par G. Demeny, professeur du cours d'éducation physique de la ville de Paris. In-18 avec 52 fig. par l'auteur, dont 1 photographie et 1 chronophotographie. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Maloine.

La cure thermale d'Évaux-les-Bains, par le docteur Henri Lepage. In-8 de 48 p. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

L'art d'alimenter les malades et les convalescents (avec 183 formules alimentaires), par le docteur Cornet, professeur aux Écoles municipales d'infirmières des hôpitaux de Paris. Petit in-16 de 124 p. — Prix : 2 francs. — Paris, G. Steinheil.

Technique de l'exploration du tube digestif, par le docteur R. Gaultier, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris. In-18 de 96 p., avec 13 fig. — Prix, cartonné : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Tics, par le docteur Henry Meige. Gr. in-8 de l' « Œuvre médico-chir. ». — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Relations entre Paris et Genève. — Train express de nuit entre Paris et Genève, composé de lits-salons, sleeping-car, première et deuxième classes à couloir avec lavabos et water-closets (voitures directes à lits salons, première et deuxième classes pour Évian, voiture directe première classe pour Divonne).

Aller : départ, Paris 9 h. 5 soir; arrivée, Genève 7 h. 21 matin, Évian 8 h. 39 matin, Divonne 9 h. 20 matin; dernier départ de Paris, le 4 octobre (nuit du 4 au 5).

Retour : départ, Divonne 5 h. 30 soir, Évian 7 h. 48 soir, Genève 8 h. 35 soir; arrivée, Paris 7 h. 35 matin; dernier départ pour Paris le 5 octobre (nuit du 5 au 6).

N° 99. — SAMEDI 2 SEPTEMBRE 1905. 78e ANNÉE. SAMEDI 2 SEPTEMBRE 1905. — N° 99.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Les ostéites non tuberculeuses de la colonne vertébrale chez l'adulte (fin), par M. G. Labeyrie.

MÉDECINE PRATIQUE
Traitement de la gale.

ANALYSES
Médecine : Diphtérie cutanée extensive; — Les lipomes intrapleuraux.
Chirurgie : Importance chirurgicale de la côte cervicale; — L'élimination du chloroforme par la muqueuse gastrique et son rôle dans les vomissements chez les anesthésiés; — Rupture du tendon du biceps.
Obstétrique : L'eucalyptol comme désinfectant de l'utérus.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
Thèses soutenues pendant l'année scolaire 1904-1905.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

GUERRE. — *Ecole du service de santé militaire.* — Voici la liste, par ordre de mérite, des candidats nommés élèves à ladite école à la suite du concours de 1905 :

MM. 1. Hirtzmann, de Brisson de Laroche, Xambeu, Pellet, Collignon, Fidon, Maisonnet, Xémard, Jean, de Lagoanère, Avril, Tartavez, Lafargue, Basse, Duband, Grenot, Pradourat, Roux, Wateau, Pernod,

21. Schangel, Vendeuvre, Demerliac, Le Mansois-Duprey, Péré, Jullian, Théobalt, Godar, Delorme, Gallès, Chanoine, Bressot, Merlat, Brizon, Roudouly, de Labonnefon, Belbèze, Hauvuy, Martin, Beaufort,

41. Rollin, Chéneby, Surin, Abel, Salinier, Malgat, Poulhès, Legrand, Minguet, Doniol, Tricolet, Clot, Lafforgue, Pellissier et Baur.

Les vingt-huit premiers élèves ci-dessus nommés devront se présenter à l'École du service de santé militaire de Lyon le jeudi 18 octobre prochain, à huit heures du matin, et les autres, le même jour, à deux heures précises du soir.

Ceux qui renonceraient au bénéfice de leur admission devront adresser leur démission d'urgence au ministre de la Guerre, en y joignant l'autorisation de leur père, mère ou tuteur, s'ils sont mineurs.

MARINE. — M. le médecin de première classe Briend, du port de Brest, est désigné pour embarquer sur le *Descarte* (escadre de l'Extrême-Orient).

M. le médecin de deuxième classe Alain, du port de Toulon, actuellement embarqué sur la *Conronne*, est désigné d'office pour embarquer immédiatement en sous-ordre sur le *Dupetit-Thouars*.

— *Service de santé de la marine.* — Voici la liste par ordre alphabétique et par port des candidats à l'École principale du service de santé de la marine à Bordeaux, reconnus admissibles aux épreuves orales à la suite des examens écrits :

Brest. — MM. Adrien, Bablet, Bideau, Boileau, Cassard, Corson, Dijonneau, Fournis, Franconie, Gœtt, Hervé, Hesnard, Jamault, Laurent, Le Coz, Lefranc, Le Moal, Le Page, Lepeuple, Lescan du Plessis, Le Strat, Le Vot, Lossouarn, Mazurié, Morin, Motais, Pichon, Thiédu, Vincent et Yver.

Rochefort. — MM. Arrès, Baisez, Barbier, Bauvallet, Bizolier, Blazy, Branger, Cahuzac, Certain, Chauviré, Colat, Combaudon, Cousiroles, Coste, Daubas, Dumolt, Enault, Gambier, Gaussen, Goudy, Lafargue, Laurent, Lespinasse, Lucas, Melchior, Mousson, Neveu, Péré, Petit, Piéchaud, Polack, Potiron, Ratel, Raymond, Rouché, Spéder, Tardieu.

Toulon. — MM. Auguste, Ayrolles, Betta, Bonnefoy, Borel, Boutin, Caillet, Cambriels, Clot, Denœux, Fabri, Féret, Fournier, Gautier, Gayrard, Guliguet, Huot, Isaac, Jean, Martin, Mège, Montet, Palanqui, Pellissier, Prat, Rey, de Reilhan de Carnas, Riquier, Rossi, Roudouly, Rouiller, Roussy, Rougier, Rouzoul, Sauze, Suzanne, Triquera, Veillet, Vincent, Zivré.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Pédebidou, médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Guyot, médecin honoraire des hôpitaux de Paris.

LEGS MARJOLIN. — Par son testament en date du 1er novembre 1894, le docteur Marjolin (René-Nicolas) a légué, à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, une somme dont le revenu est de 5 161 francs.

La disposition testamentaire est ainsi conçue :

« Ce revenu sera affecté, chaque année, au remboursement des frais d'inscriptions d'étudiants en médecine français, internes ou externes des hôpitaux de Paris, s'étant fait remarquer par leur zèle, leur exactitude et ayant recueilli avec soin des observations dans leurs services. »

MM. les internes et externes français des hôpitaux de Paris,

qui désireraient obtenir sur le legs Marjolin le remboursement de leurs incriptions prises antérieurement, devront adresser à M. le doyen une demande libellée sur papier timbré de o fr. 60.

Les demandes sont reçues au secrétariat de la Faculté deux fois par an du 1er au 15 avril et du 1er au 15 octobre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1904-1905

M. Thiers. Étude comparative de la ténotomie à ciel ouvert et de l'extirpation partielle du sterno-cléido-mastoïdien dans le traitement du torticolis congénital. — M. Cousin. Traitement de l'actinomycose par la levure de bière et l'arsenic associés (méthode du docteur Martel). — M. Peguet. Du rétrécissement congénital de l'aorte thoracique chez les vieillards athéromateux. — M. Offner. Les spores des champignons au point de vue médico-légal. — M. Mahaut. Le bacille d'Eberth dans l'urine des typhiques. Application à la prophylaxie de la fièvre typhoïde. — M. Desgouttes. Considérations pratiques sur le traitement des fractures des os longs. — M. Guillemin. Actinomycose des conduits lacrymaux. — M. Bonier. De la myomectomie abdominale dans le traitement des fibromes utérins. — M. Briançon. De l'ankylostomiase et spécialement dans le bassin houiller de Saint-Etienne. — M. Louis. De la pleurésie parapneumonique. — M. Orticoni. Contribution à l'étude de l'urotropine. — M. Jaume. De la perte de poids du nouveau-né. — M. Tomasi. Essai sur un procédé de circoncision. — M. Hornus. Etude médico-légale des traumatismes par armes naturelles. — M. Yvert. L'identification par les empreintes digitales palmaires. La dactyloscopie. — M. Simonin. Essais de stéthographie bilatérale (ampliation respiratoire et aptitude physique après la pleurésie). — M. Pérignat. De la forme délirante de la méningite tuberculeuse chez l'enfant. — M. Fulconis. Maladie de Dercum et lipomatose douloureuse symétrique. — M. Chauliac. Hygiène alimentaire du nourrisson pendant le séjour de la mère à la Maternité. — M. Gottenkiény. Contribution à l'étude de la pneumone gravidique et de ses rapports avec l'allaitement. — M. Madon. Les maîtres chirurgiens avignonnais. — M. Guionie. Etude sur l'alimentation en eau potable de la ville d'Oran (Algérie). — M. Ducos. Contribution à l'étude de l'épithélioma sébacé du pénis. — M. Maillard. Le Cheyne-Stokes dans les néphrites ; sa pathogénie. — M. Nicolas. Du syndrome urinaire dans la pleurésie avec épanchement. — M. Saupiquet. Etude clinique et pathogénique sur le mutisme et l'aphasie hystériques. — M. Morel. Variétés anatomo-cliniques et pronostic des fractures du calcanéum. — M. Cantenot. Contribution à l'étude des fractures entraînant la perte des mouvements de pronation et de supination. — M. Beck. De la psorodermose folliculaire végétante ou maladie de Darier. — M. Porot. La question des injections mercurielles dans le traitement de la syphilis nerveuse (étude clinique). — M. Boulfroy. Des hernies des organes génitaux de la femme. — M. Chon. Indications pronostiques des variations du pouls chez les tuberculeux. — M. Mandoul. Bacille de Koch et séméiologie de la tuberculose pulmonaire. Son polymorphisme et ses variations chromatiques et numériques dans les produits de l'expectoration. — M. Drouhet. L'enseignement ménager ; sa nécessité, son rôle hygiénique, son organisation. — M. Cordier. Cure de déchloruration dans l'anasarque. — M. Fonsagrives. Tuberculose inflammatoire, iritis d'origine tuberculeuse. — M. Clerc. Actinomycose de l'amygdale. — M. Zemb. Morbus coxæ senilis d'origine tuberculeuse. — M. Royer. Aphonie hystérique et aphonie simulée ; étude de médecine légale militaire. — M. Boyé. Contribution à l'étude de la pleurésie traumatique non purulente. — M. Cazottes. Etude de la coloration et de la décoloration des bacilles acido-résistants. — M. Peutot. Contribution à l'étude du cancer de l'angle sous-hépatique du côlon. — M. Fulcrand. Des compressions de la veine porte consécutives aux opérations sous-hépatiques. — M. Hugel. De l'ostéopathie palustre; sa forme trophoneurotique. — M. Balme. Etude sur la fréquence de la tuberculose latente. — M. Bloch. Contribution à l'étude des caractères histologiques des tumeurs malignes chez l'enfant. — M. Thivol. Criminalité juvénile. — M. Guillois. Etude médico-psychologique sur Olympe de Gouges. — M. Querleux. Des supplices infligés aux cadavres pendant le moyen âge et la Renaissance. — M. Trillat. Du mécanisme des rotations intrapelviennes de la tête; théorie du plan lombo-iliaque. — M. Pilliot. Les principales médications de la chorée de Sydenham, le beurre arsénical et l'antipyrine en particulier. — M. Péridier. Contribution à l'étude des formes dépressives de la paralysie générale. — M. Salètes. La trépanation néolithique et le crâne trépané de la Drôme. — M. Rudler. Du traitement de la luxation congénitale de la rotule. — M. Dufils. Actinomycose primitive des centres nerveux. — M. Causeret. Pachyvaginalite et hématocèle de nature tuberculeuse. — M. Dellys. Contribution à l'étude du paludisme à masque typhoïde. — M. Talpain. Des palpitations de cœur d'origine gastrique chez les jeunes sujets et en particulier chez le soldat. — M. Muller. Contribution à l'étude des cals vicieux dans les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus chez les enfants. — M. Perrier. Des hémorragies intra-péritonéales dans les cas de fibromes utérins. — M. Roubaud. De la castration ovarienne dans les cancers inopérables du sein. — M. Grégoire. De l'influence du chimisme stomacal sur le pouvoir saccharifiant de la salive. — M. Lefèvbe. De la valeur des inhalations d'oxygène dans le traitement de la chlorose. — M. Charrier. De la palpation de l'épaule chez les primipares à bassins normaux. — M. Biros. Des psychoses d'origine thyroïdienne. — M. Chatain. Emploi de la cryogénine contre le rhumatisme tuberculeux. — M. Perdrizet. Rétraction de l'aponévrose palmaire d'origine tuberculeuse. Tuberculose inflammatoire. Rhumatisme tuberculeux abarticulaire. — M. Hornus. Hémoglobinurie paroxystique. Essai pathogénique. — M. Rigal. Recherches histologiques sur la muqueuse vésicale. — M. Perrin. Chorée et fièvre typhoïde. — M. Nicard. Le sommeil normal au point de vue physiologique, biologique et médico-légal. — M. Bouvier. De l'état actuel de la thérapeutique radicale du cancer de l'utérus. — M. Beaumont. De l'occlusion intestinale dans les éventrations post-opératoires. — M. Martin. De la salpingite tuberculeuse. — M. Ortal. Hémoptysie et bacille de Koch. — M. Magneval. Des myotonies atrophiques. — M. Trèves. Contribution à l'étude du hoquet chez les nourrissons. — M. Moynet. Péricardite inflammatoire d'origine tuberculeuse. Tuberculose inflammatoire. — M. Geay. Troubles psychiques dans la sclérose en plaques. — M. Paitre. Diderot biologiste. — M. Pouchet. De la cure radicale de la hernie inguinale par le procédé Destor (de Montpellier). — M. Sauvejunte. De l'appendicite et de la hernie inguinale droite concomitante. — M. Troché. Des hématocèles thyroïdiennes. — M. Sanson. Contribution à l'étude de la laparotomie rectale. — M. Rémy. Des kystes de l'ovaire tuberculeux. — M. Lannes-Dehore. Contribution à l'étude de la tuberculose du col de l'utérus. — M. Coulon. De la délivrance retardée dans la pratique des accouchements. — M. Cazeneuve. Engagement volontaire et dégénérescence mentale. — M. Rénard. Sur un kyste de l'ouraque. — M. Vuillemot. De l'utilité de la résection de l'appendice. — M. Bargeton. Un cas de botryomycose de la cornée. — M. Lémonon. Possibilité de l'ouverture, à la paroi thoracique, des abcès pulmonaires. — M. Lafoy. De la durée de l'isolement dans les maladies contagieuses.

(A suivre.)

REVUE GÉNÉRALE

LES OSTÉITES NON TUBERCULEUSES

DE LA COLONNE VERTÉBRALE CHEZ L'ADULTE (1)

Par le docteur G. LABEYRIE,
Ex-chef de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Nantes,
Chirurgien de l'hôpital Bellier.

IV

Ostéoarthrite chronique et ankylosante de la colonne vertébrale. — Cette question de l'ankylose chronique de la colonne vertébrale, quoique toute moderne, est déjà grosse de documents et passablement obscure. Non pas que cette ankylose vertébrale soit une affection de date récente puisqu'on en a trouvé les signes indiscutables sur des squelettes de la cinquième dynastie; mais c'est simplement à notre époque que l'on a tâché d'élucider la question. Le premier travail à noter est celui de Senator en 1875. Puis à peu près à la même époque paraît celui de Braun. Strümpell en 1884 en fait une entité morbide. Mais c'est dans ces dix dernières années que les travaux se sont succédé surtout sous l'impulsion de Pierre Marie et de ses élèves. Nous citerons à l'étranger les noms de Bechterew et de Strümpell; quant à la liste des auteurs qui ont traité la question on la trouvera dans notre bibliographie. Nous ferons cependant remarquer que ce sont surtout les neurologistes qui ont étudié cette maladie; nous y avons gagné de longues et minutieuses observations, mais peut-être devons-nous aussi à ce fait la diversité des causes invoquées et la tendance à attribuer cette affection à une lésion primitive du système nerveux, alors que tout semble démontrer que les lésions du système nerveux sont assez tardives et en tout cas secondaires.

On remarquera que nous évitons soigneusement de nous servir des termes employés par la plupart des auteurs, termes d'ailleurs souvent personnels tels que spondylose rhizomélique, cyphose hérédo-traumatique ménisco-ligamentite, etc., suivant en cela l'exemple des Allemands et nous appuyant sur l'anatomie pathologique, nous décrirons cette affection sous le nom d'ostéo-arthrite chronique et ankylosante, ou pour simplifier sous le nom d'ankylose chronique du rachis.

La première question que nous nous poserons est celle-ci : existe-t-il une ostéo-arthrite chronique de la colonne vertébrale? A cette question nous croyons pouvoir répondre hardiment par l'affirmative en nous basant simplement sur l'anatomie pathologique. En effet, si nous examinons attentivement tous les cas présentés sous des rubriques diverses d'ankylose non tuberculeuse de la colonne vertébrale, nous voyons qu'ils ont des caractères communs. Dans tous les cas en effet, nous trouvons une ankylose spéciale des différents articles vertébraux, cette ankylose peut être limitée à une portion de la colonne vertébrale ou l'avoir envahie tout entière. Cette ankylose est une ankylose mixte : c'est-à-dire qu'elle est tout à la fois osseuse et ligamentaire; dans les différents cas que nous avons relevés, os et articulations sont toujours touchés, c'est seulement une question de proportion et de degrés. Ce qui est le plus apparent et a toujours le plus frappé les auteurs, ce sont les lésions des ligaments. En effet tous les ligaments sont touchés, non seulement ceux des articulations des masses latérales, ceux des articulations des corps vertébraux, ceux des articulations costo-vertébrales, mais encore les ligaments à distance, ligaments interépineux, surépineux, costo-vertébraux, ligaments jaunes, etc. Tantôt c'est une infiltration avec augmentation de volume et perte de l'élasticité, tantôt et le plus souvent c'est une calcification ou une ossification véritable. On s'expliquerait assez mal que les ligaments fussent seuls touchés : il faudrait admettre une prédilection singulière de l'affection pour les seuls ligaments vertébraux, prédilection réellement insolite et unique presque dans la pathologie. Au contraire la propagation de l'inflammation ossifiante et son extension à tous les ligaments s'explique fort bien si l'on admet la participation du périoste à l'inflammation, comme cela a d'ailleurs lieu en réalité. Cette participation du périoste et de la vertèbre tout entière est facile à démontrer. En effet dans tous les cas où l'autopsie a été faite d'une façon soigneuse, les observateurs ont noté une augmentation de volume des vertèbres malades : cela est fort bien décrit en particulier par Hilton Fage et Léri. Cette augmentation de volume porte sur toutes les dimensions de la vertèbre; plusieurs auteurs ont d'ailleurs remarqué que dans les cas d'ankylose non tuberculeuse de la colonne vertébrale, le tissu osseux était modifié : dans certains cas, l'ostéite raréfiante était poussée si loin que les os pouvaient être sectionnés au couteau; d'autres fois au contraire il y avait de l'ostéite condensante et la dureté naturelle des vertèbres était augmentée dans des proportions considérables. Un autre point qui montre bien que l'ostéite est totale et en tout cas qu'il y a une périostite indiscutable, c'est le rétrécissement des trous de conjugaison, rétrécissement noté par tous les auteurs et qui comme nous le verrons tout à l'heure, joue sans doute un rôle capital dans la symptomatologie. Dans un cas de Regnault, le trou de conjugaison gauche formé par la deuxième et la troisième lombaire apparaissait comme une fente ayant 3 millimètres de large contre 10 millimètres de haut. Le trou correspondant à droite avait 13 millimètres de haut et 10 de large. Dans un autre cas, cervical celui-là, les trous de conjugaison entre la troisième et la quatrième cervicale avaient à droite 2 millimètres de largeur et à gauche 5 millimètres seulement. Des exostoses sont aussi fréquemment signalées.

Nous pensons en avoir dit suffisamment pour démontrer qu'il existe une inflammation chronique des vertèbres, une ostéo-arthrite pour employer le terme exact, ayant pour aboutissant l'ankylose. Ce faisant, nous sommes d'ailleurs d'accord avec la

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 96, p. 1143.

plupart des auteurs qui se sont occupés de la question : le seul élément discordant vient de ce que quelques auteurs comparent les lésions vertébrales que nous venons de décrire à l'arthrite sèche banale, sans songer que cette arthrite sèche est elle-même une ostéo-arthrite des mieux caractérisées.

Ce premier point étant établi, nous allons exposer les lésions anatomo-pathologiques qui accompagnent cette ostéo-arthrite chronique et ankylosante du rachis. En plus des ossifications des ligaments articulaires proprement dits et à distance, on observe souvent une ossification des disques intervertébraux ou leur résorption, une résorption du fibro-cartilage et formation d'une petite cavité remplie de liquide. Les cartilages articulaires peuvent eux aussi avoir disparu. Parfois il y a synostose complète entre les extrémités osseuses en contact; le plus souvent une petite fente révèle à la coupe ce qui subsiste de l'articulation. Les apophyses articulaires et les masses latérales des vertèbres sont complètement soudées par des jetées osseuses et constituent de chaque côté des articles vertébraux des colonnettes très visibles et presque élégantes. Nous avons déjà noté la présence de travées osseuses irrégulières et d'ostéophytes.

Si nous passons maintenant de l'étui vertébral aux éléments nerveux qu'il contient ou auxquels il livre passage, nous voyons que l'on a trouvé souvent des lésions microscopiques indiscutables, en particulier de petites plaques de pachyméningite spinale. Ces plaques sont diffuses, disposées sans régularité et leur surface peut être celle d'une lentille ou atteindre un centimètre carré et même plus. Ces plaques, nous disent Mayet et Jouve, dans une excellente revue générale publiée en 1902 dans la *Gazette des hôpitaux*, englobent pour les comprimer ou les étouffer un certain nombre de racines spinales.

Touche, dans le *Bulletin de la Société anatomique*, signale le cas d'une jeune fille dont l'autopsie révéla un épaississement de la face postérieure de la dure-mère rachidienne.

Pitres et Vaillard ont décrit des névrites périphériques dans des cas analogues. Klippel, enfin, prétend avoir trouvé des lésions des cornes antérieures, consistant surtout dans une raréfaction des grosses cellules motrices. Une autopsie de Marie confirme cette lésion.

La colonne vertébrale est souvent déviée : deux types principaux existent : l'ankylose en extension, où les courbures physiologiques sont atténuées; l'ankylose en flexion où le malade présente une cyphose à grande courbure et où le menton vient appuyer sur le sternum.

Les muscles qui viennent s'insérer sur les vertèbres et les muscles dorso-lombaires sont souvent atrophiés. Il existe aussi parfois des zones d'anesthésie au niveau du tronc sur le trajet des nerfs intercostaux.

Des lésions intéressantes sont les déformations du thorax et du bassin, qui s'aplatissent; mais comme nous en faisons une conséquence de l'ankylose vertébrale, nous les étudierons plus tard. Il en est de même pour les ankyloses que l'on peut trouver au niveau des autres articulations, et en particulier au niveau des grandes articulations de la racine des membres (spondylose rhizomélique).

Nous n'aurions aucune peine à attaquer la symptomatologie et la description clinique de l'ostéo-arthrite chronique du rachis, si les différents auteurs qui ont publié des observations sur ce sujet s'étaient mis d'accord. Malheureusement, la question a été démembrée, chaque auteur a eu une tendance à faire de son malade un type particulier. C'est ainsi que nous nous trouvons déjà en présence du type Pierre Marie, du type de Strümpell, du type Bechterew. Pour nous, nous sommes convaincu qu'il s'agit ici d'une seule et même affection : ce qui amène des différences, c'est le germe infectieux, la localisation de l'infection, son étendue. La question véritablement intéressante est celle de l'ankylose vertébrale : elle constitue à elle seule un syndrome bien défini, les autres symptômes sont secondaires ou accessoires. Il en est de l'ankylose vertébrale chronique comme des atrophies musculaires, où nous avons plusieurs types servant simplement à spécifier la forme clinique de l'affection, les causes pouvant être les mêmes.

Les auteurs sont loin de s'entendre sur l'étiologie et la pathogénie de l'ankylose chronique de la colonne vertébrale. Cependant, la lumière commence à se faire jour et peu à peu tous les auteurs semblent d'accord maintenant pour en faire une infection. Nous verrons que tout semble vouloir confirmer cette hypothèse. Bien entendu, ici aussi toutes les causes banales ont été incriminées : fatigue, surmenage, excès de toute sorte, froid humide, attitude vicieuse. A vrai dire, nous ne savons pas exactement quelle part elles prennent à la constitution de l'ankylose chronique des vertèbres. Il est fort probable qu'elles jouent simplement le rôle de causes adjuvantes. Le véritable rôle, comme nous le disions tout à l'heure, semble dévolu à l'infection, non pas à une infection déterminée, mais à des agents infectieux divers. La blennorragie semble l'affection qui s'accompagne le plus souvent de spondylose chronique, puis vient le rhumatisme aigu et chronique. On a cherché à faire de l'ankylose chronique du rachis un rhumatisme vertébral chronique : on semble y avoir assez mal réussi jusqu'ici, puisque l'affection s'est développée chez des gens qui n'étaient nullement rhumatisants; il est vrai, d'ailleurs, que certains auteurs appellent rhumatisme chronique l'arthrite sèche et que d'autres mêmes appellent arthrite rhumatismale chronique l'ostéo-arthrite ankylosante du rachis; il suffit simplement de s'entendre sur la valeur des mots. Après la blennorragie et le rhumatisme, certains auteurs, entre autres Cantani et Betcherew, ont incriminé la syphilis; Hoffmann a vu l'affection succéder dans un cas à une poussée confluente d'acné. Pierre Marie et Betcherew font jouer un rôle important au traumatisme; nous verrons au diagnostic différentiel que le traumatisme seul, sans infection consécutive, donne lieu à des lésions différentes.

Ce qui est plus intéressant, c'est le cas de Cantani, où la maladie succède à un phlegmon du pied; les cas

de Vinokurow, Quincke, Köniker, où l'affection se développe à la suite d'une fièvre typhoïde. Ces cas nous paraissent extrêmement intéressants, surtout étant donné ce que nous venons d'écrire touchant la spondylite infectieuse aiguë ou subaiguë. Nous ne voyons aucune difficulté à ce que l'ostéo-arthrite ankylosante chronique soit une ostéopériostite de forme atténuée, cette atténuation étant due soit à la nature des germes, soit à leur quantité, soit à leur qualité, soit à la résistance du terrain. Dans deux de nos observations de spondylite typhique, nous observons d'ailleurs le passage de l'état aigu à un état que nous n'osons appeler chronique, mais où les malades présentent tous les symptômes de l'ostéo-arthrite ankylosante chronique. Pour nous qui avons vu une ostéomyélite vraie passer de la forme suppurative à la forme périostique avec résorption des masses inflammatoires, nous considérons la chose sinon comme démontrée en fait, du moins des plus probables.

Tout dernièrement, A. Poncet (de Lyon) vient de publier une observation de spondylite tuberculeuse. Dans la thèse d'un de ses élèves, il en fait une lésion analogue au rhumatisme tuberculeux, lésion due non au bacille de Koch lui-même, mais à ses toxines.

Ce qui domine la symptomatologie de l'ostéo-arthrite chronique de la colonne vertébrale, c'est l'ankylose. Cette ankylose peut revêtir plusieurs types : elle est partielle ou totale. Partielle, elle peut occuper la région lombaire ou la région cervicale : le premier cas est de règle chez l'adulte, le second représente surtout le type juvénile, le type des adolescents; il s'agit, d'ailleurs, dans ce cas, surtout d'une polyarthrite vraie plutôt que d'une ostéo-arthrite. L'ankylose est rarement totale d'emblée; en général elle débute par un segment, parfois par le segment cervical, mais le plus souvent par le segment lombaire. Puis l'affection — et c'est là, selon nous, ce qui marque bien son caractère infectieux — procède par petites poussées successives intéressant à chaque fois deux ou trois nouveaux articles ou même davantage jusqu'à ce que le rachis tout entier soit pris. Cette prise de possession de la colonne vertébrale est rarement indolore, presque tous les malades signalent au début des douleurs locales et irradiées, analogues à celles que nous avons décrites dans la spondylite infectieuse, mais moins violentes; souvent ces douleurs sont consécutives à des arthralgies siégeant en d'autres points du corps. Parfois même, le début est fébrile, accompagné de signes généraux menaçants; on a observé aussi des élévations de température coïncidant avec une exacerbation des douleurs et une poussée de l'affection. Un signe que presque tous les malades accusent et qui leur laisse en général les plus mauvais souvenirs, c'est l'existence d'un plastron sacré ou de névralgies intra-abdominales, dues sans doute à des lésions du plexus lombaire et sacré; il en est de même pour un point rétro-trochantérien déjà noté dans la spondylite infectieuse et qui correspond à l'émergence du sciatique.

Ces douleurs ont encore d'autres caractères : elles sont intermittentes, souvent elles revêtent un caractère en quelque sorte barométrique; elles sont, en effet, périodiquement ramenées par les perturbations atmosphériques; même quand les douleurs semblent absentes, les mouvements mal coordonnés, trop brusques peuvent les ramener. Les efforts de toux, de défécation, l'éternuement réveillent assez fréquemment des douleurs à distance qu'il est difficile de comprendre autrement que par un ébranlement ou une compression des racines nerveuses. On sait qu'un réseau veineux important enserre la moelle et les racines et constitue un coussin vasculaire capable de comprimer les racines si les trous de conjugaison sont tant soit peu rétrécis. Cette compression vasculaire expliquerait peut-être certains troubles radiculaires. En tout cas, il est facile de comprendre que toutes les circonstances qui favorisent la stase veineuse peuvent jouer un rôle dans la pathogénie des douleurs. Ces idées ont été surtout défendues par Braun et Sénator.

Il est fréquent de trouver chez les spondyliques leur colonne vertébrale sensible à la pression. Si l'on examine bien les malades, on s'aperçoit que la douleur siège tantôt au niveau des vertèbres, tantôt au niveau des ligaments. Cette douleur très locale apparaît en général avec la fatigue et disparaît par le repos.

En même temps que les douleurs, apparaissent en général des signes de rigidité du rachis. Cette rigidité est due au début à des contractures musculaires réflexes : ce n'est qu'au bout de quelques semaines qu'elle devient réelle. Tous les auteurs comparent la rigidité de la colonne vertébrale à celle d'un bâton. Des mouvements de suppléance se font au niveau du bassin. Comme nous l'avons vu, le rachis peut être partiellement ou totalement ankylosé. Il peut, d'ailleurs, aussi s'ankyloser en flexion ou en extension. Dans la forme en flexion, due peut-être au relâchement des ligaments jaunes et à la lenteur de l'envahissement, le rachis tout entier décrit une cyphose à grande courbure, le menton venant reposer sur le sternum. Dans la forme en extension, la direction générale de la colonne vertébrale est conservée, mais les courbures physiologiques sont atténuées; la tête, toujours inclinée en avant, est moins tombante, le menton moins rapproché du sternum : on observe surtout cette forme chez les malades où l'affection a évolué vite ou qui sont restés longtemps couchés. Cette ankylose entraîne comme conséquence un aplatissement du thorax et du bassin. En effet, le thorax étant rigide, les muscles antérieurs de l'abdomen manœuvrent seuls dans la flexion du corps et les différents mouvements du tronc; l'élasticité de la colonne vertébrale ne vient plus confirmer leur action déformante. L'ankylose des articulations costo-vertébrales entraîne l'ankylose de la cage thoracique, si bien que tous les malades atteints d'ostéo-arthrite ankylosante présentent comme type respiratoire le type abdominal.

En général, à la période d'ankylose les douleurs diminuent, soit que les douleurs articulaires disparaissent, soit que le rachis étant rigide les racines ne soient plus irritées. Elles peuvent cependant être encore violentes à cette époque : cela est dû sans doute alors soit à la présence de lésions pachyméningitiques, soit à la présence d'exostoses.

Les lésions peuvent ne pas augmenter, elles peuvent rester limitées à une partie de la colonne vertébrale et ne pas montrer de tendances à un envahissement total. Le plus souvent l'état du malade va s'aggravant de plus en plus, et c'est alors qu'apparaissent les troubles que nous qualifierions volontiers de troubles trophiques et secondaires.

Ces troubles consistent en troubles sensitifs : paresthésies, anesthésies, surtout au niveau des nerfs intercostaux, ces lésions affectant presque toujours un type radiculaire. Souvent en même temps que la spondylite chronique, il y a de la périspondylite, caractérisée par de la sensibilité au niveau des insertions musculaires, ou un gonflement au niveau des gouttières vertébrales. Ce gonflement peut en imposer, témoin le cas de Gasne où le diagnostic de maladie de Paget fut posé en présence d'une hypertrophie apparente de la colonne vertébrale, hypertrophie que l'on croyait réelle.

Puis viennent les ankyloses des articulations des membres. Le plus souvent ce sont les articulations de la racine des membres qui s'ankylosent, d'abord les hanches, puis les articulations scapulo-humérales (type Pierre Marie, Strümpell). Parfois toutes les articulations peuvent être prises comme dans un cas de spondylose gonococcique que montrait récemment le docteur Claisse. Dans le cas d'arthrites aussi multiples, surtout quand les petites articulations des doigts sont prises, il semble qu'il s'agisse bien d'arthrite vraie ainsi que le montre l'évolution. Au contraire quand les grosses articulations de la racine des membres sont seules prises, il semble qu'il s'agisse surtout d'un trouble trophique. Chez un jeune homme que nous avons eu la bonne fortune de voir chez notre maître le professeur Hervouet et qui présentait le type juvénile de la spondylose rhizomélique avec début par la région cervicale nous avons pu noter très nettement les caractères de cette ankylose. Les articulations se prennent insensiblement; l'articulation n'est pas déformée; son examen aux rayons X ne montre rien de particulier; il semble tout simplement qu'il y ait une rétraction et une perte d'élasticité des ligaments. Il est possible d'obtenir des mouvements partiels pendant une durée très longue; les mouvements limités ne sont d'ailleurs pas très douloureux; ils le deviennent quand on distend les ligaments. Il est fréquent que l'articulation temporo-maxillaire soit, elle aussi, limitée dans ses mouvements, les spondyliques ont souvent de la peine à ouvrir la bouche.

L'examen radioscopique ou radiographique de la colonne vertébrale montre une déformation des vertèbres. Il y a disparition de l'évidement des corps vertébraux qui sont uniformément gonflés. La colonne vertébrale tout entière a un aspect moniliforme. Les disques et les espaces intervertébraux ne sont plus apparents. Il semble que toute la colonne vertébaale soit d'un seul tenant. Les masses latérales forment souvent une saillie surajoutée de chaque côté des corps vertébraux et constituent deux sortes de colonnettes osseuses. A ce moment l'attitude de la démarche des malades atteints de spondylite chronique devient typique. Ils ont l'air absolument soudés, ne sont capables que d'un nombre restreint de mouvements. Leur démarche est compassée, étudiée; elle se fait par un véritable mouvement de rotation du bassin qui entraîne les articulations coxo-fémorales et projette en avant les membres inférieurs. Les malades ne peuvent plus se baisser, porter la main sur leur tête et deviennent de véritables infirmes.

Un trouble secondaire presque constant est l'atrophie des muscles du dos et des lombes, parfois même des muscles des membres. On ne saurait dire si cette atrophie est une atrophie réflexe due à l'inflammation chronique, ou si c'est une atrophie due à l'immobilisation, ou bien encore ce qui semble le plus probable, si c'est une atrophie d'origine centrale.

Il est très fréquent d'observer chez ces sujets des troubles trophiques et des affections cutanées. Bregmann et Piogay signalent comme complications le psoriasis; Hoffmann, des poussées confluentes d'acné; le malade dont nous parlions tout à l'heure présentait sur tout le corps depuis des mois une éruption confluente, de caractère mal défini qui ne suppurait point, n'était point prurigineuse et s'accompagnait d'une desquamation abondante.

Nous décrirons rapidement les diverses formes de l'ostéo-arthrite ankylosante chronique du rachis. Il y a trois formes correspondant à une ankylose partielle : la forme cervicale de Leyden, la forme dorsale, la forme lombaire. Il y a deux types correspondant à l'ankylose totale : le type de Pierre Marie, et le type de Bechterew. Mais comme nous le verrons tout à l'heure, ces deux types n'en font en réalité qu'un.

La forme cervicale de Leyden s'observe surtout chez les adolescents. Elle est consécutive à une polyarthrite de la région cervicale. Elle se caractérise par des douleurs et de la raideur de la nuque, un épaississement de la région, parfois une ankylose plus ou moins complète des articulations scapulo-humérales. Son début est en général assez aigu.

La forme dorsale est très rare. La rigidité du rachis passe facilement inaperçue, étant donné le peu de mobilité normale de cette région. Ce qui la caractérise surtout c'est l'immobilité de la cage thoracique due aux ankyloses costo-vertébrales et une respiration du type abdominal pur. Les douleurs ne sont pas très vives; il existe souvent des zones d'anesthésie radiculaire sur le trajet des nerfs intercostaux. Cette forme est presque toujours associée à la forme cervicale ou à la forme lombaire.

Le type lombaire est le plus fréquent; c'est celui que l'on observe chez tous les sujets qui ont eu une spondylite aiguë au début et chez presque tous les adultes qui sont atteints d'ostéo-arthrite ankylosante. La rigidité du rachis est très apparente. Les douleurs sont vives, le plastron sacré, les névralgies intra-abdominales ne manquent presque jamais; il y a fréquemment au début de l'affection des modifications des réflexes. L'ankylose des hanches est tardive et peut même ne jamais apparaître.

Quant aux deux types d'ankylose totale voici quels seraient leurs caractères, toujours d'après les auteurs qui les ont décrits.

Le type de Bechterew consisterait :

1° Dans l'immobilité totale ou partielle de la colonne vertébrale avec manque de sensibilité du rachis;

2° Dans une courbure cyphotique de la colonne vertébrale, principalement au niveau des dernières cervicales et des premières dorsales; la tête et le menton sont inclinés du côté du sternum et même reposent sur lui;

3° Atrophie des muscles de la région dorsale et cervicale, mais aussi des extrémités;

4° Trouble de sensibilité surtout dans le territoire des nerfs du dos et du cou, parfois aussi les nerfs lombaires;

5° Signes d'excitation de ces nerfs (paresthésie, hyperesthésie). Dans cette forme, les grandes articulations de la racine des membres sont libres, le processus morbide se fait de haut en bas. Dans l'étiologie le traumatisme et l'hérédité jouent un rôle et éventuellement aussi la syphilis. Les petites articulations peuvent être touchées.

Pierre Marie décrit au contraire ceci : une soudure complète du rachis avec ankylose plus ou moins prononcée des articulations de la racine des membres, les petites articulations des extrémités restant intactes. Le processus morbide se fait de bas en haut. Le rhumatisme joue un grand rôle. Les troubles constatés dans le territoire du système nerveux sont les mêmes, ou peu s'en faut, que dans le type de Bechterew.

Il s'agit évidemment dans ces deux types d'une seule et même affection; peut-être dans le type Bechterew les lésions sont-elles moins avancées que dans le type Pierre Marie, et l'on a vu, en effet, des malades considérés par Bechterew lui-même, comme réalisant son type à l'état de pureté, finir par avoir les symptômes décrits par Pierre Marie. Bechterew a d'ailleurs varié dans ses différents écrits et toutes les difficultés proviennent de ce qu'il n'a pas observé des cas absolument analogues. Il y a en effet, dans les observations qu'il a publiées, des cas indiscutables de cyphose hérédo-traumatique. Dans ces cas bien décrits par Kümmel et par Heulé, le malade passe par trois phases bien distinctes. Dans une première les douleurs sont localisées à la région traumatisée; ces douleurs apparaissent aussitôt après l'accident. A cette période en succède une autre qui peut durer plusieurs semaines ou plusieurs mois pendant laquelle le patient n'éprouve rien. A la troisième période se montre une cyphose avec formation de gibbosité et rigidité consécutive de la colonne vertébrale. Dans ces cas encore mal élucidés il semble qu'il s'agisse d'une fracture ou d'une résorption lente des corps vertébraux, ou bien encore d'une cyphose d'origine nerveuse comme on en observe dans l'acromégalie ou la syringomégalie.

Bechterew a d'ailleurs trouvé dans ces cas une dégénérescence des racines et des cordons postérieurs de la moelle, ce qui n'est point le cas dans l'ankylose chronique vraie. Si l'on extrait ces cas, on se trouve en présence d'un seul type d'ankylose totale du rachis, ankylose présentant des variétés de symptômes d'un sujet à l'autre, surtout par suite des lésions nerveuses secondaires surajoutées et qui peuvent revêtir des caractères divers. Et l'ankylose du rachis donne alors lieu à un syndrome se traduisant par des douleurs, de la rigidité du rachis, des troubles secondaires d'origine nerveuse. La marche de l'ostéo-arthrite ankylosante du rachis est très lente. Il faut des années avant que la colonne vertébrale soit prise dans son entier; certains segments d'ailleurs peuvent être préservés. Il faut noter de fréquents paroyxsmes amenant souvent après eux une extension plus grande des lésions.

Quant au pronostic, il n'est point très grave en lui-même : on ne meurt point de spondylite chronique; cependant les malades sont sujets à des complications qui entraînent la mort. Chinelewsky faisait déjà remarquer que ces sujets constituent un excellent terrain pour la tuberculose.

Le diagnostic différentiel de l'ostéo-arthrite ankylosante chronique du rachis est difficile quand les cas ne sont pas absolument typiques.

C'est ainsi qu'il faudra éliminer successivement la duplicature champêtre de Pierre Marie : cette duplicature s'observe surtout chez les laboureurs et les gens qui travaillent très courbés : c'est une cyphose à grande courbure qui ne s'accompagne ni d'ankylose de la colonne vertébrale, ni d'ankylose des articulations de la racine des membres, ni de douleurs vives.

La tuberculose vertébrale est ici difficile à éliminer. Il faut examiner soigneusement les anamnestiques, se défier de l'étendue des lésions (la tuberculose vertébrale est en général limitée). La localisation des douleurs, la formation d'un abcès ossifluent, la forme spéciale de la cyphose qui est toujours de petite courbure et à pointe un peu aiguë, peuvent mettre sur la bonne voie.

M. le professeur Kirmisson a décrit récemment dans ses livres un mal de Pott avec cyphose à grande courbure, immobilisation du rachis, sans formation d'abcès ossifluent qui n'est peut-être qu'une ostéo-arthrite ankylosante. La maladie de Paget a pu induire en erreur (cas de Milian). Cependant, dans la maladie de Paget, la colonne vertébrale n'est pas seule touchée, le crâne et la diaphyse des os longs sont souvent hypertrophiés, mais les déformations des membres sont typiques.

L'ostéomalacie possède, elle aussi, quelques signes de la spondylite. Mais dans ce cas l'ankylose de la colonne vertébrale n'est pas vraie; le ramollissement des os est possible à constater par les lésions qu'il entraîne et les déformations souvent considérables qu'il cause.

Dans la myosite ossifiante, la pachyméningite cervicale hypertrophique, il sera bien souvent difficile de faire un diagnostic précis, ces affections semblant avoir des relations assez étroites avec la spondylite chronique, comme début, comme marche. C'est seulement à la période d'état qu'elles en diffèrent un peu plus.

Le tabes et la syringomyélie se distingueront par les symptômes qui leur appartiennent en propre. Les fausses ankyloses de la colonne vertébrale dues à des arthrites, des contractures musculaires, des amyotrophies seront éliminées par la narcose chlo-

roformique où la liberté du rachis deviendra évidente.

Reste maintenant la question du traitement : elle est loin d'avoir été élucidée. A vrai dire tous les traitements ont semblé sans action sur la marche de l'ostéo-arthrite ankylosante de la colonne vertébrale. Le salol et les salicylates semblent seuls dans quelques cas avoir amené une diminution des douleurs. Les seuls moyens qui aient donné quelques résultats sont les moyens physiques : bains thermaux, bains de boue, massage, mobilisation forcée des articulations des membres partiellement ankylosés, électricité. Après avoir mis en œuvre tous ces procédés on obtiendra quelquefois des succès; mais il ne faut pas trop s'enorgueillir, l'affection reprenant souvent par la suite sa marche aveugle et envahissante.

Nous avons enfin terminé cette longue revue des ostéites non tuberculeuses de la colonne vertébrale; il ne nous reste plus qu'à exposer les idées générales qui s'en dégagent.

La première impression que nous avons est celle-ci : c'est que nous connaissons fort mal les affections du rachis. Je sais bien que c'est un organe profondément situé et dont on a rarement l'occasion de faire l'autopsie. Il serait cependant intéressant d'y procéder d'une façon systématique dans tous les cas d'infection de façon à vérifier d'abord les conclusions de Frænkel. On y trouverait peut-être aussi l'explication des rachialgies si douloureuses qui servent de prodromes à certaines affections (grippe, variole, etc.). On y trouverait peut-être aussi l'explication de certaines névralgies persistantes à type radiculaire qui demeurent souvent comme les reliquats d'une infection. Pour nous il nous semble que ce sont des troubles dus à des lésions bien localisées des vertèbres, troubles absolument analogues à ceux que nous venons de décrire.

Le nombre relativement considérable de documents que nous avons pu recueillir montre d'une façon surabondante que ces ostéites sont plus fréquentes qu'on ne se l'imagine et que nous avons tort de nous laisser hypnotiser par le seul mal de Pott. L'histoire des ostéites tant aiguës que chroniques pourrait peut-être jeter un jour nouveau sur certaines affections considérées comme primitives, telles que la pachyméningite cervicale chronique ou sur certaines affections encore mal connues, telles que la myosite ossifiante.

En présentant dans un seul article les cas connus d'ostéite de la colonne vertébrale, ce qui n'avait point encore été fait que nous sachions, nous pensons avoir comblé une lacune, et avoir montré que, pour le rachis comme pour les autres parties du squelette, on trouvait tous les degrés, depuis l'ostéomyélite suraiguë jusqu'à l'ostéite chronique. Notre classification basée sur la clinique est évidemment arbitraire et sujette à revision. Nous nous estimerons trop heureux si elle peut servir à classer des faits encore mal connus et inciter à les étudier, ces travaux dussent-ils avoir pour premier effet de détruire les conclusions de notre mémoire.

BIBLIOGRAPHIE

1° **Ouvrages d'un intérêt général.** — ACHARD. Manifestation osseuse de la fièvre typhoïde, *Semaine méd.* — ACHARD et BROCA. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 26 janv. 1895. — CHANTEMESSE. *Traité de médecine* Bouchard et Brissaud, art. FIÈVRE TYPHOÏDE. — CHANTEMESSE et WIDAL. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 24 nov. 1893; — *Semaine méd.*, 1893, p. 542. — FRÆNKEL. *Münch. med. Wochens.*, avril 1902. — GANGOLPHE. *Maladies infectieuses et parasitaires des os.* — MIROVITCH. Th. de Paris, 1890. — *Traité de chirurgie* Duplay et Reclus. — *Id.* Le Dentu et Delbet. — TUFFIER et WIDAL. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 27 mars 1896.

2° **Ostéomyélite aiguë des vertèbres.** — BALLANCE. *The Lancet,* 1884, t. I, p. 888. — BREITZE. *The Lancet*, 1879, t. II, p. 668. — CHIPAULT. *Gaz. des hôpit.*, 11 déc. 1896; — *Revue de neurol. chir.*, 1900, p. 204. — COLONIATTI. *Osservat.*, Torino 1882, t. XVIII, p. 209. — DEHLER. *Beitr. z. klin. Chir.*, 1897, t. XXII, p. 113. — DEMME. *Beitr. z. Chir. Pæd. Jahrb. f. Kind.*, 1874, 2 Hft., p. 97. — DOPPFER. *Munsch. med. Wochens.*, 1888, S. 22. — FERRIS. *Gaz. med.*, Torino 1899, p. 189. — GRISEL. *Revue d'orthop.*, 1904. — HAHN. *Beitr. z. klin. Chir.*, 1895; — *Beitr. z. klin. Chir.*, 1899, Bd. XXV, Hft. 1, S. 176. — ISRAEL. *Deuts. med. Wochens.*, 1898, p. 250. — JOEL. *L. D. Zu,* Kiel 1892, S. 7. — KÖNIG. *Lehrbuch der speciellen Chir.*, Bd. III, S. 97. — LANNELONGUE. *Ostéomyélite aiguë pendant la croissance*, Paris 1879, p. 61; — Th. Cadrichau, Paris 1880. — LOPEZ. *Correo med. Castellano*, 1885, p. 217. — LUCAS. *The Lancet,* 1889, p. 883. — MAKINS and ABBOTH. *Ann. of Surg.*, 1896, t. I, p. 510. — MINIM. *Centralbl. f. Chir.*, 1883, S. 246. — MILCHNER. *I. D. Z.*, Wurtzbourg 1895. — MORIAU. *Deuts. med. Wochens.*, 1893, p. 258. — MÜLLER. *Zeits. f. Chir.*, Bd. XLI, Hft. 6, 1895, p. 445. — POIRIER. *Progrès méd.*, 1880, p. 869. — PONCET. Th. de Lussel, Lyon 1899, p. 43. — RIESE. *Deuts. zeits. f. Chir.*, Bd XLI, p. 445. — TOSSERIC. *The Lancet,* 1885, t. II, p. 7. — VALLEIX. *Arch. gén. de méd.*, 1835, 2e série, t. VII, p. 68.

3° **Ostéite subaiguë avec suppuration.** — EICKEL. *Münsch. med. Wochens.*, Bd. XXVII, 1201. — WOHLGEMUTH. *Berl. klin. Wochens.*, 1898, n° 36.

4° **Spondylite infectieuse.** — CHEYNISSE. *Semaine méd.*, 11 nov. 1903. — CUTTER. *Boston med. and surg. Journ.*, juin 1902. — ELY. *Med. Record*, 20 déc. 1902. — FICHTERN. *Deuts. milit. Zeits.*, fév. 1903. — GIBUCQ. *Trans. of the Am. Orst. Ass.*, 1889, II, p. 19. — JACOBY. *Trans. of the Ass. of An. phys.*, 1890, p. 24. — KLEIN. Th. Kiel, 1896. — KONITZER. *Münch. med. Wochens.*, 29 août 1899. — KÜHN. *Münch. med. Wochens.*, 4 juin 1901. — LORD. *Boston med. and surg. Journ.*, juin 1902. — LOWETT and WISSINGTON. *Boston med. and surg. Journ.*, mars 1900. — NEISSER. *Deuts. Ærtze Zeit.*, déc. 1900. — OSLER. *Amer. Journ. of the med. Sc.*, janv. 1894; — *Johns Hopkins Hosp. Rep.*, 1895. — PALLARD. *Rev. méd. de la Suisse romande*, août 1902. — QUINCKE. *Mitteil. aus den Greng d. Med. und Chir.*, 1899, IV, et 1903, XI, 5. — SCHANZ. *Arch. f. klin. Chir.*, 1900, LXI, 1. — SCHAFFER. *Trans. of the Am. Orst. Ass.*, 1889, II, p. 26. — *Trans. of the Am. Orst. Ass.* Lire les comptes rendus depuis 1889 dans la *Revue d'orthopédie* de Kirmisson.

5. **Ostéo-arthrite chronique des vertèbres.** — Voir Bibliographie dans *Gaz. des hôpitaux*, année 1902, n° 69, p. 697, article Mayet et Jouve. Ajouter pour la littérature étrangère :

ANSCHÜTZ. *Greuzgeb. d. Med. u. Chir.*, Bd. VIII. — AUERBACH. Spondylitis ankylosante, *Gaz. hebd.*, 1900, n° 45. — BECHTEREW. *Neurol. Centrabl.*, 1893, p. 426; — *Deuts. Zeitschr. f. Nervenheilk.*, Bd. XI, 1897; — *Ebenda*, Bd. XV, 1898; *Ebenda*, Bd. XV, 1899; — *Neurol. Centrabl.*, 1899,

p. 143. — BRAUER. *Münch. med. Wochens.*, 1902, n° 4. — BENDER. *Ebenda*, 1901, n° 11. — BELOZEVSKY. *Bolnitschnaja Gazeta*, Botkina 1900, n° 11. — BRIDE. *Journ. of nerv. and ment. diseases*, oct. 1900. — BAUMLER. *Deuts. Zeits. f. Nervenheilk.*, Bd. XII, 1898. — BEER. *Wiener med. Blätter*, 1897. — BENEKÉ. Spondylitis deformans, *Beitr. z. wissench. med. Festschr.*, Braunschweig 1897. — BLEZINGER. *Spondylitis deformans*, Tübingen 186. — BRAUN. *Klinishe und anatomische Beiträge zur Kenntnis der Spondylitis deformans*. — BAHR. *Monats. f. Unfallheilk.*, 1899, n° 10. — BARDELEBEN. *Lehrbuch der Chir.*, Bd. IV, p. 34. — BREGMANN. *Deuts. Zeits. f. Nervenheilk.*, Bd. XV, 1899. — BRADFORD. Rheumatism of the spine, *Ann. of Anat. and Surg.*, Brooklyn 1883. — BORCHARD. *Monats. f. Unfallheilk.*, Bd. X, 1901. — CASSIRER. *Berl. klin. Wochens.*, n° 10 u. 11, 1902. — DAMSCH. *Zeits. f. klin. Med.*, Bd. XXXVIII, 1899. — DOMENICI. Rigidità della colonna vertebrale, *Gaz. degli osped.*, vol. LXIX, 1902. — DORENDORF. *Charité-Annalen*, Bd. XXII. — FAGGE, HILTON. *Transact. of the path. Soc.*, 186. — FLESCH. *Wiener med. Presse*, Bd. IX, 1900. — GASER. *Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, Bd. VIII ; — *Berl. klin. Wochens.*, 1900, n° 27. — GOLDWAIT. Osteoarthritis der Wirbelsaüle, *Boston med. and surg. Journ.*, Aug. 1899. — GOWER. *Lehrbuch der Nervenkr.*, Bd. I. — HARTMANN. *Jahrb. f. Psychiatrie u. Neurol.*, 1900, Heft 4. — HOFFMANN. *Deuts. Zeits. f. Nervenheilk.*, Bd. XV, 1899. — HENLE. *Langenbecks Arch.*, Bd. 52, p. 1 ; — *Deuts. med. Wochens.*, 1894, n° , V.-B. — HOFFA. *Volkmanns Samml. klin. Vortr.*, n° 247. — HATTEMER. *Beitr. z. klin. Chir.*, Bd. 20 HEIDENHEIM. *Monatschr. f. Unfallheilk.*, 1897, n° 3. — JACOBI u. WIARDI. *Psychiatr. Neurol.*, Bladen 1898. — JAKSCH. *Prager med. Wochens.*, 1900, n° 4. — JACKSON. *Transact. of the patholog. Soc.*, 1877. — KRITSCHEWSKY-GOCHBAUM. Dissertation, Paris 1899. — KÜMMELL. *Deuts. med. Wochens.*, 1895, n° 11 ; — *Aerzl. Schverst-Ztg.*, 1895, n° 1. — MAGNUS-LEVY. *Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chir.*, Bd. IX, 1902. — MARSH-HOWARD. *Brit. med. Journ.*, 1895, vol. II, p. 1089. — MAY, PAGE. *Brit. med. Journ.*, 1897, vol. II, p. 1631. — MARKIEWICZ. *Zeits. f. klin. Med.*, Bd. XLVI, 1-4. — MÜTZEL. Dissertation, Würzbourg 1898. — MUTTERER. *Deuts. Zeits. f. Nervenheilk*, Bd. XV, 1899. — OPPENHEIM. *Lehrbuch der Nervenk.*, Aufl. 1-3. — OBERST. *Münch. med. Wochens.*, 1900, n° 39. — DE PAOLI. *Wiener med. Presse*, 1901, n° 20. — POPOFF. *Neurol. Centrabl.*, 1899, p. 286. — PIOGAY *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1878, p. 296. — POTT. *Therap. Gaz.*, vol. XVII, n° 6. — RIDLON. *Boston med. Journ.*, 1899, p. 142. — ROSE. *Berl. klin. Wochens.*, 1900, n° 17. — SAENGER. *Neurol. Centrabl.*, 1898. — SCHAIKEWITSCH. *Wratsch*, 1899, n° 51. — SCHATALOFF. *Neurol. Centrabl.*, 1898, p. 128. — SENATOR. *Ziemssens Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie*, Bd. VIII, 1875 ; — *Berl. klin. Wochens.*, 1899, n° 47 ; — *Ebenda*, 1903, n° 6. — SPORNBERGER. Dissertation, Berlin 1897. — SPILLMANN et ETIENNE. *Rev. de méd.*, t. XVIII, p. 746, 898. — SCHULTZE F. *Deuts. Zeitsch. f. Nervenheilk.*, Bd. XV, 1899. — SCHULZ. *Beitr. z. klin. Chir.*, Bd. XXVII, 1900. — SCHÜLLER. *Langenbecks Arch.*, Bd. XLV, 1893 ; — *Verhdl. d. 15 Kongr. f. inn. Med.*, 1897. — STRUMPELL. *Deuts. Zeits. f. Nervenheilk.*, Bd. XI, 1897. — VON TRADEN. *Langenbecks Arch.*, Bd. IV. p. 564. — VIERORDT O., VON MERINGS. *Lehrbuch der inneren Medizin*, 1 Aufl. — VIRCHOW. *Sein Arch.*, Bd. XLVII. — VALENTINI. *Deuts. Zeits. f. Nervenheilk.*, Bd. XV, 1899. — VOLLHEIM. Dissertation, Iena 1902. — WEGNER. *Deuts. militär. Ztg.*, 1901, Heft 3. — WINOKUROW. *Wratsch*, 1901, n° 16.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DE LA GALE

Chez l'enfant en bas âge, la frotte de l'adulte est trop irritante ; même mitigée elle donne de l'eczéma et de l'impétigo.

Il vaut mieux, d'après M. Gastou (1), agir ainsi, s'il n'y a pas d'irritation trop vive de la peau :

1° Donner le soir un bain alcalin (carbonate de potasse, 10 à 20 grammes); savonner dans le bain avec un mélange de :

Savon blanc	17 grammes.	
Sulfure de potassium	80 —	
Huile d'olive	6 —	
Huile de thym	0g80	(Ellis).

2° Après le bain, sécher et frictionner la peau avec :

Huile de camomille camphrée	100 grammes.
Onguent styrax	20 —
Baume du Pérou	5 —

et faire garder la nuit ce mélange.

3° Le lendemain, bain savonneux.

4° Appliquer, les jours suivants, la pommade composée de :

Soufre précipité	1 gramme.
Borate de soude	2 —
Vaseline	} *āā* 15 —
Lanoline	}
Oxyde de zinc	10 —

et donner tous les jours un bain d'amidon.

Si la gale a déterminé un eczéma ou de l'impétigo, il faut les traiter et, dans ce cas, user de frictions au baume du Pérou très dilué à 5-10 p. 100 dans l'huile d'olive, et de pommades contenant en faibles proportions du soufre et du carbonate de soude.

Soufre précipité	25 grammes.
Carbonate de soude	2 —
Glycérolé d'amidon	25 —
Huile de cade	5 —

jointes à l'usage de bains savonneux d'abord, amidonnés ensuite.

ANALYSES

MÉDECINE

Diphtérie cutanée extensive. (*Lancet*. 1905, n° 16, p. 1130.) — On sait que la diphtérie peut se développer sur une plaie et déterminer la mort par toxémie. Dans l'intéressante observation rapportée par MM. Bolton et Brewer, il s'agit d'une modalité clinique différente, rappelant les cas de diphtérie cutanée qui paraissent avoir été fréquemment observés au cours d'épidémies, dans la première partie du XIXe siècle.

D'après Trousseau, la diphtérie ne se développe sur la peau qu'à la faveur d'une perte de substance, si minime soit-elle. Davoit, au contraire, soutient que la diphtérie cutanée peut apparaître spontanément. MM. Bolton et Brewer signalent l'observation d'une enfant de dix-huit mois, qui mourut des suites d'une diphtérie cutanée, apparue au niveau de l'aîne gauche, sans trace visible de lésion préalable. Au début, la lésion se présentait sous forme d'une plaque gangréneuse à

(1) *Clinique infantile*, 1er juin 1905.

bords sinueux ; bientôt elle s'étendit vers la paroi abdominale et vers la cuisse. Malgré l'absence de membranes proprement dites, le diagnostic de diphtérie ne fit aucun doute dès qu'on eut pratiqué l'examen bactériologique de l'exsudat.

L'injection de sérum antidiphtérique ne put enrayer la marche des phénomènes toxiques et l'enfant mourut quarante et un jours après le début de la maladie. A l'autopsie on constata un certain degré de dégénérescence graisseuse du myocarde et quelques lésions dégénératives au niveau des branches antérieures du nerf crural. A. HOUSQUAINS.

Les lipomes intrapleuraux. (R. H. FITZ. Communication au XX[e] Congrès annuel de l'association du médecine américaine, 16 et 17 mai 1905, in *Boston med. and surg. Journ.*, 15 juin 1905, vol. CLII, n° 24, p. 702.) — Il existe sous la plèvre une couche de tissu adipeux qui peut être l'origine de lipomes qui ont tendance à se pédiculer dans la plèvre. Ils peuvent provenir soit de la plèvre diaphragmatique, soit de la plèvre costale, soit de la plèvre médiastinale.

Les cas de lipomes diaphragmatiques n'ayant pas de signes cliniques, ne constituent qu'une curiosité anatomique, on n'en connaît que deux observations.

Les lipomes de la plèvre costale peuvent pénétrer dans la paroi thoracique et apparaître au dehors. Il se forme une tumeur extérieure réunie à la tumeur interne par un pédicule. Fitz en connaît trois cas qui ont été opérés, avec deux morts.

Le type médiastinal peut aussi avoir tendance à gagner l'extérieur et à se révéler par une tumeur externe. Trois observations semblables ont été publiées. Les trois malades opérés sont morts.

C'est à ce type que se rapporte le cas rapporté par Fitz. Il s'agissait d'un malade atteint de pneumonie lobaire. La résolution ne se fit pas et il se produisit des signes de péricardite purulente. On résolut de faire une ponction. L'aspiration pratiquée dans le quatrième, puis dans le cinquième espace intercostal, resta négative; l'aiguille revint chargée de tissu graisseux. Une nouvelle ponction fut tentée dans l'espace xypho-costal droit. Elle donna issue à du pus.

Le malade succomba néanmoins, et à l'autopsie on trouva une hépatisation grise du lobe supérieure gauche, de la péricardite purulente, et un lipome sous-pleural venant du médiastin. La présence de la tumeur explique la difficulté du diagnostic de la péricardite dans ce cas, et les insuccès des ponctions.

James Ewing décrit la tumeur. Elle est formée de 5 lobes unis par du tissu conjonctif. Elle rejoint le médiastin sur le péricarde et entoure en partie l'aorte. Elle s'étend jusque dans le cou et entoure la trachée. Elle n'avait provoqué qu'une compression modérée des poumons.

Les membres de la société ouvrent à ce sujet une discussion sur la ponction dans la péricardite et sur les avantages de la ponction dans l'espace costo-xyphoïdien. M. LANCE.

CHIRURGIE

Importance chirurgicale de la côte cervicale. (Carl BECK. *Journ. Amer. med. Assoc.*, 17 juin 1905.) — Les côtes surnuméraires lombaires n'ont qu'un intérêt spéculatif, mais il n'en est point de même des côtes cervicales surnuméraires. Bien connues des anatomistes, bien décrites par eux, elles sont susceptibles de déterminer des troubles justiciables d'une intervention chirurgicale. Bien que la disposition anatomique soit congénitale, les troubles ne se montrent que vers la vingtième année, parfois beaucoup plus tard. Les symptômes dus à cette anomalie, sont la saillie de la région latérale du cou, la pulsation superficielle de la sous-clavière et des troubles de compression du plexus brachial. Deux cas d'anévrisme de la sous-clavière, résultat de la présence d'une telle côte, ont été signalés. Les troubles de compression donnent lieu à des fourmillements, des élancements dans les bras, de l'atrophie musculaire, surtout dans le territoire du médian. Le diagnostic doit toujours être confirmé par la radiographie. Le seul traitement est l'extirpation, facile quelquefois, le plus souvent délicate par suite des rapports étendus et intimes avec la sous-clavière. L'auteur termine par l'exposé d'un cas personnel traité d'abord par la résection sous-périostée. La côte se reproduisit et une seconde intervention, plus complète, fut couronnée de succès. FAXTON E. GARDNER.

L'élimination du chloroforme par la muqueuse gastrique et son rôle dans les vomissements chez les anesthésiés. (*Giornale della R. Accademia di medicina di Torino*, avril 1905, n°4.) — De l'étude de 30 cas Salvatore DIEZ conclut que l'on observe la présence du chloroforme dans le suc gastrique des sujets anesthésiés dans un proportion notable des cas (16 fois). Il en existe d'autant plus que la période d'excitation a été plus longue. Il n'y a d'ailleurs pas de différence sur ce point entre les malades qui ont vomi (8) et ceux qui n'ont pas vomi (8).

On ne trouve le chloroforme que dans les premières heures qui suivent la narcose; il disparaît au moyen d'un seul lavage de l'estomac. La quantité de chloroforme est d'ailleurs très petite et n'est décelée que par les réactions les plus sensibles.

L'auteur ne croit pas que dans ces conditions il puisse s'agir de chloroforme dégluti au début de la narcose et non excrété par la muqueuse; il croit pouvoir affirmer que ces faibles quantités de chloroforme n'ont aucune influence sur les vomissements et qu'il ne faut faire aucun fondement, pour prévenir ces vomissements, sur les substances qui empêchent le contact de la muqueuse gastrique avec les vapeurs chloroformiques. A. GAULLIEUR L'HARDY.

Rupture du tendon du biceps. (KEEN. *Ann. of Surgery*, mai 1905.) — Il y a dans la littérature médicale un grand nombre d'observations de rupture du biceps, soit du corps charnu, soit des tendons. Mais, il n'y avait jusqu'ici qu'un cas traité chirurgicalement, tous les autres cas ayant été traités par les gouttières, l'immobilisation et la compression. Keen a eu l'occasion de traiter un cas de rupture du long chef dans sa continuité, et un autre cas de rupture du même chef à son insertion glénoïdienne. Les deux succès qu'il a obtenus lui font penser que le traitement opératoire est meilleur et moins incertain que les anciennes méthodes et doit leur être préféré.

FAXTON E. GARDNER.

OBSTÉTRIQUE

L'eucalyptol comme désinfectant de l'utérus. (*Rivista de ciencias médicas de Barcelona*, mai 1905, n°5.) — CORMINAS a expérimenté fréquemment les propriétés bactéricides de l'eucalyptol dans les cas d'utérus puerpéral infecté.

L'eucalyptol est introduit dans la cavité utérine au moyen de tampons de coton montés sur des pinces à cran.

Les effets de cette injection sont immédiats, d'après l'auteur, et se manifestent par la cessation des phénomènes locaux et surtout la chute de la fièvre; il faut cependant continuer le traitement deux ou trois jours après la disparition de cette dernière. Employé dans ces conditions l'eucalyptol ne s'est jamais montré toxique.

D'après Corminas l'eucalyptol s'oxyde au contact de l'air et il se produit de l'ozone et des composés hyperoxygénés; ce sont ces derniers qui se décomposent au contact des tissus et oxydent et détruisent les détritus organiques. L'irritation superficielle de la muqueuse se limite à une hyperémie avec accumulation de leucocytes; cette leucocytose entre sans doute pour beaucoup dans les effets persistants de l'eucalyptol en détruisant les bactéries pathogènes.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les écrits et les dessins dans les maladies nerveuses et mentales, essai clinique, par le docteur Rogues de Fursac, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. In-8 de 318 p., avec 232 fig. dans le texte. — Prix : 12 francs. — Paris, Masson et Cie.

Manuel de séméiologie médicale, par le docteur Palasne de Champeaux, professeur à l'École de médecine de Toulon. In-18 de 360 p., avec 69 fig. — Prix, cartonné : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Formulaire clinique du praticien, par les docteurs M. Courtois-Suffit, médecin des hôpitaux de Paris, et L. Lafay, ancien interne en pharmacie, médaille d'or des hôpitaux. In-12, relié peau pleine, tête dorée. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

La scoliose, prévention et traitement des déviations, par le docteur E. Monin, ancien inspecteur des écoles de Paris. In-16, cart., 40 p., 6 fig. — Prix : 1 franc. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Etudes de Me PIERENS, avoué à Pontoise, et de Me MALHERBE, notaire à Sarcelles (Seine-et-Oise),

A VENDRE PAR ADJUDICATION PUBLIQUE et sur baisse de mise à prix, le dimanche 24 septembre 1905, à 1 heure 1/2 de l'après-midi, en l'étude et par le ministère de Me MALHERBE, notaire à Sarcelles,

LE CHATEAU DE MONSOULT

de CONSTRUCTION RÉCENTE, sis à MONTSOULT, canton d'Ecouen (Seine-et-Oise), à un quart d'heure de la gare de Montsoult-Maffliers, station d'express à 1/2 heure de Paris-Nord.

Contenance : HUIT hectares environ.

Mise à prix : 65 000 francs.

Entrée en jouissance le 1er octobre 1905.

SITUATION SUPERBE sur le versant sud de la colline de Montsoult-Maffliers à proximité des forêts de Montmorency et de l'Isle-Adam.

Très belle vue. — Pays de chasse.

N. B. — *En raison de sa situation exceptionnelle, le Château de Montsoult pourrait convenir à un Etablissement exigeant des locaux vastes et bien aérés*, **sanatorium, maison de santé, de convalescence ou de retraite, maison d'éducation,** etc.

S'adresser pour tous renseignements à Me MÉNAGE, administrateur judiciaire à Paris, rue de la Chaussée-d'Antin, n° 15; à M. PIERENS, avoué, et à Me MALHERBE, notaire, dépositaire du cahier des charges; et pour visiter sur place.

BORICINE MEISSONNIER
Antisepsie de la Peau et des Muqueuses
DÉPÔT : 17, Rue Cadet, PARIS, *et toutes Pharmacies.*

TERPINE-COCA MARIANI
Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées pr jour. Bd Haussmann, 41, Paris et phies.

G. GREMY, 20, rue des Martyrs, Paris.

VALÉROBROMINE LEGRAND
Bromovalérianate de soude :
0 gr. 50 par cuillerée à café (2 à 6 par jour). | 0 gr. 25 par Capsule (4 à 12 par jour).
LIQUIDE — CAPSULES

N'employer que les Véritables
2 à 6 par jour
PILULES DE BLANCARD
IODURE FERREUX INALTÉRABLE
ET **SIROP**
1 à 3 cuillerées par jour.
ANÉMIE SCROFULES CHLOROSE RACHITISME
Blancard
Etiquette verte. — Cachet de garantie. 40, Rue Bonaparte.

L'AMÉNORRHÉE, la DYSMÉNORRHÉE, la MÉNORRHAGIE
cèdent rapidement si l'on emploie, à la dose de 2 à 4 Capsules par jour
L'APIOL des DOCTrs JORET & HOMOLLE
RÉGULATEUR PAR EXCELLENCE DE LA MENSTRUATION
PHARMACIE G. SÉGUIN, 165, Rue St-Honoré, Paris (*Place du Théâtre Français*) et toutes Pharmacies.

Anesthésie Locale
PAR LA
STOVAÏNE BILLON
CHLORHYDRATE de DIMÉTHYLAMINOBENZOYLPENTANOL
N'occasionnant ni **Maux** de **Tête**, ni **Nausées** ni **Vertiges**, ni **Syncopes**
Toxicité beaucoup plus faible que celle de la Cocaïne

SOLUTIONS Stérilisées pour **INJECTIONS**
à 0,75 °/. en ampoules de 10cc (*Chirurgie générale*).
à 1 °/. en ampoules de 2cc (*Odontologie, petite Chirurgie*).
à 10 °/. en ampoules de 1/2cc (*Anesthésie lombaire*).

SOLUTIONS Stérilisées pr **BADIGEONNAGES**
(*Rhino-Laryngologie*)
à 5 °/. Chlorurée sodique en ampoules de 2cc.
à 10 °/. Chlorurée sodique en ampoules de 2cc.

PASTILLES DE STOVAÏNE BILLON
Dosées à deux milligrammes
AFFECTIONS de la BOUCHE et de la GORGE

PHARMACIE BILLON
46, Rue Pierre-Charron, PARIS (8e Arrt). - *TÉLÉPHONE* 517-12.

Médication Phosphorée
PAR L'
OVO-LÉCITHINE BILLON
INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES :
Celles du *Phosphore métalloïde* et du *Phosphure de Zinc :*
NEURASTHÉNIE, PHOSPHATURIE, SURMENAGE ANÉMIE CÉRÉBRALE, CONVALESCENCE, etc.
Efficacité plus grande que celle du *Phosphore métalloïde.* — Danger nul.

DRAGÉES à 0 gr. 05 cgr. — DOSE : 6 par jour, en 3 fois, un peu avant les repas. (Enfants : 2 à 4 dragées.)
GRANULÉ à 0 gr. 10 cgr. par cuillerée à café. — DOSE : 3 cuillerées à café par jour. (Enfants : 1 à 2 cuil. à café.)
AMPOULES à 0 gr. 05 cgr. par centimètre cube. — DOSE : 1 injection intramusculaire tous les deux jours.

Ces doses ont été établies **pour l'homme** *par les physiologistes qui ont fait l'expérimentation sur les animaux.*
Elles ont été reconnues **suffisantes** *par les cliniciens qui en ont vérifié les applications thérapeutiques.*

Ne pas confondre la ***Médication phosphorée*** avec la ***Suralimentation phosphatée***, celle-ci pouvant se faire par le simple choix d'aliments tels que les jaunes d'œufs, les graines de céréales, etc.

Pharmacie BILLON, 46, Rue Pierre Charron, Paris (8e Arrt) *TÉLÉPH.* 517-12.

N° 100. — MARDI 5 SEPTEMBRE 1905. 78e ANNÉE. MARDI 5 SEPTEMBRE 1905. — N° 100.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE
La leucémie myélogène et son traitement, par M. DEBOVE.
TRAVAUX ORIGINAUX
Contribution à l'étude thérapeutique du tétanos, par MM. ROGIER et F. GUÉNOT.
CONGRÈS
Ier Congrès international de physiothérapie.
FORMULAIRE
Gargarisme contre la pharyngite granuleuse.
LIVRES NOUVEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
Thèses soutenues pendant l'année scolaire 1904-1905 (fin).
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

ÉCOLES DE MÉDECINE. — CLERMONT-FERRAND. — Un concours s'ouvrira le 12 février 1906, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse, pour l'emploi de suppléant des chaires de pharmacie et matière médicale à l'École de médecine de Clermont.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la trente-quatrième semaine, 874 décès, au lieu de 949 pendant la semaine précédente (moyenne 836).

La fièvre typhoïde a causé 4 décès (moyenne 9). Le nombre des cas nouveaux est de 78 (moyenne 62).

La variole a causé 9 décès, au lieu de 6 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 17 au lieu de 53 pendant la semaine précédente et de la moyenne 16.

La rougeole a causé 11 décès (moyenne 8); la scarlatine, aucun décès (moyenne 2); la coqueluche, 10 décès (moyenne 8); la diphtérie, 3 décès (moyenne 6).

La diarrhée infantile a causé 89 décès de 0 à 1 an, au lieu de 136 pendant la semaine précédente (moyenne 97).

En outre, 25 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 87 décès, au lieu de 99 pendant la semaine précédente (moyenne 85). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 4 décès (moyenne 6); bronchite chronique, 12 (moyenne 10); pneumonie, 19 (moyenne 24); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 52 (moyenne 45), dont 15 sont dus à la congestion pulmonaire et 35 à la broncho-pneumonie. Aucun décès n'a été attribué à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 178 décès; la méningite tuberculeuse, 10; la méningite simple, 18; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 23 décès.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — *Programme des prix pour 1906.* — PRIX GAUSSAIL : *Des infections puerpérales chez les animaux domestiques.* Valeur du prix : 600 francs.

PRIX COUSERAN : A l'auteur du meilleur mémoire adressé à la Société sur la pharmacie ou les sciences accessoires (étudiants en pharmacie). Valeur du prix : 500 francs.

Médailles d'encouragement. — Indépendamment des prix ci-dessus, la Société peut décerner chaque année quatre médailles d'encouragement : vermeil, argent ou bronze, aux auteurs des meilleurs mémoires ou observations à leur choix, pourvu que ces ouvrages n'aient pas été imprimés ou communiqués à quelque autre Société savante (art. 31 des statuts).

Conditions générales des concours. — Les mémoires écrits *lisiblement* en français sont seuls admis à concourir ; ils devront être adressés *franco* à M. le secrétaire général, au siège de la Société (hôtel d'Assézat-Clémence-Isaure, à Toulouse), avant le 1er janvier de l'année dans laquelle le prix doit être décerné, terme de rigueur. Ils seront accompagnés d'une épigraphe ou devise qui sera répétée sur une enveloppe cachetée contenant le nom de l'auteur.

Les mémoires dont les auteurs se seraient fait connaître directement ou indirectement, ceux qui auraient été déjà publiés ou présentés à une Compagnie savante ne seront pas admis à concourir.

Les mémoires manuscrits sur sujets divers, destinés au concours des *médailles d'encouragement*, devront parvenir *franco* à M. le secrétaire général avant le 1er mars de chaque année.

Les membres résidants de la Société ne peuvent prendre part aux divers concours.

Les étudiants en médecine y sont admis.

Les manuscrits des mémoires jugés par la Société deviennent sa propriété ; toutefois leurs auteurs peuvent en faire prendre copie à leurs frais, sans déplacement, en s'adressant pour cela au secrétaire général.

La séance publique annuelle dans laquelle sont proclamés les résultats des divers concours a lieu du 1er au 15 mai.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 7, juillet 1905.) Thibierge et Ravaut : Etudes de vénéréologie expérimentale. I. Inoculations de produits syphilitiques au bord libre de la paupière chez les singes macaques. — Mibelli : A propos de l'article de M. Truffi : « Sur un cas de porokératose systématisée. »

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Septembre 1905.) Lancry : Le jardin ouvrier et la dot terrienne. — Brouardel : Intoxication par la cocaïne. — Praum : La différenciation du sang de l'homme et des animaux, à l'aide de sérums spécifiques. — Tachard : Dangers du tout à la rue.

Archives d'électricité médicale expérimentale et clinique. — (N° 172, 25 août 1905.) Bordier : Sur la régénération des écrans au platino-cyanure de baryum. — de Luzenberger : Action physiologique de la franklinisation. — Desplats : Du traitement des adénites tuberculeuses par les rayons X.

Archives de médecine des enfants. — (N° 9, septembre 1905.) Decherf : Traitement des gastro-entérites aiguës et chroniques chez les enfants par le babeurre. — Lalesque : Cure marine de la péritonite tuberculeuse.

Bulletin médical. — (N° 67, 2 septembre 1905.) Destot : Automobiles et fractures.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIII, n° 6, 10 août 1905.) William Rollins : Notes sur les rayons X (avec 17 fig. en 3 planches). — Morton Prince : Trois observations montrant l'importance pratique du diagnostic de l'état post-épileptique. — Charles Greene Cumston : Remarques sur l'état actuel du traitement chirurgical des cirrhoses hépatiques. — Charles F. Painter : Emploi de la résection du péroné pour la correction du valgus rigide.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 36, 3 septembre.) Pousson : Sur un cas de rupture de l'urètre. — Debédat : Electro-aimant nouveau pour l'extraction des corps étrangers magnétiques.

Journal de pharmacie et de chimie. — (N° 5, 1er septembre 1905.) Patein et Daval : Recherches sur le dosage et les variations de la caséine dans le lait de femme. — Comte : Le rôle alimentaire de la farine de châtaigne en Corse. — Bourquelot et Danjou : Sur la présence d'un glucoside cyanhydrique dans le sureau et sur quelques-uns des principes immédiats de cette plante (*suite et fin*). — Bourquelot et Danjou : Préparation du glucoside cyanhydrique du sureau à l'état cristallisé.

Journal des praticiens. — (N° 35, 2 septembre 1905.) Mauclaire : Symptômes, diagnostic et traitement de la syphilis osseuse héréditaire ou acquise. — Wuillomenet : Diagnostic différentiel et traitement de la conjonctivite, de la kératite, de l'iritis et du glaucome. — Raymond : Le tremblement sénile chez un nourrisson.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 35, 31 août 1905.) R. Blumenthal : Un cas de « polycythémie myélogène ».

Lyon médical. — (N° 36, 3 septembre 1905.) Debrie : Observation de rupture sus-rotulienne du quadriceps traitée par la suture.

Marseille médical. — (N° 17, 1er septembre 1905.) Sépet : Le lusoforme dans la chirurgie courante. — Bernex : Un cas de kyste hydatique du sinus maxillaire.

Médecine moderne. — (N° 35, 30 août 1905.) Jeanselme : L'épithélioma de la face et son traitement.

Medical Record. — (Vol. LXVIII, n° 6, 5 août 1905.) Dougherty : Paralysie spinale syphilitique avec étude du type Erb en particulier. — Montgomery H. Sicard : Intoxication par le cuivre et le zinc ; intoxication par le laiton. — Leonard Ely : Rhumatisme des extrémités inférieures. — Watson : Les gaz de l'organisme. — Ewing Childs : Importance du diagnostic précoce des affections valvulaires chez les enfants. — Royster : Un cas de fibrome de l'iléon ayant provoqué de l'occlusion par invagination ; entérotomie; guérison. Aperçu résumé des tumeurs bénignes de l'intestin avec les méthodes opératoires. — (N° 7, 12 août.) Carl Beck : Une nouvelle méthode d'orchidopexie. — J. Bond : Courants ascendants dans les canaux muqueux et les canaux des glandes ; leur rôle dans l'infection ; étude de pathologie chirurgicale. — Axel Emil Gibson : La dynamique des rêves. — Byron Robinson : Longueur de l'intestin grêle. — A. Smith : La position de la vessie dans les fibromes utérins. — Heidingsfeld : Chancres génitaux et extra-génitaux ; chancre à distance.

Montpellier médical. — (N° 34, 20 août 1905.) Rodet et Lagriffoul : Recherches expérimentales sur le sérum antityphique. — (N° 35, 27 août.) Denis Monfrin : La colère chez les épileptiques.

Normandie médicale. — (N° 17, 1er septembre 1905.) Renard : Sur un nouvel albuminomètre. — Cerné : La réforme des études médicales. — Guerbet : L'épuration biologique des liquides de vidange (*suite et fin*.)

Pédiâtrie pratique. — (N° 17, 1er septembre 1905.) Brunard : Un cas de croup diphtérique compliqué d'un abcès juxtatrachéal. — Ausset : Un cas de pancréatite ourlienne. — Lacoarret : Particularités sur l'ablation des végétations adénoïdes. — Audry et Sarvonat : Rétrécissement congénital du pylore chez un nourrisson.

Presse médicale. — (N° 70, 2 septembre 1905.) Letulle : Le dispensaire anti-tuberculeux de la ville de Paris. Dispensaire Jouye-Taniès. — Jules Voisin et Roger Voisin : Le régime alimentaire des épileptiques. Régime végétarien et régime hypoazoté.

Revue générale des sciences pures et appliquées. — (N° 16, 30 août 1905.) Zeiller : Une nouvelle classe de gymnospermes : les ptéridospermes. — Blondlot. L'inscription photographique de l'action des rayons N. — De Boissoudy : Les gaz monoatomiques, le mercure, le thallium, le plomb et l'or dans la classification périodique des éléments. — Voyer : Les voyages au long cours en ballon.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 34, 26 août 1905.) Botey : Les polypes du laryngo-pharynx. — (N° 35, 2 septembre.) Mongardi : Considérations et analogies physiques dans l'oreille moyenne. — Duverger : De la voie trans-maxillo-nasale dans les interventions sur l'arrière-cavité des fosses nasales, le corps du sphénoïde et le naso-pharynx.

Revue scientifique. — (N° 10, 2 septembre 1905.) Gilbert Ballet : L'hygiène scolaire. — Champeaux : Entraînement. Adaptation.

Tribune médicale. — (N° 35, 2 septembre 1905.) Régis : Les fractures étiologiques de la paralysie générale.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 16, 30 août 1905.) Didier : Kyste hydatique du foie et de la plèvre. — Langlet : La population de Vitry-le-François et de son arrondissement (*suite*).

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL BEAUJON

LA LEUCÉMIE MYÉLOGÈNE
ET SON TRAITEMENT

Par M. le professeur DEBOVE (1).

Messieurs,

Comme je vous l'ai dit à maintes reprises, nous sommes fatalement entraînés dans nos cliniques à vous entretenir de faits peu communs, parce que nous craignons toujours de laisser passer sous vos yeux des faits exceptionnels que nous pouvons rester une ou plusieurs années sans observer. Il y a moins d'inconvénients que vous ne le supposez à procéder de cette façon, car ces malades soulèvent des problèmes de pathologie générale qu'il est toujours intéressant de discuter devant vous.

Aujourd'hui je veux vous entretenir de la leucémie myélogène.

La nommée D... qui est atteinte de cette affection est âgée de trente-deux ans. Elle est posticheuse de son état, c'est-à-dire qu'elle fabrique ces forêts de cheveux que vous pouvez voir aujourd'hui sur la tête de la plupart des femmes qui ont la prétention d'être élégantes. Ses parents sont morts d'affections indéterminées à l'âge de quarante et un et quarante-six ans. Deux de ses sœurs sont mortes l'une en couches, l'autre d'une affection indéterminée (à l'âge de quinze ans); elle a quatre frères bien portants. Du reste, jusqu'à présent, on n'a jamais constaté qu'une influence héréditaire agisse sur le développement de la leucémie.

On ne peut davantage invoquer l'action de maladies antérieures. C'est ainsi que notre malade a toujours été bien portante, si ce n'est qu'à l'âge de vingt-sept ans elle a eu une fièvre typhoïde. Elle est mariée depuis l'année dernière et n'a pas eu de grossesse.

D'après elle, le début de son affection remonterait à un an, elle sentait ses forces diminuer et son ventre augmenter de volume, ce qui se traduisait par une certaine difficulté à mettre le corset.

Il y a trois mois elle eut la grippe, ce qui rendit sa faiblesse plus apparente, et, comme elle toussait, un médecin consulté diagnostiqua une tuberculose pulmonaire. De plus, comme son ventre grossissait, on affirma qu'elle avait une péritonite bacillaire. Un autre médecin déclara qu'il s'agissait d'un épanchement ascitique, tandis que ses amies, voyant son ventre se développer, déclaraient qu'elle devait être enceinte.

Sur ces entrefaites, elle se décida à consulter à l'hôpital Beaujon; il suffit de mettre la main sur son ventre pour constater qu'elle avait une rate énorme. Nous lui conseillons aussitôt d'entrer dans notre service où elle est admise le 1er mai 1905.

Elle ne présente rien de bien spécial dans son aspect extérieur, si ce n'est qu'elle a le ventre un peu développé, car le teint n'a rien de particulier et l'aspect général est assez satisfaisant.

Il suffit d'inspecter l'abdomen pour reconnaître qu'il ne s'agit pas d'une grossesse, en effet il n'y a pas de tuméfaction de la partie inférieure et médiane; le développement anormal se fait dans les parties supérieures et surtout dans l'hypocondre gauche, ce qui fait penser à la possibilité d'une tumeur splénique.

A la palpation, on reconnaît que l'hypocondre droit se laisse déprimer avec la plus grande facilité, mais que l'hypocondre gauche est distendu par une tumeur volumineuse, dure, rénitente, qui d'une part dépasse la ligne médiane et de l'autre descend jusqu'à l'arcade pubienne. On peut d'ailleurs suivre dans une grande étendue le bord droit de la rate qui est dur et assez tranchant.

La percussion donne des résultats qui concordent avec ceux de la palpation.

La percussion jointe à la palpation montre que le foie n'est pas augmenté de volume.

Un examen rapide des autres organes nous montrera qu'aucun d'eux ne présente de troubles notables.

C'est ainsi que l'appareil respiratoire fonctionne régulièrement, il n'y a ni toux, ni expectoration et il nous est difficile de comprendre que le diagnostic de tuberculose pulmonaire ait pu être porté à une période antérieure.

Le cœur présente un léger souffle de nature anémique, le pouls est normal.

L'appareil digestif est exempt de tout symptôme qui vaille la peine d'être rapporté. Les urines peu abondantes ne contiennent ni sucre ni albumine. Le seul trouble nerveux est une asthénie marquée.

Contrairement à ce qui est observé dans les leucémies, il n'y a ici aucune hémorragie. On ne trouve non plus aucune adénite.

En résumé, nous pouvons dire que notre malade a une grosse rate, ou plus exactement une rate énorme, un certain degré d'anémie et de l'asthénie.

Mais la mégalosplénie devait nous engager à examiner le sang, et nous avons reconnu qu'il s'agissait d'une leucémie, et même d'une leucémie myélogène.

Mais ceci m'engage à vous parler de ce que c'est que la leucémie.

Autrefois, on se contentait de dire qu'il y avait dans le sang des globules rouges et des globules blancs; lorsque ceux-ci étaient légèrement augmentés de nombre on disait qu'il s'agissait d'une leucocytose; si leur nombre était très considérable, il y avait leucocythémie.

Aujourd'hui, des études plus attentives ont démontré que les globules blancs du sang sont de diverses espèces, et qu'il y a lieu de distinguer une leucémie lymphatique et une leucémie myéloïde.

La leucémie lymphatique est caractérisée par une exagération dans le nombre des lymphocytes, plus ou moins semblables à ceux du sang normal.

Dans la leucémie myéloïde, aux lymphocytes normaux sont surajoutés des myélocytes, c'est-à-dire des cellules mononucléaires dont le protoplasma est

(1) Leçon recueillie par M. J. Ferrand, chef de clinique adjoint.

chargé de granulations et semblables à celles qu'on rencontre dans la moelle des os.

Autrement dit, quand les lymphocytes sont en hypergénèse, on a affaire à une leucémie lymphatique, lorsque les myélocytes existent en grande quantité dans le sang on a affaire à une leucémie myélogène.

Ceci dit, nous allons procéder à l'examen du sang de notre malade. Mais comme les caractères du sang normal peuvent ne pas être présents à votre esprit, nous les rappellerons, et en même temps nous indiquerons par quels côtés notre malade s'en éloigne.

Globules rouges. — A l'état normal, les globules rouges sont au nombre de 5 millions par millimètre cube, chez notre malade il n'y en a plus que 2 millions, nous pouvons donc dire qu'elle est anémique.

A l'état normal, il n'y a pas dans le sang de globules rouges nucléés, or nous en avons trouvé quelques-uns; par ce côté encore, notre malade diffère de la normale.

Les lymphocytes et les mononucléaires non granuleux qui existent dans le sang normal se rencontrent encore dans le sang de notre malade, mais suivant la règle ils sont très diminués.

Les éléments polynucléaires ne présentent pas ici de grandes variations.

	Normal.	Chez nos malades.
Polynucléaires neutrophiles....	59 %	63 %
Polynucléaires éosinophiles....	1	3

Souvent les choses se présentent sous un autre aspect, car il est fréquent de constater en pareille circonstance une notable augmentation des éosinophiles.

Les mastzellen qui se présentent en petite quantité à l'état normal, ont été rares dans nos préparations. Dans nombre de cas de leucémies myélogènes on les a trouvés très augmentés de nombre, et cette augmentation a été considérée comme un caractère important de la maladie.

Les myélocytes qui sont des mononucléaires granuleux sont l'élément pathognomonique de la maladie que nous étudions, ils n'existent pas à l'état normal; chez notre malade ils constituaient 24 p. 100 des globules blancs, c'est-à-dire environ le quart. On les divise suivant leur réaction colorante en neutrophiles, éosinophiles et cellules à types de mastzellen (ne différant des mastzellen que parce que le noyau est arrondi au lieu d'être polymorphe).

Remarquons que plusieurs myélocytes sont en karyokinèse, ce qui indique qu'ils sont en voie de multiplication et par conséquent bien vivants; ceci est encore prouvé par ce fait que leur protoplasma est mobile et peut présenter des pseudopodes.

En résumé, la seule présence des myélocytes nous permet d'affirmer qu'il s'agit d'une leucémie et d'une leucémie myélogène.

Dans cette forme de maladie, on constate fréquemment l'opalescence du sérum, mais on l'observe chez nombre de malades et en particulier chez les brightiques.

On a aussi noté dans le sérum la présence de cristaux dits cristaux de Charcot, sur la composition chimique desquels nous ne sommes pas édifiés pas plus que sur leur valeur diagnostique.

Voyons maintenant rapidement en quoi notre malade diffère du type clinique ordinairement observé.

Notre malade n'a pas d'engorgement ganglionnaire, signe d'ailleurs inconstant.

Il ne s'est pas jusqu'à ce jour produit d'hémorragie et cependant elles sont la règle, se produisant sous forme d'épistaxis, de saignement des gencives, d'hémorragies intestinales, internes, de purpura, etc.

Permettez-moi de rappeler aussi les caractères cliniques qui séparent la leucémie myélogène de la leucémie lymphatique. Celle-ci a une forme aiguë rappelant les maladies infectieuses aiguës et amenant la mort dans un espace de temps qui varie de quelques jours à quelques semaines. On n'observe pas de forme aiguë dans la leucémie myélogène.

Dans la leucémie lymphatique les ganglions sont toujours plus ou moins intéressés, surtout ceux du cou et des aisselles, d'où le nom de leucémie ganglionnaire; chez notre malade les ganglions paraissent indemnes. Dans les deux maladies la rate est tuméfiée, mais la tuméfaction est incomparablement plus accentuée dans la leucémie myélogène.

Nous répétons qu'avant tout, ce qui différencie les deux maladies, c'est la formule hémo-leucocytaire sur laquelle nous avons insisté.

Nous ne croyons pas que notre malade guérisse, car tous les cas que nous connaissons et qui ont été observés un temps suffisant se sont terminés par la mort au bout d'un temps variable de six mois à quatre ans. La durée est plus courte que celle de la leucémie lymphatique.

Nous n'avons aucune donnée sur la nature de la maladie, nous en sommes réduits à de simples hypothèses.

On a comparé la leucémie au cancer, nos notions sur la nature véritable du cancer sont tellement vagues que la comparaison est relativement facile et ne nous renseigne guère. La maladie que nous décrivons semble l'effet d'une altération des organes hématopoiétiques et ces organes s'altérant simultanément et parallèlement sur divers points, cette marche est bien différente de celle du cancer.

S'agit-il d'une affection parasitaire? Beaucoup le croient, plusieurs même ont décrit un parasite, ces parasites n'ont pas été retrouvés dans les observations ultérieures. Il est bien possible que la leucémie soit parasitaire; en tout cas je n'engagerais personne à faire l'expérience qui consiste à s'injecter dans les veines du sang leucémique.

Vous me direz que l'expérience pourrait être faite sur les animaux; elle a été fréquemment tentée sans d'ailleurs donner aucun résultat. Ces résultats négatifs ne prouvent du reste rien, car beaucoup de maladies ne sont pas transmissibles d'une espèce à l'autre, et je ne connais pas d'observation de leucémie ayant évolué sur les animaux.

Contre cette maladie incurable, on a proposé bien des traitements; je vous les exposerai, parce qu'ils semblent, quand ils sont bien employés, pouvoir améliorer la situation.

Commençons par éliminer le traitement chirurgical. On a enlevé des rates leucémiques; les malades sont morts rapidement, et il ne pouvait en être autrement; il ne s'agit pas ici d'une maladie exclusivement de la rate, la moelle des os est aussi profondément atteinte et jusqu'à ce jour, il ne s'est pas encore trouvé de chirurgien assez hardi pour en proposer l'ablation.

Parmi les traitements médicamenteux on en propose plusieurs dont le phosphore, l'iode et la quinine forment la base et qui semblent avoir, à diverses reprises, amélioré l'état général, mais les résultats n'ont pas été d'une évidence telle qu'on puisse affirmer l'utilité de leur action.

L'arsenic seul semble avoir eu une action réelle sur le processus et avoir donné de véritables améliorations; on le prescrit sous forme de liqueur de Fowler et de liqueur de Pearson. Dans ces dernières années, on leur a substitué le cacodylate de soude qui s'administre facilement en injections sous-cutanées et qui peut être donné à des doses élevées auxquelles les autres préparations arsenicales produiraient des accidents toxiques.

Dans ces dernières années, on a, comme vous le savez, produit des sérums leucolytiques, c'est-à-dire des sérums qui, introduits dans le sang, détruisent les globules blancs. C'est là une question du plus haut intérêt, mais trop complexe pour que je vous en entretienne, car l'emploi des sérums leucolytiques n'a jusqu'à présent donné aucun résultat dans le traitement de la maladie dont nous parlons.

Vous entretiendrai-je du traitement opothérapique? Émerveillés des succès extraordinaires obtenus dans le myxœdème par l'ingestion de corps thyroïde, on a supposé que les divers tissus devaient avoir des actions utiles dans le traitement des maladies, d'où l'idée de donner du rein dans les maladies du rein, du poumon dans celles du poumon et dans le cas particulier, on donnerait de la rate, des ganglions et de la moelle osseuse. Jusqu'à présent cette méthode thérapeutique, dont la donnée pathogénique était un peu simpliste, n'a donné aucun résultat; elle est d'ailleurs sans inconvénient et vous pourrez l'essayer si vous ou vos malades en avez le moindre désir.

J'ai hâte d'arriver à un mode de traitement tout récent, l'emploi des rayons X dans le traitement de la leucémie.

Ce sont d'étranges agents que ces rayons X, qui ne sont révélés à nos sens que par des procédés indirects. Ils servent au diagnostic, et vous savez les grands services qu'ils nous ont rendus à diverses reprises. Ils ont une action thérapeutique puissante sur certaines variétés d'épithéliomas, sur certaines affections cutanées, sur les teignes, sur les affections des glandes, etc.

Mais ces rayons X ne sont pas exclusivement bienfaisants. Ils peuvent provoquer de graves accidents sur lesquels je ne veux pas insister aujourd'hui, mais qui sont d'une gravité telle que j'ai demandé à l'Académie de médecine d'émettre un vœu, pour que les personnes non munies du diplôme de docteur qui les emploient au diagnostic et au traitement des maladies soient poursuivies pour exercice illégal de la médecine.

Avant de parler de l'action dans la leucémie, parlons des actions sur l'homme sain et sur l'animal.

En exposant un animal à l'action des rayons X, on obtient d'abord une modification du sang qui consiste en une désagrégation des lymphocytes; cette destruction peut être poussée jusqu'à la presque disparition des globules.

Les éléments lymphatiques sont également détruits dans les ganglions, dans la rate, dans la moelle des os, les follicules intestinaux et ce ne sont pas seulement les éléments cellulaires qui sont détruits, mais les glandes hématopoiétiques elles-mêmes s'atrophient. Déjà au bout d'un quart d'heure d'exposition l'effet des rayons X est très appréciable.

Appliqués au traitement de la leucémie les rayons X ont produit les résultats suivants :

Ils diminuent le nombre des leucocytes et des myélocytes, la rate diminue de volume ainsi que les ganglions; il est éliminé une quantité considérable d'acide urique, probablement par le fait de la destruction des globules blancs; le poids augmente, l'appétit renaît, le sommeil et les forces reviennent.

Alors, me direz-vous, c'est merveilleux? Oui et non.

Oui, parce que ces résultats sont des plus intéressants dans une maladie jusqu'aujourd'hui réfractaire à toute action thérapeutique évidente.

Non, parce que je ne connais pas une seule observation de guérison définitive. Tous les malades observés un temps suffisant sont retombés et sont morts.

Quant au détail de l'application des rayons Röntgen, ce sera l'objet d'une de nos conférences ultérieures, et nous vous exposerons en détail les bienfaits et les dangers de cette méthode.

CONTRIBUTION
A
L'ÉTUDE THÉRAPEUTIQUE DU TÉTANOS

Par le docteur ROGIER (d'Arnay-le-Duc),
Ex-interne des hôpitaux de Dijon,
et F. GUÉNOT,
Préparateur à l'École supérieure de pharmacie de Paris,
Ex-interne des hôpitaux.

Le sérum antitétanique n'ayant qu'une influence insuffisante sur le tétanos confirmé, il nous a paru d'un intérêt capital de ne rien négliger dans l'observation thérapeutique de cette affection.

On connaît depuis longtemps des cas de tétanos classique terminés par des guérisons (Verneuil, Tétanos traumatique guéri par le chloral, in *Comptes rendus de l'Acad. des sc.*, t. LXX, p. 575, 1870). MM. Labadie-Lagrave et Ch. Laubry en rapportaient encore récemment une observation à la Société médicale des hôpitaux (séance du 29 avril 1904). Selon ces auteurs, la guérison de certains cas de tétanos doit être attribuée non pas à l'action de telle

ou telle médication, mais à la bénignité de l'affection procédant elle-même d'une virulence très atténuée de l'élément pathogène. Ils ne se croient pas autorisés cependant à conseiller une abstention thérapeutique. Même ils donnent la préférence aux médicaments modérateurs des centres réflexes et surtout au chloral et à la fève de calabar.

A. De l'emploi du chloral. — *Les résultats qu'on obtient avec le chloral semblent jusqu'à présent suffisamment fonction de son mode d'emploi pour attirer l'attention des observateurs* (Rogier).

Bref, il y a tout intérêt à donner le chloral en *injections intramusculaires* (1). (Administrer le chloral en injections, c'est du reste procéder par analogie avec la morphine qui produit ainsi les effets les plus immédiats.) *L'avantage de cette technique consiste dans la rapidité plus grande de l'obtention du calme, dans la persistance mieux marquée de la résolution musculaire* (Rogier).

Voici du reste quelques observations :

Premier cas. — B..., seize ans, ouvrier mouleur à la fonderie de Lacanche (Côte-d'Or). Brûlure du deuxième degré au pli du coude droit le 15 juin 1903. Reprend son service avant cicatrisation. Douze jours après, apparition du trismus. Au troisième jour du trismus, opistothonos, contracture de la paroi thoracique et des membres à leur maximum; crises nombreuses : trois par heure environ, chaque fois qu'on aborde le lit du malade, la crise apparaît. Première injection chloralée :

Chloral..........	2 grammes.
H^2O stérilisée.....	20 centimètres cubes.

Durant six heures le malade est relativement tranquille, il repose un peu n'ayant plus que de très faibles crises, puis les accidents se reproduisent.

Douze heures après le début de ces nouveaux accidents, nouvelle injection chloralée. Même résultat.

Il est à noter que par surcroît de prudence, le sérum antitétanique a été employé parallèlement à raison de 30 centimètres cubes par jour durant quatre jours et cela après l'apparition du trismus.

La température des premiers jours se maintient entre 39 et 40 degrés. Peu à peu les crises diminuent de fréquence et d'intensité. Les injections de chloral sont continuées durant quinze jours, après quoi le malade ne prend plus ce médicament qu'en potion. La guérison arrive enfin au bout de trois semaines. B... jouit, depuis, d'une santé excellente.

Deuxième cas.— Enfant G... à Deway, près Decize (Nièvre). Blessures superficielles au scrotum et à la main gauche en tombant dans une haie qu'il voulait traverser, le 14 août 1903. [Le tétanique a été vu la première fois, le 1er septembre, par le docteur Rogier alors en période militaire à Decize, alors que l'affection avait paru avec ses signes habituels depuis trois jours.] Il y avait trois jours, aux dires de la mère et de la grand'mère, que l'enfant n'avait pas eu un instant de repos. Première injection chloralée :

Chloral..........	2 grammes.
H^2O stérilisée....	10 centimètres cubes.

Et G... dort tranquillement une partie de la nuit. Les contractions reviennent au matin; deuxième injection : soulagement immédiat.

Du 1er au 11 septembre le malade a, chaque jour, une injection de 10 centimètres cubes contenant 2 grammes de chloral.

Il a été injecté également au début 2 tubes de sérum.

Du 11 au 18, on ne lui donne qu'une injection de 10 centimètres cubes avec 1 gramme de chloral.

Du reste à partir du 15 septembre le jeune malade a été remis aux soins de son médecin habituel, le docteur Régnier (de Decize). Voici les réflexions textuelles de ce dernier à la fin de l'observation : « Ce qu'il y a de remarquable dans ce traitement par les injections intramusculaires de chloral, c'est la rapidité de l'obtention du calme et de la résolution musculaire ainsi que sa persistance, durant parfois douze heures. » La pratique dans les soins donnés aux tétaniques montrera que ces faits peuvent être érigés en principes.

B. Action de l'oxygène. — Arrivons maintenant à un cas de tétanos aigu des plus intéressants, et nous en profiterons pour montrer l'action d'un élément dont on néglige peut-être trop souvent les effets physiologiques, l'O.

L'affection avait débuté des plus brusquement le 29 juin, chez le jeune B... âgé de vingt ans, jardinier, à la suite d'une plaie au gros orteil du pied gauche. Les troubles moteurs étaient des plus accusés, la température très élevée continuellement. A la contracture des masséters et ptérigoïdiens internes s'était ajoutée celle des muscles de la face et celle très accusée des muscles de la nuque et du dos (1). Durant les crises convulsives, l'opisthotonos devenait inquiétant. Dès le début de la crise, l'altération du rythme respiratoire se produisait rapidement et atteignait son maximum de gravité : le thorax s'immobilisait et l'asphyxie partielle était fréquente. L'asphyxie totale était donc à craindre à chaque instant.

Dans un tel cas surtout et *d'une façon générale chaque fois qu'il y a nettement phlegmasie des voies respiratoires, contraction progressive des muscles inspirateurs, l'apport d'O est de toute nécessité* (F. Guénot).

Ici, maintes fois, par l'apport d'O dans le pharynx nous avons vu se rétablir de suite le mécanisme de l'expiration et de l'inspiration. On obtient une véritable chute de la crise et le malade l'exprimait naïvement par ces mots : « J'ai un apache sur la poitrine; » l'O enlève l'apache. Un sujet intelligent espacera lui-même ses crises presque à volonté; ne ferait-il que les diminuer dans une faible mesure, il chargera moins son sang d'acide carbonique (2) et ce sera là, pour lui, une cause de résistance sérieuse à ses toxines.

C'était là, du moins, l'idée dominante qui nous conduisait à ce genre d'essai. Quoique le bacille de Nicolaïer semble se localiser à la blessure, il n'est peut-être pas tout à fait inutile non plus de perdre

(1) On ne détermine ainsi pas de sphacèle.

(1) La médication chloralée a été suivie ponctuellement chaque jour (piqûres à la cuisse).

(2) Rappelons l'hyperémie des poumons sur laquelle Verneuil a tant insisté.

de vue qu'il est anaérobie. Nous savons que Brieger (1) a retiré une série de ptomaïnes, tétanine, tétatoxine, spasmotoxine et spasmodine de cultures de bacille de Nicolaïer ; il eût été intéressant de nous renseigner sur l'action de l'O vis-à-vis de ces éléments. On nous pardonnera, toutefois, de n'avoir eu le temps de le faire encore.

A ceux qui, naturellement, nous objecteront que la contraction des mâchoires est un obstacle à l'apport d'O, nous répondrons que rien n'empêche de mettre à demeure une fois pour toutes dans la bouche du malade le tube d'arrivée d'O. On trouvera toujours un moment où lui-même s'y prêtera et dans une plus large mesure qu'on ne le croirait *à priori*. L'expérience dira plus tard s'il est des cas où la trachéotomie doit être une auxiliaire utile de la méthode.

Nous recommandrons d'avoir toujours, et rien n'est plus facile, de l'O à une pression supérieure à la pression atmosphérique, car la simple ouverture d'un robinet sur le tube d'arrivée soulagera le tétanique. Puis la voie nasale pourra peut-être suppléer la voie buccale.

Ceci posé, nous sommes convaincu que la mort par asphyxie peut être écartée dans une large mesure dans le tétanos aigu. Nous verrons plus tard si la mort par syncope, à laquelle a échappé également le malade dont nous parlions, peut subsister. Nous reviendrons, du reste, sur ce sujet (2).

Quoi qu'il en soit, il résulte qu'en associant *le chloral en injections intramusculaires comme agent modérateur des centres réflexes à l'O comme antagoniste des troubles respiratoires*, *nous proposons une méthode que tout praticien aura facilement sous la main*, *même dans les endroits les plus reculés* (3).

Il serait à souhaiter que cette méthode fût appliquée dans l'éclampsie puerpérale, en raison surtout de la rapidité des accidents qu'il importe d'enrayer dans le plus bref délai.

FORMULAIRE

GARGARISME CONTRE LA PHARYNGITE GRANULEUSE

Borate de soude	6 grammes.
Glycérine à 30 degrés	10 —
Eau de menthe	40 —
Eau distillée	100 —

A employer tiède. (Georges Laurens.)

(1) Brieger. Société de médecine interne de Berlin, 4 avril 1887. *Deutsch. med. Wochens.*, 1887, et *Semaine méd.*, p. 147, 1887.

(2) Le docteur Masson, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien des hospices de Beaune, vient de traiter avec succès un cas de tétanos par la méthode combinée des injections intramusculaires de chloral et des inhalations d'oxygène, et voici son impression au sujet de ce dernier : « Quant à l'action de l'oxygène, elle m'a paru réelle, la crise avait la même durée, mais elle était moins violente. »

(3) Il ne nous semble pas inutile d'insister sur ce point que l'industrie peut délivrer aujourd'hui de l'O renfermé sous pression dans des cylindres métalliques les plus réduits et de dimension voulue. L'appareil le plus perfectionné est l'inhalateur de Guglielminetti.

Ier CONGRÈS INTERNATIONAL DE PHYSIOTHÉRAPIE

TENU A LIÈGE

SOUS LA PRÉSIDENCE D'HONNEUR DE M. LE BARON VAN DER BRUGGEN MINISTRE DE L'AGRICULTURE

Le Congrès s'est tenu à Liège, du 12 au 16 août. Quoique annoncé très tardivement, grâce à l'organisation parfaite et au dévouement du Comité d'initiative et des secrétaires généraux, MM. de Munter, Gunzbourg, Lejeune, etc., cette manifestation, qui réunissait pour la première fois tous les physiopathes des différents pays, a en tous points été parfaite.

Le Congrès a été divisé en quatre sections : 1° Cinésithérapie ; 2° Hydrothérapie, thermothérapie et climatothérapie ; 3° Electrothérapie ; 4° Radiologie. En outre, pour les questions d'ordre général, le Congrès s'est réuni en séances plénières.

1° Cinésithérapie. — M. le docteur Gommaert (de Gand) a fait une communication sur la cinésithérapie pulmonaire dont il préconise l'emploi afin d'assurer une plus grande ventilation des poumons, et dont les indications se posent surtout dans l'enrouement, la période de convalescence du catarrhe bronchique et des affections broncho-pulmonaires, des pneumonies et des pleurésies, et surtout de l'emphysème. M. Rosenthal (de Paris) a étudié la même question dans un rapport très complet où il insiste surtout sur le traitement prophylactique de la tuberculose pulmonaire des rhino-adénoïdiens, et dans les « sommets de Grancher » et il rapporte à l'appui de son mémoire, 8 cas de guérison.

M. Cautru (de Paris) a apporté les résultats qu'il a obtenus dans le massage précordial dans les maladies du cœur.

L'éducation des mouvements a fait l'objet d'un volumineux et très documenté rapport de M. Maurice Faure (de Lamalou). Il montre que l'attention et l'essai finissent par donner la production automatique du mouvement. Non seulement les actes de la vie de relation, mais encore ceux de la vie de nutrition sont susceptibles d'éducation ; on peut ainsi régler aisément la respiration, la miction, la défécation, etc., et il conclut que c'est l'avenir de la gymnastique d'apprendre à chacun à se servir de ses muscles avec le minimum d'efforts et le maximum d'effets utiles pour les mouvements nécessaires à la vie.

M. Von Hovorka (de Vienne) a entretenu le Congrès de l'importance de la chirurgie et de la mécanique orthopédique. M. Gunzbourg (d'Anvers) s'est étendu sur l'action physiologique et les indications de la mécanothérapie, et a montré qu'elle était l'application du mouvement dosé et fractionné ; elle évite la fatigue, l'essoufflement et, par conséquent, elle constitue l'indication spécifique dans les impotences suites d'accidents, les affections cardiaques, les maladies de la nutrition. M. Dagron (de Paris) a insisté sur la rééducation de la fonction dans les membres traumatisés, et plus particulièrement la rééducation de la marche, qui doit être entreprise de

suite après l'accident pour éviter et à la fois limiter les phénomènes atrophiques et les phénomènes psychomoteurs.

M. Le Marniel (de Bruxelles) s'est étendu sur le traitement mécanothérapique de la scoliose. Au premier degré le corset est nuisible, elle doit être traitée en supprimant la cause et en faisant de la gymnastique de redressement; au deuxième degré le corset ne sera employé qu'exceptionnellement et concurremment avec les autres procédés; au troisième degré la scoliose n'est jamais curable, on devra faire le redressement forcé et le maintien dans la position de réduction par un bandage inamovible ou amovible avec électrisation et massage suivant les cas.

M. Kaisin a présenté un appareil redresseur de la colonne vertébrale.

M. le professeur Zabulowski (de Berlin) a présenté un nouveau clavier destiné à prévenir les crampes des pianistes.

Entre autres communications : M. Desguin (d'Anvers), du massage dans le traitement des fractures; M. Gourdon (de Bordeaux), de la réduction non sanglante de la luxation congénitale; M. Dagron (de Paris), traitement de l'hydarthrose; M. Schantz (de Dresde), traitement de la scoliose par le massage, et M. Sosnowska, sur la méthode de Brandt.

2° **Hydrothermothérapie.** — M. Mladejowsky (de Marienbad) a montré l'avantage qu'on pouvait retirer dans l'artério-sclérose des bains de Marienbad. M. Walcke a insisté sur les propriétés physiologiques et les indications du bain de vapeur ou bain russe dans la diathèse goutteuse, l'obésité, le rhumatisme. M. Wybauw (de Spa) a insisté sur l'action physiologique de l'hydrothérapie. M. Allard (de Paris) montre que les bains thermolumineux électriques remplacent avec avantage les autres formes de chaleur (eau chaude, air chaud, vapeur) et qu'il peut être utilisé pour : 1° provoquer une suractivité des combustions organiques; 2° sédation de la douleur; 3° faciliter la résorption des exsudats et l'élimination des produits de déchets (obèses, goutteux, arthritiques, douleurs généralisées ou violentes).

M. Dekeyser (de Bruxelles) a étudié la thermothérapie spécialement au point de vue de la dermatologie (acné, couperose, et surtout lupus).

3° **Electrothérapie.** — M. Bienfait (de Liège) traite les dyspepsies surtout par le courant continu à la dose de 30 à 50 milliampères, M. Leullier (de Paris), sur des dilatés atones, s'est bien trouvé chez des malades qui avaient résisté aux traitements ordinaires, de la galvanisation rythmée ou de la galvano-faradisation intrastomacale. MM. Laquerrière et Delherm (de Paris), rapporteurs, ont présenté un rapport sur les méthodes électriques dans les maladies de l'intestin. Ils ont précisé surtout les indications et les contre-indications (folie viscérale, raisonneurs, phobiques, etc.), de leur méthode de la galvano-faradisation sédative dans les constipations habituelles et les entérites. Ils ont discuté les indications du lavement électrique dans la colique de plomb, l'occlusion, l'obstruction, et les différents traitements des constipations symptomatiques.

M. Stembo (de Wilna) a montré les bons effets qu'on pouvait tirer de la haute fréquence intrarectale dans la cure des hémorroïdes.

M. Zanoga signale les bons effets obtenus dans l'atrophie optique tabétique avec des courants de haute intensité et de durée peu longue : procédé nouveau.

M. Libotte (de Bruxelles) s'étend sur la physiologie des courants de haute fréquence et de haute tension (d'arsonvalisation), il montre leur action sur la circulation (vaso-dilatation), la respiration (ventilation pulmonaire plus forte), sur les échanges entre le sang et les tissus, sur l'excrétion urinaire (augmentation de l'urée, de l'acide urique, etc.).

M. Moutier (de Paris) a exposé le traitement de l'hypertension artérielle par les agents physiques, il passe en revue la massothérapie, l'hydrothérapie, le bain carbogazeux, l'électrothérapie avec courants de haute fréquence.

M. Haskovec (de Pragne) a vu que dans la neurasthénie, après galvanisation quotidienne de la tête quand l'amélioration se produit, il y a augmentation de la résistance galvanique.

M. Sudnik (de Buenos-Ayres) préconise les bobines faradiques en fils de maillechort.

M. Planet (de Paris) montre tout le parti qu'on peut tirer de la faradisation énergique des hydarthroses, ce qui permet de ne pas immobiliser le membre.

M. le professeur Luzenberger (de Naples) développe l'action physiologique de la franklinisation.

M. Nicolet (de Bruxelles) insiste sur le parti qu'on peut tirer de l'électromagnétisme dans les névralgies, les rhumatismes musculaires.

M. Renault [de Paris (rapporteur)] nous montre le rôle de l'électrothérapie dans les accidents du travail, il passe en revue les indications des différents courants, et il insiste sur tout le parti qu'on doit tirer de l'électrodiagnostic qui permet d'évaluer le pronostic, et de dépister les simulateurs.

MM. les professeurs Bordier et Bonnenfant (de Lyon) ont montré que le courant galvanique à intermittences rapides était un bon traitement de l'obésité.

MM. Oudin et Ronneaux [de Paris (rapporteurs)] ont montré l'action des courants de hautes fréquences sur les états phlegmasiques des tissus.

M. Courtade (de Paris) a étudié la pathogénie et le traitement électrique du spasme de l'urètre.

4° **Radiologie.** — M. Belot (de Paris), technique et radiothérapie (rapporteur), insiste sur l'importance qu'il y a à connaître la qualité, la quantité des rayons, il expose les différentes méthodes (séances longues espacées, séances courtes répétées, méthode de la dose massive, etc.) et il donne un certain nombre de formules pour quelques affections. M. Nobele (de Gand) traite la même question.

M. Guilleminot [de Paris (rapporteur)] expose les avantages de l'orthodiagnostic appliqué au diagnostic des affections thoraciques (mensuration de l'aire du cœur, renseignements sur la fonction respiratoire, etc.).

M. le professeur Bordier (de Lyon) expose la régé-

nérescence des écrans au platinocyanure de baryum.

M. Haret (de Paris) développe les indications de la radiothérapie qui doit actuellement être appliquée à trois grands groupes d'affections : dermatoses, néoplasmes, lymphadénies et leucémies.

M. Curchod (de Bâle) insiste sur l'avantage des instruments de mesure en radiothérapie.

MM. Desplats (de Lille) et Piccinio (de Naples) rapportent deux observations d'adénite tuberculeuse guérie par les rayons X.

MM. Stembo (de Wilna) et Kienbök (de Vienne) insistent sur les bons résultats obtenus avec les rayons X sur le sarcome.

M. Henrard (de Bruxelles) a montré tout le parti qu'on pouvait tirer de la radioscopie pour aider à la recherche des corps métalliques de l'œsophage.

M. Albert Weill (de Paris) a exposé le traitement de l'hypertrichose.

M. Hautechamp (de Bruxelles) a consacré un rapport très documenté au radiodiagnostic des organes internes.

— Le Congrès a envisagé dans ses séances plénières l'état de l'enseignement de la physiothérapie dans les différents pays : Suède (Haglund), Hollande (Vries Reilingh), Roumanie (Serafidi), Allemagne (Lossen), Belgique (Le Marinel), France (Belot), et tous ont conclu à l'organisation d'un enseignement convenable qui donnerait aux médecins des notions au moins indispensables.

Enfin, le Congrès a décidé de mettre à l'ordre du jour de sa prochaine réunion les deux questions suivantes :

Exercice illégal de la physiothérapie en France (MM. Laquerrière et Delherm, rapporteurs).

L'empirisme en physiothérapie et des mesures à prendre pour le combattre (M. de Munter).

Le prochain Congrès aura lieu à Genève, en 1907.

Dr DELHERM.

LIVRES NOUVEAUX

Chirurgie du système nerveux [crâne et encéphale, radius et moelle, nerfs (1)], par M. Georges Marion, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.

L'auteur, dans sa préface, indique pourquoi la chirurgie nerveuse apparaît comme manifestement en retard sur les autres chirurgies viscérales : c'est à cause de l'incertitude prolongée du diagnostic qui fait opérer trop tard, d'autre part c'est à cause de la délicatesse du système nerveux, dont chaque portion ne peut être suppléée et qui ne se régénère pas une fois détruite.

Le nombre des interventions étant très limité, les progrès y sont particulièrement lents et les méthodes n'ont encore rien de définitif.

La première partie de cet important ouvrage est consacrée au crâne et à l'encéphale.

(1) T. VI. du *Traité de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale*, publié sous la direction de MM. Paul Berger et Henri Hartmann. Prix : 18 francs. — Paris, G. Steinheil.

M. Marion commence par donner un résumé de l'anatomie topographique de l'encéphale, et expose minutieusement les divers moyens proposés pour repérer sur l'exocrâne les régions les plus importantes. Un chapitre très complet est consacré aux différents procédés de craniectomie. Signalons aussi ce qui a trait aux fractures du crâne, épanchements sanguins intra-craniens, abcès intra-craniens, épilepsie, enfin aux affections néoplasiques.

L'auteur indique d'abord dans chacune de ces questions, d'une façon très claire et précise, les différentes éventualités au milieu desquelles on peut se trouver et quelle est la meilleure thérapeutique dans chaque cas.

Dans la seconde partie qui a trait au rachis et à la moelle, après une étude de la topographie rachi-médullaire et de la physiologie de cette région, M. Marion expose la technique de la laminectomie, de la ponction lombaire, de l'injection épidurale. Signalons un chapitre très complet consacré à la tuberculose vertébrale.

La troisième partie comprend la chirurgie des nerfs ; l'auteur commence par indiquer les affections qui peuvent nécessiter une intervention : compression, ruptures, tumeurs, etc., et les opérations susceptibles d'être pratiquées sur les nerfs en général pour interrompre leur continuité, la rétablir en cas de section, ou modifier l'état du nerf.

Puis chaque nerf est envisagé en particulier, d'abord au point de vue de sa position anatomique, puis au point de vue de la technique pour l'aborder en plusieurs points de son trajet. Nous signalerons deux chapitres particulièrement intéressants qui traitent de la chirurgie du trijumeau et de celle du sympathique.

Disons en terminant que l'auteur a voulu écrire un livre essentiellement pratique et qui soit d'une lecture facile, il y a pleinement réussi, son style clair et concis, les très nombreuses figures personnelles qu'il a fait exécuter, rendent aisée la lecture même des passages les plus ardus, aussi le succès de cet important ouvrage est assuré.

ÉTIENNE LE SOURD.

Atlas-manuel de chirurgie oculaire (1), par les docteurs Haab et Monthus.

Encouragé par le succès qu'avaient eu les éditions successives des deux livres de Haab et Terson, qui traitent, l'un des maladies externes de l'œil, l'autre des maladies des membranes profondes, le docteur Monthus, chef de clinique à la chaire ophtalmologique de la Faculté, a édité une traduction du livre de Haab sur la chirurgie oculaire. Ce livre n'est d'ailleurs pas une simple traduction. Le traducteur a mis du sien en bien des endroits et a su rendre encore plus intéressant un livre qui est appelé à rendre les plus grands services aux cliniciens et les débutants en ophtalmologie, avant d'aller voir opérer un maître, feront bien de lire la description opératoire dans le livre de Haab et Monthus. C'est précisément la qualité qu'on doit lui reconnaître de mettre en lumière le procédé le plus simple, d'insister sur lui et de mettre au second plan les descriptions sommaires des autres procédés. C'est vraiment un livre très précieux avec des figures très bien faites et qui rendra service à plus d'un étudiant au début de ses études ophalmologiques, et au praticien qui, loin de tout centre, peut être appelé à faire un jour, souvent bien malgré lui, une opération urgente destinée à rendre service à son malade.

L. ROCHE.

(1) In-8. Prix : 16 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Les écrits et les dessins dans les maladies nerveuses et mentales (1), par le docteur Rogues de Fursac.

L'étude du dessin et surtout celle de l'écriture donnent de précieux renseignements au médecin, au médecin légiste ou à l'historien, sur les troubles moteurs et les troubles psychiques. L'auteur expose d'abord la méthode et les différentes altérations que peut présenter l'écriture, avec la valeur séméiologique de chacune d'elles, puis il passe en revue les différentes maladies nerveuses et mentales, où peuvent se rencontrer des troubles de l'écriture, en indiquant, pour chacune, la caractéristique de ces modifications. La lecture de l'ouvrage est rendue facile et instructive, par le nombre considérable de reproductions d'écritures pathologiques qui illustrent le texte. Puis vient une curieuse série de dessins exécutés par des aliénés.

L. Alquier.

(1) In-8° de 318 p., avec 232 fig. dans le texte. — Prix : 12 francs. — Paris, Masson et Cie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1904-1905 (*fin*)

M. Delahousse. Des formes frustes de quelques maladies infectieuses. — M. Bonnamour. Etude histologique des phénomènes de sécrétion de la capsule surrénale chez les mammifères. — M. Kœnig. Ostéomalacie infantile. — N. Perot. Etude sur la syphilis chez le médecin. — M. Groc. Des troubles gastro-intestinaux chez les adénoïdiens; étude pathogénique. — M. Cathala. La céphalée dans la tuberculose. — M. Le Petit. Des arthrites consécutives à l'ostéomyélite, et développées à distance du foyer primitif. — M. Dizac. De la rupture du varicocèle; hydro-hématocèle concomitante. — M. Larroque. Du traitement de l'épilepsie essentielle par la section du sympathique cervical. — M. Eybert. Du rétrécissement vrai du l'urètre consécutif à l'atrésie du méat et au phimosis. — M. Gari. Bacilles de Koch dans le sang. — M. Dorange. Le mouillage du lait et la cryoscopie. — M. Tureau. Contribution à l'étude des gommes syphilitiques de l'iris. — M. Charton. De la méthode de Dreyner en photothérapie. — M. Gammes. Diagnostic de l'hydrocéphalie congénitale pendant la grossesse et le travail, sur un signe nouveau, « le coup de hache circulaire. » — M. Villard. Du myome malin de l'utérus. — M. Rayot. Anatomie pathologique de la syphilis des os longs chez le nourrisson. — M. Renaud. De la signification clinique du syndrome urinaire de Bence Jones (albuminurie thermotylique); ses rapports avec la parasyphilis. — M. Malmonté. Tuberculose pulmonaire et rétrécissement mitral pur. — M. Regnault. Anémie pernicieuse progressive et cancer latent de l'estomac. — M. Grondone. De l'épilepsie choréiforme. — M. Martin. Pied plat valgus douloureux d'origine tuberculeuse; tuberculose inflammatoire. — M. Labougle. Contribution à l'étude du véronal. — M. Reynaud. De quelques procédés de dosages approximatifs, mais rapides, de l'albumine dans les urines. — M. Duteil. De l'incision simple des collections appendiculaires suppurées. — M. Berthezenne. Traitement de la néphrite syphilitique secondaire. — M. Bourgeois. Traitement par la ponction de l'hémothorax traumatique déterminant des accidents hémorragiques. — M. Sailly. Contribution à l'étude de la périnéorraphie à étages. Myorraphie des releveurs de l'anus. — M. Rolin. De la dysenterie bacillaire. — M. Donius. Psoïtis actinomycosique. — M. Pellanda. La mort par fibromyomes utérins. — M. Charrasse. Indications réciproques du cathétérisme et de l'intervention chirurgicale dans l'hypertrophie prostatique. — M. Maléeff. Etude clinique des perforations utérines abortives. — M. de Mouxy. Le rhumatisme tuberculeux au sanatorium d'Hauteville. — M. Lavis. Recherches sur la pathogénie de l'urémie (sécrétion interne des reins et cytoxine. — M. Tony. Du traitement secondaire des fractures. — M. Papillon. Des interprétations délirantes et des hallucinations chez les amputés aliénés. — M. Vieille. Etat mental de Beethoven. — Mollière. Une famille médicale lyonnaise au xviie siècle : Charles et Jacob Spon. — Goruschine. La suppuration des kystes dermoïdes de l'ovaire et son traitement. — M. Blanc. Variétés cliniques et traitement chirurgical des déviations de la cloison des fosses nasales. — M. Chamba. Epidémie de desquamation linguale associée à la perlèche. — M. Douvre. Du traitement des néoplasmes par les rayons X. — M. Bériel. La sclérose pulmonaire discrète d'origine tuberculeuse. — M. Warot. Contribution à l'étude des kystes hydatiques de la rate. — M. Crouzet. Tuberculose cæcale; thérapeutique chirurgicale. — M. Aurenche. Le chlorure d'éthyle. — M. Molimar. Tarsalgie des adultes. — M. Rolland. Fistule vésico-utérine. — M. Genevois. Myomes cutanés. — M. Bouvier. Ostéomes suppurés du sinus maxillaire. — M. Hinglais. Tumeurs mixtes de la glande sous-maxillaire. — M. Maublanc. Tumeurs du cervelet. — M. Fléchet. Ablation totale de l'humérus. — M. Liabot. Décollements épiphysaires du calcanéum chez l'enfant. — M. Rousset. Des fistules gastro-cutanées consécutives à l'ulcère de l'estomac. — M. Serrière. Du rôle de la prostate dans la genèse des urétrites spontanées. — M. Jandot. Des tératomes de la région sacro-coccygienne considérés dans leur étude clinique. — M. Balestre. Etude statistique sur la mortalité intantile de zéro à un an et d'un an à deux ans à Nice, de 1887 à 1904. — M. Rovery. Contribution à l'étude de la lèpre. — M. Reynier. Du bassin aplati et généralement rétréci. — M. Revol. La syphilis tertiaire du larynx; étude clinique. — M. Seillon. Contribution à l'étude de la tuberculose de l'iris. — M. Favre. L'agurine; observations cliniques. — M. Ch. Arnaud. De l'anesthésie discontinue en chirurgie gastrique et intestinale. — M. Matagrin. Délire somatique et psychonévroses. — M. P. Arnaud. La rougeole en 1904, à la Charité, chez les filles. — M. Gerbier. Le traitement des tics par la rééducation. — M. Boncourt. Du rhumatisme articulaire aigu et subaigu. — M. Genairon. Contribution à l'étude de l'auscultation buccale. — M. Drouhin. Histoire de l'ophtalmologie à Lyon. — M. Moreau. Manifestations oculo-orbitaires des sinusites sphénoïdales. — M. Armand. Contribution à l'étude des épistaxis. — M. Beaudot. Henri Cliet, accoucheur lyonnais (1789-1850). — M. Mesguiche. De la résection du maxillaire inférieur avec prothèse immédiate. — M. Sarvonat. Le rétrécissement congénital hypertrophique du pylore chez le nouveau-né. — M. Gauthier. Des kystes des maxillaires d'origine dentaire. Kystes folliculaires et paradentaires. — M. Debroye. Volvulus du cæcum. — M. Pallasse. Recherche et valeur pronostique de la quantité de l'épanchement dans les pleurésies séro-fibrineuses tuberculeuses. — M. Granier. Myélites par toxines tuberculeuses. — M. J. Malherbe. Les dispensaires antituberculeux type Calmette. Le dispensaire de Lyon. — M. Francoz. Contribution à l'étude du xeroderma pigmentosum. — M. Pellet. Réflexions sur le rôle de l'élément grippal dans les maladies infectieuses. — M. Maes. Le tuménol et son emploi en dermatologie. — M. Martin. Etude des rigidités anatomiques cicatricielles et syphilitiques du col utérin; traitement par les interventions sanglantes. — M. Pétrement. Du meilleur procédé d'abouchement dans la pylorectomie. — M. Rolland. Du forceps lyonnais ou forceps à branches parallèles. — Mlle Théoktistoff. De l'épilepsie dans ses rapports avec les lésions rachidiennes et médullaires.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le celluloïd en orthopédie, par le docteur L. de Mélier de Labarthe, ancien interne des hôpitaux de Berck. In-8 de xxxii-168 p. et 106 fig. — Prix : 6 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

De l'eau de mer et du sérum artificiel chez le nouveau-né, par le docteur Gabriel Lachèze, ancien externe des hôpitaux de Paris. In-8 de 144 p. avec tracés dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

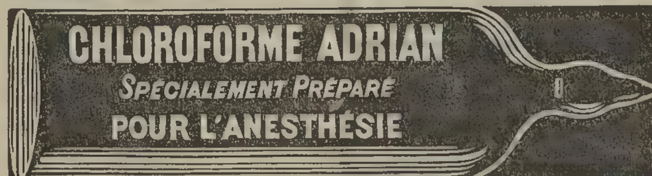
Les épidémies et les maladies contagieuses au XXe siècle, par le docteur Jules Félix, professeur à l'Université nouvelle de Bruxelles. In-18 jésus, avec nomb. fig. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

Description de quelques bassins rachitiques, par le docteur Gaston Doin. In-8 de 108 p. avec 53 fig. dans le texte et hors texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Moustiques et fièvre jaune, par A. Chantemesse, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, et F. Borel, directeur de la deuxième circonscription sanitaire maritime. In-18 de 96 p. avec fig., cart. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.



CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Billets pris à l'avance. — Les gares de Paris, Lyon, Marseille, Saint-Étienne, Aix-les-Bains et Genève délivrent à l'avance, par série de vingt, des billets de 1re, 2e et 3e classes, pour les gares de la banlieue de ces villes et réciproquement.

Ces billets peuvent être utilisés dans les deux sens (aller et retour). Leurs prix présentent une réduction de 10 p. 100 sur les prix des billets ordinaires. Les billets délivrés pendant les dix premiers mois de l'année sont valables jusqu'au 31 décembre inclus et ceux qui sont délivrés pendant les mois de novembre et décembre jusqu'au 31 décembre inclus de l'année suivante. Les demandes doivent être adressées aux chefs des gares intéressées ou dans les bureaux succursales.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF
Note sur la nature et les principales indications thérapeutiques de la colite muco-membraneuse (suite), par MM. Albert Mathieu et J.-Ch. Roux.
TRAVAUX ORIGINAUX
Electricité et constipation chronique, par M. Paul-Ch. Petit.
FAITS CLINIQUES
Un cas de grossesse quadruple, par M. Falcoz.
LIVRES NOUVEAUX
FORMULAIRE
Antiprurigineux.
NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)
Formes cliniques de la tubercalose intestinale.
FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER
Thèses soutenues pendant l'année scolaire 1904-1905.
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

MARINE. — Un concours pour l'emploi de professeur de petite chirurgie et séméiologie médicale à l'École annexe de médecine navale de Toulon sera ouvert, dans ce port, le 10 octobre 1905.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — MM. les docteurs Bertholon (de Tunis) et Lepinte (d'Hanoï) sont nommés chevaliers du Mérite agricole.

RÉUNION DU COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE. — La section permanente du Comité consultatif d'hygiène publique de France, réunie sous la présidence de M. le docteur Debove, président du Comité, doyen de la Faculté de médecine de Paris, après avoir pris connaissance :

1° Des documents desquels il résulte qu'une épidémie de choléra, qui avait, à la date du 2 septembre, causé 43 cas et 17 décès, s'est produite en Allemagne, dans le bassin de la Vistule, c'est-à-dire à plusieurs centaines de kilomètres à l'est de Berlin; qu'un émigrant de cette région a été reconnu atteint de choléra à Hambourg, mais que ce cas n'a été, à Hambourg, suivi d'aucun autre;

2° Des instructions adressées, le 20 août, aux directeurs de la santé, dans les ports, et prescrivant une surveillance exacte des provenances de la Baltique;

Approuve lesdites instructions;

Les considère pour l'instant comme suffisantes; estime, en effet, qu'étant donnés l'éloignement du foyer cholérique d'une part, et, d'autre part, les mesures qui, d'après les communications officielles faites au ministère des Affaires étrangères, ont été prises par le gouvernement allemand pour empêcher l'extension du fléau, il n'y a pas lieu d'installer actuellement, aux frontières de terre des postes sanitaires chargés de l'examen individuel des voyageurs et de la désinfection de marchandises ou de bagages;

Engage l'administration à se tenir prête à installer ces postes et à les faire fonctionner dès le moment où l'utilité en apparaîtrait.

Dans le cas où des émigrants provenant des régions contaminées devraient être à Hambourg l'objet de mesures qui pourraient les refouler sur les ports français, il importe qu'ils sachent qu'en France une surveillance non moins sévère sera exercée sur eux.

CLINIQUE BAUDELOCQUE (*accouchements et gynécologie*). — Les cours pratiques suivants auront lieu à la clinique Baudelocque, 125, boulevard Port-Royal, savoir :

1° *Accouchements.* — Cours pratique d'accouchements avec manœuvres opératoires, par M. Bouffe de Saint-Blaise, accoucheur des hôpitaux, et M. Paquy, ancien chef de clinique. Ce cours commencera le lundi 11 septembre 1905, à neuf heures du matin. Il sera complet en un mois et aura lieu tous les jours, à la même heure, à la clinique Baudelocque.

2° *Gynécologie.* — Cours clinique et pratique de gynécologie, par M. Potocki, agrégé, accoucheur des hôpitaux, assisté de M. Le Masson. Ce cours commencera à la clinique Baudelocque le lundi 2 octobre 1905, à dix heures du matin, et aura lieu les jours suivants à la même heure. Il sera complet en 18 leçons.

Le nombre des élèves est limité à douze. Si les inscriptions dépassaient ce chiffre, il y aurait un cours supplémentaire.

Le droit à verser est de 50 francs pour chaque cours.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement des droits. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versements relatifs à ces cours seront délivrés, au secrétariat de la Faculté, les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1904-1905

M. Benoit. Rabelais accoucheur. — M. Rouquette. De la valeur thérapeutique de la résection de la saphène dans le traitement des varices. — M. Lambot. Contribution à l'étude du traitement des cancers inopérables du sein par la castration utéro-ovarienne. — M. Crambade. Gravelle simulée chez une hystérique. — M. Pons. Une petite épidémie de peste à Marseille. — M. Bru. De la phlegmatia alba dolens dans la fièvre typhoïde; historique, pathogénie, symptomatologie, traitement. — M. Blanc. Lymphadénome de l'amygdale. Lymphosarcome. — M. Henri. Contribution à l'étude du lupus chez l'enfant, à propos d'un cas localisé à l'avant-bras gauche et traité par les bains sulfureux et la liqueur de Van Swieten. — M. Reboul. De l'asthme prétuberculeux. — M. Trolard. Hernie diaphragmatique congénitale chez un homme de trente-cinq ans. — M. Royer. De la formule leucocytaire dans les tumeurs malignes. — M. Prince. Contribution à l'étude de l'hystérectomie abdominale totale dans les suppurations pelviennes chroniques. — M. Sinoncelli. Arthropathies et angines. Etude historique et clinique. — M. Pélissier. Cirrhose atrophique lente du foie. — M. Chaussat. Gangrènes spontanées, massives et simultanées des deux membres inférieurs; étiologie, pathogénie, traitement. — M. Oriol. Contribution à l'étude de la chloroformisation par la méthode des mélanges titrés. L'appareil d'Harcourt. — M. Poucel. La psychothérapie dans l'intervention chirurgicale. — M. Scemama. Contribution à l'étude des divers procédés de conservation et de stérilisation du lait. — M. Moreau. Revue générale des splénomégalies primitives dites idiopathiques. — M. Masméjean. Contribution à l'étude des kystes hydatiques rétro-vésicaux chez l'homme. — M. Bentami. Traitement du trichiasis de la paupière supérieure par la marginoplastie. — M. Argelliès. Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la névralgie faciale. — M. Vigier. Des paralysies obstétricales du membre supérieur (paralysies radiculaires). — M. Duplanté. Lupus érythémateux chez l'enfant, sa nature, son traitement. — M. Rives. Kystes chyleux du mésentère. — M. Roubion. Considérations sur l'hygiène dans la neurasthénie. — M. Babeau. L'ulère du duonécum; diagnostic, traitement. — M. Némorin. Las grands abcès du foie grippaux et typhoïdiques et leur traitement. — M. Bourguet. Considérations sur quelques affections pulmonaires des houilleurs. — M. Pagès. Contribution à l'étude des manifestations osseuses de la fièvre typhoïde. — M. Delcros. Sur un cas de luxation de la cinquième vertèbre cervicale, avec section de la moelle à ce niveau. — M. Garimond. Contribution à l'étude du narcyl. De ses effets chez les tuberculeux. — M. Bouis. De la dégénérescence sarcomateuse des tumeurs cutanées bénignes et du traitement. — M. Reynaud. De l'hérédité dans les maladies du cœur et des vaisseaux. — M. de Raymond. Anatomie chirurgicale du testicule en ectopie inguinale. — M. Battaglini. Quelques considérations sur la tachycardie pendant la convalescence de la fièvre typhoïde. — M. Colin. Alderrezzâq El-Jezäir. Un médecin arabe du XII[e] siècle de l'hégire. — M. Fournier. L'appendicite gangréneuse d'emblée. — M. Auzimour. Sobriété et résistance des Arabes. — M. Simoni. Contribution à l'étude de la transformation épithéliale de la leucoplasie vulvaire. — M. Lando. Traitement de l'ankylose osseuse temporo-maxillaire. — M. Michel. De la gravité des localisations cardiaques du rhumatisme chez l'enfant. — Jeanney. Cancer du sein chez l'homme. Résultats opératoires. — M. Babeau. Les érythèmes chez les tuberculeux. — M. Valby. Des eaux chlorurées sodiques (hyperthermales 42 degrés) de Hammam-Malouan. — M. Paolantonacci. Contribution à l'étude de la transmission de la syphilis par l'allaitement. — M. Schainfeld (Peretz). Virus syphilitique et syphilis expérimentale. (Revue générale.) — M. Goiny (Paul). De l'accouchement dans les bassins rétrécis à la clinique de Montpellier. — M. Pilleboue. De l'appendicite herniaire. — M. Espéron. De l'alimentation dans la fièvre typhoïde. (Revue générale critique.) — M. Pavy. Les hémorragies méningées à forme méningitique. — M. Béchard. Contribution à l'étude des éruptions sudorales (observations recueillies à Marseille pendant l'été 1904). — M. Hort. Traitement des cystites rebelles. — M. Sarradon. Des interventions sur la zone génitale de la femme. Traitement de certains cas d'hystérie. — M. Castany. Tuberculose du col de l'utérus. — M. Orsini. Contribution à l'étude des fractures itératives de la rotule.

(*A suivre.*)

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — Villes d'eaux desservies par le réseau P.-L.-M. — 1° *Billets d'aller et retour collectifs* (*de famille*). — La Compagnie délivre, jusqu'au 15 octobre, dans toutes les gares de son réseau, sous condition d'effectuer un parcours simple minimum de 150 kilomètres, aux familles d'au moins trois personnes voyageant ensemble, des billets d'aller et retour collectifs de 1[re], 2[e] et 3[e] classes, pour les stations thermales suivantes : Aix-en-Provence, Aix-les-Bains (Aix-les-Bains, Marlioz), Baume-les-Dames (Guillon), Besançon, Bourbon-Lancy, Carpentras (Montbrun), Cette (Balaruc), Chambéry (Châlles), Charbonnières-les-Bains, Clermont-Ferrand (Royat), Coudes-Saint-Nectaire, Digne, Die (Le Martouret, Sallières-les-Bains), Divonne-les-Bains, Euzet-les-Bains, Évian-les-Bains (Amphion), Genève (Champel), Grenoble (Uriage), Groisy-le-Plot-la-Caille, La Bastide-Saint-Laurent-les-Bains, Le Fayet-Saint-Gervais, Le Luc et le Cannet (Pioule), Lépin-Lac d'Aiguebelette (La Bauche), Lons-le-Saunier, Manosque (Péroulx), Menthon (Lac d'Annecy), Montélimar (Boudonneau), Montpellier (Lamalou), Montrond (Montrond-Geyser), Moulins (Bourbon-l'Archambault), Moutiers-Salins (Salins, Brides), Pontcharra-sur-Brédat (Allevard), Pougues-les-Eaux, Rémilly (Saint-Honoré-les-Bains), Rion (Châtelguyon, Châteauneuf), Roanne (Saint-Alban), Sail-sous-Couzan, Saint-Georges-de-Commiers (La Motte-les-Bains), Saint-Julien-de-Cassagnas (Les Fumades), Saint-Martin-Sail-les Bains, Salins (Jura), Santenay, Sarrians-Montmirail, Sauve (Fousange-les-Bains), Thonon-les-Bains, Vals-les-Bains-la-Bégude, Vandenesse-Saint-Honoré-les-Bains, Vichy (Vichy-Cusset), Villefort (Bagnols).

Le prix s'obtient en ajoutant, au prix de 4 billets simples ordinaires (pour les deux premières personnes), le prix d'un billet simple pour la troisième personne, la moitié de ce prix pour la quatrième et chacune des suivantes.

Validité : trente-trois jours. Faculté de prolongation. Arrêts facultatifs.

Nota. — Il peut être délivré à un ou plusieurs des voyageurs inscrits sur un billet collectif de stations thermales et en même temps que ce billet, une carte d'identité sur la présentation de laquelle le titulaire sera admis à voyager isolément (sans arrêt) à moitié prix du tarif général, pendant la durée de la villégiature de la famille, entre la gare de départ et le lieu de destination mentionné sur le billet collectif.

2° *Billets d'aller et retour individuels.* — La Compagnie délivre, jusqu'au 31 octobre dans toutes les gares de son réseau, des billets d'aller et retour de 1[re], 2[e] et 3[e] classes, comportant une réduction de 25 p. 100 en 1[re] classe et de 20 p. 100 en 2[e] et 3[e] classes, pour les stations thermales dénommées ci-dessus.

Validité : dix jours (non compris les jours de départ et d'arrivée). Faculté de prolongation. Arrêts facultatifs.

Faire la demande de billets (collectifs ou individuels) quatre jours au moins à l'avance à la gare de départ.

CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

NOTES SUR LA NATURE
ET LES PRINCIPALES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES
DE
LA COLITE MUCO-MEMBRANEUSE[1]

Par MM. Albert MATHIEU et J.-Ch. ROUX.

III

DISCUSSION DES THÉORIES PATHOGÉNIQUES DE LA COLITE MUCO-MEMBRANEUSE

Dans les précédentes études, nous ne nous sommes occupés que de la pathogénie de la colite muco-membraneuse considérée simplement comme un *syndrome*; ne croyant pas posséder les éléments d'information voulus pour décider ni si ce syndrome dépend toujours de la même cause morbigène, ni pour fixer l'essence de cette cause. Des auteurs moins réservés ont cru pouvoir affirmer la nature de la *maladie*.

Deux théories principales sont en présence : la théorie de la névrose et celle de l'inflammation de la muqueuse colique et plus particulièrement encore de l'inflammation d'origine microbienne. Enfin plusieurs auteurs admettent parallèlement la théorie inflammatoire pour les cas légers et la théorie névropathique pour les cas graves.

Dans l'examen de ces doctrines opposées nous ne nous proposerons nullement, pas plus que nous ne l'avons fait antérieurement dans la série de ces notes de clinique et de thérapeutique, de faire un historique complet de la question, et nous aurons surtout en vue les publications les plus récentes. Ce sont celles qui fournissent naturellement les arguments les plus nouveaux en faveur de l'une ou de l'autre théorie; nous tenons beaucoup, du reste, à conserver à ces courtes études leur caractère d'actualité.

Théorie de la névrose primitive. — Pour certains auteurs, la colite muco-membraneuse est une névrose de l'intestin, une *entéro-névrose* (G. Lion).

C'est une conception qui devait tout naturellement se présenter à l'esprit des médecins. Les cas graves de colite muco-membraneuse ne se rencontrent que chez des individus très nerveux, chez des hystériques, des grands neurasthéniques, des dégénérés héréditaires. Les stigmates de ces divers états se reconnaissent aisément chez eux. Dans les troubles intestinaux, l'élément nerveux se reconnaît facilement et il semble expliquer d'une façon parfaite et définitive la douleur, le spasme et l'hypersécrétion. De plus le nervosisme général et les manifestations locales procèdent parallèlement. Aux exacerbations de l'un correspondent les exacerbations des autres. Le rapport paraît aussi étroit, aussi intime que possible.

Nous n'avons pour notre part jamais méconnu l'étroitesse de ces rapports, et nous avons eu soin d'y insister dans les notes précédentes. Cependant nous n'avons pas admis que les manifestations intestinales fussent directement sous la dépendance de la névropathie centrale et qu'elles en fussent l'expression viscérale exclusive. Nous ne l'avons pas admis parce que nous n'avons pas tenu compte seulement des cas graves, naturellement très complexes dans leur mécanisme, mais aussi des cas moyens et des cas légers, qui sont précisément, parce que légers, d'une interprétation beaucoup plus facile.

Dans un grand nombre de cas de constipation on peut constater, pour peu qu'on y prête attention, des signes de colite légère. Il apparaît une certaine quantité de mucosité dans les selles. Dans des cas plus accentués, au moment de débâcles, on voit momentanément survenir dans les selles des muco-membranes abondantes et épaisses en même temps qu'il y a des coliques de la sensibilité sur le trajet du côlon et un certain degré de spasme. Dans quelques cas encore, les muco-membranes sont relativement abondantes, mais la douleur fait presque totalement défaut et du reste le spasme du côlon se montre peu accentué et limité souvent à sa partie terminale. Dans ces derniers cas, les phénomènes névropathiques se montrent aussi atténués.

Quelle bonne raison aurait-on de séparer ces cas de colite muco-membraneuse légère des cas plus accentués? A-t-on pu retirer des caractères spécifiques permettant de distinguer les uns des autres? Nous n'avons vu nulle part qu'une semblable distinction ait été basée sur un autre élément que sur l'intensité des phénomènes nerveux et intestinaux.

Nous avons montré antérieurement comment ils s'enchaînent dans une série de cercles vicieux et nous ne voulons y revenir ici que brièvement. Evidemment le nervosisme préalable des malades rend beaucoup plus faciles l'établissement et l'accentuation des éléments du syndrome colite muco-membraneuse : spasme colique, douleur et hypersécrétion muqueuse; mais à son tour le trouble du fonctionnement intestinal retentit sur la névropathie générale pour l'aggraver. Il arrive même que l'entéropathie, surtout si elle débute d'une façon aiguë, soit le premier révélateur de la névrose jusque-là latente et que celle-ci se dessine au fur et à mesure que s'accuse l'entéralgie. En résulte-t-il que la névropathie domine l'entéropathie et que celle-ci n'en soit que l'émanation périphérique? En aucune façon. Si l'on tient compte des cas bénins, peu intenses, peu douloureux, on est forcé d'admettre, nous semble-t-il, que l'entéropathie peut exister sans névropathie accentuée et que si les formes graves ne se voient que dans des cas de névrose évidente, c'est que la névrose est pour l'aggravation des éléments de la triade symptomatique la condition de beaucoup la plus favorable. La névropathie et l'entéropathie s'imbriquent et s'influencent réciproquement, mais sans se confondre en un tout spécifiquement univoque. L'argument le plus puissant en faveur de l'entéro-névrose a été tiré surtout de l'existence de faits dans lesquels la colite muco-membraneuse débute brusquement, à la suite de vifs chagrins, d'une période de surmenage, d'un choc moral ou physique, etc.

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 95, p. 1131, et n° 98, p. 1167.

Une observation, récemment rapportée par M. G. Lion à la Société de thérapeutique, est à ce point de vue véritablement typique, schématique. Un jeune homme prend un bain de rivière; il perd pied, et ne sachant pas nager, se croit perdu. On vient à son secours, on le tire de l'eau. Le lendemain éclate une crise de colite subaiguë qui aboutit bientôt à une véritable colite muco-membraneuse d'évolution chronique. Ne semble-t-il pas véritablement qu'il s'agisse ici d'une poussée nerveuse sur le gros intestin et que la colite muco-membraneuse soit dans ce cas aussi nettement d'origine nerveuse que l'eût été une monoplégie hystérique, l'apparition de crises convulsives ou de mutisme nerveux?

Ce qui manque surtout dans les observations de ce genre, c'est qu'on ne sait pas bien ce qu'étaient auparavant, au point de vue intestinal, des personnes qui n'avaient jusque-là examiné leurs selles que d'une façon tout à fait superficielle, si tant est qu'ils les aient examinées jamais, et il est difficile d'éliminer les exacerbations accidentelles d'un état jusque-là latent.

Mais admettons que la crise de colite, aiguë ou subaiguë, soit due d'une façon prépondérante à l'action nerveuse, cela n'aura guère lieu de nous étonner beaucoup plus que la production d'une crise diarrhéique en cas semblable. Ce qu'il y a d'étonnant, c'est moins qu'une crise semblable se produise que de lui voir succéder la colite muco-membraneuse chronique.

Mais c'est un fait assez commun que la colite muco-membraneuse chronique succède à une poussée de colite dysentériforme. Ceci se produit à la suite de crises dysentériformes d'origine tout à fait dissemblable. Nous y reviendrons et insisterons plus loin.

Ce qu'il conviendrait de démontrer, c'est que le mécanisme pathogénique du syndrome est différent lorsqu'il succède à une poussée aiguë de colite dysentériforme que lorsqu'il s'établit moins bruyamment et progressivement chez de vulgaires constipés. Tout semble démontrer, au contraire, que le syndrome chronique une fois constitué se maintient par une sorte d'automatisme réflexe, identique dans sa mise en œuvre, pour lequel il n'est nullement indispensable de faire intervenir une action nerveuse centrifuge directement émanée des centres nerveux. Il ne nous paraît pas obligatoire d'y voir la manifestation localisée d'une névrose générale, bien que, nous ne saurions trop le répéter, l'état névropathique, préalable et consécutif, facilite beaucoup la mise et le maintien en action du mécanisme réflexe d'où dérive la syndrome colite muco-membraneuse.

Théorie de la colite primitive. — Pour Nothnagel, les cas légers et moyens de colite muco-membraneuse s'expliqueraient par une sorte de catarrhe hypersécréteur, alors que les cas graves seraient d'origine névropathique.

Dans une récente publication (1) M. Combe (de Lausanne) a défendu cette idée qu'il s'agit en effet d'une colite due à l'action de certains microbes pathogènes et par conséquent d'une sorte de colite spécifique qu'on pourrait, quant à sa nature, opposer à la dysenterie coloniale et à la dysenterie nostras, auxquelles certains auteurs, et en particulier, dans ces derniers temps, M. Dopter (du Val-de-Grâce) attribuent une origine microbienne ou amibienne distincte bien déterminée. Il y aurait ainsi l'agent pathogène de la colite muco-membraneuse, de même qu'il semble bien exister un agent pathogène spécifiquement défini de la fièvre typhoïde et du choléra.

En ce qui concerne la colite muco-membraneuse, la démonstration ne nous paraît pas encore suffisamment établie. On sait quelle est l'abondance et la variété de la flore intestinale et combien il est difficile, au milieu de cette prolifération exubérante de bacilles et de cocci, d'attribuer à l'un d'entre eux un rôle prépondérant, cela d'autant moins que la distinction morphologique de ces espèces microbiennes ne peut donner par elle-même aucune idée de leur pouvoir virulent, et que la virulence des diverses espèces varie, comme on le sait, d'une façon considérable suivant les milieux intestinaux chez les différents individus et au cours des différentes phases de son existence chez le même individu.

Lorsqu'on a voulu expliquer le syndrome muco-membraneux par l'action pathogène de telle ou telle espèce ou de telle ou telle association microbienne, on a tout naturellement pris surtout en considération les cas aigus de colite plus ou moins nettement dysentériformes auxquels survit si souvent la colite muco-membraneuse chronique. On a supposé que celle-ci était de même nature que la colite aiguë à laquelle elle succédait, ce qui ne nous paraît nullement démontré.

En effet, on voit la colite muco-membraneuse survenir indifféremment, sans présenter aucun caractère distinctif particulier, après des colites aiguës dysentériformes de nature en apparence très différente. C'est ainsi qu'elle succède à la dysenterie des pays chauds, à la dysenterie nostras, à la colite hydrargyrique, à la colite consécutive à l'injection par la voie rectale d'une substance irritante.

On a admis aussi que les poussées aiguës dysentériformes que l'on observe au cours de la colite muco-membraneuse chronique ne sont que des périodes aiguës de son évolution. Mais nous admettrions beaucoup plus volontiers encore qu'elles représentent de véritables complications, dues, par exemple, à l'augmentation de virulence d'un microbe pathogène jusque-là indifférent, ou à l'introduction dans le milieu intestinal d'un agent nouveau qui trouve dans ce milieu anormal des conditions favorables de prolifération.

Mais admettons même qu'il s'agisse d'une seule espèce microbienne ou d'une association d'espèces toujours les mêmes, dont la virulence s'échauffe et se refroidit successivement; il n'en resterait pas moins que l'entérite superficielle ne fait que favoriser le spasme par voie réflexe et qu'elle n'est dans le mécanisme du syndrome qu'un élément préparatoire. Il n'en resterait pas moins que la constipation et le

(1) A. Combe. *Traitement de l'entérite muco-membraneuse*, Paris 1905.

spasme jouent dans le mécanisme pathogène le rôle prépondérant.

La colite muco-membraneuse se guérit toujours, il ne faut pas l'oublier, lorsqu'on peut obtenir la cessation de la constipation sans produire d'irritation de la muqueuse du côlon, et sans augmenter le spasme de ses parois. Des cas très graves de colite ont guéri après l'établissement d'un anus local.

Que la cessation de la stase colique amène la guérison, cela peut être interprété dans un sens favorable à la théorie inflammatoire de la colite muco-membraneuse.

Nous admettons du reste personnellement l'existence et l'influence pathogène de l'inflammation superficielle du côlon; mais il nous est difficile d'y voir autre chose qu'une inflammation banale qu'entretient volontiers la stase des matières dans le côlon et ses conséquences. Que cette inflammation soit spécifique, cela jusqu'à présent ne nous paraît pas suffisamment démontré. Si cette spécificité était définitivement prouvée, les crises aiguës seraient reliées à la colite chronique par un lien spécifique; mais rien d'essentiel ne serait changé dans la conception du mécanisme pathogénique de la colite muco-membraneuse et chronique.

Certains auteurs, avons-nous dit, Nothnagel et Comte, attribuent les faits légers à la colite, les cas graves à la névrose. Nous répétons que rien ne nous paraît justifier cette distinction et que nous ne connaissons pas la frontière entre les deux ordres de faits. Le passage de l'un à l'autre est insensible, dans la série des faits étudiés chez des individus différents et très souvent aussi dans les diverses périodes étudiées successivement chez le même individu.

Parvenus à la fin de cette étude critique, nous croyons pouvoir légitimement conclure que l'origine névropathique primitive de la colite muco-membraneuse et sa spécificité microbienne ne sont nullement démontrées.

Si l'on considère la colite muco-membraneuse chronique indépendamment de son mode de début variable, en dehors des poussées aiguës qui ont pu marquer son début ou ponctuer son évolution, on doit reconnaître que l'explication physiologique nécessaire et suffisante du syndrome est celle que nous avons donnée : colite superficielle desquamative et hypersécrétoire, spasme provoqué par des actions réflexes à court et à long circuit, influence prédisposante, indiscutable, très importante mais secondaire de la névropathie. Les auteurs qui ont cherché à donner de la colite muco-membraneuse une explication univoque et à déterminer son essence ne nous paraissent pas y avoir réussi jusqu'à présent. La théorie de l'entéro-névrose n'est pas justifiable dans la très grande majorité des cas, bien qu'en apparence satisfaisante dans certains cas. La théorie de la spécificité microbienne n'est pas démontrée.

Nous devons, dans ces conditions, nous contenter d'expliquer le mécanisme du syndrome de la colite muco-membraneuse chronique. C'est ce que nous avons fait.

Notre conception du mécanisme syndromatique, modeste et prudente, nous paraît légitime au point de vue physiologique et suffisante au point de vue thérapeutique.

Il nous reste maintenant à dire comment, en s'appuyant sur elle, on peut établir les indications générales du traitement de la colite muco-membraneuse.

ÉLECTRICITÉ & CONSTIPATION CHRONIQUE

Par le docteur Paul-Ch. PETIT (de Paris).

Au mois de janvier dernier, nous avons rapporté à la Société française d'électrothérapie un cas de constipation chonique guérie par l'électricité. Ayant eu l'occasion de soigner un certain nombre de constipés, nous pensons pouvoir dégager quelques conclusions d'ensemble sur ce chapitre de pathologie.

Ecartons d'abord la constipation passagère. Le retour au régime commun et la médication évacuante suffiront le plus souvent à la détruire.

Pour le constipé chronique, la rétention des matières est le fait habituel. Mais il faut bien s'entendre sur ce mot. Certains sujets n'ont pas une selle quotidienne, et c'est leur état normal. Ils ne sont pas plus des constipés chroniques que ne sont diarrhéiques ceux qui, normalement, ont deux garde-robes dans la journée. Il reste cependant que, pour l'homme en pleine santé, la selle quotidienne est la règle. Nous irons plus loin et dirons que la selle quotidienne n'est pas toujours fonction de l'équilibre intestinal parfait. Le nombre des selles a sa valeur, la quantité de matières n'importe pas moins. Si l'on admet 180 grammes comme poids moyen, beaucoup sont au-dessous de ce chiffre, d'où une rétention sur laquelle l'attention est rarement attirée. Il est un troisième élément. La composition des garde-robes humaines varie avec les aliments; mais à une nourriture à peu près constante doit correspondre un certain *chimisme fécal*. Sans doute, la question n'a guère été fouillée; mais il est bon d'attirer l'attention sur ce facteur nouveau, la qualité des selles. La garde-robe normale forme des blocs reproduisant le moule cylindrique de l'intestin dont elle suit le trajet. La couleur, en l'absence de toute intervention médicamenteuse, doit être d'un jaune foncé, tirant sur le brun. La consistance en est demi-molle. Quel contraste tout ceci n'offre-t-il pas avec les selles dures, noires, aggloméré de boules exiguës qui rappellent bien plus l'excrément de la chèvre que la selle louable et de bonne nature de la pleine santé! Ainsi donc, *nombre*, *poids*, *qualité* seront les trois termes que l'on trouve à la base de toute constipation, et ce sont proprement les SIGNES OBJECTIFS de la constipation chronique.

Pour beaucoup, cette affection est un véritable danger. Je n'insisterai pas sur sa gravité chez les artério-scléreux congestifs, chez les prédisposés aux apoplexies, aux hémiplégies et chez qui cet exutoire est d'un si favorable effet. Je ne dirai pas ses dangers chez les cardiaques asystoliques; le filtre rénal

vient-il à se fermer, l'intestin est chez eux le dernier rempart de la santé même. Sans tenir même compte de ces faits, il est hors de doute que ces malades sont voués d'abord aux affections rectales : les fissures, hémorroïdes, prolapsus sont leur apanage. Chez eux se fait une rétention, peut-être même une réabsorption de toxines et de ptomaïnes, source d'un empoisonnement lent, miniature de la stercorémie des obstructions intestinales. Rarement les constipés chroniques sont à l'aise : leurs digestions sont pénibles; pesanteurs d'estomac, symptômes de dilatation sont leur lot. Les vertiges, les étourdissements passagers, les céphalalgies les torturent. S'ils se baissent, s'ils sont à table, le sang leur monte au visage. Et tout cet ensemble morbide les rend préoccupés, anxieux. Le travail prolongé leur devient pénible. Le moral s'attriste et peu à peu prend droit de cité une neurasthénie qui persistera jusques et après la cessation de tous les accidents. Je me souviens d'un écrivain distingué, dans toute la force de l'âge, qui perdit ainsi le travail et ne recouvra son talent et son labeur d'antan que débarrassé de sa constipation.

Cette affection n'apparaît jamais brusquement et, le plus souvent, elle n'est qu'un épisode tardif d'un état général défectueux. C'est une maladie de l'âge moyen, je veux dire de vingt à quarante ans. Les femmes semblent être plus touchées, mais je ne pense pas que le rapport de fréquence dans les deux sexes donnerait un coefficient bien élevé.

Les causes en sont multiples et certains cas reconnaissent un siège bien défini dans tel ou tel organe. Nul n'ignore la constipation des fissuraires, celle des lésions du petit bassin, et surtout des tumeurs génitales. Pour la plupart, la cause première est indépendante des organes; et le siège, nous le verrons, est dans le système nerveux abdominal. En dehors des divers aspects cliniques, on peut grouper tous les faits en deux grandes classes : le spasme et l'atonie.

Forme atonique. — Elle est surtout l'apanage des vieillards. La tunique musculaire intestinale a perdu sa vitalité; la paroi abdominale a suivi le même sort et retombe flasque, molle, ridée. La palpation du ventre ne réveille pas ou à peine la contractilité de la paroi. L'estomac est dilaté, sans force et les aliments, mal brassés, restent dans les bas-fonds, transformant la poche stomacale en un cloaque putride. L'haleine est fétide, les digestions lentes; l'état général est pénible. L'atonie se montre aussi chez les ptosiques du rein, de l'intestin... arthritiques ou névropathes pour la plupart.

Les causes de l'atonie sont des plus nombreuses : citons le nervosisme, l'arthritisme, le surmenage, l'anémie, les convalescences de maladies graves, les gastro-entérites, etc.

Forme spasmodique. — Elle englobe la majorité des constipés. La cause peut être commune aux deux formes, la pathogénie est toute différente. Dans l'atonie confirmée, il y a des lésions réelles de l'intestin, atrophie, relâchement, lésions même des organes voisins. Dans le spasme, l'intestin est rétracté sur lui-même et son calibre singulièrement rétréci. Les mouvements péristaltiques sont irréguliers et diminués en nombre et en vitesse. Et cela est bien naturel : effectués sur des matières dures, ils deviennent douloureux et par réflexe plus rares.

Ce spasme, cette contracture de l'intestin ne peuvent se comprendre que par l'intermédiaire du système nerveux. Le dynamisme de ces malades est en général mal réglé, car la plupart sont des névropathes. Aussi les auteurs ont-ils raison de parler de « trophoneurose intestinale ». La constipation chronique nuit à la nutrition même de l'intestin, elle est un trouble trophique, une névrose intestinale. Et notre ami Laquerrière ajoute : « Si le trouble névropathique porte sur la fibre musculaire seule, on a seulement du spasme; si, au contraire, la névrose est à la fois motrice et sécrétoire, soit qu'elle ait porté d'emblée sur le travail des glandes, soit que la muqueuse ait été irritée à la longue par la stase des matières ou par les fermentations qui en résultent, l'entéro-colite est créée (1). »

Comment faut-il traiter ces constipations? La pharmacopée doit ici céder le pas aux méthodes naturelles, aux agents physiques. La constipation chronique ne relève pas de la médication évacuante. Les purgatifs peuvent produire un soulagement, mais momentané et suivi le plus souvent d'une rétention plus opiniâtre qu'auparavant. Aussi défendons-nous, pendant le traitement, tout autre agent que les lavements simples ou huileux.

Atonie. — Toutes les modalités électriques ont été employées. La statique avec douche ou effluvation enregistre de beaux résultats. La haute fréquence a été employée surtout chez les arthritiques. Elle agit sur l'état général, et, par ricochet, soulage l'intestin, victime de la diathèse. Dans les cas où l'électricité semble impuissante, il faut savoir recourir aux eaux minérales. Plombières est une des mieux indiquées, peut-être parce qu'elle est la plus radio-active des stations françaises. Je citerai à ce sujet mon excellent confrère, le docteur Hamaide, médecin consultant à Plombières : « C'est ainsi qu'à la lumière de récentes découvertes, s'éclaire l'histoire de tout un passé qu'une station, vieille de bientôt vingt siècles, garde religieusement dans ses annales avec les souvenirs qui lui rappellent son origine romaine.

Le bain romain, les étuves romaines, uniques au monde, l'immense galerie des sources, dite galerie de Thalweg, construite en béton romain, que visitent émerveillés touristes et baigneurs, disent aux modernes le génie d'un grand peuple qui semblait ne vouloir construire que pour la postérité. Et à travers les âges, tous les faits que la clinique enregistre semblent n'être que les anneaux d'une chaîne ininterrompue de son histoire, reliant le passé au présent, et auxquels, de nos jours, un savant fran-

(1) Laquerrière. Communication à la Société de médecine de Paris, 1904.

çais vient ajouter un anneau de plus, le plus beau peut-être, *serti de radium* (1)... »

Spasme. — Comme pour l'atonie, on a tout essayé. Il y a longtemps que Tripier utilisait les étincelles statiques indirectes, je veux dire appliquées sur le creux épigastrique. C'est le procédé dit de Morton. Puis on a dirigé le souffle statique sur les fosses iliaques, ou tiré des étincelles sur la région des côlons. D'autres ont employé le courant sinusoïdal et tout cela a donné et donne encore des résultats. Mais le courant continu est le plus en faveur maintenant. Doumer, le premier, utilisa le courant galvanique. Deux électrodes, placées dans chaque fosse iliaque, sont reliées chacune à l'un des pôles d'une source de courant continu. Le courant est débité aussi intense que le malade le peut supporter et l'on pratique de fréquents renversements. D'ailleurs, M. Doumer autorise tous changements de détail, il ne tient qu'à une chose, c'est l'*intensité du courant galvanique*.

On reproche à ce procédé les sensations pénibles des renversements ; mais on peut avant de renverser retourner au zéro du réducteur de potentiel. Laquerrière lui reproche encore « de ne pas faire passer une grande quantité de courant par les centres sympathiques et abdominaux, sur lesquels l'action du courant continu est extrêmement importante » (2). Malgré tout, c'est un bon procédé et on lui doit de nombreux succès.

Comme la galvano-faradisation, c'est une méthode à haute intensité. Dans ce procédé, on utilise deux larges électrodes couvrant l'une l'abdomen, l'autre les lombes. Puis le courant continu est débité aussi intense que le sujet peut le supporter. L'expérience montre que l'on peut très souvent atteindre et même dépasser 100 milliampères sans inconvénient. Puis par le même circuit extérieur, on fait passer un courant faradique léger.

Delherm et Laquerrière attachent une grosse importance à l'emploi d'un fil fin secondaire. Nous avons utilisé toutes les grosseurs avec des résultats sensiblement identiques.

Comment agissent les courants sur l'intestin? Delherm s'en explique dans sa thèse et dans ses publications plus récentes sur ce sujet. Le courant galvanique agit sur l'intestin par l'intermédiaire du système nerveux abdominal (plexus solaire, etc.). Les lignes de force allant d'une électrode à l'autre font diffuser le courant dans toute la masse intestinale pour la débarrasser peu à peu du spasme qui l'opprime. C'est une idée encore assez répandue que l'électricité augmente le spasme. C'est tout le contraire qui est vrai; elle diminue, puis abolit le spasme intestinal. En même temps, le courant agit pour augmenter la sécrétion des glandes intestinales, toujours par l'intermédiaire du système nerveux. Le faradique, léger et rapide, fait un véritable massage de la paroi et des muscles et contribue ainsi à fortifier la sangle abdominale cutanée, aponévrotique et musculaire.

C'est ainsi que par cette méthode tous les tissus abdominaux sont atteints. Quinze à vingt séances suffisent le plus souvent. Beaucoup ne se préoccupent pas assez de la constipation chronique, beaucoup la traitent sans succès. L'électricité leur donnera des résultats encourageants. Ils auront ainsi apporté un nouvel appoint aux méthodes naturelles, aux agents physiques, thérapeutique la plus efficace dans la plupart des affections chroniques.

(1) Hamaide. De la radio-activité des eaux de Plombières, *Presse médicale*, mai 1904.

(2) Laquerrière. Loc. cit.

FAITS CLINIQUES

UN CAS DE GROSSESSE QUADRUPLE

Par le docteur FALCOZ (de Vizille).

Observation. — Mme B..., trente-sept ans, sans antécédents pathologiques héréditaires ni personnels, bien conformée, déjà mère de 7 enfants, dont l'aîné a seize ans; n'a pas eu d'accouchement gémellaire ; ses accouchements antérieurs ont été normaux. De nouveau enceinte, le vendredi 11 août, au matin, elle ressent les premières douleurs et met au monde à onze heures un premier enfant, bien conformé, du poids de 1600 grammes, en présentation du sommet gauche antérieur. A midi et demi second enfant, en même présentation; à une heure, troisième enfant se présentant par l'épaule gauche; version et accouchement moins rapide, par suite d'un commencement de retrait de l'utérus. A une heure et demie, dernier enfant en présentation du siège mode des fesses. Rien d'anormal, pas d'hémorragie. Ligature du quatrième cordon ombilical et pose d'une nouvelle ligature sur les trois autres cordons. Le second enfant pesait 2 kilogrammes, le troisième 2k300 et le quatrième 3 kilogrammes. Quatre filles parfaitement conformées et bien vivantes.

La délivrance se fit exactement à deux heures et fut suivie, après une demi-heure, d'une hémorragie par suintement qui dura environ une heure. Une injection intra-utérine très chaude et une injection sous-cutanée d'ergotine y mirent fin.

Les suites furent normales, pas de température, pas de suintement exagéré. Le quatrième jour seulement la température est à 37°3. L'utérus est à 1 centimètre au-dessous de l'ombilic.

Le placenta était énorme, d'une seule pièce mais comme divisé en deux parties réunies par un pont. Sur la partie gauche s'inséraient les trois premiers cordons, sur la partie droite s'insérait le quatrième cordon seul.

Le premier cordon, très petit, mesurait 25 centimètres de long ; sa surface d'insertion très peu adhérente était située sur le bout postérieur de la partie gauche du placenta; le second et le troisième s'inséraient sur le milieu du même lobe placentaire. Seul, le quatrième a sa surface d'insertion sur le lobe droit. Le placenta était complètement adhérent, sauf au niveau du pont. Le second cordon mesurait 40 centimètres, le troisième et le quatrième cordons mesuraient 50 centimètres.

Aujourd'hui 20 août, neuf jours après l'accouchement, la mère et les quatre enfants vont aussi bien que possible.

LIVRES NOUVEAUX

Les kystes hydatiques du foie (1), par le docteur F. Dévé.

C'est un véritable tour de force de faire à notre époque un ouvrage intéressant sur cette question, qui paraît jugée sous tous ses aspects depuis fort longtemps. Or cet ouvrage est fait, il fourmille de points de vue nouveaux et soulève une foule de problèmes intéressant le chirurgien, le médecin, l'hygiéniste.

Au point de vue chirurgical, le point capital est l'échinococcose secondaire chez l'homme, c'est-à-dire le fait qu'un kyste hydatique peut par rupture s'ensemencer lui-même dans le péritoine. Il y a seulement cinq ans, dans les milieux chirurgicaux les mieux informés, des hommes éminents considéraient comme « une hérésie zoologique » le fait de croire à la possibilité de cette greffe. Lebedeef et Andreef avaient bien montré que les vésicules-filles pouvaient se greffer dans la cavité péritonéale, Alexinsky avait établi que les éléments microscopiques qui constituent « le sable échinococcique » étaient susceptibles de produire le même effet; mais cet ensemble d'expérimentations était passé inaperçu pour les chirurgiens français. C'est M. Dévé qui eut le mérite de faire connaître (Soc. de biol., 2 fév. 1901) les travaux de ses prédécesseurs, en y joignant cette notion, qui lui était propre, que les *scolex*, c'est-à-dire les fines têtes de tænia en suspension dans le liquide hydatique, étaient capables à eux seuls d'engendrer l'échinococcose secondaire.

De ces faits découlent, au point de vue opératoire, plusieurs précautions. Il faut protéger avec soin la cavité péritonéale contre l'inoculation par les vésicules-filles, les capsules proligères, les scolex. Avant d'ouvrir le kyste, il convient de pratiquer une injection parasiticide de formol à 1 p. 100, laissée cinq minutes au contact des éléments contenus dans la poche. Après quoi, le kyste étant évacué, on s'efforce d'enlever la paroi de la vésicule-mère d'une seule pièce en la soulevant comme une bourse dont on tient les bords.

Quant aux différentes manières de traiter la poche après l'ablation du parasite, on peut, d'après M. Dévé, ramener leurs indications aux propositions suivantes :

La *suture* et la *réduction* sont applicables aux kystes répondant à la forme simple, univésiculaire, aux kystes des enfants en particulier, surtout si la poche n'est pas trop volumineuse.

Dans les cas simples, de grandes dimensions ou profondément intrahépatiques, cas dans lesquels on peut craindre une cholerragie *ex vacuo* plus ou moins septique, il sera utile de pratiquer un drainage *transitoire* de la cavité, après fixation de la poche à la paroi abdominale par quelques points de suture.

Enfin, dans tous les cas de suppuration du kyste, la marsupialisation est de règle.

M. Dévé rejette d'une manière absolue : 1° la réduction pure et simple de la poche *sans suture*, pour la raison que cette manière d'opérer expose à la production d'un cholépéritoine toujours susceptible d'être septique; 2° le capitonnage, parce que cette manœuvre est inutile, les parois de la poche arrivant tout naturellement au contact, et que, de plus, le passage de l'aiguille dans la paroi expose à la lésion de canaux biliaires ou de vaisseaux sanguins.

M. Dévé recommande de ne jamais refermer l'abdomen sans s'être assuré, par un examen direct, que le péritoine n'est pas envahi par l'échinococcose secondaire : desideratum difficile à réaliser, car les kystes secondaires se développent en général dans le petit bassin. Peut-être trouverait-on une indication suffisante dans l'examen de l'épiploon qui, comme un filet, retient une partie notable des éléments fertiles issus d'une rupture?

Au médecin, M. Dévé donne d'utiles conseils pour l'abandon de la ponction comme méthode de diagnostic. Il en montre les dangers et l'inutilité avec un grand luxe d'exemples et conclut que l'on n'est *jamais* autorisé à enfoncer un trocart dans un kyste du foie.

L'ouvrage se termine par un examen des mesures à prendre au point de vue prophylactique. On trouve là, résumé en quelques pages, tout ce qui a été fait dans cette voie en Islande, en Australie, en Poméranie, en Argentine, dans l'Uruguay. De cet exposé, M. Dévé conclut à deux mesures essentielles et une accessoire :

a. Saisie d'office dans les abattoirs et destruction effective par incinération de tout viscère envahi par les échinocoques;

b. Réglementation stricte de l'entrée des chiens dans les abattoirs urbains;

c. (Prescription accessoire.) Affiches dans les abattoirs destinées aux bouchers, fermiers, bouviers, bergers, rédigées dans un style simple en employant les termes professionnels.

Il est juste de reconnaître que là où on pratique la tuerie particulière, de semblables prescriptions sont inapplicables; toutefois ce serait un grand pas de les introduire au moins dans les abattoirs urbains; on produirait ainsi une quasi-disparition de la maladie hydatique en France.

GUILLOT.

(1) In-8 de 193 p. — Paris, F.-R. de Rudeval.

L'œil artificiel (1), par le docteur Robert Coulomb.

Après avoir étudié l'histoire de la prothèse, l'auteur passe en revue les différentes améliorations qu'elle a subies : l'époque de la Renaissance connaissait l'œil de métal, les XVIIe et XVIIIe siècles l'œil de verre ou de cristal; le XIXe siècle voit apparaître l'œil d'émail.

L'œil artificiel actuel est en émail : les essais de porcelaine, verre, vulcanite et celluloïd ont été rejetés. Les yeux *réformés*, à double coque, ne répondent pas à un besoin et sont avantageusement remplacés par des pièces, dont les bords sont épaissis et évasés, qui ont la même qualité (bords mousses), sans les inconvénients (impossibilité de retouches, fragilité, poids, éclatement spontané).

M. Coulomb donne une description très précise de la fabrication de la coque d'émail et s'étend longuement sur son utilité esthétique, prophylactique et thérapeutique.

L'œil artificiel doit posséder deux qualités essentielles : il doit être facilement supporté par la cavité orbitaire et être aussi semblable que possible à l'œil sain.

La disposition des cavités à garnir permet la réalisation plus ou moins complète de ce double but : l'auteur range les opérations préprothétiques par ordre de conservation croissante du contenu de l'orbite qui se trouve être en même temps l'ordre de préférence en vue de bons résultats esthétiques.

Ce qu'il faut préférer à tout, quand c'est possible, c'est la *conservation intégrale* de ce que les processus pathologiques ont pu respecter du globe oculaire.

Pour faire à distance l'adaptation d'un œil artificiel, l'oculiste peut choisir lui-même dans une collection une pièce

(1) In-8 de 152 p. avec 27 pl. photographiques et 123 fig. Prix : 10 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

répondant autant que possible à la cavité qui doit la recevoir. Mais ce moyen est très imparfait et, le plus souvent, il faut commander pour chaque cas une pièce à l'oculariste et recourir au moulage de l'orbite.

La troisième partie de l'ouvrage traite du port de l'œil artificiel, énumère les précautions que nécessite son usage et les inconvénients qu'il peut offrir s'il est trop prolongé. A ce propos, l'auteur étudie la structure histologique des bourgeons.

En terminant, le docteur Coulomb parle des rétrécissements de la cavité orbitaire, dont la guérison réclame une intervention chirurgicale : l'opération consiste toujours dans un large débridement avec recouvrement des surfaces cruentées par des lambeaux hétéroplastiques ou autoplastiques, et, dans ce dernier cas, pédiculés ou libres. L. GAYARD.

Maladies du nez (1), par A. CHIARI, professeur à l'Université de Vienne. *Edition française*, par le docteur C. BREYRE.

Les études si complètes faites dans ces dernières années dans le domaine de la spécialité ont ouvert dans le domaine des maladies du nez des horizons nouveaux, et montrent qu'il existait dans cette région de nombreuses affections susceptibles d'un diagnostic précis et justiciables d'une thérapeutique médicale ou chirurgicale rationnelle.

Avant d'aborder la partie clinique proprement dite, le professeur Chiari donne une étude parfaitement mise au point de l'anatomie et de la physiologie des fosses nasales.

M. Chiari consacre ensuite des pages intéressantes à la pathologie générale : obstacles à la respiration nasale, anomalies de la sécrétion ou de la sensibilité, etc.

Les méthodes d'exploration du nez se sont perfectionnées; elles sont exposées avec clarté dans l'ouvrage de M. Chiari.

Vient ensuite un important chapitre de thérapeutique générale, où l'on trouve d'utiles évaluations sur le rétablissement de la perméabilité nasale, le badigeonnage du nez, les inhalations et insufflations, le massage, les cautérisations et l'électrolyse, enfin une revue des instruments employés en chirurgie nasale.

M. Chiari examine ensuite successivement les affections catarrhales de la muqueuse nasale, les affections infectieuses des fosses nasales, affections dépendant de maladies générales infectieuses ou microbiennes, les anomalies des fosses nasales, les traumatismes, corps étrangers et parasites, l'épistaxis, les tumeurs bénignes ou malignes des fosses nasales.

Il termine par l'étude des affections des cavités accessoires : on lira avec intérêt les considérations anatomo-pathologiques et cliniques que l'auteur présente à l'occasion des inflammations aiguës et chroniques des différents sinus.

Ce livre s'adressera à la fois aux spécialistes et aux médecins praticiens : les uns comme les autres le liront avec le plus grand profit. L. GAYARD.

Médecine de l'enfance jusqu'à l'adolescence (2), par le docteur E. MONIN.

Envisageant la vulgarisation « comme une sorte de tamis laissant filtrer ce qui est clair et arrêtant tout ce qui manque de netteté », M. le docteur E. Monin s'est proposé, dans son livre, de faire connaître, mieux, de faire aimer les vérités médicales actuellement acquises en thérapeutique infantile.

(1) Gr. in-8 de 364 p. avec 38 fig. Prix : 10 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) In-16. Prix : 5 francs. — Paris, A. Maloine.

Dans le premier chapitre, consacré à la *puériculture*, il nous rappelle l'importance que nombre de littérateurs ont attachée à cette branche de l'hygiène. Avec J.-J. Rousseau, il s'élève contre la funeste habitude qu'ont tant de mères de confier leurs enfants à des nourrices mercenaires, dénonce les dangers que présente pour les bébés l'air confiné des villes, proteste contre ces « risibles établissements qu'on appelle *collèges* » et pose en principe que la règle la plus utile en matière pédagogique « n'est pas de gagner du temps, c'est d'en perdre ». Il nous signale ensuite les grandes causes de mortalité infantile, au premier rang desquelles il faut placer les troubles digestifs : « toute la philosophie de l'enfant est dans son ventre, » expose les règles de l'allaitement et du sevrage, l'hygiène générale du nourrisson, les caractères des maladies de la seconde enfance, les affections chirurgicales que l'on observe le plus souvent à cet âge.

Dans les chapitres ultérieurs, l'auteur étudie le traitement des maladies que le médecin a le plus souvent l'occasion d'observer chez l'enfant : *appauvrissement du sang* ou *anémie*, *rachitisme*, *lymphatisme*, *scrofule* et *tuberculose*, *arthritisme*, *herpétisme*, *fièvres éruptives* et *oreillons*, *affections respiratoires*, *circulatoires*, *digestives*, *nerveuses*. Quelques lignes d'hygiène générale et d'hygiène scolaire terminent ce livre très pratique, et où l'auteur, persuadé, selon ses propres expressions, qu'il faut tondre ses phrases et non pas les friser (Stendhal), a cherché à résumer les faits les plus importants de la médecine de l'enfance. L. BABONNEIX.

Lettres à un jeune homme qui veut étudier la médecine (1), par le docteur DUMAS (de Lédignan, Gard).

En quelques pages vécues le docteur Dumas (de Lédignan) trace au moyen de ses souvenirs personnels un schéma de la vie médicale, ou du moins de ce qu'elle est pour l'immense majorité des praticiens; il en montre les joies et les tristesses, et nul doute que la lecture de ce petit ouvrage n'enseigne aux débutants à ne pas trop facilement s'abandonner aux premières et à ne pas trop aisément céder aux secondes.

A une heure où la profession médicale devient si difficile, où la plupart de ceux qui s'y sont engagés depuis un certain temps déjà ne regardent pas l'avenir sans inquiétude, il est bon que la voix autorisée de l'expérience avertisse avant le départ des difficultés sans nombre de la route. C'est ce qu'a réalisé le docteur Dumas; souhaitons donc que ses lettres soient lues et méditées. A. GAULLIEUR L'HARDY.

FORMULAIRE

ANTIPRURIGINEUX

Menthol	2	grammes.
Alcool à 90 degrés	15	—
Acide acétique cristallisé	20	—
Eau	70	—

En lotions et badigeonnages. (Jessner.)

(1) Broch. de 61 p. Prix : 0 fr. 60. — Paris, Henry Paulin et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

FORMES CLINIQUES

DE LA

TUBERCULOSE INTESTINALE [1]

GÉNÉRALITÉS. DIVISION. — La tuberculose intestinale ne comprenait jadis qu'une seule forme : l'*entérite tuberculeuse*, toujours secondaire à une autre tuberculose (tuberculose pulmonaire), caractérisée, anatomiquement, par des lésions diffuses et irréparables, cliniquement, par une diarrhée noire persistante, et par sa terminaison constamment fatale.

Aujourd'hui, en plus de cette entérite tuberculeuse, on connaît d'autres formes de tuberculose intestinale : les formes *sténosantes* que caractérisent leur distribution localisée et la possibilité de leur guérison à la suite d'une intervention chirurgicale. Aussi certains auteurs divisent-ils la tuberculose intestinale en deux variétés : *médicale*, c'est l'entérite tuberculeuse; *chirurgicale*, ce sont les formes sténosantes, avec ou sans hypertrophie.

D'autres auteurs adoptent une classification purement topographique.

Il est facile de concilier ces deux opinions, si l'on se rappelle l'*évolution des lésions tuberculeuses au niveau de l'intestin.* Sur les parois intestinales, comme ailleurs, la tuberculose peut évoluer selon le mode *aigu* ou selon le mode *chronique.*

La *tuberculose aiguë* granulique ne mérite guère qu'une simple mention. La *tuberculose chronique* présente deux types spéciaux : A. Les lésions évoluent vers l'**ulcération**. Mais alors deux cas : *a.* ou bien ces ulcérations sont trop nombreuses, trop profondes et se développent chez un malade trop épuisé pour pouvoir guérir : elles donneront lieu aux symptômes de l'*entérite tuberculeuse*; *b.* ou bien elles sont assez peu nombreuses, assez superficielles et, surtout, le terrain sur lequel elles se développent est encore assez résistant pour qu'elles puissent se cicatriser : leur cicatrisation entraînera une diminution du calibre de l'intestin. *Ces deux ordres d'ulcérations prédominent au niveau de l'intestin grêle.* La tuberculose de l'intestin grêle présente donc à étudier deux variétés : 1° l'*entérite tuberculeuse banale*; 2° les *sténoses* consécutives à la cicatrisation d'une ulcération tuberculeuse. Ces deux variétés aboutissent parfois à une troisième, où le péritoine est atteint (*forme entéro-péritonéale*).

B. Les lésions évoluent vers la *sclérose. Cette sclérose, presque toujours hypertrophique, prédomine constamment au niveau du gros intestin* [cæcum (2)], et se traduit, elle aussi, par des symptômes d'ordre sténosant. Ainsi la sténose est presque toujours due : a. *au niveau de l'intestin grêle*, à un processus de cicatrisation sans hypertrophie; b. *au niveau du gros intestin*, à une sclérose hypertrophique primitive. Dans le premier cas, il s'agit d'un vulgaire rétrécissement cicatriciel; dans le second, d'un processus spécial, protopathique, indépendant de toute ulcération antérieure.

Telles sont les grandes lignes de notre classification : 1. TUBERCULOSE AIGUE; 2. TUBERCULOSE CHRONIQUE. A. *de l'intestin grêle* : *a.* entérite tuberculeuse ; *b.* sténoses tuberculeuses; B. *du gros intestin* : tuberculome hypertrophique (cæcum). En plus de ces formes *communes,* nous aurons à décrire quelques formes plus *rares.*

TUBERCULOSE AIGUE DE L'INTESTIN

Syn. : *granulique, typhoïde.*

Elle ne donne lieu qu'à une symptomatologie effacée, perdue dans le tableau général de l'infection granulique. Son symptôme le plus constant est le tympanisme. L'existence de diarrhée, de taches rosées, d'hémorragies intestinales [attribuables à une lésion hépatique (Moizard et Grenet)] l'ont souvent fait confondre avec une fièvre typhoïde.

TUBERCULOSE CHRONIQUE DE L'INTESTIN

§ I. **TUBERCULOSE DE L'INTESTIN GRÊLE.** — I. ENTÉRITE TUBERCULEUSE. — A. **Forme commune.** — Rarement primitive, presque toujours *secondaire* à une vieille phtisie pulmonaire, elle survient d'habitude lors de l'apparition de la fièvre hectique (Grisolle). Son histoire clinique « dans sa forme banale, gravite autour d'un symptôme, la *diarrhée* » (Verliac).

Elle *débute* par des SYMPTÔMES FONCTIONNELS survenant par crises : a. *douleurs* spéciales, différentes des coliques en ce qu'elles sont continues, ne s'accompagnent pas de la sensation de tortillement et d'expulsion, et sont comme névralgiques (Pidoux); b. *modifications des selles* qui deviennent plus fréquentes; les matières, tout en restant solides, sont recouvertes de mucus (*Id.*). Après plusieurs crises de ce genre, la diarrhée apparaît.

La *diarrhée* est le symptôme capital de la période d'état. Elle est persistante, *de long cours* (Louis, Chomel), généralement, mais non toujours (Girode), proportionnelle au nombre et à la profondeur des ulcérations; on l'attribue : α. aux néoformations des glandes de Lieberkühn; β. aux oblitérations lymphatiques facilitant les transsudations séreuses (Girode).

Quelquefois il n'y a qu'une selle liquide par vingt-quatre, ou même par quarante-huit heures; le plus souvent, il y en a plusieurs par jour : trois, quatre, huit, jusqu'à quinze; dans les derniers jours, la diarrhée est presque continue; elle dessèche les malades, et précipite la cachexie (*diarrhée colliquative* de Bayle). Souvent déterminée par l'ingestion d'aliments, surtout froids, elle dure des semaines et des mois; elle est rebelle à la thérapeutique.

Les selles sont *liquides*, grumeleuses : elles contiennent des tubercules caséifiés, de la graisse et des acides gras, des masses muco-glaireuses striées de sang, des débris alimentaires mal digérés; on y trouve souvent le bacille de Koch, surtout si on le recherche à la surface des grumeaux jaunâtres, après avoir donné de l'opium aux malades (Rosenthal). Leur *couleur* est d'abord grisâtre, puis *noire* (Franck, Andral, Girode), ce qui est dû au mélange, aux matières, d'un peu de sang provenant des ulcérations intestinales; leur *fétidité* presque gangréneuse (Louis).

La diarrhée s'accompagne de *douleurs* spontanées, et alors soit continues, siégeant dans la fosse iliaque droite, soit provoquées par l'ingestion de certains aliments, ou par la décompression de la paroi, et d'hyperesthésie cutanée.

Les SIGNES PHYSIQUES sont relativement peu importants : le ventre est habituellement déprimé : G. de Mussy a signalé des sueurs localisées à l'abdomen; la palpation permet parfois de déceler l'existence d'adénopathies mésentériques.

L'ÉTAT GÉNÉRAL est toujours gravement altéré : le malade est amaigri, sa peau, sèche et terreuse, présente par places (face, mains) des taches pigmentaires (G. de Mussy) attribuables vraisemblablement à l'irritation du plexus solaire (Boinet); la fièvre hectique est constante, les œdèmes cachectiques fréquents.

La diarrhée n'apparaît d'abord que par accès, puis elle devient continue. Dans la forme primitive, l'affection suit une marche inexorable, et le malade succombe presque sans symptômes pulmonaires, bien que l'autopsie révèle des lésions très étendues des poumons (Laënnec); dans la forme secondaire, l'ÉVOLUTION est presque constamment fatale : Parrot et Laveran ont pourtant cité des cas de guérison.

B. Cette diarrhée *noire*, de *long cours*, *accompagnée de fièvre hectique et de sueurs nocturnes*, est un *signe presque pathognomonique de tuberculose* (Chomel). Elle peut revêtir diverses **formes anormales** : 1. *Forme latente* (Louis, Lauger, Letulle, Claude etc.); 2. *forme à début anormal.* Quelquefois l'entérite tuberculeuse débute brusquement; d'autres fois, elle succède à une entérite aiguë : dothiénentérie, choléra (Girode); 3. *formes à symptômes anormaux* : a) *forme coprostatique*; la diarrhée peut être remplacée par une constipation si intense qu'elle a pu faire penser à une occlusion (Girode), forme exceptionnelle; b) *forme hémorragique* également exceptionnelle, caractérisée par des hémorragies abondantes, quelque-

---

(1) Voir : Alglave et Belgrand. Th. de Paris, 1904; — Bérard et Patel. *Formes chirurgicales de la tuberculose intestinale,* Paris, 1905 ; — Brelet. Formes cliniques de la tuberculose intestinale. *Arch. gén. de méd.*, avril 1905 ; — Dieulafoy. *Cliniques*, 1901-1902; — Verliac. Les différentes formes de la tuberculose intestinale, *Revue de la tuberculose*, juin 1904.

(2) On peut supposer (bien que la chose ne soit pas absolument démontrée) que cette sténose est due à l'action, sur les parois intestinales, de toxines plus ou moins analogues à celle que M. J. Auclair a isolée du bacille tuberculeux et qu'il a désignée sous le nom de *chloroformo-toxine.*

fois même foudroyantes (Tonnelé et Hanot); 4. *forme à localisations anormales* : iléo-cæcale, appendiculaire, colitique, rectale (v. plus loin); 5. *formes compliquées*, α. par atteinte du péritoine (*forme entéro-mésentérique* ou *entéro-péritonéale*); β. par perforation; γ. par occlusion (v. plus loin).

(*A suivre.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel élémentaire de dermatologie topographique régionale, par R. SABOURAUD, chef du laboratoire de la ville de Paris à l'hôpital Saint-Louis. Gr. in-8 de XII-736 p. avec 231 fig. dans le texte. — Prix : broché, 15 francs; relié toile, 16 francs. — Paris, Masson et Cie.

Quelques considérations sur l'influence nocive de l'automobilisme et du cyclisme sur la vision et les moyens d'y remédier, par le docteur MIROVITCH (de Paris). Communication faite à l'Académie de médecine le 15 avril 1905. In-8 de 12 p. — Prix : 1 franc. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 102. — SAMEDI 9 SEPTEMBRE 1905. 78° ANNÉE. SAMEDI 9 SEPTEMBRE 1905. — N° 102.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Les angines, par M. Fernand Lévy.
ANALYSES
Médecine : Affusions froides dans le delirium tremens ; — Diabète cérébral traumatique.
Chirurgie : Le volvulus du petit intestin compliquant la fièvre typhoïde ; — Traitement du cancer de l'œsophage par le radium.
Toxicologie : Toxicité de la crème à la vanille.
FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER
Thèses soutenues pendant l'année scolaire 1904-1905 (fin).
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

MARINE. — M. le médecin de deuxième classe Bellot, du port de Cherbourg, est désigné pour embarquer sur le *Kersaint* (station locale de l'Annam et du Tonkin).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade d'officier. — M. le docteur Henri de Rothschild (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Coutrest, Leroux, Pauly et Trémeau de Rochebrune (de Paris) et Mainguy (de Versailles).

— Des récompenses honorifiques sont accordées aux personnes dont les noms suivent qui ont rendu des services aux sociétés de secours mutuels :

Médailles d'or. — MM. les docteurs Boudon (de Paris), Boursat (de Nuits), Sallefranque (de Saint-Maur-les-Fossés).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Isch-Wall, Lamoureux et Mallet (de Paris), Becquembois (d'Alençon).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Héry, Lièvre, Simionesco et Socquet (de Paris), Bellamy (de Saint-Brieuc), Delarue (d'Amiens), Dimey (de Châtillon), Grilhaut-Desfontaines (de Colombes), Jehanno (de la Haie-Fouassière).

Mention honorable. — M. le docteur Bourrée (de Châtillon).

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYDROLOGIE, DE CLIMATOLOGIE, DE GÉOLOGIE ET DE THÉRAPIE PAR LES AGENTS PHYSIQUES. — SEPTIÈME SESSION. VENISE, 1905. — Ce Congrès s'ouvrira le 10 octobre 1905, sous la présidence d'honneur de S. Exc. le ministre de l'Instruction publique d'Italie, et la présidence effective de M. le sénateur professeur A. De Giovanni, de l'Université de Padoue. Le bureau permanent de ce Congrès est formé des personnalités les plus élevées de la science de la physico-thérapie d'Europe et est présidé par M. Albert Robin, membre de l'Académie de médecine de Paris et président du Syndicat des médecins des stations balnéaires et sanitaires de la France.

Les rapports sur les questions qui ont été posées seront imprimés et distribués aux membres effectifs avant l'ouverture du Congrès.

Pendant la session, des excursions seront organisées aux établissements de Abano, de Battaglia, de Recoaro, de Roncegno, de Levico, à ceux du lac de Garde, de San-Pellegrino. Les démarches pour visiter aussi d'autres établissements sont presque finies.

La cotisation est de 20 francs pour les membres effectifs. Les dames des congressistes pourront jouir des mêmes avantages en payant la cotisation des membres honoraires : 10 francs.

Les membres qui désirent faire des communications sont priés d'en donner le titre au moins un mois avant l'ouverture du Congrès.

Une exposition sera annexée au Congrès. Les exposants doivent s'adresser à M. Adrien Damani, à Venise, S. Solo, palais Keppler.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la trente-cinquième semaine, 774 décès, au lieu de 874 pendant la semaine précédente (moyenne 836). L'état sanitaire est donc satisfaisant.

La fièvre typhoïde a causé 8 décès (moyenne 9). Le nombre des cas nouveaux est de 80 (moyenne 62).

La variole a causé 5 décès, au lieu de 9 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 17, chiffre identique à celui de la semaine précédente et de la moyenne 16. Aucun cas de variole n'est signalé dans le IIIe arrondissement ; il ne reste plus trace du commencement d'épidémie qui s'y était manifesté dans la vingt-neuvième semaine et les suivantes. Dans l'arrondissement des Buttes-Chaumont, on signale encore 8 cas nouveaux et 2 décès.

La rougeole a causé 8 décès (moyenne 8) ; la scarlatine, aucun décès (moyenne 2) ; la coqueluche, 7 décès (moyenne 8) ; la diphtérie, 3 décès (moyenne 6).

La diarrhée infantile a causé 74 décès de 0 à 1 an, au lieu de 89 pendant la semaine précédente (moyenne 97).

En outre, 17 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 83 décès, au lieu de 87 pendant la semaine précédente (moyenne 85). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 4 décès (moyenne 6); bronchite chronique, 16 (moyenne 10); pneumonie, 14 (moyenne 24); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 49 (moyenne 45), dont 10 sont dus à la congestion pulmonaire et 30 à la broncho-pneumonie. En outre 1 décès a été attribué à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 176 décès; la méningite tuberculeuse, 18; la méningite simple, 22; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 13 décès.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Petit (de Carcassonne).

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL PROFESSIONNEL. — *Cours de vacances.* — Du 18 au 30 septembre 1905, une série de cours auront lieu. En voici la liste :

I. *A l'hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente.* — Massage, M. Marchais; — Electrothérapie, M. Zimmern; — Accouchements, M. Dubrisay; — Hygiène et thérapeutique infantiles, M. Lesné; — Maladies nerveuses, M. Roy; — Chirurgie dentaire, M. M. Roy.

II. *Dans différents services.* — Gynécologie, M. Launay (Saint-Antoine); — Chirurgie pratique, M. Souligoux (Lariboisière); — Auscultation, M. Caussade (Tenon); — Oto-rhino-laryngologie, M. G. Laurens (Clinique de la Trinité); — Ophtalmologie, M. Morax (Lariboisière); — Maladies des voies urinaires, M. Noguès (Necker); — Maladies de l'estomac, M. Enriquez (Hôtel-Dieu); — Chirurgie infantile; orthopédie, M. Barbarin (hôpital Anne-Marie).

Tous les cours commenceront le lundi 18, aux lieu et heure indiqués pour chacun d'eux. Repos le dimanche 24.

Les inscriptions sont reçues dès maintenant. Chaque élève recevra une carte d'admission qu'il devra produire à l'entrée des cours.

Le droit d'inscription de chaque cours (comprenant en moyenne 8 à 10 leçons) est fixé à 20 francs, payables en s'inscrivant. On peut s'inscrire par correspondance.

Le lundi 18, à midi, à l'hôtel des Sociétés savantes, réunion générale; dernières inscriptions. Cette réunion n'empêchera pas les cours du matin d'avoir lieu le lundi aux heures indiquées dans le bulletin.

Pour les inscriptions et tous renseignements, écrire au docteur Marchais, hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente, Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'évaluation des incapacités permanentes, basée sur la physiologie des fonctions ouvrières des différentes parties du corps, par le docteur Ch. Remy, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Rapport présenté au Congrès international de Liège. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

Les idées rationalistes de 1860 à 1905. Penseurs, philosophes, savants, préface de Ernest Hæckel. Une élégante plaquette in-8° de VIII-82 pages. — Prix : 30 centimes. — Paris, Schleicher frères.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1904-1905 (*fin*)

M. Portes. Théorie sensorielle et théorie motrice des déviations oculaires conjuguées. — M. Guiraud. Traitement de l'hémorragie par décollement prématuré du placenta normalement inséré. — M. Crémieux. Contribution à l'étude de la lipomatose multiple symétrique. — M. Giraud. Les gros œufs syphilitiques dans la syphilis ancienne. — M. Bannelier. Les infections salivaires chez le nouveau-né et le nourrisson. — M. Bordères. Des tumeurs malignes primitives du clitoris. — M. Galen. La fourmi en thérapeutique. — M. Bastide. Du désossement du tarse dans le traitement des pieds bots invétérés (méthode de Championnière). — M. Mistral. De la leucémie myélogène et de son traitement par la radiothérapie. — M. Burnand. L'œuvre stéphanoise des enfants à la montagne. — M. Colin. Contribution à l'étude de l'œil et de la vision chez l'artiste. — M. Long. Opothérapie rénale. — M. Charette. L'œdème aigu du poumon. — M. Blang. Contribution à l'étude de la marétine (carbaminate de M-Tolyl-hydrazide). — M. Condo di Satriano. Le traitement du varicocèle par le procédé de Parona. — M. Guérin. De la mastite ou carcinome. — M. Stoltz. Traitement du bourdonnement d'oreilles par l'effluve de haute fréquence. — M. Bonnet. Contribution à l'étude d'un nouveau procédé de cure radicale de hernie inguinale (Bassini modifié). — M. Dubos. Du diagnostic de paralysie générale. — M. Arlès-Dufour. Etude clinique du traitement de la tuberculose pulmonaire chronique par l'histogénol. — M. Poli. Du sarcome de l'ovaire. — M. Gazagne. Contribution à l'étude des adhérences du grand épiploon. — M. de Grenier. La variole maligne. — M. Guillat. Les myomes des os. Myomes purs et myomes associés. — M. Brun. Contribution à l'étude de l'anaphylaxie. — M. Tardieu. Etude sur le massage du cœur expérimental et clinique. (Une observation inédite.) — M. Sauvan. Traitement d'urgence des hématuries vésicales. — M. Fonzes. Des fractures du col du radius. — M. Rivet. Des lipomes périostiques. Etiologie, pathogénie. — M. Tref. De la tuberculose à forme hypertrophique de l'intestin grêle. — M. Dalard. Contribution à l'étude des formes rénales de la grippe. — M. Barse. Les opérations correctrices des rétro-déviations de l'utérus et leurs résultats. — Mme Abadie, née Feyguine. De l'assistance médicale des femmes indigènes en Algérie. — M. Monfrin. Contribution à l'étude de la colère chez les épileptiques. — M. Alamelle. Causes et prophylaxie de la mortalité des enfants mis en nourrice dans le département des Basses-Alpes. — M. Jaubert. Le cancer primitif des deux seins. — M. Palmaro. Des suppurations des kystes de l'ovaire. — M. Roux. De la folie par infection palustre. — M. Bénet. Mastoïdites d'emblée. — M. Estachy. La Maternité de Vaucluse. Historique, statistique. — M. Bousquet. Les épilepsies réflexes d'origine dentaire et gastro-intestinale chez l'enfant.

Docteurs d'Université (mention médecine). — M. Narich. Du phlegmon ligneux. — M. Grigoroff. Kystes congénitaux présternaux. — Mlle Schapiro. Des néphrectomies partielles en dehors des tumeurs malignes. — Mlle Kissileff. Purpura rhumatoïde et troubles gastro-intestinaux. — Mlle Apteckmann. Contribution à l'étude de la tachycardie continue. — M. Mednicaroff. Des kystes papillaires de l'ovaire. Pronostic, thérapeutique. — Mlle Vaïndrack. Quelques considérations sur un cas d'anémie pernicieuse progressive. — M. Cordero. L'hystérie simulatrice de quelques affections chirurgicales. — Mlle Lichtenstein. Influence de la fatigue sur les accidents du travail.

REVUE GÉNÉRALE

LES ANGINES

Par M. Fernand LÉVY,
Interne des hôpitaux de Paris.

I

Définitions et classifications. — La dénomination d'*angine* au fur et à mesure que les connaissances cliniques se sont affirmées a pris un sens plus précis; mais, étant rapidement tombé dans le langage populaire, le mot n'a pas su conserver, même dans la langue médicale, la compréhension exacte qu'il faut s'efforcer de lui restituer.

Etymologiquement angine dérive du grec ἄγχω, du latin *angere*, étrangler. Il désignait à l'origine toute *sensation* douloureuse de constriction que produisent et entretiennent les mouvements respiratoires ou de la déglutition, mais il ne signifiait rien de plus. Les auteurs cherchèrent bientôt à préciser davantage et on appela angines toutes les *maladies* dans lesquelles le sujet éprouve de la difficulté à avaler ou à respirer en raison d'un obstacle siégeant *au-dessus de l'estomac* et *au-dessus des poumons*. De cette époque nous est restée la dénomination angine de poitrine que l'usage a consacrée.

Mais avec les progrès de la médecine la signification du terme angine s'était restreinte et au commencement du XIX[e] siècle, la notion d'*inflammation* commençant à se faire jour « cette expression, dit Grisolle (1), n'est guère usitée que pour dénommer les *phlegmasies des membranes muqueuses* comprises entre l'arrière-bouche, le cardia et l'origine des bronches ». Il existe donc, suivant le siège, des angines gutturale, tonsillaire, pharyngée, œsophagienne, laryngée, trachéale. Prévoyant la restriction ultérieure, Grisolle ne décrit au chapitre angine que deux formes bien souvent réunies, l'*angine gutturale*, où « l'inflammation occupe la muqueuse qui tapisse l'isthme du gosier, c'est-à-dire le voile du palais, ses piliers, la luette et les amygdales », et l'*angine pharyngienne*, dans laquelle « l'inflammation siège sur la muqueuse du pharynx lui-même ».

La limitation prévue par Grisolle s'opéra et les auteurs restreignirent enfin à l'arrière-bouche et au pharynx les maladies dites angines.

Pour M. Desnos (2), ce sont « toutes déterminations morbides gutturales, pharyngées, dans lesquelles intervient l'inflammation à quelque époque, sous quelque forme et à quelque titre que ce soit ».

Peter (3) réservait aussi ce nom à « toute affection phlegmasique de l'isthme du gosier et du pharynx, que la phlegmasie soit d'ailleurs primitive ou secondaire, simple ou spécifique ».

Lasègue (4), dans son *Traité des angines*, n'en donne pas de définition, tant sans doute lui semble net ce qu'on doit entendre par là.

(1) Grisolle. *Pathol. int.*, t. I, p. 270.
(2) Desnos. *Dictionnaire Jaccoud*, art. angine.
(3) Peter. *Dictionnaire Dechambre*, art. angine, p. 689.
(4) Lasègue. *Traité des angines*, Paris 1868.

M. Jaccoud (1) considère l'angine comme « l'inflammation de l'arrière-bouche et du pharynx ».

Des auteurs classiques qui vinrent ensuite, la plupart n'en firent aucun essai de définition, tant leur semble évident son domaine (Dieulafoy, Ruault, Teissier et Roques).

D'autres cherchent encore à le restreindre. C'est ainsi que M. Bourges appelle angines les « inflammations des amygdales palato-pharyngées et des amas de tissu adénoïde infiltrés çà et là dans la paroi du pharynx ».

Toutes ces définitions sont-elles assez précises? Si, comme M. Roger (2) le dit, « ce mot s'applique exclusivement aujourd'hui aux inflammations de l'arrière-gorge, piliers, amygdales, parois et fond du pharynx, » ne devra-t-on pas logiquement faire rentrer dans le cadre de ces phlegmasies et le chancre de l'amygdale et la gomme syphilitique et beaucoup d'autres lésions inflammatoires, élargissant ainsi le sens qu'on donne au terme angine? Si, d'autre part, comme cela semble naturel, on dénomme ainsi *les états inflammatoires de la muqueuse de l'arrière-bouche et du pharynx*, il faut en éliminer des variétés qu'on s'était habitué à considérer comme parties intégrantes et abandonner les dénominations d'angine phlegmoneuse et d'angine gangréneuse. Le phlegmon se développe en effet dans le tissu cellulaire, la gangrène avec escares ne se limite jamais à la muqueuse. Par conséquent, la suppuration et le sphacèle ne doivent plus être envisagés que comme des complications des angines.

Les classifications des angines ont suivi parallèlement les oscillations du sens donné à ce mot. On les classa d'abord d'après leur *siège* : angine tonsillaire, pharyngée, etc. Leur *aspect* les fit diviser en érythémateuses, pultacées, couenneuses, etc. Puis vinrent les formes *anatomo-pathologiques* (Jaccoud) : angines catarrhales, parenchymateuses, pseudo-membraneuses.

Peter tente un essai intéressant d'ordination *étiologique* que nous retrouverons plus loin.

Les auteurs qui vinrent ensuite proposèrent des classifications *pathogéniques* beaucoup mieux fondées à condition que le même agent causal reproduise toujours les mêmes lésions et toujours la même évolution clinique. Mais ceux-là auxquels elles avaient donné les plus belles espérances en ont reconnu l'inanité.

Toutes celles qu'on pourrait édifier peuvent se fusionner en deux groupes : *anatomiques*, macro ou microscopiques; *étiologiques*, avec une base clinique ou expérimentale.

Contre les classifications et par suite les descriptions d'après la lésion anatomique, Lasègue s'était élevé avec force, puisqu'il disait : « J'ai de parti pris refusé d'ouvrir un chapitre distinct aux angines gangréneuses, ulcéreuses, couenneuses. Ce n'est pas que

(1) Jaccoud. *Pathol. interne.*
(2) Roger. *Introduction à l'étude de la médecine*, Carré et Naud, Paris 1899. — Angine, in *Lexique des termes médicaux.*

je conteste l'existence des lésions décrites sous ces dénominations traditionnelles, mais je crois qu'on rend à la pathologie un détestable service toutes les fois qu'on prend ainsi un des temps d'une *lésion mobile* pour en faire la caractéristique d'une espèce morbide. La lésion qui survient ainsi ou par accident ou en vertu d'une aptitude individuelle ne saurait, dans aucun cas, imposer son nom à la maladie. »

De même pour Trousseau, l'aspect anatomique d'une lésion est insuffisant pour « caractériser la maladie ».

Les classifications étiologiques sont aussi susceptibles de reproches. Distinguer les angines *d'après les maladies* au cours desquelles elles surviennent, ne satisfait pas entièrement, puisque l'affection tantôt les conditionne, tantôt favorise leur apparition, tantôt coïncide simplement avec elles.

Les auteurs des dictionnaires, Desnos et Peter, après avoir séparé les angines aiguës des chroniques, divisent les premières en angines simples, qui sont inflammatoires ou gangréneuses, et en angines spécifiques. Celles-ci comportent quatre sous-classes : 1° pyrexies (fièvres éruptives, fièvre typhoïde, fièvres intermittentes, morve, charbon); 2° certains états généraux, tels que le rhumatisme, la goutte, le scorbut; 3° angines avec addition de produits spéciaux (enduit pultacé, muguet, herpès, formations ulcéro-membraneuses); 4° par toxiques minéraux ou végétaux.

Peter fait enfin une classe à part des angines couenneuses.

Il n'a pas été davantage possible d'instaurer une classification *d'après le microbe* trouvé au niveau des lésions. M. Bourges lui-même le dit, « les observations accompagnées d'examens bactériologiques ne démontrant pas de différences cliniques bien nettes. »

II

Étiologie générale. — Le *terrain* sur lequel évoluent les angines est conditionné par un certain nombre de particularités anatomiques et offre des variations histo-biologiques intéressantes à étudier.

La structure de la muqueuse de l'arrière-gorge et du pharynx est identique à celle qui revêt la bouche : c'est le même épithélium pavimenteux stratifié qui se continue du reste jusqu'à la partie inférieure de l'œsophage, conservant toujours ses caractères d'origine ectodermique.

« Les tissus qui font partie d'un même appareil, dit Peter, ont une *solidarité vasculaire, nerveuse* et *fonctionnelle* qui les fait le plus habituellement participer tous à l'état morbide de l'un d'entre eux. A plus forte raison, cette solidarité se manifeste-t-elle dans la continuité d'un même tissu. Aussi, quand la membrane muqueuse de l'arrière-gorge est enflammée, voit-on habituellement l'inflammation se propager d'une part à la membrane muqueuse qui tapisse la cavité buccale et qui revêt le larynx, et d'autre part à la membrane muqueuse qui, du pharynx, se continue dans les trompes d'Eustache, et de celles-ci se prolonge jusque dans les cavités de l'oreille moyenne. »

Souvent donc, l'angine est cause de stomatite, de rhinite, d'otite; mais fatalement, pour les mêmes raisons ci-dessus énoncées, la réciproque est vraie et le phénomène inverse assez fréquent. Nous insisterons surtout sur la précession, la coexistence, la succession des angines et des stomatites. Ce fait ne relève pas seulement de la continuité de tissu, de l'identité de structure, des liens étroits de vascularisation et d'innervation, mais encore de la communauté du milieu biologique. Comme la bouche, le carrefour pharyngien est en rapport avec l'air atmosphérique, la salive, les aliments et avec des germes microbiens identiques. Peut-être même le pharynx, par les variations moins grandes de sa température moyenne, par ses récessus bien abrités, constitue-t-il une étuve encore plus propice que la cavité buccale au développement des micro-organismes. Comme sur la peau, comme dans la bouche, on retrouve les saprophytes habituels dont la virulence va du degré zéro à la nocivité la plus complète : staphylocoques, streptocoques, puis toute la série des spirilles, des leptothrix; les bacilles rappelant le Löffler, les vrais et faux pneumocoques, les sarcines, etc. Et la clinique montre bien cette solidarité histo-biologique se poursuivant sur le terrain de la pathologie. N'est-on pas parvenu à démontrer l'identité de réaction des deux muqueuses, l'identité de nature de la stomatite ulcéro-membraneuse de Bergeron et de l'angine à spirilles et bacilles fusiformes de Vincent, encore que la coexistence des deux affections n'ait été notée que depuis peu? De même, d'ailleurs, qu'il existe une stomatite consécutive à l'angine, n'a-t-on pas fait aussi la preuve d'angines stomatitiques (angines d'origine dentaire de Jacquet et Lebar)?

La muqueuse buccale est pourvue de dents qui, si elles ne modifient pas la nature des inflammations, en règlent la fréquence : de même la muqueuse pharyngienne présente une série d'appareils lymphoïdes des plus développés que Waldeyer a décrits comme des cercles lymphatiques de défense protégeant les voies digestives et respiratoires supérieures.

Ils constituent un système important de filtration, foyer d'attraction microbienne, de prolifération leucocytaire, centre de phagocytose et, par suite, siège des premiers stades de l'inflammation. Ajoutons à cette prédisposition toute naturelle aux phlegmasies la désépithélisation incessante, le traumatisme moins que rare de la muqueuse par des particules alimentaires, les modifications circulatoires d'ordre vasomoteur correspondant aux variations thermiques de l'air atmosphérique (*froid*). Voilà bien des raisons qui permettent de comprendre la fréquence toute particulière des angines au point que peu de personnes y échappent et leur apparition chez des sujets jeunes dont les tissus lymphoïdes réagissent de façon plus vive et plus bruyante. L'extrême fragilité de la muqueuse pharyngienne comme celle des téguments des individus dits lymphatiques explique encore la fréquence et la récidive d'angines qui passent même à la chronicité (végétations adénoïdes, hypertrophie des amygdales). Chez la femme la période

menstruelle joue un rôle important dans la reproduction de ces phlegmasies, voilà pour le terrain normal. Surviennent des maladies générales aiguës ou chroniques, et l'on comprendra que, par suite des modifications du chimisme humoral, se produisent des transformations de tissu et qu'une sorte d'appel soit fait à l'infection de l'arrière-bouche et du pharynx.

III

Anatomie et physiologie pathologiques. — La muqueuse de l'arrière-gorge et du pharynx se comporte vis-à-vis de l'inflammation, comme nous avons vu celle de la bouche à propos des stomatites (1). Pour les angines aussi, il existe toute une série de gammes inflammatoires déterminées par l'intensité du processus et allant de la simple rougeur érythémateuse aux phénomènes plus sérieux d'exsudation et d'ulcération. Ainsi donc nous aurons d'abord une *angine érythémateuse* où tout se bornera à une vascularisation très accentuée, puis, en progressant, des *angines avec exsudats*, soit pultacés, soit membraneux, dus à la mortification de l'épithélium, pouvant aboutir à l'*ulcération* et qui tantôt sont primitives, tantôt succèdent à des variétés *vésiculeuses* et *bulleuses*. Outre l'épithélium, les couches superficielles du chorion sont-elles atteintes, se produit-il des exsudations fibrineuses, alors on arrive à l'*angine pseudo-membraneuse*.

Les désordres que fait constater le microscope dans les variétés érythémateuse et exsudative légère (pultacée) sont les suivants : engorgement des vaisseaux, altération des éléments cellulaires soit nécrosés (cellules épithéliales) soit proliférés (cellules conjonctives). Un degré de plus et on a une membrane diphtéroïde formée par les couches superficielles de la muqueuse séparées du chorion par un exsudat. Au stade suivant c'est la pseudo-membrane constituée. Elle repose sur le chorion muqueux infiltré de leucocytes. Sa structure est simple : réseau de fibrines à mailles plus ou moins serrées englobant des cellules épithéliales détruites et creusées de vacuoles, des leucocytes à des périodes diverses de leur dégénérescence, des microbes variés dont le plus fréquent est le bacille diphtérique. En somme, dans toutes ces formes, c'est l'inflammation avec ses caractères habituels : phénomènes vasculaires d'extravasation suivis bientôt de modifications cellulaires consistant en prolifération dans la profondeur et destruction à la superficie.

IV

Symptomatologie. — A. *Symptômes fonctionnels*. Ordinairement chez l'adulte ce sont des signes fonctionnels qui attirent l'attention sur le pharynx. Il n'en est pas de même chez l'enfant souvent incapable d'accuser ses sensations et dont le médecin devra toujours, quelle que soit la cause qui l'ait fait appeler, examiner la gorge.

On peut les diviser en deux catégories :

1° Troubles de sensibilité générale;

2° Troubles de sensibilité spéciale ou troubles des fonctions proprement dites.

Les *troubles de sensibilité générale* se résument dans les phénomènes douloureux. Si, comme il arrive le plus fréquemment, l'inflammation est limitée à la région bucco-pharyngée, le sujet éprouve une douleur d'intensité variable, tantôt lancinante, pulsatile, tantôt consistant en une série de picotements, tantôt enfin constrictive. Toutes ces sensations anormales sont rapportées à la région prévertébrale et s'exagèrent ou s'atténuent suivant l'irritabilité et le nervosisme de l'individu. Les phénomènes douloureux irradient aux régions sous-maxillaires et sus-hyoïdienne, et, comme M. Vincent l'a montré, à l'occiput. Ils peuvent même prédominer sous forme de crises névralgiques. Cette névralgie des angines vulgaires présente un point fixe au chef supérieur du sternocléidomastoïdien, là où le grand nerf occipital émerge. Elle s'explique probablement par une communication anormale entre le plexus pharyngien et une des racines de ce nerf (Vincent). Au nasopharynx l'inflammation provoque une sensation de sécheresse et de la douleur qui gagne la région de l'oreille. L'envahissement du laryngo-pharynx se révèle par une sensibilité quelquefois exquise qu'exagère la pression sur les cartilages du larynx et sur les parties latérales du cou.

Les *troubles de sensibilité spéciale* ne sont autres que les perturbations physiologiques du pharynx. La *déglutition* est difficultueuse et donne lieu à une dysphagie plus ou moins prononcée qui acquiert une acuité toute particulière dans certains cas.

Pénible à l'occasion des mouvements réflexes, la déglutition l'est encore davantage quand le sujet avale des aliments, surtout des corps solides qui descendent plus lentement. La douleur débute au deuxième temps quand la langue agissant comme piston pousse vers l'œsophage le bol alimentaire. A ce moment l'insuffisance du voile du palais amène un reflux vers le nez. Le troisième temps de la déglutition (arrivée du bol alimentaire dans l'œsophage) s'accompagne d'une douleur assez vive localisée au larynx. Des particules peuvent même passer dans les voies respiratoires, donnant lieu à des quintes de toux paroxystiques et à de la cyanose. La *phonation* est troublée puisque le pharynx joue aussi le rôle de caisse de résonance.

L'émission des sons se trouve modifiée, le timbre de la voix est changé. L'élocution devient nasonnée (voix amygdalienne de Peter). Les *sécrétions* sont parfois totalement taries, d'où la sensation de sécheresse. Plus souvent le malade toussote, fait constamment des efforts pour débarrasser sa gorge de mucosités visqueuses. Cette toux, dans quelques angines chroniques, est très vive : il peut même y avoir rejet de crachats striés de sang.

Il est rare qu'on n'observe pas de troubles des fonctions parapharyngées. Les principaux sont la sécheresse du nez ; l'abondance de la salivation ou au contraire l'asialie ; les bourdonnements d'oreille et les vertiges amenant un certain degré de surdité ; un léger embarras de la respiration en général pas-

(1) F. Lévy. Séméiologie des stomatites, Revue gén., *Gaz. des hôpit.*, 4 juin 1904.

sager, mais allant, surtout dans certaines angines chroniques, jusqu'à la production d'un asthme réflexe (Ruault) et d'accès de toux vespéraux chez les enfants.

B. *Symptômes généraux.* — Les angines chroniques, sauf certaines rhinopharyngites où le teint pâle de l'enfant s'associe à un facies spécial (adénoïdien), une taille petite, un thorax mal conformé, ne s'accompagnent pas de phénomènes généraux. Parmi les aiguës il est des angines apyrétiques où ne s'observe pas la moindre ascension thermométrique. D'ordinaire la fièvre et les frissons ouvrent la scène. Chez les enfants surtout et dans certaines formes herpétiques on voit la température s'approcher de 40 degrés. Elle est beaucoup moins élevée dans la diphtérie où la courbe fébrile oscille d'ordinaire entre 38 et 39 degrés. Le pouls est en rapport avec la fièvre, c'est-à-dire rapide, plein, bondissant. On observe aussi des troubles cérébraux variés allant jusqu'au délire, des troubles digestifs, quelquefois vomissements, mais surtout aspect saburral et blanchâtre de la langue. On a signalé des troubles cardiaques que nous reverrons avec les complications.

C. *Signes physiques.* — L'examen de la cavité pharyngienne est moins facile que celui de la bouche. Il exige d'abord un bon éclairage. La lumière naturelle, si le malade est mobilisable, doit être utilisée. Elle seule permet de percevoir nettement certaines modifications de couleur de la muqueuse (énanthème morbilleux). Si l'on doit avoir recours à l'éclairage artificiel, l'électricité aura la préférence, sinon on se servira d'une bougie en arrière de laquelle on placera la partie concave d'une cuiller comme réflecteur

Exceptionnellement certains sujets auxquels on fait ouvrir la bouche montrent à merveille leur pharynx. Le plus souvent la langue arrête les rayons visuels et doit être réclinée. Suivant les circonstances, on se sert d'un abaisse-langue droit, oblique, coudé, en métal, en verre ou en bois, ou à son défaut on utilise le manche d'une cuiller.

L'adulte se prête assez bien à l'inspection, soit assis lorsqu'il peut se mettre sur son séant, soit couché. Il n'en est pas de même de l'enfant surtout très jeune qui doit être immobilisé par la personne sur laquelle on l'assied, tandis qu'une autre lui fixe la tête. Souvent des manœuvres spéciales s'imposent pour faire ouvrir la bouche. Tantôt il suffit de pincer le nez ou de comprimer légèrement entre deux doigts le cartilage thyroïde. D'autres fois, en présence d'un enfant robuste et qui contracte ses mâchoires, il faut avec un stylet passer en arrière des molaires quand elles existent et déterminer par titillation la production d'un réflexe pharyngien qui contraigne la bouche à s'ouvrir. Jamais le praticien ne devra se tenir en face de son malade, mais toujours obliquement de façon à éviter la projection de salive ou d'autres corps qui pourrait se produire. L'extrémité de l'abaisse-langue sera placée à l'union des deux parties horizontale et verticale de la langue de façon à permettre de déprimer facilement et fortement la base pour augmenter ainsi le champ visuel.

Il existe souvent une coloration rouge foncé diffuse de l'arrière-gorge et du pharynx. D'autres fois, elle est localisée soit à la luette (uvulite), soit aux piliers, soit aux amygdales mêmes. Il n'est pas rare non plus d'observer quelques petites et fines varicosités. Dans d'autres cas c'est un exsudat inégalement réparti, à peine condensé, très mobile et s'enlevant avec facilité au moindre frottement (*angine pultacée*).

Chez d'autres sujets cet exsudat fondu en une seule masse ou disséminé en petits placards a une teinte blanchâtre et adhère aux tissus sous-jacents, ce qui rend son éradication assez pénible. Il y a là une pseudo ou *fausse membrane*. Celle-ci, ordinairement diphtérique, peut être provoquée par d'autres microbes (pseudo-diphtériques, streptocoques, staphylocoques, pneumocoques, pneumobacilles de Friedlander, etc.). Enfin on retrouve des processus franchement ulcéreux, consécutifs tantôt à une fausse membrane qui s'associe à eux (*angines ulcéro-membraneuses*), tantôt à une éruption vésiculeuse (angines herpétiques) ou bulleuse.

Cet examen est généralement suffisant pour les angines aiguës qui presque toutes se localisent au bucco-pharynx, pour ces formes chroniques diffuses qui présentent à ce niveau leur maximum de lésions et où la muqueuse piquetée, dans les premières périodes, de granulations confluentes recouvertes de mucosités, devient, par la suite, rouge. sèche et vernissée. Il suffit aussi pour les angines chroniques localisées à l'amygdale palatine. Mais l'exploration du rhinopharynx exige le toucher digital et la rhinoscopie postérieure. De même le laryngoscope est nécessaire pour voir l'amygdale linguale.

L'angine-maladie favorise le développement de complications les unes locales, les autres générales. Citons d'abord les *suppurations* des ganglions rétro-pharyngiens, du tissu cellulaire péripharyngé chez le tout jeune enfant; palato-amygdalien ou périamygdalien chez les individus plus âgés. Dans tous ces cas existe ordinairement du trismus. La *gangrène* évolue surtout sur des terrains déprimés et affaiblis par des maladies antérieures. Elle peut compliquer une angine érythémateuse ou survenir au cours d'une rougeole. La *septicémie* se rencontre dans toutes ses modalités. Atténuée, elle provoque des éruptions cutanées (érythèmes polymorphes), des arthralgies. Plus accentuée, elle produit des néphrites (Bouchard-Landouzy), des appendicites, des endocardites, donne lieu à des déterminations variées du côté des séreuses et touche par ordre de fréquence décroissant : les synoviales articulaires (rhumatismes), le péricarde (péricardites), la plèvre (pleurésies), les méninges (méningites). La septicémie, au cours d'une angine banale et bénigne, peut même être tellement atténuée, que les accidents qu'elle engendre ne se décèlent que plusieurs mois après un retour apparent à la santé. On est tout surpris de constater des endocardites [Busquet (1)] alors que durant l'angine l'examen du cœur n'avait rien révélé d'anormal.

(1) Busquet. Les troubles cardiaques et tardifs consécutifs aux angines, *Gaz. méd. des sc. de Bordeaux*, 1904, nº 25.

V

Les angines en particulier. — Pour en prendre une idée nette nous les rangerons en une classification clinico-étiologique, sans se dissimuler qu'il n'existe pas à l'heure actuelle de base assez solide pour un classement définitif. S'étayant à la fois sur la clinique et l'étiologie, on peut distinguer :

1° Des *angines-maladies*;
2° Des *angines-symptômes*;
3° Des *angines-complications*.

I. *Angines-maladies.* — Le type de l'angine-maladie est la *diphtérie*. Bénigne, elle donne lieu à une plaque pseudo-membraneuse sur l'amygdale, à quelques troubles fonctionnels et à un léger mouvement fébrile. Maligne elle se comporte comme une maladie générale où prédominent les symptômes d'intoxication accusés surtout par la teinte blafarde des téguments, le cou proconsulaire, la défaillance du cœur. L'angine diphtérique présente des complications particulières : laryngite (croup) et paralysie du voile du palais.

L'*angine de Vincent*, ou angine ulcéro-membraneuse à association fuso-spirillaire, évolue en deux périodes. Après des phénomènes généraux d'intensité variable, apparaît d'abord une fausse membrane d'aspect diphtérique, de consistance molle (angine diphtéroïde), qui se transforme vers le deuxième ou troisième jour en une ulcération peu profonde, recouverte d'un enduit grisâtre, d'apparence caséeuse (angine ulcéro-membraneuse). On n'assiste pas toujours à l'évolution de ces deux phases. La concomitance d'une stomatite ulcéro-membraneuse a été notée. La guérison est de règle.

Signalons aussi les *angines traumatiques*, plus rares, consécutives par exemple à l'ablation des amygdales, et les angines dues aux agents *toxiques*. Ceux-ci agissent tantôt directement par imbibition (tartre stibié), tantôt indirectement par absorption (belladone, iodure de potassium). Il ne semble pas qu'on doive à l'exemple de Peter décrire sous le nom d'angines la première variété où l'irritation est due à une imprégnation directe et où il s'agit plutôt d'une action caustique. Les angines par absorption, où le poison diffusé dans l'organisme revient au pharynx, succèdent fréquemment à l'ingestion de préparations iodées (iodure de potassium), dont on connaît l'action élective sur les muqueuses naso-bucco-pharyngo-laryngées et les glandes salivaires. Tantôt existent des phénomènes associés de conjonctivite, de coryza, d'angine, de laryngite; tantôt seulement une angine caractérisée par de l'hyperhémie et accompagnée de réaction du côté des glandes salivaires. Une autre forme est l'angine par préparations mercurielles. Elle survient à la suite d'ingestions, de frictions, d'inhalations (doreurs, mineurs d'Almaden). Plus rare que la stomatite elle n'existe jamais sans cette dernière. Elle se présente sous forme de rougeur diffuse du pharynx, quelquefois d'ulcération recouverte d'enduits grisâtres, et s'accompagne de fétidité de l'haleine. L'angine par solanées succède à l'emploi médicamenteux ou accidentel de belladone, de datura et s'accuse par une sécheresse de la gorge, de la dilatation pupillaire, des troubles intellectuels.

MM. Dieulafoy et Apert ont décrit des *angines à tétragènes*, angines « sableuses » se présentant sous forme d'une multitude de points blancs analogues à des grains de sable disséminés sur une muqueuse rouge livide. Il n'y a pas d'adénite concomitante. D'après M. Apert, cette angine serait toujours précédée ou accompagnée de manifestations pleurales, fait qui n'a rien en soi d'extraordinaire puisqu'il est bien connu que la plèvre est une des localisations préférées du tétragène (Chauffard-Faisans). Après Stoos, MM. Nicolle et Hébert (1) ont essayé d'individualiser les *angines à pneumobacille* pseudo-membraneuses toujours subaiguës ou chroniques avec phénomènes généraux peu intenses. Les frottis et les cultures révèlent la présence du microbe de Friedländer.

II. *Angines-symptômes.* — Les angines sont fréquemment les symptômes de maladies générales. Elles marquent toujours le début de la scarlatine, souvent du rhumatisme et des oreillons. On les trouve à la période d'état de la rougeole, de la variole, du scorbut, de la morve, de la syphilis. Elles peuvent constituer des formes frustes de toutes ces maladies, être même pour certaines l'unique manifestation (scarlatine, fièvre intermittente).

L'*angine scarlatineuse* est le premier signe de la maladie. On connaît les symptômes généraux sérieux et le mouvement fébrile très élevé qu'elle provoque ainsi que la sensation de sécheresse de la gorge. Exceptionnellement l'angine ne se manifeste qu'à la période d'état. Elle se rencontre sous deux aspects : ou c'est une simple rougeur érythémateuse (énanthème) ou bien une coloration diffuse occupant les amygdales, les piliers, le voile du palais, avec gonflement et hypersécrétion. Un collier de petits ganglions contourne le maxillaire inférieur. MM. Méry et Hallé (2) ont signalé des formes ulcéreuses pouvant se compliquer de perforation du voile du palais.

L'*angine rhumatismale* des auteurs est bien moins basée sur des caractères cliniques particuliers que sur une liaison de phénomènes qui se précèdent, s'accompagnent ou se suivent. Stoll, Bouillaud, croyant à la personnalité d'un rhumatisme articulaire aigu, avaient signalé l'angine. Trousseau amplifie et insiste sur son allure franchement phlegmasique, sur la douleur excessive qui l'accompagne, sur son évolution fugace puisqu'elle ne durerait pas plus de trente-six ou quarante-huit heures. Pour Lasègue, elle existerait dans les deux tiers des cas. Ce serait « la première manifestation le plus souvent négligée ou méconnue » et qui a « pour accompagnement obligé un rhumatisme articulaire plus ou moins étendu et dont elle est le prélude ». Il admet aussi qu'il existe des angines précédant de plusieurs jours les poussées articulaires. Fernet, de Saint-

(1) Hébert. *Recherches cliniques et bactériologiques sur les angines à bacilles de Friedländer*, Th. de Paris, 1896.

(2) Méry et Hallé. Congrès de Madrid 1903, in *Arch. internat. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 1904, n° 1.

Germain, Auclair, l'étudient. On peut décrire une *première forme* fréquente d'angine rouge avec rougeur diffuse s'accompagnant d'un léger œdème inflammatoire (Fernet); une *deuxième forme* très rare d'angine blanche exsudative à enduit pultacé. Le début est brusque. L'angine disparaît peu à peu en huit ou dix jours sans céder à l'apparition des poussées. Elle s'accompagne de fièvre, d'albuminurie, de courbature. Les caractères cliniques de cette angine ne suffisent pas, on le voit, à caractériser le rhumatisme.

La bactériologie n'a pu prouver davantage sa spécificité. Ne pourrait-elle pas être considérée comme la porte d'entrée d'une septicémie dont la localisation se ferait surtout sur les séreuses articulaires? Une angine peut souvent être le point de départ d'un grand nombre d'infections. Weber (de Breslau) a décrit l'angine précédant l'appendicite. Busquet, après Abrahams, a étudié les angines aiguës suivies à longue échéance de troubles cardiaques. Nous ne voulons pas insister davantage, car c'est la question d'entité du rhumatisme articulaire aigu qui se pose. Il faudrait alors se demander si l'on doit décrire un rhumatisme articulaire aigu franc, apanage des tempéraments arthritiques, qu'on opposerait à des pseudo-rhumatismes dits rhumatismes infectieux. Tout rhumatisme ne serait-il pas la manifestation d'une septicémie qui se localise surtout aux séreuses articulaires? Le meilleur argument en faveur de la dualité est l'apparition des lésions cardiaques dont on se contente pour identifier le rhumatisme. Que de fois cependant, dans des rhumatismes ayant au premier chef les allures d'arthrites infectieuses, on voit le cœur atteint! Et c'est seulement alors que les troubles cardiaques se sont montrés, qu'on réforme le diagnostic primitivement posé.

L'*angine ourlienne* a été signalée dans un certain nombre d'épidémies. Elle précède le gonflement parotidien et est assez douloureuse. Elle s'accompagne de stomatite et surtout d'hyperhémie de la muqueuse qui avoisine le canal de Sténon.

L'*angine paludique* est peu connue. Jos. Franck a signalé l'existence d'une « angine symptomatique d'une fièvre intermittente évidente ou larvée ». Cette angine périodique est justiciable des sels de quinine. Les angines symptômes de la période d'état des maladies sont rarement isolées. Presque toujours elles coexistent avec de la stomatite. L'*angine variolique*, d'après Rilliet et Barthez, survient du troisième au sixième jour de l'éruption. Celle-ci se fait sur les muqueuses ectodermiques comme sur la peau et envahit par conséquent la région bucco-pharyngienne. C'est une stomatite-angine pustuleuse.

L'*angine de la rougeole* survient quatre ou cinq jours après le début de la fièvre. L'exanthème n'est pas seulement localisé au pharynx, mais atteint les voies digestives et respiratoires supérieures.

L'*angine syphilitique* est souvent méconnue quand elle revêt l'aspect signalé par Lasègue et du Castel, d'une rougeur du pharynx et du voile sans caractères spécifiques (angine syphilitique précoce). Sous forme d'angine ulcéreuse à plaques muqueuses amygdalo-pharyngées, c'est un accident secondaire presque banal. On ne la rencontre jamais isolée. D'après Lasègue, elle serait le phénomène de début de l'envahissement bucco-pharyngé, mais elle se complique rapidement de stomatite syphilitique. Les plaques muqueuses sont érosives, papulo-érosives, rarement papulo-hypertrophiques, et siègent sur les amygdales, le pilier, le fond du pharynx.

Tantôt arrondies, tantôt allongées, elles sont recouvertes d'un enduit grisâtre parfois à peine appréciable, d'autres fois si condensé que la plaque revêt un aspect diphtéroïde. Toutes ces ulcérations s'accompagnent d'une rougeur diffuse (angine syphilitique secondaire). Enfin on a noté la simple hypertrophie des amygdales, qui n'est probablement qu'un signe de réaction du tissu lymphoïde à l'infection syphilitique.

Signalons ici une forme des plus intéressantes et des plus discutées, l'*angine aphteuse*, distraite du groupe des angines herpétiques et qu'on retrouve toujours associée à de la stomatite. On doit en distinguer deux variétés : 1° une angine symptomatique de la *fièvre aphteuse*, par conséquent infectante et contagieuse; 2° une angine aphteuse constitutionnelle (vulgairement les *aphtes*) évoluant chez certains sujets entachés d'arthritisme. Quelques auteurs ont décrit cette éruption saisonnière sous le nom d'hydroa, d'érythème polymorphe des muqueuses bucco-pharyngées. D'aucuns en ont même isolé une forme à évolution rapide, le pemphigus de l'arrière-gorge (Moure) à pronostic bénin, dont le diagnostic est très difficile, car il ne peut s'étayer sur les lésions cutanées puisqu'on n'en retrouve pas trace. Les « aphtes » surviennent de préférence au printemps et à l'automne. Leur apparition est favorisée chez certaines personnes par l'ingestion de certains fruits (fraises). L'évolution est courte. Au début, il se fait un soulèvement pemphigoïde fugace, passant souvent inaperçu, auquel succèdent de petites excoriations superficielles recouvertes de pellicules blanchâtres, faciles à détacher et sous lesquelles se montre une perte de substance rougeâtre, nettement découpée en festons : ces lésions parfois excessivement douloureuses siègent sur les lèvres, la face interne des joues, le dos et les bords de la langue, le pilier antérieur, les amygdales et le voile du palais, exceptionnellement sur le pharynx. La récidive est fréquente. L'affection, fait intéressant, semble familiale et se manifeste par exemple chez le père et chez les enfants (hérédité de terrain).

L'*angine morveuse* n'est pas une rareté en tant que symptôme de la morve. Elle peut même être une des premières manifestations de la forme aiguë (Graves). Elle survient au milieu de troubles fonctionnels variables où les phénomènes douloureux spontanés et dysphagiques se compliquent d'hypersécrétion salivaire et nasale. Il y a à la fois angine, stomatite et même rhinite. La muqueuse labio-gingivo-palato-pharyngée apparaît rouge, œdématiée, saignante, ulcérée et parsemée de pustules d'escares. Bientôt se produit du sphacèle. Les ganglions lymphatiques de la région sont tuméfiés, les glandes salivaires hypertrophiées.

L'*angine scorbutique* est toujours consécutive à des lésions de stomatite. Elle augmente la dysphagie déjà très vive. On apercevrait au fond du pharynx sur les piliers et les amygdales une série de taches bleuâtres encerclées d'une zone d'infiltration.

III. *Angines complications.* — Les affections inflammatoires ou néoplasiques de la région : nez, oreille moyenne, bouche, larynx peuvent se compliquer d'angines. Y prédisposent les rhinites chroniques, l'hypertrophie des cornets, les tumeurs bénignes ou malignes de voisinage, les otites moyennes, les angines. En ces derniers temps MM. Jacquet (1) et Lebar ont attiré l'attention sur une angine d'origine dentaire. La voie réflexe interviendrait dans la genèse, et pour M. Jacquet beaucoup d'angines inflammatoires « ne sont que la répercussion sur les piliers du voile d'une excitation partant d'un foyer dentaire ». L'évolution se composerait de deux phases : 1° douloureuse, pouvant exister seule ; 2° inflammatoire.

Dans les cas où la sensibilité reste limitée à un côté, on a une hémi-angine à laquelle correspondrait une hémihyperesthésie de la face.

Si nous passons aux maladies générales, nous voyons les angines compliquer un certain nombre d'entre elles. Sans nous arrêter aux variétés banales, nous décrirons celles qui paraissnt présenter des caractères spéciaux.

Dans les *angines typhoïdiques*, M. Duguet a décrit sur le voile du palais et des piliers de petites ulcérations linéaires, au niveau desquelles on a signalé la présence du bacille d'Eberth.

C'est Caradeschi qui le premier paraît avoir décrit l'envahissement de l'anneau lymphatique pharyngien analogue à celui du tissu lymphoïde du larynx. Capellani (2) a publié quatre cas de ce pharyngotyphus s'étant manifestés par des ulcères pharyngés, à rapprocher des ulcérations des plaques de Peyer. L'auteur n'a pu faire l'examen bactériologique et constater par conséquent la présence du bacille typhique qu'il croit néanmoins décelable dans ces formes.

Chez les nouveau-nés athrepsiques, chez les adultes tuberculeux, chez les vieillards cachectiques par cancer ou maladies des voies urinaires, il se forme au fond de la gorge, rouge et desséchée, des touffes blanches, très adhérentes, envahissant bientôt les amygdales, la base de la langue et la face interne des joues. C'est l'*angine du muguet* dont on sait l'origine mycélienne et qui ne se développe qu'en milieu acide. Elle n'offre d'intérêt que par la valeur pronostique qu'elle revêt et la dysphagie qui l'accompagne.

On a longtemps confondu avec le muguet, les *angines à leptothrix* survenant à peu près dans les mêmes conditions. Ce sont des taches arrondies ou dentelées, d'un blanc mat, du volume d'une tête d'épingle à un grain de mil, éparses dans l'arrière-gorge et le pharynx, mais pouvant y confluer. Au début elles se montrent très difficiles à enlever parce que elles sont recouvertes d'épithélium.

(1) Jacquet. Soc. de l'internat des hôpit. de Paris, 20 avril 1905, in *Presse méd.*, 26 avril.

(2) Capellani. *Gaz. degli ospedali*, 9 avril 1899.

La couche épithéliale ne tarde pas à tomber et le leptothrix prolifère en longues franges pendantes, cachant de petites ulcérations de la muqueuse (Epstein). Au microscope, on retrouve les longs filaments rectilignes ou légèrement incurvés, formés d'anneaux placés bout à bout, et caractéristiques de ce saprophyte de la bouche qui est le leptothrix.

Max Stoos (1) n'admet pas cette pharyngomycose. Il conteste que le leptothrix puisse, sans le secours d'autres microbes, former des fausses membranes.

L'*angine érysipélateuse* ou érysipèle du pharynx est le type de l'angine secondaire par propagation. Elle succède en général à un érysipèle de la face péribuccal, et surtout de la région du nez. Elle s'annonce par une recrudescence des phénomènes fébriles, une dyspnée assez vive, et apparaît sous forme d'une rougeur diffuse, vernissée, quelquefois parsemée de bulles et de phlyctènes. Elle guérit d'ordinaire, mais une de ses terminaisons redoutables est l'œdème de la glotte.

Quelquefois la gangrène, les suppurations de voisinage, une bronchopneumonie altèrent l'évolution cyclique de l'érysipèle du pharynx.

L'*angine tuberculeuse* survient d'habitude chez des phtisiques pulmonaires et s'explique par l'auto-inoculation des crachats au niveau des petites solutions de continuité si fréquentes sur la muqueuse pharyngée.

La localisation de l'infection tuberculeuse à l'arrière-gorge est, tantôt aiguë, tantôt chronique. L'angine aiguë ou tuberculose miliaire aiguë pharyngo-laryngée (Isambert-Barth) est très rare. Elle débute par une vive douleur siégeant au pharynx, irradiant à l'oreille, exaspérée par les mouvements de déglutition. Les muqueuses de la bouche, de l'arrière-bouche et du pharynx sont décolorées.

L'examen y révèle une poussée de granulations gris jaunâtre, disséminées ou confluentes qui s'ulcèrent et donnent lieu à des pertes de substance cupuliformes, puis irrégulières. La langue et les joues sont aussi envahies. Les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés. Dans l'angine tuberculeuse chronique on note une infiltration diffuse et dure, donnant de temps à autre des ulcérations à évolution lente et qui peuvent longtemps rester stationnaires, subissant seulement de petites poussées aiguës au printemps. Elle coexiste avec de la rhinite, de la laryngite, de la stomatite, de l'otite moyenne tuberculeuses.

Consécutivement à l'extension du pemphigus cutané, on a observé chez des adultes cachectiques et surtout en Allemagne une *angine pemphigoïde chronique*. D'après M. Brocq, l'éruption des muqueuses est quelquefois primitive, mais toujours en ce cas les conjonctives sont prises. Le début est insidieux et il est rarement donné de constater les

(1) Max Stoos. Zur Ætiol. u. Pathol. der Anginen der Stomatitis aphtosa und der Soors, *Ann. suisses des sc. méd.*, 1895, série 3, livre I.

bulles. D'ordinaire, le système ganglionnaire est intact.

La classification donnée ci-dessus s'applique à toutes les angines aiguës et à quelques amygdalo-pharyngites chroniques. Mais elle ne peut convenir à toutes ces angines chroniques dont la spécificité est mal établie et l'étiologie encore très incertaine.

Il en est qui coexistent avec certains états dits diathésiques (goutte, diabète), avec les néphrites chroniques, avec les troubles gastriques. D'autres paraissent avoir une origine locale et coïncident avec une rhinite hypertrophique, des polypes muqueux des fosses nasales, une déviation de la cloison, une laryngite granuleuse. Beaucoup sont le reliquat d'angines aiguës à répétition.

Pour ces formes chroniques une classification anatomique que nous résumons dans le tableau suivant est seule possible.

Angines chroniques.

A. Formes circonscrites (amygdalites).	palatines......	totale, hypertrophie des amyg.
		partielle, amygdalite lacunaire.
	linguales........	hypertrophie de l'amygd. ling.
	tubaires........	hypertrophie de l'amygd. tub.
	pharyngiennes.	enfant, végétations adénoïdes.
		adulte, catarrhe naso-pharyng.
B. Forme diffuse.	2 phases	1° phase granuleuse (catarrhale).
		3° — sèche (interstitielle).

On le voit donc, c'est la seule présence du tissu lymphoïde dans le pharynx qui règle la fréquence et les divers aspects de l'inflammation de sa muqueuse. Seule barrière d'arrêt des germes qu'apportent l'alimentation et l'air, elle devient malade de bonne heure. Ce rôle défensif explique aussi la récidive si souvent remarquée de ses phlegmasies et leur passage à la chronicité.

ANALYSES

MÉDECINE

Affusions froides dans le delirium tremens. (*Brit. med. Journ.*, 1er juillet 1905, p. 8.) — William Broadbent, depuis longtemps, emploie les affusions froides dans le traitement du delirium tremens; il obtient toujours un bon résultat immédiat. Ce mode de traitement ne paraît pas avoir été signalé dans les livres classiques. Le patient est dépouillé de ses vêtements et on le fait étendre sur une couverture doublée d'une toile imperméable. On prépare une grande quantité d'eau glacée, puis, à l'aide d'une grosse éponge imbibée de cette eau, on asperge violemment la face, la nuque, la poitrine, le tronc et les membres, aussi rapidement que possible. On frotte alors la peau à sec avec une serviette rugueuse. La même opération est répétée une seconde fois, puis une troisième. Ensuite le sujet est mis à plat ventre et on asperge deux ou trois fois la nuque et la région de la colonne vertébrale; on frictionne vigoureusement le malade, on l'essuie, on le met au lit et il ne tarde pas à s'endormir.

L'auteur a employé ce traitement dans des cas où le delirium tremens s'accompagnait de pneumonie. Quand le malade s'éveille, le tremblement a disparu, la peau est chaude et sèche, et le pouls a recouvré sa vigueur.

A. HOUSQUAINS.

Diabète cérébral traumatique. (M. J. Sieffert. *American Med.*, 8 juillet 1905.) — Un garçon de seize ans fait une chute de 4 mètres de haut dans une cage d'ascenseur. Il reste dans le coma pendant une heure et dans la stupeur pendant trois jours entiers. Douze heures après son accident, il y avait déjà du sucre dans l'urine, et le sucre persista pendant onze jours. Deux ans après, le malade, très débilité, déprimé, émacié et polyurique énorme, revient consulter. L'urine quotidienne variait de 3'5 à 15 litres, et le sucre d'une trace à 7 p. 100. La thérapeutique fut impuissante. Le malade, âgé aujourd'hui de près de vingt ans, est dans un état déplorable et le pronostic s'aggrave de jour en jour. Ce cas soulève une question médico-légale des plus intéressantes. FAXTON E. GARDNER.

CHIRURGIE

Le volvulus du petit intestin compliquant la fièvre typhoïde. (*Orleans Parish medical society*, séance du 11 mars 1905; communication de Eustis et discussion; in *New-Orleans med. and surg. Journ.*, mai 1905, vol. LVII, n° 11, p. 816.) — Eustis rapporte deux observations de volvulus compliquant la fièvre typhoïde. Dans le premier cas il s'agissait d'une négresse de vingt-deux ans qui venait d'avoir une fièvre typhoïde sévère; quinze jours après la défervescence, elle est prise de douleurs vives dans l'abdomen, avec vomissements persistants. Elle présente tous les signes de l'occlusion intestinale, et meurt en quarante-huit heures. A l'autopsie on trouve du volvulus d'une anse intestinale vers le milieu du jéjunum. La portion terminale présentait des lésions de fièvre typhoïde en voie de guérison. Le mésentère est de longueur anormale.

La seconde malade était une négresse de quinze ans qui entre à l'hôpital dans le cours d'une fièvre typhoïde. Trois jours après, en pleine période aiguë, elle est prise d'une violente douleur abdominale avec vomissements qui deviennent rapidement fécaloïdes. Deux jours après elle expire avec des phénomènes de collapsus. A l'autopsie on ne trouve pas de perforation, mais de la péritonite aiguë avec fausses membranes autour des quatre derniers pieds de l'intestin grêle; à ce niveau il y a des lésions de fièvre typhoïde. Environ 15 centimètres avant la valvule iléo-cæcale les adhérences entraînent la formation d'un coude d'une anse intestinale, et à ce niveau ils sont contournés sur eux-mêmes. Le mésentère semble avoir sa longueur normale.

L'auteur regrette qu'on ne soit pas intervenu dans ces cas qui étaient justiciables d'une opération. Il n'a trouvé dans la littérature médicale aucun exemple analogue, bien qu'il soit probable que le volvulus de l'intestin grêle soit une complication qui doit se produire de temps en temps dans le cours ou le décours de la fièvre typhoïde. Mais il est probable que le diagnostic de perforation est habituellement posé; on peut cependant écarter cette erreur. C'est ainsi que dans le premier cas l'absence de leucocytose aurait dû faire soupçonner le diagnostic.

Van Wart a observé un cas analogue. Dans le cours d'une fièvre typhoïde se produisirent des phénomènes d'occlusion; on fit une entérostomie au bouton de Murphy. Les phénomènes ne cédant pas, six jours après on fait une laparotomie et on trouve un volvulus de tout le petit intestin. Le malade meurt pendant l'opération. M. LANCE.

Traitement du cancer de l'œsophage par le radium. (Max Einhorn. *Journ. Amer. med. Assoc.*, vol. XLV, 1er juillet 1905, p. 8-9.) — Einhorn a d'abord employé les rayons X pour le traitement du cancer de l'œsophage. Sans résultats bien appré-

ciables, ce qui se comprend facilement, étant donné l'épaisseur des tissus qui séparent le néoplasme de la surface. Depuis 1904, il a employé le radium. L'instrumentation comprend un tube de caoutchouc muni d'un mandrin terminé par une capsule dont la partie supérieure est en métal et l'inférieure en caoutchouc durci. Les deux moitiés de la capsule se vissent l'une sur l'autre après qu'on a mis le tube de radium à l'intérieur. Il y a trois différentes grandeurs de capsules. La durée d'application varie d'une demi-heure à une heure. Dans les premiers 9 cas traités par cette méthode, Einhorn a obtenu 6 améliorations notables. Dans 7 cas plus récents, il y eut une amélioration dans tous les cas. La déglutition a toujours été plus facile, les douleurs ont diminué et la dilatation s'est faite rapidement du n° 20 au n° 40 ou même 50 et 52. Cette dilatation n'est pas due à un effet mécanique quelconque. Il y a donc là une méthode de traitement des plus intéressantes.

FAXTON E. GARDNER.

TOXICOLOGIE

Toxicité de la crème à la vanille. (MORPURGO. *Giorn. di farm. di Trieste*, 1905, p. 129, et *Répert. de pharm.*, 1905, p. 315.) — La toxicité paraît devoir être attribuée à une substance voisine des albuminoïdes, peut-être même une albumine provenant d'une altération des albuminoïdes du lait ou des œufs. D'après Draggendorff, la vanille imparfaitement fermentée peut être la cause de la production du principe toxique de la crème. Pour obvier à ces inconvénients, il faudrait faire macérer la vanille dans l'alcool fort et préparer, avec cette vanille et du sucre, une poudre qui servirait à aromatiser. On éviterait ainsi l'action nuisible de l'enzyme de la vanille.

L. GAYARD.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 103. — MARDI 12 SEPTEMBRE 1905. 78e ANNÉE. MARDI 12 SEPTEMBRE 1905. — N° 103.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Tuberculose inflammatoire. Sciatique familiale d'origine tuberculeuse, par M. Gaston Cotte.

VARIÉTÉS
Les Gannal, et les embaumements aux siècles passés et dans les temps modernes (avec 2 fig.), par M. Eug. Toulouze.

ANALYSES
Médecine : La bile et le pouls lent au cours de l'ictère : — Sur la pathologie du système veineux abdominal; — Amélioration de l'hémiplégie urémique et d'autres symptômes urémiques par l'abaissement de la pression intracranienne.
Chirurgie : Absence congénitale du tibia : transplantation de la tête du péroné : arthrodèse de l'articulation tibio-tarsienne; — Un procédé très simple pour stériliser rapidement les cathéters de toute nature.
Gynécologie : La pathogénie des fibromes utérins; le rôle possible des lésions ovariennes.
Anatomie : Recherches sur les veines ombilicales et para-ombilicales.
Hygiène : Les tunnels et l'hygiène.

LIVRES NOUVEAUX
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Rouen. — Un concours pour la nomination à quatre places d'internes en médecine, dans les hôpitaux de Rouen, aura lieu le jeudi 9 novembre 1905. Les épreuves commenceront à quatre heures, à l'Hospice-Général, salle des séances.

La Commission administrative des hospices se réserve le droit d'augmenter le nombre des places mises au concours, si de nouvelles vacances se produisaient avant le 20 octobre 1905. Dans ce cas, les candidats en seraient avisés par voie d'affiches apposées dans les hôpitaux.

Pour être admis au concours, les élèves en médecine, appartenant aux écoles ou Facultés françaises, doivent se faire inscrire au secrétariat de l'Administration quinze jours avant la date fixée pour ce concours, soit le 25 octobre au plus tard. Ils sont tenus de satisfaire aux conditions suivantes :

1° Etre âgés de vingt ans au moins et de vingt-huit ans au plus;

2° Justifier de huit inscriptions prises dans une école secondaire, de huit inscriptions de Faculté, ou de deux examens de doctorat et de deux années de stage dans un hôpital.

Tout candidat étranger à l'Ecole de Rouen devra présenter, avec son certificat de stage, un certificat de la Commission administrative des hospices auxquels il a été attaché, constatant qu'il a rempli ses devoirs avec exactitude, sans encourir de reproches graves.

Les élèves externes des hôpitaux de Rouen devront produire un semblable certificat émanant de leur chef de service et visé de la Direction.

Ces pièces seront soumises, avant le concours, à la Commission administrative, qui pourra écarter les candidats, dont les certificats ne lui paraîtraient pas suffisants.

Les internes sont logés et nourris dans l'hôpital où ils font leur service. Ils reçoivent en outre un traitement annuel de 600 francs.

Marseille. — Un concours pour la nomination à six places d'élèves en pharmacie des hôpitaux civils de Marseille sera ouvert le lundi 4 décembre 1905, à trois heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre des concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Les élèves qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat de l'Administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, de neuf heures à midi et de trois heures à cinq heures du soir, jusqu'au 27 novembre inclusivement.

Tout aspirant devra être âgé de dix-huit ans au moins et de quarante ans au plus, être Français ou naturalisé Français.

Il devra produire : 1° son acte de naissance; 2° un certificat de vaccine; 3° un certificat de bonnes vie et mœurs délivré par le maire de la commune; 4° le certificat de validation de son stage et des certificats de pharmaciens constatant qu'il a fait trois ans de stage, dont un an au moins dans une même pharmacie; ces derniers certificats doivent, sous peine de nullité, être légalisés et indiquer quelle a été la conduite de l'élève pendant son séjour dans les pharmacies.

Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture des listes ne peut être accueillie.

Le jury du concours est formé dès que la liste des candidats a été close; il se compose : 1° d'un professeur de l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie et de deux pharmaciens des hôpitaux.

ÉCOLE DE MÉDECINE BEYROUTH. — La mission désignée par le ministre de l'Instruction publique pour assister aux examens de la session de novembre 1905 de l'Ecole de méde-

cine de Beyrouth est composée de M. le professeur Pozzi (de Paris), président du jury ; et de MM. les professeurs agrégés Abadie (de Bordeaux) et Regaut (de Lyon).

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Ont été désignés pour les postes ci-après :

M. le médecin principal de première classe Bruand est nommé médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Besançon.

MM. les médecins principaux de deuxième classe Cahier, désigné pour l'hôpital militaire de Marseille ; — Perrin, nommé médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Orléans ; — de Casabianca, désigné pour l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains.

MM les médecins-majors de première classe Ferraton, désigné pour les salles militaires de l'hospice mixte de Nice ; — Krantz, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran ; — Tricot, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Deumier, désigné pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine ; — Tostivint, pour le 18e bataillon d'artillerie à pied ; — Eybert, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie ; — Ouin, pour le 3e spahis.

MM. les médecins aides-majors de première classe Sorel, désigné pour le 96e d'infanterie ; — Comte, pour le 4e d'infanterie ; — Lhomme, affecté au 122e d'infanterie pour être détaché en Crète.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Martinet est désigné pour le 65e d'infanterie.

MARINE. — M. le médecin de première classe Avérous, du port de Brest, est désigné, sur la proposition de M. le directeur de service de santé de ce port, pour remplir les fonctions de secrétaire archiviste du conseil de santé.

— M. le médecin en chef de première classe de la marine Ségard, du port de Toulon, est admis à faire valoir ses droits à la retraite à titre d'ancienneté de services et sur sa demande.

— MM. Curet, médecin principal de réserve, et Touren, médecin de première classe de réserve, du port de Toulon, sont, sur leur demande, rayés des cadres de la réserve de l'armée de mer.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 9, sept. 1905.) VAILLARD : Au sujet de l'action de la morphine comme antidote de la cocaïne. A propos d'un cas d'empoisonnement par la cocaïne. — TAILLADE : Le service de santé dans les compagnies des oasis sahariennes. Le matériel de la réserve de guerre. — BOUCHER : Luxation des ménisques du genou. Un cas de luxation du ménisque externe au niveau du poplité. Un cas de luxation du ménisque interne par cause immédiate indirecte [coup-de-pied de cheval (*suite et fin*)]. — DAIREAUX : Contusion du cæcum, du côlon ascendant et de l'anse terminale de l'iléon, sans perforation. Péritonite aiguë généralisée. Laparotomie trente-huit heures après l'accident. Mort le dixième jour. — MULLER : Lésions de la langue par explosion d'une étoupille tenue entre les dents. — BARGY : Luxation du coude en arrière, compliquée de fracture de l'extrémité supérieure du radius, de fracture de la base du crâne avec atrophie optique et anosmie consécutive. Coquillotomie du coude. Guérison.

Archives générales de médecine. — (N° 36, 5 septembre 1905.) LE ROY : Microbisme latent. Sa fréquence, ses effets, ses conséquences. — MARGOU : La névrite appendiculaire. — GAULTIER : Purpura hémorragique au cours d'un érysipèle de la face, compliqué de méningite streptococcienne chez une femme atteinte de cirrhose atrophique alcoolique.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIII, n° 7, 17 août 1905.) Russell H. CHITTENDEN : Quelques problèmes au sujet des formes intermédiaires dans le métabolisme. — John LOVETT MORSE et Harry C. LOW : Un cas de leucémie lymphatique chez un enfant (avec 4 fig.). — Chas. D. EASTON : Nouvelle contribution à l'étude de la bacillurie dans la fièvre typhoïde et son traitement par l'urotropine. — (Vol. CLIII, n° 8, 5 août 1905.) Frederick C. COBB : Empyème du sinus frontal. — Arthur L. CHUTE : Diagnostic du siège des suppurations chroniques de l'arbre urinaire. — Ernest DOYEN Young : L'efficacité du traitement sérothérapique dans la septicémie puerpérale streptococcique. — Charles E. DURANT : Ce que le chirurgien des hôpitaux suburbains fait comme chirurgie abdominale et comment il doit la faire.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 8, 30 août 1905.) ROCHARD : Du massage du cœur dans les syncopes chloroformiques. — POUCHET : L'iode et les iodiques. — Antonio MORI : La prophylaxie de la malaria.

Bulletin médical. — (N° 68, 6 sept. 1905.) RAPPIN : Expériences de vaccination antituberculeuse. — (N° 69, 9 sept.) FOLET : Myostéomes traumatiques.

Écho médical du Nord. — (N° 36, 3 septembre 1905.) RICHE : Des transformations de la muqueuse utérine au cours des grossesses ectopiques tubaires.

Journal des praticiens. — (N° 36, 9 septembre 1905.) RECLUS : Traitement de la hernie étranglée. — DEBOVE : La goutte chronique. — KIRMISSON : L'ostéomyélite à forme suraiguë. — VARIOT : Les bradytrophies infantiles.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 35, 2 septembre 1905.) D'HALLUIN : Moyen de combattre les trémulations fibrillaires du cœur (*suite*).

Médecine moderne. — (N° 36, 6 septembre 1905.) PELLETIER : Qu'est-ce que la dégénérescence ?

Presse médicale. — (N° 71, 6 sept. 1905.) LANDOUZY : Médecine sociale. Remarques sur l'application et la portée de la loi relative à l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources (14 juillet 1905). — (N° 72, 9 sept.) ESCAT : L'épistaxis grave des artério-scléreux. Topographie des foyers. Traitement local. — WEILL et CLERC : La leucémie chez les animaux.

Revue mensuelle des maladies de l'enfance. — (N° 25, sept. 1905.) VITRY. Etude sur la physiologie de la nourrice. — GÉNÉVRIER, DUCHET, SUCHAST et HAAS : Statistique de la rougeole à l'hôpital des Enfants-Malades en 1904. — GILIBERTI : Vomissements récurrents avec acétonémie.

Revue neurologique. — (N° 16, 30 août 1905.) Congrès de Rennes.

Revue scientifique. — (N° 11, 9 septembre 1905.) BRUMPT : Trypanosomes et trypanosomases. — Gilbert BALLET : L'hygiène scolaire (*suite et fin*). — VALENTINO : Prophylaxie rationnelle des intestins.

Semaine gynécologique. — (N° 36, 5 septembre 1905.) PICHEVIN : Les fausses utérines.

Semaine médicale. — (N° 36, 6 sept. 1905.) DE BOVIS : De l'hémophilie chez la femme.

TUBERCULOSE INFLAMMATOIRE

SCIATIQUE FAMILIALE D'ORIGINE TUBERCULEUSE

Par M. Gaston COTTE,
Interne des hôpitaux de Lyon.

Les recherches de M. le professeur A. Poncet et de ses élèves sur le rhumatisme tuberculeux et sur la tuberculose inflammatoire ont montré que la bacillose, maladie essentiellement infectieuse, est à l'origine d'un grand nombre de processus pathologiques et que, par les lésions irritatives qu'elle détermine sur les différents appareils, elle explique certaines manifestations cliniques, dont l'étiologie était restée jusque-là très obscure ou même inconnue.

M. le professenr agrégé Patel a bien voulu nous communiquer une observation de sciatique tuberculeuse familiale; et sur les conseils de notre maître, il nous a paru intéressant de rapporter ce nouveau cas de névrite d'origine tuberculeuse.

Voici d'abord cette double observation :

1° Mme C. B... — *Pleurésie; rhumatisme tuberculeux; névralgie sciatique; tumeur blanche du genou.* — Il s'agit d'une femme, âgée de soixante-huit ans, atteinte actuellement d'une tumeur blanche du genou gauche, datant de trois ans. Dans son enfance, elle a eu diverses manifestations scrofuleuses : adénites cervicales, otite, etc. Il y a dix ans, elle a été soignée pour une pleurésie avec épanchement et, depuis ce moment, elle a gardé une bronchite chronique.

Depuis trois ans, Mme C. B... est atteinte d'une tumeur blanche du genou gauche, en pleine évolution à l'heure actuelle, mais, dans l'espace de temps qui a séparé ses accidents pulmonaires de son arthrite, elle a eu différentes manifestations de bacillose atténuée. A plusieurs reprises, elle fut atteinte de douleurs violentes dans le membre inférieur droit et dans les diverses articulations. Ces douleurs, autant qu'on peut en juger d'après les détails qui sont fournis par la malade, étaient caractéristiques d'une sciatique. Elles siégeaient, en effet, à la face postérieure du membre inférieur et il existait des points douloureux fessier et sciatique poplité externe, dont la malade a gardé le souvenir. Ces névralgies apparaissaient à des intervalles variables; elles persistaient une quinzaine de jours et semblaient calmées par des bains de pied froids. Entre temps, la malade accusait des poussées fluxionnaires du côté des diverses articulations.

Le médecin, qui la soignait à ce moment, ne vit aucune relation entre les manifestations pleuro-pulmonaires qu'avait présentées cette malade et ses douleurs rhumatismales. Elle fut considérée comme une rhumatisante pure, et lorsque la tumeur blanche du genou gauche apparut, on crut aussi à une localisation rhumatismale. Elle fut soumise au traitement par le salicylate de soude, mais sans aucun résultat. Elle est immobilisée d'une façon absolue depuis trois ans pour sa tumeur blanche du genou; malgré cette immobilisation cependant, et malgré les soins généraux donnés à la malade, cette arthrite ne semble pas rétrocéder d'une façon bien sensible. Notons toutefois, que, depuis que la tuberculose s'est manifestée d'une façon virulente sur le genou, la malade n'a présenté de phénomènes douloureux ni du côté du sciatique, ni du côté d'autres articulations.

2° Mme P..., fille de la précédente malade. — *Accidents tuberculeux dans l'enfance. Poussées de sciatique aiguë.* — Cette malade, âgée de vingt-six ans, a eu, dans son enfance, des accidents scrofuleux non douteux (adénites, kératite, etc.). Elle a été très anémique au moment de la puberté; malgré cela, elle semble avoir cependant une assez bonne santé. Elle a eu, il y a dix-huit mois, un enfant qui est bien portant.

Depuis quatre ans, Mme P... souffre de douleurs dans les jointures, surtout au moment des changements de temps; mais, ces phénomènes douloureux n'ont jamais été très violents. Par contre, depuis deux ans, elle a eu trois poussées extrêmement douloureuses dans le membre inférieur droit; la dernière surtout, toute récente, a été particulièrement pénible.

Au mois de mars 1905, la malade accuse, au niveau des articulations des membres supérieurs et principalement à l'épaule, des douleurs d'abord légères, mais qui allèrent peu à peu en augmentant d'intensité. Quinze jours après, brusquement, elle ressentit, en descendant de son lit, une douleur tellement vive dans le membre inférieur droit qu'elle perdit connaissance, tomba, et ne put se relever. On la transporta dans son lit; mais, lorsqu'elle revint à elle, elle ne pouvait imprimer aucun mouvement à la cuisse ou à la jambe droites. Tout examen était impossible; la température était de 38°5, seule la morphine put donner à la malade quelque soulagement.

Trois jours après, les douleurs étant un peu calmées, on put constater que les phénomènes douloureux ne siégeaient pas dans les articulations du bassin ou du membre inférieur, mais qu'il s'agissait d'une sciatique classique. Tout le trajet de ce nerf était douloureux à la pression; le signe de Lasègue était des plus marqués.

Depuis le début des accidents, la malade avait été mise au traitement salicylé. Au moment de l'apparition de la sciatique la dose fut augmentée, mais sans aucun résultat. L'antipyrine à haute dose ne fit également aucun effet; seule, la cryogénine put amender un peu les phénomènes douloureux.

Malgré ce traitement, les douleurs ont persisté cependant pendant plus de deux mois et, actuellement encore, cinq mois après leur début, elles reviennent encore quelquefois sous forme de lancées, souvent très aiguës. L'état général s'est altéré; la malade a beaucoup maigri.

Dans cette double observation, deux points méritent d'attirer spécialement l'attention : tout d'abord, l'enchaînement de ces divers accidents, chez la même personne et dans la même famille; en second lieu, leur localisation particulière sur le tronc du sciatique.

I. Il paraît superflu, à l'heure actuelle, de revenir sur les raisons de divers ordres, qui ont fait ranger dans le cadre des manifestations tuberculeuses, des affections, qui, jusqu'à ces dernières années, semblaient relever de tout autre cause.

Dans ses diverses communications à l'Académie de médecine (1), le professeur Poncet a montré tout d'abord le polymorphisme de la tuberculose au niveau des articulations; il a montré aussi, comment il fallait étendre la compréhension de la tuberculose, et savoir ne plus exiger d'elle des lésions anatomo-pathologiques uniformes, comme la granulation, la

(1) Acad. de méd., séances des 23 juillet et 22 octobre 1901. — *Id.* 15 juillet 1902 : Rhumatisme tuberculeux abarticulaire, localisations viscérales et autres du rhumatisme tuberculeux.

fongosité. Progressivement ainsi, ont été amenées les études sur la forme septicémique de la tuberculose et sur la forme inflammatoire, dont le domaine est encore plus varié peut-être (1). Et on arrive ainsi à concevoir, variables à l'infini, des lésions pouvant atteindre tous les organes, avec des degrés différents, suivant l'intensité des toxines et la résistance du sujet.

Dans l'observation rapportée plus haut, nous voyons les différents échelons que peut parcourir la tuberculose inflammatoire, avant de se révéler par des lésions reconnues nettement tuberculeuses; ce sont des poussées articulaires, succédant à une pleurésie, alternant avec des phénomènes de sciatique et la malade finit par une tumeur blanche. Dans la seconde observation, nous assistons au même début; la fille de la malade dont l'histoire de la tuberculose inflammatoire est terminée, commence des accidents qu'il est naturel de ranger dans le cadre des lésions tuberculeuses; les antécédents héréditaires et personnels en sont une preuve; et aussi, les caractères cliniques que l'on commence aujourd'hui à mieux connaître; fluxions articulaires légères, alternant avec d'autres manifestations douloureuses; action nulle du salicylate de soude et de l'antipyrine; action presque certaine de la cryogénine.

Nous assistons, dans cette double histoire, à un véritable rhumatisme tuberculeux familial signalé déjà par M. Thévenot (2); chose curieuse, les accidents sont les mêmes, chez la mère et la fille, et il ne serait pas étonnant, chez cette dernière, d'assister un jour à l'éclosion d'une lésion tuberculeuse plus spécifique.

Enfin, nous signalerons encore, au sujet de notre première observation, un phénomène mentionné souvent dans l'histoire du rhumatisme tuberculeux (3). Depuis l'apparition de sa tumeur blanche, Mme C. B... n'a présenté aucun phénomène douloureux soit du côté des articulations, soit du côté du sciatique. Cette alternance des manifestations inflammatoires et virulentes est fréquemment observée chez les tuberculeux. Elle donne lieu ainsi à une série plus ou moins régulière et mathématique de troubles morbides se supplantant les uns les autres et s'équivalant plus ou moins.

II. L'existence de troubles nerveux périphériques survenant au cours de la tuberculose pulmonaire est un fait connu depuis la plus haute antiquité puisque, au dire de Carrière, les livres hippocratiques en font déjà mention. Mais, c'est à Pitres et Vaillard (1886) que nous devons surtout la connaissance de la polynévrite d'origine tuberculeuse. Leur important mémoire, en effet, basé sur onze observations, toutes scrupuleusement contrôlées par l'examen histologique, a démontré, d'une manière irréfutable, la réalité de l'existence des névrites périphériqnes chez les tuberculeux. On a discuté longtemps sur le siège des lésions et on a mis les troubles nerveux observés chez les tuberculeux tantôt sous la dépendance d'une lésion centrale, tantôt sous la dépendance d'une lésion périphérique. Mais aujourd'hui, la doctrine de l'origine périphérique de ces névrites est admise par la majorité des neuro-pathologistes et la seule chose intéressante qui ressort des derniers travaux sur la question réside surtout dans la grande fréquence de la bacillose dans l'étiologie de la sciatique.

Dans une thèse récente, inspirée par M. le professeur Poncet, Villedieu (1) a pu réunir onze observations de sciatique tuberculeuse. Il a montré qu'en dehors des névrites dues à une compression par abcès froid, ostéite, etc., et des sciatiques, qui ont pour cause une altération des origines de ce nerf par une lésion des centres nerveux, la bacillose peut encore donner de véritables névrites toxi-infectieuses.

Plus récemment encore, Cellerier (2), dans un travail entrepris sous l'inspiration de M. le professeur agrégé Paul Courmont, a cherché à établir par la statistique la fréquence de la sciatique tuberculeuse. Des recherches qu'il a faites dans les services de MM. les professeurs Bondet et J. Courmont, il résulte que, dans 20 à 25 p. 100 des cas, la sciatique survient chez des sujets atteints de tuberculose et par le séro-diagnostic tuberculeux il a pu reconnaître que dans une proportion de 91 p. 100 l'infection bacillaire intervient dans la genèse des névralgies sciatiques, jusque-là considérées comme idiopathiques.

Nous ne voulons pas décrire ici les caractères cliniques de la sciatique tuberculeuse. Les observations publiées, de par les caractères des douleurs, de par l'atrophie musculaire qui l'accompagne et les troubles trophiques concomitants, suffisent à montrer que la sciatique tuberculeuse affecte surtout la forme de la sciatique-névrite décrite par Lasègue et Landouzy. Elle apparaît soit au début, soit dans le cours de la bacillose pulmonaire, mais le plus souvent, elle se montre au début de l'infection tuberculeuse et on doit, à ce point de vue, lui considérer une importance pronostique très sérieuse.

Au point de vue pathogénique enfin, il est bien certain à l'heure actuelle, que, dans la sciatique tuberculeuse, l'altération du nerf est produite non point par l'évolution *in situ* du bacille de Koch, mais par l'action de substances solubles ou de toxines qu'il élabore au cours de sa végétation dans l'organisme. Elle représente donc ainsi une manifestation de la tuberculose inflammatoire dont nous devons la connaissance à M. le professeur A. Poncet et dont la clinique nous révèle tous les jours l'importance pathogénique. Elle explique, en effet, un grand nombre de lésions bien définies au point de vue symptomatique, mais de nature jusque-là inconnue.

(1) PONCET et LERICHE. Tuberculose inflammatoire. Ses localisations sur l'estomac, l'intestin, etc., Acad. de méd., 30 mai 1905.

(2) THÉVENOT. Rhumatisme tuberculeux familial, *Médecine mod.*, 30 avril 1902.

(3) PONCET. Rhumatisme tuberculeux provoqué par la suppression accidentelle de la toux et de l'expectoration chez un cavitaire, *Lyon méd.*, 1904, II, p. 289.

(1) VILLEDIEU. *Sciatique d'origine tuberculeuse*, Th. de Lyon, 1901-1902.

(2) CELLERIER. *La tuberculose dans l'étiologie de la sciatique*, Th. de Lyon, 1903-1904.

VARIÉTÉS

LES GANNAL, ET LES EMBAUMEMENTS AUX SIÈCLES PASSÉS ET DANS LES TEMPS MODERNES

Par M. Eug. TOULOUZE,
Administrateur à la Société historique du VIe arrondissement de Paris.

I

Nous parlerons tout d'abord de Jean-Nicolas Gannal, qui vint habiter au 1er janvier 1840 le n° 6 de la rue de Seine, où il occupait tout le premier étage sur la rue.

Jean-Nicolas Gannal naquit à Sarrelouis le 23 juillet 1791, où il s'instruisit pour ainsi dire seul, sans le secours du collège ni de l'école du village, mais grâce à une grande intelligence et à son amour pour les sciences, notamment pour la chimie. Tout jeune, presque dès l'enfance, il entra comme élève dans une pharmacie. En 1808, il est admis comme employé militaire à l'hôpital de Metz (il n'a que dix-sept ans); commissionné, il quitte Metz en septembre 1810 pour aller rejoindre en Allemagne le corps d'observation de l'Elbe, auquel il est attaché; le maréchal Davoust le charge de plusieurs missions militaires. Il organise les hôpitaux de l'armée à Mohilow pendant la campagne de Russie. Est atteint du typhus en 1812, à peine rétabli, il rejoint la grande armée et fait la retraite jusqu'à la Bérézina; il est l'assistant du baron Larrey, de Bezin et de Desgenettes; pendant la désastreuse retraite il est réellement le protecteur le plus dévoué à nos malheureux soldats. Fait prisonnier, il prend la fuite et rejoint l'armée; les pieds à moitié gelés, il est repris à Wilna. Le 7 avril 1813, il s'échappe de nouveau accompagné de quatre de ses camarades; repris à Wlodava, ils sont arrêtés et emprisonnés à Lublin; Gannal inspire confiance au général russe Bath, il en profite pour s'échapper avec ses quatre compagnons de misère; poursuivis par les cosaques, ils traversent les marais de Pilna sur une largeur de trente-deux kilomètres. Gannal arrive à Lemberg, où il est repris et conduit à Vienne; il s'échappe de nouveau, est repris et conduit à Prague, enfin, il gagne Dresde et rejoint l'armée du prince Berthier.

Le général Vandamme s'attache J.-N. Gannal comme aide de camp, il fait la campagne de Bohême. Il est encore fait prisonnier à Kulm le 30 août 1813. Il s'échappe et rejoint Dresde. Après la capitulation de cette ville, il est emmené en Bohême d'où il s'échappe encore fort heureusement pour rentrer en France.

A la fin des guerres de l'empire, il est attaché à l'École polytechnique comme préparateur de chimie, sous la direction de Gay-Lussac, Thénard, Dulong, Biot et Arago.

Au 20 mars, il redevint soldat et forma un corps franc. Waterloo survint, Gannal s'enfuit à Sarrelouis pour échapper aux recherches du gouvernement de Louis XVIII.

Rentré à Paris, Gannal reprit sa place de préparateur de Thénard avec 300 francs d'appointement. En 1848, il fut attaché comme directeur à la fabrique de toiles peintes de Dulfoy à Saint-Denis. L'année suivante il s'occupa chez Payot, droguiste, du raffinage du borax. Bientôt il fit le borax indigène qui, de six francs la livre, descendit à quinze sous.

En 1816, Gannal avait inventé les premières cheminées à courant d'air chaud. Il avait aussi donné l'idée des briquets oxygénés au chlorate de potasse. En 1820, avec le duc d'Ariario Forsa, il exploite un brevet pour la fabrication des sucs acidulés sucrés. Il imagina un mode de fondre le suif et de le durcir par l'action des acides. En 1821, il monta sa fabrique d'encre et de cirage, puis de colle forte, dite gélatine. Il contesta à la gélatine ses propriétés alimentaires, et il affranchit la France de l'importation des colles fortes étrangères (médaille de bronze, exposition de 1827).



Fig. 1. — Jean-Nicolas Gannal (1842).

De 1825 à 1827, l'éminent chimiste, reprenant ses expériences commencées en 1818, constata que le gaz du chlore mélangé avec de la vapeur d'eau et inhalé par les malades atteints de catarrhes et même de phtisie pulmonaire pourrait amener la guérison de ces affections. Ce travail, après un examen et des expériences prolongées faites par une commission nommée par l'Académie des sciencs, lui valut une récompense de 1.500 francs et une médaille de la fondation Montyon, qui lui fut accordée le 21 décembre 1835. Lors de l'expédition d'Afrique, Gannal trouva une charpie vierge qui reçut l'approbation de tous les chirurgiens.

Il est désigné trois fois par l'Académie des sciences pour le prix Montyon; il obtient deux médailles aux expositions, il perfectionne la fabrication de la colle, le premier il fabrique le nitrate de potasse avec les nitrates de soude d'Amérique. Il donne à l'imprimerie les rouleaux élastiques si nécessaires avec les procédés nouveaux. Son travail sur la nutrition et sur les propriétés réelles de la gélatine, celui sur la panification qui devait assurer aux ouvriers quatre livres de pain pour trente centimes. Enfin ses savantes découvertes bien connues sur l'embaumement, sur la conservation des matières animales; ses recherches sur la phthisie, etc. etc., sont autant de titres à la reconnaissance publique.

Il fait paraître en 1841 : *L'histoire des embaumements et de la préparation des pièces d'anatomie normale, d'anatomie patho-*

logique et d'histoire naturelle, suivie de procédés nouveaux, volume de 448 pages.

II

Adolphe Gannal, son fils, reçu docteur en médecine à Paris le 14 mars 1854, s'occupa beaucoup plus de chimie que de médecine; sa thèse sur *Les substances organiques* le rapproche plutôt des travaux qu'il avait occasion de faire sous la direction de son père dès 1845.

Dans le cours de ses études médicales, il s'occupa de botanique et des procédés propres à la conservation des plantes d'herbiers.

Ce travail conduisit le père et le fils à la découverte de la conservation des plantes et de toutes les substances organiques végétales et animales, au moyen d'un courant d'air chaud et très énergique.

Breveté en 1851, ce procédé a permis l'extension considérable *des légumes conservés par dessiccation.*

En 1854, il applique ce procédé à la conservation des viandes; 4 millions de rations pour la nourriture des troupes sont expédiées en Crimée. Il utilise ce même procédé pour d'autres industries : séchage des colles et gélatines, pour le poisson, les laines, les peaux de boucherie, les engrais de sang à Paris et les engrais de poissons à Terre-Neuve. A. Gannal avait fait construire, d'après son système, sept usines, propriétés de la *Compagnie française d'alimentation*, et en dirigeait les fabrications, mais devant l'impossibilité de s'occuper, comme il le fallait, de cette industrie qui croissait en extension pour la fourniture des armées de terre et de mer, et de continuer les embaumements, il prit, comme second, son frère, Félix Gannal, homme d'un très grand savoir, qui resta seul, en 1856, à la tête de ces opérations commerciales très étendues. Adolphe Gannal partit pour la Russie afin d'y établir une fabrique de conserves de légumes et de viandes.

En 1854, il dirige la fabrication des conserves par dessiccation d'une usine appartenant au prince Dolgorouky, qui fonctionne pour l'État russe.

En mai 1857, il part pour Rostow, sur le Don, pour y édifier une très vaste usine destinée à la préparation des conserves des viandes. Au cours de recherches géologiques dans ce pays, il se brise le tibia, mais reprend ses études un mois après son accident.

De 1857 à 1868, il s'occupe de cette vaste organisation, dont l'usine tuait, chaque jour, 75 bœufs, dont toutes les parties étaient transformées pour l'alimentation, conserves en boîte, viande salée, suifs, peaux préparées, etc. Les usines étant en plein rapport, Gannal quitte Rostow et rentre en France.

En 1860, notre infatigable savant organisateur s'occupe de l'emploi des bitumes pour la construction des chaussées et pour la construction des blocs immergés en mer, comme brise-lames à l'entrée des ports, blocs bitumeux inaltérables, destinés à remplacer les blocs construits en mortier de chaux et de ciment.

Les applications de son procédé sont faites en France et en Espagne, en 1862.

En 1861, Gannal collabore au *Dictionnaire de chimie industrielle* de MM. Barreswil et Aimé Girard. Il traite de la conservation des substances organiques.

Toujours infatigable édificateur, il monte une grande fabrique de salaisons avec procédé nouveau, à Charonne (XXe arrondissement de Paris), en 1863.

Son procédé consiste à faire pénétrer la saumure au moyen de longues sondes perforées au plus profond des parties charnues.

Ce moyen de conservation s'est répandu dans toute la France, en Angleterre et en Amérique.

En 1864, il livre des quantités considérables de tablettes de bouillon et d'extraits de viandes aux armées américaines (guerre de Sécession).

Il est médaillé pour ces produits à Paris et au Havre, en 1867 et en 1868.

En 1867, il monte une usine sur la Vienne, près de Limoges, pour la fabrication des laines dites *Renaissance*, au moyen de chiffons en tissus mélangés; cette exploitation est médaillée, en 1868.



Fig. 2. — Le docteur Adolphe Gannal (1862).

En 1869 et 1870, il applique les mortiers bitumeux de son invention à la confection des œillets des marais salants aux Sables-d'Olonne, il obtient des sels d'une pureté extrême et il est médaillé à l'Exposition du palais de l'Industrie. Il se prépare à monter une exploitation des *eaux-mères* des marais salants dans l'ouest de la France, mais la guerre de 1870 éclate et vient interrompre ses projets.

La guerre de 1870 le trouve médecin de l'ambulance de rempart de la rue Vitruve (XXe arrondissement de Paris) et à l'ambulance de l'abbé Planchat.

En 1875, il monte une usine à Sannois, puis à Montrouge, dans l'ancienne propriété de Firmin Didot, occupée aujourd'hui par M. Rouff, éditeur, avenue d'Orléans.

Ses produits sont médaillés aux expositions de 1875 à 1885.

En 1878, il fait paraître une brochure pour un densimètre hydrostatique qu'il présente à l'Académie des sciences, en 1878, et médaillé à diverses expositions.

On connaît les merveilleux résultats que Gannal, le père, a

obtenus avec ses procédés pour l'embaumement et la conservation des cadavres par injection, invention qui a rendu de si grands services aux étudiants des amphithéâtres de dissection, en leur permettant de travailler, sans aucun danger, les cadavres destinés aux études anatomiques.

— L'étude des organes, dit Gannal, exige du temps ; leur dissection est longue, surtout quand elle est faite pour les démonstrations. Dans ce cas, il arrive presque toujours que la putréfaction s'empare du sujet avant que la préparation soit terminée ; car, à une température au-dessus de 15 degrés, il n'est pas possible de conserver un sujet plus de six jours ; au-dessous de cette température, c'est-à-dire de 0 à 10 degrés, le temps le plus long pendant lequel on puisse disséquer est de douze à quinze jours. Mais le cadavre exhale toujours des miasmes avant que la totalité des organes soit putréfiée, et cette émanation de gaz est certainement la cause qui détermine, le plus fréquemment, les fièvres typhoïdes si funestes pour une partie de la jeunesse studieuse.

Sur dix étudiants en médecine, logés ensemble et fréquentant le même amphithéâtre en 1840, neuf ont été atteints de cette grave maladie dans le courant de l'année ; trois ont succombé.

— Voulez-vous bien, dis-je à M. Adolphe Gannal me donner une idée de la façon dont vous procédez sur le sujet que vous voulez embaumer ?

— Vous cherchez l'artère carotide gauche, me répond le savant et aimable docteur, vous l'ouvrez, vous introduisez dans le bout inférieur une canule, et vous liez le bout supérieur ; vous poussez par la canule dans la direction du cœur une injection de sulfate d'alumine, solution marquant 28 à 30 degrés à l'aréomètre de Baumé, vous poussez à raison de 10 p. 100 du poids du corps, c'est-à-dire huit kilogs pour un corps de 80 kilogs.

M. Adolphe Gannal, continua les travaux de Jean-Nicolas Gannal son père sur les embaumements par injection et apporta de nombreuses modifications à la conservation des viandes et des légumes par dessiccation.

(*A suivre.*)

ANALYSES

MÉDECINE

La bile et le pouls lent au cours de l'ictère (1). (*Giornale internazionale delle scienze mediche*, 30 mai 1905, fasc. 10.) — Pietro RICCIARDI a étudié expérimentalement l'action de la bile fraîche de bœuf sur des cœurs de grenouilles, de pigeons, de cobayes, de lapins et de chiens. Il conclut de la sorte : En laissant de côté une action quelconque sur les centres nerveux, la bile arrivant au contact du cœur agit d'une part sur le myocarde, d'autre part sur les terminaisons nerveuses sensitives. L'action sur le myocarde se manifeste au début par un trouble de la contractilité auquel vient ensuite s'ajouter une perturbation de l'excitabilité ; c'est à ce moment que la fibre musculaire cardiaque est insensible aux excitations accélératrices. L'action sur les terminaisons sensitives du cœur détermine l'excitation réflexe simultanée du vague et des accélérateurs ; à moins que la bile ne soit concentrée, l'excitation du vague passe généralement inaperçue, surpassée qu'elle est par celle des accélérateurs ; c'est seulement quand la fibre musculaire est affaiblie dans son excitabilité, et par conséquent ne peut plus être influencée par les accélérateurs, que l'action sur le vague peut devenir manifeste.

Cette action sur le vague n'est cependant pas la cause du ralentissement rythmique dans les occlusions du cholédoque ; le retard de l'onde contractile est dû à un trouble autochtone des segments cardiaques d'où procède le rythme normal.

L'excitation réflexe des accélérateurs par la bile existe toujours dès que celle-ci pénètre dans la circulation ; elle empêche d'abord le ralentissement qui n'apparaît que lorsque la fibre musculaire a perdu dans une certaine mesure son excitabilité. A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) Voir GUÉNEAU DE MUSSY. Influence de l'ictère sur le système circulatoire, *Gaz. des hôpit.*, 1878.

Sur la pathologie du système veineux abdominal. (ROMMELAERE. *Proc.-verb. de l'Acad. royale de méd. de Bruxelles*, 24 juin 1905.) — L'oblitération de la veine porte est une lésion que l'auteur a observée dans trois états morbides : 1° primitive, chez les accouchées ; 2° consécutive à une pression prolongée sur la veine porte ; 3° dans le cours de la sclérose systématique du réseau veineux abdominal.

La forme primitive est rare ; M. Rommelaere ne l'a observée qu'à la suite de l'accouchement.

La lésion oblitérante est plus fréquente dans le cours de lésions obstructives antérieures. On la rencontre dans le cours de la cirrhose atrophique du foie et dans la compression de la veine porte par des néoplasmes. Elle est due à la formation d'un caillot sanguin dans le vaisseau.

Deux causes sont à même de provoquer la coagulation du sang chez le vivant : une altération du sang ou une dystrophie de la paroi veineuse soit par compression, soit par sclérose.

L'oblitération de la veine porte arrête le cours du sang veineux abdominal vers le réseau capillaire hépatique. Le cours du sang est rétabli vers le cœur droit par les voies collatérales qui relient les systèmes veineux abdominal et général. Les principales voies de dérivation qui interviennent dans ce cas sont : 1. le plexus veineux de Retzius qui ramène le sang dans les veines pariétales et rénales ; 2. les anastomoses hémorroïdales qui dirigent le sang vers la veine cave inférieure ; 3. les anastomoses entre les veines du péritoine pariétal et les sous-cutanées abdominales ; 4. les anastomoses œsophagiennes au niveau du cardia.

La thrombose de la veine porte donne naissance à un syndrome caractérisé au début par l'apparition précoce et simultanée de la splénomégalie, de l'hépatomégalie, de la dilatation médusienne des veines sous-cutanées abdominales et des hémorragies gingivale et nasale.

On peut grouper les symptômes en quatre périodes : 1° symptômes de début ; 2° engorgement de la rate et du foie ; 3° ascite ; 4° dilatation des veines collatérales.

Trois formes hémorragiques compliquent la pyléthrombose : 1. l'épistaxis et le saignement gingival, ils sont précoces ; 2. l'hématémèse qui est une manifestation consécutive à la transformation variqueuse de la paroi des veines œsophagiennes. Elle est secondaire et tardive dans les cas de pyléthrombose primitive. Elle apparaît comme un accident primitif quand l'oblitération de la veine porte se déclare dans le cours d'une lésion obstructive du réseau veineux abdominal ; 3. l'hématurie.

Les hémorragies hémorroïdales dans le cours de désordres obstructifs dans le système veineux abdominal reconnaissent pour cause une entrave au cours du sang dans les vais-

seaux tributaires du système cave inférieur. Elles ne font pas partie de l'histoire de la pyléthrombose. Les accidents hémorragiques sont inconstants par suite des anomalies du système veineux. L'hématémèse par rupture de varices œsophagiennes constitue le danger principal dans la pyléthrombose.

La modification que l'auteur a observée dans le sang des sujets atteints de pyléthrombose diffère de celle qui accompagne l'oblitération de la veine splénique par la richesse individuelle du globule rouge en hémoglobine et par la modification du rapport numérique des globules rouges et blancs.

Le diagnostic de la thrombose de la veine porte peut être posé dans les deux formes cliniques que l'auteur a observées, celle qui est primitive et celle qui complique l'obstruction simple du réseau veineux abdominal.

Le pronostic est favorable dans les formes primitives traitées dès leur début. Il est le plus souvent mortel quand l'oblitération se produit dans le cours d'une sténose chronique et progressive.

Le traitement consiste dans l'emploi régulier de préparations purgatives hydragogues. Il entretient une hypersécrétion à la muqueuse digestive et a pour effet de dégorger régulièrement les racines intestinales du système porte. L'action favorable qu'il exerce sur le plexus veineux de Retzius prévient dans certaines limites la distension variqueuse des veines œsophagiennes.

Il exerce une action curative dans les formes primitives en prévenant la constitution des varices œsophagiennes et en permettant d'attendre la résolution du thrombus.

Dans les formes incurables, son action est palliative; elle soulage les malades et diminue leurs souffrances.

Deux méthodes opératoires ont été préconisées récemment dans les cas où l'obstruction au cours du sang veineux abdominal siège dans le réseau capillaire hépatique : la méthode de Talma et celle de Eck et Tansini.

La méthode de Talma est réalisée par le procédé de l'omentopexie et a pour but d'établir de nouvelles voies dérivatives vers les veines sous-cutanées abdominales, en favorisant la circulation médusienne. Ce procédé pourrait être appliqué dans les cas de pyléthrombose, à titre accessoire.

La méthode d'Eck, modifiée par Tansini, a pour but d'aboucher la veine porte dans la veine cave inférieure par l'établissement de la fistule dite de Eck. Elle ne trouve pas son indication dans la pyléthrombose.

L. GAYARD.

Amélioration de l'hémiplégie urémique et d'autres symptômes urémiques par l'abaissement de la pression intracranienne. (*American medical Journ. Assoc.*, vol. XLV, p. 23-31, 1er juillet 1905.) — Qu'elle soit le résultat d'une irritation toxique, ou qu'elle soit une simple coïncidence, l'augmentation de pression intracérébrospinale est d'ordinaire la cause de la plupart des symptômes classiques de l'urémie, et est le facteur pathogénique dominant. L'auteur a employé la ponction lombaire dans 10 cas. Dans un cas seulement, il n'y eut pas d'amélioration. Dans tous les autres cas, les effets furent bons. Dans un cas, l'hémiplégie disparut *immédiatement* après la ponction; dans un autre cas, l'amaurose disparut de même. La quantité du liquide retiré a été de 20 à 60 grammes. Quoique les autres moyens classiques de traitement aient été employés en même temps, la rapidité d'action de la ponction lombaire démontre l'efficacité de cette petite opération que l'auteur juge digne de faire partie du traitement classique de ces cas.

FAXTON E. GARDNER.

CHIRURGIE

Absence congénitale du tibia : transplantation de la tête du péroné : arthrodèse de l'articulation tibio-tarsienne. (Halsted Myers. *Medical Record*, vol. LXVIII, n° 3, 15 juillet 1905, p. 93-97.) — Un enfant de deux ans est amené à l'hôpital pour déformation et raccourcissement de la jambe droite et impossibilité de marcher. A l'examen, raccourcissement de 7 centimètres de l'épine iliaque à la pointe de la malléole. Pied en varus équin, jambe absolument ballante. L'enfant s'était jusque-là traîné sur ses genoux. Aucun antécédent personnel ou héréditaire. La radiographie démontre l'absence de tout le tibia, un raccourcissement et une incurvation du péroné. Muscles ne présentant nulle part de réaction de dégénérescence.

Incision transversale à la face externe de l'articulation au-dessous de la rotule, ouvrant la jointure entre la tête du péroné et le condyle externe. Il y avait une synoviale. Le condyle externe, de dimensions réduites, présentait une base de tissu conjonctif en lieu et place du cartilage semi-lunaire externe et du tibia. Il y avait une ébauche de ligament croisé antéro-externe et deux rotules rudimentaires accouplées en tandem l'une au-dessus de l'autre à 8 millimètres de distance dans le tendon du quadriceps. Le tendon rotulien, mince et long, se dirigeait en dehors et en bas et venait s'insérer à la face interne du péroné, à une certaine distance au-dessous de la tête de cet os. La capsule était très forte et très épaisse, surtout à la partie externe : il fallut diviser largement le ligament latéral externe et exercer de très fortes tractions avant que la tête du péroné pût être attirée en bas et en dedans entre les deux condyles. Le ligament rotulien fut raccourci et transporté à la face antérieure du péroné. Suture de l'incision et pansement. Ouverture transversale de l'articulation tibio-tarsienne, en ayant soin de ne léser ni tendon ni nerf; résection de la malléole externe et dénudation de la surface articulaire supérieure de l'astragale. Les deux os sont réunis en bonne position avec du fort catgut. Pansement et spica plâtré. Deux mois après, premières tentatives de marche avec le spica plâtré. Le 16 décembre 1904 (l'opération fut faite le 21 juin 1904), le spica est remplacé par un tuteur articulé prenant point d'appui sur le bassin. En février 1905, la radiographie montre les os en bonne position, et déjà le nouveau genou était capable de mouvements étendus. En juin, la flexion possible est de près de 90 degrés et l'extension presque complète. L'enfant se tient sur ses pieds et se promène presque tout le temps.

L'absence de tibia est une des plus rares parmi les malformations congénitales. Il n'y en a que 46 cas dans la littérature. La plupart des cas concernent des enfants ayant d'autres monstruosités ayant entraîné la mort. Parmi ceux qui ont vécu, la plupart ont été traités par l'amputation. Dans 6 cas seulement, il y eut traitement chirurgical conservateur. Malheureusement, 5 de ces cas n'ont pas été suivis plus de quelques jours ou quelques semaines. Le sixième cas est déjà ancien (Parosia, 1880): il concerne un enfant de vingt mois dont les quatre membres étaient anormaux et où le résultat fut bon. L'étiologie est inconnue. Sur 46 cas publiés, le tibia était totalement absent 43 fois (sur 34 malades) et partiellement 22 fois. Le tibia droit manquait 39 fois, le gauche 23. Les garçons sont plus souvent atteints que les filles.

Suit la description anatomique des lésions d'après l'étude

de ces 46 cas et un exposé des divers traitements proposés. FAXTON E. GARDNER.

Un procédé très simple pour stériliser rapidement les cathéters de toute nature. (*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, 1er juin 1905, n° 66.) — Le professeur G. Ingianni a imaginé le procédé suivant basé sur ce fait que l'ébullition dans une solution de sulfate de soude n'altère pas les sondes élastiques; il adapte à un tube à essais, en verre, un morceau de tube en caoutchouc long de 30 centimètres et d'un diamètre de 15 millimètres. On remplit l'éprouvette de verre d'une solution saturée de sulfate de soude, on introduit la sonde élastique jusqu'à ce qu'elle plonge dans l'éprouvette, puis on bouche avec un bouchon perforé au milieu et présentant une rainure latérale. Il suffit alors, tenant le tout au moyen d'une pince ou avec un lien de papier, de faire bouillir la solution au-dessus d'une lampe à alcool en tenant l'appareil légèrement incliné; le liquide monte dans le tube de caoutchouc par suite de l'ébullition, les vapeurs s'élèvent aussi et en peu d'instants la sonde est stérilisée; en effet un thermomètre placé au-dessus des orifices du bouchon monte rapidement à 100 degrés. Si l'on veut stériliser un cathéter métallique, il faut remplacer par du carbonate de soude le sulfate de soude qui l'attaquerait; l'eau simple suffit d'ailleurs en ce cas.

Comme dit Ingianni il est très facile d'improviser sur-le-champ cet appareil avec un morceau de tube d'irrigateur et un tube de verre soufflé quelconque, un de ceux par exemple qui renferment des substances médicamenteuses vendues sous forme de comprimés. A. GAULLIEUR L'HARDY.

GYNECOLOGIE

La pathogénie des fibromes utérins. Le rôle possible des lésions ovariennes. (Malcolm Campbell. *The Scottish med. and surg. Journ.*, mai 1905, vol. XVI, n° 5, p. 391.) — L'auteur essaye d'établir une nouvelle théorie pathogénique en face des deux théories les plus en faveur : la théorie microbienne (Galippe et Landouzy), la théorie des restes embryonnaires des conduits de Wolff et de Müller (Recklinghausen, Nagel). Il étudie d'abord avec soin la distribution des vaisseaux dans l'utérus et montre que le pédicule utéro-ovarien fournit à tout l'utérus sauf le col. Or ce dernier est exceptionnellement le siège des fibromes.

Il rapporte ensuite l'examen comparatif de l'état des ovaires fait chez 20 malades opérées de fibromes, et chez 20 malades n'ayant pas de fibromes. Il ressort de cet examen que dans les cas de fibromes l'ovaire présente toujours une diminution du nombre de follicules de Graaf à maturité ou des corps jaunes récents. Dans les follicules de Graaf et les corps jaunes on observe presque toujours des lésions de dégénérescence. Il semble donc que la fonction d'ovulation est intimement troublée. Campbell rappelle ensuite le rôle de la sécrétion intense de l'ovaire qui se traduit surtout par la tendance à l'adipose des castrés, et par l'atrophie de l'utérus et du vagin.

Or pendant la grossesse la fonction de l'ovulation est suspendue, ce qui se traduit par le développement anormal du corps jaune de la grossesse. Il semble qu'à cette suspension de l'ovulation corresponde un emploi de la sécrétion interne aux phénomènes à distance de la grossesse et à l'hypertrophie des fibres utérines.

Or l'aspect des ovaires des femmes opérées de fibrome ressemble de façon frappante à ceux de la grossesse : arrêt de l'ovulation, phénomènes de dégénérescence des corps jaunes. N'est-ce pas ce trouble de l'ovulation qui amène aussi les phénomènes de pseudo-grossesse des fibromes et l'hypertrophie des fibres utérines?

Cette sécrétion interne ovarienne troublée comme pendant la grossesse déverse à l'utérus et dans la circulation générale des produits anormaux qui se traduisent par les troubles locaux et les phénomènes généraux.

Ce serait là encore la vraie explication de la stérilité presque absolue des femmes porteuses de fibromes utérins.

M. LANCE.

ANATOMIE

Recherches sur les veines ombilicales et para-ombilicales. (Hermann Joris. *Proc.-verb. de l'Acad. royale de méd. de Bruxelles*, 24 juin 1905.) — L'auteur a fait des recherches nouvelles pour démontrer les voies anastomotiques existant à l'état normal entre le système de la veine porte et le système veineux général. Ses recherches ont porté sur des adultes, fœtus avant terme et jeunes enfants traités par injection et dissection ordinaire et par coupes microscopiques.

Il résulte de ces recherches que les restes intrapariétaux des veines ombilicales jouent un rôle important dans la circulation veineuse de la paroi abdominale antérieure chez l'adulte. Les veines para-ombilicales de Sappey, les veines de Burow, Baumgarten, etc., sont des restes de la veine ombilicale gauche, restée en partie perméable, ou de la droite disparue comme veine placentaire depuis les premiers temps de la vie fœtale.

Ces réseaux établissent des anastomoses entre les systèmes cave et porte, et c'est à leurs dépens que se produisent les ectasies veineuses pathologiques de la paroi dans les affections hépatiques produisant des obstructions du système porte.

L. GAYARD.

HYGIÈNE

Les tunnels et l'hygiène. (*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, 30 mai 1905, n° 65.) — En 1899 le Gouvernement italien a chargé le professeur Mosso d'étudier, conjointement avec le professeur Piutti, les conditions hygiéniques de l'intérieur des tunnels de grande longueur. Il est évident que chaque train qui passe contribue à altérer l'air de la galerie; Mosso et Piutti sont arrivés à cette conclusion que les accidents occasionnés par un séjour prolongé sous les tunnels sont dus : 1° à la viciation de l'air, cause principale; 2° à la température élevée, cause secondaire. Le gaz qui sort de la cheminée de la machine contient à peine 4 p. 100 d'oxygène et 3 p. 100 d'un gaz irrespirable, lequel n'est autre que l'oxyde de carbone. C'est le personnel des trains qui est naturellement le plus sujet aux accidents observés; ceux-ci groupés et décrits sous le nom de *mal des tunnels* consistent en un affaiblissement de la mémoire, un peu de surdité, une légère augmentation de la température, un état de fatigue disproportionné avec le travail accompli, enfin le manque d'appétit. Les phénomènes s'aggravent au moment de la sortie des tunnels et dans les heures qui suivent; la céphalée devient pénible et il survient des nausées, une faiblesse et un malaise extrêmes. Ces troubles sont dus, d'après Mosso, aux grandes quantités d'oxyde de carbone renfermées dans les galeries et rendues plus toxiques encore par la chaleur. Il propose en conséquence de munir les trains qui doivent traverser les longs tunnels de tubes renfermant de l'air ou de l'oxygène comprimés que l'on ouvrirait sous les tunnels de façon à neutraliser les effets toxiques de l'oxyde de carbone.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

LIVRES NOUVEAUX

Leçons cliniques sur la diphtérie et quelques maladies des premières voies (1), par MARFAN.

Depuis 1901, M. Marfan a été chargé par la Faculté d'un enseignement pratique sur le diagnostic et le traitement de la diphtérie. Il a dû faire, à cette occasion, un certain nombre de leçons qu'il publie aujourd'hui.

Ces leçons ne comprennent pas toute l'histoire de la diphtérie, mais seulement certains points : l'*angine diphtérique* présente deux formes : une commune, une maligne, qui diffère et par ses symptômes locaux et par ses symptômes généraux de la première et peut elle-même affecter trois types cliniques, caractérisés : l'un par l'extension aux voies respiratoires, l'autre par les hémorragies, le dernier par un syndrome spécial, dont M. Marfan a donné une description aujourd'hui classique. « La phase angineuse est à peu près terminée, les ganglions sont en grande partie dégonflés, la température est normale, l'enfant paraît être un convalescent très fatigué. Mais on reste frappé de sa pâleur persistante et croissante. De plus le sujet est dans un état d'apathie plus ou moins marqué. Lorsqu'on lui fait prendre quelque chose, on constate souvent que la déglutition est difficile, que les aliments refluent par le nez, et les troubles de la parole viennent confirmer l'existence d'une paralysie du voile du palais. Le pouls est remarquable par sa faiblesse. A ces signes, se joint une augmentation de la matité hépatique. » Puis survient la dilatation du cœur, les vomissements incoercibles et, bientôt, les malades succombent, emportés par une syncope. La mort est parfois précédée de troubles d'ordre embolique, liés à une thrombose apexienne.

Quelles sont les causes de la malignité ? Elles sont multiples. L'hyperintoxication intervient, mais surtout les associations microbiennes et la diplococcémie qui, en 1902, a paru jouer le rôle prépondérant.

Nous ne ferons que signaler les leçons relatives au *diagnostic de l'angine diphtérique et des angines aiguës* : elles ont, en effet, paru ici même (2). Celles sur le *croup* traitent successivement des *symptômes*, des *formes cliniques* et des *complications du croup* ; une leçon spéciale est consacrée au *diagnostic du croup*, des *laryngites aiguës* et des *sténoses du larynx*; une autre à l'*abcès rétro-pharyngien* des nourrissons, affection qu'il est parfois difficile de distinguer du croup.

Après avoir indiqué les *localisations rares* et les *complications de la diphtérie*, et rappelé, en quelques mots, les recherches récentes de Luivade et Pacchioni, Ehrlich, Babonneix, Rist, sur les *paralysies diphtériques*, M. Marfan décrit, dans une série de leçons très étudiées, la *sérothérapie antidiphtérique*, sa préparation, son mode d'emploi, ses résultats, ses accidents, qui ont été, comme on sait, attribués récemment, par l'auteur lui-même, à l'existence, dans le sang des malades injectés, de précipitines spéciales.

La question des relations à établir entre la sérothérapie et certains accidents que l'on observe parfois au cours de la diphtérie est encore très obscure. Pour M. Marfan, l'érythème scarlatiniforme n'est pas dû au sérum, mais à une infection associée : il doit donc être nettement isolé des accidents sérothérapiques.

(1) In-8. Prix : 10 francs. — Paris, Masson et Cie.
(2) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1903, nos 31 et 34.

Les leçons suivantes sont consacrées au *traitement spécial des diverses localisations et complications de la diphtérie.* L'auteur y envisage successivement le traitement de la rhinite, de l'épistaxis, etc., et surtout le traitement du croup. Celui-ci comprend un traitement médical : sérothérapie, médication vomitive, etc., et le traitement chirurgical qui peut, lui-même, s'adresser au tubage ou à la trachéotomie. Chacune des deux opérations est soigneusement décrite, tant au point de vue de ses indications respectives, parfois si difficiles à préciser, que de sa technique. Quelques pages sur le traitement de la bronchopneumonie terminent ce livre, très intéressant et très personnel. L. BABONNEIX.

Leçons de clinique obstétricale (1), par le docteur QUEIREL, professeur de clinique obstétricale à l'École de médecine et de pharmacie de Marseille. Deuxième série, avec une préface du professeur PINARD.

Le professeur Queirel vient de faire paraître son deuxième volume de *Leçons de clinique obstétricale*, impatiemment attendu de tous ceux qui avaient lu son premier recueil.

C'est un véritable plaisir que de lire ces leçons écrites en une langue facile, et dont chacune nous laisse dans l'esprit une idée claire et précise du sujet qu'elle traite.

Les neuf premières leçons sont consacrées à la syphilis dans ses rapports avec la puerpéralité : l'auteur y traite les rapports réciproques de la grossesse et de la syphilis, la syphilis placentaire, la syphilis congénitale, syphilis et allaitement, et le traitement prophylactique de l'hérédo-syphilis. C'est là un chapitre de pratique courante que le médecin aura fréquemment à consulter et dans lequel il puisera de nombreux et excellents conseils.

Parmi les autres leçons il nous faut citer : néphropexie et grossesse, hystéropexie et puerpéralité, laparotomie et grossesse, kyste de l'ovaire et grossesse ; une leçon sur la phlegmatia alba dolens et une autre bien intéressante sur les indications de la symphyséotomie. Enfin une leçon sur les hémorragies par insertion vicieuse du placenta.

La lecture de cet intéressant volume sera une récréation scientifique pour l'étudiant et un précieux enseignement pour le praticien. MARCEL DELESTRE.

Précis d'alimentation des jeunes enfants [état normal, états pathologiques] (2), par le docteur Eugène TERRIEN, chef de clinique de la Faculté à l'hôpital des Enfants-Malades. Préface du professeur GRANCHER.

Le but de ce livre, dit M. Grancher dans sa préface, est d'instruire le jeune médecin et aussi la jeune mère dans cet art si difficile de la puériculture, qu'il s'agisse d'un enfant né à terme et bien constitué, ou, au contraire, d'un enfant débile, malade ; d'où la division naturelle de ce petit ouvrage en deux parties de longueurs inégales.

La première qui a pour objet l'étude d'un enfant sain est naturellement beaucoup plus courte.

Dans la seconde partie, M. Terrien traite de la nourriture d'un enfant malade, qu'il soit atteint de débilité congénitale, d'athrepsie, d'atrophie, d'entérite aiguë ou chronique, etc. Chacun des chapitres consacrés à ces fréquentes maladies de l'enfance contient les règles les plus sages à connaître et pour le médecin et pour la mère.

M. Terrien a intitulé son livre un précis et non un traité ;

(1) In-8o de 246 p. Prix : 6 francs. — Paris, G. Steinheil.
(2) In-16 de 236 p. Prix : 3 francs. — Paris, G. Steinheil.

c'est dire que les notions théoriques qui doivent naturellement occuper une place importante dans un traité ont été ici ou bannies ou réduites au strict minimum.

MARCEL DELESTRE.

Atlas d'anatomie obstétricale (1), par le docteur Jean CARBONELLI, accoucheur de la Maternité royale de Turin, professeur à l'Université de Turin. Préface de M. le docteur Paul BAR.

Les planches réunies dans cet atlas et au nombre de 20 sont la représentation fidèle de coupes pratiquées sur deux cadavres de femmes enceintes après congélation.

Les coupes avaient une épaisseur de 4 millimètres, elles furent immédiatement figurées et peintes à l'aquarelle, puis reproduites par le procédé trichromique.

Les 11 premières planches se rapportent à une primipare enceinte de cinq mois et demi. Les 9 dernières à une pluripare arrivée vers la fin de sa grossesse.

Pour rendre la lecture de ces planches plus facile, l'auteur leur a juxtaposé une silhouette en noir.

MARCEL DELESTRE.

(1) In-4°, avec 20 pl. color. Prix : 15 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 104. — JEUDI 14 SEPTEMBRE 1905. 78e ANNÉE. JEUDI 14 SEPTEMBRE 1905. — N° 104.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE
Mal perforant buccal et maux perforants plantaires tabétiques, par MM. GAUCHER et DOBROVICI.
VARIÉTÉS
Les Gannal, et les embaumements aux siècles passés et dans les temps modernes [avec 1 fig.] (*fin*), par M. Eug. TOULOUZE.
FORMULAIRE
Contre la phtiriase.
DOCUMENTS OFFICIELS
Décret portant approbation des actes locaux qui ont organisé l'École de médecine de l'Indo-Chine.
Décret portant application au Tonkin, en Annam, au Cambodge et au Laos de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine.
Décret portant réglementation de l'exercice de la médecine indigène en Cochinchine.
NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)
Formes cliniques de la tuberculose intestinale (suite).
LIVRES NOUVEAUX
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'externat en médecine.* — Le jury est définitivement composé de MM. Rist, Gandy, Griffon, Dujarrier, Lapointe, Baudet, Macé et Bourgeois.

ASILES D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Pierre Lande est nommé deuxième médecin-inspecteur adjoint des aliénés et médecin-inspecteur adjoint de l'Asile d'aliénés de Castel-d'Andorte.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins-majors de première classe Renaut, nommé médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Douai (service); — Salebert, désigné pour l'hôpital de Rennes (service).

MM. les médecins-majors de deuxième classe Lafforgue, désigné pour le 116e d'infanterie (service); — Deumié, pour le 39e d'infanterie (service); — Ramally, pour le 9e cuirassiers (service); — Fournial, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie (service); — Marie, pour le 22e d'artillerie; — Paris, pour le régiment de sapeurs-pompiers à Paris (service); — Labadie, pour le 18e escadron du train des équipages (service); — Baills, pour le 11e d'artillerie et détaché à la poudrerie du Bouchet; — Boulin, pour le 24e d'artillerie (service).

MM. les médecins aides-majors de première classe Vergne, désigné pour le 32e d'infanterie (service); — Lexa, pour le 5e d'infanterie (service); — Gavard, pour le 27e d'artillerie (service); — Thollon, pour le 1er zouaves (service); — Boigey, pour les hôpitaux de la division de Constantine (d'office); — Ferron, nommé surveillant à l'école du service de santé à Lyon (service).

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Rapp, désigné pour le 15e dragons (service); — Winkler, pour les hôpitaux de la division d'Oran (service).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Banteignie (de Saulzair).

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. Bonnaire, agrégé, fera, dans son service de l'hôpital Lariboisière, deux séries d'enseignement clinique, avec pratique des accouchements et cours de manœuvres obstétricales, à l'usage des docteurs ou médecins français et étrangers, l'une du 25 septembre au 25 octobre, l'autre pendant le mois de novembre. Se faire inscrire dans le service à partir du 20 septembre et du 20 octobre.

ÉCOLE MUNICIPALE D'INFIRMIERS ET D'INFIRMIÈRES DE LA PITIÉ. — L'enseignement professionnel professé à l'Ecole municipale d'infirmiers et d'infirmières de la Pitié, sous la direction de M. Bourneville, comprend les cours suivants :

Cours d'administration : M. Joly, directeur de la Pitié.

Eléments d'anatomie : M. Dauriac, ex-interne des hôpitaux.

Eléments de physiologie : M. Poulard, ex-interne des hôpitaux, chef de clinique à la Faculté.

Pansements : M. Petit-Vendol, ex-interne des hôpitaux.

Soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés : M. Dubrisay, ex-chef de clinique de la Faculté, ex-interne des hôpitaux.

Hygiène : M. Régnier, ex-interne des hôpitaux.

Petite pharmacie : M. Viron, pharmacien des hôpitaux.

Massage (cours auxiliaire) : M. de Frumerie.

Les personnes qui veulent suivre les cours professionnels de la Pitié doivent se faire inscrire à l'hôpital de la Pitié, rue de Lacépède, 1, bureau de la direction, de huit heures du matin à cinq heures du soir.

Les cours sont publics et gratuits.

DOCUMENTS OFFICIELS

DÉCRET PORTANT APPROBATION DES ACTES LOCAUX QUI ONT ORGANISÉ L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE L'INDO-CHINE

Le président de la République française,

Sur le rapport du ministre des Colonies,

Vu la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine,

Vu le décret du 27 août 1897, promulgué par arrêté local du 27 septembre 1898, portant règlement d'administration publique pour l'application aux colonies de la loi du 30 novembre 1892, notamment l'article 14 de ce décret;

Vu l'arrêté du gouverneur général de l'Indo-Chine, en date du 8 janvier 1902, créant à Hanoï une école de médecine.

Vu l'arrêté du gouverneur général de l'Indo-Chine, en date du 25 octobre 1904, portant réorganisation de l'École de médecine et lui donnant le nom d'École de médecine de l'Indo-Chine;

Vu l'arrêté du gouverneur général de l'Indo-Chine, en date du 25 octobre 1904, portant règlement sur l'exercice de la médecine indigène au Tonkin, en Annam, au Cambodge et au Laos;

Après avis du Conseil supérieur de santé des colonies,

Décrète :

TITRE PREMIER. — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE PREMIER. — Sont maintenues les dispositions des arrêtés des 8 janvier 1902 et 25 octobre 1904 créant et réorganisant l'École de médecine de l'Indo-Chine.

ART. 2. — L'École de médecine de l'Indo-Chine est placée sous l'autorité directe du gouverneur général.

ART. 3. — Elle a pour mission de former des médecins indigènes et des sages-femmes indigènes.

ART. 4. — Le directeur est nommé par décret.

Les professeurs de cette école sont nommés par le gouverneur général, sur la proposition du directeur de l'école et l'avis conforme du service de santé.

TITRE II. — SCOLARITÉ

ART. 5. — Les études de médecine comprennent des cours préparatoires et des cours spéciaux.

1° Les premiers comportant l'étude du français, des notions élémentaires d'anatomie et de physiologie, et des notions succinctes de zoologie, botanique, minéralogie, chimie, physique, sont professés par le personnel du service de l'enseignement dans les établissements qui sont désignés par le gouverneur général, sur la proposition de l'inspecteur de l'enseignement public et privé de l'Indo-Chine. Le programme en est fixé, d'accord entre ce fonctionnaire et le directeur de l'École de médecine, après approbation du directeur du service de santé.

Aucun élève n'est admis à titre de boursier dans la section de médecine s'il n'a suivi ces cours et satisfait à un examen de fin d'année;

2° Les cours spéciaux sont professés à l'École de médecine.

La durée du cycle des études dans cet établissement est de quatre ans pour les élèves médecins, de deux ans pour les élèves sages-femmes.

ART. 6. — Le programme approuvé par le directeur du service de santé comprend les matières suivantes :

Section de médecine proprement dite. — Première année : anatomie théorique et physiologie, clinique médicale et clinique chirurgicale, dissection.

Deuxième année : anatomie théorique et physiologie, pathologie interne et externe, clinique médicale et chirurgicale, pharmacologie, dissection.

Troisième année : anatomie théorique et physiologie, pathologie interne et externe, clinique médicale et chirurgicale, hygiène, thérapeutique médicale et notions de pharmacologie, obstétrique, dissection.

Pendant la quatrième année, les élèves sont attachés à un service hospitalier, à une infirmerie, à une léproserie, à un lazaret ou autres établissements sanitaires déterminés par le gouverneur général sur la proposition du directeur de l'École de médecine, et avec l'assentiment des chefs de service intéressés.

Section des sages-femmes. — Première année : conformation des organes génitaux et notions succinctes de leur physiologie, hygiène élémentaire, stage obstétrical, notions sur la vaccine, la vaccination, pratique de la vaccination.

Deuxième année : pratique de l'accouchement normal, notions sur la pathologie des suites de couches, hygiène de la femme enceinte, de la femme en couches, du nouveau-né et de l'enfant; stage obstétrical.

EXAMENS

Section de médecine. — ART. 7. — Les élèves de la section de médecine proprement dite subissent, à la fin de chaque année d'études, un examen comprenant des épreuves écrites et des épreuves orales.

Les épreuves à subir à la fin des trois premières années portent sur les matières enseignées pendant l'année scolaire.

L'examen définitif subi à la fin de la quatrième année et donnant droit à la délivrance du diplôme de médecin indigène, comprend les matières suivantes :

1° Examen d'un malade;

2° Application d'un appareil ou d'un pansement;

3° Préparation et posologie d'un médicament (potion, pilule, solution, poudre).

Section des sages-femmes. — L'examen subi à la fin de chacune des deux années d'études comprend :

1° Une épreuve orale théorique sur la conformation des organes génitaux et sur l'accouchement normal;

2° Une épreuve orale théorique sur la vaccination et l'hygiène;

3° Une épreuve pratique de vaccination;

4° Une épreuve pratique sur un sujet d'obstétrique.

DISPOSITIONS COMMUNES

ART. 8. — La clinique est faite aux élèves médecins et aux élèves sages-femmes à l'hôpital et à la maternité indigène du protectorat à Hanoï, dont les services sont placés sous l'autorité technique du directeur de l'École de médecine.

ART. 9. — Tout élève qui a échoué à un examen doit suivre à nouveau les cours de l'année écoulée.

A la suite d'un deuxième échec pour un même examen, son renvoi de l'École de médecine est prononcé par décision du directeur, approuvé par le gouverneur général.

ART. 10. — Les diplômes de médecins, de sages-femmes indigènes, écrits en caractères chinois et en caractères latins, sont préparés par le directeur de l'école, signés par le gouverneur général, et contresignés par le directeur du service de santé et par le directeur de l'École de médecine.

En cas de perte du diplôme, l'intéressé peut obtenir un certificat en tenant lieu, délivré par le directeur de l'École.

ART. 11. — Le gouverneur général déterminera les conditions dans lesquelles s'accomplissent le recrutement de l'École et le stage, ainsi que la composition et le mode de fonctionnement des divers jurys.

Il fixe les voies et moyens financiers nécessaires pour l'exécution du présent décret.

ART. 12. — Le ministre des Colonies est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié aux journaux officiels de la République française et de la colonie de l'Indo-Chine, et inséré au *Bulletin officiel* du ministère des Colonies.

Fait à la Bégude-de-Mazenc, le 12 août 1905.

ÉMILE LOUBET.

Par le président de la République,

Le ministre des Colonies :

CLÉMENTEL.

(Voir la suite, p. 1244.)

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE
(Hôpital Saint-Louis.)

MAL PERFORANT BUCCAL

ET MAUX PERFORANTS PLANTAIRES TABÉTIQUES

Par M. le professeur GAUCHER,
et M. DOBROVICI, interne des hôpitaux.

Les cas de mal perforant buccal tabétique sont rares. La première observation date de 1868 et a été publiée par M. L. Labbé (1). Après lui, Dolbeau (2), MM. Duplay (3), Dubreuil (4), Carrière (5) ont apporté d'autres faits. En Angleterre, M. Barrs (6) publie en 1892 l'observation d'un tabétique qui avait une perforation de la voûte palatine et de la cloison des fosses nasales. Mais on n'admettait aucune relation entre cette affection et le tabes. C'est M. le professeur Fournier (7) qui pour la première fois en 1893 affirma, à la Société de dermatologie, la nature tabétique du mal perforant buccal, à propos de deux observations publiées avec MM. Hudelo et Wickham (8), et créa le terme de mal perforant buccal. M. Pierre Marie, dans son excellent livre sur *Les maladies de la moelle*, attribue au tabes la résorption du maxillaire. M. M. Letulle présente un nouveau cas à la Société médicale des hôpitaux en 1895. Mais le travail le plus complet sur la question est la thèse de M. Baudet (9), qui le premier chercha chez ses malades, d'une façon systématique, les troubles de la sensibilité dans la région du trijumeau. Dernièrement MM. Gaucher et Touchard (10) ont présenté à la Société de dermatologie une malade tabétique qui avait une perforation de la voûte palatine et une résorption du rebord alvéolaire du maxilllaire supérieur. Ce mal perforant buccal a été chez cette malade le signe révélateur du tabes, car il débuta à une période où la malade se considérait comme étant en excellente santé.

L'observation qui va suivre présente de l'intérêt, comme on le verra, à différents points de vue et en particulier par la constatation de troubles de la sensibilité qui montrent l'analogie du mal perforant buccal et du mal perforant plantaire et par la coexistence, chez une même malade, d'un mal perforant buccal et de maux perforants plantaires.

Observation. — Mme A. H..., quarante-huit ans, blanchisseuse, entrée le 22 mai 1905 salle Henri-IV, à l'hôpital Saint-Louis.

Antécédents héréditaires. — Père mort à cinquante-six ans de cancer du foie. Mère morte à soixante-douze ans d'hémorragie cérébrale. Deux frères morts bacillaires.

Antécédents personnels. — Deux enfants morts en bas âge. Une fille et deux garçons bien portants. Pas de fausses-couches. Ménopause à quarante-sept ans. Pas d'antécédents syphilitiques connus. Pas d'autres maladies infectieuses antérieures. L'ordre chronologique des troubles tabétiques est le suivant :

Il y a huit ans, la malade fut atteinte de paralysie du moteur oculaire externe gauche. Actuellement elle présente un strabisme interne très marqué.

Il y a six ans, brusquement, sans douleur, elle perdit toutes les dents supérieures (sauf une dernière molaire gauche). Cette perte des dents supérieures, produite en quelques semaines et sans phénomènes inflammatoires, contraste avec la conservation sur le maxillaire inférieur de toutes les dents qui sont saines, bien que la malade ne prenne pas beaucoup soin de sa bouche.

Peu de temps après, sans que la malade puisse préciser, il s'est produit, également sans douleur et lentement, une *résorption complète du bord alvéolaire du maxillaire supérieur.* Actuellement le palais de cette malade est devenu, par la disparition du bord osseux alvéolaire, presque plan. Nous avons cherché attentivement s'il y avait des troubles de la sensibilité dans cette région où les troubles trophiques étaient si marqués, et nous avons trouvé une anesthésie tactile et douloureuse de toute la muqueuse qui recouvre le rebord du maxillaire supérieur qui remplace la gencive supérieure disparue. Cette anesthésie s'étend en dedans à la muqueuse de la voûte palatine jusqu'à la ligne médiane, et en dehors à la face interne des joues dans leur moitié supérieure. La sensibilité est conservée sur la muqueuse du pharynx, ainsi qu'aux lèvres et à la gencive du maxillaire inférieur. La face externe des joues et la face ont conservé leur sensibilité. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité tactile ou gustative de la langue. Pas de thermoanesthésie de la muqueuse buccale.

Il y a un an seulement apparurent des douleurs fulgurantes, qui, depuis lors, surviennent par crises, souvent avec une telle brusquerie, qu'elles s'accompagnent de dérobement des jambes.

Depuis six mois, se montrent des maux perforants plantaires. Actuellement on trouve, au pied droit, sous le gros orteil, au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne, une ulcération atone, à bords épais, cornés, jaunâtres, légèrement suintante, non douloureuse à l'exploration. Le stylet arrive sur l'os altéré, dont on perçoit la crépitation. Il y a une anesthésie tactile et douloureuse autour de l'ulcération, remontant sur les deux jambes jusqu'au-dessus des malléoles. Au pied gauche, il y a deux maux perforants ayant les mêmes caractères : un sous le gros orteil et l'autre sous l'articulation métatarso-phalangienne du troisième orteil. Il y a aussi une onychogryphose très marquée aux deux pieds. L'examen complet de la malade montre encore : l'abolition complète des réflexes rotuliens des deux côtés; l'incoordination des membres inférieurs, qui rend la marche presque impossible; le signe de Romberg très net; la perte du sens de la position des membres; de l'hypotonie. Il n'y a pas d'incoordination des membres supérieurs. Les pupilles sont en myosis et le signe d'Argyll-Robertson est très net.

La malade a eu plusieurs crises gastriques depuis un an. Il n'y a pas d'autres troubles viscéraux.

Plusieurs particularités attirent l'attention dans l'observation qui précède.

(1) L. Labbé. Soc. de chir., 1868.
(2) Dolbeau. *Id.*, 1869.
(3) Duplay. *Id.*, 1870.
(4) Dubreuil. *Id.*, 1871.
(5) Carrière. Th. de Paris, 1892.
(6) Barrs. *Brit. med. Journ.*, 9 avril 1892.
(7) Fournier et Hudelo. Soc. de dermat., 18 mai 1893.
(8) Fournier et Wickham. *Id.*, 1894.
(9) Baudet. Th. de Paris, 1898.
(10) Gaucher et Touchard. Soc. de dermat., 2 mars 1905.

La délimitation très nette des troubles trophiques au massif du maxillaire supérieur contraste chez cette malade avec l'intégrité de l'arcade dentaire inférieure. Cette femme n'a jamais souffert des dents et n'a jamais pris soin de sa bouche. Ces faits montrent combien étaient insuffisantes les théories infectieuse et traumatique, que l'on invoquait pour expliquer la chute des dents chez les tabétiques.

L'examen attentif des troubles de la sensibilité chez cette malade montre qu'il y a de l'anesthésie tactile et douloureuse de la muqueuse de la voûte palatine, du rebord gingival supérieur et d'une partie de la face interne des joues. La topographie de ces troubles de la sensibilité se superpose à celle des troubles trophiques et correspond à la distribution anatomique d'une partie des filets nerveux collatéraux du nerf maxillaire supérieur, qui sont les filets dentaires postérieurs, moyens et antérieurs, et les filets labiaux profonds.

Ces troubles nerveux sont certainement liés à des lésions de névrite périphérique. Les constatations anatomo-pathologiques dans les cas semblables sont rares. M. Baudet rapporte dans sa thèse deux observations dans lesquelles on trouvait une névrite du trijumeau, la sclérose de ses noyaux et la sclérose du bulbe. Le trijumeau peut être atteint de névrite, au cours du tabes, comme d'autres nerfs périphériques.

Chez cette malade, il y avait coexistence de plusieurs maux perforants plantaires, sur la nature névritique desquels on ne discute plus, et ce fait permet encore d'affirmer que le mal perforant buccal reconnaît la même nature et qu'il doit être également attribué à un trouble trophique.

VARIÉTÉS

LES GANNAL, ET LES EMBAUMEMENTS AUX SIÈCLES PASSÉS ET DANS LES TEMPS MODERNES (1)

Par M. Eug. TOULOUZE,
Administrateur à la Société historique du VIe arrondissement de Paris.

III

On doit au docteur Félix Gannal, né à Paris le 4 mars 1829, un fort volume gr. in-8° : *La mort apparente et la mort réelle*. Puis un important ouvrage : *Les cimetières depuis la fondation de la monarchie française jusqu'à nos jours*. Sa thèse fort intéressante traitant *des plantes féculentes susceptibles de fournir de l'amidon à l'industrie et aux arts*, dénotait chez ce jeune chimiste cet esprit de recherches que nous trouvons dans tous les travaux des docteurs Gannal. Félix Gannal est décédé à Pessac (Gironde) le 22 août 1895.

On comprendra que nous ne pouvons nous étendre bien longuement sur l'efficacité des procédés d'embaumement de MM. les docteurs Gannal. Nous nous bornerons à donner ici un exemple de conservation des corps préparés par le savant chimiste J.-N. Gannal, mort à Paris le 13 janvier 1852.

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 103, p. 1229.

— En février 1836, sur la demande du docteur Petitgard (c'est M. Gannal qui parle), j'ai embaumé le fils de M. Dupré architecte, demeurant rue de la Cerisaie, 13.

« Cet enfant, agé d'une douzaine d'années, fut enterré au Père-Lachaise. Durant la construction du monument que le père faisait élever, quelques amis lui inspirèrent des doutes sur l'efficacité de mes moyens de conservation. Blessé dans ses affections, M. Dupré partagea les doutes de ses amis et il en fit part à M. le docteur Petitgard, en lui témoignant le désir d'obtenir l'exhumation du corps, pour s'assurer par ses propres yeux de l'état du cadavre. Il me fit prévenir, mais de nombreuses occupations m'ayant empêché de me rendre immédiatement à son invitation, il attribua mon retard à de l'hésitation, à la crainte que j'avais de voir démenties les promesses que j'avais faites aux parents, et même, il me l'a avoué depuis, il s'emporta, et s'exprima avec peu de réserve sur mon compte.



Fig. 3. — Le docteur Félix Gannal (1862).

« L'ouverture du cercueil ne fut faite qu'au mois de juillet 1837. Alors ce malheureux père, sentant toute sa douleur renaître à la vue de son fils, qu'il retrouvait exactement dans l'état où il était à l'instant de l'inhumation, fâché d'ailleurs de m'avoir méconnu, m'embrassa avec effusion et me donna tous les témoignages d'une vive reconnaissance, etc. »

Voilà une preuve décisive de l'excellent procédé du docteur Gannal.

On voyait encore en 1904, dans le cabinet de M. Adolphe Gannal, rue de Seine, 6, le cadavre d'un jeune enfant embaumé vers 1834, exposé aux regards des visiteurs; il avait conservé l'apparence du sommeil.

Un condamné, mort à Londres, a été embaumé et exposé aux regards du public plus de deux années ; ainsi que le

cadavre de l'enfant dont il vient d'être parlé, il avait conservé toute sa fraîcheur.

On sait que l'opération du sympathique chimiste n'exige rien autre chose qu'une légère ouverture de la peau, pour arriver à l'artère carotide.

On voit combien nous sommes loin des mutilations pratiquées aux XVIe, XVIIe et XVIIIe siècles, où le chirurgien ressemblait plutôt à un boucher qu'à un homme de science. Aux siècles indiqués ci-dessus, le médecin ou chirurgien accompagné de l'apothicaire procédait de la manière suivante :

Le médecin ouvrait le crâne au moyen de la scie, enlevait la cervelle, puis son aide l'apothicaire, entrant en fonction, lavait avec grand soin les cavités du crâne avec du vin aromatique et de l'esprit de vin. Ensuite il devait le remplir avec de la poudre soit de myrrhe, d'aloës, de musc, de cumin ou de santal, du coton ou des étoupes imbibées de quelque baume liquide, de façon qu'il y ait plusieurs couches de ces poudres et de ces étoupes alternativement appliquées les unes sur les autres ; ensuite on rapprochait la calotte enlevée du crâne et on recousait la peau. On frictionnait ensuite la tête avec des baumes liquides, et on bassinait à plusieurs reprises le visage avec les mêmes baumes, puis la tête était couverte d'une coiffe ou bonnet ciré.

Après avoir introduit dans la bouche, les oreilles, le nez et les yeux du coton imbibé et chargé de baume en liqueur, des huiles de girofle et de muscade, le chirurgien ouvrait le ventre et le thorax jusqu'au sternum en ayant bien soin de ne pas percer les intestins que l'on sortait du corps, ainsi que le foie, la rate, le cœur, les poumons, les reins, la langue, les organes de la génération, puis on lavait le tout après les avoir incisés; ces différents organes étaient ensuite placés dans un vase. Le chirurgien retournait le corps, puis il pesait de toutes ses forces, et du poids de son corps, sur les épaules, sur les reins, les fesses, les cuisses, afin de faire écouler les derniers liquides restés dans les chairs. On épongeait soigneusement le corps pour le sécher, on lavait ensuite l'intérieur de la cage thoracique et le ventre avec de l'eau-de-vie, on épongeait de nouveau et l'on répétait jusqu'à quatre fois cette opération, enfin on remplissait le ventre d'une poudre composée de myrrhe, d'aloës succotrin, de santal, de bois d'aloës cabalin, de suc d'acacia, de macis, noix de galle, de musc, de cumin, d'alun calciné, de sang-dragon, de bol d'Arménie, de terre sigillée, parties égales de chaque produit.

On mettait successivement dans le ventre une couche de poudre et une couche de coton, jusqu'à ce que cette cavité fût remplie. Après l'avoir cousue on remplissait la bouche de cette poudre ; on trempait ensuite du coton dans un mélange fait avec du baume et du blanc d'œuf et on bouchait l'anus, les oreilles, la bouche et le nez. Enfin le corps était enveloppé d'un sparadrap, fait avec de la cire et de la térébenthine.

Le chirurgien devait veiller à ouvrir les veines, les artères, afin d'épuiser le sang; des coups de bistouri étaient pratiqués au plus profond des chairs, aux mains, dans les parties charnues des bras, des reins, des fesses, des cuisses, dans les jemeaux, aux talons, à la plante des pieds, dans le scrotum, en un mot il pratiquait des incisions larges et profondes de façon à ce qu'elles pénétrassent jusqu'aux os, et lorsque les vaisseaux étaient vidés, l'apothicaire répandait une quantité de poudre dans toutes ces blessures, qu'on recousait ensuite avec l'aiguille.

Le praticien devait frotter le corps, l'oindre avec un liniment composé par lui; à mesure que l'apothicaire *activait* l'embaumement, le chirurgien appliquait des bandes de linge trempées dans le liniment, de façon *qu'elles soient une sorte de corset*, et suivant encore le langage du temps, qu'elles fassent plusieurs *circonvolutions* les unes sur les autres pour tenir le corps serré et empêcher les aromates de sortir du corps qui en était rempli ; ces bandes devaient commencer par le cou et finir aux pieds et aux mains, elles devaient être fort longues et fort larges pour bander le corps, les bras, les cuisses et les jambes, mais très étroites pour les doigts.

L'opération terminée, on mettait la chemise, on revêtait le mort des marques extérieures de ses dignités, quelquefois d'un costume religieux, puis on l'ensevelissait dans un drap de linge imbibé de liniment qui servait de sparadrap, on nouait les extrémités avec du ruban, le tout était enveloppé d'une toile cirée, qu'un lien étreignait; le vide autour du corps était comblé de poudre et de paquets d'herbes aromatiques sèches : absinthe, sauge, menthe, anis, mélisse, armoise, camomille, etc. ; on fermait le cercueil et on le soudait avec soin.

Quelquefois ce cercueil de plomb était déposé dans un sarcophage en pierre calcaire empruntée à la région, pierre de Saint-Marcel, du Val-de-Grâce, du Luxembourg ou bien de Montrouge ou de Bagneux.

Le travail du préparateur n'était pas fini, il devait poursuivre les mêmes préparations pour les viscères; les poudres jouaient un grand rôle dans cette préparation, dans laquelle se trouvaient mélangées l'huile, les essences de muscade, de girofle, de cannelle, les teintures d'ambre gris, de musc, de civette, la poudre de myrrhe, de benjoin, de styrax, d'aloès. S'il s'agissait du cœur, il était frotté d'essences, puis enveloppé dans un taffetas de couleur : la couleur violette était celle des ecclésiastiques; puis il était enfermé dans un cercueil de plomb, ayant la forme du cœur.

Les cœurs des membres de la famille royale étaient généralement déposés à l'église du Val-de-Grâce.

Après les préparations du cœur, on coupait les intestins en long et on les lavait, on faisait des incisions aux poumons, à la matrice, on lavait toutes ces parties dans l'esprit de vin; on les arrangeait dans un baril, au fond duquel on avait préalablement mis de la poudre, puis on déposait un lit de viscères, un lit de poudre; ce baril était de plomb, qui, à son tour était enfermé dans un baril de bois; c'est ainsi que les viscères du roi Henri III, de triste mémoire, furent confiés à un seul baril de bois. Il n'y a pas de petite économie.

Que devons-nous penser de ces mutilations épouvantables ? sinon qu'elles devaient faire frémir les parents, les amis qui étaient témoins, ainsi que de ces préparations odieuses et de cette violation irrespectueuse et sauvage des restes de la personne aimée?

Ces entailles profondes, l'extraction de tous les organes, ce vide complet du corps, les pertes de sang, l'ouverture du crâne, l'action de retirer la cervelle et de recoudre le tout, les bains dans la saumure et l'alcool, le lavage et l'ouverture des intestins, l'enlèvement des parties génitales chez la femme, toutes ces diverses opérations devaient faire reculer d'horreur la famille, devant ce travail du médecin qui ressemblait plutôt au charcutier préparant un porc, qu'à un homme appartenant à la science.

Nous devons ajouter que toutes ces opérations de l'embaumeur étaient sans valeur, sans résultats satisfaisants, car, malgré les poudres, les alcools, nous ne retrouvâmes jamais, dans nos explorations, un gramme de chair conservée, mais des squelettes en fort mauvais état de conservation.

Un seul et unique sujet fait exception, et c'est après plus de vingt-cinq ans de recherches, après l'exploration de douze

cents sépultures que nous retrouvons, dans une des cryptes de chapelle, à droite du chœur de l'église de Saint-Nicolas-du-Chardonnet, non loin de Santeuil, du grand peintre Lebrun et de sa mère, des restes humains qui présentent un squelette couvert de sa peau noire et desséchée, des muscles et de quelques lambeaux de peau; nous devons encore signaler une particularité offerte par ce même sujet, c'est que le thorax possède ses poumons relativement bien conservés, ayant une ressemblance très grande avec une éponge, noire, aplatie, usée par un long service. (*Recherches faites en novembre 1898.*)

Il résulte de nos recherches personnelles, que nous pouvons affirmer que les restes humains confiés à la terre dans un pauvre cercueil de sapin, de chêne ou de châtaignier, étaient invariablement mieux conservés que ceux qui avaient été enfermés dans des cercueils de plomb ou des sarcophages en pierre, nous voulons parler des corps appartenant aux époques païenne, chrétienne, mérovingienne et du moyen âge dont les ossements étaient pâteux et sans consistance.

3800 embaumements ont été pratiqués par les docteurs Gannal, depuis 1833 jusqu'à nos jours, et nous pouvons dire que leur procédé fut utilisé dans toute l'Europe.

Voici le nom des personnes célèbres embaumées par MM. les docteurs Gannal :

Mgr DE QUELEN, archevêque de Paris, janvier 1840. La sépulture de ce prélat fut ouverte à la demande de MM. les chanoines de la cathédrale de Paris (au moment de l'embaumement de Mgr Affre); tous le reconnurent et l'embrassèrent, tant sa conservation était parfaite.

L'ENFANT DE LA VILLETTE, le 19 mars 1840 (cause célèbre). « Ce jeune enfant fut embaumé par moi, nous apprend M. Gannal, sur la demande de M. le procureur du roi et exposé à la Morgue jusqu'au 2 juin de la même année. A cette époque, il fut envoyé à Bordeaux pour être présenté au tribunal, puis il fut enterré au mois de juillet. »

Après deux années, le cercueil a été exhumé et ouvert par MM. les docteurs Dégrange et Gergeris, médecins au rapport.

Lettre du maire d'Artigues au préfet de la Gironde, au sujet de l'exhumation et de l'autopsie du jeune Anizat.

« 5 janvier 1842.

Monsieur le préfet,

J'ai l'honneur, etc... Le cercueil du jeune Anizat a été ouvert en ma présence : le corps a été trouvé dans un état parfait de conservation ; l'intérieur était admirable, les aliments *se trouvaient conservés dans l'estomac* comme si l'enfant venait d'être tué.

Les opérations du docteur Dégrange terminées, le corps a été mis dans le même cercueil et fermé devant nous, transporté immédiatement dans le tombeau, à côté de la veuve Anizat; de suite, le trou du caveau a été fermé en ma présence.

Le maire.
E. LAVIALLE.

Le secrétaire général de la préfecture de police.
MALLEVAL. »

JACOTOT, 2 avril 1840.
Maréchal MAC DONALD, 27 septembre 1840.
GRAMMONT-CADEROUSSE, 26 octobre 1840.
CHÉRUBINI, 17 mars 1842.
Le comte POZZO DI BORGO, 16 février 1842.
Le maréchal MONCEY, 22 avril 1842.
WILHEM, 28 avril 1842.
ELLEVIOU, 7 mai 1842.
L'amiral DUMONT-DURVILLE, 8 mai 1842 et, par la suite, toute sa famille.
Le comte DE LAS-CASES, 16 mai 1842.
Mlle Odilon BARROT, 2 juillet 1843.
Le duc D'UZÈS, 7 août 1843.
CAILLARD, 7 septembre 1843, entrepreneur de transport associé à Laffitte.
Casimir DELAVIGNE, 18 décembre 1843.
Le duc D'ANGOULÊME, 26 août 1844.
PANKOUCKE, 12 juillet 1844.
Philippe DE GIRARD, 26 août 1845.
La duchesse DE MONTMORENCY, 28 mars 1846.
Le duc DE MONTMORENCY, 26 mai 1846.
Le duc DE DAMAS, 30 mai 1846.
La princesse DE BROGLIE, marquise MURAT, 14 août 1846.
Amiral DUPERRÉ, 3 novembre 1846.
La princesse DE LA TRÉMOÏLLE DE SALM-KERBOURG, 27 septembre 1846.
Baron DE SAINT-VINCENT.
Théodose BURETTE, 8 janvier 1847.
MARTIN DU NORD, ministre des Cultes, 13 mars 1847.
Le prince DE POLIGNAC, 1er avril 1847.
Le comte DES ROYS, 5 avril 1847.
La comtesse DE CHOISEUL-PRASLIN, 27 avril 1847.
La duchesse DE PRASLIN, assassinée par son mari, 19 août 1847.
Frédéric SOULIÉ, à Bièvre, 23 septembre 1847.
A. BRONGNARD, de l'Institut, 8 octobre 1847.
Toutes les victimes de la Révolution de février 1848, au nombre de 83, civils et militaires, déposées à l'Hôtel de Ville.
AFFRE, archevêque de Paris, 29 juin 1848.
CHATEAUBRIAND, rue du Bac, 5 juillet 1848.
LACAVE-LAPLAGNE, 16 mai 1849.
Le marquis DE CLERMONT-TONNERRE, 12 juin 1849.
CHOPIN (compositeur), 13 septembre 1849.
BOYER, président de la République d'Haïti, 8 juillet 1850.
Docteur JECKER (Suisse), 10, rue Thérèse, 15 mars 1851.
Duc DE MASSA, à Tours, 22 août 1851.
GODOY, prince de la Paix, 5 octobre 1851.
J.-N. GANNAL, mort des suites d'une opération de la pierre, 13 janvier 1852.
Le maréchal comte GÉRARD, rue Neuve-de-Berry, 19 avril 1852.
La jambe de M. JARRY, rue du Chemin-de-Versailles, 4 juin 1852.
ARAGO (l'astronome), 3 octobre 1853.
Mme la maréchale MORTIER, 15 février 1855.
RUOLTZ, 13, rue Saint-Benoît, 28 février 1855.
LOUVRIER, rue Madame. Le gagnant de la statue d'argent de 75 000 francs, loterie des Arts, 13 mars 1855.
Le prince DE MONACO, rue Saint-Guillaume, 20 juin 1856.
DE BOURBON-BUSSET, 1, rue du Dauphin, 16 décembre 1856.
Le prince SOLTIKOFF, 23 mars 1859.
Le cardinal DUPONT, archevêque de Bourges, 26 mai 1859.

Lord Seymour, dit milord L'Arsouille, 17 août 1859.
Le maréchal comte Reille, 127, rue Saint-Dominique, 5 mars 1860.
Le duc de Bauffremont, rue Matignon, 10 mars 1860.
Mme la comtesse de Chabot, veuve de Talma, 12 avril 1860.
Le docteur Leroy d'Etioles, 12 mars 1860.
La princesse de Bauffremont, 9, rue de Varenne, 14 octobre 1860.
Dufètre, évêque de Nevers, 6 novembre 1860.
Pierre de Remusat, 10 janvier 1862.
Duc de Montmorency, à Courtalin, août 1862.
Le maréchal d'Ornano, 14 octobre 1863.
Le marquis de Pomereu, 10 novembre 1863.
Le comte de Bourbon-Busset, au château de Lignières, 30 novembre 1863.
Meyerbeer, 4 mai 1864.
Mme Chandon (associée à Moët), 27 août 1864.
La marquise de Rougé, à Moreuil, 21 novembre 1864.
Xavier Saintine, 22 janvier 1865.
Le baron Seillière, 6 mai 1866.
Parent, place Vendôme, 3 juin 1866.
Didiot, évêque de Bayeux, 16 juin 1860.
La marquise de Pomereu, 1860.
Le prince de Craon, 12 juillet 1868.
Bouruet-Aubertot, 1er octobre 1868.
Bullier, carrefour de l'Observatoire, 22 juin 1869.
La comtesse de Dampierre, 26 octobre 1869.
Schaken, entrepreneur de chemins de fer, 9 janvier 1870.
Le duc de Broglie, 27 janvier 1870.
Nestor Roqueplan, 26 avril 1870.
Mme Jules Favre, à Rueil, 10 juin 1870.
Comtesse de Dampierre, octobre 1870.
Caumartin, à Niort, mars 1871.
Maréchal Forey, 20 juin 1872.
Duc de Médina Cœli, 7 janvier 1873.
L'amiral Rigault de Genouilly, 5 mai 1873.
Odilon Barrot, à Bougival, 7 août 1873.
Le curé de Saint-Sulpice, 17 décembre 1874.
Ledru-Rollin, à Fontenay-aux-Roses, 1er janvier 1875.
Carpeaux, à Asnières, octobre 1875.
Mlle Déjazet, 2 décembre 1875.
La princesse de Polignac, 17 janvier 1876.
Le duc d'Albuféra, 29 juillet 1877.
Le duc de Barbantane, à Barbantane, 1877.
Boucicaut, 23 décembre 1877.
Le duc de Carigliano, 1878.
Debrousse, 22 août 1872.
Le comte Potocki, 26 novembre 1878.
Princesse d'Orange, rue Auber, 12 juin 1879.
Le baron Taylor, 7 septembre 1879.
Ménier, fils du chocolatier, 4 novembre 1880.
Mme de Larochefoucauld-Doudeauville, 1er février 1881.
Ménier père, 17 février 1881.
Bouruet-Aubertot, 2 janvier 1882.
La comtesse d'Haussonville, 21 avril 1882.
Le prince Pignatelli, déposé dans le cercueil, habillé d'un costume de carme déchaussé, 20, rue de Tilsitt, 20 août 1882.
Henri Martin, 16 décembre 1883.
Le comte Ladislas Branicky, 14 juillet 1884.
Constantin Branicky, 17 juillet 1884.
Mme veuve Jubinal, 28 octobre 1885.
Paul Baudry, peintre, 70, rue Notre-Dame-des-Champs, 17 janvier 1886.
Le comte de Latour-Maubourg, 26 février 1886.
De Gouvion Saint-Cyr, rue d'Aguesseau, 7 février 1886.
Le baron Seillière, rue du Cirque, 14 décembre 1886.
La comtesse de la Bourdonnais, 30 mai 1887.
De Plessis Bellière, 27 juin 1888.
Gaston Planté, inventeur des accumulateurs, 16 mai 1889.
Le marquis d'Aligre, 12 juin 1889.
Damala, 56, boulevard Pereire, 19 août 1889. Mari de Sara Bernhardt.
Le docteur Ricord, rue de Tournon, 22 octobre 1889.
Le vicomte de Gontaut-Biron, 4 juin 1890.
Mme Vanderbilt, 30 septembre 1890.
Octave Feuillet, 27 décembre 1890.
E. Becquerel, au Museum, 13 mai 1891.
Bernardot, archevêque de Sens, 15 novembre 1891.
Duc de Durkal, fils de la reine d'Espagne, 3 janvier 1892.
Le prince de Furstemberg, 17 mars 1892.
Le marquis de la Chataigneraie, 23 mai 1892.
Comtesse de Talleyrand-Périgord, à Verneuil-sur-Seine, 25 septembre 1893.
Le duc de Bauffremont, rue Godot-de-Mauroy, 15 novembre 1893.
Le prince Pignatelli, à l'hôtel Scribe, 15 novembre 1894.
De Lesseps, 9 décembre 1894.
Mme la comtesse de Gouvion-Saint-Cyr, rue d'Aguesseau, 7 février 1895.
Mackay fils, tué dans une course près du Mans, 20 octobre 1895.
Le prince de Chandernagor, avenue de Tourville, 21 janvier 1896.
Jules Simon, place de la Madeleine, 20 juin 1896.
L'amiral Roussin, 28 septembre 1896.
Georges Wille, frère de Napoléon III, 23 février 1897.
L'infante Isabelle de Bourbon, cité d'Antin, 18 mai 1897.
La vicomtesse Duquesne, rue Saint-Florentin, 20 novembre 1897.
Le vicomte Duquesne, rue Saint-Florentin, 24 novembre 1897.
Le baron Seillière, 15 novembre 1901.
Don François d'Assise, mari de la reine d'Espagne Isabelle, 18 août 1902.

FORMULAIRE

CONTRE LA PHTIRIASE

Bichlorure de mercure........	1 gramme.
Acide acétique cristallisé	4 —
Acool à 90 degrés.............	200 —
Eau	200 —

pour lotions. (Courtois-Suffit et Lafay.)

DOCUMENTS OFFICIELS

(SUITE [*voir p. 1238*])

DÉCRET PORTANT APPLICATION AU TONKIN, EN ANNAM, AU CAMBODGE ET AU LAOS DE LA LOI DU 30 NOVEMBRE 1892 SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE.

Le président de la République française,

Sur le rapport du ministre des Colonies et du garde des Sceaux, ministre de la Justice,

Vu l'article 18 du sénatus-consulte du 3 mai 1854;

Vu le décret du 21 avril 1891, sur les pouvoirs du gouverneur général de l'Indo-Chine;

Vu la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine;

Vu le décret du 18 juin 1811, contenant règlement pour l'administration de la justice en matière criminelle, de police correctionnelle et de simple police et tarif général des frais;

Vu le décret du 8 août 1898, réorganisant le service de la justice en Indo-Chine;

Vu le décret du 1er décembre 1902, concernant l'organisation de la justice au Tonkin, en Annam et au Laos;

Vu le décret du 3 juillet 1897, fixant les indemnités de route et de séjour des officiers et fonctionnaires coloniaux, modifié par le décret du 6 juillet 1904;

Après avis du Conseil supérieur de santé des colonies,

Décrète :

ARTICLE PREMIER. — La loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine est rendue applicable au Tonkin, en Annam, au Cambodge et au Laos, sous réserve des dispositions prévues au présent décret.

CHAPITRE PREMIER. — DES CONDITIONS DANS LESQUELLES EST CONFÉRÉ LE TITRE D'EXPERT-MÉDECIN DEVANT LES TRIBUNAUX

ART. 2. — Au commencement de chaque année judiciaire, et dans le mois qui suit la rentrée, la Cour d'appel de l'Indo-Chine, le procureur général ou son délégué entendu, désignera sur des listes de propositions des tribunaux de première instance du ressort, les docteurs en médecine à qui elle confère le titre d'expert devant les tribunaux des pays susvisés.

ART. 3. — Les propositions du tribunal et les désignations de la Cour ne peuvent porter que sur les docteurs en médecine français demeurant dans le ressort de la Cour d'appel.

ART. 4. — Dans les postes où ne résident pas de docteurs en médecine à poste fixe, les expertises médico-légales sont prescrites par voie de réquisition aux médecins détachés temporairement dans des postes.

ART. 5. — En dehors des cas prévus aux articles 43, 44, 235 et 268 du Code d'instruction criminelle, les opérations d'expertise ne peuvent être confiées à un docteur en médecine qui n'auraient pas le titre d'expert. Toutefois, selon les besoins particuliers de l'instruction de chaque affaire, les magistrats peuvent désigner un expert près un tribunal autre que celui auquel ils appartiennent.

En cas d'empêchement des médecins-experts résidant dans le ressort et, s'il y a urgence, les magistrats peuvent, par ordonnance motivée, commettre un docteur en médecine français de leur choix.

Toutefois, la désignation d'un médecin militaire ne peut avoir lieu qu'avec l'approbation de l'autorité militaire dont il dépend.

CHAPITRE II. — DES HONORAIRES, VACATIONS, FRAIS DE TRANSPORT ET DE SÉJOUR DES EXPERTS-MÉDECINS

ART. 6. — Chaque médecin requis par des officiers de justice ou de police judiciaire, ou commis par ordonnance dans les cas prévus par le Code d'instruction criminelle reçoit à titre d'honoraires :

1° Pour une visite après premier pansement, 8 francs;

2° Pour toute opération autre que l'autopsie, 15 francs;

3° Pour autopsie après inhumation, 35 francs.

Au cas d'autopsie d'un nouveau-né, les honoraires sont de 15 et 25 francs, suivant que l'opération a eu lieu avant ou après inhumation.

Tout rapport écrit donne droit au minimum à une vacation de 5 francs.

ART. 7. — Le coût des fournitures reconnues nécessaires pour les opérations est remboursé sur la production de pièces justificatives de la dépense.

ART. 8. — Il n'est rien alloué pour soins et traitements administrés soit après le premier pansement, soit après les visites ordonnées d'office.

ART. 9. — Il est alloué aux médecins, outre les frais de transport, s'il y a lieu, une vacation de 5 francs à raison de leurs dépositions soit devant un tribunal, soit devant un magistrat instructeur.

Dans les cas de transport hors du lieu de leur résidence, les médecins sont indemnisés de leurs frais de voyage et de séjour suivant les tarifs prescrits par le décret du 3 juillet 1897, fixant les indemnités de route et de séjour des officiers et fonctionnaires coloniaux, modifié par le décret du 6 juillet 1904.

CHAPITRE III. — DISPOSITIONS PRÉVUES PAR L'ARTICLE 15 DE LA LOI

ART. 10. — La liste des maladies épidémiques, dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel, est dressée par arrêté du ministre des Colonies, après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France.

Le même arrêté fixe le mode de déclaration desdites maladies; ces déclarations sont obligatoires pour tout médecin civil ou militaire et pour toute sage-femme exerçant dans l'un des pays énumérés à l'article 1er du présent décret.

CHAPITRE IV. — DISPOSITIONS TRANSITOIRES

ART. 11. — Le droit d'exercer l'art dentaire dans les conditions prévues par l'artice 32 est maintenu à tout dentiste justifiant qu'il est inscrit au rôle des patentes à la date de la promulgation du présent décret.

CHAPITRE V

ART. 12. — Dans les pays énumérés à l'article 1er du présent décret, le gouverneur général de l'Indo-Chine autorise et réglemente par des arrêtés locaux l'exercice de la médecine indigène.

Le recrutement de ces médecins indigènes sera assuré par l'École de médecine indigène créée par décret du 12 août 1905.

ART. 13. — Sont abrogées toutes dispositions antérieures contraires à celles du présent décret.

ART. 15. — Le ministre des Colonies et le garde des Sceaux, ministre de la Justice, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

Fait à la Bégude-de-Mazenc, le 12 août 1905.

ÉMILE LOUBET.

Par le président de la République :

Le ministre des Colonies,

CLÉMENTEL.

DÉCRET PORTANT RÉGLEMENTATION DE L'EXERCICE DE LA MÉDECINE INDIGÈNE EN COCHINCHINE

Le président de la République française,

Sur le rapport du ministre des Colonies,

Vu la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine;

Vu le décret du 6 août 1897, portant règlement d'administration publique pour l'application aux colonies de la loi du 30 novembre 1892, et notamment l'article 14 de ce décret;

Vu l'arrêté du gouverneur général de l'Indo-Chine en date du 25 octobre 1904, portant réorganisation de l'exercice de la médecine au Tonkin, en Annam, au Cambodge et au Laos;

Vu l'arrêté du gouverneur général de l'Indo-Chine en date du 8 janvier 1902, créant à Hanoï une école de médecine;

Vu l'arrêté du gouverneur général de l'Indo-Chine, en date du 25 octobre 1904, portant réorganisation de l'École de médecine de l'Indo-Chine;

Vu le décret du 12 août 1905, approuvant les arrêtés locaux des 8 janvier 1902 et 25 octobre 1904, organisant et réorganisant l'École de médecine de l'Indo-Chine;

Après avis du Conseil supérieur de santé des Colonies,

Décrète :

Article premier. — L'exercice de la médecine indigène est autorisé dans la colonie de Cochinchine;

Art. 2. — Il est créé, à cet effet, un service de praticien spécialement destiné aux populations indigènes; ces praticiens comprendront des médecins indigènes sortis de l'École de médecine de l'Indo-Chine et de l'École des sages-femmes de Cholon.

Art. 3. — Les circonscriptions sanitaires dans lesquelles ce service est établi, et les conditions de son exécution sont déterminées par le gouverneur général de l'Indo-Chine sur la proposition du lieutenant-gouverneur de la Cochinchine et du directeur du service de santé.

Art. 4. — Les praticiens indigènes, médecins et sages-femmes, sont placés sous l'autorité des administrateurs chefs de province, et pour l'exercice de leur art, sous la surveillance et le contrôle du directeur du service de santé et des docteurs en médecine délégués par lui à cet effet.

Ils relèvent du directeur de l'École de médecine de l'Indo-Chine au point de vue disciplinaire et professionnel.

Art. 5. — Les praticiens indigènes sont tenus de déférer à toutes les réquisitions de l'autorité administrative et de se conformer à la législation en vigueur et sur la déclaration des maladies épidémiques et contagieuses, et sur la protection de la santé publique.

Art. 6. — Un arrêté du gouverneur général détermine les obligations professionnelles imposées aux praticiens indigènes (médecins et sages-femmes) et, en général, toutes les prescriptions relatives au bon fonctionnement du service. Il fixe les conditions dans lesquelles s'exercent le contrôle et la surveillance de ces praticiens.

Art. 7. — Les médecins et sages-femmes indigènes doivent gratuitement leurs soins aux indigènes y compris la vaccination.

Art. 8. — Ils peuvent être autorisés à détenir au lieu de leur résidence et à délivrer des médicaments, suivant une nomenclature et dans les conditions qui seront déterminées par un règlement particulier établi par le gouverneur général.

L'emploi des médicaments non autorisés est interdit.

Art. 9. — Sont passibles des peines édictées par les articles 16, 18, 19, 20, 26 et 27 de la loi du 20 novembre 1892, les indigènes qui usurperont le titre de praticien indigène tel qu'il résulte des dispositions du présent décret.

Ces dispositions ne sont pas applicables aux indigènes non diplômés de l'École de médecine de l'Indo-Chine, pratiquant la médecine sino-annamite traditionnelle, qui restent autorisés à exercer dans les conditions actuellement en vigueur.

Sont également passibles des peines prévues par le paragraphe 1er du présent article les praticiens qui contreviendront aux dispositions de la réglementation en vigueur concernant l'exercice de leur art.

Art. 10. — La suspension temporaire ou l'interdiction absolue de l'exercice de la médecine en ce qui concerne les praticiens indigènes (médecins et sages-femmes) peut être prononcée par le gouverneur général sur la proposition du directeur de l'École de médecine et l'avis conforme du directeur du service de santé, pour manquements professionnels, par mesure administrative.

Art. 11. — Le ministre des Colonies est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié aux journaux officiels de la République française et de la colonie de l'Indo-Chine, et inséré au *Bulletin officiel* du ministère des Colonies.

Fait à la Bégude-de-Mazenc, le 12 août 1905.

ÉMILE LOUBET.

Par le président de la République,
Le ministre des Colonies :
CLÉMENTEL.

LIVRES NOUVEAUX

Diagnostic et séméiologie des maladies tropicales (1), par les docteurs Wurtz et Thiroux.

Comme l'indique le titre de l'ouvrage, le livre de MM. Wurtz et Thiroux est consacré au diagnostic et à la séméiologie des maladies tropicales. Dans une première partie les auteurs exposent clairement et brièvement les éléments dont la science dispose pour arriver à établir le diagnostic d'une affection exotique, les moyens de laboratoire aidant. Il s'agit donc de données exclusivement pratiques que chaque médecin appelé à exercer aux colonies, doit connaître pour arriver à la solution des problèmes qui se posent à chaque pas devant lui. Dans une deuxième partie, ils placent le praticien en face de chaque symptôme isolé fourni par l'examen de chaque organe ou de chaque système; partant de ce symptôme, ils l'aident à arriver progressivement à différencier les unes des autres, les affections les plus variées qu'il est appelé à rencontrer; affections exclusivement tropicales, mais encore affections sévissant dans nos régions, pouvant aussi être observées aux colonies.

Livre essentiellement pratique, l'ouvrage de MM. Wurtz et Thiroux doit être considéré comme le *vade-mecum* de tout médecin exerçant aux pays chauds; le médecin de nos régions en retirera aussi le plus grand bénéfice, car nombreux sont parfois les malades rapatriés des colonies, qui rapportent dans nos climats des affections dont la nature reste trop souvent méconnue sur notre territoire. C. DOPTER.

Le régime alimentaire de l'entéro-colite muco-membraneuse (2), par le docteur A. Gillot (de Plombières).

On est aujourd'hui d'accord pour admettre que, dans le traitement des entérites chroniques, le régime doit tenir la première place. Aussi doit-on louer le docteur Gillot d'avoir su condenser en quelques pages les règles élémentaires de régime et de permettre ainsi aux médecins français d'obtenir sur place les résultats qui ont « fait le succès de certaines maisons de santé françaises et étrangères ».

L. BABONNEIX.

(1) In-8 de 542 p. avec 17 fig. en noir et en couleur. — Prix : 12 francs. — Paris, Masson et Cie.
(2) In-8°. — Bar-le-Duc, impr. Contant-Laguerre.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

FORMES CLINIQUES
DE LA
TUBERCULOSE INTESTINALE [1]

II. Formes sténosantes. — « La sténose est l'aboutissant le plus fréquent des lésions tuberculeuses de l'intestin grêle » (Bérard et Patel).

Elles *débutent* insidieusement par une phase *médicale*, que caractérisent des symptômes d'obstruction légère : douleurs, météorisme et péristaltisme atténués, après les repas.

A la *période d'état*, période *chirurgicale*, l'*accès douloureux abdominal* (*syndrome de König*) domine la scène. Deux ou trois heures après le repas (au moment de la digestion intestinale), apparaissent brusquement des douleurs violentes, localisées en un point autour duquel l'abdomen se ballonne. Puis, tout d'un coup, la voussure abdominale s'affaisse, des bruits musicaux se font entendre, la colique s'atténue, et cesse. Au bout de quelques instants, nouvel accès semblable au premier.

La *douleur* siège aux environs du point de Mac-Burney, et, de là, irradie dans différentes directions ; elle est fixe, extrêmement violente.

Les *bruits musicaux* marquent la fin de la crise : comparés à un miaulement de chat, au chant du fifre, au bruit d'une cascade, d'un ruisseau, au glou-glou de l'eau passant dans le goulot d'une bouteille, ils sont dus au spasme intestinal chassant les gaz et les liquides intestinaux à travers la zone sténosée (König).

Une *débâcle* fécale, souvent diarrhéique, ou gazeuse, termine la scène.

La *tumeur*, d'abord localisée, est allongée, sonore ; en la déprimant, on détermine du clapotage. Peu à peu, elle s'étend, des anses intestinales (comparées par König aux anneaux d'un serpent) se dessinent sous la peau, puis, subitement, elle s'affaisse : l'accès est terminé.

La durée des accès, d'abord courte, augmente progressivement, surtout si les rétrécissements sont multiples et étendus.

En dehors des accès, la palpation du ventre décèle, en un endroit déterminé, du gargouillement, et, plus profondément, perçoit parfois une tumeur dure, mobile, peu volumineuse. Les selles sont dures, parfois mélangées de sang ou de mucus.

L'*évolution* de la maladie est essentiellement chronique et progressive. Borchgrewink distingue quatre phases : α. formation des ulcérations ; β. phase de compensation, avec accès douloureux ; γ. période d'atonie intestinale ; δ. période d'anémie. Bérard et Patel, que nous suivons ici pas-à-pas, décrivent : 1. des lésions éteintes, dont la durée est parfois très longue ; 2. des lésions en évolution, qui aboutissent beaucoup plus rapidement à la cachexie terminale.

Variétés cliniques. — Le tableau précédent s'applique surtout à une sténose cicatricielle unique, portant sur la fin de l'intestin grêle. 1. La sténose est-elle *multiple*, les accès douloureux sont moins violents, échelonnés le long de l'intestin [*iléus combiné* (Hochenegg) ; *coliques étagées* (Köberlé)] ; en dehors des accès, le ventre reste météorisé. La diarrhée est fréquente. Enfin et surtout il existe plusieurs zones de clapotage et, parfois, plusieurs tumeurs espacées, mobiles (Monnier). 2. Lorsque la sténose siège à la partie supérieure du jéjunum, on note α. soit des accès douloureux apparaissant immédiatement après les évacuations alvines (Borchgrewink) ; β. soit des vomissements bilieux incoercibles (Bérard et Patel). 3. Dans les *formes fibreuses d'emblée* (sans cicatrice préalable d'ulcération), les signes de sténose seraient peu marqués (Piégu, Fraenkel).

[1] Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1905, nº 101, p. 1210.

III. Tuberculose entéro-mésentérique de l'intestin grêle (syn. : *entéro-péritonéale*). — Dans la sténose tuberculeuse surtout, mais aussi parfois dans l'entérite tuberculeuse, il n'est pas rare de voir le péritoine et les ganglions se prendre : il en résulte la formation d'une *tumeur*, d'une *néoplasie tuberculeuse* constituée par des anses d'intestin grêle, du péritoine et des ganglions agglutinés et partiellement caséifiés : c'est la *forme entéro-péritonéale*, qui n'est, en somme, qu'un mode de terminaison des formes précédentes.

Le *début* en est marqué, tantôt par des symptômes intestinaux, tantôt par des signes péritonéaux.

A la *période d'état*, on observe des *signes fonctionnels* divers, souvent atténués (météorisme, vomissements, diarrhée, douleurs) mais jamais d'accès douloureux typiques comme dans la forme précédente.

Beaucoup plus caractéristiques sont les *signes physiques*. Parfois, chez l'enfant, on perçoit de petites nodosités lymphatiques sous-cutanées ; chez l'enfant comme chez l'adulte, la palpation indique l'existence d'une *tumeur* localisée à la région ombilicale, ou, quelquefois, à la fosse iliaque droite ; de volume variable, de consistance inégale, présentant, à la percussion, des zones sonores voisines de zones mates (*matité en damier*) ; elle est le siège de soulèvements et d'affaissements alternatifs.

L'*évolution* de la tuberculose entéro-mésentérique est fatale : la mort est généralement le fait de la granulie. Quelquefois, les ganglions suppurés s'ouvrent à la peau (ombilic) ou dans un des organes creux de l'abdomen.

§ II. **Tuberculose du gros intestin**. — I. Tuberculose du cæcum. — A. **Forme hypertrophique** (syn. : *typhlite tuberculeuse chronique et tuberculose cæcale*, Hartmann et Pilliet ; *tuberculose iléo-cæcale chronique ; tuberculome iléo-cæcal*, Dieulafoy ; *tuberculose iléo-cæcale à forme hypertrophique*, *tumeur cæcale tuberculeuse*, Belgrand). — M. Dieulafoy la définit : « un type de tuberculose locale, à forme fibreuse et hypertrophiante, où les ulcérations n'occupent qu'une place insignifiante ; elle est habituellement primitive, elle est extrêmement lente, et provoque, à la longue, un tel épaississement des parois cæcales qu'elle forme, à la fosse iliaque droite, une tumeur volumineuse et indurée qui simule le cancer. Prise à temps, elle est opérable et curable. » Elle évolue en trois phases (v. Belgrand, *loco citato*).

1. Une *phase de troubles fonctionnels* : α. *douleurs* constantes, d'intensité variable, spontanées ou provoquées par un traumatisme, par le froid, la constipation, revenant régulièrement ou non, localisées à la fosse iliaque droite, et irradiant de là en diverses directions, accompagnées ou non de contracture des muscles de la paroi, parfois exagérées par l'ingestion des aliments, durant de quelques heures à quelques jours et laissant, après leur disparition, la région iliaque droite tout endolorie ; β. troubles digestifs (lenteur des digestions, crampes épigastriques, vomissements) ; γ. *constipation* « de règle pendant la crise » (Belgrand), accompagnée de mouvements péristaltiques et de ballonnement du ventre, pouvant aller jusqu'à l'occlusion (Körte), parfois remplacée par de la *diarrhée* ; δ. les *selles* n'ont aucun caractère spécial ; elles contiennent souvent du sang ; ε. l'*état* général n'est que peu atteint. Aussi, à cette phase qui dure de deux à trois ans, les symptômes sont si peu nets qu'il est presque toujours impossible de formuler un diagnostic (Belgrand).

2. Une *deuxième période, de tumeur*, véritable *période chirurgicale*. *Signes physiques* : L'*inspection* est le plus souvent négative : elle permet quelquefois, chez les malades très amaigris et porteurs d'une volumineuse tumeur, de percevoir la lésion à travers les téguments. Le *palper* (le malade étant bien placé, manœuvre de Sigaud [v. Belgrand]) révèle l'existence d'une tumeur occupant habituellement la partie moyenne de la fosse iliaque, quelquefois les régions lombaire ou pel-

vienne, ou des situations encore plus anormales, ne dépassant pas le bord externe du grand droit, ayant la forme d'un boudin allongé verticalement, de volume variable ; de surface bosselée, irrégulière, de consistance ferme, dure, élastique ; n'adhérant pas à la paroi abdominale antérieure ; à centre mat, entouré d'une zone de submatité, puis de sonorité. Les touchers vaginal et rectal donnent parfois d'utiles indications.

Signes fonctionnels : les mêmes qu'à la première période, mais, plus accentués, avec, parfois, de petites crises d'obstruction.

Signes généraux : s'aggravent rapidement (amaigrissement, perte des forces, fièvre vespérale, sueurs nocturnes, indicanurie). Si le malade n'est pas opéré, il peut succomber, à la fin de cette période, aux progrès de la cachexie tuberculeuse.

3. Une *troisième période*, d'*abcès et de fistules* (1). Autour de la tumeur cæcale se forment des foyers périnéaux enkystés qui évoluent :

α. *A froid :* sans grande réaction locale ni générale, la tumeur augmente de volume, s'empâte, la peau adhère, s'amincit et se perfore, en donnant issue à du pus mélangé de matières fécales. Une fistule pyo-stercorale est formée ;

β. *A chaud :* la réaction locale est très intense ; dans la profondeur de la fosse iliaque se développe un plastron induré qui se ramollit très vite. La peau rougit, s'ulcère, et laisse passer un flot de pus mélangé de matières fécales. Une fistule pyo-stercorale s'est encore formée.

La mort est la terminaison habituelle de la maladie arrivée à ce dernier degré.

B. **Forme circonscrite.** — La tuberculose, au lieu d'envahir la totalité du segment iléo-cæcal, se cantonne en un point déterminé de cette région. Elle donne lieu « à une petite tumeur dure et sans empâtement autour d'elle, provoquant des poussées douloureuses ; mais, en somme, évoluant à froid chez des sujets qui n'ont pas toujours l'apparence de tuberculeux et n'offrent aucun signe de lésions intestinales diffuses » (Richelot).

C. **Tuberculose ganglionnaire précæcale.** — Elle consiste (G. Marchant) en adénite tuberculeuse précæcale, sans lésion apparente de l'intestin. (*A suivre.*)

(1) Cette dernière période est parfois décrite à part sous le nom de *tuberculose ulcéreuse iléo-cæcale suppurée*, de *forme entéro-mésentérique*, *entéro-péritonéale*, etc.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 105. — SAMEDI 16 SEPTEMBRE 1905. 78e ANNÉE. SAMEDI 16 SEPTEMBRE 1905. — N° 105.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Diagnostic clinique des ulcérations du col utérin, par MM. Paul Delaunay et Henri Darré.
FORMULAIRE
Contre l'asthme des foins.
LIVRES NOUVEAUX
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Arras. — M. le docteur Brassart est nommé professeur d'accouchements à la Maternité d'Arras.

GUERRE. — Par décision du 12 septembre 1905, M. le médecin aide-major de première classe Cravot, du 23e d'infanterie coloniale, a été mis à la disposition de M. le ministre des Colonies, en activité hors cadres, pour faire partie de la mission Sud-Cameroun (départ d'Anvers, 28 septembre).

MARINE. — Ont été promus dans le corps de santé de la marine, pour compter de la date du 10 septembre 1905 :

Au grade de médecin en chef de première classe. — M. le médecin en chef de deuxième classe Pfihl, en remplacement de M. Ségard, retraité.

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — M. le médecin principal Bellot, en remplacement de M. Pfihl, promu.

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Aubry, en remplacement de M. Bellot, promu.

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de deuxième classe Moulinier, en remplacement de M. Aubry, promu.

— M. le médecin de deuxième classe Ségalen, du port de Brest, est désigné pour embarquer en sous-ordre sur la *Couronne* (poste vacant).

— M. le médecin de deuxième classe Cristau, qui est le dernier des officiers de son grade en service au port de Lorient figurant sur la liste d'embarquement, est désigné pour servir provisoirement au bataillon des apprentis fusiliers, en remplacement de M. Chemin, qui a terminé sa période de séjour dans ce poste.

— M. le médecin principal Bourdon, du port de Brest, est désigné pour remplir les fonctions de médecin-major du 2e dépôt, en remplacement de M. le docteur Aubry, qui a terminé sa période de séjour dans ce poste.

— M. le médecin principal Lassabatie, du port de Rochefort, est désigné pour embarquer sur le cuirassé *Carnot*, dans l'escadre du Nord, en remplacement de M. le docteur Bellot, promu médecin en chef de deuxième classe.

M. Lassabatie rejoindra sa destination dans les délais réglementaires. M. Bellot devra être dirigé sur Toulon pour y continuer ses services à son débarquement du *Carnot*.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — M. le médecin-major de première classe Sturel; — MM. les médecins-majors de deuxième classe Collet, Marion et Barbière.

BOURSES DE DOCTORAT. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le vendredi 27 octobre 1905.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 14 octobre, à quatre heures.

En exécution des prescriptions de l'arrêté du 24 décembre 1901, les épreuves du concours consistent en compositions écrites.

Sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année.

L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie).

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire.

Les épreuves sont : *a*. Une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie), ou une composition d'histologie; *b*. Une composition de physiologie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le deuxième examen probatoire.

Les épreuves sont : *a*. Une composition de médecine; *b*. Une composition de chirurgie.

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le troisième examen probatoire.

Les épreuves sont : *a.* Une composition de médecine ; *b.* Une composition de chirurgie ou une composition sur les accouchements. — Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

Les candidats qui justifient de la mention *bien* au baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et d'un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, pourront obtenir sans concours une bourse de doctorat en médecine de première année.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Cochez (d'Alger) et Calixte Fayolle (de Rauzan).

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

REVUE GÉNÉRALE

DIAGNOSTIC CLINIQUE

DES

ULCÉRATIONS DU COL UTÉRIN

Par MM. Paul DELAUNAY et Henri DARRÉ
Anciens internes de l'hôpital Broca.

I

C'est un chapitre fort embrouillé dans les vieux auteurs que celui des ulcérations du col utérin. Ricord le premier, en 1832, applique le spéculum à l'étude des affections vénériennes, et décrit quelques ulcérations vénériennes de l'utérus; mais les cliniciens ne sont pas d'accord : partisans et adversaires du dualisme et de l'identité de la syphilis et de la blennorragie, du chancre mou et du chancre induré, dissertent là-dessus, interminablement. Ricord lui-même, après avoir nettement distingué la blennorragie de la vérole, identifie encore le chancre induré et la chancrelle en donnant comme criterium de la syphilis l'inoculabilité de la lésion au porteur; ainsi se perpétue l'erreur de Hunter. Gosselin (1843), Bennett (1844), Boys de Loury et Costilhes (1846), Grivot-Grandcourt dans sa thèse inaugurale de 1848, Alph. Robert dans sa thèse de concours de 1848, Rossignol en 1856, étudient sans plus de succès les lésions utérines. En 1855 Bernutz soumet à la Société médicale des hôpitaux un mémoire divisant les chancres du col en trois catégories : 1° les chancres proprement dits, huntériens et inoculables; 2° les chancres diphtériques, couenneux, inoculables encore; 3° les chancres ulcéreux. C'est Alph. Guérin qui le premier, dans son ouvrage sur *Les maladies des organes génitaux externes de la femme* (1864), distingue nettement le chancre mou utérin du chancre induré. En 1866, Rollet — le même qui trois ans plus tard étudiera les ulcérations cervicales blennorragiques dans les *Annales de dermatologie* — Rollet donne comme type du chancre infectant la description du chancre diphtérique de Bernutz, puis s'avisant que Bernutz lui-même l'a déclaré inoculable, il le rapporte au chancre mixte. En 1870 Armand Després, découragé sans doute par tant de contradictions, déclarait que le syphilome primitif du col ne différait pas du chancre mou, et qu'il était impossible de l'en différencier; quant à l'inoculation, il n'en voulait pas entendre parler. Courty ne décrit comme chancre syphilitique du col que des chancrelles; Gallard, en 1873, n'est pas plus avancé que Bernutz en 1855, et parle des « ulcérations *syphilitiques* du col susceptibles d'être *inoculées* » ! Enfin M. Fournier parvint à faire triompher la théorie dualiste, à affirmer victorieusement la spécificité du chancre syphilitique, non inoculable, bien distinct du chancre mou inoculable; et ces deux lésions autonomes furent, en 1873, l'objet d'une thèse fort remarquable, celle de Ch. Schwartz. En 1880, parut la thèse de F. Bruneau sur l'herpès génital. Enfin le *Traité de la syphilis* et les autres publications de M. Fournier, les ouvrages de Mauriac, de Jullien, etc., puis une étude récente de M. Thibierge sur certaines formes pseudo-épithéliomateuses de chancres du col, ont achevé de préciser la question qui nous occupe.

II

Nous passerons en revue les ulcérations du col utérin dans les diverses circonstances où elles peuvent se présenter : tantôt il s'agit de lésions d'ordre obstétrical, et le diagnostic en est en général facile; tantôt il s'agit des affections utérines si fréquentes et si variées qui font discuter, dans les consultations de vénéréologie, les caractères divers du chancre, de la chancrelle, de l'herpès, des lésions syphilitiques secondaires ou tertiaires; tantôt enfin on tombe dans le domaine plus restreint des affections gynécologiques courantes, métrite ou cancer du col.

I. Les *déchirures obstétricales du col* ne sont pas difficiles à reconnaître, et il suffit pour cela d'avoir examiné quelques accouchées, d'avoir vu apparaître au spéculum un col mou, flasque, violacé, érodé ou fissuré en un seul point, ou bien sectionné en deux valves saignantes par une déchirure bilatérale. D'ailleurs ces accidents sont favorisés ou par des lésions pré-existantes, telles que l'œdème du col, fréquent dans les positions postérieures; la présence d'une cicatrice ou d'un chancre du col (1); ou par des conditions obstétricales défectueuses (lenteur ou longue durée du travail, rupture prématurée de la poche des eaux, efforts d'expulsion avant la dilatation complète); soit provoqués par une intervention active de l'accoucheur (dilatation manuelle ou instrumentale, extraction du fœtus avant la dilatation totale). On peut voir un *détachement partiel du col*, dont le lambeau noirâtre, violacé, mou, sanguinolent, avec des marbrures de fibrine, pend dans le vagin comme un copeau roulé; cependant le spéculum montre l'orifice du col écrêté, cratère noirâtre, vaste perte de substance que limite un liséré blanchâtre, la tranche d'une muqueuse légèrement décollée.

Les *escares du col* sont fréquentes au cours de l'*infection* obstétricale; il est rare d'ailleurs qu'on n'en trouve pas déjà au niveau des érosions vulvaires, de la fourchette, du vagin; le spéculum montre alors un col *béant*, mou, éversé; sur la muqueuse violacée, se dessinent des placards jaunâtres ou grisâtres barbouillés de glaires sanguinolentes et *fétides*; lorsqu'on enlève ces exsudats lardacés, adhérents, la muqueuse apparaît érodée, tomenteuse, criblée de petites dépressions où s'attardent, malgré la détersion, de derniers lambeaux pseudo-membraneux; le contour de la lésion est polycyclique, irrégulier, avec des prolongements qui fusent vers toutes les érosions et les fissures du canal cervical; du museau de tanche, du vagin, vers tous les points contusionnés, blessés par le travail de l'accouchement et infectés. Et les escares repulluleront, dans ces voies infectées, sur le col brutalisé, effiloché, gratté, usé par des écouvillonnages répétés, comme jadis les fausses membranes dans les angines qu'on cautérisait à outrance.

Signalons aussi rapidement les *lésions traumatiques* du col, piqûres, érosions, coupures, de forme et de dimensions en rapport avec celles de l'instru-

(1) Doléris. Etude sur la rigidité du col d'origine syphilitique, *Arch. de tocol.*, 1885, p. 305. — Blanc. Sur la rigidité syphilitique du col de l'utérus, Société des sciences médicales de Lyon, fév. 1891; *Lyon méd.*, 1891, t. LXVI, p. 440. — Le Camus. *De la rigidité syphilitique du col comme cause de dystocie*, Th. de Paris, déc. 1891. — Schmid. Sur un cas de rigidité syphilitique du col de l'utérus, *Nouv. arch. d'obstét.*, 1894, t. IX, p. 410. — Mesnard. Dystocie par accidents syphilitiques du col, *Arch. de tocol. et de gynécol.*, janv. 1891, p. 19.

ment employé pour provoquer un *avortement criminel*, et qui n'ont d'intérêt qu'au point de vue médico-légal.

On observe parfois chez les femmes enceintes des lésions du col, que Boys de Loury et Costilhes avaient minutieusement décrites dès 1845 sous le nom d'*ulcération gravidique du col de l'utérus*; ces deux auteurs y voyaient même une cause fréquente d'avortement. Sur le col gros, mou, violacé, « ces ulcérations, de formes irrégulièrement circulaires, ont un aspect fongueux et végétant, et sont couvertes de bourgeons charnus plus ou moins saillants, d'un rouge très foncé, le plus souvent violacé (1). » Ces « fongosités mollasses » [Mauriac (2)], saignent facilement; leur surface anfractueuse est baignée d'une hypersécrétion muqueuse, filante, mêlée à l'écoulement blanc jaunâtre, jamais verdâtre, assez épais, qui sourd du col. Les lésions irradient de l'orifice du col, dans lequel elles se prolongent, vers la périphérie où elles s'atténuent : mais çà et là les bords du museau de tanche se hérissent encore de quelques granulations de folliculite isolées. Il s'agit évidemment de lésions de métrite chronique exagérées par la grossesse.

II. Les érosions du col que l'on observe au cours de la *blennorragie aiguë* n'ont aucun caractère spécial; on n'est point alors en présence d'une lésion isolée et l'urétrite, la vulvo-vaginite concomitantes, l'écoulement verdâtre qui baigne tous les replis vulvaires et empèse le linge prouvent assez que ce col rouge, gonflé, qui laissse perler à son orifice érodé une grosse goutte de muco-pus, est lui aussi infecté par le gonocoque.

III. Le chancre et la chancrelle, les plaques muqueuses et l'herpès, voilà ce qui, couramment, peut donner lieu à des difficultés de diagnostic. Le *chancre syphilitique* du col surtout, parce qu'il est souvent méconnu, et il l'est parce qu'on n'y pense pas assez : à peine les gros traités de gynécologie lui font-ils l'aumône d'une brève mention, et bon nombre de cas de chancres insoupçonnés vont grossir les statistiques de cancers du col opérés avec succès et sans récidive.

Cependant, le chancre du col est le plus fréquent des chancres rares, dit Mauriac; Neumann compte 115 chancres utérins sur 757 cas de chancre chez la femme, soit 15 p. 100 (3). Il est ordinairement unique : Fournier ne mentionne que 2 cas de chancre double, Schwartz, 3 fois sur 19, l'a vu double.

Tantôt le syphilome est concentrique, tantôt il est *excentrique* à l'orifice utérin. Dans ce dernier cas il se présente en général d'une façon assez typique; il est grand comme une pièce de 50 centimes ou de 1 franc, circulaire, ou allongé comme une amande, en général transversalement : le chancre du col est un chancre moyen (Fournier). C'est un *chancre en plateau* et c'est un *chancre gris*. C'est un chancre en plateau, c'est-à-dire un chancre nettement délimité, légèrement surélevé, plan ou même bombé; médaillon ovalaire à contours réguliers, cerné d'un liséré rouge vif, il tranche par sa surface plane, son aspect lisse, uni, et sa couleur gris lardacé sur la convexité rose du museau de tanche; cet aspect pseudo-membraneux (Melchior Robert), grisâtre, souvent maculé par quelques arborisations sanguines, vaguement marbré, est comparé par Fournier « à la coupe des tumeurs dites squirrheuses »; cette « tristesse de la coloration, dit Jullien, peut passer pour un des caractères les plus constants du syphilome cervical » (1). Parfois même, la lésion devient blanchâtre ou blanc mat, comme chez les deux malades dont le moulage est au musée de l'hôpital Saint-Louis. Elle ne paraît suinter que peu ou point.

(1) Boys de Loury. Loc. cit.
(2) Mauriac. *In* West, p. 189.
(3) Neumann. Soc. des médecins de Vienne, 1er avril 1898.

Lorsqu'il est à peu près *concentrique* à l'orifice utérin, le chancre peut être un chancre rouge, lavé qu'il est par les suintements de la métrite; le spéculum montre que ce col, augmenté de volume, n'a plus la convexité rose et lisse de la matrice normale; c'est un cône tronqué, plan, ou même une saillie rugueuse : « le chancre syphilitique utérin est un de ceux qui se présentent le plus souvent sous la forme proéminente, mamelonnée, » dit Rollet. Cette surface n'est donc pas lisse, vernissée, comme celle du chancre classique, mais irrégulière, raboteuse, granuleuse, surtout vers la lèvre inférieure sur laquelle bavent les sécrétions irritantes, et vers le canal cervical où la lésion peut remonter quelque peu. Parfois un exsudat diphtéroïde adhérent étale là-dessus ses lambeaux. Au frottement, ce chancre peut saigner, plus facilement que les classiques ne le disent; et cette exploration peut être assez douloureuse : l'indolence traditionnelle n'est ni constante ni absolue.

L'*induration*, le signe si précieux du chancre spécifique, n'est pas toujours facile à percevoir : Ricord seul eut la bonne fortune de pouvoir palper à son aise une induration chancreuse et vraiment *cartilagineuse* sur un utérus prolabé. Schwartz est parvenu à la percevoir deux fois, moins aisément il est vrai, mais assez nettement pour qu'elle fût encore appréciable par l'intermédiaire d'un pinceau. M. Thibierge a pu l'explorer avec un hystéromètre ou une pince à pansements. Tantôt l'index sent le col tout entier plus ferme que normalement, hypertrophié et induré en masse, basculant d'une seule pièce par pression latérale; ou bien l'induration est un nodule de consistance fibreuse, qui bosselle une lèvre du col, se perd en profondeur, sous le chancre. Parfois on n'a la véritable sensation de dureté cartilagineuse que vers les bords, l'arête du disque chancreux; au centre, ou plus haut, le tissu est mou. Il l'est bien davantage *si la femme est enceinte;* et si, *comme son col, son chancre est ramolli;* néanmoins ce dernier donne encore au toucher une sensation nette et localisée de *carton mouillé*, et plus d'une fois, si l'on a la curiosité de regarder au spéculum des cas étiquetés *rigidité du col*, on trouvera un beau chancre. D'ailleurs, en dehors même de la grossesse, l'induration, dans le chancre du col, n'est pas constante; Armand Després la niait, Bennett, Rossignol, Boys de Loury ne l'avaient trouvée que rarement.

L'autre symptôme cardinal du chancre, l'adénopathie, manque ici; on ne saurait percevoir les ganglions pelviens, même le bubon pré-utérin signalé par Lucas-Championnière, et Gerhardt (de Leipzig). Cependant, les ganglions inguinaux ont été trouvés engorgés : est-ce une question d'anastomoses, ou de chancre vulvaire ignoré coexistant? « L'adénite, dit Rollet, dans les cas de chancre syphilitique utérin, se prononce au pli de l'aine plutôt en dedans qu'en dehors de la ligne des vaisseaux fémoraux (2). »

En somme, le chancre syphilitique du col n'est

(1) Jullien. *Traité des maladies vénériennes*, p. 586.
(2) Rollet. *Traité des maladies vénériennes*, p. 714.

d'ordinaire ni lisse, ni rouge chair vernissé, ni induré, ni accompagné d'une pléiade ganglionnaire perceptible, et pour cause; il peut être douloureux, *saigner par le frottement*, toutes choses qui compliquent fort son identification.

Un dernier trait encore : c'est la rapidité avec laquelle il devient méconnaissable, banal, et Gosselin avait remarqué dès 1843 combien « une ulcération syphilitique du col utérin peut, sous l'influence d'aucune médication, revêtir le caractère des ulcérations observées journellement, de telle sorte que l'aspect même de l'ulcération ne permettrait pas d'en connaître la nature ». Ce chancre-là, bien abrité, peu irrité, guérit vite : « A échéance de trois ou quatre jours, dit Fournier, changement absolu : plus de couenne, plus de papule, plus de physionomie distincte, rien autre chose qu'une érosion rougeâtre, commune, banale, innocente d'aspect, si bien qu'alors tout observateur constatant cette lésion pour la première fois ne songerait en rien à la prendre pour un chancre et la considérerait sans défiance comme la lésion la plus vulgaire et la moins suspecte du monde. » Notons pourtant que parfois le chancre peut rester typique pendant huit, dix jours et plus. Nous l'avons vu. Mais enfin il arrive un moment où ce chancre ne se distingue guère d'une ulcération banale de *métrite* : on se méfiera cependant d'une érosion trop limitée, trop nette, asymétrique ou même excentrique par rapport à l'orifice du col, trop isolée sur une seule lèvre, survenue en l'absence de tout phénomène douloureux et infectieux et qui guérit trop vite : une érosion de métrite a au contraire son maximum au niveau de l'orifice utérin, de là elle fuse et s'étale vers la périphérie; une métrite puerpérale ou blennorragique plus ou moins ancienne et douloureuse, la persistance d'un écoulement cervical, purulent ou mucopurulent, la lenteur de la réparation d'une lésion ainsi entretenue permettront de pencher vers la dernière hypothèse. Enfin il est rare qu'une érosion métritique du col se recouvre, comme le chancre, d'un enduit pseudo-membraneux, lardacé : elle reste veloutée, framboisée, rouge vif.

IV. Le bacille de Ducrey peut lui aussi produire au niveau du museau de tanche des lésions assez difficiles à différencier à première vue du chancre syphilitique. La *chancrelle* n'est pas une maladie très fréquente à ce niveau : en 1873, M. Fournier disait en avoir observé 25 cas en six ans. Nous ne parlerons pas ici de la chancrelle intra-cervicale, invisible par conséquent, et dont le diagnostic ne saurait être fait que par l'inoculation du pus qui coule de l'orifice. Schwartz d'ailleurs n'en cite que 2 cas. On assiste rarement à l'éclosion de la chancrelle : Boys de Loury et Costilhes, qui ont eu cette occasion, ont vu d'abord un ou deux follicules se tuméfier, puis s'ulcérer à leur sommet, s'entourer d'un cercle rouge, enfin passer rapidement au stade typique; le chancre simple est alors une ulcération soit excentrique (12 fois sur 23, Schwartz) soit concentrique à l'orifice ou le touchant par quelque point de sa périphérie (11 fois sur 23, Schwartz). D'ailleurs cette répartition topographique n'a rien d'absolu, le chancre simple étant d'ordinaire multiple, et la confluence de plusieurs foyers modifiant souvent la dispersion initiale. En général, il y en a deux ou trois (13 fois sur 23 cas, Schwartz), rarement plus. En moyenne, le chancre simple a la grandeur d'une pièce de 50 centimes; c'est un *ulcère* à fond ordinairement *jaune*, parfois recouvert d'une fausse membrane grisâtre (chancre diphtéritique de Bernutz), inégal toujours, creusé parfois, papuleux habituellement : il ne fait pas ici un trou, comme à la vulve, mais au contraire une saillie. Les bords sont roses, nets, irrégulièrement frangés, surtout s'il y a eu confluence de plusieurs foyers initiaux, décollés; il saigne facilement, comme l'avaient déjà vu Scanzoni et Dawosky; il sécrète sans doute, mais on ne saurait apprécier exactement la part qu'il prend dans l'écoulement vaginal. Sous cette chancrelle, souvent l'œdème boursoufle le col. Le bacille de Ducrey peut envahir le canal cervical, et il en sourd alors un pus visqueux strié de sang. Cette lésion est, comme bon nombre d'affections du col, et comme le syphilome, *indolente*; comme ce dernier le chancre simple se modifie vite et peut perdre ses caractères au bout de quatre à six jours, de deux parfois [Schwartz (1)]. Le bubon, si caractéristique des chancrelles génitales externes, manque ici : cependant Schwartz cite 4 cas où il y eut des bubons inguinaux au cours de chancres simples limités au col; il mentionne en outre une observation de Bernutz, un cas de pelvi-péritonite survenue au cours de chancrelles utérovulvaires; fut-ce là une réaction des lymphatiques pelviens à l'infection chancrelleuse, ou une affection péritonéale d'une autre nature? Il est impossible de le dire.

Le chancre simple peut devenir phagédénique, d'après Rollet, exceptionnellement bien entendu; Mauriac est du même avis; de Sinéty en a observé plusieurs cas; A. Després prétend avoir constaté 7 fois des chancres phagédéniques du col : mais comme il dit que ce phagédénisme peut s'arrêter spontanément ou par l'effet d'une seule cautérisation, on doit considérer les faits par lui signalés seulement comme des chancrelles géantes. Il faut encore tenir pour tels les chancres ulcéreux de Bernutz, qui « évident le col utérin comme on voit chez l'homme certains chancres évider le méat urinaire » et qui, pourtant, de l'avis de l'auteur, aboutissent à une « rapide guérison ». En somme, si tant est qu'il existe, le chancre simple phagédénique du col utérin est rarissime.

Papuleux, diphtéroïde quelquefois, indolent et saignant, vite atypique, parfois même doublé d'une base si infiltrée qu'on peut penser à une induration (Schwartz), le chancre simple n'est pas toujours facile à différencier du chancre syphilitique. Les caractères objectifs ne sauraient donner dans tous les cas de différences rigoureuses : la chancrelle, sans doute, a une surface plus anfractueuse, des bords plus marqués, franchement entaillés, très irréguliers, tandis que le syphilome est lisse, exulcéreux plutôt qu'ulcéreux, bordé d'un liséré moins capricieux; la chan-

(1) Voici ce que dit Schwartz de l'évolution du chancre mou : « Nous le voyons devenir franchement papuleux s'il ne l'était déjà. Ses bords s'affaissent, se confondent avec le reste de l'ulcération, lequel cependant continue à être limité par une collerette rouge. Le fond d'abord grisâtre prend bientôt une teinte rosée plus ou moins franche. Le chancre rappelle alors par son aspect soit une ulcération granuleuse d'origine inflammatoire, soit une syphilide papuleuse, soit même une syphilide simplement érosive quand la fin de cette période approche. Il n'est plus représenté alors que par une surface rosée ou opaline de plain pied avec la muqueuse environnante, il n'a plus de caractères. S'il est observé pour la première fois, à ce moment, on conçoit la difficulté du diagnostic. Le chancre met à se réparer un temps très court. Une fois guérie la plaie chancreuse a complètement disparu, elle ne laisse aucune trace sur le col. »

crelle est jaune, le chancre est grisâtre, lardacé; la première est plus étendue, le second plus restreint. L'induration basale est trop souvent absente dans le chancre spécifique du col pour qu'on puisse faire fond sur ce symptôme. Tout ce qu'on peut dire au point de vue clinique, c'est que le chancre vrai du col est ordinairement unique, et le chancre simple multiple; heureusement, l'absence ou la présence de lésions coexistantes donne au diagnostic une précision qu'on ne saurait attendre de l'examen de la lésion utérine seule : s'il y a des chancres indurés typiques à la vulve, il est bien probable que l'ulcération utérine est de même nature; s'il n'y a rien à la vulve, les probabilités sont encore en faveur de la syphilis : *le chancre mou, lui, est rarement un isolé*, et s'il y en a un sur le col, il y a gros à parier qu'il y en a eu, qu'il y en a ou qu'il y en aura à la vulve, principalement vers la fourchette. D'ailleurs, en cas de doute, on peut toujours recourir à un procédé de diagnostic sûr : l'inoculation. Le chancre inoculable est dû au bacille de Ducrey.

Notons pourtant, avec Rollet, que le *chancre mixte* peut exister au col comme à la vulve (1).

V. Nous avons vu que le chancre induré et le chancre simple se recouvraient parfois d'un exsudat diphtéroïde. Une des lésions qui s'accompagnent le plus fréquemment de ces enduits pseudo-membraneux, c'est l'*herpès*. A la deuxième période de l'herpès, lorsque les vésicules ont disparu, on voit le museau de tanche plus ou moins tuméfié parsemé de fausses membranes grisâtres; ces exsudats recouvrent des érosions à contours polycycliques et microcycliques, à fond rouge vif, granuleux. Çà et là, aux alentours, de petites érosions miliaires, rondes, ou même des vésicules aberrantes encore intactes décéleront la nature de la lésion; souvent d'ailleurs il y a une poussée concomitante d'herpès vulvaire.

L'éruption semble occuper avec prédilection la lèvre postérieure du col (Bruneau). Elle évolue vite, comme les autres affections de cette région. Cependant, s'il y a du catarrhe utérin (Schwartz dit même qu'il y a toujours, au moment de la poussée herpétique utérine, un peu d'hypersécrétion de l'endométrium), la lésion peut être entretenue, principalement sur la lèvre postérieure du col, rigole d'écoulement des sécrétions utérines; il reste alors, au point primitivement touché par l'herpès, soit une érosion finement grenue, superficielle; soit une érosion profonde, fongoïde, « ce qui arrive quand ces érosions se développent sur des cols mous, congestionnés; cet aspect fongoïde n'est pas rare chez les sujets lymphatiques, il est habituel pendant la grossesse » [Guéneau de Mussy (2)].

L'herpès du col ne saurait être pris pour un chancre, si l'on observe qu'il crée une érosion microcyclique, à base non indurée, assez douloureuse parfois, escortée ou précédée d'une poussée vésiculeuse utérine ou vulvaire. Il ne faudrait pas cependant, en cas de doute, conclure de la présence d'herpès vulvaire à l'absence de chancre syphilitique du col. Mauriac dit avoir observé si fréquemment l'herpès vulvaire au cours du chancre du col qu'il y a peut-être là un phénomène symptomatique, et Fournier note également cette coïncidence. — Dans certains cas, il sera également difficile de différencier les érosions hépétiques ou post-herpétiques utérines de certaines syphilides muqueuses.

VI. On peut observer au niveau du col utérin des *syphilides secondaires* érosives, opalines, diphtéroïdes, papuleuses ou ulcéreuses.

Dans le premier cas (*syphilides érosives*), on voit deux ou trois plaques, d'un beau rouge, circulaires, bien nettement délimitées, simples érosions plates comme des érosions d'herpès ou de métrite; cependant deux caractères doivent les faire tenir pour supectes (Fournier) : d'abord leur situation excentrique par rapport à l'orifice du col; ensuite leur forme trop nettement circulaire, ou circinée, en l'absence de toute éruption herpétique. D'ailleurs, il est exceptionnel que ces lésions soient isolées, et l'on voit en même temps à la vulve ou ailleurs des stigmates de syphilis secondaire patents (1).

Les *syphilides opalines* tracent sur le museau de tanche des cocardes rondes, à anneaux concentriques alternativement roses et opalins.

Les *syphilides diphtéroïdes* montrent une couenne blanche, diphtéroïde, épaisse, plissée, cernée d'une ligne carminée vive, largement cyclique.

Ces différentes variétés simulent à première vue l'herpès, sans en avoir les bouquets de vésicules initiaux, ni le micropolycyclisme marginal. Quant au chancre simple, nous avons déjà dit qu'il pouvait, dans cette région, se recouvrir d'un exsudat opalin ou couenneux : mais il n'est guère isolé, il est escorté d'autres chancrelles vulvaires, typiques; l'inoculation donnerait d'ailleurs un diagnostic certain en cas de nécessité. Si au contraire c'est avec un chancre induré que l'on confond ces syphilides du col, il n'y a que demi-mal : d'ailleurs, ce qui pourrait prêter à erreur dans ce sens, c'est plutôt la syphilide papulo-érosive.

La *syphilide papuleuse* ou *papulo-érosive*, envisagée isolément se présente en effet comme une saillie nette, convexe, granuleuse, rarement rose, dit Fournier, plus souvent gris-perle (constamment, selon Jullien) et parfois même d'un blanc laiteux (papule diphtéroïde). Au lieu d'être régulièrement arrondie, elle peut prendre une forme spéciale : chaque élément revêt « la forme d'une étoile à trois branches ou d'une surface triangulaire à bords concaves » (Chéron). Sans doute, cette forme papuleuse, cet aspect diphtéroïde peuvent s'observer dans le syphilome primitif : mais il y a d'ordinaire en même temps d'autres accidents secondaires vulvaires indiquant déjà la période secondaire.

Quant aux *syphilides ulcéreuses*, il est impossible de relever en elles aucun caractère typique : rougeâtres, lisses, unies, elles entament le col principalement vers le centre, et si leurs bords ne sont pas nettement circinés, on ne peut guère les différencier objectivement de banales ulcérations de métrite : l'absence de tout trouble utérin, la coexistence d'autres syphilides seront des motifs de présomption suffisants; d'ailleurs, les lésions de cet ordre sont rares.

(1) Rollet. *Traité des maladies vénériennes*, p. 677.

(2) Guéneau de Mussy. Herpétisme utérin, *Clinique médicale*. Paris, 1875, t. II, p. 269.

(1) Dans un cas qu'il nous a été donné d'observer, le col présentait sur presque toute la périphérie du museau de tanche et concentriquement à l'orifice, mais loin de lui, une ligne de papules rose vif à la périphérie, opalines au centre, groupées en une crête festonnée, circinée, large de 4 millimètres, à concavité tournée vers l'orifice cervical. Cette ligne de festons était interrompue en deux endroits. Peu à peu, les éléments papuleux prirent une teinte cuivrée, leur zone opaline disparut, tout s'effaça rapidement. On ne vit jamais aucun élément herpétique sur le col ni à la vulve.

VII. La syphilis tertiaire du col de l'utérus est rare (1). Les lésions, dit Mauriac, « sont exclusivement constituées par des ulcérations, il ne se produit jamais de véritables gommes, sous leur forme classique, au col de l'utérus. » Parfois pourtant, l'ulcération est assez typique, de contour circiné, limitée par un rebord net, taillé à pic dans un col hypertrophié en masse, avec, dans le fond, gris sale ou jaunâtre, les anfractuosités ou aréoles d'un bourbillon en voie d'émiettement. Mais habituellement, l'aspect est plus banal, simple érosion ou ulcération banale d'aspect, de couleur, de dimensions variables, indifféremment excentrique ou centrale, et absolument indolente. Il n'y a rien là qu'on ne puisse prendre pour des lésions de métrite vulgaire. Cependant, M. Fournier fait observer que ces syphilomes tertiaires sont plus creux que les érosions métritiques; leurs bords sont nettement entaillés, parfois circinés; leur fond est plus lisse, moins granuleux et d'une teinte jaunâtre ou grise, tandis que l'ulcération simple est rouge; cette dernière irradie de l'orifice du col vers la périphérie où elle s'atténue, la syphilide se pose indifféremment en n'importe quel point du col; « les ulcérations inflammatoires du col sont le plus souvent des ulcérations sur un utérus malade... des syphilides ulcéreuses sont au contraire des ulcérations sur un utérus sain. » Enfin, la métrite traîne en longueur, tandis que la syphilis se modifie assez vite par le traitement local et général. Enfin, la syphilis utérine tertiaire est rarement isolée.

Cette lésion ressemble assez au chancre simple; cependant, celui-ci a des bords plus déchiquetés, plus mous, une aréole inflammatoire fort accentuée; enfin, son escorte de chancrelles vulvaires et, en dernier ressort, l'inoculation suffiraient à l'identifier.

III

Les ulcérations dont il nous reste à parler sont de beaucoup les plus communes : ce sont celles que l'on observe journellement. On sait avec quelle fréquence apparaissent chez la femme la métrite chronique pendant la période génitale de la vie, le cancer du col après la ménopause.

I. L'ulcération du col n'est qu'un des accidents de la *métrite chronique;* elle n'a généralement qu'une importance secondaire; cependant, comme il est parfois difficile de la distinguer du cancer, son étude clinique est d'un grand intérêt. Sur un col gros, étalé, conique à base inférieure, « en groïn de porc, en museau de tapir, » on voit une ulcération, entourant l'orifice du canal cervical généralement agrandi et déformé.

Le col est volumineux, remplit complètement le fond du vagin, et il est souvent difficile de le saisir entre les deux valves du spéculum. Son orifice est transformé en une fente transversale plus ou moins étendue, mais qui, le plus souvent, occupe toute la largeur du col et le divise en deux lèvres supérieure et inférieure : de petites fissures antéro-postérieures sur la lèvre inférieure, de petites traînées blanchâtres, cicatrices d'anciennes fissures, sur la lèvre supérieure, peuvent modifier l'aspect de cette fente, témoin de la *déchirure* du col au cours d'une fausse couche ou d'un accouchement antérieurs. Cette déchirure du col, qui d'ordinaire favorise le développement des ulcérations au cours de la métrite chronique, peut manquer cependant : on voit souvent le col ulcéré chez des femmes qui n'ont jamais eu d'enfants.

Les lèvres qui circonscrivent cette fente sont boursouflées, saillantes, plus ou moins renversées en dehors, parfois même « en rebord de pot de chambre » (Bouilly); elles sont le siège d'une ulcération arrondie, généralement peu profonde, concentrique à l'orifice du col, dans l'intérieur duquel elle semble se prolonger; son aspect est variable.

Tantôt c'est une ulcération *granuleuse*; si l'on enlève la couche de muco-pus qui recouvre le col, on voit une surface rouge, framboisée, grisâtre par places quand le muco-pus s'y est concrété en un enduit pultacé ou pseudo-membraneux; sur ce fond se détachent, irrégulièrement disséminés, de petits points rouge intense, saignant facilement, qui donnent à l'ulcération « l'aspect chagriné de la peau d'orange, à la couleur près » (1) [*état papillaire*]. Ces papilles peuvent prendre parfois un développement considérable, et cette hypertrophie papillaire, quand elle est suffisamment accentuée, peut être confondue avec le cancer végétant.

Tantôt l'ulcération est *fongueuse*, recouverte de gros bourgeons charnus, à la façon d'une plaie en voie de cicatrisation.

Le col est souvent bosselé par de petites saillies, grosses comme un pois, transparentes ou jaunâtres, d'où sourd, à la moindre pression, une gouttelette muco-purulente : ce sont les *kystes folliculaires*, décrits par Marjolin; ces kystes par rétention viennent-ils à s'éroder, on a l'aspect décrit par les anciens auteurs sous le nom d'*acné du col*.

On peut voir enfin, implantées sur l'orifice du col, de petites saillies rouges, grosses comme un pois ou une noisette, parfois sessiles, le plus souvent pédiculées; ce sont les *polypes muqueux*.

Il s'agit en réalité d'une fausse ulcération; cette apparence d'ulcère est due à l'éversion de la muqueuse cervicale enflammée chroniquement à travers la large fente du col déchiré : en effet, si l'on cherche à diminuer cette éversion en rapprochant l'une de l'autre les deux valves du spéculum, on voit en même temps que le col s'aplatit et que la fente devient linéaire, l'ulcération diminuer d'étendue, disparaître même presque complètement. Cependant, dans un certain nombre de faits, ce sont de véritables ulcérations : l'épithélium du museau de tanche a disparu; c'est ce qu'on observe sur les cols non déchirés et même dans certains cas de déchirure du col.

Le toucher vaginal donne des renseignements de première importance : l'utérus est augmenté de volume, il a conservé généralement sa mobilité. Le col est peu sensible au palper. Le toucher permet d'apprécier la déchirure du col, les saillies molles des polypes muqueux, les saillies dures comme des grains de plomb des kystes folliculaires, les éversions ou les érosions veloutées, mais fermes, saignant peu ou pas, ne se laissant pas entamer par l'ongle. Il renseigne surtout sur la consistance du col. Tantôt le col est mou, on a une sensation d'œdème (Marjolin); tantôt il est ferme ou même dur et comme scléreux : il est mou, lorsqu'il est surtout congestionné, c'est-à-

(1) Voyez Rey. Gomme suppurée du col de l'utérus chez une indigène, *Bulletin médical de l'Algérie*, décembre 1889. — Mauriac. *Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire*, p. 151. — Fournier. *Traité de la syphilis*, t. II, fasc. 1, p. 241.

(1) Rollet. Des maladies vénériennes et syphilitiques de l'utérus, *Ann. de dermatol.*, 1869.

dire dans les métrites récentes; il est dur, lorsqu'il est surtout cirrhosé, c'est-à-dire dans les métrites invétérées. Mais en général sa consistance est uniforme.

Dans les métrites très anciennes, l'aspect du col peut être différent; l'extrémité libre du col, normalement convexe, est devenue plane; elle est grisâtre, sans bourgeons ni saillies, comme vernissée; c'est un véritable « ulcère de cicatrice » [Bouilly (1)], suintant peu, mais saignant avec la plus grande facilité : au toucher, le col est dur et a presque perdu toute élasticité.

C'est ce même aspect de la surface libre du col qu'on retrouvera dans la métrite des femmes qui ont dépassé la ménopause : mais dans ces métrites séniles, le col est petit, atrophié, très dur au toucher. Dans ces cas, la sécrétion leucorrhéique est souvent très fétide, des hémorragies peuvent également survenir du fait de la métrite ou du fait de la sclérose utérine.

Le diagnostic des ulcérations de la métrite chronique est généralement facile. Des douleurs plus ou moins vives dans le bas-ventre et dans les reins, des ménorragies, mais surtout un écoulement leucorrhéique abondant, éveillent immédiatement l'idée d'une métrite : le toucher vaginal, l'examen au spéculum permettent de l'affirmer. Cependant, il ne faudrait pas prendre pour une ulcération banale de métrite un chancre syphilitique, des syphilides secondaires, un chancre mou : nous avons déjà suffisamment insisté sur les signes qui permettent d'éviter ces erreurs si préjudiciables au malade. Nous devons étudier plus longuement les caractères qui nous permettront de distinguer d'une ulcération métritique les ulcérations tuberculeuses.

II. Limitée au col de l'utérus, la *tuberculose* est une exception; presque toujours, la tuberculose atteint en même temps le corps de l'utérus et surtout les trompes et les ovaires; presque toujours aussi, il s'agit d'une malade qui présente un autre foyer de tuberculose, le plus souvent une tuberculose pulmonaire.

Elle se présente sous des aspects bien divers : nous ne parlerons pas de cette forme décrite par Schütt sous le nom de catarrhe tuberculeux, où la lésion, superficielle, ne peut être reconnue que par l'examen histologique. Cliniquement, on peut décrire trois formes de tuberculose du col utérin.

La forme *miliaire* est caractéristique : le col est couvert de granulations tuberculeuses grises ou jaunâtres, caséifiées, mais non ulcérées. C'est une forme de début; si la lésion continue à évoluer, on voit apparaître les ulcérations.

L'*ulcération* tuberculeuse est d'un diagnostic facile, si l'on trouve sur le col une ou plusieurs ulcérations à fond jaunâtre couvert de débris caséeux, à bords décollés, rouges et légèrement surélevés, entourés d'une couronne de follicules gros comme un grain de millet ou comme un grain de blé; mais il est rare de pouvoir constater une lésion aussi typique; le plus souvent on ne voit sur le col qu'une érosion banale : l'examen bactériologique restant le plus souvent négatif, c'est l'examen histologique d'un fragment de l'ulcération qui permettra de faire le diagnostic dans les cas où l'on suspecte la tuberculose.

La forme *végétante* est beaucoup plus rare; mais elle est particulièrement intéressante étant donné la difficulté de son diagnostic avec l'épithélioma.

Sur le col pâle, décoloré, on voit une tumeur irrégulière, en chou-fleur, d'aspect papillomateux, de couleur rouge vif ou vineux, cachée souvent par une couche peu abondante d'une sécrétion glaireuse, gélatineuse, rosée, facile à détacher. Au toucher, la tumeur est de consistance molle ou élastique; sa surface est souple et veloutée; elle ne saigne pas ou suinte très légèrement; mais, signe très important, elle est douloureuse au palper. Des ulcérations peuvent s'associer à ces végétations papillomateuses, donnant une forme mixte ulcéro-végétante. C'est l'examen histologique seul qui permet de diagnostiquer cette variété.

III. Le *cancer* de l'utérus est si fréquent, qu'on doit toujours y penser en présence d'une ulcération suspecte du col, surtout s'il s'agit d'une femme de quarante à cinquante ans; le cancer peut d'ailleurs se développer chez les jeunes femmes comme chez les femmes âgées : mais c'est presque toujours au moment de la ménopause qu'on le voit apparaître.

Au début, le cancer reste latent ou bien détermine un peu de leucorrhée, quelques légères douleurs pelviennes, en un mot des symptômes de métrite. Il est rare qu'on ait l'occasion d'examiner les malades dans ces conditions. On voit alors une tumeur *non ulcérée* du col; un ou plusieurs nodules du volume d'un pois ou d'une noisette, à contours mal limités, *durs comme du bois*, un peu sensibles au toucher, bossèlent l'une des lèvres du col ou déforment le col tout entier : c'est la forme *infiltrée* interstitielle ou nodulaire, forme de début, rarement observée.

Le plus souvent, quand les malades viennent consulter, les symptômes fonctionnels ont des caractères assez spéciaux pour attirer l'attention et faire supposer l'existence d'un cancer. Une femme, qui a dépassé la ménopause, est prise, à intervalles assez régulièrement périodiques, de métrorragies légères; elle ne s'émeut pas de ce qu'elle prend pour un retour des règles; mais bientôt, à l'occasion du moindre effort ou même spontanément, l'hémorragie reparaît, peu abondante, mais inquiétante par sa fréquente répétition. En même temps, la leucorrhée banale du début s'est modifiée : c'est un suintement presque continu de liquide épais, souvent teinté de sang, *lavure de chair* d'une *fétidité* écœurante tout à fait caractéristique. Ces signes sont dus à l'*ulcération* du néoplasme.

L'examen physique montre des lésions d'aspect variable; deux formes peuvent s'observer : la forme *végétante ou papillaire*, la forme *rongeante ou ulcéreuse*.

Tantôt on trouve au fond du vagin une tumeur végétante, irrégulière, développée sur l'une des lèvres du col, dont elle masque plus ou moins complètement l'orifice externe : les *végétations* qui la constituent sont papillaires, rouges ou grisâtres, plus ou moins volumineuses. Au toucher, elles sont molles, s'effritent sous le doigt avec la plus grande facilité et saignent au moindre contact : derrière ces végétations, le doigt sent le col, qui est augmenté de volume, mais a conservé à peu près sa forme normale; l'une des lèvres du col est infiltrée par une masse d'une *dureté ligneuse*, mal limitée, que l'on trouve à la base des végétations : c'est en effet de cette tumeur que sont nées par prolifération les parties végétantes. L'*odeur fétide* du doigt qui vient de toucher le col est aussi un élément de diagnostic. L'aspect de cette

(1) Bouilly. Loc. cit.

forme végétante ou papillaire est absolument caractéristique.

Quelquefois ce n'est pas au niveau d'une des lèvres du col que s'implante cette tumeur papillaire; elle s'est développée dans l'un des culs-de-sac vaginaux et surtout dans le cul-de-sac postérieur qu'elle distend, refoulant le col en avant : la tumeur, d'où partent ces végétations, est située à l'union de la surface externe du col et de la partie supérieure du vagin, qui sont envahis à la fois par le cancer : c'est la forme liminaire de Pozzi.

Dans d'autres cas, qui sont peut-être les plus fréquents, le col est ulcéré. L'ulcération cancéreuse siège en général sur l'extrémité libre du col, sur les lèvres; elle est, assez souvent, concentrique à l'orifice du col, mais cette disposition est loin d'être constante; souvent l'ulcère est limité à l'une des lèvres; sa forme est très irrégulière; ses bords sont légèrement bosselés; son fond, que recouvre d'ordinaire une couche purulente plus ou moins facile à enlever, est irrégulier, rouge ou violacé et saignant. La perte de substance est plus ou moins profonde; en général cependant, du moins au début, le col, volumineux, a conservé sa forme. Le toucher vaginal fait constater des signes beaucoup plus caractéristiques : l'ulcération est absolument indolente; sa surface, quoique ferme, saigne au moindre contact et se laisse facilement *entamer par l'ongle* : cette *friabilité* est un signe important. Mais le signe capital, c'est que l'ulcération repose sur une tumeur, dure comme du bois, à limites imprécises, envahissant souvent le col tout entier.

Ces deux formes végétante et rongeante du cancer peuvent se développer non plus aux dépens de la muqueuse qui couvre le museau de tanche, mais aux dépens de la muqueuse qui tapisse la cavité du col utérin : c'est la forme *cavitaire* du cancer, dont le diagnostic peut être très difficile. En effet, dans une première phase, végétations ou ulcères sont cachés dans la cavité intracervicale : à l'examen on trouve un gros col, et, pour constater l'épithélioma, il est nécessaire de dilater le col, intervention qui s'impose, si l'on a le moindre doute. Plus tard, les lèvres du col s'éversent au dehors, la muqueuse fait ectropion; et, à travers l'orifice externe ainsi naturellement dilaté, on peut voir sortir des végétations cancéreuses, ou bien apercevoir l'ulcération typique, qui a parfois miné presque entièrement le col sans en changer notablement l'aspect extérieur.

A une période plus avancée de son évolution le cancer détermine des hémorragies moins fréquentes, une sécrétion fétide extrêmement abondante et enfin des *douleurs*. A ce moment, on trouve, au fond du vagin, une tumeur énorme, en *chou-fleur*, irrégulière avec des végétations saignantes ou sanieuses, ou bien un ulcère anfractueux à bords fongueux, d'où émergent des bourgeons charnus plus ou moins volumineux : alors le col est méconnaissable, presque complètement détruit; les culs-de-sac vaginaux sont indurés ou ulcérés; l'utérus est complètement immobilisé. Plus tard le cancer peut infiltrer et même ulcérer la vessie et le rectum, le vagin devient un cloaque infect où se déversent incessamment l'urine et les matières.

A ce degré, les lésions sont d'un diagnostic facile, mais sans intérêt : il ne faudrait pas cependant prendre pour un cancer inopérable un *polype fibreux gangrené*, faisant issue entre les lèvres du col : ce diagnostic se fait vite, quand on a constaté l'intégrité du col qui enserre la tumeur sans se confondre avec elle; celle-ci est d'ailleurs plus ferme, moins friable, ne se laisse pas entamer par l'ongle; elle est putréfiée, mais cette odeur putride est bien différente de l'odeur fétide du cancer; enfin l'évolution n'est pas la même, le polype évoluant beaucoup plus vite.

Le diagnostic précoce du cancer a une importance considérable, si l'on veut tenter l'extirpation de la tumeur. Il est en général facile; dans certains cas cependant, il devient extrêmement difficile ou même impossible, si l'on n'a pas recours à l'examen histologique après biopsie.

La forme papillaire ou végétante est celle qu'on reconnaît le plus aisément.

Les *végétations simples du col*, que l'on voit au cours de la blennorragie ou pendant la grossesse, sont d'un diagnostic très facile; le toucher pourrait parfois induire en erreur, bien que ces végétations soient fermes et surtout qu'elles ne reposent pas sur une base indurée; mais la constatation des végétations vulvaires et vaginales qui les accompagnent presque toujours, un simple examen au spéculum suffiront pour éviter l'erreur.

Le *sarcome du col* est exceptionnel; son aspect est tout à fait spécial : c'est, suivant la comparaison classique, une véritable grappe de raisin, implantée sur le col, dont la consistance est restée normale.

Certaines variétés de métrite chronique peuvent simuler le cancer végétant : il est des cas où l'*hypertrophie folliculaire métritique* (Pozzi) est considérable, et où l'examen au spéculum éveille aussitôt l'idée du cancer papillaire. Mais si l'on pratique le toucher, on trouve un col généralement mou, de consistance uniforme; les végétations ne se laissent pas entamer par l'ongle et ne saignent pas après l'exploration.

La *tuberculose végétante* simule absolument le cancer; on peut dire cependant qu'au toucher, la tumeur tuberculeuse est douloureuse, qu'elle ne saigne pas ou saigne très légèrement; mais ce sont là des signes différentiels secondaires et inconstants; dans la majorité des cas, le diagnostic clinique est impossible; c'est l'examen histologique seul qui permet de distinguer la tuberculose du cancer.

La forme ulcéreuse du cancer est souvent d'un diagnostic plus délicat.

Les ulcérations tuberculeuses sont rares; quand on constate un ulcère à bords décollés, à fond couvert de détritus caséeux, entouré de nodules en voie de caséification, si la malade est atteinte d'autres lésions tuberculeuses, le diagnostic est facile. Sinon le diagnostic avec le cancer peut devenir difficile et l'examen histologique s'impose.

On ne peut guère admettre la possibilité d'une erreur de diagnostic entre le cancer et la forme commune, érosive, du chancre syphilitique du col. Mais il existe des formes rares de chancre qui peuvent simuler de tout point l'ulcération cancéreuse : ce sont les *chancres ulcéreux*, dont il est très important de bien connaître les variétés (1).

Tantôt c'est une ulcération profonde recouverte d'un enduit pultacé, pseudo-gangréneux, mais *non bourgeonnante*; cette forme simule surtout le chan-

(1) G. Thibierge. Sur le chancre syphilitique du col de l'utérus et en particulier sur une forme ulcéreuse; sa confusion possible avec l'épithélioma utérin, *Ann. de dermat. et de syphil.*, fév. 1904.

cre simple, dont on la distinguera par l'induration de la base, l'échec de la tentative d'inoculation, la transformation rapide en une lésion érosive rappelant l'aspect *classique* du chancre induré du col.

Tantôt on observe une ulcération également profonde, recouverte d'un enduit grisâtre, diphtéroïde, facile à détacher : le fond apparaît irrégulier, *bourgeonnant*, rouge foncé. Cette ulcération occupe l'extrémité libre du col, qui est volumineux et souvent bosselé; elle est concentrique à l'orifice du col et paraît même parfois se prolonger dans l'intérieur du canal cervical. Au toucher, le col est dur, sa consistance n'est pas uniforme; l'induration est surtout accentuée à la base de l'ulcère : celui-ci n'est pas douloureux, mais saigne assez facilement, même après une exploration pratiquée avec la plus grande douceur.

Cette dernière forme peut simuler l'épithélioma : quelques symptômes permettent cependant de faire un diagnostic immédiat. L'écoulement leucorrhéique, que l'on observe d'ordinaire dans ces variétés de chancre, est un écoulement de métrite, et n'a pas l'odeur fétide caractéristique de l'épithélioma; les hémorragies sont rares, et quand elles existent elles sont minimes et ne se reproduisent pas à chaque instant comme celles du cancer. Le col est généralement rouge chair et non pâle et décoloré ; l'ulcération est assez régulièrement arrondie, ses bords ne sont pas surélevés et fongueux. *L'ulcération a le relief du cancer, elle n'en a pas la couleur.* Mais le signe le plus important est fourni par l'étude minutieuse de la consistance du col : tout d'abord, cette consistance n'est pas la même dans le cancer que dans le cas de chancre; dans le chancre, le col est dur, d'une dureté souvent cartilagineuse, mais ce n'est pas la dureté ligneuse du cancer; le col a conservé une certaine élasticité, qui fait totalement défaut en cas de néoplasme. De plus la configuration de la zone indurée est tout à fait spéciale en cas de chancre ulcéreux : si, comme l'a proposé M. Thibierge, l'on explore le col point par point avec une pince à pansements ou un hystéromètre, on voit que l'induration correspond assez exactement à la surface ulcérée; elle la déborde plus ou moins, mais reste concentrique à l'érosion chancreuse, et a des limites nettement arrêtées; au contraire la zone indurée, qui double la base de l'ulcération cancéreuse, est généralement beaucoup plus étendue, n'est nullement concentrique à l'ulcère, et a des limites irrégulières, le plus souvent même impossibles à préciser. Dans certains cas la coexistence d'un chancre typique de la vulve viendra faciliter le diagnostic, surtout si les troubles utérins (leucorrhée) ont apparu au même moment. D'ailleurs en cas de doute, il faut attendre quelques jours : on voit l'ulcération chancreuse se déterger, diminuer de profondeur, prendre l'*aspect d'un chancre typique*, sous la seule influence du repos et des lavages aseptiques du vagin. En effet, le plus souvent, ces chancres ulcéreux constituent surtout une forme de début; il s'agit, dans ces cas, d'un chancre développé sur un col atteint de métrite chronique avec ou sans ulcération, et vraisemblablement d'un chancre *infecté*.

Nous insistons sur ces faits exceptionnels parce qu'ils sont peu connus des chirurgiens, à en juger par le silence gardé sur ce point par les Traités de gynécologie. Il est à croire que bon nombre de cas d'extirpation de tumeurs malignes du col sans récidive étaient en réalité des chancres du col, qu'une biopsie n'eût pas permis de méconnaître. Il en a été publié des exemples (1).

L'ulcération des *métrites chroniques* est généralement facile à distinguer de l'ulcération cancéreuse. L'ulcération métritique s'accompagne d'un écoulement muco-purulent plus ou moins épais, mais sans odeur fétide; elle est rouge, d'une coloration plus vive que celle du cancer; les bords sont réguliers, ils ne font pas saillie; le fond est beaucoup moins anfractueux. Cependant si le col est plus ou moins sclérosé, si l'ulcération est plus profonde, si la couleur de l'ulcère est devenue plus violacée du fait d'une grossesse concomitante, l'examen au spéculum peut être une cause d'erreur. Mais le toucher lève les doutes : dans la métrite, le col est mou ou ferme, mais il conserve toujours un certain degré d'élasticité; de plus sa consistance est généralement uniforme; l'ongle n'entame pas facilement cet ulcère, qui ne saigne pas d'ordinaire à la suite d'une exploration.

Il est des cas cependant, où le diagnostic est très difficile ou même impossible. Chez une femme âgée, qui a présenté des métrorragies souvent profuses, qui se plaint d'un écoulement séro-purulent très fétide, on trouve un col atrophié, bosselé, extrêmement dur, ulcéré ou non : le vagin est rétréci et sclérosé; parfois même le rétrécissement de la partie supérieure du vagin est si marqué, que le doigt parvenant à peine à sentir le col ne peut pas le palper dans toute son étendue. S'agit-il d'une métrite sénile ou d'un épithélioma? Il est très difficile de le savoir; en effet, chez les vieilles femmes, le cancer peut évoluer sous cette forme un peu spéciale : c'est une sorte de squirrhe atrophique à marche lente, retentissant peu sur l'état général. Si les accidents disparaissent complètement à la suite d'un simple curetage suivi de drainage de l'utérus, il ne s'agit pas de cancer; le curetage devient alors un moyen de diagnostic; d'ailleurs l'examen histologique s'impose dans ces cas difficiles; il peut seul renseigner avec certitude.

La forme cavitaire du cancer peut être aussi facilement confondue avec la métrite chronique, on trouve, en effet, un gros col non ulcéré; et si l'âge de la malade et surtout l'odeur de l'écoulement ne permettent pas d'y penser, l'erreur est absolument fatale; il suffit d'y songer, de pratiquer le toucher intra-cervical après dilatation; le diagnostic devient alors très facile; mais il ne sera généralement fait qu'à une époque tardive.

BIBLIOGRAPHIE

Ricord. *Mémoire sur quelques faits observés à l'hôpital des vénériens.* — Gosselin. De la valeur symptomatique des ulcérations du col utérin, *Arch. gén. de méd.*, juin 1843, t. II, p. 129. — Bennett. *Traité pratique de l'inflammation de l'utérus, de son col et de ses annexes*, trad. Aran, Paris 1850. — Boys de Loury et Costilhes. Recherches cliniques faites à l'hôpital Saint-Lazare, maladies des femmes, sur les ulcérations du col de l'utérus, sur les chancres chroniques des parties génitales, les bubons, l'urétrite, la vaginite, etc., *Gaz. méd. de Paris*, 1845, p. 374 et suiv. — Grivot-Grandcourt. *Des ulcérations syphilitiques du col de la matrice*, Th. de Paris, 1848. — Alph. Robert. *Des affections granuleuses, ulcéreuses et carcinomateuses du col de l'utérus*, Th. p. le concours à la

(1) Rostaine et Druelle. Deux cas d'ablation de chancres syphilitiques pris pour des tumeurs malignes, *Arch. gén. de méd.*, 15 déc. 1903.

chaire de clinique chirurgicale, Paris 1848. — BERNUTZ. Des affections syphilitiques de l'utérus, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 14 mars 1855, t. II, et *Union méd.*, 7 juin 1855. — Alph. GUÉRIN. *Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux externes de la femme*, Paris 1864. — MASCAREL. Ulcères du col de la matrice, *Gaz. méd. de Paris*, 1857. — ROSSIGNOL. *Aperçu médical sur la maison de Saint-Lazare*, Th. de Paris, 1856. — DAWOSKY. *Amtl. Bericht über die 34 Versammlung deutscher Naturforscher und Ærtzte in Carlsruhe*, septembre 1858, p. 217. — Melchior ROBERT. *Nouveau traité des maladies vénériennes*, Paris 1861. — W. DE SCANZONI. *De la métrite chronique*, trad. Sieffermann, Paris 1866. — F.-A. ARAN. *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes*, Paris 1858. — J. ROLLET. *Traité des maladies vénériennes*, Paris 1865; — Des maladies vénériennes et syphilitiques de l'utérus, *Ann. de dermatol. et de syphil.*, 1869. — Arm. DESPRÉS. *Traité iconographique de l'ulcération et des ulcères du col de l'utérus*, Paris 18[illegible]. — COURTY. *Traité pratique des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes*, Paris 1872. — N. GUÉNEAU DE MUSSY. Herpétisme utérin, *Clin. méd.*, Paris 1875, t. II, p. 259 et suiv. — WEST. *Leçons sur les maladies des femmes*, trad. Ch. Mauriac, Paris 1870. — MAURIAC. *Leçons sur les maladies vénériennes*, Paris 1883. — A. FOURNIER. *Leçons cliniques sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme*, Paris 1881; — *Traité de la syphilis*, Paris 1899. — Ch. SCHWARTZ. *Etude sur les chancres du col utérin (chancre simple, chancre syphilitique)*, Th. de Paris, 1873. — Fr. BRUNEAU. *Étude sur les éruptions herpétiques qui se font aux organes génitaux chez la femme*, Th. de Paris, 1880. — DE SINÉTY. Utérus, pathologie, *Dict. encyclop. des sc. méd.* de Dechambre, Paris 1886, t. II, 5e s. — L. JULLIEN. *Traité pratique des maladies vénériennes*, Paris 1879. — GALLIARD. Chancre syphilitique du col de l'utérus, *France méd.*, 1890, n° 15, et *Ann. de dermatol.*, 25 juillet 1890, p. 617. — Vasily RAZUMOFF. Du diagnostic des chancres utérins, *Revue gén. de clin. et de thérapeut.*, *Journ. des praticiens*, 17 septembre 1890, p. 607, et *Vratsch*, 1890, n° 16. — G. THIBIERGE. Sur le chancre syphilitique du col de l'utérus, et en particulier sur une forme ulcéreuse. Sa confusion possible avec l'épithélioma utérin, *Ann. de dermatol. et de syphil.*, février 1904. — R. PASSENAUD. *Contribution à l'étude du chancre syphilitique du col de l'utérus*, Th. de Paris, 1904. — Ch. MAURIAC. *Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire*, Paris 1890. — BRESLAW. Chancre mou sur épithélioma du col de l'utérus, *Arch. der Heilk.*, 1861, 2e livr. — TERRILLON. Ulcérations du col de l'utérus, *Bull. méd.*, 1889. — DE GRANDMAISON. Des métrites, *Gaz. des hôpit.*, 1890. — RICHARD. *Métrites séniles*, Th. de Paris, 1896. — BOUILLY. Déchirure et ulcérations du col de l'utérus, *Semaine méd.*, 5 sept. 1888, p. 345. — VITRAC Junior. Tuberculose végétante du col utérin simulant le cancer, *Arch. de méd. expériment.*, 1898, 1re série, t. X, p. 295-317. — F. SIREDEY et DANLOS. *Nouveau dict. de méd. et de chir. prat.* de Jaccoud, art. UTÉRUS, t. XXXVII. — LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. *Traité de gynécologie*. — POZZI. *Traité de gynécologie*. — DARTIGUES. *Cancers des organes génitaux de la femme*, in collection Hutinel. — ROSTAINE et DRUELLE. Deux cas d'ablation de chancres syphilitiques pris pour des tumeurs malignes, *Arch. gén. de méd.*, 15 décembre 1903.

FORMULAIRE

CONTRE L'ASTHME DES FOINS

Chlorhydrate de cocaïne...	0,05 centigrammes.
Adrénaline au millième....	2 grammes.
Eau distillée.............	15 —

Instiller V à VI gouttes dans chaque narine, toutes les heures en cas d'accès. (Georges Laurens.)

LIVRES NOUVEAUX

L'ankylostomiase. Etude générale (1), par le docteur L. BRIANÇON.

Cet excellent travail se compose de deux parties : l'une est une étude de l'ankylostomiase en général et constitue une revue des plus complètes; l'autre est consacrée à l'ankylostomiase dans le bassin houiller de Saint-Etienne. Ayant fait porter son enquête sur le dixième des ouvriers du fond des mines, ayant étudié minutieusement, au point de vue clinique et hématologique, les ouvriers malades, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

Pour ce qui touche à la mi[illegible]

[illegible] La profondeur n'est pas à considérer en soi, mais seulement dans l'élévation qu'elle provoque, à mesure qu'elle augmente, de la température;

2° La température est la condition *sine qua non* de l'infestation. Dans les houillères, l'expérience montre que la contamination n'est pas sérieusement à craindre au-dessous de 20 degrés;

3° L'état de sécheresse ou d'humidité des chantiers a également son importance. Les exploitations très sèches peuvent être infectées, mais faiblement. Celles qui sont très humides présentent aussi des conditions défavorables au développement du parasite : on sait d'ailleurs que les œufs n'éclosent ni dans l'eau, ni dans les matières diarrhéiques;

4° La ventilation joue un rôle considérable. La Compagnie des houillères de Saint-Etienne qui distribue, dans ses galeries, un volume d'air énorme est totalement indemne.

Pour ce qui touche au mineur :

1° La contamination provient de ce que les ouvriers du fond défèquent soit sur le sol des galeries, soit dans le remblai, soit dans les bennes;

2° Elle s'effectue, parce que dans la mine ils mangent, boivent, chiquent, portent à la bouche leurs doigts ou des objets souillés de liquide larvifère, et aussi *par suite de la pénétration des larves dans la peau*;

3° La proportion la plus forte rencontrée dans un même puits est de 92 p. 100. Les puits où l'infestation est la plus répandue sont aussi ceux où elle est la plus forte. Ordinairement la quantité et la qualité de l'infestation sont supérieures chez les « débiles » à ce qu'elles sont chez les « anciens ». Les femmes et les enfants employés à la surface, au triage du charbon, ne sont jamais porteurs de ver, mais ils sont infestés d'ascarides dans la proportion de 18,30 p. 100.

Si l'ankylostomiase n'est pas plus fréquente à Saint-Etienne, c'est que les mineurs sont assez sédentaires, c'est aussi qu'ils prennent une nourriture saine et abondante. L'hématologie permet souvent à elle seule de révéler l'infection. Elle se caractérise par : 1° une légère diminution du nombre des hématies; 2° un abaissement considérable du taux de l'hémoglobine, d'où affaiblissement de la valeur globulaire; 3° hypomononucléose; 4° éosinophilie; 5° polynucléose légère. Le liquide céphalo-rachidien n'a été qu'exceptionnellement examiné : il paraît intact, même dans les cas graves.

L. BABONNEIX.

(1) In-8. Prix : 5 francs. — Paris, Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de clinique chirurgicale, par O. LANNELONGUE, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, chirurgien des hôpitaux. 1 vol. gr. in-8° de de x-595 p., avec 40 fig. dans le texte et 2 pl. hors texte en couleurs. — Prix : 12 francs. — Paris, Masson et Cie.

Les vaisseaux sanguins des organes génito-urinaires du périnée et du pelvis, amplification de la thèse du docteur Léon CERF, avec 33 fig. inédites, par le professeur L.-H. FARABEUF, membre de l'Académie de médecine. Gr. in-8°, avec 47 fig. dans le texte. — Prix : 6 francs. — Paris, Masson et Cie.

N° 106. — MARDI 19 SEPTEMBRE 1905. 78e ANNÉE. MARDI 19 SEPTEMBRE 1905. — N° 106.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
La mortalité infantile. Ses causes. Les moyens de la combattre, par M. G. Carrière.
ANALYSES
Médecine expérimentale : Tuberculose expérimentale du cœur et de l'aorte.
Anatomie : Contribution à l'étude de l'ossification dans les amygdales.
Thérapeutique : Le bain carbo-gazeux.
FORMULAIRE
Traitement des brûlures.
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Le concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine pour l'année 1905-1906 et la nomination aux places d'élève interne en médecine vacantes le 1er mai 1906 aura lieu le 18 décembre 1905, à midi précis.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le jeudi 2 novembre jusqu'au jeudi 30 du même mois inclusivement.

Un avis ultérieur indiquera le lieu où les candidats devront se réunir pour la première épreuve. Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite, les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours. Un numéro d'ordre qui leur sera remis à l'entrée déterminera la place qu'ils devront occuper pour rédiger leur composition.

La lecture des compositions ainsi que l'épreuve orale auront lieu dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saint-Pères n° 49.

Avis important. — Aux termes du règlement, les candidats à l'internat parvenus à l'expiration de leur sixième année d'externat ne peuvent être nommés internes provisoires et en exercer les fonctions; d'autre part, ceux qui vont terminer leurs trois premières années d'externat ne pourront figurer sur la liste des internes provisoires que s'ils ont obtenu l'autorisation de faire une année supplémentaire d'exercice comme externes.

MARINE. — M. le médecin de première classe Richer de Forges, du port de Brest, est désigné, sur sa demande, pour remplacer au service médical de l'arsenal, M. le docteur Aubry, récemment promu.

— M. le médecin de première classe Mailliu, du port de Cherbourg, actuellement en service à Brest, est distrait momentanément de la liste d'embarquement afin de pouvoir prendre part au concours pour l'emploi de professeur d'histologie et de physiologie qui doit s'ouvrir à Brest le 16 octobre prochain (art. 25 et 27 de l'arrêté du 24 janvier 1886).

— M. le médecin de première classe Merleau-Ponty, du port de Rochefort, actuellement embarqué sur le *Lalande*, est désigné sur la demande de M. le contre-amiral Bellue, nommé au commandement en chef de la division navale de la Tunisie, pour faire partie de l'état-major de cet officier général en qualité de médecin de division.

— M. le médecin de deuxième classe Dufranc, du port de Toulon, est désigné pour embarquer sur la *Surprise*, qui doit prochainement armer à Saïgon pour aller remplacer le *Capricorne* dans la division navale de l'océan Indien.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Mongin (de Sommevoire) est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la trente-sixième semaine, 739 décès, au lieu de 774 pendant la semaine précédente (moyenne 770). L'état sanitaire est donc satisfaisant. La mortalité est en diminution depuis quatre semaines; la diarrhée infantile et les maladies de l'appareil respiratoire contribuent surtout à cette diminution.

La fièvre typhoïde a causé 5 décès (moyenne 11). Le nombre des cas nouveaux est de 105 (moyenne 64).

La variole n'a causé aucun décès, au lieu de 5 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 18, au lieu de 17 pendant la semaine précédente, chiffre identique à la moyenne.

La rougeole, toujours rare en automne, a causé 2 décès, au lieu de 8 pendant la semaine précédente, la moyenne est de 4. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 49 au lieu de 52 précédemment; la scarlatine n'a causé depuis trois semaines aucun décès; la moyenne est de 1. Le

nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 30, il s'élevait à 36 pendant la semaine précédente, la moyenne est 35. La coqueluche a causé 11 décès (moyenne 6); la diphtérie, 1 décès (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 29 au lieu de 28 pendant la semaine précédente, et de la moyenne 48.

La diarrhée infantile a causé 62 décès de 0 à 1 an, au lieu de 74 pendant la semaine précédente (moyenne 60).

En outre, 17 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 62 décès, au lieu de 83 pendant la semaine précédente (moyenne 82). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 3 décès (moyenne 6); bronchite chronique, 12 (moyenne 11); pneumonie, 13 (moyenne 20); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 34 (moyenne 45), dont 15 sont dus à la congestion pulmonaire et 12 à la broncho-pneumonie.

La phtisie pulmonaire a causé 159 décès; la méningite tuberculeuse, 24; la méningite simple, 14; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 12 décès.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Paul Delbreil (de Denain).

Petit code professionnel de la sage-femme. Résumé de ses droits et de ses devoirs, par le docteur J. Audebert, chargé du cours de clinique obstétricale à la Faculté de Toulouse. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Poinat, éditeur, 4, rue Royer-Collard.

Comment on défend les ouvriers contre les éclats et les poussières de l'atelier, par M. Henri Mamy, ingénieur des arts et manufactures, directeur de l'Association des industriels de France contre les accidents du travail. In-16. — Prix : 1 franc. — Paris, Édition mutuelle, 29, rue de Seine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Anthropometria militare. Resultati ottenuti dallo spoglio dei fogli sanitarii dei militari delle classi 1859-1863, eseguito dall'ispettorato di sanita militare per ordini del ministero della guerra, per Ridolfo Livi, maggiore medico. Parte II : « Dati demografici et biologici. » — Roma, 1905, presso il *Giornale medico del Regio essercito.*

LA MORTALITÉ INFANTILE

SES CAUSES — LES MOYENS DE LA COMBATTRE

Par le docteur G. CARRIÈRE,
Agrégé, chargé du cours de clinique médicale infantile
à l'Université de Lille.

Depuis longtemps déjà on s'est aperçu que la population de la France reste à peu près stationnaire alors que celle des autres pays va sans cesse progressant. On s'est vite aperçu, de par les statistiques, que cet état stationnaire tenait pour une grande part à la mortalité infantile qui y est fort élevée.

Aussi de tous côtés et surtout depuis quelque temps la question est-elle à l'ordre du jour; la presse politique s'en occupe, les commissions parlementaires en sont saisies, et, de la tribune de l'Académie de médecine, des appels incessants retentissent. Comme toujours on fonde beaucoup de ligues de défense, on entreprend la lutte.

Il m'a semblé intéressant d'exposer en quelques mots ce qu'est la mortalité infantile dans notre pays, quelles en sont les causes, et quels sont les moyens que l'on peut recommander pour la combattre.

I

La mortalité infantile. — Ce n'est point d'aujourd'hui qu'on signale l'exagération de la mortalité infantile. Dès le début du XIXe siècle les travaux sur cette question abondent. C'est surtout depuis 1860 que de nombreux auteurs s'en sont préoccupés. Rappelons parmi ceux-ci les noms de Broca, de Bouchut, de Blacke, de Brochard, ceux de J. Guérin, de Fonssagrives, de Chalvet, de Chauffard, de Bertillon et de Droixhe. Plus près de nous et dans ces dernières années citons les mémoires de Léger, de Luling, de Porak, ceux de Rothschild, de Variot, de Budin, d'Entz, de Zuber, etc.

Il ne faudrait pas cependant rejeter sur la mortalité infantile la dépopulation de notre France; ce qui diminue également c'est la natalité et le professeur Budin a montré qu'en 1872 il y avait pour 1000 habitants 27 naissances, 22 décès; en 1901 il y avait pour 1000 habitants 22 naissances, 21 décès.

Quand on remonte plus loin encore et quand on consulte les mémoires des auteurs qui, dès le début du siècle, s'occupaient de cette question, on constate également et non sans quelque étonnement que la mortalité infantile actuelle n'est pas extrêmement plus élevée qu'elle ne l'était en 1800 par exemple.

Quoi qu'il en soit, bien qu'il n'y ait pas une progression de la mortalité infantile aussi exagérée que l'on pourrait le croire, il n'en est pas moins vrai que, malgré tout, cette mortalité est encore trop élevée et qu'on doit essayer, si possible, de la faire diminuer.

La mortalité est donc en France certainement très élevée. Dans une communication faite à l'Académie de médecine en 1892 par le docteur Lagneau, il est dit qu'en cette année il y eut une mortalité de 135618 nourrissons, ce qui équivaut à 1/16 de la mortalité générale de la France. Sur 1000 enfants qui naissent il en meurt 200 dans le cours de la première année, 80 la seconde, 40 la troisième, 25 la quatrième : il n'en reste donc à cet âge que 653, soit une mortalité de 34,5 p. 100! La mortalité des adultes n'est que de 11 p. 100.

Je me hâte d'ajouter que ce problème de la mortalité infantile est un problème qui ne regarde pas seulement la France : c'est un problème général, universel. Westerling l'a étudié en Finlande, Escherich en Allemagne, Papagianni en Grèce, Hope en Angleterre, Thinny en Autriche.

Et du reste jetons les yeux sur le tableau suivant, nous y verrons que nous ne tenons pas la première place et que nous n'avons rien à envier à quelques nations. La mortalité infantile étaient :

Wurtemberg....	329 p. 1000,	d'après	Fodor.
Bavière.........	317	—	—	—
Saxe...........	283	—	—	Roth.
Autriche........	258	—	—	Fodor.
Hongrie........	254	—	—	—
Italie...........	220	—	—	—
Prusse..........	217	—	—	—
Hollande........	190	—	—	—
Suisse..........	174	—	—	—
France..........	169	—	—	Roth.
Angleterre......	154	—	—	—
Suède...........	137	—	—	—
Danemark.......	130	—	—	—
Finlande........	120	—	—	—
Ecosse..........	110	—	—	—
Norwège........	106	—	—	Fodor.
Irlande........	94	—	—	Biedert.

Nous ne tenions donc à cette époque que le dixième rang. Depuis cette époque nous avons certes fait bien des progrès, mais je n'ai pas pu trouver de statistiques me permettant de faire à ce jour une classification générale.

Si nous nous reportons au mémoire de Baleste et de Giletta de Saint-Joseph nous nous rendons compte immédiatement que les départements où la mortalité infantile est la plus élevée sont les suivants :

Nord..............	283,67	sur 1000 décès de tout âge.
Seine-Inférieure....	256,19	—
Haut-Rhin.........	244,37	—
Pas-de-Calais......	235,50	—

On trouve dans le *Bulletin de l'office sanitaire de Lille*, publié sous la direction du docteur Staes-Brame, un tableau comparatif de la mortalité infantile dans quelques grandes villes. En voici la teneur.

On compte à :

Lyon........	1	décès d'enfant de moins de 1 an sur	8	décès.
Paris........	1	—	8	—
Saint-Etienne.	1	—	7,6	—
Christiania...	1	—	7	—
Stockholm...	1	—	7	—
Amsterdam..	1	—	6,9	—
Londres.....	1	—	6,2	—
Dublin......	1	—	5,7	—
Zurich......	1	—	5,5	—
Liverpool....	1	—	5,3	—
Reims.......	1	—	5,53	—
Prague......	1	—	5,4	—
Munich......	1	—	5,4	—
Manchester..	1	—	5,2	—
Rouen.......	1	—	4,5	—
Le Havre....	1	—	4,49	—
Berlin.......	1	—	4,34	—
Cologne.....	1	—	4 1	—
Dunkerque ..	1	—	4	—
Lille........	1	—	3,2	—

C'est donc Lille, on le voit, qui tient la première place.

En 1900 il y a eu 6666 naissances. Si nous en défalquons 438 mort-nés ou décédés avant la déclaration il reste 6228 naissances. Sur ces 6228 enfants 1462 sont morts avant d'avoir atteint leur première année, soit 23,4 p. 100, presque un quart!

En 1900 il y a eu à Lille 4984 décès de tout âge sur lesquels il y a eu :

1376 enfants de 0 à 1 ans, soit.......	28	p. 100.
111 — 1 à 2 ans, soit.......	2,2	—
69 — 2 à 3 ans, soit.......	1,4	—
31 — 3 à 4 ans, soit.......	0,7	—
alors qu'au-dessus de 4 ans, il meurt....	32	—

Il meurt donc presque autant d'enfants de moins d'un an que de sujets de quatre ans à l'âge le plus avancé. Sur cent enfants qui viennent de naître un quart n'atteint pas la première année.

Dans la statistique de Lille en 1900, sur 1000 enfants mourant de zéro à deux ans

236 meurent le premier mois,
163 le deuxième mois,
357 les troisième, quatrième, cinquième mois,
401 du sixième au dixième mois.

On voit donc que la léthalité s'échelonne assez régulièrement pendant les douze mois.

Le sexe ne joue aucune influence sur la mortalité infantile. En 1900 il est mort ;

1005 enfants du sexe masculin de 0 à 2 ans,
934 enfants du sexe féminin de 0 à 2 ans.

Enfin la mortalité infantile est variable suivant les saisons. Elle présente un fastigium énorme en juillet, août et septembre ; un second moins élevé en janvier, février. Le premier est dû à la gastro-entérite, le second à la broncho-pneumonie.

De cette longue énumération de faits, il résulte que la mortalité infantile, si elle ne progresse pas autant qu'on le croit en ces derniers temps, est malgré tout énorme. Quelles en sont les causes, c'est ce que nous allons maintenant tâcher d'élucider.

II

Les causes de la mortalité infantile. — Si nous voulons nous expliquer les causes de la mortalité infantile il convient, à mon avis, de distinguer deux facteurs importants :

a. Les maladies qui enlèvent les enfants ;

b. Les causes qui font que ces maladies sont si graves chez eux.

Pour savoir quelles sont les maladies qui déciment notre population infantile, reportons-nous à la statistique dressée par l'office sanitaire de Lille sur 1462 enfants de 0 à 2 ans morts en 1900 dans cette ville.

923 ont succombé à l'athrepsie, à la gastro-entérite.
211 — victimes d'affections des voies respiratoires.
285 — — d'affections du système nerveux.
160 — — de faiblesse de constitution.
54 — — d'affections tuberculeuses.
48 — — de fièvres éruptives.
7 — — de la diphtérie.
5 — — d'affections cardiaques.
4 — — d'hérédo-syphilis.
1 — — de péritonite.
1 — — du mal de Bright.
48 — — d'affections diverses.

Critiques des statistiques indiquant les causes de la mortalité infantile. — Arrêtons-nous un peu, analysons successivement ces cas, et voyons quelle peut être la signification de cette statistique.

Il y a, nous dit-elle, 923 enfants sur 1462 qui succombent d'athrepsie, de gastro-entérite. Il serait important, très important, capital, de savoir quelles sont sur ces 923 victimes celles qui ont succombé d'athrepsie proprement dite, celles qui ont succombé de gastro-entérite.

Je ne suppose pas, en effet, qu'on considère toujours l'athrepsie comme la conséquence de la gastro-entérite. On a malheureusement une fâcheuse tendance à le faire et on s'écrie : « Voyez-vous combien de victimes fait la gastro-entérite chez les enfants ; 923 sur 1462 succombent de gastro-entérite, affection due à des vices alimentaires et qu'on doit, qu'on peut faire disparaître ! »

C'est là, à mon avis, une assertion parfaitement gratuite. L'athrepsie n'est pas toujours la conséquence de la gastro-entérite ; elle n'est pas la conséquence forcée de vices alimentaires.

Sur 150 enfants qui ont succombé dans mon service et qu'on avait cliniquement qualifiés d'athrepsiques, voici ce que les constatations nécropsiques nous apprirent :

53 présentaient des lésions tuberculeuses.
8 — syphilitiques.
22 — de broncho-pulmonie non tuberculses.
47 qui ne présentaient aucune lésion.
20 qui présentaient des lésions gastro-intestinales.

Il n'est donc pas permis, ce me semble, d'affirmer que l'athrepsie est la conséquence de la gastro-entérite et d'affirmer aussi, sans preuves évidentes, l'importance capitale, absolue, de la gastro-entérite dans la léthalité infantile.

Il résulte de ma statistique personnelle, basée sur des constatations anatomo-pathologiques soigneusement et minutieusement poursuivies, d'examens macroscopiques, microscopiques, souvent même bactériologiques, que la tuberculose est une des causes les plus fréquentes de l'athrepsie ; c'est sous ce masque qu'évolue le plus souvent la tuberculose des nourrissons.

Certes, je ne veux pas dénier l'importance des vices alimentaires dans la mortalité infantile ! Je désire seulement tempérer l'importance qu'on veut leur attacher.

Sur 350 athrepsiques qui sont passés dans mon service il y en avait :

112 nés de parents tuberculeux.
160 nés de parents alcooliques.
75 nés de parents syphilitiques.
290 nés de parents surmenés.
306 qui avaient eu une alimentation vicieuse.
149 étaient nourris au sein irrégulièrement.
106 étaient nourris au biberon défectueusement.
97 qui avaient eu des soupes précoces.
95 qui avaient vu l'athrepsie succéder à la gastro-entérite.
22 qui étaient devenus athrepsiques après suppurations diverses.
53 qui l'étaient devenus après des affections broncho-pulmonaires.

Et puis je voudrais bien savoir quelle importance il faut attacher à ce chiffre statistique d'athrepsiques. Combien de fois le médecin d'état civil qui n'a pas suivi les malades qualifie-t-il d'athrepsie des décès

qui ne sont dus qu'à ce que l'on pourrait appeler de fausses athrepsies, des cachexies infantiles.

Que signifie également la rubrique « affections du système nerveux? » S'agit-il d'affections congénitales du système nerveux? s'agit-il d'accidents méningés d'origine gastro-intestinale? s'agit-il de méningites infectieuses? de méningite tuberculeuse? de méningite syphilitique ou de syphilis cérébrale? voilà ce ne nous apprend pas la statistique.

A quoi correspond également la dénomination faiblesse de constitution? s'agit-il de débiles héréditaires, inaptes à la vie parce qu'ils sont nés de parents tuberculeux, syphilitiques ou alcooliqueo? s'agit-il d'enfants nés des parents surmenés et placés dans des conditions déplorables au point de vue de la vie (encombrement des immeubles, mauvaise alimentation ou alimentation insuffisante)? On pourrait répéter les mêmes réflexions à la plupart des autres maladies.

De cet examen nous pouvons, il me semble, tirer quelques déductions importantes.

L'obscurité la plus grande règne dans les statistiques. Elle sont des plus imprécises quant aux causes déterminantes de la léthalité des enfants en bas âge.

Ce ne sont pas tant les maladies qui tuent les enfants. Ces maladies ne sont pas plus graves chez les enfants en bas âge. Elles ne sont graves que parce qu'elles évoluent le plus souvent sur un terrain déplorable. D'où vient cet état déplorable? c'est ce que nous allons maintenant examiner.

L'importance de la question est considérable puisqu'elle est peut-être la clef du problème dont nous poursuivons la solution. Parmi les causes qui affaiblissent le terrain, qui rendent l'organisme plus réceptif et moins résistant, l'hérédité tient assurément la première place.

Pour nous rendre compte du rôle capital qu'elle joue dans la léthalité infantile, compulsons les observations que nous avons recueillies dans notre clinique, à notre dispensaire du bureau de bienfaisance et dans notre pratique particulière.

Rôle de l'alcoolisme, de la tuberculose, de la syphilis des parents. — L'alcoolisme, la tuberculose, la syphilis des parents sont des facteurs très importants de la léthalité infantile.

200 familles dont les géniteurs sont, en apparence, bien portants ont 968 enfants et 41 pertes, soit 4,05 p. 100. Sur ces 968 enfants :

612 sont bien portants soit.......	62,1	p. 100
197 sont morts soit.............	20,3	—
159 sont malades soit...........	17,6	—

150 familles dont les géniteurs sont alcooliques ont eu 512 enfants et 64 pertes, soit 11,1 p. 100. Sur ces 512 enfants :

202 sont bien portants soit.......	39,4	p. 100
205 sont morts soit..............	40,03	—
105 sont malades soit............	20,57	—

105 familles à géniteurs tuberculeux (l'un ou l'autre ou les deux) ont eu 385 enfants et 39 pertes, soit 9,08 p. 100. Sur ces 385 enfants :

120 sont bien portants soit.......	31,1	p. 100
156 sont morts soit..............	40,5	—
109 sont malades soit...........	28,4	—

18 familles syphilitiques ont eu 65 enfants et 52 pertes, soit 44,4 p. 100. Sur ces 65 enfants :

26 sont bien portants soit..........	40	p. 100
27 sont morts soit.................	41	—
7 sont malades soit...............	19	—

Sur 20 familles de la classe riche, sans profession, sans surmenage des géniteurs, il y a eu 62 enfants et 6 pertes, soit 8,3 p. 100. Sur ces 62 enfants :

50 sont vivants soit...............	80,5	p. 100
10 sont morts soit................	14,5	—
9 sont malades soit.............	5,0	—

20 familles de la classe moyenne avec surmenage du père ont eu 76 enfants et 12 pertes, soit 13,6 p. 100. Sur ces 76 enfants :

56 sont bien portants soit..........	75	p. 100
15 sont morts soit..................	20	—
5 sont malades soit...............	5	—

20 familles d'ouvriers, dont père et mère sont surmenés, indépendamment de toute autre tare, ont eu 88 enfants et 21 pertes, soit 19,1 p. 100. Sur ces 88 enfants :

51 sont bien portants soit.........	55,5	p. 100
28 sont morts soit................	31,9	—
21 sont malades soit.............	12,6	—

Résumons en un tableau ces divers résultats :

	Moyenne d'enfants par famille.	Perte.	Bien portants.	Malades.	Morts.
200 familles à géniteurs sains........	4,7	4,05 p. 100	62,1 p. 100	17,6 p. 100	20,3 p. 100
150 — alcooliques.............	3,4	11,1 —	39,4 —	20,57 —	40,03 —
105 — tuberculeuses...........	3,6	9,8 —	31,1 —	28,4 —	40,5 —
18 — syphilitiques............	3,6	44 —	40 —	19 —	41 —
20 — riches..................	3,1	8,3 —	80,5 —	5 —	14,5 —
20 — père surmené...........	3,8	13,6 —	75 —	5 —	20 —
20 — pères et mères surmenés..	4,4	19,1 —	55,5 —	12,6 —	31,9 —

Il est aisé de conclure, après lecture de ce tableau, que la mortalité infantile est de 20 p. 100 plus élevée dans les familles d'alcoolique, de 20 p. 100 dans les familles tuberculeuses, de 21 p. 100 dans les familles syphilitiques. Elle est élevée de 6 p. 100 dans les familles où seul le père est surmené, et de 17 p. 100 dans celles où père et mère se surmènent.

L'influence de l'alcoolisme sur la mortalité infantile est encore démontrée par les raisons suivantes :

1° La mortalité infantile progresse avec l'alcoolisme ;

2° La mortalité infantile est surtout élevée dans les pays, les départements et les villes où sévit le fléau alcoolique. C'est dans la Seine-Inférieure, la Somme, le Nord, départements ou l'alcoolisme est intense, que la léthalité infantile est la plus effrayante.

3° Toutes les maladies, du reste, revêtent un caractère de gravité plus grande, une léthalité plus élevée

lorsqu'elles évoluent chez des enfants nés de parents alcooliques.

Sur 40 cas de broncho-pneumonie traités dans ces dernières années dans mon service, j'ai eu 17 décès. Sur ces 17 victimes il y en avait 12 qui étaient issues de pères alcooliques.

Sur 150 cas de diphtérie il y a eu 37 morts dont 28 étaient issus de pères alcooliques.

Sur 100 cas de gastro-entérite il y eut 58 décès et 42 enfants qui succombèrent; ils avaient des parents alcooliques.

Prenons encore 30 cas de rougeole avec 6 morts dont 4 étaient issus de parents entachés d'alcoolisme.

Rappelons-nous d'autre part que sur 312 athrepsiques 160 avaient pour ascendants des alcooliques.

Ces faits, me semble-t-il, se passent de commentaires, surtout lorsqu'on jette les yeux sur l'état-civil des enfants qui sont sortis vaïnqueurs de ces diverses affections. On s'aperçoit, en effet, qu'en grande majorité (79 p. 100) ils n'ont pas de tare héréditaire alcoolique.

Il nous est bien permis dès lors d'affirmer que *l'acoolisme des parents est l'un des principaux facteurs de la mortalité des enfants*.

Tout ce que je viens de dire de l'alcoolisme s'applique également à la tuberculose.

J'ai démontré plus haut ce qu'était la mortalité et la morbidité infantile chez les descendants des familles tuberculeuses.

La léthalité infantile progresse avec la tuberculose et suit ses oscillations. Voici ce que nous apprennent les statistiques de Lille.

	Décès par tuberculose	Décès d'enfants de 0 à 1 an
1898	805	1556
1899	855	1606
1900	838	1462

Dans les villes ou la léthalité par tuberculose est élevée, la léthalité infantile l'est aussi : Lille, Roubaix, Lyon, Paris.

Si on jette les yeux sur les cartes de Lille dressées par l'office sanitaire de notre ville, et représentant la topographie de la mortalité par tuberculose et celle de la mortalité par athrepsie, on est frappé de constater que la superposition est parfaite.

Cette influence néfaste de l'hérédité tuberculeuse nous la retrouvons chez nos malades.

Sur 40 cas de broncho-pneumonie, j'ai eu 17 décès, dont 8 chez des enfants nés de parents tuberculeux.

Sur 150 cas de diphtérie, avec 37 décès, il y en eut 14 chez des enfants issus de familles tuberculeuses.

Sur 100 cas de gastro-entérite avec 58 décès, il y en eut 14 chez des enfants issus de famille tuberculeuse.

Sur 30 cas de rougeole avec 6 décès, 3 se produisirent chez des enfants provenant de parents tuberculeux.

Enfin je rappelle que sur 312 athrepsiques, 112 étaient nés de parents tuberculeux.

Et du reste j'ai établi dans un mémoire publié dans les *Archives de médecine expérimentale* que les petits nés de cobayes à qui j'avais injecté des toxines provenant de bacilles de Koch ne venaient pas à terme, mouraient jeunes ou étaient plus sensibles à la tuberculose.

Nous sommes donc autorisés à conclure que la *tuberculose des parents est l'une des causes principales de la léthalité infantile*.

J'en dirai autant de la syphilis. En général cependant la syphilis tue *in ovo*. Il est néanmoins bien certain que la syphilis prépare, comme l'alcoolisme et la tuberculose, des organismes fragiles sur lesquels la maladie sera toute-puissante et dont la mort sera aisément victorieuse.

Le surmenage des parents. — Il en est de même du surmenage. Nous avons vu tout à l'heure que, dans les familles dont les parents se surmènent, le nombre des pertes est élevé, la mortalité des enfants plus grande que dans les familles dont les géniteurs ne se surmènent pas. Il en est de même de la morbidité. La mortalité par diphtérie est trois fois plus forte dans les familles des travailleurs que dans les familles riches; on peut en dire autant de la léthalité par broncho-pneumonie, rougeole ou gastro-entérite.

Mes statistiques sont sur ce point parfaitement démonstratives, mais on peut leur objecter qu'elles n'ont qu'une valeur restreinte car bien d'autres influences jouent un rôle dans ces milieux. Et cependant jetons un regard autour de nous. Ne voyons-nous pas, même dans les classes bourgeoises ou aisées dont le père se surmène tout comme l'ouvrier, ne voyons-nous pas, dis-je, se décimer les familles, alors que d'autres familles de la même condition, mais dont les parents évitent tout surmenage, sont absolument épargnées ?

Cette influence du surmenage est bien démontrée par l'influence qu'ont sur l'enfant et sa vitalité les mauvaises conditions hygiéniques de la mère pendant la grossesse.

Pinard l'a démontré : les enfants des mères qui se sont reposées pendant les derniers mois de la grossesse ont un poids supérieur à celui des enfants qui sont nés de mères ayant travaillé jusqu'à leur accouchement.

Bachimont établit que les enfants de mère qui ont travaillé assises pendant la grossesse ont 160 à 200 grammes de plus que ceux de mères qui ont travaillé debout. Les enfants de mères qui se sont reposées pendant les deux-trois derniers mois de la grossesse ont jusqu'à 350-360 grammes de plus que les autres.

Oui pense que cette débilité tient à ce que l'enfant vient un peu avant terme chez les ouvrières qui travaillent et l'établit en montrant que les mort-nés sont nombreux chez les ouvrières d'usines (8,93 p. 100), moins nombreux chez les ouvrières à domicile (7,25 p. 100); bien moins nombreux encore chez les femmes sans profession (3,23 p. 100).

En résumé je crois qu'on peut conclure que l'hérédité joue un rôle capital dans la genèse de la mortalité infantile. Elle prépare les enfants, les rend moins aptes à la lutte pour la vie, affaiblit leurs moyens de défense contre la maladie, elle fait des enfants des tarés qui seront trop aisément fauchés par la terrible moissonneuse.

A côté de l'influence prédisposante, préparante de

l'hérédité, il convient de placer les mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles vivent les enfants.

MAUVAISES CONDITIONS HYGIÉNIQUES. — Parmi ces mauvaises conditions hygiéniques, nous étudierons tout d'abord les vices alimentaires. Ils tiennent au mode d'alimentation et à la mauvaise qualité des aliments.

INFLUENCE DES VICES ALIMENTAIRES. — Il est un fait universellement admis de nos jours, c'est que le seul aliment du nourrisson c'est le lait maternel; suivant l'expression de Pineau : « Rien ne peut le remplacer. »

Pour se convaincre de l'importance du rôle que joue l'allaitement maternel, reportons-nous aux statistiques.

Mme Bronislas-Dluski a constaté à la Clinique Baudelocque que, sur 429 enfants, 10,8 p. 100 de ceux qui étaient nourris par leur mère mouraient, tandis que ceux qui étaient élevés au biberon succombaient dans la proportion de 45,7 p. 100.

H. Petit constate que sur 1896 enfants observés dans la même clinique

Ceux nourris au sein maternel meurent dans la proportion de	15 p. 100.
Ceux nourris loin de la mère, au sein	50 —
— au biberon par la mère	32 —
— au biberon loin de la mère	63 —

Enfin Lüling, sur 13952 enfants observés, note que 26,94 p. 100 meurent dans la première année :

Ceux nourris au sein par la mère meurent dans la proportion de	14,24 p. 100.
Ceux nourris au sein par la mère, ou une personne de la famille, meurent dans la proportion de	14,25 —
Ceux nourris au sein par une personne de la famille, sans la mère, meurent dans la proportion de	16,2 —
Ceux nourris au sein loin de la mère par une étrangère meurent dans la proportion de	31,29 —
Ceux nourris au biberon par la mère	31,42 —
— — loin de la mère	50,14 —
— — sans indications	46,40 —
— en nourrice sans indications	44,26 —

Ces chiffres sont suffisamment démonstratifs et se passent de commentaires. Ils prouvent que l'allaitement maternel est de beaucoup supérieur à tous les autres.

Et cependant combien sont rares les cas dans lesquels on le met en pratique.

J'ai questionné minutieusement sur ce sujet 1350 mères de famille de la classe ouvrière.

Sur ces 1350 il y en avait :

15 qui nourrissaient exclusivent leurs enfants au sein à six mois;
556 qui leur donnaient sein et biberon;
254 qui donnaient exclusivement le biberon;
475 qui donnaient le biberon et d'autres aliments tels que soupes, panades, pommes de terre.

On voit en quel honneur est l'allaitement maternel en notre ville!

Dans la petite bourgeoisie :

L'allaitement exclusif au sein se fait dans	30 p. 100 des cas.
L'allaitement mixte se fait dans	17 —
L'allaitement au biberon seul dans	24 —
L'allaitement par biberon, soupes, etc., dans	29 —

Dans la classe élevée on note :

L'allaitement au sein maternel	22 p. 100.
L'allaitement par une nourrice	34 —
L'allaitement mixte	16 —
L'allaitement au biberon seul	18 —
L'allaitement par lait, soupes, etc	10 —

Cette rareté de l'allaitement maternel tient à des causes très diverses :

A. Elle tient aux conditions de l'existence qui veut que, sitôt qu'elle le peut, la mère retourne à son travail pour vivre, pour faire vivre les siens, pour assurer le lendemain. Qu'arrive-t-il alors? La mère donne le sein à son enfant la nuit, le matin, à midi et le soir. Dans l'intervalle une parente, une voisine, un frère ou une sœur administrent des biberons.

Bientôt, sous l'influence du surmenage, la sécrétion lactée perd de sa qualité ou se tarit, la mère donne alors un lait mauvais ou supprime et fait donner exclusivement des biberons.

B. D'autres fois, mal conseillée par quelque commère du voisinage, la mère cesse de donner le sein sous prétexte que son lait est mauvais, nous dit-elle, car l'enfant a eu des régurgitations ou a eu de la diarrhée.

C. D'autres fois encore la mère, nourrice, suspend tout allaitement dès qu'elle se sent fatiguée, sans prendre au préalable l'avis d'un médecin.

D. Enfin dans la classe riche l'allaitement maternel n'est pas ce qu'il devrait être par snobisme, parce qu'il est de bon ton d'avoir une nourrice; parce que la mère ne veut pas se priver de ses distractions mondaines que gênerait ou qui gêneraient l'allaitement; parfois enfin, ô comble! oubliant qu' « on n'est qu'à demi mère lorsqu'on n'a pas nourri son enfant » c'est par coquetterie, que la maman oublie son devoir le plus sacré.

Enfin, dans cette classe, la petite maman s'écoute et minaudant s'écrie qu'elle est épuisée par son allaitement, qu'elle ne peut plus continuer, et le médecin a beau insister, au premier malaise on a recours à la nourrice ou, ce qui pis est, au biberon.

Et cependant malgré l'allaitement maternel, malgré cette excellente condition, l'enfant est encore préparé à la morbidité et à la mort par des vices alimentaires, par des fautes dans la technique de l'allaitement.

Quand, à ma clinique ou à mon dispensaire, j'interroge une mère et je lui demande quand et comment elle allaite son enfant, savez-vous ce qu'elle me répond avec ingénuité : « Mais quand il en veut, toutes les fois qu'il en veut, toutes les fois qu'il pleure! » Il semble aux gens du peuple que régler les tétées soit au-dessus de leur rang, « on n'est que des ouvriers, on ne peut pas faire autrement. »

Sans doute il est bien difficile pour une mère qui travaille à l'usine de venir donner le sein à heures fixes, mais même celles qui travaillent chez elles nous font la même réponse.

Et d'autre part quand père et mère, après une longue journée de labeur, exténués, se sont couchés, si l'enfant pleure, pour le calmer, pour éviter la colère du mari, pour profiter du sommeil réparateur la mère n'hésite pas à donner quatre, cinq et six fois le sein à son bébé.

Donc on ne règle pas les tétées soit parce que le travail l'empêche, soit par routine, soit par faiblesse parce qu'on ne peut supporter qu'un enfant pleure.

Sur cinq cents femmes de la classe ouvrière donnant le sein à leur enfant, voulez-vous savoir combien j'en ai trouvé qui réglaient les tétées : douze!

D'autre part la nourrice donne le sein d'une façon défectueuse dans la majorité des cas. Tantôt sous prétexte que le premier lait est clair et n'est pas bon elle presse sur le sein et fait couler le premier lait avant de mettre l'enfant au sein. Tantôt elle donne successivement les deux seins et gave son enfant. Tantôt enfin, et c'est là la faute la plus fréquente et parfois aussi la plus grave, elle laisse l'enfant au sein trop longtemps, « tant qu'il en veut. » Qu'arrive-t-il? l'enfant prend trop de lait, dilate son estomac et marche vers la gastro-entérite.

Pour l'allaitement mixte les fautes sont exactement les mêmes, mais combien plus graves! Jadis on ne prenait aucune des précautions de technique dont nous venons de parler. On donnait le sein irrégulièrement longtemps, quand l'enfant le voulait, mais on donnait le sein, or rien ne vaut l'allaitement maternel! Avec lui les fautes même graves sont d'ordinaire légères. Il n'en est pas de même avec le lait de vache. Par économie la mère ne donne pas le lait en quantité suffisante; tantôt elle en donne trop et combien en ai-je vu qui, à des enfants de trois mois, donnaient 250 grammes de lait par tétée et laissaient continuellement à leur disposition un énorme biberon.

A côté des fautes dans la technique de l'allaitement il en est d'autres qui tiennent à la mauvaise qualité de l'allaitement. Elles se rencontrent aussi bien pour l'allaitement maternel que pour l'allaitement artificiel.

La qualité du lait peut être viciée par des fautes commises dans le régime alimentaire de la mère ou de sa nourrice.

La femme ouvrière, faute d'argent, mange peu et mange des aliments peu favorables à la sécrétion lactée, à la pureté du lait. Combien en rencontrons-nous, qui pendant qu'elles nourrissent leurs enfants, ne se nourrissent que de tartines, de café, de harengs, de choux et de pommes de terre! Combien en trouvons-nous qui, sous prétexte de se donner du lait, boivent en quantité de la bière ou du vin jusqu'à s'alcooliser dans ce louable but! Combien enfin en voyons-nous qui, quoique nourrices, pour suivre le mari, vont d'estaminet en estaminet et, s'alcoolisant, alcoolisent ainsi leur nourrisson jusqu'à déterminer des convulsions souvent fatales!

D'un autre côté il n'est pas rare, même dans la classe élevée, de voir des mères qui, croyant bien faire, se gavent de viandes d'une façon tout à fait inconsidérée! Dans les familles on pousse la nourrice qui arrive de la campagne où elle ne vivait que de légumes à se gorger de viandes.

Toutes ces fautes alimentaires retentissent sur la lactation. L'enfant boit un lait mauvais qui prépare un mauvais terrain ou détermine la gastro-entérite.

Le surmenage physique, le travail exagéré de la mère ou de la nourrice exercent une influence tout aussi néfaste sur la lactation. Comment admettre qu'une mère nourrice, travaillant de six heures du matin à midi et d'une heure à sept heures, qui dort fort mal la nuit, éveillée qu'elle est à chaque instant par un nourrisson avide qu'elle s'empresse chaque fois de satisfaire, comment admettre, dis-je, que cette femme ait un lait suffisant et de qualité irréprochable! Dans les milieux plus élevés, mais où la nourrice est un objet de bon ton parfois au-dessus des ressources de la famille, on oblige parfois cette nourrice à un travail exagéré et le résultat est le même.

Ou bien, dans d'autres conditions, on entoure ce personnage influent de prévenances superflues, on l'entoure de soins pieux, on la confine dans une sédentarité déplorable pour la qualité de son lait.

En ce qui concerne l'allaitement artificiel les fautes sont les mêmes et pires encore. On donne le lait pur à des enfants trop jeunes pour le digérer. On le coupe trop : j'ai vu il y a peu de temps une maman d'une classe pourtant élevée à qui le médecin avait conseillé de donner à son nourrisson de quatre mois du lait coupé au quart et qui, consciencieusement, donnait un mélange d'une partie de lait pour trois parties d'eau!

On coupe le lait à l'aide de tisanes ou de décoctions de riz ou d'orge mal faites, souvent abandonnées longtemps à l'air, véritables bouillons de culture qui intoxiquent l'enfant ou l'infectent.

Le lait souvent, trop souvent, hélas! n'a pas été bouilli. Exposé à l'air dans des chambres malpropres ou surpeuplées, souillé de germes microbiens déjetés dans l'atmosphère par des cohabitants malades, il infectera ou intoxiquera l'organisme de l'enfant.

Enfin le lait n'a pas la qualité voulue. La plupart des laits vendus à Lille, dit l'Office sanitaire, sont plus ou moins complètement écrémés et ont ainsi perdu la plupart de leurs qualités nutritives.

Sur 694 échantillons de lait analysés en 1900 par l'Office sanitaire il n'y avait que 16 échantillons de bon lait et 42 échantillons de lait passable. Tous les autres étaient largement écrémés. Une grande partie renfermaient moins de 10 p. 1000 de beurre au lieu de 40 p. 1000; 21 échantillons n'en contenaient que 5 p. 1000 et même moins.

Or, que nous apprennent les statistiques? Que c'est précisément dans les quartiers du Sud, de Moulins-Lille et de Wazemmes où les laits sont les moins riches, que la mortalité infantile est la plus élevée.

Ajoutez à cela que la traite est faite salement, que le lait est recueilli dans des vases malpropres. Ce lait a voyagé, a été brassé, a été exposé au soleil, a reçu les poussières de la route : c'est parfois un véritable bouillon de culture. Il est d'autre part souvent additionné d'eau impure. Miquel a démontré qu'un lait arrivé à son laboratoire deux heures après la traite, renfermait 9000 bactéries par centimètre cube.

Une heure après il en renfermait........		21.750
Deux heures	—	36.250
Sept heures	—	60.000
Neuf heures	—	120.000
Vingt-cinq heures	—	5.600.000

La rapidité de cette pullulation microbienne est en rapport avec la température :

A 15 degrés il y a...	900.000 bactéries par centimètre cube.	
A 25 degrés —	72.000.000	—
A 35 degrés —	165.000.000	—

Ceci nous explique le fastigium estival de la mortalité infantile. Le lait, d'autre part, provient souvent de vaches nourries de drèches (ce qui donne beaucoup de lait). Or, M. Roskhan (de Liège) a démontré qu'un tel lait pouvait produire chez les nourrissons la gastro-entérite chronique et la cachexie. M. Girard a établi qu'une vache ainsi nourrie recevait chaque jour pour la valeur de deux litres de vinaigre : quel lait peut-elle donner!

De même le lait des vaches nourries de fourrage vert, de pulpe de betteraves, de navets, de pommes de terre germées, de tourteaux de colza, de lin ou autres, ces laits, dit Marfan, ont des propriétés toxiques.

Quant au biberon, est-il nécessaire d'insister sur ses défauts? Dans la classe élevée il est maintenant à peu près acceptable, exception faite pour les cas dans lesquels il est préparé par une nourrice plus ou moins propre. Dans la classe ouvrière on ne peut se figurer de quels réceptables se servent parfois les parents pour alimenter leurs enfants. Instruments bizarres, longs tubes en caoutchouc où stagne et se corrompt le lait, téterelles malpropres et dégoûtantes, bouchons singuliers parfois entourés de linges ou de ficelles pour que la fermeture soit bien close, le tout sale et répugnant n'est jamais ou n'est que rarement nettoyé et dégage une odeur aigrelette et fétide que l'on peut percevoir à distance. Comment s'étonner dès lors, qu'un lait absorbé à l'aide de semblables appareils ne soit dangereux pour les enfants et ne constitue le procédé le plus certain pour produire la gastro-entérite? Sur 31 biberons examinés par M. Fauvel, 28 contenaient des champignons et d'innombrables microbes.

Enfin, vice plus grave encore, on ajoute à l'allaitement, au lait, des aliments que l'estomac de l'enfant est incapable de digérer.

Sous prétexte que le bébé est fort, qu'il a faim, qu'il crie, que le lait est insuffisant, on administrera au pauvre petit des mets extraordinaires : soupes, panades, café, pommes de terre, légumes, viandes, gâteaux, fruits, etc. Combien de fois ai-je entendu des mères me dire avec orgueil de leur enfant malade : « Il était si vigoureux dès son premier mois, qu'il mangeait de tout. » Comment admettre qu'un enfant semblablement alimenté ne fasse pas de gastro-entérite? Comment admettre qu'il puisse résister aux maladies, se développer et vivre?

On peut du reste en dire autant d'un certain nombre d'aliments, qualifiés à tort, à mon avis, de succédanés du lait. Crèmes, farines, laits concentrés administrés avant un certain âge sont éminemment dangereux. « Tout juste bonnes, disait Tarnier, pour des navigateurs ou des soldats, ces préparations ne valent absolument rien pour des nourrissons en bas âge. »

Bœckh (de Berlin) a constaté que :

Sur 1 000 enfants nourris au sein maternel la mortalité était 20.
Sur 1 000 enfants nourris au biberon elle était de 108.
Sur 1 000 enfants nourris avec les succédanés du lait de 270.

En dernier lieu, je dois dire un mot de la question du sevrage. Le sevrage prématuré, trop brusque, suivi d'une alimentation grossière et indigeste, est un des vices de l'alimentation qui prépare le terrain et entraîne souvent, hélas! des gastro-entérites fatales.

Enfin je veux parler d'une pratique régionale déplorable et bien faite pour infecter et intoxiquer les enfants : je veux parler de la « sucette ».

La sucette est une téterelle en caoutchouc qu'on laisse continuellement à la bouche de l'enfant. D'ordinaire elle est percée, l'enfant déglutit ainsi une grande quantité d'air qui va distendre et dilater l'estomac.

Le plus souvent, faute plus grave, on met dans cette téterelle du sucre candi, de la mie de pain préalablement mâchée par une personne de l'entourage. Parfois enfin elle est constituée d'une nouette de toile, vieux débris de mouchoir dans laquelle on ficelle de la mie de pain mâchée et sucrée.

L'enfant suce continuellement cet objet repoussant qu'on ne change parfois que tous les deux ou trois jours. Il les traîne partout, s'il tombe on le lui redonne non sans l'avoir préalablement sucé sous prétexte de le nettoyer.

On comprend aisément quel nid à microbes et à fermentation doit être un semblable ustensile. On ne peut cependant obtenir des mères qu'elles l'abandonnent. « Cela le fait tenir tranquille, » vous répètent-elles béatement.

Influence de la misère sociale. — Tous ces vices alimentaires tiennent pour la plupart au vice social, à la misère. C'est la misère qui tarit ou altère le lait de la mère qu'elle force à travailler; c'est la misère qui l'oblige à priver de bonne heure le nourrisson du sein maternel; c'est elle qui oblige la mère à confier son enfant à des commères, âgées sans doute mais d'une ignorance incroyable qu'on baptise cependant du qualificatif pompeux mais bien déplacé de « soigneuses »! C'est la misère qui fait donner du lait insuffisant ou de mauvaise qualité, qui fait donner une alimentation trop précoce mais meilleur marché. C'est la misère qui est la grande pourvoyeuse de la mort pour les tout petits!

Le surpeuplement des immeubles. — Le surpeuplement des immeubles joue aussi un grand rôle parmi les causes de la mortalité infantile. Confinés dans des chambres trop étroites, basses et mal aérées, trop chaudes ou trop froides, où habite toute une famille, les enfants s'y anémient. Ils n'ont pas le cube d'air nécessaire. Un frère ou une sœur contractent-ils une fièvre éruptive (coqueluche, rougeole, scarlatine ou grippe), le nourrisson la contracte également et, terrain défectueux, il y succombe.

La négligence des parents. — Promené dans les rues, confié à une sœur ou un frère de quelques

années plus âgé, mal vêtu, l'enfant se refroidit, contracte la broncho-pneumonie et meurt. Pataugeant dans les ruisseaux, se traînant dans les poussières souillées de la rue, il s'infecte à jet continu en portant à sa bouche des mains odieusement malpropres.

L'enfant se refroidit aussi dans les promenades souvent tardives qu'il fait à peine né, avec ses parents, dans les estaminets.

Qui de nous n'a vu le samedi et le dimanche soir par la porte entr'ouverte des cabarets, de jeunes enfants assis sur les genoux de leurs parents, parfois suçant un sein tari, devant la table chargée de consommations, dans une atmosphère surchauffée et obscurcie par la fumée des pipes? Sortant de là, l'enfant se refroidit, contracte bronchite ou broncho-pneumonie et ne tarde pas à succomber.

Les assurances sur les enfants. — J'ai déjà signalé en 1902 dans un mémoire paru dans le *Bulletin de l'Université de Lille*, un fait sur lequel le professeur Budin a plus tard attiré l'attention à l'Académie de médecine et dont les pouvoirs publics se sont préoccupés depuis. « Je signale encore, écrivai-je, comme cause capable de favoriser la mortalité infantile, l'existence de sociétés d'assurances sur la vie dont les conditions peuvent inciter certains parents à sens moral atrophié, à négliger leurs enfants. »

Voilà un père de famille qui, pour une somme très modique, s'est assuré. Eh bien ! s'il a un enfant qui meurt en bas âge, dans la première année, il touche, même sans avoir assuré l'enfant, une somme variant de 20 à 40 francs.

J'en ai vu qui, ayant payé 0 fr. 20 à 0 fr. 40 pour assurer leurs enfants, les perdant à six semaines, se préparaient à toucher 18 francs.

Je dis qu'une telle assurance est immorale et je ne doute pas, comme me l'ont affirmé certains confrères exerçant dans des villages où de telles assurances sont prospères, je ne doute pas, dis-je, qu'elles n'encouragent certains parents dénués de sens moral, à laisser placidement mourir leurs enfants sans essayer de les sauver, en l'espoir d'un gain honteux. La misère est souvent bien mauvaise conseillère !

Les enfants illégitimes. — Ajoutons enfin à ces diverses causes la prostitution clandestine et l'union libre sitôt détruite dès qu'apparaît la grossesse. La fille-mère abandonnée, réduite à ses faibles ressources, aura encore bien plus de peine qu'une femme mariée pour nourrir elle et son enfant. Aussi la mortalité des enfants naturels est-elle énorme !

En 1900, il y a eu à Lille 7 254 enfants légitimes, 1 002 sont morts avant la première année, soit 13,8 p. 100.

La même année il y a eu 2 136 enfants illégitimes, sur lesquels 460 sont morts avant 1 an, soit 21,8 p. 100.

L'importance de ces différents vices alimentaires est variable. Quand l'enfant est au sein, exclusivement au sein, on ne peut à mon avis attacher une très grande importance aux erreurs qui portent sur la fréquence et la durée des tétées. Ces vices ont toujours existé. Plus encore qu'aujourd'hui les mères du commencement du XIXe siècle et celles des siècles passés abusaient des tétées répétées et données à satiété. Il n'y a pas vingt ans, même dans les classes élevées, on n'y prenait pas garde. Et cependant la mortalité des enfants au sein à cette époque, si je m'en rapporte aux statistiques, n'était pas plus élevée qu'à l'heure actuelle.

Mais je dois me hâter d'ajouter que dans la classe ouvrière le lait était sans doute meilleur car la femme, exclusivement mère, ne travaillait guère à l'usine.

On allaitait beaucoup plus au sein et les bons résultats apparents de l'allaitement au biberon ont fait certainement beaucoup de mal et ont été la cause de bien des morts. On a vu là un excellent moyen de se débarrasser d'un devoir pénible, attachant et qui s'opposait au travail. Vite on a substitué le biberon au sein et la mortalité infantile a augmenté.

D'un autre côté les conditions de l'existence sont devenues plus difficiles, la lutte pour la vie plus âpre, on a eu plus de besoins à satisfaire et l'on est obligé de retrancher sur l'alimentation de l'enfant : on allonge le lait.

La falsification et la fraude du lait ont fait d'immenses progrès. Pour satisfaire aux besoins croissants on excite la sécrétion lactée des vaches par des procédés dangereux ou coupables.

L'importance de ces vices alimentaires est manifestement démontrée par les statistiques. Ils préparent le terrain, le rendent plus apte à contracter des maladies, diminuent les défenses de l'organisme, celui-ci résiste mal et bien souvent il succombe.

Sur *tous* les athrepsiques que j'ai examinés, pas un seul n'avait été exclusivement nourri au sein d'une façon régulière.

24 p. 100 avaient été nourris au sein et au biberon.
30 — avaient été élevés au biberon.
37 — avaient été nourris au sein, au biberon, aux soupes et à d'autres aliments mal appropriés.

De même pour la diphtérie. Presque tous les enfants qui ont succombé dans mon service avaient eu une alimentation déplorable (69 p. 100). Il en est de même pour la rougeole ; 72 p. 100 avaient été mal alimentés.

Sur mes cas de broncho-pneumonie, je puis faire la même réflexion et je pourrais du reste généraliser car cette influence se retrouve dans presque toutes les affections.

Pour prendre des exemples, reportons-nous aux statistiques.

La mortalité infantile est surtout élevée dans la classe pauvre.

Quand la mère travaille à l'usine cette léthalité est de	34,3 p. 100.
Quand la mère travaille à l'atelier, elle est de	27,3 —
Quand la mère travaille chez elle, elle est de	14,6 —
Quand la mère n'a pas de profession, elle est de	4,4 —

Wintrebert a du reste démontré que la mortalité infantile de 0-1 an à Lille est bien plus élevée dans les quartiers pauvres que dans les quartiers riches.

Le tableau suivant en fait foi :

	Rues.	Naissances de 1873-1878.	Décès de 0-1 an 1873-1878.	Rapport.
Riches	Royale........	69	9	13,04 p. 100
	Jacquemars-Giel-lée..........	95	13	15,09 —
	des Robleds....	222	43	19,37 —
Pauvres	de la Vignette...	233	57	24,46 —
	des Etaques....	209	70	33,97 —
	de Julius.......	485	168	34,63 —

C'est sur un terrain ainsi préparé, aussi défectueux, que vont éclore et évoluer les maladies : gastro-entérite, bronchopneumonie, fièvres éruptives.

Vicié par l'hérédité, vicié par l'alimentation, vicié par le milieu dans lequel il vit, sans cesse exposé à la contagion, l'enfant ne saura résister, il succombera dans cette lutte. (*A suivre.*)

ANALYSES

MEDECINE EXPÉRIMENTALE

Tuberculose expérimentale du cœur et de l'aorte. (Léon Bernard et Salomon. *Revue de méd.*, 10 janv. 1905, n° 1, p. 49.) — Les lésions tuberculeuses de l'endocarde sont maintenant admises par tous les auteurs. Cependant dans les cas d'endocardite tuberculeuse primitive, les néoformations endocardiques, dues au bacille de Koch, peuvent se présenter comme des végétations fibrineuses banales, provoquées par d'autres microbes. C'est à la réalisation expérimentale de ces formes que se sont attachés les auteurs de ce mémoire.

Après injection intraventriculaire de 2 centimètres cubes d'émulsion du bacille de Koch, les auteurs ont constaté entre vingt et cinquante jours après des granulations ayant le type des granulations tuberculeuses intéressant l'endocarde, le myocarde et même le péricarde. Les granulations qui siègent sur l'endocarde sont constituées par un dépôt de fibrine renfermant dans ses mailles des lymphocytes et des bacilles de Koch; celles qui se trouvent sous le péricarde, dans le myocarde et sous l'endocarde, forment des nodules épithéliolymphocytiques avec ou sans cellules géantes.

C'est en raison de cette structure banale ne rappelant que très rarement la forme habituelle des néoplasies tuberculeuses et de la rareté des bacilles, que l'endocardite tuberculeuse a été si longtemps confondue avec les autres endocardites.

P. RAVAUT.

ANATOMIE

Contribution à l'étude de l'ossification dans les amygdales. [H. Halkin (de Liège). *Proc.-verb. de l'Acad. royale de méd. de Bruxelles*, 24 juin 1905.] — L'étude de l'ossification dans les amygdales est de date assez récente; sur cette matière, deux opinions se sont fait jour dans la science. La première attribue aux noyaux cartilagineux et osseux de la tonsille une origine inflammatoire, métaplasique; l'autre, qui compte le plus grand nombre d'adhérents, ramène le développement de ces productions à des restes du deuxième arc pharyngien et s'appuie principalement sur les recherches de Ruckert: les amygdales du fœtus et du nouveau-né lui ont donné dix-huit fois des îlots cartilagineux sur quarante-huit observations.

Ce mode d'ossification n'a pas été rigoureusement étudié jusqu'ici; l'auteur s'est proposé de combler cette lacune. Il a rencontré deux fois une anomalie de ce genre; le second cas surtout s'est bien prêté à un examen. Il résulte de ses investigations que l'ossification des noyaux cartilagineux, dans les amygdales, s'opère d'une manière indirecte, à peu près comme à l'état physiologique, bien qu'avec moins de régularité; elle est suivie d'une ossification périostique. Ces enclaves cartilagineuses sont bien des restes du deuxième arc pharyngien, et, à l'appui de cette assertion, M. Halkin invoque la présence, à l'amygdale droite, dans le tissu conjonctif de la base, entre les grosses travées osseuses et le tissu adénoïde, d'un petit kyste séreux, qui dépendrait de la deuxième fente pharyngienne, incomplètement oblitérée. Le tissu conjonctif profond n'offrait d'ailleurs aucun signe d'inflammation.

L'amygdale, chez le fœtus et chez le nouveau-né, renferme donc assez souvent des îlots cartilagineux, restes de transformations embryonnaires; d'autre part, elle est exposée, par sa situation et sa nature, à de nombreuses causes d'irritation. Elle se trouve donc dans les conditions qui, pour Cohnheim, sont particulièrement favorables au développement des tumeurs; et pourtant, si l'on en excepte les sarcomes et les carcinomes, elles ne se montrent que très exceptionnellement dans la tonsille. L'auteur ne veut pas exagérer l'importance de ce rapprochement, qui ne plaide pas cependant en faveur de la théorie de Cohnheim. Nous rappellerons ici qu'un fibro-enchondrome de l'amygdale a été signalé par Bottini (*Gaz. degli ospedali*, 1885, n° 13).

L. GAYARD.

THÉRAPEUTIQUE

Le bain carbo-gazeux. (Mougeot. Th. de Paris, 1905; J. Rousset, édit.) — Le bain carbo-gazeux est un procédé hydrothérapique puissant qui, chez l'homme sain, élève la tension artérielle, diminue la fréquence du pouls, augmente la ventilation pulmonaire, les échanges gazeux respiratoires et les oxydations : il accroît la diurèse et les autres sécrétions, et les forces musculaires. Aussi est-il particulièrement indiqué dans le traitement des cardiopathies organiques. Inutile chez les grands asystoliques, dangereux chez les artério-scléreux avancés, chez les malades atteints d'angor pectoris ou d'ectasie aortique, il réussit surtout chez les valvulaires en état d'hyposystolie. On l'a aussi employé avec succès dans d'autres affections que les affections circulatoires : le tabes, le goitre exophtalmique, la neurasthénie, l'obésité, la goutte et le diabète.

L. BABONNEIX.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DES BRULURES

L'essence de géranium est utilisée comme antiseptique dans le traitement des brûlures, d'après la formule de Lucas-Championnière et André :

Essence de géranium........	xv gouttes.
— verveine.........	xv —
— thym............	xv —
— d'origan...........	xv —
Microcidine................	0,30 centigr.
Vaseline blanche stérilisée...	100 grammes.

(Courtois-Suffit et Lafay.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 107. — JEUDI 21 SEPTEMBRE 1905. 78e ANNÉE. JEUDI 21 SEPTEMBRE 1905. — N° 107.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
La mortalité infantile. Ses causes. Les moyens de la combattre (fin), par M. G. Carrière.
VARIÉTÉS
Les embaumements par le procédé des Gannal, par M. Léon Imbert.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
ANALYSES
Médecine : Le séro-diagnostic dans les affections tuberculeuses chirurgicales.
Chirurgie : Nouvel instrument pour faciliter la pose d'un appareil plâtré dans les fractures du fémur.
Anatomie pathologique : Le tube contourné du rein; étude histologique, anatomo-pathologique, expérimentale.
NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)
Formes cliniques de la tuberculose intestinale (fin).
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'externat en médecine.* — Le concours de l'externat a commencé lundi soir.

Le jury s'est divisé de la façon suivante : *Pathologie*, MM. Macé, Bourgeois, Lapointe, Griffon. Séances les lundis, mercredis, vendredis, à quatre heures et demie, rue des Saint-Pères, 49; *Anatomie*, MM. Dujarrier, Rist, Baudet, Gandy. Séances les mardis, jeudis, samedis, à quatre heures et demie, rue des Saint-Pères, 49.

Ordre de passage :

Pathologie. — *Candidats militaires.* — Première moitié, de M. Benassy à M. Guinet; deuxième moitié, de M. Gutmann à M. Wallimann.

Candidats non militaires. — Deuxième moitié de la liste, deuxième série, de M. Pimpaneau à M. Yatrou; première série, de M. Jacobée à M. Pillet.

Première moitié, première série, de M. Abeille à M. Defaux; deuxième série, de Mlle Defiol à M. Jacobée.

Anatomie. — *Candidats militaires.* — Deuxième moitié, de M. Gutmann à M. Wallimann; première moitié, de M. Benassy à M. Guinet.

Candidats non militaires. — Première moitié, première série, de M. Abeille à M. Defaux; deuxième série, de Mlle Defiol à M. Jacobée.

Deuxième moitié, deuxième série, de M. Pimpaneau à M. Yatrou; première série, de M. Jacobée à M. Pillet.

GUERRE. — Par décision du 3 septembre 1905, M. le médecin aide-major de première classe Taillade a été inscrit d'office à la suite du tableau d'avancement, pour médecin-major de deuxième classe (faits de guerre au Sahara).

Ier CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE (*Bruxelles, 18-23 septembre 1905*). — Le Ier Congrès de cette Société, fondée il y a trois ans et qui compte déjà sept cents membres, s'est ouvert lundi à Bruxelles au palais des Académies, sous la présidence d'honneur de M. le baron Van der Bruggen, ministre de l'Agriculture.

Des discours ont été prononcés par le président d'honneur, par le professeur Depage, au nom de la Société belge de chirurgie, et enfin par le professeur Kocher (de Berne), président effectif du Congrès, qui a fait un remarquable exposé des progrès accomplis dans la chirurgie du cancer et du programme de la lutte anticancéreuse qu'ont si bien commencée les Allemands et qu'il propose à la Société internationale de chirurgie d'organiser et de continuer.

Le Congrès commence ensuite la discussion des rapports sur les questions mises à l'ordre du jour.

Nous en publierons le résumé dans notre prochain numéro.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA TUBERCULOSE (*Paris, 2-7 octobre 1905*). — Le 2 octobre prochain s'ouvriront à Paris, au Grand-Palais, les « Assises internationales » de la tuberculose, sous la présidence effective du président de la République.

L'organisation de la grande « semaine antituberculeuse » est à peu près terminée.

Le Congrès se divise en quatre sections : pathologie médicale, sous la présidence du professeur Bouchard; pathologie chirurgicale, président professeur Lannelongue; préservation et assistance de l'enfant, président professeur Grancher; préservation et assistance de l'adulte, sous la présidence double du professeur Landouzy et du sénateur Paul Strauss.

Les quatre sections, autonomes, fonctionneront simultanément, chacune chez elle, à proximité l'une de l'autre cependant, afin de faciliter l'évolution des congressistes.

Elles auront devant elles sept séances de travail : le mardi 3,

matin et après-midi; le mercredi 4, deux séances; le vendredi 6, deux séances; et le samedi 7, séance du matin. Ces sept réunions leur permettront d'épuiser la discussion des rapports et d'assurer la présentation des nombreuses communications déjà annoncées (au nombre de 250, à ce jour).

Au sujet des communications, il est utile de rappeler aux membres du Congrès : 1° qu'il faut être membre *titulaire*, c'est-à-dire *avoir versé* ses 25 francs, pour pouvoir faire inscrire sa ou ses communications et prendre la parole en séance; et 2° que toute communication dont le *titre* exact et le *résumé* (12 lignes environ de texte d'imprimerie) seront parvenus au secrétariat général *avant le 20 septembre* jouira du double avantage suivant : figurer au programme du Congrès et à l'ordre du jour de la section, et avoir droit à un *résumé imprimé* qui sera distribué aux membres du Congrès avant la séance; cette manœuvre facilitera grandement, aux yeux des étrangers, la discussion et le vote d'un *vœu* par la section, pour peu que la communication comporte une telle consécration.

Chaque congressiste recevra : 1° un volume des 46 rapports; 2° un résumé en trois langues (français, allemand, anglais) de ces 46 rapports; 3° un guide du congressiste; 4° un catalogue du Musée international de la tuberculose et de l'Exposition internationale ouverte pendant le Congrès au Grand-Palais; 5° un volume des comptes rendus des travaux du Congrès. Enfin un élégant insigne dû au maître Vernon.

A côté des journées réservées aux discussions scientifiques, un certain nombre de jours seront consacrés à la visite des établissements d'assistance, de bienfaisance, d'hygiène, d'art vétérinaire situés à Paris et *hors Paris*. Ces visites, alternant avec les réceptions à l'Élysée, à l'Hôtel de Ville, etc., donneront un attrait tout particulier au Congrès.

— Rappelons que les congressistes pourront profiter de la réduction de 50 p. 100 sur les chemins de fer français et de 30 p. 100 sur les compagnies de navigation française.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives générales de médecine. — (N° 37, 12 sept. 1905.) CARRIÈRE : Du rôle de la ponction lombaire dans le traitement de l'urémie nerveuse. — GODLEWSKI et J. MARTIN : Adhérences péritonéales simulant des affections abdominales typiques. — GRENET : Traitement de la chorée de Sydenham.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 9, 8 sept. 1905.) ROCHARD : Du traitement de l'érysipèle à l'aide du sérum prélevé chez les convalescents de cette maladie. — POUCHET : L'iode et les iodiques (*suite*). — (N° 10, 15 sept.) POUCHET : L'iode et les iodiques (*suite*). — COROMILAS : Influence des préparations sulfo-carbonées dans la tuberculose pulmonaire.

Bulletin médical. — (N° 70, 13 sept. 1905.) CHAVANNAZ : Les kystes du parovaire à pédicule tordu. — DE ROUVILLE : A propos de tumeurs volumineuses. — (N° 71, 16 sept.) DIEULAFÉ : Topographie de l'hiatus sacré. Applications chirurgicales. — CHEVALLEREAU : L'ophtalmologie dans la pratique journalière (*suite*). — BRINDEAU : A propos de la prophylaxie de la mortalité infantile.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIII, n° 9, 31 août 1905.) T. J. FOLEY : Le syndrome de Stokes-Adams; deux observations nouvelles avec un bref résumé de la littérature de la question. — Christopher GRAHAM : Ulcère et cancer de l'estomac. Leurs rapports réciproques. — George M. PARKER : Etude sur les anomalies psychologiques. — Charles E. DURANT : Ce que les chirurgiens des hôpitaux suburbains font comme chirurgie abdominale, et comment ils la font (*fin* du n°8, p. 220).

Écho médical du Nord. — (N° 37, 10 sept. 1905.) H. FOLET : Mystéomes traumatiques. — BUTRUILLE : Observation de corps étranger (biberon) dans le gros intestin. — (N° 38, 17 sept.) P. VANSTEENBERGUE et M. BRETON : La leucocytose digestive, sa valeur diagnostique. — F. CURTIS : Méthodes de coloration électives du tissu conjonctif.

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 91, 30 juillet 1905.) A. TESTI : Pancréatite primitive bénigne. — FASOLI : Altérations anatomiques dans l'infection par trypanosome. — Giovanni MORI : Un cas de priapisme permanent. — Marco SCIALERO : L'action qu'exercent les poisons tuberculeux sur le développement de certaines moisissures. — Giambattista BAGLIONI : Un cas de chorée minor guéri par l'aspirine. — Angelo FRATTINI : Un cas d'empoisonnement aigu mortel par la quinine. — (N° 94, 6 août.) G. SAVESTRONI : Une forme rare de pneumonie hémorragique à évolution prolongée chez un cardiaque. — Raffaele CECCA : Sarcome endothélial mélanique primitif des glandes lymphatiques. — Amedeo GASPARINI : A propos de certains cas de tuberculose pulmonaire traités par le sérum de Maragliano et par l'hémo-antitoxine. — Michele LANDOLFI : La gélatine dans le traitement des hémorragies et des anévrismes. — A. CAMPANI et TACCHINI : Le chloroforme dans l'infection du sang par les diplocoques et dans la tuberculose expérimentale. — (N° 97, 13 août.) A. ROSSI : La signification des bruits cardiaques soufflés qui se manifestent dans le rhumatisme polyarticulaire aigu. — Stefano REBAUDI : La levulosurie alimentaire dans les maladies infectieuses. — Ferruccio BINDI : Contribution clinique et histogénétique à l'étude du cancer primitif du foie. — Prof. Dario MARAGLIANO : Le diagnostic du carcinome gastrique au moyen des précipitines. — E. U. FITTIPALDI : Un élément morphologique du sédiment urinaire non différencié encore. — (N° 100, 20 août.) Silvestri TORINDO : Les nucléoprotéides dans l'étiologie de la cirrhose. — Ettore TEDESCHI : A propos d'un cas de méningite tuberculeuse. — Amerigo BARLOCCO : Ascites opalescentes pseudochyleuses. — G. GUYOT : Certaines formes dégénératives des globules blancs du sang et leurs rapports avec la formation de ce que l'on appelle la membrane phlogistique. — C. CANESTRO : Application d'une réaction chimique au cytodiagnostic des épanchements. — Ovidio BELLUCCI : Un cas rare de luxation sous-conjonctivale du cristallin. — Giuseppe MORESCO : Un cas d'anomalies génitales avec rein atrophique. — (N° 103, 27 août.) C. TARCHETTI : La maladie du sommeil. — E. LEONARDI : Influence du froid et de la chaleur sur le développement de certaines maladies. — Alvise DAL VESCO : Contribution aux observations de suture secondaire des nerfs. — (N° 106, 3 sept.) F. FIGARI : Les moyens de défenses naturels et artificiels de l'homme contre l'infection tuberculeuse. — A. ROSSI : Péritonite par propagation au cours de la fièvre typhoïde. — Amerigo BARLOCCO : Pleurésie au cours de l'infection typhique. — Artemio MAGRASSI : La cure radicale ambulatoire de l'hydrocèle. — G. GUYOT. Observations expérimentales sur la guérison des pleurésies inflammatoires. — E. SAMELE : Un cas de septicémie colibacillaire par les huîtres. — Maladie de Basedow et organo-thérapie. Phénomènes douloureux et radiothérapie.

(Voir la suite, p. 1282.)

LA MORTALITÉ INFANTILE

SES CAUSES — LES MOYENS DE LA COMBATTRE (1)

Par le docteur G. CARRIÈRE,
Agrégé, chargé du cours de clinique médicale infantile
à l'Université de Lille.

III

Moyens de combattre la mortalité infantile. — Maintenant que nous connaissons le mal et ses causes, luttons contre elles pour le combattre. Nous devrons nous proposer, pour y arriver, les buts suivants :

I. Améliorer l'hérédité;
II. Entraver l'augmentation croissante des enfants naturels;
III. Assister la femme enceinte;
IV. Assister l'accouchée et la mère;
V. Veiller sur l'enfant dont la mère est obligée de se séparer;
VI. Instruire les masses, les éduquer, leur apprendre comment on élève un enfant.

Envisageons les moyens de réaliser ces divers desideratas.

I. *Améliorer l'hérédité* : c'est là un problème bien difficile, pour ne pas dire impossible, à résoudre. Pouvons-nous exiger la sélection des générateurs comme le veulent Ollive et Smidt? Pouvons-nous exiger le certificat de santé comme condition *sine qua non* du mariage? Ce me semble impossible.

La sélection est à mon avis impossible parce que nous ne pouvons déceler à coup sûr l'alcoolisme, la tuberculose ou la syphilis, facteurs principaux, nous l'avons vu, de cette hérédité viciée. Il faut presque toujours qu'on nous avoue l'alcoolisme et la syphilis pour que nous les reconnaissions. Or si on ne nous les avoue pas, comment faire? Et quel est l'homme qui, sachant que cet aveu l'empêchera de se marier, quel est l'homme, dis-je, qui ira se condamner au célibat en avouant?

Quant à la tuberculose elle peut être latente, larvée, sans que nous la reconnaissions. Il faut déjà que les lésions soient bien profondes pour que nous puissions affirmer leur existence!

Et d'autre part quel est le médecin qui consentira à violer le secret professionnel en déclarant que son malade a eu la syphilis, qu'il est tuberculeux, qu'il est alcoolique?

Et puis enfin les gens privés du mariage par cette nécessité du certificat de santé pour contracter le mariage légal, que vont-ils devenir? Ils s'uniront librement et quelle en sera la résultante? L'augmentation des naissances illégitimes, l'augmentation des enfants naturels, ceux qui fournissent le plus large tribut à la léthalité infantile : ce sera pis que le mal actuel.

Ne pouvant lutter contre ce premier facteur, nous serons obligés de diriger nos efforts contre les maux eux-mêmes. Nous devrons lutter contre l'alcoolisme, la syphilis et la tuberculose par des méthodes et des mesures que je n'ai pas à étudier ici. Par une lutte énergique et soutenue contre ces trois fléaux, même en admettant que nous ne faisions rien autre chose, je suis absolument convaincu que notre action sur la diminution de la léthalité infantile sera vraiment énorme.

II. La mortalité étant considérable parmi les enfants naturels, nous devrons essayer de *diminuer autant que possible le nombre des naissances illégitimes*. Nous y pouvons parvenir par des lois. Aux Etats-Unis la loi punit le séducteur à l'égal du voleur ou du faussaire. Pourquoi n'agirions-nous pas comme les Américains, ce serait là, suivant l'expression de Paul Bourget, « une de ces révolutions de mœurs aussi fécondes, aussi intelligentes et aussi saines que les révolutions politiques sont vaines, imbéciles et inintelligentes. »

III. *L'assistance de la femme enceinte* constituera le troisième terme de notre action combative. Les mauvaises conditions hygiéniques de la mère pendant la grossesse amènent l'avortement, la naissance avant terme ou donnent des enfants débiles. On a créé pour remédier à cette influence néfaste des refuges-ouvroirs pour les femmes enceintes. Il en existe à Paris, à Lyon, à Nantes. Toutes les femmes enceintes y sont admises. Elles y sont sous la surveillance d'un médecin qui les surveille, prévient les accidents. Elles y couchent, y mangent, y travaillent pour leur compte à des ouvrages faciles et non fatigants procurés par le refuge : elles amassent ainsi sans surmenage un petit pécule qui leur servira dans la suite.

Ces tentatives sont admirables et bien dignes d'être encouragées. Ces refuges sont d'une utilité indéniable, surtout pour les filles-mères auxquelles ils assurent un repos moral et matériel indispensable pour mener à bien leur grossesse.

Malheureusement beaucoup de femmes ne se décideront pas à y entrer.

Les femmes mariées d'abord et surtout celles qui ont déjà des enfants refuseront de quitter le foyer où l'homme resterait seul et les enfants ont besoin de leurs soins. Ces objections sont des plus louables et on ne saurait les combattre. A celles-là il faudrait donner l'assistance à domicile de façon à leur permettre de ne pas se surmener pendant les derniers mois de leur grossesse. Cette assistance pourrait être faite par les bureaux de bienfaisance dans une section spéciale dite assistance aux femmes enceintes. Dans ce but l'administration de ces bureaux pourrait faire appel aux pouvoirs et surtout à l'initiative privée. La femme enceinte, après enquête sur la situation de la famille, sur ses moyens d'existence, sur la profession du père, la femme enceinte, dis-je, aurait droit à une assistance proportionnelle.

Mais d'un autre côté certaines ouvrières ne voudront pas abandonner l'usine lorsqu'elles seront enceintes, craignant d'être définitivement congédiées par leurs patrons. Ne pourrait-on pas obtenir des industriels la promesse de reprendre la mère au moment voulu

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 106, p. 1263.

après la naissance de l'enfant? Ce ne me semble pas impossible! c'est une question de bonne volonté.

Enfin il me paraît utile de multiplier les consultations gratuites pour les femmes enceintes. Là elles recevraient des conseils judicieux pour mener à bien leur grossesse.

IV. *L'assistance à la mère* est tout aussi nécessaire. Il faut tout d'abord que l'accouchement se passe bien. Ici encore les bureaux de bienfaisance et l'assistance médicale gratuite pourraient donner de merveilleux résultats.

Mais c'est surtout après la naissance que la mère doit être assistée, surveillée. C'est à ce moment surtout qu'on doit lui prêter main-forte. Sans doute il existe de nombreuses maternités dont le fonctionnement est parfait et où la mortalité infantile est infinie par rapport à ce qu'elle est au dehors.

Malheureusement on ne peut, du fait de l'encombrement, garder les mères autant qu'il le faudrait. Et du reste même en multipliant ces maternités de manière à permettre aux mères d'y rester plus longtemps, malgré tout on ne pourra obliger toutes les mères à y entrer. Comme nous le disions tout à l'heure à propos des refuges-ouvroirs, la mère de famille ne pourra consentir à abandonner derrière elle son mari et ses enfants. On ne peut la contraindre à ce sacrifice. C'est pourquoi l'assistance médicale gratuite et l'assistance par le bureau de bienfaisance devront s'étendre largement et parer à cette éventualité.

Un célèbre manufacturier de Mulhouse ayant constaté que la mortalité infantile chez ses ouvrières était énorme lorsqu'elles reprenaient trop vite le travail après leurs couches leur assura le salaire pendant les cinq semaines qui suivaient l'accouchement : la mortalité infantile tomba de 40 p. 100 à 25 p. 100.

La loi allemande de 1898 s'est inspirée de cette expérience.

En Suisse la loi du 23 mars 1877 interdit de faire travailler les femmes pendant huit semaines avant et après les couches.

Sans demander aux industriels la générosité d'un Dolfus, il me paraît qu'on pourrait exiger d'eux qu'ils réservent leur place aux ouvrières qui viennent d'accoucher en leur donnant un congé de cinq-six semaines. L'assistance publique ou privée veillerait de son côté à l'entretien de cette femme pendant cette période.

Il existe déjà des œuvres qui poursuivent ce but, malheureusement leurs ressources limitées brident leur extension. Les unes n'assistent ni les primipares ni les filles mères; les autres n'assistent que pendant un laps de temps très court; les autres ne donnent qu'une assistance insuffisante. L'éparpillement des forces et des efforts nuit à l'utilité de ces œuvres qui seraient plus actives si elles étaient unies, fédérées, synthétisées.

En résumé, *nous demandons pour l'ouvrière qui vient d'accoucher un repos de cinq-six semaines pendant lequel elle puisse se consacrer entièrement à son enfant, repos pendant lequel elle doit être assistée, si une enquête sincère prouve qu'elle a besoin de cette assistance; et à la fin duquel elle sera sûre de reprendre sa place à l'usine ou à l'atelier.*

V. Malgré tout, au bout d'un certain temps, la mère doit pouvoir retourner au travail car l'assistance qu'on pourra lui donner, suffisante pour elle et son enfant, sera souvent insuffisante si la famille est nombreuse, si l'homme vient à tomber malade.

C'est alors que doit s'exercer la surveillance de la Société, l'aide, l'assistance à l'enfant.

Il est urgent qu'en l'absence de la mère, cet enfant soit confié en des mains sûres.

C'est ici que nous abordons la question des crèches.

Quelques rares industriels du Nord (M. Thiriez à Loos, par exemple) ont créé auprès de leur usine des crèches où les mères peuvent laisser leurs enfants et peuvent, à certaines heures, venir les allaiter.

C'est là une excellente mesure philanthropique qui devrait se généraliser. Le seul reproche qu'on peut leur adresser, c'est que les parents, pour amener leurs enfants à l'usine, sont obligés de leur faire faire matin et soir un trajet plus ou moins long qui, dans la mauvaise saison, ne sera pas sans danger. C'est un reproche appréciable, mais auquel on pourrait facilement remédier en conseillant aux parents de loger auprès de l'usine, dans des cités construites au voisinage de celles-ci.

Il est certain que dans ces conditions la crèche d'usine serait l'un de nos meilleurs moyens dans la lutte contre la mortalité infantile et mériterait tous les encouragements des pouvoirs publics.

La création de crèches municipales de quartier est justiciable du reste du même reproche et de plus, en semblable circonstance, la mère ne pourra pas, entre temps, venir allaiter son enfant, ce qui est un inconvénient fort sérieux. Elles ne sont pas recommandables.

Quoi qu'il en soit on peut souvent adresser aux crèches un reproche général, celui d'être mal dirigées par des personnes non compétentes. Aussi les fautes alimentaires y sont-elles fréquentes et je connais telle crèche de Lille dont proviennent les trois quarts des athrepsiques de mon service! Il est urgent que la direction de ces crèches soit confiée à des personnes ayant des connaissances simples mais précises sur l'hygiène infantile, et les directrices devraient avoir suivi quelques cours simples analogues à ceux que l'on fait dans les écoles d'infirmières, devraient posséder un véritable livret de capacité.

Il est un autre reproche qu'on adresse aux crèches : celui de favoriser la dissémination des épidémies de fièvres éruptives, grippe, bronchite, angine, etc. Ce reproche est parfaitement justifié. On pourrait parer à cet inconvénient :

1° En créant des crèches de peu de lits seulement (20 au plus);

2° En confiant la surveillance de ces crèches à un médecin qui y ferait chaque matin la visite, surveillerait les enfants, décèlerait de bonne heure toute maladie, isolerait les malades et donnerait aux mères, en quelques mots, d'utiles conseils sur l'hygiène infantile.

Ce que nous demandons avec insistance, c'est la suppression de ces gardeuses d'enfants, de ces soigneuses comme on les appelle dans le Nord, auxquelles les mères confient leurs enfants pendant les heures d'usines. Maritornes dégoûtantes et sales, imbues de préjugés dangereux, ignorantes des moindres règles de l'hygiène des enfants, ce sont elles qui causent pour une bonne part la léthalité infantile élevée de notre région. Qu'on les supprime et qu'on exige de toute nourrice, de toute femme désireuse de soigner et de garder les enfants qu'on ne confiera pas à la crèche, le brevet de capacité dont nous parlions tout à l'heure.

Nous demandons avec insistance l'application étroite de la loi Roussel en la modernisant dans le sens qu'indiquait M. Porak à l'Académie de médecine : « Tout enfant âgé de moins de deux ans, qui est placé moyennant salaire hors du domicile de ses parents, devient par ce fait l'objet d'une surveillance de l'autorité publique ayant pour but de surveiller sa vie et sa santé. »

Il y aurait même lieu d'étendre cette surveillance en spécifiant : « Tout enfant qui sera confié à la garde d'une personne étrangère à la famille sera soumis à la surveillance. »

Et même d'exiger cette inspection pour tous les enfants des familles assistées par le bureau de bienfaisance.

Malgré tous nos efforts, bon nombre de mères ou n'auront pas de lait, ou n'en auront pas suffisamment pour pouvoir allaiter leurs enfants. Il sera donc nécessaire de les aider. Cette assistance par le lait ne sera pas faite à la légère : nombre de mères renonceraient facilement à l'allaitement maternel pour avoir recours à ce secours.

L'assistance par le lait ne doit être faite qu'après avis du médecin de la crèche, du médecin des bureaux de bienfaisance ou de celui des consultations.

Ici j'aborde la question des Gouttes de lait et des consultations de nourrissons. Ces œuvres sont dignes de tous éloges. On leur a fait des critiques ; à quelle œuvre n'en fait-on pas? Je n'ai pas l'intention de les exposer. Malgré tout la différence entre ces deux institutions n'est point aussi considérable qu'on l'a dit et si l'on a pu faire à quelques Gouttes de lait le reproche de faire oublier l'allaitement maternel et de favoriser l'allaitement artificiel, c'est que ces Gouttes de lait avaient dévié de leur orientation primitive. Le seul reproche possible c'est que la création de ces œuvres multiples dans une même ville a peut-être éparpillé les efforts, or on aurait obtenu sans doute de meilleurs résultats en les concentrant et en faisant œuvre unique.

Déjà les bureaux de bienfaisance avaient des distributions de lait. N'eût-il pas mieux valu perfectionner ces distributions, les transformer même à la rigueur? Le bureau de bienfaisance est l'arme principale de l'assistance charitable de la société ; c'est à lui que revient cette tâche de l'assistance infantile. Il a déjà, nous dira-t-on, de bien lourdes charges ! Je l'admets, mais je ne vois pas que cela lui en crée de nouvelles.

Les locaux, il les a. Le lait, il le distribue déjà. Le personnel, il le possède.

J'y vois même une économie en ce sens qu'avec une surveillance ainsi faite on ne dispenserait pas à tort et à travers des bons de lait à des mères qui pourraient nourrir.

Seul le nombre des enfants à assister augmenterait.

Mais cette branche d'assistance nouvelle attirerait sans aucun doute des souscriptions nouvelles ; l'État, les conseils généraux, les municipalités augmenteraient sans aucun doute leurs dotations. Enfin ne serait-il pas loisible à cette administration de tirer un avantage de la surveillance qu'elle exercerait sur le lait en vendant ce lait à petit bénéfice aux particuliers qui, sûrs d'être bien servis, s'empresseraient d'y accourir ?

Et maintenant comment installer cette œuvre d'assistance aux nourrissons?

Trois pièces seulement sont nécessaires :

1° La salle d'attente bien aérée, chauffée en hiver, meublée de quelques bancs. Les murs seront couverts de pancartes instructives en ce qui concerne l'hygiène du nourrisson.

2° La salle de consultation meublée de quelques chaises et de deux tables. Sur l'une d'elles la bascule. L'autre sera réservée au médecin et à son aide. On y placera en des tiroirs les fiches d'observation des nourrissons auxquelles seront joints des graphiques du poids (modèle Budin) avec la courbe schématique de Sutils.

On aura enfin des cartes-fiches à remettre à la mère où sont marqués le poids de l'enfant et l'alimentation à donner à l'enfant dans le cours de la semaine.

Enfin on y placera soit l'appareil de Gerber, soit le cryoscope, soit le lactoscope ainsi qu'un microscope, instruments destinés à examiner rapidement le lait de la mère;

3° La laiterie où l'on distribuera le lait stérilisé placé dans des bouteilles, pur ou coupé, à des titres divers. Le tout est placé sur des étagères. D'autres étagères serviront à placer les bouteilles vides que chaque jour rapporteront les mères. On y distribuera biberons et tétines. Le biberon est une simple bouteille graduée, la tétine celle de Gentils. A cette laiterie sera jointe une annexe où on lavera les bouteilles.

Le lait sera examiné chaque jour par le pharmacien du bureau de bienfaisance.

La stérilisation sera faite sous sa surveillance par un des nombreux procédés actuellement en cours que je n'ai pas à décrire ici. Je me contente de dire que depuis 1900, dans mon service d'hôpital, je fais stériliser le lait par l'addition d'eau oxygénée suivant le procédé que j'ai décrit dans une communication faite à l'Académie de médecine. Ce procédé me réussit merveilleusement et ne nécessite aucune instrumentation.

Comment fonctionnera cette installation? Le personnel sera restreint ; un médecin avec un assistant, une aide pour la consultation, une aide pour la distribution du lait. Chaque semaine, à heures fixes, les mères amènent leurs nourrissons. Dès leur entrée un examen rapide permettra de s'assurer qu'ils n'ont

pas d'affection contagieuse. Dans le cas contraire on les renverrait à la consultation hospitalière, où là on leur remplirait une fiche qu'on leur remettrait.

A leur tour les nourrissons sont amenés dans la salle de consultation. On les pèse. Le médecin les examine, note le poids, la courbe; interroge la mère; lui donne les prescriptions nécessaires en examinant rapidement son lait. On inscrira ces prescriptions sur la fiche qu'on remettra à la mère. En adressant aux mamans quelques compliments ou quelques légers blâmes le médecin stimulera leur émulation.

Aux nouvelles venues on remettra un court catéchisme des soins à donner à l'enfant.

Pour stimuler encore plus l'émulation maternelle on donnera des encouragements aux plus méritantes : gratifications, bons d'aliments, layettes, etc.

Les jours suivants la mère munie de sa fiche n'aura qu'à toucher son lait à la laiterie.

Le professeur Budin a apporté, à l'appui de l'utilité de ces consultations de nourrissons, les résultats de son expérience.

Sur 712 enfants sevrés depuis 1898, 26 seulement ont succombé, ce qui fait une léthalité de 46 p. 1000, alors que la mortalité générale de Paris est de 178 p. 1000. La mortalité pour affections du tube digestif étant à Paris de 69 p. 1000, celle des enfants sevrés à la clinique Tarnier a été de 0.

Ces chiffres se passent de commentaires!

VI. Enfin nous l'avons dit la mortalité infantile tient aux vices alimentaires. Ces vices alimentaires sont la conséquence de la fraude et de l'ignorance. Il faut inculquer aux mères les notions élémentaires mais nécessaires, indispensables de l'hygiène infantile.

Pour ce faire qu'on ait recours à la réclame par voie d'affiche, à l'éducation scolaire, aux consultations gratuites pour enfants, aux visites d'assistance.

Pour lutter contre la première, nous possédons des lois : qu'elles ne restent pas lettre morte! qu'on les applique énergiquement et sans faiblesse en augmentant encore les peines appliquées à ceux qui fraudent le lait, l'altèrent, et livrent à la consommation un poison plus terrible que tous les autres parce qu'il est absorbé avec confiance.

Qu'une surveillance active et efficace s'exerce sur les laiteries, les laitiers et le lait!

Perfectionnons l'enseignement de la clinique médicale infantile.

Enseignons aux sages-femmes les règles de l'hygiène de l'enfant.

Contre l'ignorance des masses ayons recours à la réclame par voie d'affiches, à l'instruction des enfants, à celle des parents.

Faisons savoir aux parents par l'affiche, que c'est vouer les enfants à la mort que de leur donner du mauvais lait, de leur donner d'autres aliments que le lait, de les exposer au froid, de les traîner d'estaminets en estaminets. Apprenons-leur par cette voie que le lait de la mère seul suffit pour éviter toute maladie, et que c'est tuer un enfant de lui donner à téter à chaque instant, trop longtemps et sans soin.

Dans les écoles il serait utile d'apprendre aux enfants et surtout aux fillettes, les grandes règles d'hygiène infantile par les leçons, les dictées, les narrations, etc.

Cela n'a rien de choquant et serait bien plus utile que de savoir en quelle année Louis XI est monté sur le trône de France. Il serait même possible d'annexer aux écoles des petites crèches ou les fillettes apprendraient leur futur rôle de maman.

Pour arriver à ce résultat il serait nécessaire d'enseigner aux institutrices les grandes règles d'hygiène et de faire quelques conférences dans les écoles normales. C'est ce qu'a fait le professeur Budin.

Il serait également nécessaire d'obtenir des sages-femmes, qu'elles enseignent à leurs accouchées les saines notions hygiéniques au lieu de leur inculquer des préjugés antiques et malfaisants. A Lausanne, les sages-femmes, même lorsqu'elles sont installées, sont obligées d'assister chaque année à une série de conférences sur l'hygiène de l'enfance.

Pourquoi n'aurait-on pas en France les mêmes exigences?

Nous-mêmes, médecins, nous ne devons jamais perdre l'occasion de fixer patiemment l'attention des mères à ce sujet. Je le fais plusieurs fois chaque jour à ma consultation gratuite.

Que les dames assistantes ou patronesses après avoir acquis ces connaissances en des conférences qui leur seraient faites par des médecins les disséminent dans leur entourage et dans les milieux qu'elles assistent : c'est ce que font les « mères d'honneur » de Francfort-sur-le-Mein. Chaque dame surveille une dizaine de nourrissons. Une fois par semaine elles se rendent chez les nourrices qui leur ont été signalées par le bureau de bienfaisance. Elles se rendent compte de la santé de l'enfant, veillent à ce qu'on le nourrisse bien, à ce qu'on ne lui donne pas d'aliments dangereux, à ce qu'on l'habille bien, à ce qu'on le tienne proprement. En récompense elles donnent aux nourrices qui s'acquittent bien de leur tâche, des secours en argent ou en nature.

« Cette éducation des familles, dit Haushalter, est lente à faire. Il faut continuellement et patiemment répéter toujours les mêmes conseils, montrer les dangers des préjugés etc. On arrivera ainsi à modifier peu à peu les idées des mères, à la longue elles reconnaîtront les bons effets; à la longue de nouvelles traditions plus saines s'établiront. »

VII. Enfin nous avons vu quelle était l'importance malfaisante du milieu dans lequel vit l'enfant. L'encombrement des immeubles, leur mauvaise aération, sont, nous l'avons dit, l'une des causes importantes de la léthalité infantile. Ce sont aussi, nous l'avons soutenu jadis à l'Académie de médecine, les causes principales de la mortalité tuberculeuse.

Pour faire œuvre utile et atteindre à la fois la tuberculose et la mortalité infantile, il serait donc nécessaire de mettre en action les lois de salubrité publique et l'inspection hygiénique des immeubles et locaux insalubres, de publier chez nous les *Public Acts* des Anglais qui, à eux seuls, ont enrayé si efficacement l'invasion de la tuberculose.

La mortalité infantile est la conséquence de mau-

vaises conditions sociales, combattons-la par des mesures sociales. Agir autrement, n'envisager qu'une seule des causes de cette mortalité, c'est faire œuvre utile, mais tout à fait insuffisante.

« L'avenir d'un pays, dit Barthès, est entièrement lié à ce problème de la diminution de la mortalité infantile et exige le concours de toutes les bonnes volontés. » Nous, médecins, ne lui marchandons point les nôtres.

VARIÉTÉS

LES EMBAUMEMENTS PAR LE PROCÉDÉ DES GANNAL

Par M. le docteur Léon IMBERT,
Professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Marseille.

Dans sa très intéressante biographie des Gannal, M. Toulouze, administrateur à la Société historique du VIe arrondissement, fait l'éloge du procédé d'embaumement employé par eux : « On connaît, dit-il, les merveilleux résultats que Gannal, le père, a obtenus avec ses procédés pour l'embaumement et la conservation des cadavres par injection, invention qui a rendu de si grands services aux étudiants des amphithéâtres de dissection, en leur permettant de travailler sans aucun danger les cadavres destinés aux études anatomiques. » Les lecteurs de la *Gazette* ne m'en voudront pas, je l'espère, de revenir en quelques lignes sur ce petit point d'histoire et de rappeler brièvement de quelle façon fut accueillie par l'Académie de médecine la méthode des Gannal.

Nous sommes en 1847; Adolphe Gannal n'ayant passé sa thèse qu'en 1854, d'après M. Toulouze, ce qui suit concerne donc vraisemblablement son père, Jean-Nicolas Gannal. Le 16 mars, Poisereille, au nom d'une commission composée en outre de Blandin, Caventou, Londe, Orfila, donne lecture d'un rapport « Sur les différents modes d'embaumement présentés par MM. Dupré, Gannal et Sucquet ». Il s'agit de trois procédés différents, Dupré injectant dans le système vasculaire un mélange de gaz acides sulfureux et carbonique, tandis que Sucquet faisait une injection de chlorure de zinc à 40 degrés Baumé, et Gannal, une injection de sulfate d'alumine et de chlorure d'aluminium à parties égales. La commission paraît méfiante; elle craint que les liquides employés ne renferment de l'arsenic, car une ordonnance du roi porte que « la vente et l'emploi de l'arsenic et de ses composés sont interdits pour le chaulage des grains, l'*embaumement des corps* et la destruction des insectes ». Elle fait donc monter un appareil de Marsh et constate, sans grande surprise, semble-t-il, que le liquide de Gannal renferme bien de l'arsenic, tandis que celui de Sucquet en est dépourvu. Si les académiciens ne semblent guère surpris, Gannal l'est ou tout au moins paraît l'être : il reconnaît la présence de l'arsenic, mais le considère comme une impureté des matières premières; il prépare donc un nouveau liquide qui, cette fois, ne renfermait que des sels d'alumine.

Ces préliminaires réglés, un cadavre est mis à la disposition de chacun des inventeurs, l'embaumement effectué, chaque cadavre est enveloppé d'un drap de fil, mis dans une bière en sapin, et porté dans l'une des trois fosses creusées dans le jardin de l'école.

L'expérience avait été faite les 21 et 23 mai 1845; le 14 juillet 1846, l'infatigable commission reparaît, flanquée de Gannal et de Sucquet; les cadavres sont exhumés et les commissaires sont obligés de constater d'abord l'odeur de putréfaction suffocante exhalée par ceux qu'avaient injectés Gannal et Dupré; le rapport constate que les cercueils sont en lambeaux, qu'une couche de putrilage tapisse le fond des cercueils, que les cadavres sont devenus méconnaissables et que leur figure est une sorte de masse informe. Le sujet Sucquet, au contraire, n'a aucune odeur de putréfaction; le cercueil est solide; il n'y a pas de putrilage; la figure a gardé sa physionomie; la peau a conservé sa souplesse et son élasticité. Les mêmes différences sont constatées pour les organes abdominaux et thoraciques et même pour le cerveau.

La commission, qui ne paraît pas montrer une sympathie exagérée pour Gannal, estime donc que son procédé est parfaitement mauvais; mais elle ne peut cependant méconnaître que des exhumations de cadavre embaumés par Gannal ont été faites dans les cimetières de Paris et ailleurs, et que les corps ont offert une conservation constatée par des témoignages irrécusables; elle en arrive naturellement à conclure qu'en réalité Gannal embaume à l'arsenic et non à l'alumine. Elle décide, d'accord avec lui, de faire une expérience comparative dans ce sens; mais Gannal se dérobe et la commission conclut finalement que la méthode de Gannal ne peut donner une conservation indéfinie qu'à la condition d'être combinée avec l'emploi d'une préparation d'arsenic, manœuvre interdite par ordonnance royale.

Gannal ne se tient pas cependant pour battu; les comptes rendus de l'Académie mentionnent à diverses reprises les envois qu'il fit de pièces embaumées, destinées assurément à démontrer l'excellence de son procédé; mais la question était probablement considérée comme vidée, car on ne trouve aucune note détaillée dans les années suivantes. Je ne sais si Gannal publia sa défense ailleurs et il serait intéressant de connaître les arguments qu'il opposa au rapport que je viens d'analyser; il eut sans doute quelque peine à se relever de la condamnation de l'Académie; mais il y réussit parfaitement puisque, d'après M. Toulouze, sa méthode a été employée jusqu'en ces derniers temps.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 4 SEPTEMBRE 1905)

Sur l'acide glycuronique du sang, par MM. R. Lépine et Boulud.

Sur l'origine du lactose. Des effets des injections de glucose chez les femelles en lactation, par M. Ch. Porcher. — Poursuivant la série de ses observations, M. Porcher démontre que toute hyperglycémie, qu'elle soit d'ordre expérimental, physiologique ou pathologique, se produisant sur un terrain favorable, en l'espèce une femelle laitière dont la mamelle soit en pleine activité, donne naissance non à de la glucosurie, mais à de la lactosurie, à condition toutefois que cette hyperglycémie ne soit pas exagérée.

(SÉANCE DU 11 SEPTEMBRE 1905)

Le clignement vibratoire des paupières et les affections rénales, par M. G. Ullmann. — Le clignement vibratoire des paupières est, à ce que l'auteur a eu l'occasion de constater à maintes reprises, l'indice d'une affection aux reins, n'importe

quelle en soit la cause. Ce signe pathognomonique se manifeste surtout lorsque l'affection est à son début, c'est-à-dire lorsqu'elle est encore bénigne, même lorsqu'elle n'est qu'une simple irritation.

Le clignement vibratoire se manifeste de préférence aux paupières supérieures, la plupart du temps à une seule paupière, rarement aux paupières inférieures ainsi qu'à la commissure externe. Lorsque cette dernière est le siège du clignement, elle entraîne tout l'œil dans son mouvement vibratoire.

La durée des accès de clignement est de quelques minutes à trente minutes et quelquefois davantage. L'accès se répète souvent pendant plusieurs jours et puis cesse. La manière de procéder n'est pas la même chez tous les individus. Chez certains, les accès de clignement se répètent souvent avec plus ou moins d'insistance et de persistance, tandis que chez d'autres c'est le contraire qui a lieu.

Le signe de clignement ne se montre pas infailliblement chez tous ceux atteints ou menacés d'une affection rénale. Il y a en cela, comme en toute chose, exception à la règle; mais là où ce signe se montre, il est l'indice d'une affection rénale déjà développée ou prête à se développer.

L'analyse des urines aidera beaucoup à vérifier le diagnostic et à prescrire la médication appropriée qui, bientôt, fera disparaître ce clignement ennuyeux.

ANALYSES

MÉDECINE

Le séro-diagnostic dans les affections tuberculeuses chirurgicales. (*La Clinica moderna*, 1904, n°s 27 et 28.) — A. Pellegrini a expérimenté la valeur du séro-diagnostic dans 92 cas de tuberculoses chirurgicales différentes quant à l'étendue, quant aux localisations et quant aux formes. Il est arrivé aux conclusions suivantes : Le séro-diagnostic, pratiqué selon la méthode d'Arloing et Courmont, donne des résultats variables selon le siège, l'acuité et la gravité de la forme tuberculeuse et selon les conditions présentées par l'individu atteint. Il est très manifestement positif dans les inflammations des séreuses, un peu moins dans la tuberculose des organes génitaux mâles et négatif dans la majorité des localisations osseuses et cutanées. Le séro-diagnostic ne fournit un critérium clinique suffisamment sûr que dans les cas où il devient positif dans un laps de temps limité et à une dilution plutôt élevée. Le séro-diagnostic répété à certains intervalles de temps avant et après l'opération chez le même individu et interprété judicieusement peut offrir une certaine valeur pronostique. L'épreuve d'Arloing et Courmont pratiquée avec des liquides pathologiques peut fournir des renseignements diagnostiques un peu inférieurs à ceux que l'on obtient avec le sérum sanguin, mais probablement plus sûrs que ceux fournis par la formule leucocytaire. Si le séro-diagnostic n'est pas pratiqué avec une exactitude extrême et apprécié avec des réserves déterminées, variables selon les diverses formes tuberculeuses, il peut fournir des éléments de diagnostic erronés.

Le séro-diagnostic tuberculeux n'est donc pas dépourvu de toute valeur comme réaction spécifique, mais il exige que l'on fasse des expériences afin d'établir, si possible, la raison des exceptions nombreuses que l'on constate.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

CHIRURGIE

Nouvel instrument pour faciliter la pose d'un appareil plâtré dans les fractures du fémur. (W. I. de Wheeler, Royal academy of medicine in Ireland, 24 février 1905, in *The Dublin Journ. of med. sc.*, mai 1905, n° 401, p. 357.) — Il s'agit d'une sorte de pelvi-support très simple, construit par l'auteur pour faciliter la pose d'appareils plâtrés dans les fractures de cuisse. Il consiste essentiellement en une tige de fer terminée à une extrémité par une béquille rembourrée sur laquelle repose le périnée. Sur la tige sont fixés, de façon à être mobiles en tous sens, deux battants métalliques. Ces deux pièces métalliques servent à maintenir l'abduction des cuisses absolument égal par rapport au bassin; cet écartement est mesuré par une barre graduée qui les réunit. D'autre part, elles servent à l'extension qui se fait au moyen de poids accrochés à des anneaux qui sont à leur extrémité.

Cette extension est continuée jusqu'à ce que le raccourcissement du membre fracturé ait disparu. On applique alors rapidement un plâtre circulaire comprenant la jambe et la cuisse du côté fracturé, le bassin et la cuisse saine. Le plâtre est solidement renforcé au périnée. Cet appareil qui donne de très bons résultats dans les fractures de la partie moyenne du fémur, permet au malade, au bout de quelques jours, de marcher avec des béquilles.

M. LANCE.

ANATOMIE

Le tube contourné du rein. Etude histologique, anatomo-pathologique, expérimentale, par M. le docteur F. Rathery. (Th. de Paris, 1905; Steinheil, éditeur.) — Si l'étude du tube contourné du rein, véritable élément noble de l'organe, a été, jusqu'ici, quelque peu négligée par les auteurs, c'est surtout parce que les techniques utilisées pour sa fixation et sa coloration étaient défectueuses. Modifiant légèrement le procédé de Sauer, M. Rathery montre dans sa remarquable thèse que le tube contourné normal, chez le lapin, le cobaye, le chien, comme chez l'homme, présente une lumière vide de tout élément, une bordure en brosse distincte, un corps protoplasmique avec un noyau et une membrane banale. Ses variations sécrétoires ne se traduisent que par des variations de hauteur et le protoplasma cellulaire. Ces boules de sécrétion, qui ont parfois été décrites à l'intérieur des cellules, sont donc artificielles.

L'étude anatomo-pathologique du tube contourné doit être pratiquée *in vivo* et *in vitro*. Les lésions cadavériques agissent surtout sur la bordure en brosse que respectent au contraire la plupart des autres agents lésionnels. Le chlorure de sodium, comme Castaigne et Rathery l'ont depuis longtemps démontré, agit sur le rein par osmo-nocivité; quant aux substances toxiques, elles provoquent, au niveau du tube contourné, des lésions aiguës : ce sont surtout des processus de cytolyse protoplasmique; ou chroniques : atrophie tubulaire ou dilatation avec transformation complète du protoplasma cellulaire.

L'injection du parenchyme rénal est toxique pour l'animal : elle suscite la production des néphrotoxines, lesquelles se retrouvent également dans le sérum des animaux atteints de lésions uni ou bilatérales du rein. De même, les lésions rénales de la mère retentissent sur le rein de l'enfant, par l'intermédiaire d'une néphrotoxine que contient le liquide amniotique. Et ainsi se trouve expérimentalement confirmée l'existence d'une « débilité rénale ».

L. BABONNEIX.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

FORMES CLINIQUES

DE LA

TUBERCULOSE INTESTINALE (1)

II. Tuberculose de l'appendice. — Extrêmement commune (Letulle et Weinberg), elle présente presque toujours des allures *chroniques*. Elle est souvent isolée. Elle revêt les formes suivantes : *a. forme latente* (Dieulafoy); *b. abcès froid péri-cæcal*, à évolution lente (Bouglé); *c. appendicite vraie* (id.) avec réaction péritonéale atténuée et récidives très fréquentes. A la suite de l'opération, il se forme des fistules pyo-stercorales qui s'étendent et s'agrandissent, et le malade succombe souvent à la tuberculose pulmonaire [Jalaguier (2)].

III. Tuberculose du côlon et de l'S iliaque. — Elle est encore très mal connue. Il existe assurément des *tuberculomes hypertrophiques du côlon*, donnant lieu à des signes de sténose progressive. Peut-être faut-il rattacher à la tuberculose un certain nombre : *a.* de *colites chroniques* [quelques cas d'entérocolite muco-membraneuse et dysentériforme (Spillmann)]; *b.* de *sigmoïdites; c.* de *rétrécissements* dits *inflammatoires* du côlon et de l'S iliaque.

IV. Tuberculose ano-rectale. — 1. A la suite des recherches de Tillaux, Allingham, Sourdille, on admet la nature tuberculeuse de certains *rétrécissements du rectum*. Ces rétrécissements, qui coïncident parfois avec un rétrécissement de même nature de l'S iliaque ou du cæcum, présentent les signes communs à toutes les sténoses rectales (v. classiques). Sourdille leur attribue, comme signes propres : α. la rectorragie du début; β. l'extension progressive des lésions.

2. Les *abcès et fistules de la marge de l'anus* survenant habituellement chez des phtisiques sont presque toujours de nature tuberculeuse. Les *abcès* tantôt restent latents, tantôt donnent lieu à des signes évidents : *généraux*, fièvre, inappétence, état saburral, et *locaux*, tuméfaction globuleuse, chaude, douloureuse, s'ouvrant à la peau ou à l'anus, ou aux deux à la fois. L'adénite inguinale manque d'ordinaire, à cause de la thrombose des vaisseaux lymphatiques. Le pus contient souvent le bacille de Koch.

Les *fistules* succèdent à l'ouverture des abcès : elles peuvent être borgnes externes, borgnes internes ou complètes; ces dernières seraient les plus fréquentes. Elles donnent lieu à des écoulements divers. Leur orifice externe est large, à bords décollés, à fond atone et sanieux, ou siège sur une tumeur violacée, dure à la périphérie, ramollie au centre. Leur orifice interne est presque toujours bas situé, leur trajet sinueux et irrégulier (v. classiques et Verliac, loc. cit.).

3. Citons encore la *tuberculose anale*, comprenant le lupus de l'anus; la tuberculose verruqueuse; les ulcérations anales qui surviennent chez des tuberculeux avérés et, au lieu d'être, comme les deux précédentes, limitées à la peau, peuvent envahir le canal anal.

§ III. complications. — Des complications communes à la tuberculose de l'intestin grêle et à celle du gros intestin, les unes sont *générales* (tuberculose pulmonaire, granulie, dégénérescence amyloïde des principaux viscères), les autres *locales* : ce sont surtout l'*occlusion intestinale aiguë* et la *perforation.*

A. **L'occlusion intestinale aiguë**, due soit à des adhérences pariétales ou viscérales, soit à un spasme ou à une paralysie du muscle intestinal, soit à une invagination (1), peut survenir à toutes les périodes de la maladie. Elle se caractérise par les signes habituels. Très grave lorsqu'elle porte sur l'intestin grêle, elle comporte un pronostic un peu moins sombre lorsqu'elle porte sur le gros intestin.

B. **La perforation** ne s'observe guère que dans les formes ulcéro-caséeuses (entérite tuberculeuse, tuberculose entéro-mésentérique). Selon qu'il existe ou non des adhérences, on observera : *a.* une *péritonite localisée*, avec développement ultérieur de phlegmon pyo-stercoral et de fistules stercorales s'ouvrant à l'ombilic; *b.* une *péritonite généralisée*. La symptomatologie de celle-ci, dans l'entérite tuberculeuse, est surtout liée à l'état d'épuisement ou de résistance des malades (Oppenheim et Laubry). S'agit-il d'un tuberculeux déjà avancé, les signes sont peu accusés, la mort survient en deux ou trois jours; s'agit-il, au contraire, d'un tuberculeux encore vigoureux, alors on assiste au tableau classique de la péritonite par perforation à grand fracas.

pronostic. — C'est surtout au point de vue pronostique qu'il faut séparer les tuberculoses *médicales* des tuberculoses *chirurgicales*. Celles-là sont à peu près incurables; certaines de celles-ci, prises à temps, sont chirurgicalement curables. Le pronostic des formes sténosantes et hypertrophiques est beaucoup plus favorable que celui des formes entéro-mésentériques. D'une façon générale, il varie selon le siège et la nature de la lésion, son ancienneté, l'absence ou l'existence de complications locales ou générales, etc.

diagnostic. — N'en dire qu'un mot. — 1. **Entérite tuberculeuse** : toute diarrhée survenant chez un tuberculeux n'est pas forcément liée à une entérite bacillaire (diarrhées nervo-motrices, toxiques, etc.), mais toute diarrhée noire de long cours, accompagnée de fièvre hectique et de sueurs nocturnes, est pathognomonique. — 2. **Sténoses de l'intestin grêle**. Les questions suivantes devront successivement être résolues : a. *Y a-t-il sténose?* b. *Quel est son siège?* c. *Quelle est sa nature?* (v. Bérard et Patel, loc. cit.) — 3. **Tuberculome du cæcum** : le diagnostic n'est possible que lorsque la tumeur est perceptible : éliminer alors l'*adénite iliaque chronique*, les *tumeurs stercorales de l'intestin grêle*, l'*actinomycose iléo-cæcale*, le *cancer du cæcum*, etc. (v. Dieulafoy); signaler la valeur diagnostique des méthodes de laboratoire (injections de tuberculine, agglutination). — 4. **Tuberculose du côlon et de l'S iliaque** (v. Bérard et Patel). — 5. **Rétrécissement tuberculeux du rectum**. Le diagnostic de ces différentes formes est souvent très difficile : on devra pourtant essayer de l'établir au plus tôt, si l'on veut que l'intervention chirurgicale soit profitable au malade.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1905, nº 101, p. 1210; nº 104, p. 1246.

(2) Pour M. Dieulafoy, la tuberculose de l'appendice est aussi fréquente que l'appendicite tuberculeuse est rare, parce que les lésions tuberculeuses de l'appendice, restant localisées aux parois, et n'obturant pas sa cavité, ne le transforment pas en vase clos.

(1) Pour MM. Bérard et Patel, nombre d'invaginations de l'enfant relèvent peut-être d'une tuberculose intestinale méconnue.

SUITE DES SOMMAIRES

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 37, 10 sept.) Schlesinger, Traduction française de Lichtwitz et Sabrazès : Dans le carcinome intestinal. Dans le carcinome du rectum. — Sabrazès : Diazo-réaction dans les maladies des pays chauds. — Cassaet et de Nabias : Deux cas de pseudo-parasitisme des myriapodes chez l'homme. — (N° 38, 17 sept.) Courtin : Le suc thyroïdien dans le traitement du retard de consolidation des fractures chez les rachitiques. — Denucé : Pleurésie purulente diaphragmatique et médiastinale. Intervention chirurgicale. Drainage. Guérison.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (N° 16, 10 sept. 1905.) Raymond : Anorexie hystérique. Méralgie paresthésique. Chorée compliquée d'hémiplégie. Un cas de fugue consciente. — Guyon : Corps étranger de la vessie, conduite à tenir en présence de calculs simultanés de la vessie et du rein.

Journal de pharmacie et de chimie. — (N° 6, 16 septembre 1905.) Guigues : Résines de scammonée. — Lasserre : Action de l'aldéhyde et de l'acétone sur l'acétate mercurique. — Herissey : Sur l'obtention de la gentiogénine cristallisée.

Journal des praticiens. — (N° 37, 16 sept. 1905.) Rénon : L'évolution de la tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques. — Privat : La syphilis et les eaux sulfureuses. — Guyon : Le sarcome de la prostate. — Widal : L'infantilisme. — Raymond : Le tic de l'épilation.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 36, 9 sept. 1905.) D'Halluin : Moyen de combattre les trémulations fibrillaires du cœur. — Lepoutre : Volumineux carcinome des fosses nasales. — (N° 37, 16 sept.) D'Halluin : Moyen de combattre les trémulations fibrillaires du cœur (*fin*).

Lyon médical. — (N° 37, 10 sept. 1905.) Gallavardin : Nouvelle explication du bruit de dédoublement du rétrécissement mitral par le « claquement diastolique de la mitrale ». — (N° 38, 18 sept.) Cantas : Sur un cas de plaie pénétrante du crâne et de l'encéphale. Résultats éloignés. — Jacqueau : Le formiate de soude en thérapeutique oculaire.

Marseille médical. — (N° 18, 15 septembre 1905.) Bridon : Les psychoses puerpérales. — Riss : Une observation de tétanos d'origine utérine. — Bernex : Microbiologie des bouchons de cérumen.

Médecine moderne. — (N° 37, 13 sept. 1905.) Berger : I. Les tumeurs bénignes de la mamelle; II. La hernie crurale.

Medical Record. — (Vol. LXVIII, n° 8, 19 août 1905.) M. Polk. Opérations pour prolapsus utérin. — Castelli : L'étude du sang au point de vue thérapeutique. — Wendall Klimer : Quelques points pratiques de pédiâtrie pour les praticiens. — Sohier Bryant : Surdi-mutité et intoxication par les ptomaïnes. — W. Stone : Quelques notes complémentaires sur la toxémie de la grossesse. — L. Mulot : Méthode pour stériliser les tiges de laminaire. — (N° 9, 26 août.) Samuel Kohn : Asthme. — Alexander Haig : Absence d'acide urique; moyen de l'obtenir. — Ernest Gallant : L'appendicite. — H. Gardner : Déchirures du col utérin. — P. Hirst et Herbert Fox : Cas de menstruation retardée. — James Ayer : Sérothérapie de l'érysipèle; résultats dans 33 cas.

Normandie médicale. — (N° 37, 16 septembre 1905.) Percepied (du Mont-Dore) : L'étude de l'eau chez les anciens. — Gadeau de Kerville : Les arbres qui guérissent (au point de vue folkloriste).

Pédiâtrie pratique. — (N° 18, 15 sept. 1905.) Nauwelaers : Fièvre ganglionnaire ou adénoïdite aiguë.

Policlinico. — (Août 1905.) *Section médicale.* — Giovanni Biancone : Contribution à l'étude clinique et anatomique des tumeurs du pont de Varole. — C. A. Crispolti : Syndrome de Brown-Séquard dans l'hystérie. — Silvio Gavazzeni : Un cas d'ischialgie radiculaire unilatérale avec scoliose homologue. — G. Puccioni : Ophtalmoplégie totale et atrophie du nerf optique d'origine traumatique. — *Section chirurgicale.* — Nello Biogi : De l'influence de la section des nerfs dans la guérison des fractures. — Eugenio Simelew : Un cas d'urétérite kystique. Recherches histologiques et considérations critiques. — A. S. Bonanome : A propos d'un cas de prostatectomie périnéale totale. — (Septembre.) *Section médicale.* — Giovanni Biancone : Contribution clinique et anatomique à l'étude des tumeurs du pont de Varole. — Giuseppe Pinna : La prophylaxie des complications de la rougeole. — Roberto Serratrice : Etude microscopique du poumon dans les asphyxies mécaniques, principalement au point de vue des fibres élastiques. — Corrado Tommasi-Crudeli : Recherches anatomo-pathologiques sur l'empoisonnement expérimental par la formaline.

Presse médicale. — (N° 73, 13 sept. 1905.) Letulle : Hygiène sociale. Le « quartier des tuberculeux » à l'hôpital Boucicaut. — Valentino : Alcool et strychnine. Alcool et venin. — (N° 74, 16 sept.) Dunbar : La question du choléra en Allemagne. — Leven et Barret : Radioscopie gastrique. Technique spéciale et applications cliniques. — Sencert : A propos de l'œsophagoscopie dans le traitement des corps étrangers de l'œsophage.

Revue de chirurgie. — (N° 9, 10 sept. 1905.) Gaudier et Bouret : De l'arrachement de la tubérosité antérieure du tibia (2 fig.). — Arce : Un nouveau procédé commun à la gastrostomie et à la jéjunostomie. — Féré : Contribution à l'étude des anomalies de développement des aponévroses chez les dégénérés (1 fig.). — Galzin : Résultats anatomiques et fonctionnels d'une résection pour tuberculose osseuse de la partie interne de l'avant-pied (1 fig.). — Delore et Leriche : Du cancer de l'antre pylorique (4 fig.). — Guibal : La chirurgie du cœur (*suite et fin*).

Revue de médecine. — (N° 9, 10 sept. 1905.) Chauffard et Læderich : Etude sur quelques formes cliniques de l'anémie pernicieuse. Formes crurales; formes secondaires; forme ictérique. — Féré : Note sur les reins épileptiques. — Labbé et Furet : Dystrophie de la fonction d'élimination chlorurée urinaire chez les obèses; Contribution à l'étude des principes du traitement de l'obésité (5 tracés). — Devic et Froment : Perforations intestinales de la rechute et de la convalescence de la fièvre typhoïde et résultats opératoires. — Martial : L'étiologie de la paralysie générale.

Revue médicale de l'Est. — (N° 17, 1er sept. 1905.) L. Nilus : Rapport sur le fonctionnement du sanatorium de Lay-Saint-Christophe. — Marc Barthélemy : De l'appendicite chez le vieillard. Etude anatomique.

Riforma medica. — (N° 30, 29 juillet 1905.) Gioacchino Arnone : La distension de l'estomac et de l'intestin dans le diagnostic des affections de l'abdomen. — Guido Tizzoni et Alessandro Bongiovanni : Le traitement de la rage par le radium. — Alberico Testi : Nouvelle contribution à la pathogénie de la maladie de Dupuytren. — Nicolo Serio Basile : Un cas rare de kyste par échinocoque siégeant au niveau de la paroi abdominale chez une fillette. — Alfonso Poppi : Contribution au diagnostic des plaies pénétrantes de l'abdomen avec lésion de l'intestin. — (N° 31, 5 août.) Angelo Signorelli : Les troubles de la sensibilité cutanée dans les cas de tumeur de la rate et dans les splénopathies

en général. Le point splénique. — Pasquale MAIONE : La recherche du bacille d'Eberth dans les urines et son importance pour le diagnostic précoce. — A. RIZZO et A. CIPOLLINA : Sur la présence du spirochète de Schaudinn-Hoffmann dans les glandes inguinales des syphilitiques secondaires. — Gioacchino ARNONE : La distension de l'estomac et de l'intestin dans le diagnostic des affections de l'abdomen. — Pier Francesco ARULLANI : Action et valeur thérapeutique de la macération rénale. — (N° 32, 12 août.) Umberto GABBI : L'élévation subfébrile des malades atteints d'ankylostomiase. — GRAVAGNA : La culture artificielle du bacille de Hansen en dehors de l'organisme humain. — Gioacchino ARNONE : La distension de l'estomac et de l'intestin dans le diagnostic des affections de l'abdomen. — Salvatore DISTEFANO : Sels de potassium ou sels de soude? — Michele DE CAPOA : Le sérum antidiphtérique Behring dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — (N° 33, 19 août.) Tommaso PRODI : L'auscultation orale dans le diagnostic différentiel entre certains râles et le frottement pleural. — Sante SOLIERI : Est-il possible de faire cliniquement le diagnostic entre la thrombose aiguë de la veine-porte et de ses branches et la péritonite par perforation? — Maurizio FOA : Sur un cas d'hémorragie cérébro-spinale. — C. QUADRONE et A. GRAMEGNA : Radiothérapie et syphilis au début. — Aldo CERNEZZI : Léiomyome du muscle biceps brachial. — (N° 34, 26 août.) Carlo GENNARI : La pression sanguine dans les maladies du cœur. — Ferdinando GANGITANO : L'intervention dans les plaies pénétrantes du thorax. — Roberto FALCONE : Contribution au traitement du resserrement cicatriciel des mâchoires. — A. RISSO et A. CIPOLLINA : Spirochæte pallida et infection syphilitique. — (N° 35, 2 sept.) Emilio Ugo FITTIPOLDI : La façon de reconnaître les albuminoïdes urinaires. — Luigi BOBBIO : Occlusion intestinale par diverticule de Meckel. — Ferdinando GANGITANO : L'intervention dans les plaies pénétrantes du thorax. — Aldo CERNEZZI : Mal perforant du pied guéri par l'élongation du nerf plantaire interne. — Gino MONZARDO : Considérations cliniques et anatomo-pathologiques à propos d'un cas de maladie de Recklinghausen.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 108. — SAMEDI 23 SEPTEMBRE 1905. 78e ANNÉE. SAMEDI 23 SEPTEMBRE 1905. — N° 108.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

Ier CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE (BRUXELLES, 18-23 SEPTEMBRE 1905).
Première question : « Valeur de l'examen du sang en chirurgie. »
Deuxième question : « Traitement de l'hypertrophie prostatique. »
Troisième question : « Intervention chirurgicale dans les affections non cancéreuses de l'estomac. »
Quatrième question : « Traitement de la tuberculose articulaire. »
FORMULAIRE
Potion contre les diarrhées cholériformes des adultes.
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA TUBERCULOSE (Paris, 2-7 octobre 1905). — Le programme du Congrès international de la tuberculose à l'heure actuelle est ainsi fixé :

Lundi 2. — A deux heures : séance solennelle d'ouverture au Grand-Palais (avenue d'Antin), sous la présidence de M. Emile Loubet; à cinq heures réception au *Figaro* sur cartes d'invitation.

A dix heures : soirée de gala offerte par M. Hérard, président du Congrès, à l'Hôtel-Continental.

Mardi 3. — Matin et soir, séances de travail.

Mercredi 4. — Le matin, séance de travail.

A neuf heures du soir, soirée de gala au théâtre du Châtelet.

Jeudi 5. — La journée de jeudi est consacrée aux excursions et aux visites des divers établissements hospitaliers médicaux, chirurgicaux, sanitaires, charitables et autres. ayant des rapports directs avec la lutte antituberculeuse. Sanatoriums de Bligny (Seine-et-Oise). — Angicourt (Oise). — Ormesson. — Villepinte. — Noisy. — Berck-sur-Mer, etc.

Parmi ces visites citons surtout l'inauguration par M. le président de la République du sanatorium familial de Montigny en Ostrevent, près de Douai (Nord).

Ce voyage se fera par train spécial, la participation à ce voyage aura lieu sur présentation de cartes spéciales.

Vendredi 6. — Matin et après-midi, séances de travail. Le soir, banquet par souscription offert aux personnalités scientifiques étrangères dans la galerie des Champs-Élysées, rue de Ponthieu.

Samedi 7. — Le matin, à dix heures et demie, séance solennelle de fermeture au Grand-Palais (et non l'après-midi à la Sorbonne, comme il avait été primitivement convenu.

L'après-midi, à deux heures du soir, matinée de gala offerte aux congressistes au Grand-Palais.

NOTA. — Tous les étudiants des Universités de France peuvent s'inscrire comme membres associés du Congrès et ne payer que 10 francs; ils jouiront de tous les avantages des congressistes, moins les insignes et les volumes des comptes rendus.

Les collectivités sociales, syndicats, sociétés de secours mutuels, œuvres de bienfaisance et de solidarité peuvent, moyennant un seul versement de membre titulaire de 25 francs, participer à tous les avantages du Congrès.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la trente-septième semaine, 767 décès, au lieu de 739 pendant la semaine précédente (moyenne 770). L'état sanitaire est donc moyen.

La fièvre typhoïde a causé 10 décès (moyenne 11). Le nombre des cas nouveaux est de 91 (moyenne 64); il y a eu 6 déclarations dans l'arrondissement du Temple, 8 dans Popincourt, 5 dans Plaisance et 15 à Montmartre.

La variole a causé 5 décès; il n'y en avait pas eu pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 22, au lieu de 18 pendant la semaine précédente (moyenne 17).

La rougeole, toujours rare en cette saison, a causé 3 décès, au lieu de 2 pendant la semaine précédente, la moyenne est de 4; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 42 au lieu de 49 précédemment. La scarlatine n'a causé depuis quatre semaines aucun décès; la moyenne est de 1; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 17, il s'élevait à 30 pendant la semaine précédente, la moyenne est 35. La coqueluche a causé 3 décès (moyenne 6); la diphtérie, 1 décès (moyenne 5); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 34 au lieu de 29 pendant la semaine précédente, et de la moyenne 48.

La diarrhée infantile a causé 47 décès de 0 à 1 an, au lieu de 62 pendant la semaine précédente (moyenne 60).

En outre, 16 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 49 décès, au lieu de 62 pendant la semaine précédente (moyenne 82). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il

suit : bronchite aiguë, 2 décès (moyenne 6) ; bronchite chronique, 11 (moyenne 11); pneumonie, 10 (moyenne 20); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 26 (moyenne 45), dont 11 sont dus à la congestion pulmonaire et 6 à la broncho-pneumonie.

En outre, 1 décès a été attribué à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 183 décès ; la méningite tuberculeuse, 13; la méningite simple, 7; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 12 décès.

Avis. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Sull'origine del sonno. Studio delle relazioni tra il sonno e la funzione della glandula pituitaria (L'origine du sommeil. Étude des relations entre le sommeil et la fonction de la glande pituitaire), par le docteur Alberto Salomon. 1 broch. de 61 p. — Florence, imprimerie Luigi Niccolai, 1905.

Lo sgombero degli ammalati e feriti in guerra (L'évacuation des malades et des blessés en temps de guerre), par E. Bernardo et G. Brezzi. 1 vol. de 276 p. avec 2 tableaux hors texte. — Prix : 3 fr. 50. — Rome, au *Giornale medico del R. Esercito.*

PREMIER CONGRÈS
DE LA
SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE

(*Bruxelles, 18-23 septembre 1905*)

RÉSUMÉ DES RAPPORTS (1)

PREMIÈRE QUESTION

VALEUR DE L'EXAMEN DU SANG EN CHIRURGIE

Rapporteurs : MM. Depage (de Bruxelles). Ortiz de la Torre (de Madrid), Sonnenburg (de Berlin), W. W. Keen (de Philadelphie).

I. Valeur clinique de l'examen du sang, particulièrement au point de vue du chirurgien, par le docteur A. Depage (en collaboration avec le docteur L. Mayer). — Comme l'indique le titre choisi par le rapporteur, il a étendu son étude à l'examen du sang dans toutes les circonstances physiologiques et pathologiques que le chirurgien a intérêt à connaître, soit pour apprécier l'opportunité de son intervention, soit pour juger de la gravité d'un état morbide. Il a examiné successivement le sang dans son ensemble (volume de la masse totale, ses propriétés physiques et chimiques); puis le sérum sanguin (propriétés physiques, chimiques et biologiques); ensuite les globules sanguins (propriétés physiques et chimiques; examen microscopique des globules rouges : caractères et numération; examen des globules blancs : caractères, physiologie, numération, formules leucocytaires dans divers états physiologiques et morbides; examen des plaquettes sanguines); enfin, les éléments figurés anormaux du sang.

L'auteur discute, d'après ses recherches personnelles et les travaux les plus récents, pour chacun de ces points, l'intérêt immédiat ou à venir qu'ils présentent pour le chirurgien. Les principales conclusions qui se dégagent de ce rapport peuvent se résumer comme suit :

1° A mesure que nos connaissances se précisent et que les méthodes se simplifient, l'hématologie acquiert une importance croissante en clinique; elle a sa place indiquée, dès à présent, à côté de l'urologie, de l'anatomie pathologique, de la bactériologie, de la thermométrie, etc. parmi les procédés d'investigation;

2° La délicatesse de certaines recherches hématologiques et l'outillage particulier qu'elles exigent nécessitent une compétence et une installation spéciales : l'alcalinimétrie, la cryoscopie, le dosage du sucre, les formules leucocytaires, la bactériologie, notamment, sont du ressort de laboratoires spécialement institués à cet effet;

3° Tout médecin doit pouvoir apprécier les résultats fournis par le laboratoire et savoir faire lui-même certaines recherches élémentaires en cas d'urgence, telles que la numération des globules blancs, le dosage de l'hémoglobine, la durée de coagulation, l'abondance de fibrine, l'iodophilie, etc.;

4° L'hématologie doit être coordonnée avec les autres renseignements fournis par la clinique; très exceptionnellement, elle acquiert une valeur pathognomonique;

5° La combinaison de différentes propriétés du sang augmente leur valeur séméiologique : une leucocytose polynucléaire accompagnée d'iodophilie intense et d'accroissement de la teneur en fibrine est un signe presque certain de suppuration, alors que chacune de ces données séparément n'a guère de signification absolue;

6° L'hématologie rend surtout des services importants pour le diagnostic différentiel et pour le pronostic (marche d'un processus morbide, courbe leucocytaire);

7° Le volume de la masse totale du sang, dont la connaissance offrirait un réel intérêt, ne peut pas être évalué de façon suffisamment pratique;

8° L'accroissement du réseau fibrineux est un signe important d'inflammation; il fait défaut dans les leucocytoses des affections malignes;

9° L'alcalinimétrie peut servir à l'établissement du pronostic, d'une affection : l'alcalinité du sang diminue de façon passagère dans les infections et les intoxications aiguës et curables, de façon progressive si la maladie est mortelle;

10° Le dosage des éléments chimiques du sang n'a guère d'importance pratique : la ferrométrie, notamment, n'a pas réalisé les espérances qu'elle avait fait naître;

11° La cryoscopie du sang ne peut être invoquée comme un argument formel pour ou contre une néphrectomie; elle renseigne par contre utilement sur l'aggravation d'états urémiques;

12° L'analyse chimique du sérum sanguin fournit quelques données intéressantes : présence de peptone chez les sarcomateux; à l'inverse des carcinomateux; accroissement notable de la teneur du sang en glycose dans le diabète et le cancer, diminution dans la tuberculose, absence dans le sarcome; présence de bile dans le sérum en cas de cholémie;

13° Le séro-diagnostic de Widal peut se trouver positif dans les infections éberthiennes extra-intestinales et exceptionnellement dans des affections dues à d'autres micro-organismes (otites suppurées à streptocoques et à proteus, malaria, tuberculose aiguë, influenza); il est parfois très tardif et exceptionnellement négatif dans des cas de fièvre typhoïde avérée;

14° L'hématocrite permet de déterminer l'index volumétrique du sang; il n'a guère d'intérêt pratique;

15° L'hémoglobinométrie a une valeur clinique considérable : la limite inférieure au-dessous de laquelle la narcose est contre-indiquée est cependant extrêmement basse et des chiffres de 20 p. 100 ont été constatés dans des cas suivis de guérison.

L'hémoglobinomètre de Tallqvist est « pratiquement » suffisant. L'index calorimétrique est un bon renseignement différentiel entre l'anémie due à une hémorragie (normal ou diminué) et l'anémie pernicieuse (augmenté);

16° La basophilie se rencontre de façon constante dans la colique saturnine, jamais dans l'appendicite, rarement dans d'autres maladies (fièvre typhoïde, botriocéphalie, anémie pernicieuse, cancer);

17° L'iodophilie est une réaction d'une sensibilité excessive et dont l'intensité est sans rapport avec la gravité de la maladie; c'est un signe d'inflammation, non de suppuration; son absence dans les cas d'hyperthermie post-opératoire exclut la possibilité d'une infection de la plaie;

18° L'hyperleucocytose est proportionnelle à la réaction organique, non à la virulence de l'agent infectant. Les causes les plus variées peuvent amener des accroissements considérables du nombre des globules blancs.

Les modifications qualitatives de la formule leucocytaire

(1) Nous devons ces résumés à l'obligeance de M. le docteur Mayer (de Bruxelles).

ont une signification plus grande que les changements du nombre total des globules.

L'éosinophile n'a aucune signification pathognomonique; elle différencie cependant assez nettement une anémie ankylostomasique d'une anémie essentielle, un kyste hydatique d'une tumeur maligne.

La leucopénie peut servir à distinguer la fièvre typhoïde de l'appendicite déjà avant l'existence du séro-diagnostic. Une brusque hyperleucocytose polynucléaire dans le cours d'une fièvre typhoïde est un indice important et précoce de perforation; il en est de même dans les cas de contusions abdominales avec rupture intestinale sous-pariétale.

La réapparition des éosinophiles est un signe favorable dans le déclin des affections aiguës;

19° La valeur clinique de la bactériémie est nulle quant au pronostic; au point de vue du diagnostic, elle est réelle quand ses résultats, obtenus de façon irréprochable, sont positifs et minime si l'analyse donne une réponse négative.

Un tableau synoptique résumant l'*état moyen* du sang dans un certain nombre d'affections particulièrement intéressantes pour le chirurgien termine le travail.

II. **Valeur de l'examen du sang en chirurgie,** par le docteur O. DE LA TORRE. — L'auteur signale qu'en Espagne l'analyse du sang ne paraît pas encore être entrée dans la pratique courante, probablement à cause de la complication à première vue trop grande des méthodes de recherches. Ce qu'il importe de connaître, pour le chirurgien, se réduit, en réalité, au chiffre de l'hémoglobine et au nombre et à la qualité des globules blancs. Le taux de l'hémoglobine signifie le degré du mal qu'a produit une infection; le nombre des globules blancs représente la qualité de défense de l'organisme. Des opérations parfaitemnnt aseptiques sont souvent suivies d'hyperleucocytoses passagères considérables. L'auteur a constaté que *dans le déclin des affections infectieuses*, en même temps que le nombre des polynucléaires diminue, *toutes les granulations protoplasmiques des polynucléaires prennent davantage l'éosine*, cette constatation restant indépendante du fait de l'accroissement constant des véritables polynucléaires éosinophiles dans la convalescence.

Sans pouvoir prétendre à donner des formules hématologiques, l'analyse du sang peut fournir d'utiles indications. Il importe d'en vulgariser l'emploi.

III. **Ueber den Wert der Blutuntersuchungen für die Chirurgie,** par le docteur E. SONNENBURG. — L'examen du sang n'acquiert de valeur que lorsqu'il est mis en regard des autres symptômes cliniques. Dans l'état actuel de la science, l'examen du sang par les méthodes physiques (cryoscopie, etc.) n'a qu'une importance relative. Apprécier la leucocytose et constater des germes morbides dans le sang, voilà ce que doit rechercher le chirurgien.

1° *Leucocytose.* — Il faut attacher à la courbe leucocytaire au moins autant de valeur qu'à la courbe thermique. La leucocytose traduit d'une façon exquise la réaction de l'organisme et l'intensité de l'affection; elle est soumise à des conditions de provenance. C'est ainsi que les processus inflammatoires nés dans le périnée ou dans l'appendice déterminent, par la sensibilité de ces organes, des réactions leucocytaires sensibles et typiques, mais qui, pour acquérir quelque valeur, doivent être comparées aux autres symptômes cliniques (principalement la température et le stade de l'affection). La courbe leucocytaire a sa place sur la feuille thermométrique à côté de la courbe du pouls. Cependant, les symptômes morbides peuvent être diffus ou absents; c'est alors que la réaction leucocytaire, quand elle existe, doit forcer l'attention du chirurgien. Sonnenburg croit que certaines maladies auront leur courbe leucocytaire propre et caractéristique.

Quand, avec une température élevée et un pouls accéléré, la leucocytose est faible, ou nulle, ou va en diminuant, on peut être certain que l'organisme est prêt à se laisser déborder par l'infection; le pronostic devient mauvais. Une leucocytose élevée avec symptômes cliniques graves est d'un bon pronostic; mais une leucocytose atteignant très rapidement un nombre élevé peut être un indice de terminaison fatale (péritonite généralisée).

On n'oubliera pas que les préparatifs et les médications (purgatifs) précédant l'opération peuvent influencer la leucocytose. Le chloroforme la favorise plus que l'éther. L'acte opératoire, même réduit à une simple laparotomie exploratrice, est suivi d'une leucocytose passagère apparaissant après six à sept heures et durant deux à trois jours; ce délai se prolonge quand on tamponne ou quand on draine.

La leucocytose tranchera le diagnostic entre l'iléus paralytique post-opératoire et une péritonite qui s'allume; de même, on différenciera une colique saturnine ou un débris de typhus d'avec une appendicite d'après le nombre des globules blancs.

2° *Examen bactériologique.* — Il acquiert de l'importance dans les cas où le point de départ de l'infection est douteux (ostéomyélite); il décide si l'opération est indiquée ou si elle n'est point tardive (cholécystite suppurée); lorsque, dans un cas de phlegmon d'un membre, il révèle la présence de germes dans le torrent circulatoire, l'amputation doit être hâtive.

Son importance pronostique n'est pas moindre : des pneumocoques trouvés dans le sang, en cas d'appendicite ou de péritonite, améliorent le pronostic.

En modérant l'acte chirurgical, en évitant, dans la mesure du possible, l'ouverture des vaisseaux sanguins et lymphatiques, nous préviendrons le passage des germes dans le sang; on se méfiera donc de la curette tranchante (ostéomyélite, infection utérine), à laquelle on peut reprocher le développement de maintes thrombophlébites; on évitera, sous prétexte d'asepsie, de brosser, sous narcose, des brûlures étendues; dans les cavités osseuses, on préférera les grands lavages et le drainage. Enfin, le frisson qui suit parfois le cathétérisme des strictures urétrales, est souvent le signe d'un envahissement plus ou moins passager du sang par des éléments microbiens.

IV. **Examination of the blood in surgery,** par le docteur W. W. KEEN. — 1° L'examen du sang est un des bons moyens de diagnostic, au même titre que la thermométrie et la radiographie. Il comprend un grand nombre de subdivisions, parmi lesquelles beaucoup ont et d'autres auront de l'importance (par exemple, l'examen chimique semble révéler le carcinome en démontrant la diminution du sucre; l'examen bactériologique montre dans 93 p. 100 des cas de fièvre typhoïde le bacille d'Eberth);

2° *Hématopexie :* il faut distinguer la coagulation extra de l'intravasculaire, la première étant en rapport avec la quantité de fibrine, la seconde avec les plaquettes. Dans la fièvre typhoïde, l'hématopexie est lente au commencement, rapide à la fin, ce qui explique la fréquence de la gangrène à la fin de cette affection. Cela paraît dû (Wright et Knapp) à l'accroissement des phosphates provoqué par la diète lactée (le citrate sodique préviendrait cet inconvénient, mais ne peut être employé tant qu'il y a danger d'hémorragie intestinale).

Normalement, l'hématopexie se fait entre la troisième et la

dixième minute. Quand elle se produit après ce laps de temps, il y a danger d'hémorragie grave après l'opération. Dans 38 cas personnels, l'ictère ne paraît guère avoir influencé la durée de coagulation. L'auteur signale à ce propos les bons effets de la thyroïdine dans différents cas d'hémophilie;

3° La cryoscopie ne fournit encore aucune indication précise;

4° L'iodophilie fournit une bonne indication pour le diagnostic différentiel entre le rhumatisme et l'ostéomyélite, la tuberculose et la suppuration banale, mais elle n'a nulle valeur quantitative.

De concert avec l'examen leucocytique, l'iodophilie peut donner des indications pronostiques réelles dans la péritonite et les suites opératoires au point de vue de la formation du pus dans les opérations aseptiques (42 examens personnels);

5° Hémoglobine : une diminution de 40 p. 100 est une contre-indication à l'anesthésie générale;

6° La leucocytose dépend non seulement de l'action microbienne, mais de la réaction organique. Elle peut manquer dans les cas d'abcès nettement limités.

L'absence de leucocytose peut servir grandement dans les diagnostic de la fièvre typhoïde;

7° L'éosinophilie intense est un signe presque certain, d'après Brown, de trichinose jeune, probable de kyste hydatique;

8° Dans les affections abdominales : appendicite, fièvre typhoïde, obstruction, et dans le carcinome, l'examen leucocytaire fournit de précieuses indications quand on l'ajoute à l'examen de l'état général : ce dernier, nous montrant plutôt l'action, et la leucocytose, la réaction;

9° C'est, en outre, un bon moyen de diagnostic entre la colique simple et l'appendicite;

10° Indépendamment des examens d'iodophilie et de coagulation déjà cités, l'auteur résume et commente sous forme de tableaux : *a.* les taux d'hémoglobine dans 166 cas personnels de suppuration; *b.* les chiffres de globules rouges dans 166 cas personnels de suppuration; *c.* les chiffres de globules blancs dans 277 cas personnels de suppuration; *d.* les chiffres d'hémoglobine, de globules rouges et de leucocytes dans 144 cas de cholélithiase; *e.* les chiffres de leucocytes dans 275 cas d'appendicite (86, non suppurées, 189 suppurées); *f.* l'examen hématologique (hémoglobine, érythrocytes, leucocytes) dans 181 cas de carcinome, 19 de sarcome, 48 cas d'ulcère gastrique, 1 cas de perforation gastrique.

DEUXIÈME QUESTION

TRAITEMENT DE L'HYPERTROPHIE PROSTATIQUE

Rapporteurs : MM. VON RYDYGIER (de Lemberg), Reginald HARRISON (de Londres) et J. ROVSING (de Copenhague).

I. **Traitement de l'hypertrophie prostatique**, par le docteur chevalier L. VON RYDYGIER. — L'auteur se borne à recommander le procédé de prostatectomie partielle par la voie périnéale qu'il a décrit au Congrès des chirurgiens polonais, à Cracovie, en 1900. Une sonde métallique étant introduite dans l'urètre, il incise le périnée sur la ligne médiane et résèque des portions plus ou moins considérables de la prostate *sans ouvrir l'urètre*, sauf, parfois, pour drainer la vessie ou extraire en même temps un calcul.

Cette méthode très simple lui a toujours donné de fort bons résultats.

II. **The treatment of enlarged prostate by prostatectomy**, par le docteur Reginald HARRISON. — Sans vouloir entrer dans des discussions théoriques, l'auteur se place uniquement au point de vue clinique.

1° Le cathétérisme pratiqué par le malade ou par un médecin avec des précautions suffisantes d'antisepsie est une méthode excellente, à préférer toutes les fois que son emploi est efficace et facile;

2° Les méthodes chirurgicales seront indiquées quand l'usage de la sonde est douloureux; quand le besoin d'uriner est trop fréquent; quand, malgré des lithotrities répétées, des calculs se reforment constamment dans la vessie; quand il y a des hématuries, que le sommeil est troublé, que des symptômes sérieux de cystite et d'intoxication interviennent;

3° La prostatectomie périnéale est peu en honneur en Angleterre et l'auteur y a rarement recours. L'avantage que d'aucuns lui attribuent de permettre de conserver les conduits éjaculateurs lui paraît assez incompréhensible, puisque l'ablation totale de la prostate suppose nécessairement la perte des fonctions génitales. De plus, il pense que presque toujours un certain degré d'incontinence suit la prostatectomie périnéale;

4° La prostatectomie transvésicale par la méthode de Freyer est le procédé de choix dans la majorité des cas : l'opération se pratique en quelques minutes, sans risque d'hémorragies et en voyant clairement ce qu'il convient d'enlever; malgré le toucher et le cystoscope, on rencontre souvent des surprises en ouvrant la vessie;

5° La guérison s'obtient toujours facilement si l'on assure un drainage sus-pubien suffisamment large;

6° La prostatectomie sus-pubienne partielle ne paraît pas, en général, avoir donné de bons résultats et a souvent nécessité une seconde intervention;

7° L'énucléation à l'aide du doigt, telle que l'a d'abord pratiquée Mac Gill, a tracé la voie à l'opération de Freyer;

8° La mortalité par la méthode sus-pubienne et la méthode périnéale est à peu près la même, soit environ 10 p. 100; si l'on excluait les « mauvais cas », elle serait beaucoup moindre;

9° L'orchidectomie et la vasectomie ont certainement entravé, parfois, la continuation de l'accroissement de la prostate; mais il ne semble pas que ces procédés soient capables de faire rétrocéder de larges masses de tissu prostatique hypertrophié.

Cependant, des malades opérés de vasectomie pour hypertrophie de la prostate, il y a plus de dix ans, sont encore tout à fait bien portants, quoique l'intervention fût pratiquée à un moment où l'obstruction paraissait imminente. Cette opération ne saurait donc être rejetée dans des cas au début.

III. **Die Behandlung der Prostatahypertrophie**, par le docteur J. ROVSING. — 1° L'hypertrophie prostatique a fait, dans ces dernières années, l'objet de traitements très différents et souvent peu réfléchis;

2° L'opération de Bier et l'opération de Bottini sont et doivent être abandonnées;

3° Par contre, l'auteur se refuse énergiquement à faire de la prostatectomie la méthode ordinaire de traitement;

4° Il faut bien se convaincre que ce n'est pas l'hypertrophie de la prostate qu'il s'agit de soigner, mais seulement les troubles urinaires qui en résultent : 80 p. 100 des sujets atteints d'hypertrophie prostatique n'en éprouvent, en effet, aucun inconvénient;

5° Il ne faut pas oublier que la prostate, même si elle est hypertrophiée, joue un rôle si important dans l'économie

qu'il convient de ne la sacrifier qu'en cas d'absolue nécessité;

6° Le cathétérisme méthodique doit toujours être tenté avant de recourir à une intervention quelconque. Généralement, ce traitement est cependant impuissant à guérir la rétention;

7° Devant la question : « cathétérisme à vie ou intervention, » on se basera, pour répondre, sur l'état du muscle vésical; si celui-ci est atrophié, la prostatectomie donnera peu d'avantages et il vaut mieux alors se borner à des sondages *répétés* et soigneux. Si cependant la prostate est très voluminense et saigne facilement, on recourra au drainage sus-pubien par cytostomie;

8° Dans tous les muscles où le muscle vésical est encore suffisant, une intervention chirurgicale est préférable au cathétérisme à vie;

a. La *vasectomie* doit être tentée chaque fois que l'on a affaire à une prostatite hypertrophique parenchymateuse à un stade pas trop avancé. Elle est contre-indiquée dans les cas d'hypertrophie scléreuse et dans les cas où la rétention est due à l'hypertrophie du lobe médian.

Sur 70 cas personnels, 60 p. 100 de guérisons, 30 p. 100 d'améliorations, 10 p. 100 d'insuccès; pas de décès opératoires; anesthésie locale; conservation de la « potentia coeundi ».

b. La *prostatectomie partielle* est pratiquée par l'auteur chaque fois que la rétention est due à une hypertrophie du lobe médian faisant saillie dans la vessie, à condition que la vessie ne soit pas trop infectée et que l'âge et l'état du malade ne contre-indiquent pas une intervention.

L'auteur se sert toujours de la voie sus-pubienne.

c. L'*extirpation totale* de la prostate — de préférence par la méthode de Freyer — est réservée aux cas où l'on a lieu de soupçonner une dégénérescence sarcomateuse ou carcinomateuse de la glande et à ceux où des hémorragies ou des abcès commandent une intervention radicale.

d. La *cystostomie suprapubienne* est indiquée : 1. chaque fois que la vasectomie échoue ou quand son influence cesse de se manifester; 2. dans les cas où une infection grave de la vessie commande un drainage soigné et continu; 3. lorsqu'une prostatectomie, quoique opportune, doit être écartée à cause des dangers qu'elle présente; 4. dans les cas de paralysie vésicale lorsque le sondage par l'urètre est impossible ou très difficile.

Sur 51 cas opérés de la sorte, l'auteur a perdu deux malades de pneumonie (ces patients avaient exigé d'être chloroformés);

9° La prostatectomie partielle par voie sus-pubienne est préférable, dans la majorité des cas, à la prostatectomie totale;

10° La voie sus-pubienne est plus facile, plus rapide et plus sûre que la voie périnéale; les risques d'infection, de lésions de l'urètre postérieur et du rectum sont beaucoup moindres.

TROISIÈME QUESTION

INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LES AFFECTIONS NON CANCÉREUSES DE L'ESTOMAC

Rapporteurs : MM. A. Monprofit (d'Angers), A. W. Mayo Robson (de Londres), J. Rotgans (d'Amsterdam), A. Mattoli (d'Ascoli Piceno), von Eiselsberg (de Vienne) et Jonnesco [de Bucarest (1)].

I. Traitement chirurgical des affections bénignes de l'estomac, par le docteur A. Monprofit. — L'auteur s'est occupé particulièrement des affections médicales proprement dites de l'estomac, à l'exclusion des traumatismes; il a envisagé la question sous la forme d'une sorte de « médecine opératoire gastrique »; il examine successivement la ponction de l'estomac; la laparotomie exploratrice paragastrique; la dilatation du pylore extra et intrastomacale; la pyloroplastie; la gastrotomie exploratrice suivie de gastrorraphie; le curetage et la cautérisation des ulcères; la gastrostomie; la gastrectomie partielle; la gastroplastie (gastroplication et invagination); la cardioplastie; la gastropexie directe et indirecte; la gastro-anastomose; la dilatation du cardia par voie stomacale; la cardiectomie; la pylorectomie; l'exclusion du pylore; la gastrectomie totale; l'exclusion totale ou isolement de l'estomac; enfin la gastro-entérostomie et toutes ses variétés, y compris la gastro-duodénostomie.

Pour chacune de ces interventions, l'auteur expose la définition, l'historique, le manuel opératoire, les résultats et les indications.

Dans une série de six tableaux annexés aux divers chapitres, il résume les principales observations publiées sur les interventions pour rétrécissement spasmodique ou fibreux du pylore (4 dilatations de Paul et Jaboulay et 18 gastro-entérostomies personnelles), pour ulcères gastriques (36 cas personnels), pour gastrite chronique (15 cas personnels), pour maladie de Reichmann (4 cas de Hartmann, Demoulin, Bouglé et Duret), pour dyspepsie et dilatation (26 cas personnels). En outre, l'auteur rapporte brièvement une série d'observations inédites.

Les conclusions de ce rapport, basées sur les 202 gastro-entérostomies exécutées par l'auteur jusqu'au 1er janvier 1905 (dont 95 pour affections bénignes) et sur une étude bibliographique très documentée, peuvent être résumées, d'après l'auteur, comme suit :

1° Les affections non cancéreuses de l'estomac, qui ont résisté à des tentatives sérieuses et raisonnables de traitement médical, sont presque toutes curables par le traitement chirurgical;

2° La plupart de ces affections sont beaucoup plus rapidement et plus pratiquement guéries par une opération que par le traitement médical;

3° Il est erroné de considérer la stase et l'amaigrissement comme les seules indications opératoires; ces conditions-là ne soulèvent aucun doute. Mais il faut s'efforcer d'intervenir déjà dès les premières douleurs, les premières luttes d'un estomac qui commence à vaincre difficilement la résistance d'un pylore *contracté* ou *en voie de contraction;* ce sont les premiers signes d'une *légère ulcération*, d'une évacuation imparfaite qu'il faut tâcher de dépister;

4° L'opération qui s'applique à la grande majorité de ces affections est la *gastro-entérostomie.* D'autres opérations : résection, fixation, plissement, etc., sont indiquées dans le reste des cas;

5° La gastro-entérostomie qui donne les meilleurs résultats est la gastro-jéjunostomie en Y selon la méthode de Roux, avec diverses modifications;

6° La pratique de la gastro-entérostomie par les sutures donne les résultats les plus sûrs;

7° Les résultats imparfaits de la gastro-entérostomie sont dus à l'emploi d'un procédé défectueux, comme les procédés à accolement latéral, ou à l'exécution vicieuse d'un bon procédé. Une intervention nouvelle, faite avec soin et discernement, peut généralement améliorer ces résultats défectueux;

8° Le traitement chirurgical appliqué, à l'avenir, d'une

(1) Le rapport de M. Jonnesco n'a pas encore paru.

façon précoce et intense aux affections bénignes de l'estomac, est le meilleur traitement préventif des dégénérescences malignes.

II. **The surgical treatment of non-cancerous affections of the stomach**, par le docteur A. W. Mayo Robson. — Dans ce rapport, basé sur une expérience personnelle de près de 500 cas d'opérations gastriques et un nombre très considérable de cas d'affections de l'estomac non opérés, l'auteur s'est surtout placé au point de vue des indications opératoires et discute pour chaque cas les résultats comparatifs du traitement médical et chirurgical. Il examine spécialement l'ulcère gastrique et ses complications, accessoirement l'estomac en bissac, la dilatation gastrique, la sténose du cardia, la dilatation aiguë et post-opératoire, la gastroptose, la gastrite hypertrophique, les phlegmons de l'estomac, la sténose hypertrophique congénitale du pylore, les traumatismes et les brûlures, l'hyperchlorhydrie et la gastralgie permanentes.

L'auteur s'est attaché à examiner les résultats éloignés des divers modes de traitement, et, à cet égard, son travail offre un intérêt tout spécial.

En résumé, on peut tirer de ce rapport les conclusions suivantes :

1° La mortalité opératoire de la gastro-entérostomie pour ulcère de l'estomac est minime : 1 p. 100 sur 97 cas dans la clientèle privée (dans une série de 77 gastro-entérostomies consécutives pour affections de toutes sortes en clientèle privée et à l'hôpital, l'auteur n'a pas eu un seul décès; sur l'ensemble de toutes les gastro-entérostomies qu'il a pratiquées, il a une mortalité de 3,7 p. 100);

2° Les complications, telles que vomissements, cercles vicieux, etc., ne se produisent pas si l'opération est bien faite;

3° Les résultats éloignés de la gastro-entérostomie dans les cas de dilatation par obstruction pylorique, sont très satisfaisants; la dilatation atonique, par contre, bénéficie peu de l'intervention;

4° Dans les cas d'hématémèse ou de mélæna dus à des hémorragies par ulcère, la gastro-entérostomie, en mettant l'estomac et le duodénum en repos, a généralement suffi à amener la guérison, sans qu'il soit nécessaire de rechercher le vaisseau saignant ni d'exciser l'ulcère;

5° Dans le traitement de l'ulcère chronique, la gastro-entérostomie, entre les mains de l'auteur, a donné 92 p. 100 de guérisons *durables*. Cependant, comme souvent la longue durée de l'affection avant l'opération a amené des adhérences périgastriques, etc., l'intervention ne sera efficace que si les malades continuent à s'astreindre à un régime modéré;

6° La pyloroplastie donne souvent des résultats *immédiats* excellents; mais elle expose à des rechutes fréquentes et de ce chef n'est pas conseillable pour le traitement de la sténose consécutive à un ulcère; peut-être conservera-t-elle son indication dans les cas de sténose spasmodique ou d'hypertrophie congénitale du pylore. L'opération de Loreta expose aussi presque toujours à devoir réintervenir ultérieurement;

7° L'opération de Finney semble donner des résultats remarquables; mais elle est de pratique trop récente pour permettre une opinion définitive;

8° Il n'est plus permis au médecin de traiter médicalement les affections de l'estomac durant des mois et des années, alors que ces malades, confiés en temps opportun à un chirurgien, guériraient rapidement et avec peu de risques; le traitement prolongé à outrance augmente les dangers et les difficultés de l'opération et diminue son efficacité; il accroît les chances de transformation maligne;

9° La mortalité par ulcère de l'estomac non opéré peut être évaluée à 25 p. 100 de tous les cas d'ulcère traités médicalement (hémorragie, péritonite, sténose, carcinome greffé sur un ulcère, etc.);

10° L'auteur donne la préférence à la gastro-entérostomie postérieure; il recommande de faire l'anostomose le plus près possible du bord inférieur de la face postérieure et de laisser le plus petit espace possible entre l'abouchement jéjunal et la duodéno-jéjunostomie. Il pratique la suture sur un rouleau d'os décalcifié et rejette l'emploi du bouton de Murphy, qui ne permet guère d'aller plus vite et expose à de graves ennuis.

III. **Le traitement chirurgical des affections bénignes de l'estomac**, par le docteur J. Rotgans. — L'auteur s'occupe spécialement du traitement de l'ulcère, de ses conséquences et de ses complications, en y intercalant ce qui concerne la cure de la gastroptose, des adhérences et des sténoses d'autre origine.

Son travail comprend deux parties : dans la première, il expose ses vues personnelles sur l'étiologie de l'ulcère, sur le moment opportun pour l'intervention et sur les indications opératoires, en se basant sur les résultats de 76 opérations péésonnelles. Dans la seconde partie, il discute les indications et les procédés opératoires préconisés par les principaux chirurgiens.

Voici quelques conclusions que nous croyons pouvoir déduire de ce travail :

1° Le traitement de l'ulcère de l'estomac ne peut être que symptomatique et exclusivement local, parce que la cause réelle de l'ulcère nous échappe encore;

2° Dans beaucoup de cas d'ulcère, le traitement médical reste impuissant, ainsi que le montrent la persistance fréquente d'un ou plusieurs ulcères, les récidives et les complications nombreuses (hémorragie, sténose, carcinome, etc.);

3° L'auteur ne pense pas que le chirurgien puisse intervenir dès que l'existence d'un ulcère est manifeste : les résultats d'un traitement médical approprié sont trop satisfaisants et les risques d'un échec chirurgical trop réels pour autoriser l'intervention précoce;

3° La mortalité opératoire constatée par l'auteur sur 76 opérations d'ulcère pratiquées chez 68 malades est de 5 1/3 p. 100 (4 décès). Examinée de près, cette statistique s'améliore encore et peut être abaissée à 2 2/3 p. 100. Il n'y a pas eu de victimes de l'anesthésie, de la pneumonie, de la péritonite opératoires ou de sutures insuffisantes. Les 4 décès sont dus : à un cercle vicieux (opération faite en 1896); à une perforation d'un ulcère six jours après l'intervention; à une tuberculose miliaire aiguë et à une nécrose graisseuse d'origine pancréatique;

5° Résultats éloignés des 64 cas opératoirement guéris : non guéris, 7; guéris mais morts ultérieurement à la suite de l'affection stomacale, 2; complètement ou très suffisamment guéris, 54; résultat inconnu, 1;

6° *Indications opératoires :*

L'opération est nécessaire en cas de : I. 1° Troubles moteurs de nature mécanique, quelle qu'en soit la forme anatomique; 2° Troubles moteurs de nature dynamique, lors de symptômes anatomiques d'ulcères évidents.

II. Même en cas d'absence de troubles moteurs quand il existe : 1° de la douleur violente ou de longue durée; 2° des

tumeurs, même sans soupçons de carcinome; 3° des hémorragies prolongées ou répétées; 4° des perforations; 5° de l'émaciation ou des rechutes continuelles.

III. Crainte fondée ou soupçon de dégénérescence carcinomateuse.

Elle est conseillable en cas de : I. Troubles moteurs de nature dynamique, quand l'estomac seul en est atteint (*gastroptose exclusivement*) et que la modification est très prononcée.

IV. Ulcères chroniques qui ont résisté au traitement interne le plus rigoureux, mais qui pour le surplus n'ont pas entraîné un symptôme dangereux quelconque.

Elle est autorisée en cas de danger de mort par hémorragie aiguë.

7° *Technique.* — L'auteur préfère la gastro-entérostomie à la pyloroplastie et à la résection de l'ulcère; cette dernière sera préférée lorsque l'exécution en est facile, dans les cas où l'on redoute une dégénérescence cancéreuse et lorsque la douleur ou l'hémorragie prédominent.

L'auteur recommande le procédé de gastro-entérostomie antécolique antérieure en Y de Wölfler dont l'exécution est plus facile que celle de Roux et qui donne les mêmes garanties que celle-ci.

La cautérisation de l'ulcère, le curetage, l'exclusion du pylore, la gastrostomie, la jéjunostomie n'ont que des indications exceptionnelles;

8° Pour la gastroptose, l'auteur a fait construire un bandage différent de celui de Glénard. Il n'opère que s'il existe en même temps des complications mécaniques ou des ulcères, et en ce cas il pratique la gastro-entérostomie éventuellement combinée à une gastropexie.

IV. **Les interventions chirurgicales dans les affections non cancéreuses de l'estomac**, par le docteur A. Mattoli. — L'auteur passe en revue les diverses affections bénignes de l'estomac pour lesquelles l'intervention chirurgicale est indiquée; il examine dans chacune les indications et la valeur de chaque méthode opératoire.

1° *Gastroptose* : la gastro-entérostomie d'emblée doit être préférée à la gastropexie;

2° *Sténose pylorique* : *a.* congénitale : gastro-entérostomie postérieure; *b.* cicatricielle : la gastro-entérostomie mérite la préférence sur la pyloroplastie et la résection dont les indications sont très limitées; sa mortalité en Italie est de 8 p. 100; *c.* tuberculeuse : indication presque absolue pour la gastro-entérostomie (mortalité italienne : 17,24 p. 100 sur 29 cas); *d.* syphilitique : dans les cas de gomme rebelle, gastro-entérostomie; *e.* par compression : hépatopexie, gastro-entérostomie. *f.* Par tumeur bénigne : résection;

3° *Pyloropasme* : divulsion (Loreta) en cas de fissure pylorique; gastro-entérostomie et peut-être gastro-duodénostomie. Exceptionnellement, jéjunostomie;

4° *Ulcère rond* : la préférence doit être accordée à la gastro-entérostomie sur tous les autres procédés. La cautérisation et la ligature de l'artère peuvent donner des succès en cas d'hémorragie. Traitement causal dans les cas de syphilis et d'actinomycose;

5° *Estomac en sablier* : gastroplastie en cas de pylore normal et de rétrécissement central, peu marqué; la gastro-gastrostomie aussi exige un pylore normal; la gastroplication est abandonnée; la gastro-entérostomie donne des résultats excellents;

6° *Périgastrite adhésive, gastrite ulcéreuse, gastrectasie essentielle, cirrhose de l'estomac, dyspepsie grave* : la gastro-entérostomie doit être préférée.

7° *Volvulus de l'estomac* : redressement.

En résumé, « une opération, dit l'auteur, domine en souveraine le champ de la chirurgie stomacale : la *gastro-entérostomie.* Accueillie d'abord avec méfiance, même par les plus illustres chirurgiens, et laissée pendant plusieurs années à l'écart, cette opération a fini par entrer victorieusement dans la pratique et est devenue, grâce aux nombreux perfectionnements et à la sélection rationnelle des différentes méthodes proposées, féconde en résultats décisifs et splendides.

Un illustre clinicien italien, qui s'occupait tout récemment de la gastro-entérostomie, exprimait dans un journal scientifique le souhait que cette opération devînt *populaire*; et il ajoutait « que c'est dans les préjugés du public que l'on rencontre le plus grand obstacle ». Or, je crois qu'il serait plus exact d'affirmer que la chirurgie gastrique, et particulièrement la gastro-entérostomie dans ses nombreuses indications, fut contrariée par les préjugés de bien des médecins internistes; ceux-ci, pleins d'une confiance exagérée dans leurs prescriptions thérapeutiques, s'obstinaient à considérer l'intervention active comme l'*extrema ratio* et ne la conseillaient que lorsque les conditions étaient désespérées. »

V. **Chirurgische Therapie der nicht carcinomatösen Magenaffectionen**, par A. von Eiselsberg. — 1° Corps étrangers. — La gastrotomie n'est indiquée que pour des corps volumineux ne s'éliminant pas par les voies naturelles : 1 cas personnel de phytobézoaire enlevé avec succès;

2° Traumatismes. — a. *Perforants.* Le pronostic dépend de la précocité de l'intervention. En cas de doute, on pratiquera la laparotomie quand même. Certains projectiles doués d'une faible vitesse de propagation laissent un imperceptible orifice de sortie, ce qui commande une minutieuse exploration de la paroi postérieure de l'estomac.

b. *Non perforants.* Ces traumatismes sont occasionnés par des caustiques chimiques; ils exposent à la perforation ou à la rétraction cicatricielle.

Von Eiselsberg a opéré 5 cas de rétraction cicatricielle du pylore : 4 fois, gastro-entérostomie suivie 3 fois de guérison; 1 fois, résection pylorique (Billroth I) également avec succès.

Dans les cas de stricture complète de l'estomac, on aura recours directement à la jéjunostomie; de même, lorsque le pylore et le cardia sont tous deux rétrécis par le caustique.

Chez deux malades atteints de rétrécissement simultané du pylore et du cardia, von Eiselsberg pratiqua la série d'opérations suivante : 1° jéjunostomie; 2° quelques semaines plus tard, gastrostomie et cathétérisme rétrograde de la stricture œsophagienne; 3° après un mois, jéjunorraphie et gastro-entérostomie; 4° après plusieurs mois, le cathétérisme de l'œsophage pouvant se faire *per os*, gastrorraphie. Le succès fut complet dans les deux cas;

3° Spasme pylorique. — Il est probable que le spasme est entretenu d'habitude par une ulcération plus ou moins étendue. Von Eiselsberg intervint 3 fois : 2 fois, pyloroplastie (un soulagement passager, un malade perdu de vue); dans le troisième cas, la gastro-entérostomie amena une guérison complète;

4° Ulcère. — a. *Perforation.* La seule thérapeutique consiste en une laparatomie hâtive, suivie de la suture de la solution de continuité.

De 6 cas opérés de seize heures à trois jours après la perforation, 2 survécurent à l'opération.

Au point de vue technique, l'auteur conseille l'excision de l'ulcus lorsque son étendue est minime et que l'état du patient le permet. S'il est étendu, le fond de l'ulcération peut être comblé au moyen de l'épioloon, ce qui est, d'ailleurs, un fréquent mode de guérison spontanée. Quand le temps presse, on est autorisé à tamponner l'ulcère.

b. *Hémorragies.* Les résultats relativement favorables du traitement médical (gélatine) font quelque peu hésiter le chirurgien lorsqu'il se trouve en présence d'une hématémèse; de plus, l'hémostase chirurgicale n'est guère aisée; enfin, le malade se trouve souvent dans un état d'anémie incompatible avec l'intervention. Mais lorsque l'hémorragie a cessé ou qu'elle se répète à intervalles rapprochés, l'opération est indiquée; on aura recours soit à l'hémostase directe, soit à la gastrectomie, soit à l'exclusion du territoire saignant ou de l'estomac en entier par la gastro-entérostomie ou la jéjunostomie.

Statistique personnelle des opérations pratiquées contre l'ulcère et ses complications :

A. Ulcères saignants : 33 cas avec 9 morts (1 excision = guérison; 1 cautérisation = mort; 2 gastroplasties = 1 amélioration et 1 décès; 1 gastro-entérostomie antérieure suivie d'une jéjunostomie = guérison; 15 gastro-entérostomies postérieures avec 10 guérisons, 2 insuccès et 3 morts; 3 exclusions du pylore avec 2 guérisons et 1 décès après neuf mois, par hématémèse; 9 jéjunostomies avec 5 succès et 4 décès; 1 gastro-entérostomie combinée à la jéjunostomie = guérison).

B. Ulcères non saignants : 64 cas avec 16 morts (1 gastroplastie avec guérison; 1 pyloroplastie, perdu de vue; 20 gastro-entérostomies postérieures avec 3 décès, 10 gastro-entérostomies antérieures avec 5 décès, 2 récidives et 3 guérisons; 1 exclusion du pylore = guérison; 8 résections pyloriques avec 2 décès; 16 jéjunostomies avec 6 décès; 6 gastrolyses sans résultat durable).

C. Ulcère duodénal et sténose : 5 cas traités par la gastro-entérostomie postérieure furent suivis d'amélioration immédiate fort satisfaisante.

D. Sténoses : 50 cas avec 2 décès (5 gastroplasties avec 1 seule amélioration notable; 39 gastro-entérostomies postérieures avec 38 guérisons; 5 gastro-entérostomies antérieures avec 4 guérisons; résection du pylore suivie de guérison);

5° L'auteur n'est jamais intervenu chez des malades non porteurs de lésions anatomiques, des dyspeptiques simples, comme le font certains dont les statistiques sont par conséquent plus brillantes :

6° Pour von Eiselsberg, on peut se contenter d'opérations plus anodines que la résection, quand, bien entendu, il n'existe pas de carcinome. Il ne faut d'ailleurs pas exagérer la fréquence de la transformation carcinomateuse de l'ulcère;

Il convient encore d'attendre avant de se prononcer définitivement sur la valeur de la résection pylorique précoce. Sur onze résections pyloriques pour ulcère, von Eiselsberg a obtenu neuf guérisons;

7° Une seule fois, une gastro-entérostomie pratiquée par l'auteur fut suivie d'ulcère peptique;

8° La gastro-entérostomie donne encore d'excellents résultats dans les ulcères proches du pylore; son efficacité diminue à mesure que l'ulcération se rapproche du cardia; dans des cas pareils, la jéjunostomie rend d'utiles services;

9° La jéjunostomie représente la plus palliative des opérations dirigées contre l'ulcère stomacal; elle est indiquée dans les cas de cachexie profonde, dans l'estomac en sablier avec très petite portion cardiaque, dans la rétraction totale de l'estomac, dans la linite plastique. La fistule jéjunale est le plus souvent continente et elle se ferme spontanément après enlèvement de la sonde;

10° La pyloroplastie, la gastroplastie, la gastrolyse méritent peu de confiance;

11° L'exclusion pylorique est une bonne opération;

12° Technique. — Von Eiselsberg administre douze heures avant l'opération une injection d'acide nucléinique (von Mikulicz); dix heures avant l'opération, le malade absorbe 2 grammes d'isoforme (von Mikulicz). On veillera à ce que l'opération se fasse dans un local bien chauffé. Selon les cas, la narcose se fait légèrement à l'éther (*Aetherrausch*) ou au mélange de Billroth, ou bien au moyen de la solution de Schleich. La pince de Doyen permet d'éviter l'épanchement du contenu stomacal ou intestinal. Sutures à la soie fine, surjet à quatre plans (Wölfler). Le bouton de Murphy est rarement employé. En dehors des cas de perforation, pas de drainage. Particulièrement chez les malades affaiblis, irrigation intrapéritonéale au moyen de 1-2 litres de sérum salin chaud. Le même sérum est administré largement par voie hypodermique;

13° L'ulcère ou la sténose siégeant au pylore, on pratique la gastro-entérostomie postérieure. Dans les cas douteux où l'on hésite entre la gastro-entérostomie et l'exclusion pylorique, on préférera l'exclusion. Si l'ulcère siège sur la grande courbure ou dans le voisinage du cardia, on excise; sinon, c'est à la jéjunostomie, selon Witzel, que l'on s'adressera de préférence; on peut toujours, lorsque le malade aura repris des forces, y ajouter une intervention plus radicale.

La gastro-entérostomie postérieure rétrocolique reste toujours l'opération de choix. Si l'on ne peut faire autrement que de pratiquer la gastro-entérostomie antérieure, on y adjoindra une entéro-anastomose pour éviter le *circulus vitiosus.*

QUATRIÈME QUESTION

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE ARTICULAIRE

Rapporteurs : MM. A. Bier (de Bonn), A. Broca (de Paris), Ch. Willems (de Gand), A. Codivilla (de Bologne), E. H. Bradford (de Boston).

I. **Behandlung der Gelenktuberkulose,** par le professeur A. Bier. — L'exposé très personnel de l'auteur peut se résumer dans les conclusions suivantes :

1° La tuberculose articulaire est une affection essentiellement curable; l'ablation systématique des foyers tuberculeux est une thérapeutique ridicule et surannée;

2° Le traitement de l'état général joue un certain rôle dans l'amélioration de l'état local;

3° L'immobilisation est une des meilleures médications locales; elle imite la tendance naturelle de l'économie;

4° L'iodoforme, la tuberculine, l'ignipuncture, le chlorure de zinc sont tous d'utiles adjuvants du traitement : ils agissent en hyperémiant la région malade;

5° La méthode de l'hyperémie passive par constriction veineuse en amont de l'articulation est le moyen le plus efficace et le plus simple de traitement conservateur.

L'auteur décrit dans leurs grandes lignes les principes de sa méthode, trop connus pour que nous y insistions; la bande reste appliquée deux à trois heures par jour;

6° Même dans les tuberculoses ouvertes, pas de pansements antiseptiques ni de curetage. Il faut toujours essayer l'hyperémie;

7° Les abcès froids doivent être évacués par incision, ponction ou aspiration;

8° Contre-indications à l'hyperémie : dégénérescence amyloïde, tuberculose pulmonaire grave, attitudes vicieuses qui, après guérison, laisseraient un résultat plus mauvais que la résection (surtout au genou);

9° L'hyperémie permet de recourir très tôt à la mobilisation active et passive, sauf au pied et au genou; la guérison s'obtient souvent avec un retour complet de tous les mouvements malgré des lésions très avancées (plusieurs observations extrêmement probantes);

10° L'emploi d'appareils, tels que ceux de Hessing, vient avantageusement à l'appui de l'hyperémie;

11° L'hyperémie permet un traitement ambulant des malades; le séjour de l'hôpital leur est plutôt nuisible;

12° La durée moyenne du traitement est d'environ neuf mois;

13° L'auteur a recours à l'hyperémie depuis quatorze ans; les résultats de sa technique la plus récente, appliquée du 1er avril 1903 au 1er août 1904, sont les suivants :

Tuberculose de la main : 17 cas, 15 guérisons, 2 améliorations; durée moyenne : douze mois.

Tuberculose du coude : 11 cas, 8 guérisons, 3 améliorations; neuf mois.

Tuberculose du pied : 13 cas, 8 guérisons, 3 améliorations, 1 non modifié, 1 amputé ultérieurement; dix mois.

Tuberculose du genou : 5 cas, 3 guérisons, 2 améliorations. Dans 8 autres cas, résection après une courte tentative d'hyperémie.

Tuberculose de l'épaule : 1 cas guéri avec mobilité parfaite;

14° Le but essentiel du traitement doit être d'obtenir un fonctionnement aussi parfait que possible. De là, la préférence donnée à la résection sur l'hyperémie dans les tuberculoses du genou et du pied, où la mobilité est moins importante qu'une bonne position;

15° La récidive dans les cas de tuberculose traités par l'hyperémie ne paraît ni plus ni moins fréquente que par les autres modes de traitement. Quand elles surviennent, elles sont de nouveau soignées par la stase.

II. **Traitement de la tuberculose articulaire**, par le docteur A. Broca. — L'auteur se borne à exposer « ce qu'il fait », comment il traite la tuberculose chez l'enfant.

Le *traitement médical* est indispensable; cependant le séjour continuel au bord de la mer n'est pas nécessaire.

Les *lésions synoviales superficielles* sont traitées par les injections modificatrices d'éther iodoformé à 10 p. 100 et par l'immobilisation relative et de courte durée.

Les *ostéo-arthrites* seront traitées par l'immobilisation complète (plâtre) dans la position de choix : rectitude complète pour le genou, le poignet, les doigts, les orteils; extension rectiligne, légère abduction et rotation en dehors pour la hanche; la flexion à angle droit pour le coude et le cou-de-pied.

Le redressement des positions vicieuses sera demandé à l'extension continue.

Quand les os sont déformés ou luxés, on aura recours au redressement brusque, qui n'est pas coupable des complications dont on l'a accusé.

Après redressement, repos au lit dans un appareil pendant plusieurs mois; après seulement, application d'un appareil de de marche.

L'immobilisation est la base du traitement. On pourra avoir recours aux adjuvants : compression, stase veineuse, révulsifs, injection d'éther iodoformé. L'auteur se déclare peu favorable à la méthode sclérogène.

L'*opération* sera exceptionnelle : la résection est préférable à la synovectomie.

La résection, si elle est complète, expose à d'énormes raccourcissements; si elle respecte les cartilages conjugaux, elle risque d'être incomplète et expose à de graves déformations.

L'état du développement squelettique constituera une indication précieuse.

Les *tumeurs blanches suppurées* seront soumises aux ponctions et aux injections d'éther iodoformé à 10 p. 100. L'auteur n'est pas partisan des injections fortement irritantes.

Les évidements partiels ne sont pas conseillables; ils constituent un pis-aller.

Les menaces d'infection pourront obliger aux larges ouvertures avec drainage des foyers osseux.

La septicémie ou une tuberculose pulmonaire grave pourront seules faire recourir à l'amputation.

La correction des positions vicieuses ne se fera que quand tout foyer infectieux sera éteint.

On ne cessera l'immobilisation qu'après disparition de toute douleur spontanée ou provoquée. Le retour à la motilité sera lent et progressif, aidé par des appareils de marche. A la moindre alerte, on retournera à l'immobilisation temporaire.

On ne fera pas trop d'efforts pour mobiliser les articulations. Au membre inférieur, on respectera l'ankylose et on la provoquera après un redressement du membre par ostéotomie ou résection plutôt que par redressement forcé. Au membre supérieur, on essaiera de mobiliser.

III. **Indications du traitement opératoire dans la tuberculose articulaire**, par le docteur Ch. Willems. — L'auteur s'est attaché uniquement au traitement de la tuberculose articulaire par l'intervention opératoire, en laissant entièrement de côté le traitement conservateur et orthopédique que d'autres rapporteurs se sont chargés d'étudier. Il établit particulièrement les indications *actuelles* de l'opération radicale (résection ou amputation), à l'exclusion de toutes les petites interventions (incisions, curetages, évidement, etc.), qui rentrent plutôt dans les méthodes conservatrices.

Les conclusions suivantes peuvent être déduites de ce rapport :

1° Les divergences d'opinions entre les auteurs qui se sont beaucoup occupés de la question sont encore grandes;

2° L'indication opératoire peut être fournie par l'état local, par l'état général, par la localisation;

3° Au point de vue de l'état local : *a.* la conservation doit être tentée dans les tuberculoses non suppurées et donne chez l'enfant des résultats fonctionnels excellents; on opérera dans les cas de lésions profondes et étendues d'emblée et dans les cas sans tendance à la guérison par les moyens conservateurs, surtout chez l'adulte; *b.* dans les suppurations fermées, l'indication opératoire n'est pas absolue; dans la pratique de l'auteur, les injections d'iodoforme ont cependant donné des résultats moins favorables que dans la statistique de Hoffa; l'extirpation de la paroi de l'abcès n'est pas recommandable; *c.* les fistules ne commandent une intervention opératoire que si les tentatives de conservation ont échoué; l'extirpation du trajet fistuleux donne de mauvais résultats; *d.* la présence de séquestres osseux, chez l'adulte, est une indication formelle à l'opération; *e.* des localisations externes multiples doivent faire renoncer, chez l'adulte, aux tentatives de conservation; l'amputation sera ici préférée;

4° Au point de vue de l'état général, l'amputation est de

règle quand il existe une tuberculose viscérale grave ou une dégénérescence amyloïde des organes;

5° Au point de vue de la localisation :

a. Au genou : l'indication de la résection est fréquente et peut être précoce chez l'adulte; on n'y recourra cependant pas avant l'âge de quinze ans, à cause des contractures secondaires et des troubles de croissance; la conservation soignée donne du reste dans l'enfance d'excellents résultats;

b. A la hanche : dans la très grande majorité des cas, le traitement de la coxalgie doit être conservateur, chez l'enfant, la guérison est de règle; si elle ne se produit pas, la résection est à recommander. Les opérations ultra-radicales (Bardenheuer, Sprengel) ont des indications tout à fait exceptionnelles;

c. Au coude : la résection trouve ici des indications particulièrement fréquentes, quel que soit l'âge, par l'échec constant du traitement conservateur;

d. Epaule : le traitement opératoire radical (résection) est la méthode de choix;

e. Poignet : les injections donnant de très bons résultats, la résection doit être réservée aux cas avancés; l'amputation, par contre, est exceptionnelle;

f. Cou-de-pied : chez l'adulte, résection précoce; chez l'enfant, la conservation patiente mène presque toujours à la guérison.

IV. **L'élément fonctionnel dans le traitement de la tuberculose articulaire**, par le docteur A. Codivilla. — L'auteur s'occupe uniquement des méthodes de traitement de la tuberculose articulaire au point de vue des résultats fonctionnels.

Les tendances conservatrices sont actuellement exagérées. Dans beaucoup de cas, la résection seule peut sauver la vie du malade; dans d'autres cas, la lenteur des méthodes conservatrices rend la sésection seule économiquement possible.

A. Considérant la *résection*, celle-ci sera indiquée quand la marche du processus, contrôlée par la radiographie, sera nettement progressive.

La *résection* est préférable à la *synovectomie*.

Pour la *hanche*, on respectera scrupuleusement l'appareil musculaire; pour le *genou*, on recherchera l'ankylose.

Dans les articulations du *membre supérieur*, on respectera l'appareil musculaire d'une façon toute spéciale.

La position de choix dans l'ankylose sera, pour la *hanche*, une légère abduction et une légère flexion; pour le *genou*, une légère flexion; pour le *pied*, un léger équinisme.

Chez les enfants, la résection n'est pas contre-indiquée si l'on respecte les cartilages épiphysaires.

Les déformations dans le membre inférieur seront corrigées par les ostéotomies suivies d'extension.

La pseudarthrose ballante, fréquente surtout au coude, sera corrigée par la création de ligaments artificiels.

B. Le traitement *conservateur* sera différent suivant le moment où le chirurgien sera appelé.

1° Dans la *période de début* du processus, on aura recours à l'immobilisation.

Dans la grande majorité des cas, la contracture initiale sera vaincue par des méthodes non brutales.

Le membre sera immédiatement fixé dans la position de choix au moyen d'un appareil plâtré comprenant les articulations voisines; on ajoutera le repos au lit pour les affections du membre inférieur. Le retour à la motilité sera lent et progressif.

2° Dans une *seconde période*, caractérisée par l'activité du processus, les déformations et les contractures, *le redressement forcé sera absolument banni.*

On remettra le membre en bonne position par le redressement progressif, facilité, au besoin, par des myotomies ou des ténotomies.

3° Dans une *troisième période*, le processus morbide paraît éteint. Le traitement sera différent suivant l'état de l'articulation :

a. L'articulation est mobile : La position vicieuse sera vaincue par le débridement des parties molles, l'ostéotomie, au besoin par des transplantations musculaires compensatrices;

b. L'articulation est peu mobile : Au membre supérieur, on augmentera la mobilité par l'arthrolyse; au membre inférieur, on recherchera l'ankylose. Dans les cas de double ankylose de la hanche, on déterminera une pseudarthrose par l'ostéotomie sous-trochantérienne;

c. L'articulation est trop mobile : On aura recours à un appareil;

d. L'articulation est complètement immobile : On déterminera l'ankylose après avoir replacé le membre en bonne position. Cette position sera demandée au *redressement* s'il n'existe plus de foyer, à la *résection* (genou), à l'*ostéotomie* sous-trochantérienne (hanche) si l'on soupçonne l'existence d'un foyer. Cette ostéotomie se fera à ciel ouvert. Le traitement consécutif dans le massage, la mécanothérapie, la marche rythmique pour prévenir la claudication.

V. **Treatment of joint tuberculosis**, par le docteur E. H. Bradford. — Considérant que souvent la tuberculose articulaire est une affection tout à fait localisée, l'auteur insiste sur ce fait qu'elle ne suppose nullement la probabilité d'une généralisation et n'est pas du tout incompatible avec une guérison absolument complète.

Voici la traduction des conclusions de l'auteur :

1° Le traitement de la tuberculose articulaire exige, d'une part, l'enlèvement de tout ce qui entrave, d'autre part, l'application de tout ce qui favorise la guérison. A cet égard, une préservation locale contre tout traumatisme est nécessaire aussi bien que l'élimination de tous les tissus morts qui ne peuvent être réparés par les tissus sains;

2° Le traitement général joue un rôle important en permettant l'auto-immunisation : le grand air notamment a une action considérable;

3° Les opérations radicales doivent être réservées aux cas où l'état général du malade fait supposer l'échec de toute réparation locale.

Les conditions de traitement varieront suivant l'hôpital où le malade est en traitement; l'expérience considérable acquise par l'auteur sur plus de 5000 cas sera exposée en détail par lui à l'époque du Congrès. (*A suivre.*)

FORMULAIRE

POTION CONTRE LES DIARRHÉES CHOLÉRIFORMES DES ADULTES

Extrait de ratanhia..........	3 grammes.
Sous-nitrate de bismuth......	8 —
Elixir parégorique..........	10 —
Eau chloroformée...........	40 —
Julep gommeux.... Q. s. p.	180 cent. cubes.

Agiter. Une cuillerée à soupe toutes les heures, plus suivant effet. (Courtois-Suffit et Lafay.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 109. — MARDI 26 SEPTEMBRE 1905. 78e ANNÉE. MARDI 26 SEPTEMBRE 1905. — N° 109.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE
Sur quelques points particuliers de l'évolution de la grippe épidémique, par M. Paul Le Gendre.
1er CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE (Bruxelles, 18-23 septembre 1905).
Cinquième question : « Traitement de la péritonite. »
Sixième question : « Diagnostic des affections chirurgicales du rein. »
FORMULAIRE
Potion à l'adrénaline contre les hémoptysies et les hématémèses.
LIVRES NOUVEAUX
NOTES DE THÉRAPEUTIQUE
Novargan et blennorragie.
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le concours de l'externat vient de se terminer par les nominations suivantes :

MM. 1. Rochard, Gouilloud, Fidon, Duby, Richard, Assumel, Jalifier, Goyet, Charlet, Goujon.

11. Olivier, Donneaud, Bret, Magnanon, Bressot, Louis Lambert, Guillaumond, Convert, Laroche, Mazet.

21. Lacassagne, Michel, Chappet, Decheaume-Montcharmont, Devin, Blanc-Perducet, Pierre Perret, Pillet, Chevalier, Coutaz.

31. Ducret, Contamin, Joseph Perret, Jannin, Millet, Puillet, Gasteau, You, Maurin, Goy.

41. Déjeux, Fischer, Henri Lambert, Bonhomme, Branche, Renard, Béquin, Lamante.

1er CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE (*Bruxelles, 18-23 septembre 1905*). — L'assemblée générale qui a cloturé le Congrès a nommé comme président du prochain Congrès le professeur Czerny (de Heidelberg).

Ce Congrès se tiendra à Bruxelles en 1908. Cinq questions sont à l'ordre du jour sur : 1° la thérapeutique du cancer; 2° la chirurgie du foie; 3° les anesthésies chirurgicales; 4° la chirurgie du rachis ; 5° les hernies.

Chacune des questions sera subdivisée, et chaque subdivision fera l'objet de rapports différents.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. le docteur Edgar Chevalier, chirurgien des hôpitaux de Paris, décédé à l'âge de quarante-deux ans.

Ses obsèques auront lieu demain mardi, à midi, en l'église de la Trinité.

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. — Un cours pratique et complet de dermatologie et de vénéréologie aura lieu du 9 octobre au 12 décembre 1905, sous la direction de M. le professeur Gaucher, avec le concours et la collaboration de MM. Balzer, de Beurmann, Castex, Queyrat, Hudelo, Morestin, Gastou, Emery, Edmond Fournier, Milian, Terrien, Lacapère, Cathelin et Paris.

Le cours sera complet en quatre-vingt-dix-huit leçons. Il aura lieu tous les jours, deux fois par jour, excepté les dimanches et fêtes, à deux heures et à trois heures et demie de l'après-midi à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre de la clinique, sauf les leçons de M. Cathelin, qui seront faites à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Guyon. Il commencera le lundi 9 octobre 1905 et finira le mardi 12 décembre 1905.

Ce cours sera essentiellement pratique, et portera surtout sur le diagnostic et le traitement. Toutes les démonstrations seront accompagnées de présentations de malades, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis et de préparations microbiologiques ou histologiques. L'application des médications usuelles (frotte, douches, électricité, scarifications, épilation, électrolyse, photothérapie, etc.), sera faite devant les élèves.

Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs.

Des certificats d'assiduité et d'instruction pourront être délivrés aux auditeurs à la fin du cours.

Programme et répartition des cours : M. Gaucher. Lésions élémentaires de la peau. Matière médicale dermatologique et médication hydrominérale. — M. Balzer. Eczéma. Impétigo. Ecthyma. — M. de Beurmann. Psoriasis. Lupus. Tuberculoses cutanées. Traitement du lupus. — M. Castex. Syphilis du nez, du larynx et de l'oreille. — M. Queyrat. Blennorragie aiguë. Blennorragie chronique. Complications et traitement de la blennorragie. Les balanoposthites. Herpès. Végétations. Phimosis. Chancre mou. Chancre syphilitique. — M. Hudelo. Gale. Erythèmes. Urticaire. Prurits et prurigo. Lichens. Pityriasis. Pemphigus. — M. Morestin. Chirurgie du lupus, des nævi et des tumeurs de la peau. Opérations esthétiques. Complications chirurgicales génitales de la blennorragie chez la femme.

— M. Gastou. Maladies parasitaires du cuir chevelu : teigne tondante et favus. Pytiriasis versicolor. Erythrasma. Examen des cheveux et des poils dans les maladies parasitaires. Diagnostic dermatologique par les méthodes de laboratoire : examen des squames, sérosités, sang, pus. Anatomie pathologique générale des maladies de la peau. Electrothérapie. Petite chirurgie dermatologique. — M. Emery. Traitement de la syphilis. — M. Edmond Fournier. Syphilis secondaire. Hérédo-syphilis. Syphilis et grossesse. — M. Milian. Syphilis tertiaire : syphilides tuberculeuses ; syphilides ulcéreuses ; gommes ; ulcères de jambe. Syphilis de la langue, du voile du palais, des amygdales, du pharynx, du testicule et des os. Syphilis cérébrale. Syphilis médullaire. Parasyphilis : neurasthénie. Paralysie générale. Tabes. — M. Terrien. Syphilis oculaire. — M. Lacapère. Pelade et alopécies. Dermites artificielles. Dermatoses congénitales. Sclérodermie. Tumeurs de la peau. Séborrhées et acnés. Eczéma acnéique. Folliculites suppurées. Dyshidrose. Actinomycose. Lèpre. Leucoplasie. — M. Cathelin. Complications génito-urinaires chirurgicales de la blennorragie chez l'homme : prostatites, cystites, abcès urineux. Néphrites suppurées. Traitement des rétrécissements de l'urètre. — M. Paris. Phtiriase. Zona. Dystrophies pigmentaires. Purpura. Morve et farcin. Actinomycose. Eléphantiasis.

Un cours semblable a lieu deux fois par an : le premier en mai, juin et juillet, le second en octobre, novembre et décembre.

Le droit à verser est de 150 francs.

Seront admis les docteurs et étudiants français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis, samedis, de midi à trois heures.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser le matin à la clinique (hôpital Saint-Louis).

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANCAISES ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 33, 17 août 1905.) Boas : Diagnostic et traitement des maladies nerveuses du duodenum. — Libermann : Les toxines sont-elles des ferments ? — Sarwey : Sur la perception prématurée des bruits du cœur du fœtus. — Martini : Sur les facteurs occasionnels de l'infection puerpérale. — Lewin : Sur des tumeurs produites expérimentalement chez le chien par inoculations de produits cancéreux venus de l'homme. — Gentzen : La cylindrurie et la néphrite. — (N° 34, 24 août.) Rapport sur la chirurgie de guerre pendant la guerre russo-japonaise. — Pels-Lensden : Sur l'épithélisation anormale et les kystes épithéliaux traumatiques. — Kuhnt : Note sur le traitement de la conjonctivite de la fièvre des foins. — Schwartz : Guérison d'un cas de tuberculose de l'œil par le sérum de Marmorek. — Killian : Situation des abcès profonds de la région de la base de la langue et des parties voisines du pharynx ; leur ouverture par l'extérieur. — Reischauer : Nouvelle découverte de spirochaete pallida dans la syphilis héréditaire. — Strauss : Le curetage de la vessie de l'homme dans la cystite chronique, sans ouverture de l'organe. — Spengler : Nouvelle tentative d'immunisation et de guérison de la tuberculose pulmonaire par la tuberculine. — (N° 35, 31 août.) Romberg : Traitement de l'artério-sclérose. — Schultz : La formation du double ton dans les vaisseaux cruraux. — Bickel : Note sur la résistance de la pepsine aux basses températures. — Richartz : Etiologie de la dilatation relative de l'œsophage. — Stubenranch : Sur la nutrition prophylactique des laparotomisés avec remarques sur la ponction-drainage de l'intestin. — Hohlfeld : L'alimentation naturelle des nourrissons à Leipzig. — Bergell : Sur la radioactivité. — Schiff : Sur la stovaïne, anesthésique local. — Seeligsohn : L'alypine, nouvel anesthésique local. — Sehrwald : Traitement de la méningite épidémique. — (N° 36, 7 sept.) Sahli : Sur l'emploi en clinique de la méthode de Pavy pour le titrage du sucre, quelques modifications de cette méthode. — Blum : Deux cas d'érysipèle primitif du larynx. — Zebrowski : Sur la question de la recherche des bacilles tuberculeux dans les exsudats pleurétiques. — Bergel et Dörpuighaus : La chimie des cancers. — Uppenorde : Un cas de suppuration de l'oreille moyenne. — Nigris : Spirochaete pallida et spirochaete refringens coexistant dans le sang dans la syphilis héréditaire. — Lengefeld : Traitement de l'hyperhydrose par le lenicet. — Wende : Un cas d'urticaire aigu avec complication particulière. — (N° 37, 14 sept.) Riedel : L'incision en zig-zag dans l'opération d'appendicite. — Dollinger : La durée des résultats des opérations sur le cancer dans la clinique chirurgicale de l'Université de Budapest. — Meyer : L'œdème idiopathique du nouveau-né. — Scholtz : Sur les recherches des spirochètes dans la syphilis. — Grouven et Fabry : Les spirochètes dans la syphilis. — Bail : Relations entre l'agressivité et la substance somatique des bactéries. — Axmann : Le traitement par les pommades lumineuses au moyen de radiations caluriques.

Presse médicale. — (N° 75, 20 sept. 1905.) G. Carrière : Les grosses rates en pédiâtrie. — G. N. Caramano : De la fièvre hystérique. — (N° 76, 23 sept.) A. Gosset : Technique de l'appendicectomie. — M.-H. Labbé : L'albumine dans les régimes alimentaires.

Semaine médicale. — (N° 37, 13 sept. 1905.) Gillot : Du paludisme à forme de péritonite aiguë. — (N° 38, 20 sept.) Œttinger : Des sténoses méconnues du pylore dans l'ulcère gastrique.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 33, 17 août 1905.) Franke : Sur l'influence des rayons Röntgen sur l'évolution de la leucémie. — Richter : Carcinomes multiples primitifs. — Zukerkandl : Cytologie du colostrum. — Zypkin : Traitement des maladies interstitielles. Cas de tabes dorsalis et de myélite chronique traités par la kératine. — (N° 34, 24 août.) Bartel : Système lymphatique et infection tuberculeuse. — Dörr : Sur la cholécystite typhique. — Löbl : Cas d'empoisonnements. — Œfele : Composition des matières fécales normales. — (N° 35, 31 août.) Sachs : Quel rôle joue la lécithine dans l'hémolyse par le sublimé. — Breznia : Siège de la formation des anti-corps. — Deiaco : Contribution à la symptomatologie de la pellagre. — (N° 36, 7 septembre.) Passini : Sur les produits toxiques des cultures du bacille des phlegmons gazeux. — Hoffmann : Recherches sur la choline. — Merk : Sur le « cytoryktes luis » (Siegel). — Zirkelbach : Sur les dangers de la formation des kystes hydatiques. — (N° 37, 14 sept.) Kraus et Prautschoff : Sur la présence constante des spirochètes dans les tissus syphilitiques des hommes et des singes. — Merk : Un cas de pellagre dans le Tyrol. — Steinbückel : Sur les complications des myomes utérins et particulièrement sur la torsion du pédicule avec hémorragies internes graves. — Kirkovik : Sur l'action antirhumatismale et antinévralgique de la marétine.

CONFÉRENCES DE PRATIQUE MÉDICALE

SUR QUELQUES POINTS PARTICULIERS DE

L'ÉVOLUTION DE LA GRIPPE ÉPIDÉMIQUE [1]

Par M. Paul LE GENDRE,

Médecin de l'hôpital Lariboisière.

Messieurs, je me suis trouvé il y a peu de temps en consultation avec un jeune confrère auprès d'un enfant atteint de bronchopneumonie; cette dernière évoluait d'une façon assez atypique et cela sans doute sous l'influence de la grippe. Les jeunes praticiens n'ont pas eu en effet l'occasion d'étudier la grippe à l'état de grande épidémie comme ont pu le faire ceux qui exerçaient déjà en 1890 et ils ne sont pas préparés aux surprises que leur réserve cette affection. Quelques-uns des plus instruits en bactériologie parmi mes jeunes collègues se sont même insurgés récemment contre la possibilité de diagnostiquer cliniquement la grippe, et sous prétexte qu'on n'a pu démontrer un agent microbien univoque chez tous les grippés tendent à dénier l'autonomie et la personnalité civile en nosologie à cette maladie dont les caractères varient singulièrement, à vrai dire, suivant qu'il s'agit d'épidémies partielles, générales ou surtout de pandémies.

L'épidémie célèbre de 1890 a frappé les cliniciens par son polymorphisme et par ses séquelles; c'est en effet un des traits les plus intéressants de l'histoire de cette maladie qu'elle réapparaît de temps en temps et transforme la pathologie du moment, au point d'embarrasser les cliniciens qui jusqu'alors n'ont point eu l'occasion de la voir à l'œuvre.

Je n'ai pas l'intention de vous décrire ici les symptômes de la grippe, vous les trouverez dans tous vos livres; je vous rappellerai seulement que l'un des caractères les plus frappants de son évolution est la brutalité de l'invasion. A peine a-t-on constaté, quelquefois, le catarrhe oculaire et nasal qu'il s'est diffusé rapidement dans les voies respiratoires. En même temps surviennent des douleurs variées, de la céphalalgie due en grande partie à l'invasion des sinus, la rachialgie, le brisement des membres. En général le malade tombe rapidement dans une dépression nerveuse accusée, dans l'adynamie, c'est un neurasthénie d'emblée.

Pour pouvoir décrire plus facilement la grippe il a fallu la diviser schématiquement et on a établi une forme thoracique, une forme nerveuse et une forme gastro-intestinale, mais ce n'est là qu'une division conventionnelle et dans la réalité des faits ces trois formes peuvent coïncider, ou se succéder.

Mon intention est de mettre aujourd'hui en relief devant vous les points spéciaux dégagés par les cliniciens et qui n'apparaissent pas suffisamment dans les livres. Il est très difficile à un débutant de reconnaître dans un chapitre de pathologie les faits primordiaux, les points cardinaux pour ainsi dire, de l'affection étudiée, et de les isoler des faits moins importants, qui n'ont qu'une valeur secondaire.

Je voudrais que les traités de pathologie fussent imprimés avec des caractères typographiques très variés, dont la grosseur serait directement proportionnelle à l'importance du symptôme ou du signe étudié; ce procédé aurait l'avantage de ne pas laisser le lecteur enregistrer pêle-mêle dans sa mémoire une série de faits sans les classer au point de vue de leur valeur relative, sans les hiérarchiser.

Nous allons donc successivement prendre les trois formes classiques de la grippe et nous arrêter sur ce qu'elles présentent de particulièrement digne de fixer votre attention et d'éveiller votre sens d'observation.

Dans la *grippe respiratoire* l'invasion est généralement brutale; la toux est incessante et fatigante; on examine le larynx au laryngoscope, on constate qu'il est hyperémié ainsi que la portion sous-jacente de la trachée qu'on peut apercevoir. La diffusion aux voies respiratoires inférieures se fait avec une très grande rapidité, en quelques heures; un malade qu'on avait vu le matin et qui n'avait que de la laryngo-trachéite présente le soir des signes stéthoscopiques pulmonaires diffus ou fixés dans les alvéoles.

Une fois la localisation faite sur une partie de l'appareil respiratoire, elle a tendance à y stagner; c'est souvent pendant un temps fort long qu'on percevra à ce niveau des souffles et des râles avec un caractère de viscosité spécial. Voici à mon idée l'explication la plus rationnelle que l'on puisse donner de ce phénomène : je crois que ce qui caractérise avant tout la grippe, c'est la prédominance des phénomènes nerveux et surtout la paralysie du système vaso-moteur; il en résulte une vaso-dilatation intensive et persistante; les vaisseaux dilatés demeurent comme frappés de paralysie et ne reviennent que lentement sur eux-mêmes.

Chez l'enfant par exemple, où les phénomènes vaso-moteurs sont puissants et rapides, on voit, en temps ordinaire, les bronchopneumonies caractérisées par leur rapidité d'évolution et la variabilité de leur localisation; que survienne une épidémie grippale et on verra les bronchopneumonies et les pneumonies de l'enfance s'immobiliser contrairement à leur marche habituelle.

Une autre raison de la persistance des localisations secondaires de la grippe réside dans ce fait que le système lymphatique est largement mis en cause; on le constate très fréquemment au niveau du système ganglionnaire, mais il est très probable que les canaux lymphatiques sont atteints également et qu'à la stase veineuse vient s'ajouter la stase lymphatique. Si on pratique la percussion de l'espace interscapulaire chez les enfants atteints de grippe, on constatera souvent l'existence d'une adénopathie trachéo-bronchique. Un de nos confrères, qui avait utilisé pour cette recherche le phonendoscope de Bianchi sous la direction de Bianchi lui-même, avait à maintes reprises vérifié par ce délicat pro-

(1) Leçon recueillie par M. le docteur A. Gaullieur L'Hardy.

cédé l'exactitude des faits que je viens d'énoncer.

Les muscles de Reissessen sont également atteints dans leur innervation, ils se contractent moins bien chez les malades grippés; il semble qu'il y ait paralysie bronchique, une *bronchoplégie* grippale.

Dans la *forme nerveuse* on voit des gens faire des manifestations subites et intenses. L'élément douleur peut prendre un caractère tel d'acuité et de diffusion que cela rappelle les douleurs fulgurantes du tabes; on est assis à côté d'un malade atteint de la grippe lorsque tout à coup, par intervalles, une douleur subite dans un membre, par exemple, lui arrache un cri. J'appelle cela les névralgies pseudo-tabétiques des grippés, en ayant soin de faire remarquer qu'il ne s'agit que d'une comparaison au point de vue de la forme des douleurs.

La *forme gastro-intestinale* est caractérisée par l'apparition de vomissements très violents et extrêmement fréquents. Du côté de l'intestin on observe une diarrhée profuse et bilieuse, due à de la polycholie.

Les *complications* sont souvent suppuratives. Au cours de l'épidémie de 1889-90 les cliniciens ont été frappés de la fréquence des pleurésies purulentes d'emblée. On observe aussi très fréquemment des sinusites frontales et maxillaires, des otites moyennes séreuses, hémorragiques et le plus souvent purulentes. Ces otites ont une grande tendance à se diffuser et à produire des complications du côté des organes voisins, telles que des mastoïdites et des méningites. Au point de vue pratique il faut être prévenu de la fréquence de ces otites, car la suppuration peut se faire avec très peu de douleurs. Vous avez pu en constater vous-mêmes plusieurs cas simultanés dans chacune de nos salles où, il faut bien le dire, l'encombrement est une cause favorisante importante.

A côté des phénomènes méningitiques provoqués par une suppuration de voisinage, il existe des faits où la grippe frappe d'emblée les centres nerveux; elle peut donner lieu à des méningites très atténuées qui se traduisent cliniquement par de la céphalalgie intense, de l'abattement, des vomissements, de l'irrégularité du pouls. J'en ai publié un cas avec mon élève le docteur Eugène Terrien. Ces formes ont été longtemps méconnues, et c'est la ponction lombaire qui a permis de séparer les pseudo-méningites grippales des méningites grippales vraies.

L'*agent spécifique* de la grippe est encore inconnu; il avait paru être le bacille décrit par Pfeiffer, en 1892; à l'heure actuelle sa spécificité est attaquée et mise en doute. Mon collègue, Fernand Bezançon, a fait de très importantes recherches qui mettent en évidence le polymorphisme microbien et la variété des microbes qui prédominent suivant les épidémies de grippe : les streptocoques, les staphylocoques, les pneumocoques, les pneumo-bacilles de Friedländer, etc.

Il semble que l'organisme du malade n'ait plus de force de résistance contre les hôtes habituels, qu'il y ait, si j'ose dire, une brèche dans la forteresse par où les ennemis s'introduisent en foule. C'est alors qu'on voit survenir la kyrielle des complications, parmi lesquelles sont fréquentes des adénopathies et des suppurations ganglionnaires qu'il faut savoir dépister : tel grippé présente pendant longtemps une fièvre dont on ne peut déceler la cause, lorsque finit par apparaître une petite suppuration ganglionnaire qui en donne l'explication.

Le *rein* est fréquemment touché par la grippe; je sais bien que la clinique possède aujourd'hui des moyens d'investigation qui permettent de révéler bien des lésions rénales qui passaient autrefois inaperçues, mais néanmoins je crois que la grippe a dû multiplier considérablement le nombre des néphrites dans ces dernières années.

La grippe a une *grande tendance aux rechutes*; elle affecte dans ces cas la même forme que l'atteinte précédente, mais peut également en revêtir une autre. Je tiens à vous dire à ce propos, qu'il est bon de mettre en garde le public contre l'indifférence dangereuse qu'il témoigne vis-à-vis de la grippe; lors des premières épidémies, on consultait le médecin dès qu'un cas se manifestait, puis les malades ont pris l'habitude de se soigner eux et les leurs sans l'intervention d'un homme compétent, et ils commettent des imprudences qui peuvent avoir et ont souvent des conséquences fatales. Il faut recommander énergiquement d'abandonner ces errements et tout au moins de se tenir longtemps dans une température égale en s'abstenant de toute espèce de fatigue. La grippe impressionne tellement le *système nerveux* qu'il persiste souvent après elle des troubles névropathiques durables; on peut dire d'elle qu'elle aggrave toutes les tares. Quand un grippé possède un système nerveux solide sans déchéance héréditaire ou personnelle, tout rentre assez facilement dans l'ordre, mais dans le cas contraire à une grippe très légère on peut voir succéder un état neurasthénique désastreux.

Point n'est besoin de rappeler que la grippe favorise le développement de la *tuberculose pulmonaire*.

L'*appareil circulatoire* est fréquemment touché; parfois il existe une endocardite et une myocardite grippales; d'autres fois on constate une arythmie d'origine vraisemblablement nerveuse.

Du côté de *la peau* il n'est pas rare de noter des phénomènes éruptifs; cependant il ne faudrait pas se laisser abuser sur leur fréquence par les observations datant du début de l'épidémie de 1890; les éruptions de nature variée auxquelles elles ont trait sont souvent des éruptions médicamenteuses dues à l'emploi de l'antipyrine, de la quinine, etc.

Le *diagnostic* de la grippe est très important, mais il est parfois horriblement difficile dans certains cas affectant la forme nerveuse. On voit quelquefois la grippe revêtir le type hyperthermique; on constate un peu de malaise, quelques phénomènes vagues et une température qui peut atteindre 40 degrés et même 41 degrés. Cette hyperthermie peut être durable et présenter une courbe avec plateau, ou bien affecter le type intermittent.

Ces formes peuvent induire en erreur; la forme avec plateau notamment peut faire croire à l'existence d'une fièvre typhoïde; d'autres fois, au contraire, on

pense qu'il s'agit d'une grippe et on voit tout à coup survenir une complication qui prouve la dothiénentérie, l'hémorragie intestinale par exemple. On a beaucoup discuté la question de savoir s'il existe ou non un mélæna grippal; pour ma part je ne le crois pas. En tout cas nous possédons aujourd'hui le sérodiagnostic qui pourra souvent entraîner la conviction; malheureusement il n'est pas applicable dans les tout premiers jours de la maladie et il importe justement de baigner les typhiques dès le début de leur affection. Je crois par contre que les bains au cours de la grippe respiratoire sont un mauvais procédé, et alors que je baigne facilement les pneumoniques en dehors des épidémies grippales, je m'en abstiens au cours de ces dernières.

Il est classique au cours du *traitement* de la grippe de se servir de la quinine; cette substance rend de grands services, non seulement comme antithermique, mais aussi contre certaines complications. Je ne crois pas cependant qu'il soit utile de la donner à très fortes doses et je ne dépasse guère un gramme par vingt-quatre heures.

A côté de la quinine, l'antipyrine et ses composés, comme le pyramidon, peuvent être utiles.

Il faut avant tout mettre les grippés dans de bonnes conditions de défense organique; on les maintiendra dans une température égale, on luttera par les toniques et la révulsion contre la paralysie du système nerveux et les troubles vaso-moteurs. Les révulsifs que l'on peut souvent réitérer seront les meilleurs; on pourra, par exemple, employer les enveloppements froids d'une durée de vingt minutes alternant avec des cataplasmes sinapisés; on aura aussi recours aux ventouses sèches, et dans des cas plus rares aux ventouses scarifiées. Dans les formes stagnantes les frictions à la térébenthine seront utiles ainsi que la teinture d'iode et les pointes de feu. Mais je n'emploie jamais les vésicatoires.

On veillera scrupuleusement à ce que toutes les règles de l'hygiène soient bien observées et en même temps on soutiendra le malade par des stimulants, par l'alcool, les toniques du cœur. Afin de ménager le tube digestif on emploiera la strychnine et l'huile camphrée en injections sous-cutanées. Enfin, il faudra se souvenir que la grippe laisse longtemps derrière elle un état de dépression et d'affaiblissement organique et on surveillera attentivement la convalescence.

FORMULAIRE

POTION A L'ADRÉNALINE CONTRE LES HÉMOPTYSIES ET LES HÉMATÉMÈSES

Adrénaline (solution à 1/1000)...	v à xx gouttes.
Eau de laurier cerise..........	10 grammes.
Sirop thébaïque...............	30 —
Eau distillée..................	110 —

Une cuillerée à soupe toutes les demi-heures jusqu'à effet, puis toutes les heures ou deux. (Courtois-Suffit et Lafay.)

PREMIER CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE

(*Bruxelles, 18-23 septembre 1905*)

RÉSUMÉ DES RAPPORTS (1)

CINQUIÈME QUESTION

TRAITEMENT DE LA PÉRITONITE.

Rapporteurs : MM. P. L. Friedrich (de Greifswald), A. Krogius (de Helsingfors), M. K. G. Lennander (d'Upsala), F. Lejars (de Paris), A. J. M. Cosh (de New-York), E. de Isla (de Madrid).

I. Die Behandlung der Peritonitis, par P. L. Friedrich. — L'auteur s'occupe particulièrement du traitement de la péritonite d'origine appendiculaire, dans laquelle l'intervention chirurgicale peut être très efficace. Les conclusions suivantes peuvent se déduire de son rapport :

1° Le point d'origine de l'infection péritonéale joue un rôle essentiel dans sa gravité;

2° Le moment où nous sommes appelés (début de l'infection, extension ou limitation, paralysie intestinale) fait varier les chances et les conditions de succès;

3° Dans toutes les périodes de la péritonite généralisée, une intervention est indiquée, parce que l'enkystement possible de l'infection est toujours incertain; l'abstention n'est admissible que si l'infection est déjà si profonde que la paralysie médullaire se traduise par le refroidissement des extrémités, la cyanose, etc.;

4° L'auteur préfère la narcose à la morphine-éther plutôt que l'anesthésie locale;

5° Il importe d'éviter le refroidissement du malade en chauffant la table, etc.;

6° L'administration de purgatifs pendant l'existence d'une péritonite dans le but de hâter le processus de résorption est basée sur des conceptions théoriques insoutenables. L'auteur pense même que si des purgatifs ne sont pas directement nuisibles, c'est que l'on a affaire à une péritonite relativement peu étendue;

7° Toutes les tentatives de nettoyage de la cavité péritonéale par déballage des intestins, irrigations abondantes, etc., sont condamnées d'elles-mêmes par la naïveté des idées sur lesquelles elles se basent;

8° Le météorisme souvent constaté pendant l'opération, et qui peut même s'accroître ultérieurement, est dû à la fixation des intestins par des adhérences plus ou moins lâches amenant son immobilisation ou sa coudure, plutôt qu'à une paralysie. Si ce symptôme persiste malgré l'application de compresses chaudes ou de lavages de l'estomac avec de l'eau chaude ou des lavements ou de légers purgatifs de sels de Carlsbad, l'indication d'un anus artificiel peut se poser. La valeur réelle d'une telle intervention est cependant encore discutée;

9° L'incision doit être faite de préférence au siège de l'infection; de petites incisions de drainage peuvent y être ajoutées. En cas de péritonite appendiculaire, l'auteur incise dans le flanc droit, parfois dans le flanc gauche et sur la ligne médiane, rarement par le vagin ou le rectum, jamais par la voie lombaire;

10° Le traitement post-opératoire joue un rôle important dans le résultat définitif : lavages de l'estomac, lavements,

(1) Suite. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 108, p. 1287.

alimentation sous-cutanée, injections hypodermiques de 2 à 6 litres de sérum artificiel par jour pendant plusieurs jours (avec du sucre de raisin, huile d'olive, etc.);

11° Le traitement chirurgical des péritonites appendiculaires et cholangitiques et de celles qui suivent les perforations de l'estomac et de l'intestin grêle et les étranglements internes, donne des résultats satisfaisants. Dans les cas de péritonite opératoire, par contre, surtout chez les cancéreux et les individus cachectisés, le résultat est illusoire.

II. **Ueber die Behandlung der Peritonitis**, par A. Krogius. — L'auteur n'examine que le traitement de la péritonite diffuse, « c'est-à-dire une péritonite en voie de progression, déjà étendue à une partie plus ou moins considérable de la cavité péritonéale, sinon à tout le péritoine et sans aucune délimitation. »

1° La péritonite diffuse est une affection exclusivement chirurgicale, que seul le traitement opératoire peut combattre efficacement;

2° Il importe de porter un diagnostic précoce, ce qui peut se faire déjà après quelques heures, par les violentes douleurs de ventre, la tension pariétale, la sensibilité excessive de la paroi, l'élévation de la température rectale, éventuellement par l'hyperleucocytose, l'accélération du pouls, le facies, etc.;

3° En présence de symptômes pareils à début brusque amenant le soupçon d'une péritonite au début, le médecin traitant est tenu de confier la responsabilité du traitement à un chirurgien;

4° Le but de l'opération doit être avant tout d'évacuer l'infection ou d'en éliminer ou fermer la source : des incisions larges et multiples sont indiquées à cette fin;

5° Les grands lavages de la cavité ne semblent pas utiles, sauf s'il s'agit d'évacuer des particules solides ou des substances chimiques irritantes;

6° Le meilleur procédé de drainage post-opératoire consiste dans les tampons à la Mikulicz; éventuellement, il peut être assuré par un drain vaginal placé dans le cul-de-sac de Douglas, ou par des drains placés dans des contre-ouvertures lombaires;

7° Les injections intraveineuses de sérum constituent un excellent mode de traitement post-opératoire, même en cas de collapsus;

8° Si des symptômes de météorisme surviennent après l'opération, il faut se hâter de pratiquer un anus artificiel sur une anse distendue, de préférence par la méthode de Witzel;

9° Le pronostic est très favorable, si l'intervention a lieu dans les douze à vingt-quatre premières heures; plus tard, il devient incertain;

10° Il y aurait intérêt à faire de nouvelles recherches sur la bactériologie des péritonites, surtout au point de vue des microbes anaérobies.

11° La statistique de l'auteur porte sur 111 cas de péritonite diffuse opérés depuis 1901, avec une mortalité globale de 46,8 p. 100. Dans ce nombre, nous relevons 80 cas de péritonite appendiculaire avec 50 p. 100 de guérisons (sur 13 cas opérés dans les douze premières heures, 12 guérisons), 15 cas de péritonite par ulcère gastrique perforé avec 40 p. 100 de guérisons, etc.

III. **Du traitement de la péritonite aiguë**, par M. K. G. Lennander. — Se plaçant uniquement sur le domaine clinique, l'auteur s'est appliqué à montrer l'importance d'un diagnostic précoce, la gravité variable de la péritonite suivant ses diverses localisations, les indications et la technique opératoires; ce dernier point a surtout retenu son attention, et il discute minutieusement les différents modes de technique préconisés.

Voici les principales conclusions de son rapport :

A. *Dans le traitement de la péritonite aiguë*, nous devons:

1° Rechercher un moyen de *diagnostic précoce et autant que possible circonstancié;*

2° Viser aux *interventions précoces*, si possible, avant l'apparition de la paralysie intestinale.

B. Dans chaque opération, nous devons travailler à découvrir et faire disparaître la cause de la péritonite aiguë.

C. Dans la *paralysie intestinale*, on aura à sa disposition :

1° L'*entérotomie* (une ou plusieurs), avec évacuation de l'intestin pendant l'opération;

2° La *typhlo* et l'*entérostomie* sous forme de fistules obliques;

3° Dans les cas désespérés la résection de 50 centimètres à 3 mètres au plus d'intestin paralysé.

D. Dans la *péritonite appendiculaire* avec parésie du cæcum ou du cæcum et de la partie la plus voisine de l'iléon, ou bien on placera une fistule oblique sur le cæcum pendant l'opération ou bien on attirera la paroi cæcale dans la plaie abdominale, de façon à pouvoir, sans narcose, y pratiquer une fistule oblique toutes les fois que l'opération sera suivie de symptômes positifs de paralysie intestinale.

E. Le moyen le plus doux d'enlever le pus, notamment dans les péritonites suppurées récentes du centre de l'abdomen, c'est-à-dire autour du mésentère, est de laver avec la solution saline de 0,9 p. 100 à 40 degrés, sous faible pression et avec écoulement complètement libre du liquide. On n'est pas encore autorisé à laver les surfaces péritonéales saines.

F. Les surfaces péritonéales atteintes d'une inflammation aiguë doivent être drainées. Ceci est toujours d'une exécution facile à la périphérie de l'abdomen, où il est souvent possible d'exclure de la cavité péritonéale saine toute la zone infectée. Je pense que le tamponnement-drainage avec de vulgaires mèches de coton (mèches de lampe) entourant un tube à drainage et séparées du péritoine pariétal par un mince tissu caoutchouté constitue un pansement digne d'être expérimenté.

G. Dans les opérations pour péritonite aiguë, un assistant doit être prêt à donner, au premier signal de l'opérateur, une injection intraveineuse de sérum artificiel.

H. Durant le traitement post-opératoire, on doit faire tous ses efforts pour que *l'estomac et l'intestin reprennent aussitôt que possible leur fonctionnement normal.* Les lavages du rectum, du côlon et de l'estomac ainsi que les entérostomies sont de bons moyens, ayant déjà fait leurs preuves. Un bon purgatif sous-cutané serait de grande utilité. L'action de la strychnine, de la physostigmine et de l'atropine sur le canal digestif est encore trop peu connue pour qu'on puisse donner des règles sûres de leur emploi.

I. On doit veiller à *réparer la perte aqueuse* endurée par l'organisme durant les phases antérieures de la maladie, et ensuite à fournir aux adultes de 1 200 à 2 000 centimètres cubes de liquide en vingt-quatre heures par le rectum ou une fistule cæcale oblique, ou par injections sous-cutanées ou intraveineuses. On ne saurait injecter des quantités plus considérables de liquide qu'après de nouvelles études. Cependant on peut en toute assurance augmenter l'apport hydrique dans tous les cas où l'état général et le fonctionnement du cœur s'améliorent et où la diurèse et la sécrétion péritonéale aug-

mentent proportionnellement à cet apport. Si l'on pense qu'une parésie de la zone vasculaire du nerf splanchnique est le principal facteur de l'état du malade, on administrera de 1 à 2 1/2 litres de sérum artificiel par voie intraveineuse en une, deux ou trois séances par vingt-quatre heures (doses massives de Lejars). Je suis convaincu que ces injections, faites en temps opportun, ont pu et peuvent sauver la vie.

J. Pour ce qui est de l'alimentation rectale, on ne peut guère donner avec profit que du sucre de raisin. Mais, par les fistules cæcales, on peut administrer en même temps une quantité considérable de substances peptonisées.

K. Pendant quelques jours, il est possible de nourrir un malade par voie sous-cutanée.

L. Lors du traitement post-opératoire de la péritonite suppurée, il faut toujours compter avec la possibilité des adhérences et des coudures de l'intestin à angle aigu. L'important est de ne pas donner trop tôt des aliments par la bouche et de ne permettre que des aliments digestes et des boissons en petite quantité. Les adhérences pourront ainsi se détacher peu à peu chez la plupart des malades.

M. Appès toute opération pour péritonite aiguë, le malade doit avoir des selles journalières, régulières.

IV. **Traitement de la péritonite,** par F. Lejars. — L'auteur étudie successivement : 1° les agents, modes et types de l'infection péritonéale ; 2° les moyens de défense du péritoine et de l'organisme ; 3° l'esprit général de la thérapeutique *basée sur la notion de la défense naturelle* ; 4° le traitement non opératoire et opératoire.

Voici quelques conclusions tirées de ce rapport :

1° Pratiquement, il n'y a pas d'autre péritonite que la péritonite microbienne ;

2° Les agents infectants peuvent venir du dehors et pénétrer dans la cavité péritonéale par une plaie traumatique ou opératoire ; ou bien provenir du tube digestif ou de ses annexes ; ou bien des organes génito-urinaires ; ou bien être charriés par voie sanguine jusqu'au péritoine. L'évolution et le pronostic varient suivant ces origines diverses. La connaissance plus approfondie de ces agents, voies et procédés d'infection est la condition même du progrès pratique et la base indispensable d'un traitement rationnel ;

3° Parmi les moyens de défense se placent le chimiotaxisme péritonéal, l'exsudat fibrineux, les cloisonnements épiploïques, les réactions générales, le rôle du cœur et du rein ;

4° Il importe de démasquer l'infection péritonéale au début, de reconnaître sa gravité et sa diffusion, et d'intervenir à un stade précoce ;

5° Les péritonites par solution de continuité des organes creux de l'abdomen doivent toujours être opérées, de même que celles consécutives aux diverses variétés d'iléus et d'étranglement. Même dans les périodes ultimes, une intervention rapide peut être tentée, ne fût-ce que pour calmer l'agonie et adoucir les dernières heures. Dans les formes hypertoxiques d'emblée, l'opération n'a pas de but réel et est d'une inanité certaine ;

6° Le traitement non opératoire de certaines péritonites à point de départ local, à tendances localisatrices, a un triple objectif : immobilisation du corps entier et de l'intestin (décubitus dorsal, absence de transports, diète absolue, défense de tout purgatif et de tout lavement) ; activer la leucocytose et soutenir les forces et le tonus cardio-vasculaire (injections sous-cutanées ou intraveineuses de sérum) ;

7° L'intervention étant décidée, l'opération doit être exécutée rapidement et précocement ; la proportion des guérisons est en raison de la précocité de l'intervention :

8° Le choix de la technique ne peut être systématisé : il ne peut se faire qu'une fois le ventre ouvert. En général, la méthode « à sec » sera préférée ; mais le lavage sera conservé pour les formes de péritonite totale, à grand épanchement sanio-purulent, sans adhérences ni dépôts fibrineux, où l'on ne saurait craindre de diffuser l'infection ;

9° L'incision sera régionale, médiane ou latérale suivant les circonstances (excision de l'appendice ou de la trompe, résection d'une anse gangrenée, suture d'une perforation, abouchement, etc.) ;

10° La réunion immédiate, après détersion du péritoine, peut réussir dans certains cas exceptionnels. En général, il faut drainer, mais non pas en laissant simplement la cavité ouverte (l'intestin vient surnager à la plaie et le liquide s'accumule en arrière). Les drains, qui ne fonctionnent qu'à condition d'être amorcés, déclives et perméables, donnent en général une fausse sécurité. Le tamponnement risque de boucher l'écoulement. Le meilleur moyen est la combinaison des drains et des lamelles de gaze, avec réunion partielle de la plaie et contre-incisions plus ou moins nombreuses ;

11° Les diverses positions post-opératoires préconisées ne sauraient prétendre qu'à un rôle secondaire ;

12° Le drainage de l'intestin est important après l'opération : administration post-opératoire précoce de lavements huileux, etc., injection d'atropine. L'entérostomie suivie d'injection de sulfate de soude ou de « traite » ne peut rendre de service si elle est tardive ; elle doit être pratiquée au-dessus de l'obstacle, être toujours simple et rapide ;

13° Le traitement actif de la péritonite est loin de finir avec l'opération : l'emploi de la solution salée physiologique par voie sous-cutanée, intraveineuse ou rectale, voire intrapéritonéale, pare à la dénutrition post-opératoire, maintient la tension sanguine et le fonctionnement des émonctoires. Sa valeur est indiscutable à hautes doses (1-5 litres par jour) ;

14° La question du traitement de la péritonite reste, avant tout, une question du diagnostic et d'intervention hâtive.

V. **The treatment of general peritonitis,** par A. J. Mac Cosh. — Voici la traduction des conclusions de l'auteur :

1° Il n'est pas possible d'appliquer un même traitement à tous les cas de péritonite ;

2° La plupart des cas sont le plus avantageusement traités par une intervention chirurgicale, mais souvent aussi l'opération diminue les chances de guérison ;

3° Des cas indubitables de péritonite guérissent sans être opérés ;

4° Les principaux facteurs d'une opération efficace sont la rapidité, la simplicité, l'ablation de la cause pathogénique ;

5° L'irrigation au moyen d'une solution salée est généralement recommandable. Tous les irritants, chimiques et mécaniques, doivent être évités ;

6° Le drainage est utile, mais les drains doivent être lisses, non adhérents et de petit diamètre. Le « cigarette-drain » (mèche de gaze stérile entourée d'un rouleau de tissu élastique) est le meilleur ;

7° L'entérostomie ne paraît pas à recommander ;

8° Le tamponnement à la gaze est nuisible ;

9° La position de Fowler après l'opération est très avantageuse.

VI. **Die Behandlung der Bauchfellentzündung,** par E. de

ISLA. — Traduction des conclusions de l'auteur, combinée à un résumé de son rapport :

1° Le traitement de la péritonite doit être à la fois médical et chirurgical;

2° Le processus infectieux et toxique péritonitique est encore obscur et doit faire l'objet de recherches nouvelles;

3° Le traitement médical consiste en l'administration de morphine et d'atropine, le repos absolu, l'application locale de glace comme antipéristaltique, l'injection sous-cutanée ou intraveineuse de solutions salines oxygénées en plus ou moins grande quantité au moyen de l'appareil de Peno. L'auteur préconise aussi l'injection sous-cutanée d'oxygène gazeux dont il a constaté de grands bienfaits;

4° Les péritonites aseptiques et les péritonites infectieuses qui ne peuvent être traitées médicalement, de même que les péritonites septiques et purulentes, doivent être opérées; l'analyse du sang faite avant l'intervention constitue le meilleur élément de diagnostic et de pronostic;

5° Le traitement opératoire de la péritonite est étroitement lié aux lésions des organes abdominaux et à la technique appropriée pour chacun d'eux.

6° Le choix entre les nombreuses méthodes préconisées pour le traitement chirurgical de la péritonite dépend des conditions *(quare-quando-quomodo-ubi)* de la chirurgie classique;

7° L'auteur utilise les grands lavages du péritoine au moyen du sérum salé physiologique à 50 degrés; il draine indifféremment au moyen de tubes ou de gaze, pourvu que l'écoulement soit assuré, ce que la position donnée au malade viendra encore renforcer;

8° Le but thérapeutique du traitement médical ou chirurgical de la péritonite doit être de favoriser et d'utiliser la résistance du péritoine et d'accroître les moyens naturels de défense de l'organisme contre l'infection et l'intoxication.

SIXIÈME QUESTION

DIAGNOSTIC DES AFFECTIONS CHIRURGICALES DU REIN

Rapporteurs : MM. J. ALBARRAN (de Paris), KUMMEL (de Hambourg) et J. GIORDANO (de Venise).

I. Diagnostic des affections chirurgicales des reins, par le docteur J. ALBARRAN. — L'auteur a en vue les principes directeurs de l'examen clinique du rein et la critique des procédés modernes d'exploration clinique.

A. *Examen de l'ensemble de la fonction rénale.* — 1° L'*analyse chimique* doit être continuée plusieurs jours de suite : elle démontre la diminution progressive des principes normaux dans les pyélonéphrites chroniques, la diminution des principes salins dans la tuberculose rénale;

2° La *densimétrie* a peu de valeur;

3° La *cryoscopie :* les formules de Claude et Balthazard donnent des résultats concordants dans 67 p. 100 des cas;

4° La *cryoscopie du sang* présente en général peu d'intérêt pratique. Les conclusions de Kümmel et Rumpel sont trop exclusives;

5° L'étude de la *toxicité urinaire* donne peu de résultats;

6° L'étude de l'élimination du *bleu de méthylène* donne de bonnes indications;

7° La *glycosurie phloridzique* étudiée dans la totalité des urines a peu de valeur.

La concordance des résultats obtenus par ces diverses méthodes a une très grande valeur.

B. *Le rein ou un autre organe est-il cause des symptômes?* — 1° *Y a-t-il tumeur rénale?* — On aura recours aux procédés de la clinique traditionnelle et à l'examen séparé des deux reins qui prouvera la diminution des éliminations du côté malade en cas de néoplasme.

Le diagnostic différentiel sera fort difficile dans les cas de tumeur des capsules surrénales, dans les cas de cancer des ganglions du hile du rein, dans les tumeurs paranéphrétiques;

2° Pour établir le siège de crises douloureuses *passées* (rein mobile ou appendicite), on recourra au cathétérisme urétéral.

C. *La lésion est-elle rénale ou vésicale?* — La cystoscopie et le cathétérisme répondront facilement à cette question.

D. *Quel est le rein malade?* — On aura recours à la cystoscopie et à l'examen séparé de l'urine des deux reins recueillie par le cathétérisme urétéral.

E. *Les lésions sont-elles bilatérales?* — La fonction peut être rendue insuffisante par la lésion d'un seul rein, elle peut être suffisante malgré la lésion des deux reins. Pour résoudre la question, il est indispensable d'avoir recours à la polyurie expérimentale et à l'examen séparé des urines des deux reins recueillies par cathétérisme urétéral.

Les autres procédés sont insuffisants.

F. *Quelle est la valeur fonctionnelle de chacun des deux reins?* — a. *Valeur fonctionnelle d'un rein isolé.* — On ne peut pas arriver à la certitude que le rein est normal, mais on obtiendra des résultats assez précis en adoptant les règles suivantes :

1° Recueillir l'urine de deux heures;

2° Noter la quantité, le point Δ, faire l'analyse chimique;

3° Faire les épreuves du bleu de méthylène et de la phloridzine;

4° Faire l'examen microscopique du rein;

5° Épreuve de la polyurie expérimentale.

La concordance des résultats a une très grande valeur.

b. *Valeur fonctionnelle comparée des deux reins.* — 1° En général, la quantité d'urine est moindre du côté malade et le Δ est plus faible;

2° La perméabilité du rein pour les substances colorantes donne des résultats rapides, mais approximatifs;

3° Le ΔV est d'ordinaire plus fort du côté sain et présente plus de variations;

4° Les chlorures et les phosphates sont en général plus abondants dans l'urine du rein sain;

5° Le bleu de méthylène s'élimine mieux par le rein sain;

6° La glycosurie phloridzique est plus abondante du côté sain, mais ne nous permet pas de juger de l'intégrité d'un des deux reins;

7° Le rein malade a un fonctionnement plus uniforme que le rein sain.

c. *Un des deux reins est-il suffisant à assurer la fonction?* — Seule l'épreuve de la polyurie expérimentale pourra donner des indications sérieuses.

II. Rapport sur les maladies chirurgicales du rein, par le docteur KUMMELL. — Sans nier la valeur des anciennes méthodes d'examen, l'auteur cherche à faire ressortir particulièrement la *sécurité* que les nouvelles méthodes de recherches physico-chimiques confèrent quant à l'existence de deux reins et à la suffisance fonctionnelle de l'un des reins en cas de lésion profonde du second.

Voici les principaux points qui se dégagent de son exposé :

1° Les rayons X permettent de diagnostiquer avec certitude la présence d'un calcul rénal; l'absence de toute ombre sur la plaque radiographique — à condition que toutes les règles de technique soient observées — permet aussi d'exclure la possibilité de concrétions rénales;

2° La façon la plus sûre de se procurer de l'« urine rénale » consiste dans le cathétérisme des uretères ; c'est le seul procédé qui ait une valeur incontestable. Quand le sondage est impossible (jeunes enfants), l'auteur ne consent jamais à enlever un rein qu'après une néphrotomie temporaire, à cause de l'incertitude quant à l'existence d'un second rein;

3° Aucun des séparateurs intra-vésicaux ne peut donner de résultats sûrs; le meilleur urétéroscope est celui de Schlagintweit modifié par l'auteur; il permet de recueillir en même temps l'urine du rein non sondé et de faire le lavage;

4° L'épreuve de la phloridzine donne de bons résultats;

5° La cryoscopie du sang, éprouvée par l'auteur dans plus de 1 000 cas, a une importance considérable, à condition d'être recherchée par des gens compétents.

a. Chez des sujets ne souffrant pas d'une affection rénale, Δ a été presque toujours trouvé 0°56, parfois 0°57, exceptionnellement 0°53.

b. Dans plus de 200 cas d'affections rénales amenant une stase de la fonction rénale (néphrite chronique, pyélonéphrite ascendante, pyonéphrose, néphro-lithiase et tuberculose bilatérales, tumeurs, etc., etc.), Δ est toujours descendu au-dessous de 0°58, le plus souvent entre 0°66 et 0°71, une fois 0°81. L'abaissement progressif du Δ correspond fréquemment à l'imminence de symptômes urémiques.

c. Dans les cas d'affections rénales unilatérales sans troubles de la fonction rénale totale, le point cryoscopique du sang reste normal.

III. **Diagnostic des maladies chirurgicales du rein**, par le docteur Giordano. — L'auteur s'est attaché particulièrement à remettre en mémoire les méthodes d'investigation cliniques et insiste sur le danger auquel on s'expose en perdant de vue que les anciens procédés d'examen permettent presque toujours de faire le diagnostic des affections rénales plus simplement et aussi sûrement que les nouvelles méthodes.

Les conclusions suivantes peuvent se tirer de son rapport :

1° L'interrogatoire du malade a une importance diagnostique considérable : hérédité; antécédents morbides; évolution de la maladie; recherche attentive des réflexes douloureux (vésicalisation des sensations; réflexe réno-vésical);

2° Il existe des affections nerveuses simulant une affection rénale : albuminurie nerveuse; démence précoce; de même certaines maladies générales, parfois très bénignes, s'accompagnent de symptômes rénaux : malaria, scabies. Une maladie générale peut, d'autre part, coïncider avec une lésion rénale localisée;

3° La palpation est très utile quand le volume du rein est augmenté : hydronéphrose, tumeurs. Elle peut donner lieu à des méprises entre un rein mobile et des tumeurs d'autres organes ou des tumeurs pararénales;

4° La percussion n'a guère de valeur;

5° Le massage rénal, l'expression du bassinet, la position tête en bas peuvent aider au diagnostic. La paternité du premier de ces procédés ne saurait être contestée à l'auteur;

6° Importance et localisation des « points douloureux » à la pression sur le trajet de l'uretère;

7° Examen ordinaire de l'urine : différenciation de l'hématurie et de l'hémoglobinurie — de l'origine vésicale ou rénale du sang ou du pus contenu dans l'urine (microscope et lavage vésical : ce dernier éclaircit l'urine en cas de pyurie vésicale et la rend au contraire plus rouge en cas d'hématurie vésicale). — Dosage chimique de l'urée et des sels;

8° Toutes ces recherches courantes permettent de serrer le diagnostic de si près que les nouvelles méthodes d'examen ont plutôt pour but de le confirmer que de l'établir;

9° Il faut éviter de tomber dans le travers ridicule de ceux qui ont voulu établir toute la pathologie rénale sur la seule méatoscopie. Celle-ci peut cependant fournir des renseignements intéressants;

10° Pour confirmer le diagnostic, pour préciser le pronostic, il peut être utile, parfois nécessaire, de recueillir séparément l'urine de chaque rein. Le cathétérisme urétéral est le procédé idéal, mais il n'est pas exempt, en pratique, de tout reproche; la séparation intravésicale tant décriée peut donner des indications comparatives utiles;

11° Parmi les nouvelles méthodes physico-chimiques d'examen fonctionnel, les unes sont trop peu pratiques (conductibilité électrique, lipolyse); d'autres, comme la cryoscopie, n'ont pas tenu leurs promesses; la chromatoscopie, la glycosurie phloridzique et la polyurie expérimentale seules ont quelque valeur pratique.

En somme, l'examen fonctionnel ne doit être que l'auxiliaire de l'investigation clinique; à lui seul, il ne possède pas d'importance décisive;

12° Il n'est pas possible de grouper schématiquement les symptômes propres à chaque affection rénale. L'auteur passe en revue les néphrites, la syphilis, la tuberculose, les suppurations, les tumeurs et les calculs du rein (pour ces derniers, l'examen radiographique ne lui semble pas constituer un critérium absolu);

13° Il importe que le chirurgien établisse son diagnostic en s'entourant de tous les renseignements cliniques et scientifiques, mais il faut aussi qu'il intervienne avec audace et énergie. S'il est vrai qu'un malade ne peut plus mourir d'insuffisance rénale, il ne faut pas non plus qu'il succombe par insuffisance de décision ou d'action de la part du chirurgien.

LIVRES NOUVEAUX

Les différentes formes cliniques et sociales de la tuberculose pulmonaire. Pronostic, diagnostic, traitement (1), par Daremberg.

Le beau livre de M. Daremberg est divisé en deux parties : la première traite des *formes cliniques*, la seconde des *formes sociales* de la tuberculose pulmonaire. Dans l'étude des formes cliniques, l'auteur étudie avec une remarquable sagacité les questions les plus importantes que comporte son sujet. Parlant des médicaments chez les tuberculeux, il rappelle que bien souvent le progrès de la maladie vient de la multiplicité du remède et que, dès qu'un tuberculeux, au début de la tuberculose, est décidé à se soigner, il ne doit pas perdre un temps précieux à absorber des médicaments, tout en continuant à mener une vie fatigante : il doit subir immédiatement la cure hygiénique dont l'agent principal est le repos.

Il ne faut pas d'ailleurs tomber d'un excès dans l'autre et ne jamais prescrire aucune médication dans la tuberculose : les révulsifs, les antithermiques, les médicaments calmants rendent des services lorsqu'ils sont administrés à propos, parce qu'ils n'ont pas la prétention de guérir la tuberculose. Le sanatorium peut fournir une guérison rapide : « Pour les riches, il n'est qu'une école dont ils peuvent rapidement se

(1) Gr. in-8° jésus de 820 p. avec 186 fig. et 12 pl. hors texte. Prix : 15 francs. — Paris, Masson et Cie.

passer quand leur éducation est faite. Pour les pauvres, il est le séjour obligatoire pendant de longs mois. » La cure hygiénique de la tuberculose, surtout, est indispensable, à condition que le médecin sache lire dans une poitrine comme on lit dans un livre.

Que penser des traitements dits spécifiques ? Ils n'ont qu'un résultat : celui de faire perdre leur temps aux malades, car, bien qu'une importante découverte soit imminente, il manque encore la vision géniale qui sera acclamée dans le monde entier.

Nombreuses sont les causes de l'augmentation des cas de tuberculose : dégénérescence de la race, alcoolisme, entassement. Le but du médecin doit donc être de rendre réfractaires à la maladie ceux qu'une faiblesse héréditaire ou acquise livre sans défense aux attaques du microbe tuberculeux. Il doit particulièrement bien régler la journée du tuberculeux selon qu'il n'y a pas de fièvre, qu'il y a une fièvre légère, une fièvre intense, selon que la tuberculose est encore en voie d'évolution.

M. Daremberg étudie ensuite l'alimentation, l'aération, le travail des tuberculeux, discute avec sagacité la question des sanatoria, l'influence de l'âge sur l'évolution de la tuberculose, et fixe, en quelques indications précises, l'avenir des tuberculeux. Dans la seconde partie de son livre, il étudie la tuberculose maladie sociale, expose les ravages qu'elle exerce actuellement en France et les moyens à opposer à son incessante extension. Et notre pays doit comprendre « qu'au XXe siècle une nation doit fonder sa grandeur non seulement sur la force de ses armées et de ses flottes, sur le génie de ses savants, de ses littérateurs et de ses artistes, mais aussi sur la diffusion généreuse de ces institutions multiples de philanthropique solidarité ». L. BABONNEIX.

Annuaire général de l'hygiène et de la salubrité (1), par Jules VINCENT.

On trouvera dans ce livre tous les renseignements relatifs à la législation sanitaire, à partir de la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique. La première partie expose les lois et règlements, c'est-à-dire, outre la loi du 15 février 1902, les hygiènes spéciales : coloniale, militaire, industrielle, etc. La seconde est consacrée aux services sanitaires rattachés aux différents ministères, aux conseils d'hygiène départementaux, aux commissions sanitaires, aux bureaux d'hygiène, etc. Ainsi se trouvent condensées, dans le minimum de place, toutes les notions d'hygiène indispensables au médecin. L. BABONNEIX.

Formulaire clinique du praticien (2), par MM. les docteurs COURTOIS-SUFFIT, médecin des hôpitaux, et L. LAFAY, ancien interne en pharmacie, médaille d'or des hôpitaux.

Le *Formulaire clinique du praticien* ne vient pas faire double emploi avec les nombreux formulaires qui existent déjà.

Son but est différent : si les ouvrages similaires ont leur place indiquée sur toutes les tables de travail, le nouveau formulaire trouvera la sienne dans toutes les poches.

Extrêmement complet et pratique, ce petit livre contient après chaque médicament important, non seulement d'excellentes formules mais aussi une étude très claire des *associations médicamenteuses*, des *doses toxiques*, des *phénomènes cliniques de l'empoisonnement* et du traitement à y opposer. Citons en outre un remarquable chapitre sur les sérums et la sérothérapie. C'est une manière toute nouvelle de comprendre les besoins du praticien qui sera très appréciée.

Ce formulaire de 507 pages n'a guère que 15 millimètres d'épaisseur, ne pèse que quelques grammes, et entre aisément dans le gousset d'un gilet.

Son élégante reliure ne portant aucune indication, rien ne le distingue du carnet de notes de tout médecin.

Autant de détails qui contribueront au succès de cet excellent petit livre. L. GAYARD.

(1) In-8° de 700 p. Prix : 10 francs. — Paris, J. Rousset.

(2) In-12, relié peau pleine, tête dorée. Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

NOVARGAN ET BLENNORRAGIE

Le docteur LUCKE, dans le *Monats. f. Harnkrank. und sexuelle Hygiene*, recommande à nouveau son traitement abortif de la blennorragie, indiqué il y a un an, par des instillations journalières d'un demi-centimètre de solution de novargan à 15 p. 100 dans le canal antérieur de l'urètre. Les cas ne montrant, peu de temps après l'infection, qu'une sécrétion peu abondante, conviennent peu à ce traitement; ceux, convenant à une telle cure, mais montrant de bonne heure une inflammation du canal antérieur, doivent être traités avec des solutions faibles, en commençant par 5 p. 100. Lucke laisse toujours retenir et répandre un peu le liquide dans l'urètre.

Dans le traitement de la blennorragie aiguë, Lucke conseille de commencer avec une solution de novargan à 0,2 p. 100 et d'augmenter progressivement la concentration jusqu'à 0,5 p. 100; du reste il renvoie aux prescriptions connues de Neisser et de ses disciples pour le protargol.

A peu près 30 p. 100 des cas semblent ne pas convenir au traitement par le novargan, parce qu'une inflammation ne tarde pas à apparaître. Exception faite de ces 30 p. 100, on obtient d'excellents résultats généraux et l'on verra très rarement apparaître une inflammation de l'urètre postérieur, et pour ainsi dire jamais un état intensif d'irritation. En général, après quatre à six semaines, on ne trouve plus de gonocoques, même en dilatant après une interruption du traitement pendant quinze jours.

Si le novargan ne convient pas à tous les cas par suite de l'état d'irritabilité individuelle particulière de certaines muqueuses, c'est pourtant un fait que la majorité des cas de gonorrhée aiguë sont guérissables par le novargan, dans ce sens qu'il rend impossible la transmission des gonocoques. On ne peut conseiller son emploi dans la blennorragie chronique, son champ est plutôt le traitement de la gonorrhée aiguë et là, le novargan paraît être ce que nous avons de mieux en ce moment.

Traité de pathologie interne, par G. LEMOINE, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lille. 2 vol. in-8 avec nombr. fig. — Prix : 16 francs. — Paris, Vigot frères.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Vente en l'étude de Me Diolé, notaire à Vincennes, 3, rue du Levant, le 2 octobre 1905, à midi :

1° du **DROIT AU BAIL** pour 9 années d'une propriété sise à Vincennes, cours Marigny, n° 4.

2° Du droit à un bail pour le temps en restant à courir d'un **terrain sis à Vincennes**, villa du Bal.

3° Et de la jouissance jusqu'à l'expiration de ce dernier bail des constructions érigées sur ce terrain.

Mise à prix du loyer annuel : 3000 francs.
Consignation pour enchérir : 1500 francs.
Entrée en jouissance le 1er octobre 1905.

L'adjudicataire sera tenu de reprendre en sus de son prix divers objets mobiliers et **INSTRUMENTS de MÉDECINE et de CHIRURGIE**

S'adresser à Mes Diolé et Huguenot, notaires, et à Mes Pierre Launay et Ancelot, avoués.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Billets pris à l'avance. — Les gares de Paris, Lyon, Marseille, Saint-Etienne, Aix-les-Bains et Genève délivrent à l'avance, par série de vingt, des billets de 1re, 2e et 3e classes, pour les gares de la banlieue de ces villes et réciproquement.

Ces billets peuvent être utilisés dans les deux sens (aller et retour). Leurs prix présentent une réduction de 10 p. 100 sur les prix des billets ordinaires. Les billets délivrés pendant les dix premiers mois de l'année sont valables jusqu'au 31 décembre inclus et ceux qui sont délivrés pendant les mois de novembre et décembre jusqu'au 31 décembre inclus de l'année suivante. Les demandes doivent être adressées aux chefs des gares intéressées ou dans les bureaux succursales.

N° 110. — JEUDI 28 SEPTEMBRE 1905. 78e ANNÉE. JEUDI 28 SEPTEMBRE 1905. — N° 110.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE
Un cas d'hémiplégie urémique, par M. le professeur Raymond.
1er CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE (Bruxelles, 18-23 septembre 1905).
Discussion des rapports.
LIVRES NOUVEAUX
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Congrès international de la tuberculose (*Paris, 2-7 octobre 1905*). — Les bureaux du secrétariat général du Congrès sont transférés, à partir de ce jour, au Grand-Palais des Champs-Élysées, où se tiendra le Congrès (entrée : avenue d'Antin).

Les membres du Congrès devront retirer leur carte d'identité, leur insigne, le volume des rapports et le Guide du congressiste, ainsi qu'une enveloppe contenant le programme du Congrès et les invitations aux diverses fêtes et réunions dans les bureaux du Congrès, au Grand-Palais :

Le samedi 30 septembre et le dimanche 1er octobre, de neuf heures du matin à cinq heures du soir;

Le lundi 2 octobre, de neuf heures du matin à une heure de l'après-midi.

La séance d'ouverture du Congrès aura lieu le lundi 2 octobre, au Grand-Palais, à deux heures, sous la présidence de M. le président de la République. Les cartes de membre du Congrès seront rigoureusement exigées pour l'entrée à cette cérémonie.

Les congressistes sont instamment priés de déposer au Secrétariat, en venant retirer leur carte d'identité, une carte de visite portant l'indication de leur adresse à Paris.

Association française de chirurgie (XVIIIe Congrès. 2-7 octobre 1905). — Le XVIIIe Congrès de l'Association française de chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, lundi prochain 2 octobre 1905, sous la présidence de M. le docteur Chauvel, membre de l'Académie de médecine, médecin-inspecteur de l'armée.

Trois questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès.

1° *Chirurgie du pancréas*. Rapporteur : M. Francis Villar (de Bordeaux);

2° *Chirurgie réparatrice de la face*. Rapporteur : M. Depage (de Bruxelles).

3° *De la conservation dans le traitement des traumatismes des membres*. Rapporteur : M. Nimier (de Paris).

Pendant la durée du Congrès, une exposition d'instruments de chirurgie sera installée dans le grand vestibule de la Faculté de médecine.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général.

Congrès français de médecine (Liège, 25, 26, 27 septembre 1905). — La huitième session du Congrès français de médecine s'est ouvert à Liège sous la présidence de M. Bienvenu-Martin, ministre de l'Instruction publique de France, et en présence de M. de Trooz, ministre de l'Intérieur et de l'Instruction publique de Belgique, de M. Francotte, ministre du Travail, et M. Beco, secrétaire général de l'Agriculture. M. le professeur Lépine (de Lyon) préside les travaux du Congrès.

Voici les questions qui y sont discutées : *Les formes cliniques du rhumatisme chronique*. Rapporteurs : MM. J. Teissier (de Lyon) et R. Verhoogen (de Bruxelles).

Les régimes déchlorurés. Rapporteurs : MM. F. Widal (de Paris) et L. Beco (de Liège).

Les sécrétions du pancréas. Rapporteurs : MM. Hallion (de Paris) et Falloise (de Liège).

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Maurice Bombes de Villiers, interne des hôpitaux de Lyon.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de thérapeutique dentaire spéciale et de matière médicale appliquée à l'art dentaire, suivi d'un **Formulaire à l'usage des praticiens**, par Ch. Quincerot. In-18 raisin, cart. — Prix : 3 francs. — Paris, Vigot frères.

Le poignet et les accidents du travail, par le docteur Destot, chef de laboratoire de radiographie des hôpitaux de Lyon. In-18 jésus, avec 43 fig. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANCAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives générales de médecine. — (N° 38, 19 sept. 1905.) François Arnaud : Quinine et paludisme. Mode d'administration et règles du traitement. — Paul Delbet : Dangers de la chloroformisation en présence des foyers de combustion.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIII, n° 10, 7 sept. 1905.) Frederic J. Cotton : Des causes de gêne à la suite des fractures de la partie inférieure de la jambe et du cou-de-pied (avec 4 fig.). — Harris P. Mosher : L'anatomie appliquée du sinus frontal. — Jones Lyman : Quelques remarques intéressantes sur la marche de l'épidémie de variole à North Adams dans le Massachussets en 1904 (avec une carte). — George M. Parker : Etude sur un cas de psychologie morbide (fin du n° 9, p. 245).

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 11, 23 sept. 1905.) E. Rochard : Prolapsus du rectum.

Bulletin médical. — (N° 72, 20 sept. 1905.) Paul Berger : Paralysie du nerf radial et accident du travail. — Delore et Leriche : Léiomyome malin de l'estomac. — (N° 73, 23 sept.) A. Bondet : La maladie des plongeurs (hématomyélie des scaphandriers).

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 33, 16 août 1905.) Bosse : Un cas d'insuffisance pulmonaire pendant l'enfance. — (N° 34, 26 août.) Bauer : La réaction de l'aldéhyde d'Ehrlich dans l'urine et les matières fécales. — (N° 35, 2 septembre.) Bosse : Un cas de reins contractés avec endartérite pulmonaire thrombotique.

Écho médical du Nord. — (N° 39, 24 sept. 1905.) Thooris : Les dacryocystites par fracture du canal oculo-nasal. — Maurice Leroy : A propos de deux cas d'ostéo-sarcome.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (N° 18, 25 sept. 1905.) Lebeaupin : Sur la coloration rouge des urines.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 38, 21 sept. 1905.) J. Gunzbourg : Action physiologique et indications de la mécanothérapie.

Lyon médical. — (N° 39, 24 sept. 1905.) Duroux et Grandclément : Des tumeurs du nerf optique.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 34, 22 août 1905.) Schotmüller : Sur la méningite cérébro-spinale épidémique. — Rille et Vockerodt : Nouvelles découvertes de spirochètes dans la syphilis. — Schenk : Sur l'augmentation de l'agglutinine du sang pendant la puerpéralité. — Werner : Sur l'action du radium comme agent d'infection. — Cursehmann : Sur les hypertrophies musculaires d'origine hyperkinétique dans les polynévrites toxiques. — Thorn : Opérations de myomes de l'utérus gravide. — Daser : Sur un cas d'ostéite déformante. — Wichmann : Sur la radiothérapie. — Fischer : Sur le traitement de l'hyperhydrose des pieds dans l'armée. — Arneth : Les globules blancs et rouges dans le traitement de la leucémie par les rayons Röntgen. — Mohr : Contribution à l'étude étiologique et thérapeutique de la fièvre des foins. — (N° 35, 29 août.) Lauger : Sur la question de la formation d'anticorps spécifiques dans l'organisme des individus porteurs de cestodes. — Trommsdorf : Bacille typhique et bacillus fæcalis alcaligenes, deux espèces différentes. — Baudi et Simonelli : Présence de spirochaete pallida dans les manifestations syphilitiques secondaires et sur les méthodes employées pour les déceler. — Schütz : Recherches sur la sécrétion du mucus dans l'intestin. — Buttenberg : Sur la perméabilité des trompes pour les liquides injectés dans l'utérus. — Jessen : Sur le traitement des névropathes dans les montagnes et en particulier à Davos. — Fichtner : Sur les formes légères des phlegmons ligneux. — Zahn : Un cas de sténose de l'œsophage par une ecchondrose vertébrale. — Karehuke : Un cas de luxation bilatérale du maxillaire inférieur. — Fuchs : Sur la formation du cancer. — Schottmüller : Sur la méningite cérébro-spinale épidémique. — (N° 36, 5 septembre.) Schade : Influence catalytique de la combustion du sucre. — Kölliker : Sur la coxa valga. — Hermann : Erythème noueux blennorragique chez un enfant guéri par une injection intraveineuse de collargol. — Neumeister : Un cas de carcinome épithélial du poumon avec métastases dans l'articulation de l'épaule. — Axmann : Traitement des blessures par les rayons ultraviolets. — Schinzinger : Le carcinome de la mamelle. — Schüssler : Pylorospasme rebelle; gastro-entérostomie; guérison. — Wengler : Nécessité de la fixation du poids spécifique du corps dans le traitement de l'obésité. — Schütz : Recherches sur la sécrétion du mucus dans l'intestin. — Schotmüller : Sur la méningite cérébro-spinale épidémique. — (N° 37, 12 septembre.) Conradi et Kurpjuweil : Sur l'arrêt spontané du développement des bactéries par auto-intoxication. — Zieler : Sur la pathogénie des vergetures de la peau. — Bleibtren : Deux observations rares dans la scarlatine. — Offergeld : Traitement des affections gynécologiques par la thiosinamine. — Esau : Un cas de tuberculose miliaire avec septicémie staphylococcique et hémorragies intestinales graves. — Steinhaus : Abcès cérébral causé par le bacille pseudo-diphtérique commun. — Moosbrugger : Traitement interne de l'appendicite. — Hecht : Symptomatologie de l'empyème de l'antre d'Highmore. — Wederhake : La coloration des sédiments de l'urine et des exsudats. — Fertig : Sur l'ulcère gastrique traumatique. — Aronheim : Sur l'emploi du baume du Pérou dans le traitement des blessures et des ulcérations chroniques du membre inférieur. — (N° 38, 19 sept.) Versé : Sur la périartérite noueuse. — Uffenheimer : Contribution au chapitre de la diphtérie nasale. — Strubell : Sur la pathogénie et le traitement des suppurations des sinus maxillaires. — Friolet : Sur l'ichtyose circonscrite de l'aréole du mamelon. — Freund : Sur le « Cytorrhyctes luis » de Siegel. — Elter et Haas : Nouvelle méthode opératoire de l'ectropion des paupières en utilisant le pavillon de l'oreille. — Winternitz : Sur un procédé simple du bain électrique. — Mohr : Les lipomes para-articulaires profonds. — Vörner : Le permanganate de potasse comme hémostatique local à bon marché. — Conradi : Bacille typhique et bacillus fæcalis alcaligenes. — Sehlbach : Encore un cas de luxation bilatérale du maxillaire inférieur. — Scheumann : Le pessaire sphérique. — Offergeld : Traitement des affections gynécologiques par la thiosinamine.

Semaine gynécologique. — (N° 37, 12 sept. 1905.) Pichevin : Du traitement de la leucorrhée. — (N° 38, 19 sept.) Pichevin : Grossesse extra-utérine et ablation bilatérale des annexes.

Tribune médicale. — (N° 36, 9 sept. 1905.) Broca : Traitement de la tuberculose articulaire. — Meillère : Les vieux livres de médecine. — (N° 37, 16 sept.) Broca : Traitement de la tuberculose articulaire.— J. Liouville : La chirurgie conservatrice. — (N° 38, 23 sept.) F. Cathelin : Procédé mixte de prostatectomie totale (méthode périnéo-sus-pubienne). — J. Liouville : La chirurgie conservatrice au XVIII[e] siècle. — M. Marcille : L'anesthésie locale dans les opérations sur les doigts et les orteils.

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES

(Hospice de la Salpêtrière.)

UN CAS D'HÉMIPLÉGIE URÉMIQUE

Par le professeur F. RAYMOND.

Messieurs,

Le cas de la malade, dont je désire étudier avec vous l'histoire clinique dans ma leçon d'aujourd'hui, est véritablement complexe et embarrassant. Il en est ainsi pour plusieurs raisons : d'abord parce que la pauvre femme est, quoique jeune encore (elle n'a que quarante et un ans), incapable de raconter avec certitude son passé pathologique, si bien qu'il a fallu le reconstituer, tant bien que mal, en puisant à diverses sources. De plus il existe, chez elle, des symptômes se rapportant, sans contestation possible, à diverses affections classées ; les uns traduisent, avant tout, un état névrosique ; les autres, des états organiques positifs. Quels rapports ces divers états ont-ils entre eux ? quel est celui qui domine la situation ? comment sont-ils nés ? quelle est leur signification exacte ? Ce sont là les termes du problème que le médecin a toujours à résoudre en face de cas semblables. Et ce problème, dans les circonstances particulières, a une importance extrême, car suivant la signification que vous attribuerez à tel ou tel syndrome, suivant que vous le considérerez comme étant de nature *névrosique*, c'est-à-dire comme étant purement fonctionnel, ou suivant que vous l'envisagerez comme symptomatique d'une lésion matérielle, définie, le *pronostic*, vous le comprenez sans peine, changera du tout au tout : voire même que cette question de *pronostic* ne devra pas être résolue dans le même sens, si, tout en croyant à la nature organique du syndrome, vous l'attribuez à une grosse lésion matérielle, à une lésion de déficit, ou, au contraire, à une lésion encore organique, mais sans destruction de tissu, à une lésion œdémateuse ou congestive par exemple, pouvant facilement entrer en résolution, c'est-à-dire guérir. Vous verrez, dans un instant, que ces diverses hypothèses peuvent se soutenir parce qu'elles ont les unes et les autres une apparence de raison. Et de fait, elles ont été soutenues.

Pour piquer davantage votre curiosité, je puis vous dire, par avance, que les *diagnostics* les plus éloignés les uns des autres ont été portés relativement à cette malade par des médecins instruits ; les uns l'ont considérée comme *hystérique* et rien qu'*hystérique* ; les autres comme atteinte de *paralysie générale*, etc. C'est qu'en ne voyant pas l'enchaînement des choses, en ne prenant en considération que l'ensemble, en ne pesant pas avec soin les divers syndromes réalisés, on est fatalement conduit à une erreur de diagnostic, erreur qui a une répercussion grave sur le *pronostic*, encore plus sur le traitement.

Voilà, Messieurs, pourquoi le cas de la malade, que vous allez voir dans un instant, est tout particulièrement difficile et intéressant. Remarquez bien qu'il s'agit là de pratique courante, de faits que vous pouvez rencontrer à chaque instant ; par conséquent, il importe que vous les connaissiez bien.

Laissez-moi d'abord vous résumer son histoire clinique et ce n'est pas sans peine que j'ai pu la reconstituer en partie.

Il s'agit d'une femme de quarante et un ans qui exerçait dernièrement, dit-elle, la profession de couturière.

Dans son passé héréditaire, je relève les renseignements suivants qui ont leur intérêt : la grand'mère paternelle est morte aliénée, ainsi qu'une tante. La malade ne peut dire si sa mère était nerveuse ; celle-ci aurait succombé à l'âge de soixante-douze ans à une affection cardiaque. Je n'ai aucun renseignement précis à vous fournir au même point de vue sur le frère qui serait mort à trente ans de la variole. Quoi qu'il en soit, comme vous le voyez, elle était de souche nerveuse, au moins par une de ses grand'mères. Toute jeune, elle a été sujette aux épistaxis. Dès l'âge de sept ans, elle aurait présenté une paraplégie des membres inférieurs avec œdème, paraplégie qui a duré toute une année et qui, ensuite, guérit entièrement. Quelle a été la nature de cette paraplégie avec une semblable évolution vers une guérison définitive ? On peut supposer, en toute vraisemblance, que celle-ci a été hystérique. Vers l'âge de huit ans, étant aux environs de Limoges, elle aurait eu, pendant six mois, des accès de fièvre intermittente. Réglée vers seize ans, assez irrégulièrement d'ailleurs, elle devint chlorotique ; puis vers dix-huit à vingt ans, sa santé se raffermit ; il en fut ainsi jusqu'à l'âge de trente-quatre ans. A cette époque (1898), elle reçut un coup de pied de cheval sur la malléole externe gauche ; consécutivement, elle a eu un abcès avec phlébite de la jambe gauche. En fait, c'est à trente-sept ans, en janvier 1901, que des incidents plus graves se produisent. A cette date, elle aurait eu, pendant quatre mois, de violents maux de tête, coïncidant avec une suppuration de l'oreille gauche. A diverses reprises, en décembre 1901 et en mai 1902, les maux de tête se reproduisirent, quoique moins intenses que la première fois, en même temps que la suppuration de l'oreille reparaissait. A la fin de cette même année, le 29 décembre 1902 — elle était à ce moment-là employée à Chatou dans une fabrique de phonographes — elle se brûle le dessus du poignet gauche et elle se vit ou crut se voir entourée de flammes. Dans tous les cas, elle en éprouva une grande frayeur ; l'émotion ressentie a été assez forte pour lui faire perdre connaissance. Revenue à elle, au bout de quelques instants, elle sentit son avant-bras gauche et sa main se gonfler. Cette tuméfaction, non douloureuse, aurait duré jusqu'au 15 janvier 1903. A partir du jour où l'accident se produisit, elle se mit à mal dormir, à être inquiète, tourmentée, et le 15 janvier au matin, en voulant se lever, elle constate que sa jambe gauche fléchissait sous elle ; quelques instants après, c'était le tour du bras gauche qui, assez rapidement, devient tout à fait impotent. Elle garde le lit quelques jours, puis les accidents rétrocèdent en partie, suffisamment pour qu'à quelque temps de là elle essaye le métier de trieuse de papier — il faut bien vivre — mais elle ne peut le continuer longtemps. Comme elle était toujours fatiguée, toujours très essoufflée, elle se présenta à la consultation de l'hôpital Cochin ; elle fut admise dans cet hôpital le 15 juin 1903.

Cette malade a fait l'objet d'une présentation intéressante, de la part de M. le docteur Dufour, à la Société de neurologie, dans la séance du 2 juillet 1903. A ce moment, l'ensemble des phénomènes que l'on rencontrait chez la malade, y compris la trépidation spinale, fut considéré par le présentateur comme étant de nature hystérique. Je dois ajouter que M. le docteur Babinski, à cause de la trépidation et aussi à cause de l'extension du gros orteil gauche et de la légère abduction des orteils produites par le chatouillement de la plante du pied, affirma, en plus de l'hystérie qu'il ne contestait nullement, l'existence d'une maladie organique du système nerveux central. Quoi qu'il en soit, la malade, un peu plus tard, présenta des troubles de la mémoire, une grande confusion dans les idées. Les phénomènes furent tels qu'on se demanda, un instant, si l'on ne se trouvait pas en présence d'une méningo-encéphalite diffuse. Puis, les accidents nouveaux, ainsi que ceux de l'hémiplégie, finirent par s'amender un peu et, le 1er août, cette femme put sortir de l'hôpital Cochin.

A vrai dire, à partir du moment de sa sortie, elle fut toujours souffrante; en particulier, elle avait fréquemment des épistaxis et des accès d' étouffements; elle était faible, sans force. C'est dans ces conditions qu'elle vint à la consultation de la Salpêtrière, et elle fut reçue, dans mon service, les premiers jours de cette année 1905. Depuis trois mois qu'elle y séjourne, sous l'influence du traitement suivi, son état s'est un peu amélioré; n'empêche qu'assez fréquemment, et surtout le premier mois, elle a encore présenté, à diverses reprises, des accès d'oppression violente, avec céphalée intense, névralgie faciale, accentuation évidente des phénomènes paralytiques à ce moment, etc.; mais ce sont là des faits sur lesquels je compte revenir, plus au long, dans un instant.

Voici la malade. Comme vous pouvez vous en rendre compte de suite, ce qui frappe, tout d'abord, à l'aspect de cette femme, c'est qu'elle paraît beaucoup plus âgée qu'elle ne l'est en réalité; elle se tient mal, légèrement voûtée, la tête un peu inclinée en avant et à gauche. La peau du visage est ridée, comme bouffie, de couleur blanc jaunâtre; les yeux paraissent un peu enfoncés dans l'orbite, par suite du gonflement des paupières, en particulier de l'inférieure; la conjonctive apparente, légèrement saillante, est parsemée de capillaires sanguins plus volumineux que normalement. Cet ensemble donne au masque facial un aspect vieillot très particulier. La tristesse est peinte sur le visage; la malade est comme déprimée. Les autres régions de l'organisme sont, par contre, amaigries, parsemées de plis, à l'exception des malléoles et de la face dorsale des pieds; dans ces régions, en effet, on note que le tissu cellulaire sous-cutané est œdémateux, légèrement boursouflé; en pressant un peu fort, avec les doigts, je produis un léger godet.

Si je lui pose quelques questions, il vous est facile de voir qu'elle répond à peu près correctement, mais avec des lacunes évidentes de la mémoire. L'amnésie est diffuse, c'est-à-dire qu'elle ne s'applique pas à telle ou telle période de la vie de la malade; elle existe aussi bien relativement aux événements de sa toute jeunesse, de son adolescence que de son âge mûr; elle ne s'applique pas à tels ou tels événements en particulier, en un mot, elle n'est pas systématisée. D'ailleurs, au cours de mon interrogatoire, vous pouvez vous apercevoir quelle difficulté elle a à me suivre, combien il est malaisé de fixer son attention, combien ses perceptions sont lentes, quels efforts elle est obligée de faire pour comprendre mes questions, et pour me répondre, plutôt mal que bien. Pourtant, il n'existe aucune idée délirante, aucune conception fausse; il y a manque de mémoire, difficulté de l'attention et de la volonté, lenteur des perceptions, et c'est tout. Par contre, vous voyez, pendant cet interrogatoire, à quel degré d'émotivité cette pauvre femme est tombée! Les questions les plus simples provoquent des pleurs; elle répond avec peine; sa langue, ses lèvres tremblent; par instant, une véritable dysarthrie est la conséquence de ce tremblement; on la comprend à peine. J'ajoute, enfin, comme dernière caractéristique de son état mental, qu'elle est d'une suggestibilité excessive, soit par rapport à ce qu'on lui dit, soit par rapport à ses idées personnelles, à ses pensées; elle s'autosuggestionne avec une facilité déplorable.

Ce dont elle se plaint plus particulièrement, c'est de mal entendre, principalement de l'oreille gauche, et de ne pas voir clair, surtout par instants. L'examen des oreilles montre des traces très nettes d'anciennes inflammations de l'oreille moyenne, principalement à gauche. L'examen des yeux — et j'attire votre attention sur les résultats de cet examen — a fait constater, à M. Dupuy-Dutemps, de la rougeur et de la congestion des papilles qui sont légèrement saillantes. Les vaisseaux sont flous et dilatés, comme voilés par l'œdème rétinien. En outre, on observe, sur les parties périphériques de la rétine, des taches d'un blanc mat, taches de dégénérescence, arrondies ou ovalaires. Au niveau de la macula, des taches semblables dessinent une figure festonnée.

Je fais marcher la malade. Constatez, de nouveau, son attitude, sa tête penchée en avant et à gauche, l'inclinaison du tronc de ce côté; voyez-la traînant un peu la jambe gauche, en fauchant légèrement; son bras gauche, pendant le long du corps, paraît moins mobile que celui du côté opposé. Je la prie de s'asseoir et je recherche, alternativement à droite et à gauche, la force musculaire, dans les différents mouvements. Avec la main gauche, elle amène à peine 12, au dynamomètre, et 26 avec la main droite. J'examine successivement la force d'extension, de flexion, de pronation, de supination, aux avant-bras. Elle est meilleure que du côté des poignets, mais certainement moins puissante que dans les parties correspondantes du côté droit; de même, pour les mouvements des bras, des épaules. D'une façon générale, les mouvements des différents segments des membres inférieurs sont plus énergiques que ceux des membres supérieurs, mais avec une différence très nette entre ceux de la jambe gauche et ceux de la jambe droite, ces derniers étant normaux, tandis que les autres sont relativement affaiblis.

L'étude des mouvements associés et du mode de contraction des muscles ne montre rien de particulier. Il n'y a pas, à proprement parler, de contractures véritables. Pas de déviation faciale.

Les réflexes tendineux et osseux sont légèrement exagérés à gauche; il existe, au pied gauche, une ébauche de trépidation spinale légitime; enfin, de ce même côté, le réflexe de l'orteil est assez nettement en extension. L'examen électrique montre des réactions normales.

Reste à vous faire connaître les résultats de l'examen de la sensibilité. Eh bien! on trouve une hypoesthésie très nette, pour tous les modes de sensibilité sur tout le côté gauche du corps, face comprise. La sensibilité superficielle seule est touchée; les sensibilités profondes, par contre, sont normales.

Ce n'est pas tout. La malade se plaint encore, et très amèrement, de souffrir de la tête. Lorsqu'on lui demande de préciser ce qu'elle ressent, elle répond qu'il lui semble que, par instants, sa tête va éclater, qu'elle a une sorte de barre douloureuse au niveau du front et des yeux, un poids non moins douloureux sur le sommet du crâne, en outre, des élancements douloureux violents, venant par accès, au pourtour des orbites, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. Ces crises douloureuses, quand elles se produisent à leur summum, sont quelquefois accompagnées de nausées, de vomissements, de refroidissement général du corps, de tendance à la syncope. Parfois, elles coexistent avec de grands vertiges. Si on presse un peu fort, au niveau des tempes, au niveau de l'émergence des nerfs sus-orbitaires, on détermine une douleur assez vive. En réalité, elle a de véritables accès de névralgie, et constamment, souvenez-vous-en, elle souffre en ces régions.

Il est encore une constatation qui s'impose pourvu que l'on examine attentivement la malade; non seulement, comme je vous le faisais remarquer il y a un instant, cette femme parle mal à cause de son tremblement, de son émotivité, mais encore elle respire mal; sa respiration, en effet, est un peu rapide, un peu saccadée; par moments elle aspire bruyamment, comme si elle était gênée pour remplir ses poumons; d'autres fois, elle fait des sortes de pause, puis la respiration se précipite un temps, pour se ralentir ensuite. A d'autres moments, elle a de véritables crises de dyspnée, qui durent de quelques minutes à quelques heures, crises qui se produisent assez fréquemment; pendant leur durée, l'hémiplégie motrice semble s'accentuer.

Si, guidé par ces caractères particuliers de la respiration, on recherche l'état du cœur, des gros vaisseaux, des poumons, voici ce que l'on constate : une hypertrophie cardiaque évidente, la pointe de cet organe bat dans le sixième espace intercostal, sous le mamelon gauche. La percussion met nettement en évidence l'augmentation transversale et en hauteur de la matité cardiaque; la palpation montre que le choc précordial est un peu plus intense que normalement; l'auscultation fait constater par instant, un dédoublement du deuxième bruit à la base, avec claquement valvulaire exagéré. Les artères périphériques explorables, en particulier les radiales, sont un peu dures, la tension y est manifestement exagérée. Le pouls bat à 82 par minute; il tombe parfois à 56.

L'examen des poumons fait entendre, aux deux bases, principalement en arrière, des râles muqueux, moyens, existant aux deux temps de la respiration et se déplaçant lors des quintes de toux. Dans le reste de l'étendue des poumons, quelques râles sibilants et ronflants. Dans tous les cas, ces phénomènes objectifs sont hors de proportion avec les accès de dyspnée. J'ajoute que, le matin, la malade a souvent des quintes de toux suivies de quelques crachats muqueux, aérés, sans grand caractère.

Les urines sont assez abondantes; la quantité émise oscille entre 1 200 grammes et 1 700 grammes. Elles sont claires, un peu mousseuses; l'analyse chimique, entre autres produits anormaux, y montre, en ce moment, la présence de 1g35 d'albumine. Je vous rappelle qu'à un moment donné, on a trouvé jusqu'à 4 grammes d'albumine. Cette albuminurie coexiste avec un léger degré d'œdème des membres inférieurs. Enfin, si j'ajoute que la malade est sujette, depuis un certain nombre d'années, au phénomène du doigt mort; qu'elle a fréquemment des crampes dans les mollets, surtout la nuit, des secousses douloureuses dans les jambes; que son sommeil est mauvais; ses digestions pénibles, avec sensations nauséeuses, je vous aurai présenté, en raccourci, l'ensemble symptomatique que l'on peut aisément relever chez elle, en étudiant avec soin son état pathologique.

Messieurs, le tableau morbide que vous avez sous les yeux est tel qu'il impose, immédiatement, un premier diagnostic : cette femme, sans contestation possible, est atteinte d'une néphrite chronique, d'une néphrite mixte évoluant chez une scléreuse, avec accidents urémiques subaigus. Je ne m'attarderai pas à justifier ce diagnostic : les caractères présentés par les urines; la présence de l'albumine; ses variations; les accès de dyspnée, les troubles digestifs, les nausées, les vomissements; la céphalée; les névralgies tenaces; les phénomènes antécédents ou concomitants, syncope locale, crampes des mollets, etc., tout cet ensemble, si bien mis en valeur par mon collègue, M. le professeur Dieulafoy, affirme le diagnostic. Nous sommes donc en présence d'une femme atteinte d'urémie, et il est facile d'écarter les diagnostics qui ont été discutés, de tumeurs cérébrales, de méningo-encéphalite diffuse, etc. Pour cette dernière affection, je reconnais que les troubles du langage, ceux de la mémoire, etc., ont pu faire penser à cette maladie, pourtant il était relativement aisé de rapporter ces troubles à leur véritable cause : l'émotivité, le tremblement, l'hystérie concomitante; mais n'anticipons pas.

Relativement à l'existence d'une tumeur cérébrale, certes, il y a, dans notre cas, un tableau symptomatique qui, légitimement, peut y faire songer. Mais, à un examen tant soit peu minutieux, on s'aperçoit qu'il n'y a là que des apparences; je vise en ce moment la céphalée, les névralgies, les vomissements, les troubles du côté des yeux. Pour ces derniers, en particulier, je vous rappelle que, chez notre malade, les papilles sont peu saillantes, troubles, non radiées, que les vaisseaux ne sont pour ainsi dire pas tortueux; qu'ils ne forment pas de coude; que les exsudats sont abondants, disséminés dans la rétine;

qu'il y a une constellation maculaire, des hémorragies abondantes, en flammèche, disséminées dans la rétine; que l'acuité visuelle est très diminuée, sans phase d'obnubilation, autant de caractères que l'on ne rencontre pas dans la stase papillaire due aux tumeurs cérébrales.

Donc, le diagnostic d'*urémie subaiguë dans le cours d'une néphrite chronique mixte* est celui qui s'impose chez notre malade. Mais n'a-t-elle que cette affection? Avant de répondre à cette question, laissez-moi vous faire remarquer que la maladie rénale et sa complication évoluent sur un terrain nerveux particulier, sur un *terrain hystérique*. Dès les premières années de sa vie, sans doute à cause de son hérédité, cette femme a présenté des accidents manifestement hystériques, témoin cette paraplégie qu'elle a eue à l'âge de sept ans et qui a guéri entièrement au bout d'une année. A l'heure actuelle, elle a des manifestations mentales de la grande névrose; j'en veux pour preuve son émotivité, sa suggestibilité, son défaut d'attention, de volonté, ses troubles des perceptions, son amnésie diffuse, etc. Elle en a aussi des signes somatiques importants, en particulier les troubles de la sensibilité, sous la forme d'hypoesthésie gauche subconsciente avec ses caractères si spéciaux et il existe, en même temps, des troubles moteurs, car elle a une légère hémiplégie gauche. Faut-il rapporter ces troubles à la grande névrose ou convient-il de chercher ailleurs leur signification?

Eh bien! je ne crois pas qu'il faille les rattacher à l'hystérie concomitante, et en cela, je suis d'accord avec mon collègue M. le docteur Babinski, qui, lors de la présentation de la malade à la Société de neurologie, sans nier l'existence de l'hystérie, pensa qu'il y avait association de la névrose à une affection organique. Comme il l'a fait remarquer, avec raison, la présence de la trépidation spinale légitime, le réflexe de l'orteil en extension, signes dont il nous a appris à connaître la valeur, éloignent du diagnostic de parésie motrice hystérique. J'ajoute que la persistance de l'hémiplégie et son mode d'évolution plaident aussi dans le même sens.

Si l'hystérie n'est pas la cause des complications motrices, comment expliquer celles-ci? Par un foyer de ramollissement chez une artério-scléreuse? par une hémorragie cérébrale chez une femme atteinte de néphrite chronique? Ces deux éventualités, à la rigueur, se réalisent parfois chez les rénaux scléreux; pourtant, je ne crois pas que l'on puisse envisager l'une ou l'autre, chez cette femme. Elle n'a pas eu d'ictus. Sa paralysie, suivant les moments, suivant les jours, a été variable dans son intensité; elle n'est pas, à proprement parler, accompagnée de contractures; les réflexes tendineux sont peu exagérés; pour toutes ces raisons, je pense qu'il faut abandonner l'idée d'un foyer d'hémorragie ou de ramollissement, au moins d'un foyer ordinaire.

A quoi donc rattacher l'hémiplégie gauche? Eh bien! je suis convaincu qu'elle est en rapport très direct avec l'urémie subaiguë, qu'elle est un exemple d'*hémiplégie toxique*, analogue, non pas quant à la nature du ou des poisons, à l'hémiplégie *diabétique* dont je vous ai présenté de beaux exemples dans mon avant-dernière leçon, mais quant au mécanisme de production; en un mot, je pense que, dans le cas particulier, nous sommes en présence d'une *hémiplégie urémique*. Laissez-moi, en quelques mots, justifier ce diagnostic.

Les paralysies urémiques, vous le savez, ont une histoire toute récente; elles ne deviennent classiques qu'à partir de mon mémoire de septembre 1885, publié dans la *Revue de médecine*. Jusque-là, l'aphorisme suivant de Lasègue, émis dès 1852 : « A quelque époque de la maladie de Bright que l'on se place, quelle que soit l'intensité de la stupeur, jamais on ne constate de paralysie si limitée, si incomplète qu'on veuille le supposer. Toutes les fois qu'une paralysie concomitante est signalée, on peut affirmer qu'elle résulte d'une cause locale et qu'elle n'est pas sous la dépendance d'une maladie de Bright, » était un article de foi pour les médecins de ma génération. A vrai dire, Carpentier, dans la *Presse médicale belge* du 29 février 1880, avait publié une observation précise de paralysie urémique; de même Paetsh en 1881 et Jackel en 1884; mais ces faits étaient restés ignorés de la majorité des observateurs. Deux mois après l'apparition de mon mémoire, Chantemesse et Tenesson publiaient, également dans la *Revue de médecine*, un excellent travail sur le même sujet; ils confirmaient les idées que j'avais émises. Depuis l'apparition de ces deux mémoires fondamentaux, l'existence des paralysies urémiques n'est plus contestée par personne, ainsi qu'en font foi les nombreuses observations qui ont été publiées depuis et dont vous trouverez les indications dans les remarquables travaux de Giammatei (Lucca 1892) et Baillet (Th. de Paris, 1898). Ce qui a été mis en discussion, ce qui peut toujours l'être, c'est la pathogénie des accidents; je reviendrai brièvement sur ce point de détail dans un instant, en vous rapportant quelques faits plus récents qui éclairent singulièrement cette pathogénie.

Et, d'abord, est-ce un diagnostic facile à porter que celui de paralysie urémique? Cela, Messieurs, dépend des cas. Voici un malade jeune, atteint d'accidents urémiques indéniables, survenus au cours d'une néphrite subaiguë, scarlatineuse ou autre; pendant l'évolution de la néphrite et d'une de ces complications indiscutables, il survient une hémiplégie, une monoplégie, de l'aphasie, etc.; ces phénomènes se sont installés lentement ou brusquement; ils sont mobiles, en ce sens que, suivant les moments, la paralysie est très accentuée, tandis qu'à d'autres moments, elle semble rétrocéder presque complètement, pour réapparaître bientôt; le malade n'a pas d'affections cardio-aortiques nettes; dans ces cas, en portant le diagnostic de paralysie urémique, vous avez toute chance d'être dans la vérité clinique. Il n'en est pas de même quand les phénomènes d'urémie sont peu marqués, et quand ils se produisent chez une scléreuse vasculaire, comme chez notre malade, car on peut et on doit penser à une hémorragie ou à un ramollissement cérébral thrombosique, en n'oubliant pas que l'albuminurie peut exister dans l'hémorragie cérébrale. Eh bien, dans ces cas,

prenez surtout en considération les caractères du rythme respiratoire; si vous avez sous les yeux celui que l'on désigne sous le nom de Cheyne-Stokes, pensez à l'intoxication urémique ainsi que l'a fait, en pareil cas, mon si regretté collègue Rendu, et surveillez bien l'évolution de la paralysie. Si celle-ci est mobile, d'intensité variable suivant les instants de l'examen, vous pourrez diagnostiquer l'origine urémique de la paralysie et, souvent, vous tomberez juste. C'est parce que les choses se sont passées ainsi chez cette malade, en observation à la clinique depuis quelques mois, que je me suis arrêté à ce dernier diagnostic et aussi parce que rien, ni dans le mode de début, ni dans l'évolution, ne m'incite à penser à une autre affection.

Considérée en elle-même, l'hémiplégie gauche, existant chez cette femme — et que je crois d'origine urémique — diffère-t-elle, par ses autres caractères cliniques, de celles dues à d'autres lésions organiques classées : hémorragies, ramollissements, tumeurs, pachyméningite, etc.? En aucune façon. La paralysie est prédominante au membre supérieur; elle est plus accentuée à l'extrémité du membre qu'à la racine; elle porte davantage sur certains mécanismes musculaires que sur d'autres; il existe à peine de la contracture; les réflexes tendineux sont exagérés; les réflexes cutanés normaux; il y a de la trépidation spinale; le réflexe de l'orteil est en extension; les réactions électriques sont physiologiques, etc. Sans doute, on note une hypoesthésie totale sur tout le côte gauche, face comprise, mais dans ma pensée, et pour les raisons que je vous ai données, ce trouble de la sensibilité superficielle me paraît devoir être rattaché à l'hystérie concomitante, associée à la lésion urémique.

Quelle est la nature de celle-ci? Me voici ramené forcément à la question de pathogénie. Dans le mémoire que j'ai publié et dans la thèse de mon élève Bernard (Th. de Paris, 1885), j'ai soutenu la *pathogénie mécanique* par *œdème cérébral*, en m'appuyant sur des nécropsies nombreuses, précises et aussi sur des expériences pratiquées avec mon collaborateur Arthaud, dans le laboratoire de mon maître Vulpian. Chantemesse et Tennesson résument d'ailleurs, comme moi, toute la pathogénie des paralysies urémiques dans l'œdème, et en cela nous étions d'accord avec Traube, Jaccoud, Rosenstein, etc. Deux années plus tard, cette théorie fut combattue par mes éminents collègues, MM. Lancereaux et Chauffard; toutes leurs objections se trouvent résumées dans la thèse de Level (Paris 1888). Pour ces observateurs distingués, l'intoxication seule peut expliquer tous les faits observés. Cette manière de voir ne me paraît pas en contradiction avec ce que j'ai dit, car je n'ai jamais nié l'intoxication urémique, bien au contraire, et les récents travaux de G. Carrière sur la composition chimique du liquide céphalo-rachidien dans l'urémie nerveuse sont bien intéressants à cet égard.

Mais depuis cette époque, la question a progressé. Je n'ai pas l'intention de vous faire connaître la liste des nombreuses observations publiées; il en est deux pourtant que je veux vous rappeler : 1° celle du docteur Calvé (de Redon). Elle est très démonstrative au point de vue clinique. Il s'est agi, dans ce cas, d'une hémiplégie à répétition, d'origine urémique, si accentuée parfois qu'on pouvait penser à une grosse lésion organique; dans d'autres circonstances elle disparaissait presque complètement pour se reproduire d'un autre côté. Les variations étaient parallèles à celles des autres accidents urémiques, et c'est là, ne l'oubliez pas, le grand fait diagnostique; 2° non moins intéressant est le cas publié par MM. Rispal et Combéléran, à la Société clinique de Toulouse, concernant une hémiplégie urémique survenue dans un cas de compression des uretères par cancer utérin. Sans doute dans ces cas et dans ceux analogues, on peut penser qu'il s'agit d'accidents hystériques, mais aujourd'hui nous sommes en possession de signes précis, lesquels, abstraction faite de l'élément causal, permettent presque toujours, sinon toujours, d'établir le diagnostic vrai, lésion organique ou lésion fonctionnelle; c'est là un point acquis et l'opinion à laquelle je viens de faire allusion n'a plus qu'un intérêt historique.

Au surplus il existe maintenant, dans la science, des faits positifs, expérimentaux et cliniques, qui éclairent d'un jour nouveau la question de la pathogénie des paralysies urémiques. Je fais allusion aux résultats obtenus par Aquisto, Pusateri, Donatti, Ewing, etc., en reproduisant l'urémie *expérimentale* par tels ou tels procédés. Ces auteurs ont, dans ces cas, nettement constaté des lésions cellulaires du côté de l'écorce cérébrale, principalement au niveau des zones motrices. Parallèlement, Weisenburg (*The Journ. of nerv. and ment.*, juin 1904) a décrit des lésions des cellules nerveuses de l'encéphale et de la moelle, lésions accompagnées d'une légère dégénérescence du faisceau pyramidal dans deux cas d'hémiplégie urémique. Je ne doute pas, pour ma part, que les faits de ce genre ne se multiplient, maintenant que l'attention est attirée de ce côté, et aussi parce que nos moyens d'investigation de l'état pathologique de l'écorce cérébrale se sont singulièrement perfectionnés ces dernières années.

Qu'est-ce à dire, Messieurs? Il me paraît incontestable que ces faits expérimentaux et cliniques, avec examens histologiques minutieux de l'écorce cérébrale, démontrent, à n'en pas douter, que l'intoxication urémique, dans ces cas, produit très vraisemblablement un véritable foyer d'encéphalite aiguë ou subaiguë, sans doute du type de ceux que j'ai décrits l'an dernier avec mon collaborateur Cestan (*Gaz. des hôpit.*, 1904, p. 829), et dont nous avons fait la preuve histologique, foyer réparable dans l'immense majorité des cas, puisque beaucoup de ces malades guérissent de leur hémiplégie; dans d'autres circonstances plus rares, comme dans les faits de Weisenburg, comme chez notre malade, le foyer, pour une raison ou pour une autre, ne se résoud pas entièrement et il persiste une lésion entraînant une paralysie permanente. S'il en est bien ainsi, avais-je donc si tort, en 1885, de soutenir, avec mes observations anatomiques et mes faits expérimentaux, que l'œdème était au point de départ des paralysies urémiques, celui-ci n'est-il pas souvent le compagnon obligé et

pour ainsi dire le premier stade de l'encéphalite localisée? Sans doute, en 1885, je n'ai pas vu les lésions décrites par Weisenburg; le pouvais-je, à cette époque, avec les moyens histologiques dont nous disposions alors?

Bien plus : les travaux modernes, sur la pathogénie des œdèmes, au cours du mal de Bright, et le rôle que l'on fait jouer aujourd'hui à la rétention du chlorure de sodium dans l'organisme, me paraissent apporter un appui sérieux à la théorie que j'ai soutenue. Vous connaissez les recherches de MM. Widal et Javal; d'après ces auteurs, la chlorurémie se manifesterait par l'existence d'œdème, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané, soit dans les viscères. On peut admettre une localisation de cet œdème au niveau du cerveau — zone motrice ou autre — donnant lieu à tels ou tels symptômes; si le rein devient, à nouveau, perméable au chlorure de sodium, l'œdème viscéral, dans le cas particulier l'œdème encéphalique, disparaîtra, ainsi que la symptomatologie qui traduisait son existence, pour réapparaître à nouveau, si l'imperméabilité rénale se reproduit. Cette conception pathogénique a le mérite d'expliquer les caractères transitoires des paralysies urémiques, ou, si l'on veut, chlorurémiques, en supposant la théorie vraie.

La pathogénie des paralysies urémiques est applicable à certaines des paralysies des diabétiques; je vous ai fait la démonstration, il y a quelques semaines, à propos de ces dernières constatées chez les deux malades que je vous ai présentés : hémiplégie transitoire chez la femme diabétique; névrites sensitivo-motrices des membres inférieurs chez l'homme également grand diabétique. Je ne doute pas qu'elle ne soit au point de départ d'accidents paralytiques constatés dans d'autres auto-intoxications, ou dans des intoxications exogènes, ou dans les maladies infectieuses; mes cas, avec Cestan, rentraient dans cette dernière catégorie. Je le répète : je ne vise pas les accidents hystériques paralytiques que l'on peut voir survenir dans toutes ces catégories de cas, car ceux-ci peuvent toujours être reconnus et rapportés à leur véritable cause.

Je désire, avant de terminer cette leçon, vous indiquer encore un autre côté de la question sur lequel j'ai insisté dans mon mémoire de 1885. Lorsque je l'écrivais, j'étais médecin des Incurables à Ivry; j'avais sous les yeux surtout des vieillards; c'est eux que j'observais. Dans mes autopsies, un fait me frappa chez nos malades qui mouraient ayant présenté des hémiplégies urémiques : la coïncidence de l'œdème cérébral et de l'athérome des artères cérébrales, ce dernier conditionnant des lésions en foyers multiples, bien connues des observateurs et dont la pathogénie a été récemment étudiée histologiquement par M. P. Marie et ses élèves, dans plusieurs travaux sur les lacunes de désintégration. Or, dans deux cas, la localisation de la paralysie me sembla dépendre d'anciennes lésions en foyer, situées dans la zone motrice ou sur le trajet de la voie motrice, lésions d'ailleurs extrêmement fréquentes chez les vieillards, mais ne donnant lieu à des troubles paralytiques que quand l'œdème s'y associe. Une semblable manière de voir a été exprimée, tout récemment, par MM. Castaigne et Ferrand dans leur travail de la *Semaine médicale* (29 juin 1904), intitulé : « Paralysies urémiques et lacunes de désintégration. » Comme ces auteurs, je crois le fait vrai pour une catégorie de cas, mais non pour tous, car dans trois des observations de Chantemesse et Tenesson — malades âgés de moins de trente-cinq ans — on ne trouvait pas de lacunes, il n'existait qu'un œdème isolé au niveau des zones motrices. Il en est du reste ainsi dans d'autres cas, avec autopsie, publiés postérieurement. Cet œdème cérébral, dans l'urémie, est peut-être le premier degré d'une encéphalite très probable et dont les conséquences ont été notées dans diverses autopsies.

J'aborde maintenant, Messieurs, la question du *pronostic*. Comment le problème se pose-t-il pour notre malade? Voici une femme atteinte de néphrite mixte subaiguë; elle a des accidents urémiques indéniables, comme en témoignent ses maux de tête violents, ses névralgies sous-orbitaires tenaces, sa dyspnée, sa respiration à type si spécial, etc. Voilà un premier ensemble symptomatique qu'il faut d'abord prendre en considération et il permet déjà de dire que cette femme est gravement atteinte, les accidents urémiques compliquant singulièrement la gravité ordinaire des néphrites. Eh bien! lorsqu'aux accidents urémiques habituels s'ajoutent des phénomènes insolites, comme les paralysies, relevant aussi de la même intoxication, cette gravité est encore bien plus grande : dans ce cas, le pronostic est toujours sombre et, de ce fait, dans les trois cinquièmes des cas, on a vu la mort survenir dans un délai de quelques heures à quelques jours; il en est ainsi surtout quand il y a déviation conjuguée de la face et des yeux. Heureusement, chez notre malade, cette déviation n'a pas existé, mais elle reste avec une hémiplégie gauche qui s'est établie à l'état permanent; en outre, elle a toujours de l'albumine dans l'urine; les accidents de dyspnée se présentent encore fréquemment. Tous ces symptômes prouvent que l'atteinte rénale est sérieuse, que l'intoxication urémique est profonde; que le cerveau est déjà le siège d'un foyer d'encéphalite difficilement résorbable; dans un cas comme celui-ci, il faut craindre l'apparition d'accidents du même ordre, pouvant gagner d'autres régions de l'encéphale et déterminer la mort dans un délai plus ou moins rapide.

Pourtant, Messieurs, la situation s'est sensiblement améliorée depuis l'entrée de la malade dans nos salles. Elle va mieux, cela est incontestable, grâce à l'usage de l'iodure de sodium administré quotidiennement à la faible dose de 30 à 40 centigrammes par jour et surtout grâce au régime lacté, presque exclusif, associé à la théobromine, ce dernier traitement favorisant la dépuration de l'organisme, en particulier la déchloruration. En même temps, on entretient la liberté du ventre à l'aide de purgatifs salins légers et on tâche de faire fonctionner la peau par des frictions sèches. Quant aux désordres moteurs, on les combat par le massage méthodique des membres paralysés, massage accom-

pagné de mouvements passifs. Si j'avais assisté au début de l'hémiplégie urémique, je n'aurais pas hésité à appliquer des sangsues au niveau de l'apophyse mastoïde droite et, en outre, j'aurais fait maintenir de la glace, en permanence, sur la moitié droite de la boîte cranienne. Je vous engage à mettre ces moyens en œuvre en pareils cas; ils m'ont parfois donné de bons résultats.

PREMIER CONGRÈS

DE LA

SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE

(*Bruxelles, 18-23 septembre 1905*)

DISCUSSION DES RAPPORTS (1)

Nos lecteurs ont pu se rendre compte par le résumé de tous les rapports de l'importance de ce congrès chirurgical. Nous allons essayer aujourd'hui de mettre au point ce qui s'est dégagé de la discusion qui a suivi la lecture des rapports.

Sur la **valeur de l'examen du sang en chirurgie**, les différentes recherches n'ont pas encore abouti à des formules précises et indiscutables. La voie est toujours ouverte pour de nouveaux travaux. M. Depage (de Bruxelles), l'auteur d'un des rapports les plus étudiés sur cette question, résume les débats en disant que la valeur de la cryoscopie du sang est notablement diminuée; l'iodophilie, l'éosinophilie ni la bactériémie ne sauraient non plus prétendre à une valeur absolue. Les recherches hématologiques ne peuvent fournir actuellement que des renseignements à ajouter à ceux que fournit l'examen clinique.

La deuxième question portait sur le **traitement de l'hypertrophie prostatique**. Ici l'accord n'est pas définitif parmi les chirurgiens et nous sommes obligés de résumer l'opinion de chacun d'eux.

M. Legueu (de Paris) considère la prostatectomie totale comme le seul traitement curatif; elle est formellement indiquée dans les rétentions complètes chroniques, où elle donne des résultats surprenants. La voie hypogastrique sera réservée aux prostates petites et aux individus obèses.

M. Hartmann (de Paris) n'a opéré que 58 prostatiques sur 658 qui se sont présentés à lui. Comme M. Frank (de Berlin), il considère comme seule efficace la prostatectomie totale et préfère la voie transvésicale; il a obtenu 9 p. 100 de mortalité. En général, le résultat fonctionnel est excellent, aussi devient-il de plus en plus interventionniste.

M. Carlier (de Lille) n'admet la prostatectomie périnéale que dans les cas où la voie sus-pubienne est contre-indiquée.

M. Freudenberg (de Berlin) expose sa statistique opératoire très favorable à l'opération de Bottini (152 cas).

M. Verhoogen (de Bruxelles), d'après 45 prostatectomies, conseille de choisir la voie sus-pubienne quand la prostate est saillante dans la vessie (cystoscope), et la voie périnéale quand elle est développée vers le rectum (toucher); dans ce dernier cas, la position ventrale (Depage) est très avantageuse. L'ablation doit être aussi radicale que possible.

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1905, nº 108, p. 1287 et nº 109, p. 1301.

M. Kummel estime que la méthode de choix est la prostatectomie transvésicale avec fermeture de la vessie; il recommande, comme M. Klapp, la rachistovaïnisation quand on se sert de la voie périnéale. Le Bottini et la castration lui ont cependant donné des guérisons définitives.

M. Albarran (de Paris) se déclare partisan convaincu de la prostatectomie totale. Les opérations partielles donnent des résultats incertains et éphémères. La voie périnéale est préférable (drainage), sauf dans les cas de prostates saillant dans la vessie et dans les cas de périnée épais prédisposant aux fistules. L'épithélioma contre-indique l'opération, se méfier des faux prostatiques.

M. Jaffé (de Posen) conseille le Bottini dans les prostatites douloureuses avec contracture du sphincter. La prostatectomie est surtout symptomatique et l'auteur recommande la voie sus-pubienne.

M. Giordano (de Venise) insiste sur les bons résultats que donnent souvent les anciennes méthodes et recommande de recourir à l'inoffensif Bottini, dût-on recommencer avant d'entreprendre la prostatectomie. L'incision périnéale, qui assure un drainage parfait, est la voie la plus courte et donc la meilleure.

M. Delagenière (du Mans) préfère la voie haute par un procédé spécial qui lui a donné d'excellents résultats (prostatectomie sus-pubienne, drainage périnéal, sondes vésicales à demeure).

Une autre question traitait également des maladies des voies urinaires, et portait sur le **diagnostic des maladies chirurgicales des reins.** Rien de bien nouveau ne sort de cette discussion.

M. Bazy (de Paris) insiste sur la valeur des anciennes méthodes cliniques, au perfectionnement desquelles il a largement contribué.

M. Legueu (de Paris), au contraire, attache fort peu d'importance à l'examen clinique; la séparation intravésicale, tout en étant théoriquement inférieure au cathétérisme des uretères, est en pratique suffisante et fidèle et permet de faire une néphrectomie en connaissance de cause.

M. Kapsammer (de Vienne) considère le cathétérisme urétéral comme l'idéal: en pratique les épreuves de la phlorhidzine et de l'indigo, à condition d'apprécier surtout le temps au bout duquel la réaction se produit, sont très recommandables.

M. Hannecart (de Bruxelles) insiste sur la valeur de la radiographie pour le diagnostic des calculs rénaux : sur 39 investigations, il a obtenu 14 résultats positifs, parfois discordants avec le diagnostic clinique.

M. Hartmann (de Paris). Il faut attacher une grande importance à l'interrogatoire et à l'anamnèse qui permettent souvent d'arriver à un diagnostic que l'examen physique ne fait que préciser.

Le palper est le mode d'exploration le plus important (l'auteur examine en détail les avantages des différentes positions et rappelle l'emploi de la position élevée du bassin pour le diagnostic différentiel des tumeurs abdominales).

La percussion (surtout après insufflation de l'intestin) peut être utile.

La radiographie, importante lorsqu'elle donne un résultat positif (certains calculs), ne permet aucune conclusion lorsqu'elle est négative.

La valeur de la cryoscopie sanguine est contestée. Au contraire, il accorde une certaine importance, mais pas abso-

lue, à la recherche de la manière dont se fait l'élimination du bleu de méthylène.

Il se déclare partisan de la séparation des urines, préférable au cathétérisme de l'uretère. Il a utilisé plus de 300 fois l'appareil de Luys.

L'intervention dans les affections non chirurgicales de l'estomac a amené à la tribune de nombreux orateurs.

L'ensemble des chirurgiens est nettement favorable à la gastro-entérostomie, opération facile, efficace et bénigne.

Différents orateurs en précisent la technique : Cardinal (de Barcelone), Sinclair White (de Sheffield), Ricard (de Paris), von Eiselsberg (de Vienne), Kocher (de Berne) et Czerny (de Heidelberg).

M. Lambotte (d'Anvers) préfère dans bien des cas la pylorectomie, plus radicale.

Avec von Eiselsberg, Ricard combat les opinions trop interventionistes de certains rapports, il déclare que le chirurgien ne doit intervenir qu'après l'impuissance du traitement médical de l'ulcère, ou après l'apparition de complications. S'il est nécessaire que le médecin n'attende pas trop longtemps, il est mauvais que le chirurgien intervienne inutilement ou prématurément.

La résection de l'ulcère, dit Ricard, à moins que cet ulcère ne siège dans la région pylorique ou ne soit suspect de dégénérescence cancéreuse, doit céder le pas à la gastro-entérostomie bien faite.

Sonnenbug (de Berlin) dégage de la discussion cette conséquence, c'est que le chirurgien, s'il est amené à pratiquer la résection, doit la faire suivre d'une gastro-entérostomie complémentaire.

Sur le **traitement de la péritonite**, voici quelques opinions formulées :

M. Mac Cosh (de New-York) s'occupe surtout des péritonites appendiculaires. Dans les péritonites diffuses, il est de moins en moins interventioniste et a vu souvent des malades qu'il croyait perdus guérir spontanément. Il met toujours des grands caoutchoucs, draine au moyen du drain-cigarette et pratique le lavage d'estomac précoce dans les cas météorisme.

M. Sargent (de Londres) a examiné 270 cas au point de vue bactériologique, la plupart étaient à staphylocoques. Il est partisan des petites interventions et ne pratique pas le lavage péritonéal.

M. Dablgren (d'Upsala) recommande la « traite » intestinale après entérostomie provisoire au moyen d'un appareil spécial pour tous les cas de parésie intestinale et d'entérite post ou préopératoire.

M. Sonnenburg (de Berlin) rappelle que le pronostic dépend de la rapidité d'intervention.

M. Rouffart (de Bruxelles) décrit sa technique opératoire et vante les bienfaits du courant continu oxygéné.

M. Jaffé (de Posen) insiste sur les mauvais résultats des interventions tardives; il conseille de drainer par le Douglas et d'inciser par le rectum les abcès de ce cul-de-sac; c'est également l'opinion de M. Ullmann (de Vienne).

M. Van Engelen (de Bruxelles) administre le sérum artificiel à dose massive. Dans l'infection puerpérale, le sérum antistreptococcique a grande valeur, sauf chez un organisme trop infecté par associations microbiennes. Même efficacité de ce sérum dans les complications post-opératoires et comme prophylactique dans les interventions sur le péritoine.

A propos du **traitement de la tuberculose articulaire**, M. Broca (de Paris) rappelle qu'il s'est surtout occupé, dans son rapport, de la tuberculose articulaire infantile. Il pense que M. Bier néglige à tort la différence qui existe à ce point de vue entre l'enfant et l'adulte.

M. Bradford (de Boston) développe les conclusions de son rapport; à l'aide de nombreuses planches, de photographies, de schémas et de radiographies, il étudie particulièrement le mécanisme des déformations de la tête fémorale dans la coxalgie et insiste sur l'importance prépondérante de l'extension continue combinée à l'immobilisation et à l'aérothérapie. L'intervention n'est nécessaire que très exceptionnellement.

M. Lebrun (de Namur) a obtenu de bons résultats par l'arthrectomie qu'il considère comme la méthode de choix dans les arthrites tuberculeuses au début sans lésion osseuse; drainage bilatéral superficiel pendant quarante-huit heures; iodoforme et thermocautère dans l'articulation avant fermeture.

M. Garré (de Kœnigsberg) partage l'avis des rapporteurs sauf pour le pied et le genou où il est devenu de plus en plus interventioniste.

M. Hoffa (de Berlin) applique dès le début un bandage plâtré; dès que les phénomènes aigus sont calmés il fait marcher les malades au grand air dans des appareils dont il montre le mécanisme (Hessing modifié).

M. Verneuil (de Middelkerke) insiste sur les inconvénients et les dangers du drainage dans les interventions pour tuberculose articulaire; il recommande la guérison par première intention et insiste sur les avantages des agrafes pour la suture cutanée.

M. Walther (de Paris) est très résolument conservateur. Les injections sclérogènes de chlorure de zinc (Lannelongue) donnent des résultats surprenants et permettent souvent de faire ultérieurement des résections dans de bonnes conditions.

M. Sinclair White (de Sheffield) considère la résection comme le seul bon traitement pour les tuberculoses du genou dans la pratique hospitalière ; l'asepsie sans drainage est une condition du succès.

M. Kocher (de Berne) estime qu'il faut intervenir : 1° quand il existe un foyer de tuberculose osseuse limitée; 2° s'il existe une ankylose en mauvaise position que les appareils orthopédiques ne guérissent que lentement; 3° dans les tuberculoses du coude où la résection donne des résultats excellents. La méthode de Bier est très utile pour les cas au début. L'extension continue doit être préférée aux bandages plâtrés. Pour les tuberculoses du carpe, il faut fixer le poignet en laissant les doigts libres.

M. Dollinger (de Budapest) rappelle que les interventions conservatrices donnent 80 p. 100 de guérison, il n'admet pas la mobilisation avec l'hyperémie comme Bier le fait depuis peu. Tous les adjuvants sont inutiles. L'essentiel est l'immobilisation. La fixation des articulations voisines n'est pas nécessaire. Le redressement progressif doit se faire après application du bandage plâtré pendant que celui-ci est encore humide. Les sections tendineuses sont très rarement indiquées.

M. de Quervain (de Chaux-de-Fonds) met en garde contre le danger d'interventions inopportunes dans les abcès froids

M. Hoffa (de Berlin) croit que l'atrophie du bandage plâtré redouté par Kocher est facilement curable par le massage.

M. Von Eiselsberg (de Vienne) décrit sa façon de pratiquer l'extension continue (attelles de Volkmann).

M. Hingston (de Montréal) insiste sur l'importance prépondérante de l'aérothérapie.

LIVRES NOUVEAUX

Traité des tumeurs de l'œil, de l'orbite et de ses annexes [t. I (1)], par le docteur Félix Lagrange.

Dans un volumineux ouvrage de près de 900 pages le docteur Lagrange étudie avec un soin tout particulier les tumeurs bénignes et malignes de l'œil.

Il a réuni en un même volume tout ce qui a été publié jusqu'alors sur la question et dans cette édition nous ne trouvons pas absente une seule des observations publiées jusqu'en 1901.

On ne peut pas dire que ce soit une nouvelle édition des ouvrages publiés par l'auteur sous le même titre les années précédentes, car à chaque faisceau d'observations on en trouve de nouvelles. La plupart de ces observations sont accompagnées de figures et d'analyses histologiques; mais ce sont surtout celles qui ont été recueillies par le docteur Lagrange lui-même qui offrent un réel intérêt, car elles sont absolument complètes.

Grâce à ce Manuel, l'ophtalmologiste opérateur pourra désormais, tant par les figures que par les descriptions physiques et histologiques, déterminer facilement la nature bénigne ou maligne de la tumeur, ce qui est de la première importance si on songe quel rôle joue le pronostic dans ces affections néoplasiques.

Edité chez Steinheil, nous ne pouvons terminer cette analyse sans ajouter un mot de félicitation pour l'éditeur qui, on le voit, a apporté tous ses soins à la publication du texte et des gravures.

L. Roche.

(1) Gr. jésus de XI-880 p. avec 202 fig. dans le texte et 18 pl. Prix : 30 francs. — Paris, G. Steinheil.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 111. — SAMEDI 30 SEPTEMBRE 1905. 78e ANNÉE. SAMEDI 30 SEPTEMBRE 1905. — N° 111.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Les fractures de l'orbite, par M. G. Poissonnier.
LIVRES NOUVEAUX
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — Corps de santé militaire. — Par décret du 26 septembre 1905, les officiers dont les noms suivent ont été promus aux grades ci-après et ont reçu par décision ministérielle du même jour les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. le médecin principal de deuxième classe Morer, maintenu médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Grenoble.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Boucher, maintenu aux salles militaires de l'hospice mixte de Verdun; — Warnecke, nommé médecin-chef de l'hôpital militaire de Bayonne; — Renaut, maintenu médecin-chef des salles militaires de l'hospice de Douai; — Godet, désigné pour les salles militaires de l'hospice mixte de Besançon.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Lejeune, maintenu au 3e tirailleurs algériens; — Viéla, au 59e d'infanterie; — de Vernejoul, au 74e d'infanterie; — Méchin, désigné pour le 32e d'infanterie; — Deumié, maintenu au 39e d'infanterie; — Viéron, au 19e d'infanterie; — Millière, au 16e d'infanterie; Galzin, au 22e d'infanterie; — Viguier, au 89e d'infanterie; — Batut, désigné pour le 38e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Robert, maintenu au 155e d'infanterie; — Delbru, aux hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie; — Vergne, au 32e d'infanterie; — Hochwelker, au 3e chasseurs d'Afrique; — Janot, au 12e d'infanterie; — Gueytat, aux hôpitaux militaires de la division de Constantine; — Diénot, au 136e d'infanterie; — Dauthuile et Genevrier, aux hôpitaux militaires de la division d'Oran; — Delacroix, à la place de Belfort (service des 4es bataillons); — Trille, au 6e d'infanterie; — Lorentz, au 97e d'infanterie.

— Par décision ministérielle du 26 septembre 1905, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été nommés ou désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins-majors de première classe Buot, désigné pour les salles militaires de l'hospice mixte de Limoges (service); — Arragon, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie (provisoirement [service]); — Farganel, pour le 111e d'infanterie (service); — Sudre, nommé major à l'Ecole d'application du service de santé militaire à Paris (service).

MM. les médecins-majors de deuxième classe Courtois, désigné pour le 163e d'infanterie (service); — de Schuttelaer, pour le 52e d'infanterie (service); — Chabrut, pour le 71e d'infanterie (service); — Maffre, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie (service); — Camichel, maintenu au 3e d'artillerie; — Roux, pour la légion de la garde républicaine à Paris (service); — Pech, pour le 21e chasseurs à cheval (service); — Vidal, pour le 13e chasseurs à cheval (service); — Trassagnac, pour le 4e bataillon d'artillerie à pied (service); — Josse, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine (service).

MM. les médecins aides-majors de première classe Wyart, désigné pour le 139e d'infanterie (service); — Busy, pour le 20e d'artillerie (service); — Pelegrin, pour le 138e d'infanterie (service); — Capon, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran (service); — Chambelland, pour le 66e d'infanterie.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Demonet, désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger (service).

Marine. — Par décision ministérielle du 27 septembre 1905, les étudiants en médecine dont les noms suivent ont été nommés, après concours, élèves du service de santé de la marine à l'école de Bordeaux :

MM. 1. Veillet, Lafargue, Jean, Hesnard, Le Page, Certain, Fournis, Chauviré, Goudy, Polack.

11. Dijonneau, Lepeuple, Guilguet, Consiroles, Corson, Fournier, Laurent, Spéder, Combaudon, de Reilhan de Carnas.

21. Isaac, Lucas, Roussy, Gœtt, Morin, Gayrard, Borel, Féret, Baisez, Caillet.

31. Rey, Denœux, Lossouarn, Mazurié, Rouvier, Bizolier, Piéchaud, Enault, Cambriels, Rouché.

41. Gambier, Bideau, Riquier, Motais, Branger, Coste, Tardieu, Morisson, Rouzoul, Prat.

Ces élèves devront être rendus à l'école le 20 octobre 1905.

Les élèves démissionnaires seront remplacés de manière à compléter l'effectif au moment de l'ouverture des cours.

Tout élève admis qui renoncerait au bénéfice de son admission devra envoyer au ministère de la Marine, dans le plus bref délai possible, sa démission accompagnée, s'il est mineur, du consentement de ses parents ou tuteur.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la trente-huitième semaine, 750 décès, au lieu de 767 pendant la semaine précédente (moyenne 770). L'état sanitaire est donc moyen.

La fièvre typhoïde a causé 12 décès (moyenne 11). Le nombre des cas nouveaux est de 88 (moyenne 64).

Les autres maladies épidémiques sont rares.

La variole a causé 2 décès; il y en avait eu 5 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 13, au lieu de 22 pendant la semaine précédente (moyenne 17).

La rougeole a causé 2 décès, au lieu de 3 pendant la semaine précédente, la moyenne est de 4; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 58 au lieu de 42 précédemment. La scarlatine, qui depuis quatre semaines n'avait causé aucun décès, a causé 1 décès (moyenne 1); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 29, il s'élevait à 17 pendant la semaine précédente, la moyenne est 35. La coqueluche a causé 4 décès (moyenne 6); la diphtérie, 4 décès (moyenne 5); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 33 au lieu de 34 pendant la semaine précédente, et de la moyenne 48.

La diarrhée infantile, en grande diminution, a causé 34 décès de 0 à 1 an, au lieu de 47 pendant la semaine précédente (moyenne 60).

En outre, 24 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 85 décès, au lieu de 49 pendant la semaine précédente (moyenne 82). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 5 décès (moyenne 6); bronchite chronique, 12 (moyenne 11); pneumonie, 16 (moyenne 20); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 52 (moyenne 45), dont 17 sont dus à la congestion pulmonaire et 27 à la broncho-pneumonie, qui n'en avait causé que 6 la semaine précédente.

La phtisie pulmonaire a causé 178 décès; la méningite tuberculeuse, 16; la méningite simple, 10; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 6 décès.

Manuel du candidat aux grades de médecin auxiliaire et de médecin de réserve, par MM. le docteur André LUCAS et E. JOSEPHSON, externe des hôpitaux. In-8 carré. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Vigot frères.

REVUE GÉNÉRALE

LES FRACTURES DE L'ORBITE

Par G. POISSONNIER,
Interne des hôpitaux de Lyon.

Les fractures de l'orbite n'ont pas d'histoire car elles n'ont pas été étudiées en tant que fractures de l'orbite. Nous ne redirons pas ici les travaux faits sur les fractures de chacun des os qui constituent l'orbite, les travaux d'Aran et de Félizet sur les fractures de la base du crâne, non plus que ceux d'Hamilton et de Lefort sur les fractures du malaire et du maxillaire supérieur. Nous nous bornerons à citer les principaux travaux publiés sur certains symptômes dus aux fractures des parois orbitaires.

La paralysie traumatique du nerf optique était connue depuis longtemps. Les anciens savaient qu'on pouvait perdre la vue à la suite d'une chute sur le crâne. L'amaurose traumatique a été étudiée par von Hölder, Galezowski, Chauvel, Péchin. Elle a fait l'objet de plusieurs thèses documentées de Bernède (1883), Damond (1895), Mardellis (1900).

Les paralysies oculo-motrices traumatiques étaient également connues des anciens, de Celse, Galien, Ambroise Paré, Morgagni. Aran, le premier, étudia leurs rapports avec les lésions des fractures de la base du crâne. Depuis, elles ont fait l'objet des travaux de Panas, Chevallereau, Gangolphe. Les dernières thèses sur ces paralysies sont de Longchampt (1891), Lépine (1894), Ferron (1900), Girardot (1903).

Dans le courant de ces dernières années, on a vu surgir un grand nombre de publications qui ont éclairci certains symptômes des fractures de l'orbite.

De Lapersonne a attiré l'attention sur certaines paralysies d'un seul muscle oculo-moteur par lésion directe du muscle et de son filet nerveux, et a inspiré sur ces paralysies la thèse de Beaugrand (1900).

Des faits bien observés d'exophtalmie pulsatile traumatique ont été publiés par Ollivier, Collins, Barnard, Bide, Bull, Tuffier, Houillon. Luniewsky, Daulnoy ont rapporté des cas d'exophtalmie traumatique; Peretti, Tuffier en ont rapporté d'hémianopsie. La craniohydrorrhée traumatique a été l'objet de travaux de Noccioli, Larkin, Gellé, Favier.

C'est grâce surtout à ces nombreuses et récentes publications que nous entreprenons cette étude d'ensemble sur les fractures des parois orbitaires.

I

Anatomie pathologique. — Au point de vue des lésions osseuses, nous diviserons les fractures de l'orbite en fractures directes et en fractures indirectes. Ensuite nous étudierons les lésions des parties molles.

1° *Fractures directes.* — Les lésions des fractures par cause directe ne se prêtent guère à la description. Elles sont très variables, suivant la nature du corps vulnérant, suivant le point d'application, la direction et la violence de la force traumatisante. La fracture est souvent esquilleuse. Souvent, dans les fractures par armes à feu il y a des désordres considérables et la fracture intéresse non seulement l'orbite, mais encore une grande partie de la face et du crâne. La balle qui atteint l'orbite pénètre par sa paroi inférieure, par sa paroi externe, ou par sa base. Dans le cas de pénétration par la base, la balle se dirige d'avant en arrière, peut blesser le globe oculaire, et fracturer la paroi orbitaire au voisinage de son sommet, c'est-à-dire de la fente sphénoïdale et du trou optique. Dans le cas de coup de feu tiré contre la paroi externe d'un orbite, la balle peut s'arrêter dans cet orbite, ou traverser la paroi interne et s'arrêter dans les fosses nasales, aller plus loin encore et pénétrer dans l'orbite du côté opposé : tout dépend de la force de pénétration du projectile, force qui est généralement beaucoup plus grande pour les projectiles militaires que pour les projectiles civils. Enfin s'il s'agit d'un coup de feu tiré par la bouche ou sous le menton, tout dépend de l'inclinaison du canon de l'arme : si le canon est tenu verticalement, la balle défonce le sinus maxillaire, pénètre dans l'orbite en sectionnant les vaisseaux et le nerf sous-orbitaires, et traverse la paroi supérieure de l'orbite; si le canon est incliné plus ou moins obliquement en arrière, la balle atteint le crâne au voisinage du sphénoïde et produit une fracture de l'étage moyen de la base du crâne, fracture dont le trait peut irradier à la voûte de l'orbite.

Les fractures directes peuvent être produites aussi par l'action d'instruments piquants ou d'instruments contondants. Les instruments piquants sont des cannes, pointe de fourche de fer, fleuret, parapluie, etc., dont l'extrémité pointue pénètre généralement dans l'angle supérieur et interne de l'orbite. Si elle est dirigée en haut, elle déchire les méninges et traumatise plus ou moins la corne antérieure du cerveau et le bulbe olfactif; si elle est dirigée en dedans, elle ouvre les cellules ethmoïdales; si elle est dirigée horizontalement, elle peut atteindre le sommet de l'orbite et ouvrir le canal optique. Quant aux fractures directes produites par le choc d'un corps contondant, ce sont des fractures d'une portion plus ou moins étendue du rebord orbitaire qui se trouve détachée du reste de l'orbite.

2° *Fractures indirectes.* — Les lésions osseuses des fractures indirectes présentent une disposition plus fixe. Le trait de fracture orbitaire siège le plus souvent à la paroi supérieure et part généralement du trou optique : c'est ce trou qui est le centre d'irradiation des lésions. Souvent, des traits secondaires réunissent le trou optique au trou ovale, au trou grand rond, et à la fente sphénoïdale; souvent aussi, le trait de fracture traverse la selle turcique pour aller rejoindre un de ces orifices du côté opposé. Du trou optique, le trait de fracture se dirige en avant, en suivant les points faibles de la voûte orbitaire : ou bien il passe en dedans par la lame criblée et gagne l'échancrure sus-orbitaire en suivant le sinus frontal, ou bien il irradie en dehors à la fossette lacrymale en traversant obliquement la paroi supérieure de l'orbite. Au lieu de partir du trou

optique, le trait de fracture peut partir de la fente sphénoïdale, sectionner la petite aile du sphénoïde, et gagner la lame criblée, sans avoir intéressé le trou optique. Souvent le trait de la voûte s'accompagne d'un trait de fracture au niveau du plancher de l'orbite, d'une félure du maxillaire supérieur en son point faible, au niveau du sinus maxillaire. Souvent aussi le trait horizontal s'accompagne d'un trait vertical qui descend sur la paroi interne de l'orbite et ouvre les cellules ethmoïdales.

Les fractures de l'orbite peuvent être bilatérales, soit qu'un choc porté sur la racine du nez ait occasionné une fracture des deux voûtes optiques, soit qu'un trait de fracture unique venu de l'étage moyen ou postérieur de la base du crâne se soit bifurqué au niveau de la selle turcique et ait fourni un trait de fracture pour chaque orbite.

Les fissures de cause indirecte de la voute orbitaire déterminent souvent la formation d'esquilles qui, comme les esquilles des fractures directes, subissent un déplacement : tantôt elles font saillie dans l'intérieur du crâne, tantôt au contraire dans la cavité orbitaire. Souvent aussi il se joint à ces déplacements osseux des déplacements des parties molles, soit une hernie du cerveau dans l'orbite, soit une hernie du tissu cellulaire de l'orbite à l'intérieur du crâne ; on peut voir les parties molles se déplacer en sens inverse des esquilles osseuses, par exemple l'esquille s'enfoncer dans l'orbite tandis que le tissu cellulo-graisseux monte par-dessus l'esquille et fait hernie dans la cavité cranienne.

3° *Lésions des parties molles.* — Elles sont fréquentes, mais mal connues par suite du manque d'autopsies au cours desquelles elles aient été minutieusement étudiées. Il y a des lésions vasculaires et des lésions nerveuses.

Un vaisseau artériel ou veineux peut être ouvert au niveau du trait de fracture ou par le déplacement d'une esquille, d'où un hématome plus ou moins abondant suivant l'importance du vaisseau ouvert. Cet hématome peut être sous périosté, ou bien il peut traverser le périoste rompu et envahir le tissu cellulaire de l'orbite. Dans ce tissu il se limite à la partie postérieure, ou bien il envahit la partie antérieure avec le tissu cellulaire des paupières. Il peut communiquer par le trait de fracture avec un hématome intra-cranien de la base du crâne, ou avec un hématome extra-cranien de la fosse temporale par la fente sphéno-maxillaire. Cet hématome se résorbe généralement, à moins qu'il ne soit infecté par des microbes venus des sinus osseux ouverts ou de la plaie extérieure et qu'il ne vienne à suppurer. Les vaisseaux peuvent encore être comprimés par l'hématome s'il est très abondant, ou par le déplacement d'une esquille. Ils peuvent être le siège d'anévrismes artériels ou artérioso-veineux. On a observé l'anévrisme artériel de l'ophtalmique et de la carotide interne dans le sinus caverneux. On a observé plus souvent encore l'anévrisme de la carotide interne en communication avec le sinus caverneux, ce qui produit le syndrome de l'exophtalmos pulsatile.

Les lésions nerveuses qui sont le fait des fractures de l'orbite portent sur le cerveau, les bulbes olfactifs, le chiasma optique, le nerf optique, les nerfs oculo-moteurs, le nerf sous-orbitaire, l'ophtalmique. La lésion cérébrale varie avec l'intensité du trauma, depuis le simple ébranlement à substratum anatomique inconnu, qui se traduira seulement par quelques troubles de la mémoire ou de l'asthénie musculaire, jusqu'à l'attrition grave, la mise en bouillie de la substance cérébrale qui s'écoulera dans l'orbite ou dans les fosses nasales. Entre ces deux extrêmes on a toutes les lésions intermédiaires. Les bulbes olfactifs peuvent être sectionnés au niveau d'un trait de fracture de la lame criblée, d'où anosmie uni ou bilatérale. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature de relations d'autopsie où l'on ait constaté la compression ou la section du chiasma optique. Il est bien probable que, dans les cas d'hémianopsie traumatique, le chiasma se trouve comprimé par un épanchement sanguin et non par une esquille, car le chiasma est loin de l'os dont le séparent la tente de l'hypophyse et le sinus coronaire.

Les lésions du nerf optique sont aujourd'hui bien connues. Ce nerf peut être intéressé dans le canal optique, ou bien en avant de ce canal, dans la cavité même de l'orbite, ou bien en arrière entre le trou optique et le chiasma. Il est lésé par le déplacement d'un fragment osseux ou comprimé par un épanchement sanguin. La blessure directe du nerf par une esquille ou un fragment osseux a été constatée dans des autopsies par Larrey, Chassaignac, Brodie ; le plus souvent, l'agent de la compression ou de la section est un petit coin osseux provenant de la paroi interne du canal optique, et produit par la bifurcation du trait de fracture ; ici le nerf est lésé, mais les vaisseaux centraux de la rétine sont indemnes, car ils ne pénètrent le nerf que plus avant, dans la cavité orbitaire. Le nerf peut aussi être comprimé en avant du canal optique, par un fragment osseux détaché dans la cavité même de l'orbite ; et la même esquille peut, dans ce cas, comprimer les vaisseaux centraux de la rétine. A côté de ces faits de blessure de nerf optique par un fragment osseux, il existe des faits de compression du nerf par un épanchement sanguin. Cet épanchement peut être intra-orbitaire, mais alors il faut qu'il soit considérable pour comprimer le nerf. Le plus souvent l'épanchement se fait dans les gaines mêmes du nerf, ou bien seulement dans l'espace sous-arachnoïdien, ou bien à la fois dans cet espace et dans la gaine sous-durale. Le sang provient alors d'une rupture des vaisseaux de la gaine piale, ou bien du trait de fracture et de l'ouverture des vaisseaux à ce niveau, que ce trait passe ou non par le canal optique : dans le premier cas, le sang pénètre directement du trait de fracture dans les gaines optiques, dans le second le sang pénètre d'abord dans la cavité cranienne et de là dans les gaines. Cet hématome des gaines peut amener la stase papillaire, la dilatation des vaisseaux du fond de l'œil, des hémorragies papillo-rétiniennes. L'hématome des gaines et la compression par un fragment osseux représentent les deux lésions les plus ordinaires du nerf optique dans les fractures de l'orbite. La com-

pression par cal n'a jamais été constatée dans les autopsies.

Les nerfs oculo-moteurs sont souvent atteints dans les fractures de l'orbite, lorsque le trait intéresse la fente sphénoïdale par où ils entrent dans la cavité orbitaire. Si le trait intéresse également le sommet du rocher, le moteur oculaire externe pourra être comprimé ou sectionné par le déplacement de la pointe du rocher — c'est seulement avec le sommet du rocher que le moteur oculaire externe est appliqué directement sur le squelette — ou encore comprimé par un caillot sanguin ou un abcès intracranien.

Un trait de fracture passant par la fente sphénoïdale peut amener une lésion du moteur oculaire commun et du pathétique. Souvent aussi le nerf optique est pris en même temps. C'est que ce nerf et le moteur oculaire commun sont presque en contact au niveau de l'apophyse clinoïde antérieure et directement en rapport avec le squelette en ce point. La lésion du moteur oculaire commun peut coïncider avec la lésion des autres nerfs passant par la fente sphénoïdale, l'ophtalmique et le pathétique. Dans une autopsie, Hirschfeld a trouvé un caillot englobant les nerfs qui passent par cette fente.

Enfin le nerf sous-orbitaire peut être rompu ou comprimé si le trait de fracture intéresse le canal sous-orbitaire.

II

Etiologie et pathogénie. — Nous conserverons ici la même division qu'au chapitre précédent, en fractures directes et en fractures indirectes.

1° *Fractures directes*. — Les fractures de cause directe sont le plus souvent des fractures par armes à feu. Les projectiles de ces armes produisent des lésions plus ou moins graves suivant la distance à laquelle le coup de feu est tiré. D'autres fois la fracture directe est produite par un instrument piquant, fleuret, fourche, couteau, parapluie, dont la pointe pénètre dans l'orbite et fracture sa paroi supérieure, sa paroi interne ou son sommet. Enfin la cause peut être un corps contondant, un bâton ou une massue qui, venant frapper contre le rebord orbitaire, en détache une portion. Nous n'insisterons pas plus sur le mécanisme des fractures directes dont l'étude est faite plus haut, en même temps que l'étude des lésions osseuses. Nous avons beaucoup plus à insister sur le mécanisme des fractures indirectes.

2° *Fractures indirectes*. — Les fractures indirectes se produisent à la suite d'un choc sur le front, la tempe, l'occiput, la pommette, la pyramide du maxillaire supérieur. Elles peuvent se produire aussi à la suite d'une chute sur le menton, sur les ischions, sur les pieds. Dans ces derniers cas, le trait de fracture n'intéresse pas seulement l'orbite, mais encore les étages moyen et postérieur de la base du crâne et à côté des symptômes spéciaux à la fracture de l'orbite on observe souvent des symptômes de fracture du rocher. Par quel mécanisme ces traumatismes amènent-ils une fracture de l'orbite? Plusieurs cas sont à considérer :

Supposons un choc sur la région frontale. D'après les expériences de Félizet, le choc tend dans ce cas à redresser la courbure de l'arcade sourcilière, par conséquent à écarter l'un de l'autre les deux piliers nasofrontal et orbitosphénoïdal. La base du crâne se brise au point faible situé entre ces deux piliers, c'est-à-dire au niveau du canal optique et de la lame criblée. De plus, l'apophyse orbitaire externe du frontal est portée en dehors, l'os malaire bascule sur lui-même et enfonce le maxillaire supérieur qui se brise en son point faible, c'est-à-dire au niveau de la paroi orbitaire de l'antre d'Highmore. Il se produit donc une fracture de l'orbite en deux points, an niveau de sa paroi supérieure et au niveau de sa paroi inférieure.

Supposons maintenant un choc qui porte sur la région temporale et la queue du sourcil : ou bien le choc se produit dans l'axe de la poutre antéro-latérale et la brise en son point faible (canal optique); ou bien le choc se produit derrière la poutre antéro-latérale et tend à la rapprocher de la poutre antérieure, ce qui amène le même résultat.

Il existe aussi des fractures de l'orbite par choc sur l'os malaire. Dans ce cas, d'une part en haut l'os malaire tend à écarter en dehors la poutre antéro-latérale, d'où fracture de la voûte orbitaire, et d'autre part en bas il enfonce le sinus maxillaire. Le mécanisme de la fracture du sinus maxillaire par choc sur le malaire a été bien étudié par Leheridel dans sa thèse (1874). Tout d'abord, l'apophyse zygomatique du malaire se rompt; puis la face interne du malaire bascule en bas et en dedans, rompt les apophyses maxillaire et frontale du malaire, et s'enfonce dans le sinus, si la violence continue, en faisant éclater la paroi antéro-externe de celui-ci. Hamilton, dans quatre expériences où le choc avait porté sur le malaire, obtint deux fois une fracture du malaire et deux fois l'enfoncement du malaire dans le sinus maxillaire.

Dans les autres cas, où la fracture de l'orbite est consécutive à un choc sur une région plus ou moins éloignée telle que l'occiput, ou à une chute sur les talons ou les ischions, la fracture de l'orbite n'est qu'une partie d'une fracture plus étendue de la base du crâne et nous ne développerons pas ici toutes les théories qui ont été invoquées pour expliquer le mécanisme de ces fractures par irradiation ou par contre-coup.

III

Symptômes. — Les fractures de l'orbite peuvent se manifester par un grand nombre de symptômes que nous diviserons pour les commodités de la description en trois groupes : les symptômes cérébraux, les symptômes fournis par l'examen des fosses nasales, les symptômes fournis par l'examen du globe oculaire et de ses annexes. Nous n'insisterons pas sur les symptômes de commotion, de contusion ou de compression cérébrale, qui sont communs à tous les traumatismes du crâne et qui peuvent revêtir une intensité très variable.

1° *Symptômes fournis par l'examen des fosses nasales*. — Ces symptômes se manifestent lorsque le trait de fracture intéresse l'ethmoïde ou l'une des cavités accessoires des fosses nasales. Ces cavités

sont fréquemment ouvertes dans les fractures de l'orbite, à cause de leurs rapports intimes avec cette cavité : la paroi inférieure de l'orbite étant en rapport direct avec le sinus maxillaire, la paroi supérieure avec le sinus frontal, la paroi interne avec les cellules ethmoïdales. Les symptômes dus à la fracture des sinus osseux ou des fosses nasales sont : l'épistaxis traumatique, l'écoulement de liquide céphalo-rachidien par les fosses nasales, l'écoulement de matière cérébrale, l'emphysème sous-cutané de la région frontale ou de la région sous-orbitaire, l'anosmie traumatique.

L'*épistaxis traumatique* est un symptôme assez fréquent des fractures orbitaires. L'écoulement peut être très abondant et très persistant. S'il y a une fracture de l'antre d'Highmore, le sang peut s'y accumuler et s'y coaguler en caillots qui seront rejetés plusieurs jours après le traumatisme. L'épistaxis des fractures orbitaires se produit de suite après la fracture. Pour qu'elle ait une valeur diagnostique, il faut qu'elle soit persistante, abondante, et qu'aucune autre cause accidentelle ne la puisse expliquer, telle que par exemple une déchirure de la muqueuse nasale. L'épistaxis traumatique peut être due à une fracture du rocher sans rupture du tympan : le sang s'accumule dans la caisse et passe dans le nasopharynx par la trompe.

La *cranio-hydrorrhée* est l'écoulement de sérosité qui, parfois, fait suite à l'épistaxis lorsque celle-ci se tarit. Cette sérosité est du liquide céphalo-rachidien et en présente tous les caractères physiques et chimiques. En général, cet écoulement séreux apparaît à la suite de l'écoulement de sang. Mais il peut apparaître plus tardivement : quatorze jours après la fracture dans un cas de Noccioli, huit ans après dans un cas rapporté par Tillaux. Il ne dure guère que trois ou quatre jours, mais on l'a vu se prolonger six semaines, même plusieurs mois; lorsqu'il dure aussi longtemps, il risque fort d'amener l'infection des méninges. Le flux s'effectue sans douleur. La quantité de liquide émise est abondante : 200, 500 grammes. L'écoulement diminue lorsque le malade tient sa tête verticale ou se tient couché pour augmenter lorsqu'il penche sa tête en avant. Cet écoulement est la preuve que le trait de fracture intéresse une des cavités accessoires des fosses nasales qui sont en rapport direct avec les méninges, ou encore la lame criblée de l'ethmoïde. Il est d'autant plus abondant que le liquide céphalo-rachidien se trouve soumis dans le crâne à une plus forte pression, lorsque par exemple il existe de la compression cérébrale primitive, due à une esquille osseuse, à un enfoncement de la voûte cranienne, à un hématome intracranien, ou tardive due à de l'infection méningée amenant hypersécrétion du liquide céphalo-rachidien. L'écoulement séreux peut coexister avec des symptômes de compression cérébrale dont l'intensité augmente si le flux diminue et diminue si le flux augmente. Il y a donc deux facteurs dans la production de la cranio-hydrorrhée traumatique, la communication cranio-nasale par le trait de fracture d'une part, la pression intracranienne du liquide céphalo-rachidien d'autre part.

Pour que cet écoulement de sérosité par les fosses nasales ait une valeur diagnostique, il faut qu'il soit abondant, continu, et qu'il se produise après l'hémorragie.

Ecoulement de matière cérébrale par les fosses nasales. — Lorsque la fracture produit une communication cranio-nasale, on peut encore, si la communication est suffisamment large et si la substance cérébrale est traumatisée, assister à un écoulement de matière cérébrale par les fosses nasales. Ce fait a été exceptionnellement noté dans les fractures de l'orbite. Il ne se voit que dans de grands traumatismes.

L'emphysème sous-cutané des régions frontale et sous-orbitaire se voit lorsque le trait de fracture ouvre la cavité des sinus frontaux ou sous-maxillaires dans le tissu cellulaire sous-cutané. Il envahit en même temps les paupières adjacentes. Le gonflement augmente quand le malade se mouche. La crépitation est caractéristique : elle se distingue de la crépitation sanguine par la sonorité tympanique que l'on obtient par une simple chiquenaude sur les régions emphysémateuses. En général, l'air se résorbe rapidement sans réaction inflammatoire.

Anosmie traumatique. — La blessure du nerf olfactif peut se produire lorsque le trait de fracture intéresse la lame criblée et les gouttières olfactives. La lésion de ce nerf amène l'anosmie, qui est uni ou bilatérale suivant qu'un seul ou les deux nerfs sont atteints. L'anosmie existe dès le début et est probablement due dans ce cas à la rupture du nerf par les surfaces fracturées; ou bien elle est plus ou moins tardive dans son apparition, probablement due dans ce cas à la compression par du sang épanché. L'anosmie a une importance au point de vue du diagnostic car elle permet de préciser le siège du trait de fracture dans les gouttières olfactives.

2° *Symptômes fournis par l'examen du globe oculaire et de ses annexes.* — Ce sont : l'ecchymose sous-conjonctivo-palpébrale et les symptômes d'hématome orbitaire, l'emphysème du tissu cellulo-graisseux de l'orbite, l'exophtalmie, l'enophtalmie, les troubles de la vision par lésion des voies optiques, les paralysies oculo-motrices, les troubles sensitifs.

Ecchymose sous-conjonctivo-palpébrale. Hématome de l'orbite. — L'hématome de l'orbite est fréquent dans les fractures de cette cavité osseuse. Le sang qui s'épanche peut provenir du trait de fracture, d'un hématome intra-cranien qui filtre par le trait de fracture dans l'orbite, ou bien de la rupture d'une des nombreuses branches de l'artère ou des veines ophtalmiques. Il est rare que l'hématome de l'orbite reste sous-périosté : le plus souvent le périoste est rompu et l'épanchement se fait dans le tissu cellulaire. Alors il survient rapidement de l'exorbitis, avec une ecchymose sous-conjonctivo-palpébrale. Si l'exophtalmie apparaît seule, elle survient très rapidement et peut s'accompagner d'ischémie des artères centrales de la rétine et d'apoplexies de la rétine et du vitré : c'est la rapidité d'apparition de l'exorbitis qui fait faire le diagnostic d'hématome.

Lorsque l'épanchement envahit la partie antérieure du tissu cellulaire de l'orbite, le sang peut pénétrer

dans le tissu cellulaire sous-conjonctival, puis dans le ligament suspenseur du tarse et le muscle orbiculaire des paupières; il en résultera une ecchymose d'abord conjonctivale, ensuite palpébrale. Cette ecchymose sous-conjonctivo-palpébrale est un excellent signe de fracture de l'orbite, mais il faut qu'elle présente les deux caractères suivants : qu'elle apparaisse tardivement, c'est-à-dire deux ou trois jours après le traumatisme, et qu'elle soit nettement sous-conjonctivale avant d'être palpébrale (J. ROLLET. Th. de Paris, 1848). Il se produit souvent dans les traumatismes du crâne des ecchymoses apparaissant rapidement, quelques minutes après l'accident, se montrant simultanément aux paupières et à la conjonctive : ces ecchymoses sont sans valeur pour le diagnostic. L'ecchymose tardive et sous-conjonctivo-palpébrale elle-même n'est pas un signe sûr de fracture de l'orbite. Elle ne se rencontre pas dans tous les cas de fracture, et elle peut se rencontrer dans le cas d'hématome par commotion et rupture des vaisseaux de l'orbite sans fracture. Comme E. Rollet le fait remarquer (*Lyon méd.*, 1902), c'est un très bon signe de fracture de l'orbite, mais ce n'est pas un signe ayant une valeur pathognomonique absolue.

L'*emphysème orbitaire* se voit surtout dans les fractures de la paroi interne de l'orbite qui ouvrent le sac lacrymal et le canal nasal, plus rarement dans les fractures du sinus frontal et du sinus maxillaire. Il coexiste souvent avec de l'emphysème des paupières. Il y a de l'exophtalmie, parfois de la diplopie. L'emphysème augmente dans l'effort, l'action de se moucher, l'éternuement, et alors le globe oculaire se trouve projeté en avant. En appuyant sur le globe de l'œil, on le refoule en produisant une fine crépitation gazeuse. Si la communication entre les fosses nasales et l'orbite se ferme, l'emphysème guérit; mais il arrive parfois qu'il s'établit une fistule entre les sinus ou le canal nasal et l'orbite et alors l'emphysème orbitaire persiste.

L'*exophtalmie* qui succède à une fracture de l'orbite est pulsatile ou non pulsatile. L'exophtalmie simple, non pulsatile, est primitive ou tardive. Primitive, elle est le fait d'un hématome ou d'emphysème orbitaire; tardive, elle est le fait d'une complication infectieuse, d'une thrombo-phlébite ophtalmique ou d'un phlegmon de l'orbite. L'exophtalmie pulsatile post-traumatique est symptomatique d'un anévrisme artérioso-veineux du sinus caverneux et de la carotide interne. Elle débute peu de temps après le traumatisme, quoique dans un cas de Bide elle ait apparu un an après. Le premier symptôme est un bruissement continu perçu par le malade; puis apparaît l'exorbitis. Les paupières sont œdématiées; il y a un léger chémosis; la veine angulaire est dilatée et l'on peut y percevoir un thrill murmur. A l'examen ophtalmoscopique, on note de la stase papillaire avec de fortes pulsations veineuses. L'exophtalmie pulsatile peut s'accompagner de paralysie des nerfs craniens contenus dans la paroi externe du sinus caverneux. Sa marche est progressive, la guérison spontanée exceptionnelle. Généralement, la mort survient après une durée de quelques semaines à deux ou trois ans.

L'*enophtalmie*, observée quelquefois après les fractures de l'orbite, s'explique de deux façons (Luniewsky). Dans certains cas, il y a rétraction cicatricielle du tissu cellulaire de l'orbite et des muscles oculo-moteurs à la suite de l'hématome; dans ce cas, il y a souvent de l'exophtalmie au début, au moment de l'hématome, et de l'enophtalmie ensuite, au moment de la rétraction cicatricielle. Dans d'autres cas, il y a une lésion (compression ou déchirure) des filets nerveux du sympathique à leur entrée dans l'orbite, et souvent on observe alors la mydriase ou l'affaiblissement de l'accommodation.

Troubles visuels par lésion des voies optiques. — La lésion des voies optiques amène deux symptômes, l'hémianopsie quand elle siège au-dessus du chiasma, l'amaurose quand elle siège au-dessous. Nous n'insisterons pas sur l'hémianopsie qui relève de lésions extraorbitaires, d'une interruption des fibres optiques entre le chiasma et le cunéus et qui se voit si la fracture orbitaire s'accompagne d'une fracture des étages postérieur ou moyen de la base du crâne. L'amaurose traumatique, au contraire, relève d'une lésion du nerf optique. Elle peut aller depuis la diminution de l'acuité visuelle jusqu'à la cécité complète et porte sur tout le champ visuel. Elle est bilatérale ou unilatérale, suivant que les deux nerfs ont été touchés, ou un seul. La lésion du nerf optique s'accompagne dès le début ou finit toujours par s'accompagner de modifications papillaires qui sont : la névrite optique à forme de papillite ou d'œdème vrai de la papille, — l'atrophie papillaire qu'on peut voir primitive, ou qui peut succéder à l'œdème de la papille, — les hémorragies papillo-rétiniennes. Ces trois signes ophtalmoscopiques (névrite optique, atrophie et hémorragies papillaires) doivent être recherchés dans tous les cas d'amaurose traumatique et sont de première importance pour le diagnostic d'hématome des gaines.

L'amaurose traumatique est primitive ou tardive. Lorsqu'elle apparaît en même temps que la fracture, elle peut persister indéfiniment sans changement, ou bien elle peut durer un certain temps et s'amender peu à peu ensuite. Lorsqu'elle apparaît plusieurs semaines après la fracture, elle débute d'une façon progressive, la vue baisse peu à peu, la perception des couleurs disparaît, puis vient la cécité totale. Les cas primitifs et immédiats correspondent probablement à la lésion du nerf par esquille osseuse ou hématome des gaines, les cas tardifs à la compression par cal ou à la neuro-rétinite post-traumatique.

L'amaurose traumatique, même primitive, n'est pas toujours le fait d'une fracture du canal optique. Durand a rapporté (*Lyon méd.*, 1899) un cas d'amaurose traumatique à l'autopsie duquel il n'a pas trouvé de lésion du nerf optique, et il explique cette amaurose par une commotion du nerf sans lésion directe par esquille ou hématome des gaines. De même, Péchin a montré que l'amaurose traumatique primitive pouvait se voir, accompagnée d'atrophie optique, après un traumatisme tel que la pénétration d'un instrument piquant dans l'orbite, sans qu'il y ait fracture du canal optique, simplement par élongation du nerf.

Les *paralysies oculo-motrices* traumatiques peuvent porter sur tous les nerfs et sur tous les muscles de l'orbite. Elles reconnaissent pour cause, ou bien une lésion du nerf moteur au niveau de la fente sphénoïdale, du sinus caverneux, du sommet du rocher, ou bien encore une lésion du muscle moteur lui-même dans sa gaine. Ce sont ces dernières paralysies sur lesquelles a insisté le professeur de Lapersonne et qu'il appelle les paralysies d'origine orbitaire.

a. La *paralysie du moteur oculaire externe*, observée après les traumatismes du crâne, n'est pas due à une fracture de l'orbite, mais à une fracture du sommet du rocher et la compression du nerf résulte du déplacement des fragments ou du sang épanché. Gangolphe a dit que tout individu présentant une paralysie de l'oculo-moteur externe consécutive à un traumatisme du crâne devait être considéré comme atteint d'une fracture de la base intéressant le sommet du rocher. Cette proposition pourrait s'appliquer aux paralysies totales du trijumeau, car ce nerf passe à côté du précédent au sommet du rocher et souvent les deux sont paralysés en même temps dans les fractures de la base du crâne. La paralysie totale du trijumeau relève d'une fracture du sommet du rocher tandis que la paralysie isolée de la branche ophtalmique relève d'une fracture de la fente sphénoïdale et la paralysie isolée de la branche maxillaire supérieure relève d'une fracture du plancher de l'orbite.

La paralysie du moteur oculaire externe n'est pas toujours le signe d'une fracture du sommet du rocher. Néel a communiqué à la Société belge d'ophtalmologie la relation d'un cas de paralysie post-traumatique de la sixième paire sans fracture du rocher et sans exophtalmie pulsatile, à l'autopsie duquel on avait trouvé le nerf atrophié englobé dans la paroi du sinus caverneux distendu par un anévrisme.

b. La *paralysie du moteur oculaire commun* est aussi fréquemment observée, seule ou associée, complète ou incomplète. Lorsque la paralysie est complète, il y a chute de la paupière, déviation du globe oculaire en dehors, diplopie croisée, dilatation de la pupille, impossibilité de tourner la cornée en haut. Il est des cas où l'on a seulement du ptosis. La paralysie est précoce ou tardive. Elle indique dans le premier cas une fracture de la fente sphénoïdale; dans le second elle peut relever d'une infection méningée, d'un abcès cérébral, d'un ramollissement bulbo-protubérantiel. On a signalé des cas où elle était due à une lésion du sinus caverneux et coexistait avec l'exophtalmie pulsatile. Elle coexiste fréquemment avec la paralysie de l'ophtalmique et du pathétique qui passent par la fente sphénoïdale : comme nous l'avons dit plus haut, dans une autopsie Hirschfeld a trouvé un caillot englobant tous les nerfs qui traversent cet orifice. On a vu aussi le nerf optique pris en même temps que le moteur oculaire commun avec lequel il est presque en contact au niveau de l'apophyse clinoïde antérieure.

Si la paralysie du moteur oculaire commun, associée à la paralysie du pathétique, du trijumeau, du moteur oculaire externe, du nerf optique, est fréquente dans les fractures, la paralysie totale et pure du moteur oculaire commun seul est assez rarement observée. Des observations en ont été publiées par Genouville, Durand et Gayet, Goldschmidt; mais le déterminisme en est mal connu. Il est probable que la paralysie isolée et totale du moteur oculaire commun est dû à la compression par un épanchement sanguin qui se fait autour du nerf, la fracture de la fente sphénoïdale amenant de préférence la paralysie de ce nerf associée à d'autres paralysies.

c. La *paralysie du pathétique* est rarement observée. Dans cette paralysie, la pupille est élevée et déviée en dedans, le strabisme est peu apparent : pour le voir il faut chercher la distance qui sépare le bord inférieur de la cornée du bord de la paupière inférieure. La diplopie qui en résulte est homonyme et inférieure. On explique cette paralysie par une fracture du bord supérieur de la fente sphénoïdale.

d. *Paralysies musculaires.* — Les paralysies que nous avons étudiées jusqu'ici sont des paralysies dont la lésion porte sur le tronc nerveux. Il en est d'autres dont la lésion porte sur le muscle oculo-moteur seul. C'est surtout le petit oblique, le droit supérieur et le droit inférieur qui sont atteints dans ces paralysies à lésion musculaire. Elles surviennent après un choc ayant porté sur le pourtour de l'orbite. Elles n'indiquent pas nécessairement une fracture orbitaire : elles peuvent se voir après une simple contusion. De suite après le traumatisme apparaît de la diplopie et la pression au niveau du muscle traumatisé est douloureuse. Souvent le muscle est simplement parésié. Généralement il y a *restitutio ad integrum*, spontanément au bout de quelques semaines ou quelques mois. Le professeur de Lapersonne explique ces paralysies, non par une désinsertion du tendon du muscle paralysé, mais par un épanchement sanguin dans la gaine du muscle, épanchement qui comprime le muscle et sa branche nerveuse (Th. Beaugrand, Lille 1900).

Troubles sensitifs. — Les fractures de l'orbite peuvent amener des lésions des deux premières branches du trijumeau, d'où anesthésie d'abord, et souvent névralgie ensuite des régions qu'elles innervent. Ainsi la compression de l'ophtalmique ou la section d'une de ses branches amène l'anesthésie de la pommette du front et de la racine du nez; la section du maxillaire supérieur dans la fracture du plancher de l'orbite amène l'anesthésie de la lèvre supérieure et des dents.

Plus tard on peut avoir des troubles névralgiques probablement dus à la compression par le cal.

IV

Complications. — Elles sont de deux ordres : les complications intracraniennes et les complications intraorbitaires.

Les complications intracraniennes peuvent se produire en même temps que la fracture, par exemple l'hématome intracranien; ou bien plus tardivement, c'est le cas de la thrombose du sinus caverneux, de la méningo-encéphalite, de l'abcès intracranien, complications de nature infectieuse.

Les complications intraorbitaires qu'on peut observer sont : le phlegmon de l'œil, dû à la blessure du globe oculaire au moment du traumatisme, et le

phlegmon de l'orbite dû à l'infection du tissu cellulaire par le corps traumatisant ou par l'ouverture des sinus osseux dans l'orbite. Le phlegmon de l'œil peut amener la phlébite de la veine ophtalmique, et le phlegmon de l'orbite une ostéite de voisinage.

V

Diagnostic. — En présence d'un blessé qui vient d'avoir un traumatisme de la région orbitaire ou périorbitaire, l'on se demande tout d'abord s'il s'agit d'une simple contusion ou si une fracture s'est produite. Souvent il faut attendre pour faire une réponse ferme, car au début, le blessé répond mal aux questions, est plus ou moins plongé dans le coma, et c'est seulement le lendemain ou plusieurs jours après qu'apparaissent les signes révélateurs de la fracture.

Ces signes sont : l'ecchymose sous-conjonctivo-palpébrale, la rhinorrhée, les paralysies oculo-motrices, l'amaurose, les troubles sensitifs. Mais on ne pourra affirmer de façon absolue la fracture que s'il y a coexistence de plusieurs de ces symptômes, aucun n'étant pathognomonique à lui seul. Nous ne reviendrons pas ici sur la discussion de la valeur de chaque symptôme pris en particulier. Nous avons déjà dit que l'ecchymose sous-conjonctivo-palpébrale n'était pas toujours la signification clinique d'une fracture, qu'elle était simplement la traduction d'un hématome diffusé dans le tissu cellulaire orbitaire, que cet hématome résulte d'une fracture ou d'une simple commotion. La paralysie de la sixième paire est due le plus souvent à une fracture du sommet du rocher, mais il n'est pas forcé que cette fracture se propage à l'orbite. L'exophtalmie pulsatile n'indique pas toujours une fracture et en tout cas il s'agit d'une fracture de la gouttière du sinus caverneux qui n'intéresse pas toujours l'orbite. L'amaurose traumatique primitive avec signes ophtalmoscopiques, et les paralysies primitives des troisième et quatrième paires et des deux premières branches du trijumeau sont d'excellents signes, surtout lorsqu'ils coexistent, car alors ils indiquent une fracture de la fente sphénoïdale, du canal optique ou du conduit sous-orbitaire, fracture intéressant à coup sûr les parois de l'orbite.

Assez souvent le diagnostic de fracture se pose avec les phénomènes d'hystéro-traumatisme oculaire et le diagnostic peut être très délicat. On peut observer de l'amblyopie hystérique avec parfois du strabisme. Dans le cas d'amblyopie hystérique, il s'agit d'un rétrécissement concentrique du champ visuel sans aucune lésion du fond de l'œil visible à l'ophtalmoscope : ceci est bien différent de l'amaurose traumatique; la recherche des autres signes du syndrome de l'hystérie aide puissamment au diagnostic.

A la suite d'accidents du travail, il est des sujets qui simulent une amblyopie ou qui exagèrent une amblyopie hystéro-traumatique. Il faut alors faire le diagnostic de simulation et utiliser tous les moyens dont disposent les spécialistes pour cela.

VI

Pronostic. — Le pronostic de ces fractures est toujours sérieux. Sa gravité est en raison de l'étendue des lésions.

Lorsque les espaces sous-arachnoïdiens sont mis en communication avec les fosses nasales ou leurs cavités annexes, lorsqu'il y a cranio-hydrorrhée, le pronostic est à réserver, et cela d'autant plus que l'hydrorrhée se prolonge plus longtemps, à cause de l'infection possible des méninges; de même si l'une des cavités sinusiennes est ouverte non dans le crâne, mais dans l'orbite, car il peut survenir un phlegmon de l'orbite, susceptible d'amener une phlébite ophtalmique.

Dans le cas où le malade survit, ayant échappé aux accidents cérébraux, on a à faire le pronostic des divers symptômes observés; et c'est un pronostic sur lequel on ne saurait se montrer trop réservé. Quoi de plus variable en effet que l'évolution de l'amaurose et des paralysies oculo-motrices! On ne peut avoir à ce sujet que des présomptions. Si l'amaurose est précoce et brusque, elle est due probablement à une rupture du nerf et est incurable; si elle est précoce et si elle s'installe d'une manière progressive, elle relève de la compression par un hématome et est susceptible de guérison; si elle survient tardivement et s'accompagne d'atrophie papillaire, elle est généralement définitive. De même pour la paralysie des oculo-moteurs et de l'olfactif : la paralysie primitive et brusque est irrémédiable, la paralysie à installation progressive peut guérir. Mais il n'y a là rien d'absolu.

L'exophtalmie pulsatile et l'enophtalmie sont généralement définitives.

VII

Traitement. — Le traitement immédiat consistera surtout à veiller à l'infection de l'orbite qui peut venir par deux voies : la voie directe en cas de plaie portant sur les paupières, la conjonctive ou la cornée et la voie indirecte en cas de mise en communication de l'orbite avec les fosses nasales. Il faudra faire l'asepsie des fosses nasales par des irrigations s'il y a épistaxis, et l'asepsie de la plaie extérieure si elle existe par des lavages et un pansement occlusif.

On tiendra la conduite que voici s'il s'agit d'une fracture de l'orbite par coup de feu : explorer le trajet après l'avoir agrandi par une incision, extraire le projectile; s'il y a une fracture esquilleuse mettant en communication l'orbite avec le crâne, enlever ces esquilles, désinfecter soigneusement le foyer, tamponner et attendre sous le couvert d'un pansement. Il va sans dire que si le globe oculaire est jugé perdu d'emblée, on commencera par en faire l'amputation.

L'hématome orbitaire n'indique aucune intervention s'il n'y a pas de plaie extérieure.

Plusieurs jours après le traumatisme, une ascension thermique accompagnée de phénomènes cérébraux ou orbitaires pourra indiquer une intervention pour évacuer et pour drainer, soit un abcès intracranien du pôle antérieur du cerveau ou des régions voisines, soit un abcès de l'orbite. Si l'on incise un abcès de l'orbite, on en profitera pour enlever le corps étranger ou les esquilles libres situés dans le foyer ou à son voisinage. En cas de phlegmon de l'œil, on

fera l'exentération ou l'amputation du globe oculaire.

A côté de ces complications infectieuses, souvent on aura à traiter des complications d'un autre ordre dont le traitement sera institué plus tardivement, plusieurs mois après la fracture, l'exophtalmie pulsatile et les paralysies oculaires.

L'exophtalmie pulsatile est un symptôme souvent très gênant. Le malade réclame une intervention qu'on ne saurait lui refuser, étant donnée la gravité de l'affection abandonnée à elle-même. Ici la ligature de la carotide primitive a donné des résultats malheureusement suivis parfois de récidive quelques heures à deux mois après l'intervention.

Enfin on aura souvent à s'adresser aux paralysies oculo-motrices. On commencera par essayer un traitement médical : la galvanisation associée ou non à la strychnine. Si la paralysie persiste six mois, un an après le traumatisme, après échec du traitement médical, on aura à offrir une intervention au malade : la ténotomie du muscle antagoniste du muscle paralysé, intervention qui ramène l'œil au centre de la fente palpébrale sans redonner une activité au muscle paralysé, sans faire disparaître la diplopie. Si celle-ci est gênante pour le malade, on lui fera porter des verres spéciaux, ou bien un verre prismatique pour redresser l'image fautive, ou bien un verre dépoli sur l'œil malade pour supprimer la vision binoculaire.

BIBLIOGRAPHIE

ARAN. Recherches sur les fractures du crâne, *Arch. gén. de méd.*, 1844. — ARMAIGNAC. Paralysie du muscle droit externe à la suite d'une contusion de l'apophyse mastoïde du même côté, *Journal de méd. de Bordeaux*, 1895. — ADAMKIEVITZ. De la stase papillaire. Sa valeur diagnostique dans les chocs du crâne, *Zeitsch. f. klin. Med.*, XXVIII. — AXENFELD. Fracture de la voûte orbitaire avec hernie du contenu de l'orbite dans le crâne, Soc. allemande d'ophtal., 1902.

BADAL. Paralysie traumatique des muscles de l'œil. Amaurose. Diplégie, *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1880; Ophtalmoplégie bacillaire traumatique, in *Ibid*, 1894. — BARNBARD et RUGBY. Exophtalmie pulsatile due à un anévrisme traumatique de la carotide interne, *Annals of Surgery*, 1904. — BEAUGRAND. *Paralysies traumatiques des muscles de l'œil d'origine orbitaire*, Th. de Lille, 1899-1900. — BERNARD. *Diagnostic des paralysies du nerf oculo-moteur commun*, Th. de Paris, 1881. — BERNÈDE. *Amaurose traumatique*, Th. de Paris, 1883. — BIDE. Exophtalmie pulsatile traumatique, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1897. — BOCHEFONTAINE. Recherches expérimentales pour servir à l'étude des lésions traumatiques de l'encéphale, Soc. de biol., 1882. — BRUCKNER. *Un cas d'hémianopsie homonyme traumatique*, Th. de Giessen, 1897-98. — BULL. Exophtalmie pulsatile traumatique. Ligature de la carotide interne. Guérison, *Transact. of the Amer. opht. Society*, 1903.

CHAUVEL. Quelques cas de perte immédiate de la vue à la suite de traumatismes du crâne et de la face, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1881. — COLLINS. *Trois cas de ligature de la carotide primitive pour exophtalmie pulsatile.* — CHAUVEL. Des amblyopies traumatiques, *Gaz. hebd.*, Paris 1882. — CHEBOLDAEFF. *Signes orbitaires des fractures de la base du crâne*, Th. de Paris, 1893. — CHEVALLEREAU. *Recherches sur les paralysies oculaires consécutives à un traumatisme du crâne*, Th. de Paris, 1879. — COLLEVILLE. Sur un cas de diplégie associée des septième, sixième et cinquième paires craniennes, *Gaz. hebd.*, Paris, 7 déc. 1899.

DAMOND. *Des amauroses traumatiques*, Th. de Lyon, 1895. — DAULNOY. *De l'exophtalmie traumatique*, Th. de Nancy, 1899. — DECHAUME-MONTCHARMONT. *Lésions des sinus veineux dans les traumatismes du crâne*, Th. de Lyon, 1898. — DESPEIGNE et MEURER. Un cas d'ophtalmoplégie unilatérale totale à la suite d'un traumatisme de la portion externe du rebord orbitaire supérieur de l'œil gauche, *Province méd.*, 1890. — DESGOUTTES et MULLER. Deux observations de paralysie isolée complète du moteur oculaire commun à la suite de traumatisme du crâne, *Revue gén. d'ophtal.*, 1903. — DOR. Traumatisme du crâne. Fracture du canal optique avec atrophie du nerf optique, *Province méd.*, 1890. — DUBREUIL. Enfoncement du sinus maxillaire par l'os malaire, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1870. — DUMONT. Fracture de la base du crâne. Atrophie des nerfs optiques, *Bull. de la clin. des Quinze-Vingts*, 1886. — DURAND. *Lyon méd.*, 1899. — DURAND et GAYET. Chute sur la tête. Paralysie des deux oculo-moteurs communs, *Arch. prov. de chir.*, 1901.

FAVIER. — Fracture de la base du crâne. Ecoulement intermittent de liquide céphalo-rachidien par le nez, *Gaz. hebd.*, 1892. — FERRON. *Les nerfs de l'orbite et leurs paralysies dans les traumatismes du crâne*, Th. de Lyon, 1901. — FROMAGEOT. Ophtalmoplégie basilaire traumatique, *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1894.

GALEZOWSKI. Des atrophies traumatiques de la papille, *Gaz. hebd.*, 1880. — GANGOLPHE. Paralysie du moteur oculaire externe, *Lyon méd.*, 1888. — GAYET. Fracture directe de l'orbite. Chémosis considérable limité à la paupière inférieure. Guérison, *Lyon méd.*, 1878. — GELLÉ. Cranio-hydrorrhée traumatique, Soc. rhinol. otol., laryng. de Paris, 1903. — GENOUVILLE. Fracture de la base du crâne avec strabisme interne, *Arch. d'ophtal.*, 1893. — GINESTOUS. *Paralysie du moteur oculaire externe consécutive à un traumatisme du crâne.* — GIRARD. *Hémorragies de l'orbite par contre-coup*, Th. de Lyon, 1902-03. — GIRARDOT. *Paralysies traumatiques isolées et complètes du moteur oculaire commun.* Th. de Lyon, 1903-04. — GOLDSCHMIDT. Coup de feu dans la bouche. Paralysie du moteur oculaire commun droit, *Wien. med. Wochens.*, 1893. — DE GRAEFE. *Paralysie des muscles de l'œil*, 1870. — GRAND. *De l'hémianopsie horizontale*, Th. de Lille, 1896-97. — GUEMONFREX. Troubles nerveux consécutifs à une fracture du crâne. Atrophie du nerf optique gauche, *Gas. des hôpit.*, 1893.

HAHN. Un cas d'anosmie absolue à la suite d'un traumatisme céphalique, *Boll. d. mal. dell' orecchio*, 1902. — HAMILTON. Practical treatises on fractures of the superior max and its treatment, *The Lancet*, Londres, t. I, p. 593. — HECQUIN. *De l'atrophie traumatique de la papille*, Th. de Paris, 1874. — VON HÖLDER. Cent vingt-six autopsies de fractures du crâne avec lésions du canal optique, *Rec. d'ophtalm.*, 1898. — HOUILLON. *Considérations à propos de deux cas d'exophtalmos pulsatile*, Th. de Nancy, 1902-1903. — HUGUES LE ROUX. Deux cas de paralysie de la sixième paire consécutifs à des traumatismes craniens, *Année médicale de Caen*, 1903.

JACOBI. Fracture de la base du crâne et paralysie du moteur oculaire externe gauche, *Von Græf's Archiv*, Bd XIV.

KÖHLER. Fracture de la base du crâne. Paralysie du moteur oculaire externe droit, *Berl. klin. Wochens.*, 1891.

LAGRANGE. Paralysie du moteur oculaire externe après fracture du rocher, *Arch. de Bordeaux*, 1894. — LANDER. Paralysie du droit externe consécutive à un traumatisme du crâne, *Ophtalmic Record*, 1903. — DE LAPERSONNE. Paralysie traumatique de l'oblique inférieur gauche, *Echo méd. du Nord*, 1897; — Les fractures indirectes de l'orbite et leurs conséquences, *Gaz. des hôpit.*, 1902; — Cinq cas de paralysie traumatique des muscles de l'œil d'origine orbitaire, Acad. de méd., 1903. — DE LAPERSONNE et LEFORT. Fracture grave des os de la face et de la base du crâne. Amaurose et paralysie du moteur oculaire externe et du maxillaire supérieur droits,

Presse méd., 1900. — LARKIN. Un cas de rhinorrhée cérébro-spinale par fracture de l'étage antérieur du crâne, *Liverpool med. clin. Journ.*, 1900; — Deux cas d'écoulement de liquide céphalo-rachidien par le nez à la suite de fracture de la base du crâne, in *Ibid.*, 1902. — LAVERDOS. *Fractures du plancher de l'orbite siégeant surtout au voisinage du trou sous-orbitaire*, Th. de Paris, 1882. — LEBER et DEUTSCHMANN. Des affections du nerf optique et des paralysies consécutives aux traumatismes du crâne, *Arch. f. Ophtal.*, Bd XXXII. — LEDERER. Exophtalmie traumatique et sa pathogénie, *Von Græf's Archiv*, t. LIII. — LEFORT. Fractures expérimentales des os de la face, *XIII*[e] *Congrès internat. de méd.*, Paris 1900. — LEJARS. *Chirurgie d'urgence.* — LÉPINE. *Contribution à l'étude des paralysies oculaires par fracture du crâne*, Th. de Bordeaux, 1894. — LONGCHAMPT. *Recherches sur les paralysies oculaires consécutives aux traumatismes*, Th. de Montpellier, 1891. — LOR. Les fractures de la base du crâne et les troubles oculaires consécutifs, *Journ. méd. de Bruxelles*, 1897. — LUNIEWSKY. Deux cas d'exophtalmie traumatique, *Revue gén. d'ophtal.*, 1903.

MARDELLIS. *Lésions du nerf optique dans les fractures de la base du crâne*, Th. de Lyon, 1900. — MAURIZOT. *Contribution à l'étude des fractures du maxillaire supérieur*, Th. de Lyon, 1899-1900. — MYERS. Un cas extraordinaire de paralysie traumatique de la sixième paire droite, *Arch. of ophtal.*, 1898.

NIMIER. *Blessure du crâne et de l'encéphale par coup de feu*, 1904. — NOCCIOLI. Sur l'écoulement du liquide céphalo-rachidien par la base du crâne. Cas spontanés et cas post-traumatiques, *La clinica moderna*, 1904.

OLIVIER. Exophtalmie pulsatile traumatique, *New-York med. Journ.*, 1904.

PANAS. *Traité d'ophtalmologie*; — Paralysies oculo-motrices d'origine traumatique, *Arch. d'ophtal.*, 1899; — Paralysie oculaire motrice par pression latérale du crâne, *Arch. d'ophtal.*, 1894; — Paralysie du moteur oculaire externe, *Arch. d'ophtal.*, 1880. — PAPIN. *Des fractures du maxillaire supérieur*, Th. de Paris, 1896-1897. — PÉCHIN. Amaurose traumatique, *XIII*[e] *Congrès internat. de méd.*, Paris 1900. — PERETTI. Hémianopsie traumatique unilatérale, *Deuts. med. Wochens.*, 1893; — Hémianopsie traumatique bilatérale avec paralysie du moteur oculaire externe, *Ann. d'oculist.*, 1896. — PURTSCHER. Contribution à la connaissance de la paralysie traumatique du droit externe, *Arch. f. Augenh.*, 1898.

RANGÉ. Fracture de la base du crâne. Paralysie du moteur oculaire externe gauche. Guérison, *Revue de chir.*, 1895. — RICHE. Fracture du crâne avec grand fracas osseux. Lésion du trijumeau et du moteur oculaire externe. Autopsie, *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1896. — RIOBLANC. Plaie contuse du cul-de-sac palpébral inférieur par coup de fleuret boutonné. Amaurose et ophtalmoplégie, *Province méd.*, 1896. — ROLLET. Valeur diagnostique de l'ecchymose sous-conjonctivo-palpébrale dans les fractures de la base du crâne, *Lyon méd.*, 1902. — ROTHE. Paralysie traumatique du moteur oculaire commun, *Memorabilien*, 1876.

SCHEIER. Deux cas de blessure du trijumeau, *Berl. klin. Wochens.*, 1893. — SCHNELL. Amaurose traumatique et paralysie du moteur oculaire commun, *Echo méd.*, 1899. — SCHŒNBERG. *Opticusatrophie nach Basisfracture*, Th. de Berlin, 1897-1898. — SCHRÖDER. Strabisme interne dans les traumatismes du crâne, *Rec. d'ophtal. de Saint-Pétersbourg*, 1891. — SUELL. Fracture of orbital plate of superior maxillery bone, *Optit. Rev.*, 1882. — STANCULEANU. Rapports anatomiques entre les sinus de la face et l'appareil orbito-oculaire, *Arch. d'ophtal.*, 1902.

TERRIEN. Du ptosis d'origine traumatique, *Progrès méd.*, 1902. — TILLAUX. *Anatomie topographique.* — TUFFIER. Hémianopsie temporale bilatérale, paralysie du moteur oculaire externe consécutives à un traumatisme caverneux, *Revue de chir.*, 1884.

UHTOFF. Deux cas d'hématome des nerfs optiques après fracture du crâne sans fracture du canal optique, Soc. ophtal. Heidelberg, 1901. — VERDELET et AUBARET. Note sur cinq cas d'atrophie optique post-traumatique, *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1900. — VIEUSSE. De l'atrophie et de la névrite traumatique de la papille, *Revue d'ophtal.*, 1875. — VIGNARD. Fracture de la base du crâne par traumatisme de la région pariétale gauche; paralysie des nerfs moteur oculaire externe et optique du côté droit, *Gaz. méd. de Nantes*, 1897.

LIVRES NOUVEAUX

Traité d'hygiène et de pathologie du nourrisson et des enfants du premier âge [Tome III (1)], publié sous la direction du docteur Henri DE ROTHSCHILD.

Le III[e] tome du *Traité d'hygiène et de pathologie du nourrisson* est divisé en trois parties :

La première, consacrée aux *maladies de l'appareil digestif*, est due à la collaboration de MM. Deschamps, Brunier, Netter, de Rothschild, Kahn et Ehrhardt. Elle passe successivement en revue : les malformations congénitales du tube digestif, les accidents de la dentition, les maladies de la bouche et du pharynx, les maladies de l'œsophage, les gastro-entérites, les affections diverses de l'intestin : entéro-colite, constipation, hémorragies gastro-intestinales, vers intestinaux, appendicite, etc.

Dans la seconde sont étudiées des *maladies diverses* : anémie, lymphadénie (Kahn), purpura et hémophilie (Salomon), myxœdème et achondroplasie (Léopold Lévi), tumeurs malignes congénitales, hernies inguinales et fractures (M. Deschamps). M. Gastou nous donne une bonne description de la scrofulo-tuberculose.

La troisième partie est l'œuvre de M. Ducroquet. Elle traite de l'*orthopédie* dans les diverses tuberculoses osseuses, dans la boiterie, la scoliose infantile, le pied-bot, la luxation congénitale de la hanche, le torticolis.

De superbes planches et de très nombreuses figures illustrent ce volume qui termine l'ouvrage. Ainsi conçu, le *Traité d'hygiène et de pathologie du nourrisson* constitue une œuvre considérable, et qui mérite de figurer dans la bibliothèque de tous ceux qui s'intéressent à la médecine d'enfant.

L. BABONNEIX.

Les épidémies et les maladies contagieuses au XX[e] siècle (2), par le docteur J. FÉLIX.

Ce sont des conférences faites à l'Institut des hautes études de l'université nouvelle de Bruxelles, que le docteur Félix a réunies dans le livre qu'il vient de faire paraître.

Ces conférences s'adressent à un public étranger à la médecine : elles ont pour but principal de faire connaître l'histoire des épidémies qui sévissent à notre époque, et de les envisager à un point de vue spécial, hygiénique et économique social. L'auteur en tire des conclusions originales en tentant de montrer que les fléaux épidémiques actuels sont la conséquence d'un état social contre lequel il s'insurge; pour les combattre, il proclame hautement la nécessité de l'instruction hygiénique populaire, basée sur la science positive.

C. DOPTER.

(1) In-8. Prix : 15 francs. — Paris, O. Doin.
(2) In-18 jésus avec nombreuses figures. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

Le Directeur-gérant : D[r] François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 112. — MARDI 3 OCTOBRE 1905. 78e ANNÉE. MARDI 3 OCTOBRE 1905. — N° 112.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Pleurésie hémorragique au cours du goitre exophtalmique, heureux effets du traitement par l'hémato-éthyroïdine, par M. A. Breton.
ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE (*XVIIe Congrès, 2-7 octobre 1905*).
CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE (*VIIIe session, Liège, 25, 26, 27 septembre 1905*).
ANALYSES
Médecine : Classification et valeur pathogénique des albuminuries orthostatiques.
Chirurgie : Cancer du sein; résultats de dix ans de pratique de l'opération radicale de l'auteur; — L'anesthésie générale par l'éthérisation par voie rectale, avec le rapport de 41 cas; — De l'appendicite herniaire.
Thérapeutique : Chlorure d'éthyle dans le traitement du zona.
LIVRES NOUVEAUX
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA TUBERCULOSE (*Paris, 2-7 octobre 1905*). — Nous avons donné dans un précédent numéro (n° 108, 23 septembre) le programme général du Congrès. Voici maintenant le programme détaillé des visites et excursions :

Jeudi 5 octobre. — Inauguration du Sanatorium de Montigny-en-Ostrevent, par M. le président de la République. — Train spécial à 8 h. 50 du matin (gare du Nord), retour à Paris à 7 h. 30. Prix : 30 francs. Nombre des voyageurs limité à 250.

Berck-sur-Mer : Hôpital Rothschild, Hôpital maritime et établissements privés. — Train spécial : départ à 8 h. 35 du matin (gare du Nord), retour à Paris à 7 h. 40. Prix : 25 francs. Nombre des voyageurs limité à 150.

Hôpitaux d'enfants tuberculeux : Ormesson, Villiers-sur-Marne et Noisy-le-Grand. — Départ à 1 h. 45 (gare de l'Est), retour à Paris vers 7 h. Prix : 5 francs. Nombre des voyageurs limité à 100.

Sanatorium de Bligny. — Train spécial : départ à 9 h. 30 (gare du Luxembourg), retour à Paris vers 5 h. Prix : 5 francs. Nombre des voyageurs limité à 100.

Visites individuelles : Sanatorium d'Angicourt, hôpitaux, sanatoriums de Larue, de Villepinte et Champrosay, École vétérinaire d'Alfort, etc.

Samedi 7 octobre. — A 2 h. 30, excusion aux Vaux-de-Cernay offerte par le docteur Henri de Rothschild.

Dimanche 8 octobre. — Excursion à Lamotte-Beuvron : Sanatorium des Pins. — Départ à 7 h. 28 (gare d'Orléans, quai d'Orsay); déjeuner au Sanatorium, retour pour dîner. Prix : 15 francs.

Départ de Paris (gare de Lyon), à 7 h. 30 du soir, du train rapide spécial offert par le *Journal* avec le concours de la Compagnie P.-L.-M. : *Paris Côte-d'Azur* (Mont-des-Oiseaux, Cannes, Monte-Carlo).

Lundi 9 octobre. — Arrivée à Hyères à 9 h. du matin, déjeuner au Mont-des-Oiseaux, visite aux établissements de San-Salvadour, retour à Hyères par voitures.

A 4 h., réception par la municipalité et le Syndicat médical.

A 7 h., dîner au Zick's Golf Hôtel.

Mardi 10 octobre. — Départ d'Hyères à 8 h. 10 du matin : Esterel et Corniche.

A midi, réception et invitation à déjeuner par la Société des bains de mer de Monaco. Représentation artistique.

Dislocation.

Pour le retour, chaque membre de l'excursion recevra au moment de la dislocation (s'il en fait la demande en s'inscrivant) un bon de réduction à demi-tarif, sur la Compagnie P.-L.-M., avec arrêts facultatifs, lui permettant de rentrer en visitant les stations de la Côte-d'Azur.

Il ne sera perçu pour ce voyage que 25 francs destinés aux menus frais.

Pour les renseignements et inscriptions, s'adresser au Commissariat général, bureau des visites et excursions (rez-de-chaussée), Grand-Palais des Champs-Élysées (entrée : avenue d'Antin).

GUERRE. — Corps de santé des troupes coloniales. — Par décret en date du 26 septembre 1905, ont été promus :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Pélissier, maintenu en service en Indo-Chine; — Aunac, classé au 2e d'infanterie coloniale à Brest.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Viala, maintenu en activité aux îles Wallis; — Brengues, Pouthiou-Lavielle, Le

noir et Marque, en service en Indo-Chine; — Roubaud, en activité à la Guyane.

MARINE. — Les jurys des concours qui auront lieu les 16 et 18 octobre prochain pour des emplois de professeur et de prosecteur dans les écoles annexes de médecine navale, seront composés comme suit :

Concours du 16 octobre 1905 à Brest. — 1° Pour l'emploi de professeur de séméiologie médicale et chirurgicale à Toulon et pour l'emploi de professeur d'histologie et physiologie à Brest :

M. Auffret, inspecteur général du service de santé, président; MM. Baret et Pfhil, médecins en chef de première classe, membres;

2° Pour l'emploi de professeur de physiologie biologique aux écoles annexes de Brest et de Rochefort et pour l'emploi de professeur de physique, chimie et histoire naturelle à l'école principale de Bordeaux :

M. Auffret, inspecteur général du service de santé, président; M. Taillotte, pharmacien en chef de première classe, membre; M. Bourdon, pharmacien en chef de deuxième classe, membre.

Les examinateurs et les candidats de ces derniers concours ne devront être rendus à Brest que le 21 au matin, les épreuves ne pouvant commencer qu'à cette date.

Concours du 18 octobre 1905 à Rochefort. — Pour l'emploi de professeur d'anatomie dans ce port :

M. Guès, directeur du service de santé, président; MM. Etourneau et Duguet, médecins de première classe, membres.

Concours du 18 octobre 1905 à Toulon. — Pour un emploi de prosecteur d'anatomie dans ce port :

M. Ambiel, médecin en chef de première classe, président; MM. Bouras et Gastinel, médecins de première classe, membres.

Les noms des candidats désireux de prendre part à ces concours devront être télégraphiés au ministère cinq jours au moins avant l'ouverture des épreuves.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANCAISES ET ÉTRANGÈRES

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 38, 23 sept. 1905.) AXISA : Sur l'excrétion de l'urée et de l'ammoniaque dans l'abcès du foie.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 38, 21 sept. 1905.) BRAUER : Réalisation pratique de l'excès de pression. — LIEPMANN : Petits procédés pour aider au diagnostic des affections cérébrales. — CLOPATT : Sur un cas de poliomyélite antérieure avec symptômes oculo-pupillaires. — ELSNER : Sur la colite muqueuse et la colique muqueuse. — RIEDEL : Sur l'incision en zig-zag dans l'opération d'appendicite. — BUSCHKE : Sur la gangrène du testicule dans la blennorragie. — NECKER : Sur l'emploi de l'isoforme en thérapeutique dermatologique. — AUFRECHT : Sur les pansements au « Bolus ». — WINSCH : Hémorragies périodiques de l'amygdale survenant immédiatement avant le début des règles.

Journal des praticiens. — (N° 38, 23 sept. 1905.) BAZY : Diagnostic des lésions chirurgicales des reins. — Napoléon MARINI : Les hémorroïdes et l'hydrastis canadensis.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 39, 24 sept.) SABRAZÈS : A propos d'un cas de cancer de la tête du pancréas.

Médecine moderne. — (N° 38, 20 sept. 1905.) KIRMISSON : Ostéomyélite du radius.

Medical Record. — (Vol. LXVIII, n° 10, 2 sept. 1905.) J. ROOSA : Deux cas de strabisme fonctionnel. — Francis RAZE : Le facteur alimentation dans l'uricémie. — S. BRADSFORD et G. SEYMOUR : Rapport sur la clinique antituberculeuse au « Governor's Hospital ». — Henry DAWSON : Cystoscopie et cathétérisme urétral en gynécologie. — SPRATLING : L'abus des bromures dans l'épilepsie. — V. COX PEDERSEN : Lieux d'élection pour les injections intra-musculaires dans le traitement de la syphilis. — M. TINNEY : Un cas de pancréatite hémorragique aiguë. — Donald Mc KASKEY : Construction des hôpitaux dans les Philippines. — (N° 11, 9 sept.) William LESZINSKY : La sciatique et son traitement. — G. Roger PISCH : Classification scientifique des méthodes usitées pour modifier le lait de vache destiné à l'alimentation des nourrissons. — B. HASSIN : Le signe de Kernig et sa pathogénie. — SCHAPPS : Mécanisme du mal de Pott dorsal. — J. COLLES : Complications auriculaires de la méningite cérébro-spinale. — G. HODGSON . Grossesse ectopique compliquée de troubles mentaux. — Charles GRAEF : Lésions oculaires consécutives à des traumatismes produits par les bouchons des bouteilles à « ginger-ale ».

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 39, 26 sept. 1905.) SOBENHEIM et TOMACZEWSKI : Sur le spirochaete pallida. — HERXHEIMER : Sur le spirochaete pallida. — SCHRIDDE : Sur la mobilité des lymphocytes. — HOFMANN : Modification dans le tissu granuleux des foyers fongueux fistuleux, à la suite de la congestion produite par les appareils à aspiration. — BAIL : Rapports entre l'agressivité et la substance somatique des bactéries. — FRAENKEL : Sur les streptocoques pathogènes pour l'homme. — TREUPEL : Valeur des symptômes cliniques en détail pour le diagnostic de la fièvre typhoïde. — LINDENSTEIN : Sur le traitement sérothérapique de la pneumonie fibrineuse. — GEBELE : Sur le traitement des fractures. — LOSSEN : L'hyperémie de stase de Bier dans le phlegmon des gaines tendineuses. — STEINBÜCHEL : Une complication rare de la biopsie. — GROYDE : Affections oculaires et auto-intoxication gastro-intestinale. — ZEISSL : Quelques remarques sur le traitement de la syphilis. — BACKHAUSS : Principes et expériences sur la préparation du lait pour les enfants. — GAERTNER : Méthode simple pour mesurer la température de la peau.

Montpellier médical. — (N° 36, 3 sept. 1905.) ESPÉRON . Alimentation solide et substantielle dans la fièvre typhoïde.

Nord médical. — (N° 262, 15 sept. 1905.) V. BUÉ : Comment installer une consultation de nourrissons à la ville, à la campagne. — E. DOUMER : Trois nouveaux cas de fissure anale.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 38, 12 sept. 1905.) ROCHELT : La station climatothérapique de Méran. — CHROBAK : Traitement du carcinome utérin inopérable. — CHVOSTEK : Remarques sur l'étiologie de la tétanie. — — V. EISELBERG : Sur la question de la continence après l'extirpation du rectum par voie sacrée. — ESCHERICH : Le nouveau service de nourrissons de l'hôpital Sainte-Anne de Vienne. — FRAENKEL : Solution de continuité cranienne et épilepsie. — FUCHS : Sur les petites ruptures qui se font à la limite cornéo-sclérale. — HERZ : Délimitation des régions du cœur qui se trouvent derrière le sternum. — WEICHSELBAUM : Sur la question de l'étiologie et de la pathogénie de la méningite épidémique.

PLEURÉSIE HÉMORRAGIQUE

AU COURS DU GOITRE EXOPHTALMIQUE

HEUREUX EFFETS DU TRAITEMENT PAR L'HÉMATO-ÉTHYROIDINE

Par M. le docteur A. BRETON (de Dijon),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

En dehors de l'hémothorax par traumatismes ou par ouverture d'un anévrisme de l'aorte dans la plèvre, la pleurésie hémorragique se rencontre dans un certain nombre de maladies. Elle devient un symptôme important du cancer pleuro-pulmonaire, de la tuberculose, qu'il s'agisse de pleuro-tuberculose hémorragique ou de pleurite hémorragique. Toutes les affections hémorragipares peuvent compter parmi leurs symptômes cliniques l'épanchement pleural hémorragique. On le rencontrera dans les fièvres éruptives à forme hémorragique, dans le purpura, le scorbut, certaines affections dyscrasiques relevant de lésions rénales, hépatiques, spléniques, dans le rhumatisme articulaire aigu à forme grave, dans la dothiénentérie, la pneumonie, la broncho-pneumonie, les maladies infectieuses, la syphilis.

Cette variété d'épanchement pleural nous semble plutôt exceptionnelle dans le goitre exophtalmique. Les hémorragies ne sont cependant point rares dans cette affection. Elles sont mentionnées par les auteurs qui ont écrit sur la maladie de Basedow.

Luton, dans son article du *Dictionnaire Jaccoud*, parle des hémorragies qui se sont produites dans la rétine, l'encéphale, les poumons, l'estomac, l'intestin. Il cite encore les épistaxis et déclare que ces hémorragies peuvent se faire par diverses voies. Selon lui, la terminaison de la maladie peut se faire par hémorragie pulmonaire, gastrique, intestinale, apoplexie cérébrale ou méningée.

Paul Sainton, dans le *Traité de médecine*, énumère parmi les troubles vaso-moteurs du goitre exophtalmique, les hémorragies cutanées (purpura nerveux du professeur Joffroy), les hématémèses et les hémoptysies (professeur Dieulafoy), les télangiectasies cutanées (Létienne et Arnal).

Selon le docteur Popoff, si les épistaxis sont un symptôme banal de la maladie, les hémorragies des autres organes sont moins fréquentes. Depuis quatre ans, l'auteur a observé sept cas de maladie de Basedow avec prédominance du symptôme hémorragie. Dans un cas, il nota des érosions saignantes des lèvres, des hémorragies utérines répétées, en l'absence de toute affection des organes génitaux. Dans un second cas, il fut mis sur la voie du diagnostic par des pertes de sang répétées par l'utérus sans lésion de cet organe et par des épistaxis.

Ainsi donc, les hémorragies de la maladie de Basedow sont connues. En relatant l'histoire de notre malade, nous voulons contribuer à leur étude, y ajoutant un symptôme peu commun ; l'épanchement pleural hémorragique.

Il s'agit d'une dame de soixante-neuf ans, ayant joui jusqu'ici d'une bonne santé. Depuis la puberté, son corps thyroïde s'est développé et a, maintes fois, fait l'objet de soins médicaux. Mariée, elle eut deux grossesses et à chacune d'elles la tumeur thyroïdienne reçut une poussée d'accroissement. Son développement s'est exagéré, surtout à cinquante ans, date de la ménopause. Depuis quelle date ce goitre s'est-il basedowié? Nous ne saurions le dire exactement. D'après les renseignements fournis par la patiente, il paraîtrait avoir pris cette allure lors de la dernière grossesse (à vingt-sept ans) et principalement depuis la cessation des menstrues. Nous avons tenu une observation rigoureuse des faits qui suivent, depuis le mois de septembre 1903.

A cette époque, notre malade présente une circonférence de 45 centimètres à la base du cou. Le corps thyroïde est très développé dans ses parties latérales. Sur la ligne médiane, une portion de l'organe fait un relief au-dessus de la fourchette sternale. Cette saillie, que l'on sent plonger derrière le sternum, est extrêmement dure et donne lieu fréquemment à des accidents de suffocation. L'exophtalmie est moyenne, égale pour les deux yeux, sans aucun trouble de la musculature interne ou externe de l'appareil visuel. Sans insister sur l'ensemble des signes de la maladie présentés par cette dame (qui n'ont d'ailleurs rien de particulier chez elle), nous arrivons à la pleurésie hémorragique.

Un symptôme prédomine chez cette personne : la tachycardie. C'est une tachycardie continue, avec accès paroxystiques durant plusieurs jours, avec pouls à 150 ou 160. Au cours d'un de ces accès, fin septembre-octobre 1903, nous constatons un épanchement pleural droit qui vient ajouter ses effets dyspnéiques à ceux préexistants. Nous sommes obligé de faire une ponction les 21, 26 octobre et 2 novembre 1903. A notre grande surprise, ces trois ponctions donnent issue à un liquide franchement hémorragique (examens microscopique et spectroscopique). A chaque séance, on ne peut retirer que 100 à 150 grammes de liquide, vu qu'alors la malade est prise de toux, de dyspnée qui obligent à surseoir à une plus grande évacuation. Ces petites quantités de liquide retiré soulagent d'ailleurs énormément la malade. Le 9 novembre, nouvelle ponction ramenant 150 grammes de liquide à peine hémorragique.

Le 28 novembre, sans cause appréciable, éclate soudainement dans la journée une crise de tachycardie d'une violence inouïe, avec pouls incomptable, sueurs, diarrhée, délire, agitation considérable. Jusqu'ici, la pleurésie semblait rétrocéder grâce au traitement. Le 12 décembre, nouvelle ponction justifiée par l'abondance de l'épanchement, la gêne respiratoire qu'il occasionne. On peut évacuer 200 grammes de liquide, qui n'est point hémorragique et se présente tel que tout épanchement séreux ordinaire. Dès lors, notre malade subit une phase d'arrêt dans sa maladie. Elle ne présente aucune particularité jusqu'en juin 1904. Il n'y a pas traces de tuberculose, même latente, en aucun point des deux poumons. D'ailleurs, l'examen minutieux et souvent répété de l'appareil pulmonaire ne permet pas de déceler la moindre lésion. En arrière, à la base droite, il y a de la submatité et des frottements pleuraux qui s'atténuent, finissent par disparaître, laissant à leur suite une respiration obscure, comme très lointaine. Les urines, plutôt abondantes (dosage fréquent), ne contiennent ni sucre ni albumine.

Le 15 juin 1904, se produit une nouvelle crise tachycardique aussi violente que la précédente, avec les mêmes symptômes alarmants. Il semble que la malade doive succomber à une de ces crises dyspnéiques. A la suite de ce nouvel assaut, l'essoufflement reparaît; à la base droite, tous les signes cliniques

d'un épanchement existent. De plus, nous assistons à la genèse d'un symptôme cardiaque nouveau, inconnu jusqu'ici chez notre malade, se manifestant pour ainsi dire sous notre oreille : souffle systolique très net de la pointe, indice certain d'une insuffisance mitrale qui persistera, dès lors, telle quelle.

C'est la deuxième fois que nous voyons apparaître, dans les mêmes conditions, une lésion valvulaire définitive au cours du goitre exophtalmique.

Le 30 juin 1904, nous devons encore pratiquer la thoracentèse. Nous retirons 200 grammes de liquide redevenu franchement hémorragique. Dès lors, cet épanchement hémorragique persiste. Tant qu'il ne gêne point, tant qu'aucun symptôme ne nous contraint à la ponction, nous nous contentons des moyens thérapeutiques ordinaires. Mais en septembre 1904, le liquide a augmenté, le souffle pleurétique est beaucoup plus accusé qu'il ne l'avait été jusqu'ici, la marche n'est plus possible, la toux pleurétique fatigue notre sujet, l'état général semble fléchir et surtout le myocarde se fatigue, car il y a de l'arythmie. Pour tous ces motifs, nous tentons une ponction évacuatrice le 9 septembre 1904. Malheureusement, nous ne retirons que 100 grammes de liquide hémorragique. Dès que cette dose est atteinte, la malade est prise de toux, d'anxiété, et nous devons retirer le trocart. Le 30 septembre, nouvelle évacuation d'une même quantité de liquide hémorragique. Chacune de ces interventions cause un soulagement immédiat et durable. Le 25 octobre 1904, nous étions assez heureux pour retirer 500 grammes de ce liquide toujours hémorragique. Cette ponction fut bien tolérée. La toux survenant ne nous permit point néanmoins de faire une évacuation complète. Jusqu'en janvier 1905, l'état de cette dame reste à peu près stationnaire avec amélioration manifeste du côté pleural. L'obscurité respiratoire, la submatité, les frottements demeurent. Il se produit encore quelques crises tachycardiques, de moindre gravité que les précédentes et n'ayant plus d'influence manifeste sur la reproduction de l'épanchement.

Jusqu'alors, le traitement avait été celui que les classiques conseillent. L'opium à haute dose nous avait donné de bons résultats passagers.

L'électrothérapie, appliquée suivant la méthode de Vigouroux, par M. le docteur Michaut, avait produit une amélioration surtout sur le symptôme tachycardique : courant continu de faible intensité sur le corps thyroïde, faradisation du ganglion cervical supérieur. Cathode hémicylindrique sur le corps thyroïde, anode au-dessous de la nuque; intensité de 25 à 30 milliampères; durée d'application, dix minutes. Faradisation de l'orbiculaire des paupières et de la région précordiale.

Ayant eu connaissance des travaux (récents à cette date) de Pisanti et Sainton sur la nouvelle méthode de traitement du goitre exophtalmique, imaginée par MM. Ballet et Henriquez, nous avons voulu soumettre notre malade à l'action de l'hémato-éthyroïdine, préparée par MM. Hallion et Carrion. Sur l'avis de M. le docteur Enriquez, nous en avons administré quatre cuillerées à café par jour. Ce traitement fut commencé le 20 janvier 1905. Dès le 16 février, nous constations une amélioration réelle, malgré une atteinte de grippe avec catarrhe broncho-pulmonaire sérieux. Le tour du cou est de 43 centimètres. La tumeur thyroïdienne ne présente plus l'état de tension qu'elle avait d'ordinaire. L'organe est plus mou dans son ensemble. L'éréthisme cardiaque a diminué. Le pouls oscille de 90 à 100. S'il se manifeste un accès de tachycardie, il n'a plus la violence et la durée des précédents. Le pouls monte seulement à 115. L'état pleural s'améliore. La patiente constate que sa respiration est plus facile, plus profonde. L'appétit reprend, l'entrain et la gaîté renaissent, la malade se sent plus alerte et recommence à s'occuper un peu dans son intérieur. Satisfaite d'une amélioration aussi rapide et aussi sensible, elle cesse brusquement l'hémato-éthyroïdine le 19 mars 1905. Le 29 mars, nous sommes appelé en toute hâte à son chevet, car un accès de tachycardie très violent vient d'éclater brusquement. Nous nous trouvons en présence d'une personne en proie à une dyspnée inquiétante. Le cœur bat avec une violence inouïe, soulevant la tête de l'auscultant à chaque révolution cardiaque. Le pouls est petit, incomptable, mais oscille assurément entre 160 et 170. Dès le lendemain de cette crise, on peut constater à nouveau les signes menaçants d'un épanchement pleural droit. Nous recommandons la reprise de l'hémato-éthyroïdine, qui est continuée jusqu'à ce jour (juillet 1905). Présentement, voici le tableau des améliorations survenues. Depuis le 29 mars, il ne s'est produit aucun accès de tachycardie. Le pouls est même descendu à 80 et ne monte plus au delà de 95. Le tour du cou est de 41 centimètres. La tumeur thyroïdienne est devenue très molle et flasque : plus de tension, plus d'expansion vasculaire. Le petit lobe médian dur, ci-dessus mentionné, a disparu à l'exploration. L'état pleural est parfait. Il faut savoir quelles furent les phases de l'épanchement, quelle fut sa ténacité, car il n'y en a aucune trace. La respiration a repris son timbre normal, comme si rien d'extraordinaire ne se fût produit, chose qui n'avait pu être contrôlée depuis l'apparition de la pleurésie. L'état général est bon. Cette dame peut vaquer un peu aux occupations du ménage; elle peut descendre et remonter son étage, se promener au dehors, ce qu'elle n'avait pu faire depuis septembre 1903. Les sueurs abondantes qui l'incommodaient beaucoup ont disparu presque totalement. Il n'y a plus la sensation de dérobement des jambes; le sommeil est calme et bon. Les crises diarrhéiques ont disparu. Depuis l'emploi de l'hémato-thyroïdine, toute autre médication fut supprimée, le bien-être constaté ne saurait donc lui être disputé. Nous en avons conseillé l'usage continu avec quelques jours de repos suivant quelques jours de prise, toujours à la même dose de quatre cuillerées à café.

Appliquant les notions nouvelles sur la déchloruration, nous avons engagé la malade à ne prendre qu'une alimentation ou peu ou pas salée, d'où la viande a été exclue depuis six mois. C'est le seul adjuvant de la méthode sérothérapique.

Cette observation suscite quelques réflexions.

Nous avons assisté à l'éclosion d'une lésion orificielle du cœur, puisque le souffle systolique de la mitrale a été reconnu au cours de nombreux examens. C'est la confirmation clinique des cardiopathies d'origine périphérique si bien mises en lumière par notre maître, M. le docteur Huchard.

L'épanchement pleurétique était à droite, comme il se manifeste souvent dans les cas d'altérations valvulaires chroniques.

L'hyperthyroïdation, l'hypertension consécutive semblent les causes légitimes de la nature hémorragique de ce liquide. On ne saurait, en effet, invoquer une aspiration trop énergique, vu les détails qui précèdent. Il s'est produit une altération vasculaire et sanguine à la suite des lésions thyroïdiennes, l'hypertension continue a suivi, double mécanisme plus que suffisant pour jouer un rôle hémorragipare. Cette hypersécrétion glandulaire paraît procéder par poussées que rien ne guide apparemment. Nous voyons en effet survenir, à certains moments, des crises

tachycardiques, dyspnéiques, d'une violence considérable, que rien ne justifie. A la suite de ces assauts, le corps thyroïde semble s'être déchargé en bloc d'une grande quantité de principes nocifs et toxiques, puis l'hémorragie se fait.

Le traitement par l'hémato-éthyroïdine, ses heureux effets, corroborent pleinement ces vues cliniques. Depuis qu'il a été institué chez la malade, l'amélioration a fait de rapides progrès et a rétabli un état de santé qu'il n'était plus permis d'espérer; au surplus, l'affection pleurale a disparu sans laisser de vestiges de son existence antérieure.

Une objection se place ici. La malade est-elle condamnée à cette médication, quelle doit en être la durée? Nous ne saurions répondre. Nous conseillons dès maintenant quatre jours de repos après quatre jours de traitement. Nous espérons pouvoir arriver à des pauses plus étendues sans présumer ce qu'il en adviendra.

Bien des opinions ont été formulées sur la pathogénie de la maladie de Basedow. Quand on suit de très près les malades qui en sont atteints, on est frappé de voir qu'ils traduisent la souffrance du système nerveux ganglionnaire. Ordinairement, dans le goitre exophtalmique, c'est le sympathique supérieur qui est lésé. Outre les preuves cliniques on en a la preuve pour ainsi dire expérimentale dans les opérations thérapeutiques préconisées par le professeur Jaboulay. Mais il est loin d'en être toujours ainsi. L'altération nerveuse peut toucher les plexus et ganglions sympathiques inférieurs. Considérons que nombre de basedowiens ont des troubles gastriques, des vomissements, des poussées d'ictère (Boinet et Bourdillon), de la parésie ou même de la paralysie des membres inférieurs, des diarrhées, de l'atonie intestinale, des crises sudorales généralisées, des convulsions, des troubles respiratoires, et l'on admettra que ce système sympathique peut être impressionné dans son ensemble. Or, la maladie d'une autre glande vasculaire sanguine produit des effets sur ce système nerveux, dont plusieurs ont de grandes analogies avec la maladie de Graves. Si les lésions des capsules surrénales donnent lieu à un ensemble symptomatique caractéristique, il faut convenir que nombre de ces signes cliniques sont communs aux deux affections : lésions du corps thyroïde et lésions des surrénales. Il n'est pas jusqu'à la pigmentation de la peau, jusqu'ici considérée comme exclusive à la maladie d'Addison, qui n'ait été citée aussi au cours du goitre exophtalmique. L'état cachectique relevé dans l'une et l'autre maladie s'ajoute aux symptômes qui permettent de les rapprocher l'une de l'autre. Cette hypothèse a été d'ailleurs déjà émise par quelques auteurs. Est-ce à dire qu'il y a association fréquente entre elles, des lésions des glandes vasculaires sanguines? C'est possible. Des recherches anatomo-pathologiques pourront appuyer ultérieurement cette opinion.

Quoi qu'il en soit, avec les données scientifiques actuelles, il paraît plausible d'envisager les symptômes de la maladie de Basedow comme un syndrome des affections morbides des glandes vasculaires sanguines. Celles-ci, par la nature de leurs principes pathologiques, auraient une affinité plus spéciale pour le système nerveux sympathique. Là où il serait lésé uniquement dans sa sphère supérieure, serait réalisé le type pur du goitre exophtalmique. Là où les altérations envahiraient les zones moyennes et inférieures, on retrouverait des signes cliniques moins fréquents au cours de cette maladie. De même, les lésions des capsules surrénales seules, provoqueraient des altérations frappant de préférence le sympathique dans ses limites moyennes et inférieures. Ce serait le type de la maladie d'Addison.

La cause étiologique qui a mis primitivement en branle l'un ou l'autre de ces groupes glandulaires peut agir ensuite sur l'ensemble de ces appareils. On en arrive ainsi à ces formes cliniques dans lesquelles le mélange des symptômes propres à chacune de ces maladies spéciales produit un type pathologique dans lequel il n'est pas permis de rejeter l'hypothèse d'altérations individuelles des glandes incriminées. Dans une Revue générale sur le rôle des capsules surrénales en pathologie et en thérapeutique, le docteur Lévi-Sirugue dit « qu'il en serait de la surrénale comme de la thyroïde qui peut pécher par hyperfonctionnement (maladie de Basedow) ou par hypofonctionnement (myxœdème). Il y aurait analogie entre les lésions des vaisseaux par l'adrénaline et les poisons du corps thyroïde ».

Envisageant de la sorte la maladie de Graves, on aboutit à une vue générale satisfaisant mieux la clinique, individualisant les maladies encore mal connues du système nerveux ganglionnaire, dont la genèse primitive résiderait dans l'altération vasculo-sanguine, conséquence des lésions desdites glandes vasculaires sanguines.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

(XVIII[e] CONGRÈS, 2-7 OCTOBRE 1905)

Le XVIII[e] Congrès de chirurgie vient de s'ouvrir au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine sous la présidence de M. Chauvel, membre de l'Académie de médecine, médecin-inspecteur de l'armée.

Quelques modifications heureuses ont été apportées à cette session. Trois questions sont à l'ordre du jour au lieu de deux, et enfin « chaque membre ne pourra exposer qu'une question particulière ». Depuis longtemps nous nous plaignions que le Congrès était vicié dans son organisme par le nombre incalculable de communications d'intérêt personnel et sans valeur scientifique. Les séances étaient surchargées, le temps manquait pour assurer une libre discussion et les lectures étaient écourtées au point d'être rendues incompréhensibles. Le résultat ne s'était pas fait attendre : devant cette abondance d'orateurs se succédant à la tribune pour lire en style télégraphique une observation souvent peu intéressante, les auditeurs avaient fui.

Cette année, grâce à cet article additionnel du règlement, les séances sont moins chargées, et la liberté est laissée entièrement, chaque matin, aux congressistes pour aller visiter les hôpitaux.

La séance d'inauguration a eu lieu à dix heures du matin,

pour ne pas coïncider avec la séance solennelle du Congrès international de la tuberculose, qui a eu lieu à deux heures au Grand-Palais. M. Nimier, professeur au Val-de-Grâce, a donné lecture de son rapport sur **la chirurgie conservatrice dans les traumatismes des membres**, question très intéressante aujourd'hui que la loi du 19 avril 1898 a établi les responsabilités concernant les accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail.

Un rapport d'une telle importance échappe à l'analyse forcément écourtée d'un journal. Nous nous contenterons d'exposer le plan de travail auquel le rapporteur s'est arrêté.

Pour mettre un peu d'ordre dans l'exposé des *limites*, des *moyens* et des *résultats de la conservation* dans le traitement des traumatismes des membres, il lui a paru avantageux d'envisager cette méthode en tant que :

1° *Conservation primitive*, c'est-à-dire appliquée au traitement du traumatisme qui vient d'être reçu;

2° *Conservation prolongée*, c'est-à-dire évolution en bien ou en mal des tentatives de conservation;

3° *Conservation définitive* : le résultat du traumatisme est acquis, le membre est restauré ou infirme.

Cette classification permet de suivre facilement le rapporteur, parce qu'elle met en relief, dans un ordre chronologique, les données thérapeutiques qui intéressent le praticien.

Dans chacun de ces chapitres, les indications thérapeutiques ont été étudiées d'après les lésions :

1° Du système des leviers, *système ostéo-articulaire*;

2° Du système *moteur musculaire*;

3° Des *agents vasculaires* et *nerveux* qui l'irriguent et l'animent;

4° Enfin de la gaine d'enveloppe *cutanéo-aponévrotique*.

Le rapporteur a laissé de côté tout ce qui était acquis et classique, il s'est efforcé de mettre en relief tous les desiderata et les tentatives nouvelles de la thérapeutique conservatrice, laquelle devient de plus en plus *réparatrice*.

Car il ne faut pas confondre conservation avec simple expectation, et avec juste raison, le rapporteur met en relief cette vérité, aujourd'hui acquise, à savoir que *la chirurgie conservatrice doit s'efforcer d'obtenir la correction des lésions primitives, non seulement par une application plus exacte des procédés non sanglants, mais encore au besoin par une intervention opératoire pratiquée sans retard, aussitôt que l'indication en est saisie.*

La deuxième question mise à l'ordre du jour, sur **la chirurgie réparatrice de la face**, a fait l'objet d'un rapport du docteur Depage, professeur de clinique chirurgicale de l'Université de Bruxelles.

La chirurgie réparatrice de la face présente de sérieuses difficultés, le résultat tient presque uniquement à l'habileté du chirurgien qui « grave en quelque sorte sur le visage de son opéré la mesure de son talent ».

Le rapport se divise en deux parties :

Première partie : *Méthodes principales de chirurgie réparatrice de la face.* — *a.* Des règles à suivre au point de vue esthétique dans les opérations sur la face; *b.* des méthodes de réparation proprement dite dans la chirurgie faciale.

Deuxième partie. — *La chirurgie réparatrice des différentes parties de la face.* — *a.* Chirurgie réparatrice de la paupière; *b.* du nez; *c.* des lèvres et du palais; *d.* de la joue et du conduit de Sténon; *e.* des mâchoires; *f.* des grandes pertes de substances; *g.* de l'oreille; *h.* des lésions nerveuses de la face.

L'étendue de la question est considérable et le rapporteur a accumulé dans son travail les documents les plus nouveaux, appuyés sur une bibliographie des plus consciencieuses. M. Depage émet un vœu qui, il est à craindre, ne sera pas écouté. Il souhaite qu'à l'occasion de son rapport les membres du Congrès viennent présenter les malades chez lesquels ils ont eu l'occasion de pratiquer des réparations faciales. Ce serait là une leçon de choses des plus instructives et qui permettrait de bien juger la valeur de tel ou tel procédé, car il y a souvent loin, en matière de réparations, entre le résultat immédiat et le résultat éloigné et définitif, le seul qui soit intéressant.

Le troisième rapport sur **la chirurgie du pancréas** a été confié à M. F. Villar (de Bordeaux). Ce n'est pas à proprement parler un rapport que notre distingué collègue a présenté au Congrès, mais bien un volumineux traité de la chirurgie pancréatique. Après une courte incursion dans le domaine de l'histoire, M. Villar explique le plan qu'il a choisi. Son travail comprend trois parties : 1° une partie anatomique; 2° une partie clinique; 3° une partie thérapeutique.

La partie anatomique a été très complètement et très heureusement traitée par M. Villar. Les chirurgiens y trouveront d'utiles renseignements, avant d'entreprendre une intervention sur la glande pancréatique.

La partie clinique comprend deux chapitres différents; l'un étudie les signes généraux des affections du pancréas; l'autre est consacrée au diagnostic de chaque affection en particulier.

Plus de deux cents pages sont consacrées à la partie thérapeutique. Des tableaux, très complets, comprennent tous les cas connus et publiés d'affections chirurgicales du pancréas. Quatre-vingts figures viennent compléter le texte.

Ce volumineux et important travail fait honneur à son auteur et marquera une date dans l'histoire de la chirurgie pancréatique.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

(VIIIe SESSION)

(*Liège, 25, 26, 27 septembre 1905*)

Le Congrès de Liège a entendu, jusqu'à présent, deux rapports consacrés, l'un aux régimes déchlorurés, l'autre au rhumatisme chronique, et un certain nombre de communications portant sur des sujets divers.

Les **régimes déchlorurés** ont été étudiés par MM. E. Widal (de Paris) et Béco (de Liège).

M. Widal rappelle, dans son remarquable rapport, qu'à la suite de divers travaux montrant le rôle du chlorure de sodium ingéré dans la production des œdèmes brightiques, il a eu l'idée, avec M. Javal, de combattre ces œdèmes par la cure de déchloruration.

Le chlorure de sodium, corps indispensable à la vie, joue en biologie un rôle physique actuellement bien élucidé. Par le jeu de ses molécules, qui sans cesse traversent les membranes vivantes, il préside aux échanges et assure l'équilibre osmotique des humeurs. Le sel existe dans le plus grand nombre d'aliments et une nourriture variée fournissant environ 2600 calories contient en moyenne 1g50 de sel provenant de la chloruration naturelle des aliments. Or, les physiologistes ont montré que l'absorption quotidienne de 2 grammes de

chlorure de sodium est suffisante. D'ailleurs, à l'état normal, ces chlorures sont rejetés par les urines et le sel excrété est en proportion à peu près égale au sel ingéré.

Normalement, il existe un état d'équilibre entre la chloruration et l'hydratation de l'organisme. Mais, lorsque le rein devient imperméable, le chlorure de sodium est retenu en grande partie dans l'organisme : il occasionne alors l'hydratation et aboutit à la formation d'œdèmes, d'autant plus facilement que l'excès des chlorures retenus passe alors dans les tissus. L'hydratation de l'organisme se fait en deux temps : d'abord sous forme d'infiltration profonde inappréciable à l'œil et au toucher, *phase de préœdème* (Widal et Javal), puis sous forme d'*œdèmes sous-cutanés apparents*. La balance permet de juger de l'abondance de ces œdèmes et si, pour étudier avec exactitude la déchloruration ou la rétention des chlorures dans l'organisme, rien ne vaut la méthode qui consiste à dresser le bilan du sel ingéré et excrété, la balance n'en est pas moins l'instrument clinique indispensable et presque toujours suffisant pour régler au point de vue des chlorures le régime diététique des sujets en imminence œdémateuse.

Les œdèmes apparents qui distendent largement le tissu cellulaire sous-cutané représentent la localisation la moins dangereuse de l'hydratation. Bien plus redoutables sont les œdèmes qu'on ne voit pas et qui sont décelables seulement par la balance. Ils peuvent déterminer des accidents viscéraux englobés longtemps sous le nom de l'urémie, et qui relèvent en réalité de la chlorurémie.

M. Widal étudie successivement l'influence de la rétention chlorurée sur l'albuminurie, sur la concentration du sang, sur la rétention azotée. Contre cette rétention chlorurée, on essaiera la cure de déchloruration qui permet de combattre et de prévenir certaines complications redoutables qui, à elles seules, peuvent entraîner la mort du malade.

Chez les malades en état de rétention chlorurée, elle comporte deux indications distinctes : 1° enlever à l'organisme le sel et l'œdème qui l'encombrent; 2° instituer un régime dont la chloruration soit en rapport avec le degré de perméabilité rénale du malade pour le sel.

Cette cure doit être appliquée méthodiquement. On l'instituera tout d'abord d'une façon stricte et, une fois la déshydratation et la déchloruration de l'organisme obtenues, on pourra autoriser des doses croissantes de chlorure de sodium mais en restant toujours au-dessous de la stricte tolérance du malade. On pourra aider, dans certains cas, en administrant des diurétiques. La théobromine ainsi que les médicaments qui en sont composés ou qui en dérivent constituent les diurétiques par excellence et aussi les déchlorurants les plus puissants.

Quant à la composition de ce régime déchloruré, elle peut être variée et donner à l'organisme le nombre de calories suffisant pour la ration d'entretien. Grâce à ce régime le médecin peut graduer non seulement la ration des chlorures mais encore celle des trois principes fondamentaux : graisse, hydrate de carbone et albumine.

Les **formes cliniques du rhumatisme chronique** ont été l'objet de deux rapports, dus, l'un à M. Teissier (de Lyon), l'autre à M. Verhoogen (de Bruxelles). M. Teissier propose de réserver le nom de rhumatisme chronique : 1° aux arthropathies déformantes primitives (rhumatisme chronique déformant, rhumatisme chronique progressif, rhumatisme noueux, etc.), c'est-à-dire indépendantes des infections générales connues comme susceptibles de produire des manifestations articulaires; 2° aux arthropathies chroniques post-infectieuses d'origine nettement déterminée (rhumatismes chroniques d'infection).

L'*arthropathie déformante primitive* est une modalité spéciale, à évolution régulière, progressive, à déterminations symétriques, non inflammatoires, et qui semble, dans la très grande majorité des cas, n'avoir été précédée d'aucune poussée imputable à une des causes habituelles : rhumatisme, érysipèle, scarlatine, grippe. Elle peut être due au froid humide agissant seul, ou, plus souvent, au froid humide agissant sur un terrain préalablement préparé. On peut donc admettre qu'elle résulte de l'action prolongée de toxines modifiées ou vieillies. M. Teissier lui distingue deux formes : polyarticulaire et partielle. Quant au rhumatisme noueux spécial à l'enfance, il est exceptionnel, et ce qu'on a décrit sous ce nom n'est, le plus souvent, qu'un pseudo-rhumatisme passé à l'état chronique ou un rhumatisme chronique d'infection.

Les *arthropathies chroniques post-infectieuses* peuvent s'observer à la suite de toutes les infections capables de provoquer le développement d'arthropathies chroniques : rhumatisme articulaire aigu, blennorragie, maladies à streptocoques, dysenterie, grippe, tuberculose. Elles se distinguent de l'arthrite déformante par leur nature en quelque sorte septicémique. On peut leur rattacher les arthropathies du rhumatisme articulaire aigu passé à l'état chronique et celles de la tuberculose.

Les *arthropathies toxiques ou diathésiques* ne présentent pas de tendance à la généralisation. Elles sont sujettes à des poussées et à des sortes de balancements avec les manifestations viscérales et se compliquent communément de lésions vasculaires, artérielles ou veineuses : l'hypertension est la règle; la sclérose rénale et l'aortite, accompagnée ou non d'insuffisance de Hoghson, sont fréquentes.

Le rhumatisme chronique d'ordre uricémiqne donne souvent lieu à des poussées à forme nodulaire, dont la constitution anatomique a été particulièrement étudiée en Angleterre. Ces nodosités ont une affinité marquée pour le tissu cellulaire, le tissu fibreux, le périoste, etc. Rhumatisme du tissu cellulaire sous-cutané, rhumatisme périostique, rhumatisme fibreux, toutes ces manifestations trouvent leur explication naturelle dans l'affinité de l'acide urique pour les tissus blancs, les ligaments fibreux ou aponévrotiques.

En résumé, le mot *rhumatisme chronique* ne s'applique pas à une maladie spéciale, encore moins à une maladie spécifique, mais à une série de syndromes morbides ayant pour trait d'union l'arthrite, qui en devient, en même temps, la caractéristique anatomique spéciale. Ainsi se trouve justifiée cette formule devenue quelque peu banale, mais significative : « Il n'y a pas un rhumatisme chronique, il y a des rhumatismes chroniques. »

Quant au rapport de M. Verhoogen, il se termine par les conclusions suivantes :

I. Le rhumatisme chronique constitue une maladie infectieuse, dont les agents pothogènes sont multiples et variables, suivant les différents cas;

II. Le rhumatisme chronique affecte des formes diverses, que l'on peut grouper suivant quatre types principaux :

a. Le type ostéo-articulaire comprend le rhumatisme chronique, primitif ou secondaire; certaines formes de spondylose (les cas en sont plutôt rares) dans lesquels il existe des lésions articulaires déformantes, et certains cas de nodosités d'Heberden ;

b. Le type séreux comporte des manifestations du côté des

synoviales et des séreuses (synovites et vagino-tendinites chroniques, certaines pleurésies latentes, etc.) et généralement aussi des accidents dermiques et sous-dermiques (purpura, érythème multiforme, érythème noueux);

c. Le type fibreux (hypertrophie des organes péri-articulaires, certains cas de maladie de Dupuytren, certains cas de spondylose avec altérations de l'appareil ligamenteux vertébral, certains cas de sclérodermie);

d. Le type musculaire (myosites rhumatismales chroniques, certains cas de spondylose d'origine musculaire);

III. L'existence du rhumatisme tuberculeux est, jusqu'à présent, simplement hypothétique. La tuberculose paraît cependant déterminer exceptionnellement des désordres articulaires, qui n'ont rien de commun avec le rhumatisme, qui dérivent peut-être secondairement d'une lésion des organes neuro-musculaires.

A la suite des rapports de MM. Teissier et Verhoogen, un certain nombre d'auteurs sont venus faire des communications sur différents points de l'histoire du rhumatisme. M. A. Léri, étudiant les **ankyloses vertébrales**, et particulièrement la spondylose rhizomélique, rappelle que cette affection, caractérisée par l'ankylose progressive de la colonne vertébrale et des articulations de la colonne vertébrale, est due presque toujours à une infection ou à une toxi-infection; elle ne doit être confondue ni avec le rhumatisme vertébral chronique ni avec la cyphose hérédo-traumatique; elle est donc justiciable d'une thérapeutique spéciale. M. Balzer signale un cas de **dermatite bulleuse et d'onyxis trophoneurotique au cours du rhumatisme blennorragique.** MM. Parisot et Etienne (de Nancy) ont observé, chez 80 p. 100 des vieillards de leur service, des **arthropathies des doigts** caractérisées par : 1° l'épaississement de la base des articulations phalangiennes; 2° l'absence de toute déviation des phalanges; 3° l'absence de toute douleur articulaire; 4° l'absence de contracture et d'atrophie musculaire; 5° la généralisation des lésions à tous les doigts. M. Etienne rappelle, dans une communication intitulée **arthropathies nerveuses et rhumatisme chronique**, que les premières ne doivent pas être confondues avec le second, encore qu'il y ait, entre les deux, de nombreux points de contact. M. Herry (de Liège), étudiant la **bactériologie du rhumatisme articulaire aigu**, a trouvé 8 fois sur 15, dans le sang des rhumatisants, le diplocoque de Triboulet. M. Antonelli, examinant les **manifestations oculaires du rhumatisme chronique**, conclut que ce sont surtout les pseudo-rhumatismes infectieux qui retentissent sur les membranes oculaires. Cependant l'arthritisme pur et simple et le rhumatisme goutteux fournissent également un contingent copieux de manifestations oculaires, atteignant, soit les organes superficiels et annexes, soit le système vasculaire et les membranes profondes de l'œil.

Parmi les autres communications, signalons : les **troubles de sensibilité segmentaire dans le tabes et l'épilepsie**, par M. Muskens; les **altérations du pancréas dans le diabète**, par M. Gellé; les **proliférations locales et à distance de l'agent infectieux de la syphilis**, par M. Hallopeau; le **rôle des ferments dans les intoxications**, par M. Corin (de Liège); le **traitement des paraplégies spasmodiques par des exercices méthodiques**, par M. M. Faure (de Lamalou).

ANALYSES

MÉDECINE

Classification et valeur pathogénique des albuminuries orthostatiques. (J. Teissier. *Revue de méd.*, 10 avril 1905, n° 4, p. 233.) — Pour le professeur Teissier la plus grande confusion règne dans l'interprétation du syndrome représenté par l'albuminurie orthostatique et dans la conception de sa valeur séméiologique.

Pour mettre de l'ordre dans cette étude, l'auteur commence par éliminer un certain nombre d'albuminuries qui ne doivent pas rentrer dans ce groupe. Ce sont d'abord les cas de néphrite légère avec albuminurie peu abondante ou nulle au réveil et qui s'accentuent par la station debout ou la marche : il s'agit là d'un phénomène connu et la plupart des albuminuries d'origine rénale tendent à s'exagérer du fait de l'orthostatisme prolongé. Puis les albuminuries intermittentes, dites prétuberculeuses, apparaissant vers dix ou onze heures du matin pour croître pendant une heure ou deux et s'atténuer vers quatre heures de l'après-midi; ces albuminuries apparaissent même si le malade reste au lit. Enfin, les albuminuries intermittentes cycliques avec les phases cycliques de globulinurie méso-diurne, puis d'uraturie et d'azoturie.

Restent les seuls cas où le simple passage de la position horizontale à la position verticale semble la cause nécessaire et suffisante de la transsudation albumineuse. Parmi ces dernières l'auteur élimine encore les *albuminuries orthostatiques mixtes* dans lesquelles une néphrite en apparence guérie se survit en quelque sorte à elle-même sous la forme d'albuminurie à type orthostatique. Il élimine de même les *albuminuries orthostatiques associées* dans lesquelles, à côté de l'influence de la station debout, on retrouve l'influence d'un autre facteur : tels la fatigue cérébrale, les troubles digestifs, les états habituels de dépression nerveuse et même la néphroptose.

Ainsi dégagée l'albuminurie orthostatique apparaît comme un type clinique et urologique nettement défini, sorte de tare constitutionnelle répondant à un développement incomplet de l'appareil glomérulaire qui, dans des conditions bien déterminées, va laisser filtrer de la sérine en quantité plus ou moins abondante. Les malades présentant ce syndrome sont le plus souvent de jeunes sujets dont le rein est absolument indemne, chez lesquels la fatigue, le surmenage cérébral, le régime n'influencent en rien l'apparition de l'albumine et chez qui l'albuminurie dépend uniquement du passage de la station horizontale à la verticalité; ce changement d'attitude restant le facteur suffisant nécessaire et exclusif du phénomène morbide, de même que le décubitus horizontal devient rapidement le moyen le plus sûr de faire cesser cette albuminurie.

Les urines présentent des caractères très spéciaux. Pendant la période d'albuminurie l'urine est pâle, louche et présente en suspension rapidement après l'émission des flocons muqueux formant un véritable culot. Dans ce dépôt après centrifugation, on ne trouve presque pas d'éléments figurés, pas de débris cellulaires, pas de cylindres véritables, parfois seulement quelques débris de cylindres hyalins ou quelques rares leucocytes. L'albumine varie de 0gr50 à 4 grammes représentés par de la sérine pure. Les phosphates sont en proportion normale ou exagérée. L'urée n'est pas accrue. Les chlorures sont plutôt en excès de 9 à 16 grammes en général, mais le fait le plus important consiste dans la perméabilité parfaite du rein avec conservation intégrale des fonctions épithéliales.

Ces modifications de l'urine apparaissent presque mathématiquement dans des conditions toujours adéquates. Dix minutes environ après que le sujet est passé dans la position verticale apparaît la sérinurie; le retour à la station horizontale la fait disparaître, mais plus lentement; aussi ce sont les premières heures qui suivent le lever du sujet qui marquent le maximum de l'élimination albumineuse. La fatigue ou l'exercice n'augmentent pas toujours la quantité d'albumine rendue; la station debout dans l'immobilité a une influence plus marquée que la marche.

Ce type clinique est encore individualisé par l'aspect des malades chez lesquels on le rencontre. Il s'agit toujours d'un sujet malingre, chétif d'aspect, quasi infantile; le poids est au-dessous de la normale, le cœur est petit, la tension artérielle basse, le système artériel est en état d'hypoplasie prononcée, les malades présentent en outre une hérédité névropathique intense se manifestant par des troubles vaso-moteurs ou sécrétoires, telles l'asphyxie locale des extrémités, des fluxions catarrhales directes sur les muqueuses des voies génito-urinaires, etc.

Pour expliquer les causes de l'albuminurie orthostatique le professeur Teissier fait intervenir l'élément névropathique et le développement incomplet de la glande rénale, en particulier de l'appareil glomérulaire. Le mécanisme albuminogène comprendrait trois stades. Tout d'abord anémie brusque de la circulation glomérulaire banale, constitutionnellement déjà restreinte sous l'influence de la station debout, par appel exagéré de sang à la périphérie et spasme vasculaire réflexe à point de départ plantaire. Puis, brusque afflux de sang dans la glande au premier établissement de la circulation succédant au spasme vasculaire. Enfin, filtration excessive des substances dissoutes, y compris la sérine, par suite de la fluxion s'exerçant sur un rein exceptionnellement perméable, du fait de son incomplet développement.

Ces notions pathogéniques ont une grosse importance, car elles mènent à deux déductions spéciales. C'est d'abord qu'au point de vue pronostique, ces albuminuries ont une tendance spontanée à disparaître avec la croissance définitive de l'appareil glomérulaire. Au point de vue thérapeutique elles doivent être traitées tout autrement que des albuminuries rénales, par l'hygiène, par une existence active, par une alimentation réparatrice, par une médication dont le fer et l'arsenic seront les principaux éléments.

P. RAVAUT.

CHIRURGIE

Cancer du sein. Résultats de dix ans de pratique de l'opération radicale de l'auteur. (Willy Meyer. *Journ. Amer. med. Assoc.*, XLV, 29 juillet 1905, p. 297-313.) — L'auteur décrivit sa méthode pour la première fois en 1894, au moment où Halsted faisait connaître la sienne. La malade est préparée avec soin, les cuisses sont rasées, de manière à fournir des greffes si besoin en est. L'incision cutanée forme deux lambeaux, l'un supérieur, l'autre inférieur. Pour le lambeau inférieur, l'incision part du point d'insertion du grand pectoral sur l'humérus, passe, en se dirigeant en bas et en dedans parallèlement au bord inférieur de ce muscle et à environ 4 centimètres de ce bord, jusqu'à la base du sein, puis suit le contour inférieur de ce dernier et se termine au-devant du sternum, au delà de la ligne médiane. Ce lambeau inférieur est disséqué, en prenant le moins possible de tissu adipeux sous-cutané, jusqu'à ce que l'on découvre le bout du grand dorsal et la paroi axillaire. Puis le bord du grand dorsal est suivi en bas jusqu'aux faisceaux du grand dentelé, et en haut jusqu'à la masse graisseuse du sillon bicipital. Le lambeau supérieur formé en réunissant les deux extrémités de l'incision inférieure, est également disséqué jusqu'à la veine céphalique et l'articulation sterno-claviculaire. Dans un second temps, l'opérateur suit le grand pectoral jusqu'à son tendon d'insertion, coupe ce tendon, attire le muscle en dedans et en bas, libère sa face profonde et sectionne ses insertions claviculaires. Le tendon du petit pectoral est ensuite sectionné à son insertion coracoïdienne. Puis, le paquet axillaire étant ainsi découvert, les glandes et la graisse sont extirpées en masse. Dans ce temps, les deux nerfs sous-scapulaires supérieurs sont soigneusement respectés, mais le troisième doit être sacrifié. Dans un dernier temps, par la section près de leurs insertions, des fibres musculaires restantes, un pédicule est formé par les fibres musculaires s'insérant au sternum. Ce pédicule est coupé et la masse entière est enlevée. Hémostase, drainage, suture. Comme une telle opération laisse un grand trou, l'auteur emploie toujours des greffes. Les points caractéristiques de cette technique sont les suivants : le chirurgien travaille de l'aisselle en bas et en dedans, c'est-à-dire de l'insertion des muscles à leur origine à l'inverse de ce qui arrive dans la méthode de Halsted. Ceci permet à l'opérateur après la formation des deux lambeaux d'exposer et de lier d'emblée les vaisseaux sanguins nourriciers près de leur origine, au lieu de rencontrer d'abord leurs petites branches, puis de rencontrer ensuite les troncs, ainsi qu'il est inévitable quand on suit le chemin inverse. L'opération est absolument radicale. Le seul point où elle pourrait être plus radicale serait la poursuite des ganglions le long des vaisseaux sous-claviers. Elle ne s'accompagne pas de shock. Les résultats fonctionnels du côté du bras ont toujours été bons. Sur 30 malades opérées de 1894 à 1899, 7 sont vivantes et bien portantes aujourd'hui (23,3 p. 100) et une, opérée il y a huit ans, a maintenant une récidive locale. Sur 12 malades opérées il y a de trois à cinq ans, 4 sont en bonne santé aujourd'hui, une autre a récidivé après quatre ans et demi. Sur 28 malades opérées de 1901 à 1904, 14 sont bien portantes aujourd'hui. En résumé, sur 67 malades suivies, 24 (35,8 p. 100) sont en bonne santé aujourd'hui; 6 autres (8,9 p. 100) sont encore vivantes, mais ont des récidives; 35, soit 52,3 p. 100 sont mortes de cancer, 4 (6 p. 100) de récidive locale, 4 de récidive locale et métastases, et 27 ou 40,3 p. 100 de métastases. Cette statistique est remarquable par le grand nombre de guérisons et le faible nombre de récidives locales.

F. GARDNER.

L'anesthésie générale par l'éthérisation par voie rectale, avec le rapport de 41 cas. (John H. Cunningham et F. H. Labey. *Boston med. and surg. Journ.*, 20 avril 1905, vol. CLII, n° 16, p. 450.) — Cette méthode n'est pas si nouvelle qu'on pourrait le croire. Dans l'historique très complet de la question, les auteurs nous montrent les premières expérimentations faites en 1847 par Pinogoff. Puis viennent les travaux de Roux, Vincente y Yedo, Duprey. Mais pour que la méthode se fasse jour, il faut arriver aux observations de Mollière en 1884. Ce mode d'anesthésie jouit alors en Amérique d'un moment de vogue comme en font foi les observations nombreuses publiées dans le cours de cette année. Puis malgré les succès encourageants obtenus, elle tombe dans l'oubli. Les auteurs cherchent à la remettre en honneur en l'améliorant.

En effet ce mode d'anesthésie offre de grands avantages : tout d'abord liberté absolue du champ opératoire pour les opérations sur la tête et le corps, ce qui diminue aussi nota-

blement les chances d'infection. Rapidité de l'anesthésie. Absence de suffocation et de période d'excitation. Très faible dose d'éther absorbée. Réveil très rapide, absence presque complète de vomissements post-anesthésiques.

Bien que la plus grande partie de l'éther absorbé s'élimine par les poumons, on n'observe jamais de congestion pulmonaire et la méthode peut servir pour les affections des poumons et des bronches. Par contre, on a observé certains ennuis.

Le premier est un peu d'irritation rectale et de diarrhée. Dans d'autres cas on a eu de la cyanose. Enfin dans quelques cas l'anesthésie ne s'est pas produite.

Les auteurs se sont assuré que tous ces défauts tenaient à une technique défectueuse.

Les accidents de rectite provenaient de ce que l'éther était envoyé dans le rectum sous forme de vapeurs par ébullition. Il se condensait dans le rectum et produisait des phénomènes irritatifs. On ne les observe jamais si on amène les vapeurs d'éther par insufflation d'un mélange d'air sous pression et d'éther, sans ébullition. La cyanose tenait à ce que la dose employée était trop forte ou à ce qu'on ne surveillait pas la langue du malade. L'anesthésie par voie rectale exige aussi bien que toute autre voie la surveillance de la respiration. Quant aux cas où l'anesthésie ne se produisait pas, c'est que le rectum n'avait pas été préalablement débarrassé avec soin de ses matières et de ses gaz.

Les auteurs donnent ensuite la technique définitive à laquelle ils se sont arrêtés après des améliorations successives. L'appareil est très simple. Il consiste essentiellement en un flacon à deux tubulures, partiellement rempli d'éther et plongé dans un bain d'eau chaude maintenue au-dessous de la température de l'ébullition de l'éther. Une des tubulures reçoit un caoutchouc qui aboutit à une poire de thermocautère. L'autre reçoit un tube qui conduit à une sonde rectale ordinaire. Le malade étant préparé, on introduit la sonde, on insuffle de l'éther jusqu'à distension complète du rectum, avec le doigt on fait alors sortir les gaz rectaux pour qu'il ne reste que les vapeurs d'éther, on insuffle alors jusqu'à ce que l'éther s'échappe autour de la sonde, on maintient la distension. Au bout de cinq à huit minutes, l'anesthésie est obtenue. Elle est entretenue par trois pressions de la poire de caoutchouc par minute. Pour cesser, on évacue en pressant sur le ventre tout l'éther contenu dans le rectum, puis on retire la sonde.

Les auteurs donnent ensuite 41 cas où cette méthode a été employée. Dans les 17 premiers, l'anesthésie avait été commencée par la bouche. Dans les 24 derniers elle a été entièrement rectale avec des résultats bien supérieurs.

Ils étudient ensuite la physiologie de l'anesthésie par cette voie, et les conditions physiologiques de chaque avantage qu'elle présente.

Leurs conclusions sont entièrement favorables à ce mode d'anesthésie, qui compte maintenant plus d'une centaine d'observations. M. LANCE.

De l'appendicite herniaire. (Camille DENIS. Th. de Paris, 1905.) — L'appendicite herniaire est une complication des hernies de l'appendice qu'on ne soupçonne souvent pas. La symptomatologie consiste en une douleur s'étendant à toute la hernie, paroxystique en un point, avec persistance du passage des matières et des gaz (nous nous demandons si ce signe est bien constant et si on peut réellement tabler sur lui).

Le diagnostic est à faire avec toutes sortes d'affections et peut-être l'auteur en cite-t-il trop : c'est surtout dans la crise avec l'étranglement herniaire qu'il se pose, mais l'auteur passe vite sur ce chapitre. Le traitement est pour lui l'opération hâtive. Nous pensons que c'est aussi le meilleur pour ces variétés d'appendicite, mais si on intervient toujours si vite, c'est par erreur de diagnostic, parce qu'on croit à un étranglement. Si on faisait le diagnostic d'appendicite herniaire, il se trouverait certainement des chirurgiens pour les refroidir et ils guériraient aussi bien leurs malades, en les opérant à froid. CHEVRIER.

THERAPEUTIQUE

Chlorure d'éthyle dans le traitement du zona. (Howard MORROW. *Journ. of cutaneous diseases*, avril 1905, p. 157.) — Dans les cas bénins de zona, on doit protéger les vésicules contre le frottement des vêtements en les couvrant d'une poudre telle que l'amidon et l'oxyde de zinc, auxquels on peut ajouter du camphre ou de la morphine. Les corps gras sont à éviter. Dans les cas plus sévères on peut recourir à l'antipyrine. Les courants galvaniques à faible intensité peuvent calmer l'élement névralgique. Des piqûres de morphine sont parfois nécessaires. La révulsion locale a été employée depuis longtemps dans le même but. L'auteur préconise l'emploi du chlorure d'éthyle qui soulage les malades et leur procure le sommeil mieux qu'aucun autre moyen. La technique consiste à produire une réfrigération limitée au point d'émergence des nerfs incostaux. L'analgésie se produit le plus souvent sur tout le parcours du nerf; cependant il est préférable d'agir au point le plus douloureux. Le soulagement procuré par ce traitement dure quelquefois un jour et plus; dans d'autres cas l'effet ne dure que quelques heures : il faut alors recourir plus fréquemment au chlorure d'éthyle. L'auteur cite, à l'appui de ses assertions, quelques observations démonstratives. A. HOUSQUAINS.

LIVRES NOUVEAUX

Séméiologie médicale (1), par PELASNE DE CHAMPEAUX.

Dans ce manuel, spécialement destiné aux étudiants qui préparent les écoles militaires, l'auteur s'est proposé d'exposer les notions fondamentales de la médecine et de la pathologie générale.

La première partie traite de la *séméiologie des principaux appareils*, la seconde de la *pathologie générale proprement dite*. Dans celle-là, M. Pelasne de Champeaux étudie successivement les moyens physiques d'exploration, l'examen général du malade, l'examen des divers appareils : respiratoire, digestif, génito-urinaire, nerveux; celle-ci est consacrée à l'étiologie générale, aux microbes, à l'infection et à la contagion. Tel est le plan général de ce petit livre, où le lecteur trouvera rassemblés de nombreux documents et où il pourra sans fatigue acquérir les premiers éléments de son art.

L. BABONNEIX.

(1) In-8° de 360 p. avec 69 fig. Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 113. — JEUDI 5 OCTOBRE 1905. 78e ANNÉE. JEUDI 5 OCTOBRE 1905. — N° 113.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF
Note sur la nature et les principales indications thérapeutiques de la colite muco-membraneuse (suite), par MM. Albert Mathieu et J.-Ch. Roux.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA TUBERCULOSE (Paris, 2-7 octobre 1905).

SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)
Rétrécissement mitral.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Un concours public pour la nomination à une place de médecin-adjoint du service des aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière sera ouvert le vendredi 1er décembre 1905, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs qui voudront concourir seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'Administration, de midi à trois heures, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, du lundi 23 octobre au samedi 11 novembre inclusivement.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINICAT CHIRURGICAL. — Un concours s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le 13 novembre 1905, à neuf heures du matin, pour la nomition d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 1er novembre 1905. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Tous les docteurs en médecine français sont admis à concourir. Il n'y a pas de limite d'âge. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de prosecteur ou d'aide d'anatomie. Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

MARINE. — Par décision ministérielle du 30 septembre 1905, M. le médecin en chef de deuxième classe Bellot, du port de Rochefort, a été désigné pour remplir les fonctions de sous-directeur à l'école principale du service de santé de la marine à Bordeaux.

COURS PRATIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — M. le docteur Guisez, ancien interne des hôpitaux, recommencera le 24 octobre prochain, à trois heures et demie, son cours pratique d'oto-rhino-laryngologie, et le continuera les mardis, jeudis et samedis, à trois heures et demie, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Chomel).

Le cours sera complet en douze leçons et essentiellement pratique. Les élèves seront exercés au maniement des instruments spéciaux, diagnostic, thérapeutique, examen des malades.

Prière de s'inscrire à la consultation d'oto-rhino-laryngologie de l'Hôtel-Dieu, les mardis et samedis, de quatre à cinq heures. — Droit d'inscription : 50 francs.

ÉCOLES MUNICIPALES D'INFIRMIERS ET D'INFIRMIÈRES. — Les cours professionnels des écoles municipales d'infirmiers et d'infirmières s'ouvriront :

A la Pitié, le jeudi 4 octobre, à huit heures du soir;

A Lariboisière, le vendredi 6 octobre, à huit heures du soir;

A la Salpêtrière, le lundi 9 octobre, à huit heures du soir,

Les inscriptions sont reçues dans chacun de ces établissements (bureau de la direction), jusqu'au 1er décembre.

Les cours sont publics et gratuits.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des maladies de l'estomac, par les docteurs Soupault, médecin des hôpitaux de Paris; Hartmann, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; Linossier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon; Cautru, Delherm, Gourin, G. Leven, anciens internes des hôpitaux de Paris, etc. Gr. in-8 de 875 p., avec 111 fig. noires et coloriées. — Prix : 20 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Les traitements des entérites, par le docteur M. Jouaust. In-16 de 96 p., cart. (Actualités méd.) — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 9, sept. 1905.) LUBET-BARBON et FURET : Ostéomyélite du maxillaire supérieur avec ethmoïdite et empyème du sinus. — COLLET : La santonine dans le traitement des crises laryngées du tabes. — J. BOURGUET : Chirurgie du labyrinthe. — J. JOUBERT : Chloroformisation et rhinologie. — GUISEZ : De l'œsophagoscopie. — CHAVANNE et TROUILLEUR : De la section intracranienne du nerf auditif.

Archives de médecine navale. — (N° 9, sept. 1905.) REGNAULT : Aptitude physique pour le service à bord des sous-marins. — VALENCE : L'hygiène navale à bord du croiseur cuirassé *Marseillaise*. — GROS : L'infection palustre et son traitement (*suite*).

Archives générales de médecine. — (N° 39, 26 sept. 1905.) J. BRAULT et RANTON : Sur un cas de neuro-fibromatose généralisée. — François ARNAUD : Quinine et paludisme. Mode d'administration et règles du traitement (*fin*). — RAYMOND et GUILLAIN : A propos des névrites appendiculaires. — V. BOUYGUES : Le zona; sa contagiosité; sa pathogénie. — SIMIONESCU : Quelques considérations sur le traitement de la syphilis par les injections de benzoate de mercure. — (N° 40, 3 oct.) SERGENT : Syphilis et tuberculose. — FERRANNIM : La para-tuberculose. — GAUSSEL et MASSABUAU : Hémiataxie dans un cas d'hémiplégie traumatique. Guérison par la trépanation.

Archives d'électricité médicale expérimentale et clinique. — (N° 174, 25 sept. 1905.) PANSIER : Le traitement électrolytique des végétations conjonctivales. — J. DE NOBELE : Technique et applications de la radiothérapie. — CARÉ : Masque protecteur pour radiothérapie.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIII, n° 11, 14 sept. 1905.) Charles J. WHITE : La conception moderne de la tuberculose de la peau. — Richard F. CHASE : Etude clinique et de laboratoire sur la valeur thérapeutique de l'acide chlorhydrique dans les maladies de l'estomac (avec 5 tableaux). — Benjamin B. CROFT : Le vertige oculaire et son importance dans la clinique générale.

Écho médical du Nord. — (N° 40, 1er oct. 1905.) THOORIS : Les dacryocystites par fracture du canal oculo-nasal (*suite*).

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 40, 1er oct. 1905) BOSSUET : Les causes de l'insuffisance surrénale.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 39, 24 sept. 1905.) LALESQUE : Les injections sous-cutanées d'eau de mer.

Journal de physiothérapie. — (N° 33, 15 sept. 1905.) ALBERT-WEILL : Impressions générales sur le Ier Congrès international de physiothérapie ; — Les bains de lumière bleue ; leur action analgésique. — OUDIN et RONNEAUX : Action locale des courants de haute fréquence sur les états phlegmasiques des tissus. — ROSENTHAL : Education et gymnastique respiratoires dans le traitement prophylactique de la tuberculose pulmonaire des rhinoadénoïdiens.

Journal des praticiens. — (N° 39, 30 sept, 1905.) DEMELIN : De l'anesthésie obstétricale. — BAZY : Diagnostic des lésions chirurgicales des reins.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 38, 23 sept. 1905.) René DESPLATS : Du traitement des adénites tuberculeuses par les rayons X. — LE ROY et DELFOSSE. Pied bot varus équin hystérique. — (N° 39, 30 sept.) Jean VILLETTE : La faradisation dans les syncopes chloroformiques. — A. GUÉRILLON : Sur un cas d'adénite tuberculeuse primitive du creux de l'aisselle.

Languedoc médico-chirurgical. — (N° 9, 25 sept. 1905.) GOUZY : Dystocie à la campagne.

Lyon médical. — (N° 40, 1er oct. 1905.) NICOLAS, FAVRE et ANDRÉ : Syphilis et spirochaete pallida de Schaudinn et Hoffmann.

Nord médical. — (N° 264, 1er oct. 1905.) G. LEMOINE : Epilepsie et hystérie. Considérations sur leur diagnostic différentiel. — S. BAUDRY : Simulation et aggravation volontaires des blessures de l'œil à la suite d'accidents du travail (*suite*).

Pédiâtrie pratique. — (N° 19, 1er oct. 1905.) H. MAYET : Comment doit-on traiter une tumeur blanche? — G. BOISSON : Les calculs de la vessie chez l'enfant. — Hubert LEGRAND : Les propriétés galactogènes de l'extrait de graines de cotonnier.

Presse médicale. — (N° 77, 27 sept. 1905.) M. LETULLE : La lutte contre la tuberculose. Le sanatorium familial de Montigny-en-Ostrevent. — (N° 78, 30 sept.) LEVADITI et G.-Z. PETRESCO : Passage du spirochaete pallida dans le liquide de vésicatoire.

Revue générale des sciences pures et appliquées. — (N° 17, 15 sept.) Ph.-A. GUYE : Nouvelles recherches sur le poids atomique de l'azote. — J. DE KOWALSKI et J. DALEMONT : L'enseignement des sciences appliquées à l'université de Fribourg. — H. CAVAILLÈS : L'économie pastorale dans les Pyrénées. — (N° 18, 30 sept.) : RAMSAY : Le radium peut-il donner la vie? — BRUNHES. Les travaux récents de magnétisme terrestre dans la France centrale. Le passé et le présent magnétiques des volcans d'Amérique. — DE LAUNAY : Application de la tectonique à la métallogénie de la région italienne. — LECORNU : Revue annuelle de mécanique appliquée.

Revue neurologique. — (N° 17, 15 septembre 1905.) GRASSET et GAUSSEL : Un signe de paralysie organique du membre inférieur; possibilité de soulever isolément le membre paralysé avec impossibilité de soulever simultanément les deux membres inférieurs.

Revue scientifique. — (N° 12, 16 sept. 1905.) PERVINQUIÈRE : Les phosphates tunisiens. — DELOBEL : La vaccine. — KIPIANI : Les lois de la fatigue. — (N° 13, 23 sept.) R. DE SAUSSURE : La géométrie physique. — G. DEMENY : Sur l'évolution de l'éducation physique en France. — KIPIANI : Les lois de la fatigue. — (N° 14, 30 sept.) Moriz BENEDIKT : Les origines des formes et de la vie. — BERTHIER : Transformation directe de l'énergie calorifique en énergie électrique. — DEMENY : Sur l'évolution de l'éducation physique en France (*suite et fin*).

Semaine gynécologique. — (N° 39, 26 sept. 1905.) R. PICHEVIN : Nettoyage digital de l'utérus et curage instrumental. — (N° 40, 3 oct.) R. PICHEVIN : Opérabilité des formes sèches de la tuberculose utéro-annexielle.

Tribune médicale. — (N° 39, 30 sept. 1905.) Th. TUFFIER et A. MAUTÉ : Indice de réfraction du sérum sanguin dans les affections chirurgicales. — Jacques LIOUVILLE : La chirurgie conservatrice au XVIIIe siècle.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 17, 15 sept. 1905.) COLLEVILLE : Quelques remarques à propos des injections intratrachéales. — LANGLET : La population de Vitry-le-François et de son arrondissement (*suite*).

CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

NOTES SUR LA NATURE
ET LES PRINCIPALES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES
DE
LA COLITE MUCO-MEMBRANEUSE[1]

Par MM. Albert MATHIEU et J.-Ch. ROUX.

IV

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LE TRAITEMENT

Les indications pour le traitement de la colite muco-membraneuse dérivent directement et naturellement de la connaissance du syndrome caractéristique, de son mécanisme physiologique, de l'existence d'une lésion inflammatoire superficielle. De toute évidence, il convient de faire disparaître la stase intestinale, due le plus souvent au spasme intestinal; de combattre ce spasme, d'atténuer les sensations douloureuses, de chercher à faire disparaître l'irritation inflammatoire superficielle de la muqueuse colique, de remédier aux causes de prédisposition et d'aggravation, telles que le nervosisme préalable aggravé et entretenu par la colite muco-membraneuse. Enfin, un problème très délicat est celui de l'alimentation. Il faut évidemment nourrir le malade; mais il faut le faire de telle façon que le régime alimentaire n'augmente ni la constipation, ni le spasme douloureux, ni l'irritation superficielle de la muqueuse intestinale, ni le nervosisme.

Nous allons passer successivement en revue ces diverses indications, et, sans entrer dans le détail, indiquer les moyens thérapeutiques par lesquels on peut les remplir. Nous tenons avant tout à rappeler les principes essentiels dont on ne peut s'écarter sans compromettre le succès du traitement. On n'oubliera pas que, pour le moment, nous avons exclusivement en vue la forme chronique de la colite muco-membraneuse.

Le moment nous paraît convenable pour écrire cette revue. La divergence des opinions récemment exprimées, les confusions commises, l'excès de certaines doctrines qui prennent la partie pour le tout et donnent à certains éléments de séméiologie ou de physiologie pathologique une importance exagérée; l'abus de certaines médications ou la crainte exagérée de leur emploi, tout cela est bien fait pour jeter le trouble et l'incertitude dans l'esprit du clinicien consciencieux qui cherche à s'instruire en lisant les travaux publiés ou les discussions en cours dans les sociétés savantes.

Constipation. — *Il n'y a pas de colite muco-membraneuse vraie sans rétention des matières fécales, sans constipation, et cette constipation est le plus souvent due au spasme partiel du côlon ou du sphincter anal.*

La colite muco-membraneuse guérit toutes les fois qu'on peut faire disparaître la constipation sans irriter la muqueuse intestinale et sans exciter le spasme du côlon.

Il convient de ne jamais oublier ces deux propositions; elles sont essentielles et donnent la clef du traitement.

Il faut autant que possible s'efforcer d'obtenir que la constipation disparaisse sans qu'il soit fait usage de moyens artificiels et surtout de purgations médicamenteuses. Pour obtenir ce résultat, l'alimentation peut rendre de signalés services. L'usage de fruits et de végétaux susceptibles d'amener dans le côlon une masse assez considérable de détritus capables de donner au bol fécal un volume assez considérable et d'exciter la muqueuse sans l'irriter; l'ingestion de beurre frais pourrait à ce point de vue rendre les services les plus grands dans les cas simples. Nous ne voulons pas, du reste, insister davantage ici sur l'alimentation. Nous nous proposons d'en faire une étude d'ensemble dans les diverses colopathies groupées autour de la colite muco-membraneuse proprement dite; mais, auparavant, nous devons dresser le tableau schématique de leurs principales formes cliniques.

Ajoutons seulement que l'emploi de la graine de lin ou de psyllium prise en assez grande quantité (deux cuillerées à soupe par jour) permet d'augmenter les détritus végétaux dans le côlon et d'accroître le volume du bol fécal sans le rendre irritant. Il convient seulement de s'assurer que cette graine est régulièrement éliminée et ne s'accumule pas dans le gros intestin.

Moyens mécaniques de combattre la constipation. — Dans l'emploi et ces moyens, on de doit jamais oublier la présence de l'action du spasme colique. Si le spasme est marqué et le côlon douloureux à la palpation, s'il y a spontanément des douleurs ou des coliques intenses, on aura recours exclusivement à des moyens calmants. Si, au contraire, comme il est fréquent dans les formes chroniques, le spasme est limité à la partie inférieure du côlon, peu ou pas douloureux, on pourra avoir recours à des moyens plus excitants. Souvent alors, le côlon est distendu au-dessus de l'obstacle, parfois il reste passif et simplement dilaté, mais parfois aussi il se contracte, et l'on perçoit à la palpation du cæcum des alternatives de tension et de relâchement. N'est-il pas évident que mieux vaudrait distendre le spasme que d'augmenter la force des contractions en amont? En tout cas, il faut toujours se préoccuper de diminuer le spasme plutôt que de l'exciter.

Les moyens mécaniques auxquels on peut avoir recours sont l'hydrothérapie, le massage, l'électrisation, les suppositoires, les lavements et les lavages intestinaux.

L'*hydrothérapie* comprend les simples applications, chaudes ou froides, les bains et les douches. De ces pratiques, les unes sont calmantes et les autres excitantes. D'une façon générale, on peut considérer comme calmantes les applications chaudes, les bains chauds et les douches chaudes sans pression, comme excitantes les applications, les bains et

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1905, nº 95, p. 1131; nº 98, p. 1167, et nº 101, p. 1203.

les douches froides. Les douches froides avec pression sont plus excitantes encore que les douches froides. En principe les moyens excitants et les procédés froids conviennent contre la constipation prédominante avec peu de phénomènes de colite et au contraire les moyens chauds contre les phénomènes d'excitation, de spasme et de douleur, et lorsque prédominent l'irritation locale du côlon et les phénomènes de colite. Les grands bains chauds sont souvent très utiles, ils produisent un effet calmant à la fois local et général. Ils jouent un rôle très important dans la cure de Plombières et des stations analogues. Dans certains cas même, ils doivent être employés seuls, à l'exclusion des grandes injections, des grands lavages intestinaux.

Nous n'avons pas besoin d'insister après ce que nous avons dit antérieurement sur la nécessité d'apprécier les médications propres à chaque cas et de doser exactement l'emploi des moyens hydrothérapiques.

Massage. — Nous pouvons résumer en quelques mots son utilité possible dans le traitement de la colite muco-membraneuse : il sera utile toutes les fois qu'il pourra régulariser les selles sans produire d'irritation ni de douleurs; il sera nuisible toutes les fois qu'il sera douloureux.

Électrisation. — L'électrisation est certainement beaucoup plus efficace que le massage.

Les bons effets de l'électrisation contre la constipation, alors que la rétention des matières paraissait attribuable à l'atonie intestinale, n'avait rien qui pût surprendre. On pouvait concevoir facilement aussi que l'excitation des parois musculaires du côlon et des parois abdominales, en amenant l'évacuation complète de son contenu, faisait disparaître des accidents légers de colite muco-membraneuse. Mais voilà, ainsi que le démontrent en particulier les faits présentés à la Société de thérapeutique en décembre 1904, par MM. Delherm et Zimmern, que l'électrisation amène aussi, dans les deux tiers des cas environ, l'amélioration de la colite muco-membraneuse. M. Zimmern croyait encore avoir combattu l'atonie intestinale. M. Delherm savait très bien que le spasme colique existait chez les malades que nous lui avions adressés. Malgré ce spasme la guérison a pu souvent être obtenue et se maintenir pendant des mois et des années. Dans bon nombre de cas, elle paraît définitive.

Nous devons avouer cependant que, chez les malades ainsi traités, nous avons pu le plus souvent encore retrouver la corde colique descendante. Y-a-t-il là une objection irréductible à notre conception du rôle du spasme dans la colite muco-membraneuse? Nous ne le croyons pas. En effet, si la corde colique persistait, elle avait cessé d'être douloureuse. Le spasme avait donc diminué d'intensité. Il est probable que l'électrisation en excitant le côlon en amont de la région contractée, avait amené une évacuation plus rapide et plus régulière du contenu de l'intestin, permis la guérison de la colite superficielle et diminué beaucoup l'intensité des réflexes spasmogènes et sécréteurs. On a invoqué aussi une action directe modératrice sur les centres nerveux de l'abdomen.

Quoi qu'il en soit des interprétations possibles, les faits n'en restent pas moins et l'on peut dès maintenant considérer l'électrisation comme un des meilleurs moyens de combattre les formes légères et moyennes de la colite muco-membraneuse.

Nous n'avons pas à en exposer ici sa technique. On devra à ce sujet consulter les communications faites par MM. Delherm et Zimmern à la Société de thérapeutique, mentionnées plus haut.

Suppositoires, lavements et grands lavages intestinaux. — Des suppositoires et des lavements simples, un mot seulement. Ils ne sont utiles que dans les formes légères de la colite muco-membraneuse. L'emploi des suppositoires laxatifs n'est pas toujours inoffensif. Il pourrait, dans certains cas, augmenter le spasme de l'anus et du côlon descendant. Leur usage est complètement contre-indiqué dans tous les cas où il existe un spasme anal, même modéré, et dans tous ceux où le spasme colique est accentué.

Quant aux grands lavages, il en sera question plus loin à propos du traitement modificateur direct de la colite superficielle.

Spasme et phénomènes douloureux. — Les indications du traitement du spasme et des phénomènes douloureux peuvent être exposées parallèlement dans un même paragraphe : d'une façon générale, elles sont identiques et les moyens utiles contre la douleur le sont également, en principe, contre le spasme.

Les applications chaudes, les fomentations chaudes sur l'abdomen, les bains chauds, surtout prolongés, les douches chaudes en jet baveux, sans pression, agissent certainement comme calmants de la douleur; ils peuvent sans doute aussi contribuer à détendre le spasme.

Parmi les moyens physiques passés antérieurement en revue, nous pouvons encore, comme calmants de la douleur, citer de nouveau le massage léger et l'électrisation.

Il est certain en tout cas et très remarquable que l'électrisation convenablement pratiquée amène assez rapidement une sédation marquée.

Il est évident que nous pourrions aussi mentionner ici, par avance, tous les moyens de traitement qui s'adressent aux ptoses abdominales, aux lésions chroniques de divers organes abdominaux, et au nervosisme qui sont autant de causes d'exacerbation et du spasme de la douleur.

Nous nous bornerons pour le moment à énumérer les substances médicamenteuses dont l'usage paraît le plus utile comme calmants et antispasmodiques.

En première ligne, nous mettrons la belladone, la jusquiame et leurs dérivés, qui sont des calmants de la douleur et en même temps des antispasmodiques de premier ordre.

Parfois l'usage de la belladone suffit pour faire disparaître la constipation. Malheureusement, on ne peut pas attendre ce résultat dans tous les cas. Toutefois, si la belladone et la jusquiame ne suffisent pas à détendre la contracture du côlon, on doit tout au moins admettre qu'elles contribuent à amener ce résultat et que leur combinaison avec d'autres

moyens, hydrothérapie chaude, grands lavements, est susceptible de produire un effet des plus utiles.

L'opium et ses dérivés ont l'inconvénient de tendre à maintenir la constipation et de diminuer l'appétit. Cependant, nous employons couramment la codéine et le narcyl. La dionine paraît donner des résultats assez analogues à ceux de la codéine. Dans des cas où l'irritation est intense au cours de poussées aiguës, surtout si elles prennent l'aspect dysentériforme, on ne devrait pas hésiter à recourir momentanément à l'usage de la morphine.

Colite superficielle. — Comme nous l'avons exposé antérieurement, on est obligé d'admettre dans les différentes formes de la colite muco-membraneuse, la réalité d'une inflammation superficielle de la muqueuse du côlon, et son existence est rendue certaine par l'hypersécrétion muqueuse elle-même, et davantage encore, par les produits de desquamation exagérée qui l'accompagnent. Dans les poussées aiguës ou subaiguës, il n'est pas très rare d'observer des mucosités sanguinolentes ou même de véritables petites hémorragies, qui indiquent certainement une congestion inflammatoire assez marquée. Que ces lésions soient superficielles et facilement curables, cela n'est pas douteux. Dans certaines autopsies on n'a constaté aucune lésion appréciable ; dans celles où il existait des lésions interstitielles, on peut se demander si elles ne représentaient pas une simple coïncidence, et si elles correspondaient véritablement aux phénomènes de colite observés pendant la vie.

Dans ces conditions, on a tout naturellement pensé à agir sur la lésion intestinale et à la modifier soit directement, soit indirectement.

En ordonnant de l'hydrastis canadensis, Germain Sée voulait agir sur la circulation de la muqueuse et diminuer à la fois l'inflammation et l'hypersécrétion muqueuse en restreignant l'afflux du sang. L'hamamelis virginica et l'ergotine ont été employés dans le même but. Il ne nous paraît pas démontré que leur usage ait eu sur la colite l'influence espérée. Il est assez illogique d'associer l'ergotine qui excite la tonicité de la fibre musculaire lisse à la belladone qui la déprime.

Des différents modificateurs de la muqueuse que l'on a fait ingérer par la bouche, il n'est guère resté que les sels alcalins, le sulfate de soude et de magnésie et les eaux alcalines correspondantes. Leur action est ici beaucoup moins heureuse que dans certaines entérites généralisées, elle n'a pas, dans les formes communes de la colite muco-membraneuse, l'influence modificatrice observée dans d'autres formes d'entérite chronique. Ces sels et ces eaux sont mal supportés dans les formes graves au moment des poussées aiguës, dysentériformes, et lorsqu'il y a tendance à l'hypersécrétion muqueuse. Dans les formes très légères, elles peuvent avoir un bon effet, tout au moins passager, en faisant disparaître la rétention fécale. Trop souvent, malheureusement, cette influence n'est que passagère et il arrive qu'après une cure semblable la constipation se reproduise, plus tenace encore qu'auparavant. La véritable indication des laxatifs salins et des eaux laxatives est fournie par l'existence de la fausse diarrhée et des débâcles diarrhéiques fréquentes. Nous y reviendrons ultérieurement.

Antiseptiques. — On a beaucoup employé contre la colite muco-membraneuse des modificateurs indirects, et en particulier les divers antiseptiques : naphtol, bétol, salol, benzonaphtol et plus récemment salacétol et peroxyde de magnésie. Nous ne pouvons rien dire de ces deux derniers produits que nous n'avons pas encore employés nous-mêmes d'une façon suffisante, pour les juger. Nous avons à peu près complètement renoncé à l'usage des autres.

Les antiseptiques intestinaux sont trop souvent irritants pour l'estomac, sinon pour l'intestin lui-même, et leur effet antiseptique est très inférieur à celui d'autres moyens thérapeutiques. On ne doit guère, en tout cas, semble-t-il, les employer qu'à titre accessoire.

La meilleure façon de réaliser l'antisepsie intestinale dans la mesure où elle est possible consiste à amener l'évacuation du contenu intestinal assez rapidement pour qu'il n'y ait pas de stase des matières et à donner une nourriture qui fournisse le moins d'aliments possible à la prolifération microbienne. L'accord des cliniciens et des expérimentateurs tend à se faire de plus en plus sur ce point particulier.

Lavages du côlon. — L'emploi, non plus seulement de lavements, mais de grands lavages, a fourni le moyen non seulement d'obtenir une évacuation plus complète du gros intestin, mais de nettoyer sa muqueuse et de la soumettre à l'action modificatrice soit simplement de l'eau chaude, soit de solutions antiseptiques ou modificatrices.

On a cherché à faire pénétrer l'eau et les solutions médicamenteuses le plus loin possible. On y est parvenu en employant une quantité élevée de liquide à une pression faible, mais continue. On s'est aussi servi de longues sondes de caoutchouc souple qu'on a poussées très loin, jusqu'au coude gauche du côlon.

De l'usage à l'abus, la pente est glissante, et on n'a pas tardé à abuser des grands lavages intestinaux. Malgré les recherches de Lesage, qui avaient démontré que, pour parvenir très loin dans le gros intestin et même pour forcer la barrière des apothicaires, la valvule iléo-cæcale, jusque-là considérée comme infranchissable, il convenait d'employer une pression très faible, les fortes pressions ont encore été trop souvent mises en œuvre. Les lavages intestinaux ont été pratiqués trop abondants, trop répétés, trop irritants quelquefois. Nous avons protesté contre cet abus dans la première série de ces notes publiées ici-même l'an dernier. Nous avons dit que les lavages trop fréquents, trop copieux, et surtout faits sous une pression trop forte, entretenaient le spasme, la douleur et la constipation ; il n'y a pas lieu d'y revenir.

Une réaction s'est, depuis, dessinée contre les lavages de l'intestin, qui menace à son tour de dépasser la mesure. Certains n'osent plus les employer, quelques-uns les accusent des pires méfaits et réclament leur suppression complète. C'est aller trop loin. Bien réglés, les lavages peuvent être

d'une grande utilité; mais il convient de ne les employer que lorsqu'ils sont indiqués et d'une façon modérée. Il faut savoir les supprimer lorsque leur usage devenu habituel empêche l'intestin de céder aux sollicitations naturelles.

Ils sont particulièrement indiqués et même véritablement indispensables au moment des poussées aiguës ou subaiguës, et dans la période consécutive. A ce moment aussi il est indiqué d'adjoindre à l'eau des substances modificatrices : nitrate d'argent et plus tard ichtyol, salicylate de soude, benzoate de soude, etc., nous y reviendrons à propos du traitement des crises dysentériformes. En dehors de ces indications particulières, nous ne nous servons que d'eau bouillie refroidie à 40 degrés, additionnée d'un peu de biborate de soude, ou plus souvent encore de chlorure de sodium (7 à 10 p. 1000). Les lavages faits avec la solution de chlorure de sodium au taux physiologique sont certainement beaucoup mieux supportés par l'intestin que les lavages à l'eau pure.

Ptoses abdominales. — La colite muco-membraneuse est plus fréquente et plus grave chez les malades atteints de ptose abdominale. Il convient toujours en cas semblable, dans les cas graves surtout, d'obéir aux indications fournies par les ptoses. Souvent, au début du traitemeut, il conviendra de faire faire une cure d'horizontalité de quinze à vingt jours, c'est-à-dire d'imposer un séjour au lit absolu pendant ce temps. Plus tard, on fera porter des ceintures ou des corsets spéciaux.

Lésions abdominales. — Les lésions chroniques des organes abdominaux et surtout les lésions qui s'accompagnent de péritonite chronique, salpingite, appendicite, péricystite biliaire, etc., sont de nature à entretenir l'irritabilité des plexus abdominaux, la constipation, le spasme, la douleur et le nervosisme général. Il doit donc y être remédié par les moyens appropriés si l'on veut avoir prise sur la colite muco-membraneuse et obtenir sa sédation et sa guérison. Nous ne pouvons insister davantage.

Dyspepsie. — Il est aussi de toute évidence qu'il convient de traiter la dyspepsie, qu'elle soit d'origine gastrique, biliaire ou pancréatique, suivant leurs indications. Pour ce qui concerne l'estomac, il y a tantôt hyper, tantôt hypochlorhydrie, et souvent tendance à la stase gastrique. Toutes les formes de la dyspepsie stomacale peuvent se rencontrer; on les traitera suivant leur séméiologie et leur physiologie pathologique. Il résulte de ce que nous venons de dire qu'il n'y a pas de formule de traitement de la dyspepsie stomacale applicable à tous les cas dans lesquels se rencontre la colite muco-membraneuse.

Y a-t-il, comme le prétendent M. Albert Robin et ses élèves, acidité particulière des selles dans tous les cas où il existe de l'hypersécrétion chlorhydrique et de la colite muco-membraneuse? Dans le cas où ce rapport serait constant, il pourrait en résulter l'indication de chercher soit à diminuer l'hypersécrétion, soit à saturer les produits acides par l'emploi momentané de hautes doses d'alcalins.

Névropathie. — On peut poser en principe qu'il n'y a pas de colite muco-membraneuse chronique grave sans névropathie. Les grands nerveux présentent seuls des formes graves. C'est pourquoi, nous l'avons dit, certains auteurs ont émis la théorie de l'entéronévrose primitive. D'autres comme Nothnagel admettent qu'il existe deux variétés de colite muco-membraneuse, la colite proprement dite, *colitis muco-membranosa*, et la névrose colique, *colica muco-membranosa*.

Cette division nous paraît artificielle. En effet, entre les faits dans lesquels prédomine évidemment la colite, et ceux où le nervosisme est si marqué que la névropathie domine la scène, on rencontre tous les degrés et toutes les combinaisons cliniques intermédiaires.

La névropathie et l'entéropathie réagissent réciproquement l'une sur l'autre par un mécanisme que nous avons expliqué dans les notes précédentes. Le médecin doit les avoir toutes deux en vue lorsqu'il s'agit pour lui d'établir le traitement. Certains disent : « Ne vous occupez pas de l'intestin chez ces grands névropathes, occupez-vous seulement de la névrose et de l'état général et vous obtiendrez un résultat beaucoup plus satisfaisant que si vous tourmentiez leur intestin. » Mieux vaut certainement ne pas s'occuper de l'intestin que de le malmener, et nous concevons très bien que le repos, le séjour au grand air, un régime convenable, l'hydrothérapie, l'électrisation aient suffi pour amener des améliorations marquées et même la guérison dans des cas semblables. La colopathie, nous ne saurions trop le répéter, a tendance à guérir dès que la constipation cesse. Trop heureux si l'on peut obtenir sa disparition par des moyens purement hygiéniques, purement physiques, sans purgatifs, sans lavements, sans lavages.

Sous l'influence complexe de la prédisposition nerveuse, du surmenage, des douleurs, des préoccupations, d'une alimentation irritante et souvent insuffisante, et quelquefois aussi, il faut bien le dire, d'un traitement local trop intensif de la colopathie, les malades en arrivent à un état très accentué d'énervement, d'irritabilité, d'amaigrissement et de dépression. Les accidents neurasthéniques, hystériques et même psychopathiques tendent à prendre une grande intensité. Ils sont alors très tenaces.

Il ne suffit plus d'instituer une bonne hygiène, de régler l'alimentation suivant les règles que nous indiquerons ultérieurement, il faut traiter ces malades comme de grands nerveux et, avant tout, s'occuper de leur névropathie. Souvent, il conviendra de les séparer de leur milieu habituel et de les mettre en traitement dans des maisons où on a l'habitude de soigner les neurasthéniques, les hystériques, les dégénérés et les dyspeptiques; en dehors du repos, de la vie largement aérée, d'une alimentation bien réglée, des pratiques bien comprises et bien appropriées d'hydrothérapie et d'électrothérapie, ils devront y trouver une direction psychique expérimentée et efficace.

Grâce à cette direction, ils auront chance de retrouver la confiance et le calme de l'esprit; ils

apprendront à se diriger eux-mêmes ultérieurement et à ne plus abuser de moyens de traitement qui ne faisaient qu'entretenir et aggraver leur mal. Tous ne guériront pas cependant, pas plus que ne guérissent dans des conditions analogues tous les névropathes qu'on est amené à mettre en traitement dans les sanatoria spéciaux. C'est cependant ce mode de traitement qui sera susceptible de donner les résultats les meilleurs et les plus durables.

Traitement chirurgical. — Dans les cas graves de colite chronique à hypersécrétion muqueuse ou muco-membraneuse, à poussées aiguës incessantes, on sera autorisé à tenter le traitement chirurgical qui consistera à établir momentanément un anus cæcal. Les matières fécales ne parvenant plus dans le côlon, on obtient facilement alors la guérison de la colite et la bouche cæcale peut alors être fermée.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA TUBERCULOSE

(Paris, 2-7 octobre 1905)

C'est avec une grande solennité, sous la présidence de M. le président de la République, dans l'une des salles du Grand-Palais, merveilleusement ornée, aux accents de la musique de la Garde républicaine, au milieu d'une affluence considérable de congressistes de tous les pays et d'un public dans lequel le sexe féminin était largement et élégamment représenté, que s'est ouvert le Congrès international de la tuberculose.

A deux heures précises, le président a fait son entrée et a pris place au fauteuil présidentiel, entouré de MM. Bourgeois, président de la commission permanente de préservation contre la tuberculose; Hérard, président du Congrès; des ministres Rouvier, Etienne, Berteaux, des ambassadeurs revêtus de leurs brillants costumes, des membres de l'Institut, des membres du parlement et de nombreuses personnalités médicales de France et de l'étranger.

Notre vénérable maître, M. Hérard, a le premier pris la parole. Il a commencé par adresser au président et aux membres du gouvernement ses vifs remerciements pour l'intérêt qu'ils veulent bien porter aux travaux du Congrès et aux efforts que médecins et congressistes de tous les pays accomplissent d'un commun accord dans la lutte contre la tuberculose. M. Hérard adresse un remerciement particulier à MM. Bourgeois et Casimir-Perier pour l'appui qu'ils ont apporté dans cette lutte. Il salue ensuite les nombreux délégués étrangers qui donnent à cette fête son caractère éminemment international.

Abordant l'historique de la lutte contre la tuberculose, M. Hérard rend tout d'abord hommage à Gintrac (de Bordeaux) qui, en 1867, institua le premier Congrès contre la tuberculose, qui fut présidé par Bouillaud, avec Jaccoud comme secrétaire général. Déjà à ce Congrès, les étrangers étaient dignement représentés puisqu'on y entendit Virchow et Lebert, pour ne citer que les plus illustres. Mais ce qui donne surtout un intérêt rétrospectif à cette première réunion, c'est que Villemin y ouvrit la discussion et y soutint ses idées, bien neuves alors, absolument révolutionnaires et qui règlent aujourd'hui toutes les notions relatives à la tuberculose. En 1888, nouveau Congrès de la tuberculose sous la présidence de M. Chauveau; en 1891, Ligue française contre la tuberculose conduite par Armaingaud; de 1893 à 1898 deux autres Congrès, l'un dirigé par Verneuil, l'autre par Nocard; création des sanatoria d'Angicourt, de Bligny, de Gien, d'Hauterive, de Villepinte, etc. En même temps création de nombreux, de trop nombreux sanatoria en Allemagne. L'Angleterre, peut-être plus avisée, s'attaqua aux logements insalubres.

Vient alors le Congrès de Londres, dans lequel eut lieu la lutte mémorable entre Koch et Nocard, relative aux dangers de l'ingestion du lait provenant de vaches tuberculeuses, dangers niés par Koch, admis par Nocard, qui a fini par rallier à son opinion le plus de partisans. M. Hérard cite encore pour mémoire les Congrès de Naples, de Copenhague. Qu'est-il sorti de tout cela? Quels résultats a-t-on obtenus? Notre vénérable doyen se montre ici quelque peu pessimiste et déplore d'avoir à constater que jusqu'ici le résultat n'est pas en rapport avec l'effort considérable qui a été accompli. L'Angleterre seule a vu jusqu'alors sa mortalité par tuberculose diminuer notablement dans les grandes villes, grâce, sans doute, à la lutte acharnée contre les logements insalubres. C'est donc de ce côté qu'il faudrait surtout diriger les efforts. Dans toutes les autres nations, les chiffres de mortalité sont restés à peu près les mêmes. Les grandes découvertes de Villemin et de Koch n'auraient donc abouti à aucun résultat prophylactique ou thérapeutique de la tuberculose.

Cherchant l'explication de ce fâcheux *statu quo*, M. Hérard croit l'avoir trouvé dans ce fait qu'après la découverte du bacille de la tuberculose on s'est dit : Le bacille, voilà l'ennemi, et c'est au bacille qu'on s'est attaqué, négligeant ainsi bien d'autres causes prédisposantes de la tuberculose, telles que le surmenage, l'habitation insalubre, l'alcoolisme. Or c'est à combattre ces trois causes que doit surtout s'appliquer le Congrès actuel. Dans ce but, il a été divisé en quatre sections : une section de pathologie médicale, présidée par le professeur Bouchard; une section de pathologie chirurgicale, présidée par le professeur Lannelongue; une section de préservation sociale et d'assistance de l'enfant, sous la présidence du professeur Grancher; et une section de préservation et d'assistance de l'adulte, sous la double présidence de MM. le professeur Landouzy et le sénateur Paul Strauss.

En terminant, M. le président du Congrès appelle l'attention des congressistes sur l'exposition si heureusement organisée par le docteur Léon Petit, et il émet le vœu et même l'espérance que des nombreux et importants travaux inscrits aux programmes des diverses séances de ces quatre sections sortira une œuvre utile à l'humanité.

Après M. Hérard, les délégués étrangers ont pris la parole : MM. Schjerning, au nom de l'Allemagne; Williams, au nom de l'Angleterre; Von Schrötter, de l'Autriche; Beco, de la Belgique; de Gouvea, du Brésil; Rousseff, de la Bulgarie; Espina y Capo, de l'Espagne; Beyer, des États-Unis; Hutyra, de la Hongrie; Davel, de la République argentine; Babès, de la Roumanie; Raptchewski, de la Russie; et Schmid, de la Suisse.

M. Letulle, secrétaire général du Congrès, a pris, à son tour, la parole :

« L'organisation du Congrès, dit-il, comportait la mise en valeur de toutes les forces antituberculeuses de la France et des pays étrangers.

Pour la France, notre territoire a été divisé en vingt-sept

comités régionaux, correspondant d'une manière générale au ressort de nos facultés ou écoles de médecine.

Fonctionnant d'une manière autonome, ces comités régionaux se sont mis en devoir de répondre au desideratum du Congrès, qui était de collaborer chacun dans la mesure de ses forces, au projet de réunion, à Paris, des sciences médico-chirurgicales, expérimentales et comparées, dans leurs rapports avec la tuberculose, d'une part, et de l'autre, à une solennelle manifestation d'hygiène sociale à laquelle toutes les régions de notre territoire français étaient invitées à présenter, avec leurs doléances, les cahiers généraux de la tuberculose.

A l'étranger, le bureau sollicita la participation effective de toutes les nations civilisées. Trente-trois pays constituèrent, sans retard, leur comité national et se mirent en mesure de nous apporter l'exposé de leurs travaux scientifiques et la « lutte antituberculeuse » entreprise sur toute l'étendue de leurs territoires.

Telle est, monsieur le président, l'armature du Congrès.

Le gouvernement de la République, en accordant au Congrès une subvention de 100000 francs, nous a permis de faire sur toute l'étendue du globe terrestre une active et instructive propagande. Plus de 600000 personnes de toute nationalité ont été touchées directement et d'une manière individuelle par nos feuilles circulaires. Plus de 5000, hier soir, avaient déjà répondu d'une façon directe et effective à notre appel et nous pouvons vous présenter en cette assemblée 3500 membres titulaires ou associés et les 1500 exposants. De tant d'efforts accomplis, de tant de travaux qui vont dès demain se multiplier dans les quatre sections fonctionnant matin et soir jusqu'à samedi prochain, que restera-t-il?

De ces Etats généraux, nations réunies à Paris dans un même élan fraternel pour une même action grandiose de paix et de concorde, quelles traces vont survivre?

Quarante rapports rédigés par les personnalités les plus compétentes et destinés à répondre aux vingt questions jugées les plus urgentes du problème antituberculeux, huit cents communications faites en séance, discutées à fond par les membres titulaires du Congrès.

Un certain nombre de vœux déposés sur le bureau et votés par l'assemblée générale en séance de clôture samedi prochain.

Tel est le bilan des travaux du Congrès qui sera présenté dans quelques semaines à l'universalité des gouvernements étrangers.

Il y aura plus encore, monsieur le président : grâce à la collaboration généreuse et inlassable de la presse entière, aussi bien scientifique que politique et littéraire, le Congrès aura pu jeter à pleines mains de par le monde, dans l'âme des peuples, l'idée féconde de la solidarité de toutes les races humaines en face de la tuberculose, la pire des maladies sociales; il aura publié au grand jour et partout la démonstration décisive et inéluctable du devoir impérieux qui incombe à la totalité des nations civilisées.

La puissante semence est tombée en bonne terre. Dès demain matin, la phalange sacrée des bons ouvriers, conduite par nos maîtres, va se mettre à l'œuvre et fertiliser l'émouvant espoir des grandes moissons prochaines. »

M. le président de la République, ainsi que l'exige le protocole, a parlé le dernier; dans une heureuse improvisation, dite avec simplicité et bonhomie, il a rappelé la part que depuis longtemps déjà tous les gouvernements qui se sont succédé ont pris à la lutte contre la tuberculose, fléau plus terrible, a-t-il dit, que la peste, le choléra et bien d'autres, le plus meurtrier de tous les fléaux. Il rappelle que, personnellement, étant ministre de l'Intérieur et président du Conseil, il s'était tout particulièrement intéressé aux efforts entrepris par les médecins et les hygiénistes contre la peste et le choléra.

Remerciant à son tour, au nom de la France, les délégués étrangers, remerciant les organisateurs du Congrès, en particulier son vénérable et vaillant président, M. Hérard, qui bien qu'âgé depuis hier de quatre-vingt-six ans, a conservé toute son ardeur et présidera encore, sans aucun doute, avec la même vaillance le prochain Congrès de la tuberculose, M. Loubet passe en revue les efforts tentés par la médecine et l'hygiène contre le terrible fléau et se plaît à reconnaître que loin d'avoir fait faillite, comme on l'a dit à tort, la médecine avait accompli de grands et réels progrès dans la prophylaxie et même dans le traitement de la tuberculose. Ce qu'a fait la médecine dans cet ordre d'idées permet d'augurer de ce qu'elle pourra faire encore, et M. le président est convaincu de ses futurs succès et est rempli d'espoir que tant d'efforts, tant de travaux, tant de bonnes volontés, un accord si unanime dans la lutte entreprise porteront bientôt leurs fruits.

Sous la conduite de MM. Hérard, Letulle et Petit, le président de la République, suivi de son nombreux et brillant cortège, a été ensuite visiter l'exposition fort instructive et fort intéressante qui est installée dans les salles voisines, et qui restera ouverte, gratuitement, au public jusqu'à la fin d'octobre.

Cette exposition remplit la plupart des galeries qui entourent la grande rotonde où a eu lieu la séance d'inauguration. Elle comprend, comme le Congrès lui-même, quatre sections : la section scientifique, la section sociale, la section industrielle et la section historique; on y trouve réuni tout ce qui a trait à la tuberculose, à son histoire, à sa prophylaxie, à son traitement.

Nous y voyons d'abord de nombreuses maquettes et de nombreuses photographies relatives aux sanatoria, en particulier aux sanatoria de Gien, de Bligny, d'Angicourt, de Villepinte, d'Ormesson, etc. Tout, dans ces établissements, est constitué en vue de la cure d'air et de repos, dans des sites isolés, bien exposés et dans des endroits agréables à l'œil. A côté de ces maquettes et de ces photographies se trouvent de nombreux documents statistiques résumant les résultats obtenus par des œuvres antituberculeuses.

Parmi ces statistiques, il en est une qui frappe particulièrement l'attention, c'est celle qui a été dressée dans le service de M. Landouzy, à l'hôpital Laënnec, et qui montre les ravages que fait la tuberculose dans certaines professions, notamment celle des blanchisseurs.

Signalons aussi une reconstitution, faite par les soins de l'Assistance publique, d'un coin de l'hôpital de Lariboisière; c'est un véritable petit musée Grévin et tout y est représenté avec une grande fidélité, jusqu'aux internes, aux infirmières et aux malades eux-mêmes.

Pour montrer la fâcheuse inégalité qui existe entre les logements au point de vue de la salubrité, les organisateurs de l'exposition ont eu l'ingénieuse idée de mettre en parallèle une chambre de domestique dans une maison luxueuse des Champs-Elysées et une cellule de la fameuse prison de Fresnes; le contraste est frappant, la première est insalubre au premier chef, la seconde réalise le summum de l'hygiène et de la salubrité; si bien que si on était appelé auprès d'un domestique alité dans la chambre des Champs-Elysées, on serait tenté de lui conseiller de faire un mauvais coup pour tâcher d'obtenir un lit dans l'une des cellules de la prison de

Fresnes. Sa santé ne ferait certainement qu'y gagner. Ici encore, comme dans beaucoup d'autres expositions antérieures, la chambre Touring Club triomphe, comparée surtout aux chambres malsaines de nos auberges de campagnes et de nos hôtels de province et même de Paris.

Dans la partie de l'exposition réservée à la section scientifique, se trouvent de nombreuses pièces d'anatomie pathologique, relatives à la tuberculose. Nous ne saurions trop engager les étudiants et nos jeunes collègues à visiter ces pièces très démonstratives, maintenant surtout que l'anatomie pathologique, et en particulier l'autopsie, ont été un peu trop abandonnées pour le microscope. Ainsi que l'a fort bien dit M. Hérard dans son discours, le bacille de Koch n'est pas tout dans la tuberculose. Sans doute il est bon de le connaître et de savoir le reconnaître au besoin, mais il n'est pas moins bon de connaître *de visu* les lésions matérielles produites par la tuberculose. La collection, réunie à cet effet dans cette exposition, est des plus intructives. Du reste le microbe ne perd pas pour cela ses droits et les collections microbiennes envoyées par l'institut Pasteur ont de quoi satisfaire les plus exigeants. A signaler aussi les collections envoyées par la Faculté de Paris, l'école d'Alfort, la clinique de Laënnec, l'hôpital Saint-Louis, les écoles de Nancy, de Rouen, les musées d'Allemagne, etc. Toutes ces collections ainsi réunies constituent un musée anatomo-pathologique de réelle valeur, et d'un grand intérêt pour les praticiens.

L'Allemagne et la Suisse ont, chacune dans un musée spécial, réuni tous les documents relatifs à la lutte qu'elles ont entreprise contre la tuberculose. Là aussi se trouvent des choses instructives et intéressantes.

On ne saurait assez louer et remercier les organisateurs de ce musée qui n'est certes pas un des moindres attraits de ce Congrès qui nous en offre cependant beaucoup.

Ceci nous conduirait à parler des réceptions, des fêtes et réjouissances organisées de tous côtés, si bien qu'après avoir beaucoup travaillé, les congressistes pourront beaucoup se distraire : five o'clok du *Figaro*, hier, après la séance d'inauguration ; réception par M. le président Hérard à l'hôtel Continental, le soir; réception aujourd'hui à l'Hôtel de Ville par le Conseil municipal, banquet, réception par notre confrère le docteur de Rothschild, visite des sanatoria, fête offerte par le *Matin*, fête chez le président de la République, voyages à Monaco et ailleurs, etc. Nous ne pouvons que souhaiter bon pied, bon œil et bon estomac à ceux de nos confrères qui accompliront le programme dans son entier.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 3 OCTOBRE 1905)

L'Académie, que rien n'arrête dans son essor, pas même le cumul des Congrès, Congrès de la tuberculose, Congrès de chirurgie, Congrès d'urologie, a repris ses séances dans le calme habituel qui les caractérise. Rien n'y est changé : le bureau est au complet, quelques membres seulement parsemés dans la salle; de public, point; l'acoustique de la salle est toujours aussi mauvaise, la presse y est toujours huchée dans son poulailler d'où l'on sort les genoux et le reste meurtris, mais les oreilles reposées puisqu'on n'y entend rien.

Rhumatisme tuberculeux. — M. PONCET a présenté une brochure en son nom et au nom de son collaborateur M. Leriche sur une étude historique du rhumatisme tuberculeux, brochure remplie de documents authentiques d'où il résulterait que Scarron et Couthon auraient été de très beaux exemples de ce rhumatisme tuberculeux ankylosant, dont M. Poncet et ses élèves poursuivent l'étude depuis quelques années. (Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 40, p. 471.)

Gastrectomie. — M. BŒCKEL apporte un nouveau fait d'ablation totale de l'estomac pour une grosse tumeur cancéreuse de cet organe. Les résultats immédiats de l'opération ont été des plus satisfaisants.

Les microbes et la clinique. — M. BABÈS (de Bucarest) fait une importante communication relative à des recherches bactériologiques : M. Babès a isolé un certain nombre de microbes intermédiaires au colibacille et au bacille d'Eberth. Il a trouvé ces microbes chez l'homme et chez des animaux se nourrissant de viande, et il a cru remarquer certains rapports entre ces microbes et certains états pathologiques infectieux se rapprochant de la fièvre typhoïde.

M. CHANTEMESSE, tout en trouvant fort intéressantes les recherches de M. Babès, craint qu'elles n'aboutissent à une confusion clinique regrettable; si, en effet, on s'en rapportait uniquement à ces recherches, on arriverait à mettre dans le même cadre une foule d'états pathologiques absolument différents, tels que la fièvre typhoïde, certains états infectieux, le typhus exanthématique, etc. Or ces maladies, créées par l'observation clinique, doivent rester telles que nous les a montrées la clinique.

Chemin faisant, M. Chantemesse fait observer que, dans bien des cas, on a peut-être attaché trop d'importance au sérodiagnostic. Nous avons été heureux d'entendre un représentant aussi autorisé de la science moderne défendre avec autant d'énergie les droits de la vieille clinique parfois un peu trop délaissés.

M. BABÈS se défend d'avoir dit quoi que ce soit qui puisse ébranler les bases de la clinique. Il a seulement voulu attirer l'attention sur certains microbes qui peuvent avoir leur importance, tant au point de vue de l'étiologie que de la prophylaxie ou même de la thérapeutique de certaines maladies.

Pleurésie médiastine gangréneuse. — M. FERNET relate deux intéressantes observations de pleurésie médiastine purulente, gangréneuse, fort bien guéries par l'intervention chirurgicale. La première de ces observations est d'autant plus intéressante qu'il s'agit de son propre cas; point de départ : pneumonie du sommet gauche se compliquant de pleurésie purulente, signes de gangrène, ponction, puis large incision verticale, résection de deux côtes, incision et drainage de la plèvre. Cette intervention, pratiquée par M. Quénu, a eu les plus heureux résultats, ainsi que nous avons pu le constater en entendant M. Fernet nous raconter sa propre observation.

Héliothérapie. — M. VIDAL (d'Hyères) communique plusieurs cas intéressants de traitement de lupus étendus par l'héliothérapie. Il y a là une application intéressante des rayons du soleil qui luit pour tout le monde... quand il luit.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

RÉTRÉCISSEMENT MITRAL

Il existe deux variétés de rétrécissement mitral : *a.* le *rétrécissement mitral pur*, dit encore maladie de Duroziez (1877), *b.* le *rétrécissement mitral d'origine endocardique*, le plus souvent associé à une insuffisance mitrale pour constituer la *maladie mitrale.*

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE. — *A.* **Rétrécissement mitral pur.** — 1. AGE. — Le rétrécissement mitral pur n'apparaît pas, *cliniquement*, avant la puberté. Mais, *anatomiquement*, il peut exister beaucoup plus tôt : en plus du *rétrécissement congénital*, encore discuté, on connaît aujourd'hui un certain nombre de cas de rétrécissements survenus dans l'enfance. S'ils passent si souvent inaperçus, c'est parce que *α.* la sténose est alors peu prononcée (Samson); β. que le cœur, à cette période de la vie, est encore tout petit (P. Teissier).

2. SEXE. — C'est surtout le *sexe féminin* qui est atteint (de 70 à 95 p. 100 des cas). Chez l'homme, la maladie ne frappe que des sujets chétifs ou hystériques.

3. PATHOGÉNIE. — A. *Anciennes théories.* — On a invoqué, successivement : α. l'*étroitesse physiologique de l'orifice mitral chez la femme*;

β. La *diminution de l'alcalinité du sérum sanguin chez la femme, au moment de la puberté.* Le sérum se rapprocherait alors de celui des rhumatisants et irriterait l'endocarde dans ses parties rétrécies (Landouzy);

γ. L'*existence d'un rhumatisme très léger* (Duroziez, Samson);

δ. La *coexistence fréquente de la chlorose*, permettant de considérer le rétrécissement mitral pur comme une *maladie d'évolution* (Potain, Hardy, G. Sée, Broadbent).

B. *Théories actuelles.* — Elles sont au nombre de *trois :*

α. *Le rétrécissement mitral pur est une manifestation de la tuberculose* (Potain, Triboulet, Teissier, Tripier, etc.). Et en effet les malades présentent fréquemment des antécédents héréditaires et personnels de tuberculose.

Mais, presque toujours, il s'agit d'une *tuberculose atténuée.* Le rétrécissement serait dû à l'action lente des toxines tuberculeuses sur l'endocarde, et, particulièrement, sur la partie marginale de la valvule qui se polit, s'indure, s'érode et, par soudure ultérieure de ses deux bords, finit par déterminer une sténose de l'orifice mitral.

Pourquoi le rétrécissement mitral pur met-il, le plus souvent, obstacle au développement de la tuberculose pulmonaire ? *a.* Parce qu'il détermine une congestion passive des bases, décongestionnant les sommets (Peter, Renaut, Lépine); *b.* Parce que la stase sanguine qu'il provoque constitue une condition défavorable au développement de la tuberculose pulmonaire. (Inversement, les maladies qui s'accompagnent d'ischémie pulmonaire [rétrécissement pulmonaire] favorisent l'extension de la tuberculose.)

β. *Le rétrécissement mitral pur est une manifestation de l'hérédo-syphilis* (Fournier, Labadie-Lagrave, Huchard, Jacquet, Deguy, etc.).

γ. Il relève d'une *malformation congénitale héréditaire ou familiale*, et serait fréquemment une manifestation de l'*infantilisme* qu'il contribue d'ailleurs à aggraver (*nanisme mitral*, Gilbert et Rathery). On l'observerait chez les enfants de syphilitiques, de tuberculeux, de cachectiques. Cette dernière théorie permet de synthétiser toutes les causes précédemment invoquées.

B. **Rétrécissement mitral acquis.** — 1. Le plus souvent (60 p. 100 des cas), il est d'*origine rhumatismale* (Duroziez, Duckworth) et coïncide alors souvent avec une insuffisance mitrale et des lésions aortiques.

2. Quelquefois, on peut l'attribuer α. *au développement d'infarctus* dans l'épaisseur du bord libre de la mitrale (Weber et Deguy); β. à l'*artério-sclérose* (Pitt, Blind, Dalché, etc.).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *A.* Dans le **rétrécissement mitral pur**, les lésions frappent exclusivement le *bord libre des valves* et les *cordages* tendineux qui y aboutissent; elles respectent le reste des valves et l'anneau fibreux orificiel.

Les *bords des valves* sont épaissis; ils adhèrent peu à peu l'un à l'autre et se soudent au niveau de leurs commissures (analogie avec le symblépharon, Bouillaud). A mesure que la lésion vieillit, les adhérences se rétractent de plus en plus.

Les *cordages tendineux* deviennent épais et cassants : ils se raccourcissent en immobilisant les lames.

Aspect du rétrécissement. — Il est typique. L'appareil valvulaire prend l'aspect d'un entonnoir, d'un cône tronqué dont le sommet pénètre dans le ventricule. Les parois externes en sont lisses et polies, les parois internes, très foncées; elles laissent entre elles une fente étroite, de forme plus ou moins irrégulière, indilatable, infranchissable.

L'*anneau fibreux orificiel* est toujours intact.

Etat du cœur. — Les *deux oreillettes* sont hypertrophiées et dilatées; la *gauche*, surtout, a des parois dures et épaissies et contient des caillots mous, noirâtres, souvent stratifiés, parfois pédiculés, siégeant surtout à la paroi postérieure de l'oreillette et dans l'auricule; dus à la stagnation du sang (*anévrisme passif du cœur*, Beau), ils peuvent se détacher et déterminer une obstruction subite de l'orifice mitral (*asphyxie blanche*, Rendu). La dilatation de l'oreillette gauche manque dans les cas légers ou moyens; elle manque aussi dans l'enfance (Potain).

Le *ventricule gauche* est généralement rapetissé, parce qu'il reçoit moins de sang que d'ordinaire; quelques auteurs signalent cependant son hypertrophie.

Le *ventricule droit* est hypertrophié; sa dilatation aboutit, à la fin, à une insuffisance tricuspidienne, ce qui a fait comparer le rétrécissement mitral à une ligature posée sur l'artère pulmonaire.

Lésions viscérales. — α. *Pulmonaires* : les vaisseaux pulmonaires subissent une double pression s'exerçant en sens contraire, aussi sont-ils souvent le siège de dilatations et même de ruptures, celles-là se traduisant par des foyers congestifs, celles-ci par des hémoptysies peu abondantes. β. *Cardiaques* : M. Vaquez a signalé des foyers d'apoplexie musculaire, fréquents surtout chez la femme enceinte, et caractérisés par une dilatation exagérée des capillaires avec, çà et là, des ruptures et des foyers hémorragiques. γ. *Viscérales* : ce sont celles de l'asystolie.

B. Dans le **rétrécissement mitral acquis**, ou bien les valvules sont encore assez souples pour s'accoler lors de la systole ventriculaire, et alors le rétrécissement existe seul, ou non, et alors le retrécissement se double d'insuffisance. Ce dernier cas est de beaucoup le plus fréquent.

Si, avec les lésions mitrales, coexistent des lésions aortiques, le ventricule gauche s'hypertrophie, au lieu de s'atrophier comme dans le cas précédent.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — L'hypertrophie de l'oreillette gauche assure d'abord la compensation. Lorsqu'à l'hypertrophie a succédé la dilatation, c'est à l'hypertrophie du ventricule droit qu'est due la compensation. Peu à peu, le ventricule droit se dilate, l'insuffisance tricuspidienne s'installe, les phénomènes asystoliques font leur apparition. La période troublée est donc toujours précoce dans le *rétrécissement mitral.*

L'existence d'un *rétrécissement mitral spasmodique*, attribué à une contracture des muscles papillaires, est encore discutée (v. classiques). *(A suivre.)*

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 114. — SAMEDI 7 OCTOBRE 1905. 78e ANNÉE. SAMEDI 7 OCTOBRE 1905. — N° 114.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA TUBERCULOSE (Paris, 2-7 octobre 1905).
Préservation et assistance de l'adulte. Hygiène sociale.
ANALYSES
Médecine : La mobilité des lymphocytes.
Chirurgie : Diagnostic et traitement des fractures du scaphoïde carpien et de la luxation semi-lunaire; — Sur le plombage des cavités osseuses par le procédé de Mosetig-Moorhof.
LIVRES NOUVEAUX
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

MARINE. — M. le médecin de première classe Boy, du port de Rochefort, est désigné pour embarquer sur le *Gueydon* (escadre de l'Extrême-Orient), en remplacement de M. le docteur Laurent, qui rentre en France.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. — La section permanente du Comité consultatif d'hygiène publique de France a pris, au sujet de l'épidémie du choléra qui sévit actuellement en Allemagne, la délibération suivante :

« La section permanente du comité consultatif d'hygiène publique de France,

Réunie le 28 septembre, après avoir entendu l'exposé de la situation de l'épidémie cholérique en Allemagne, telle qu'elle résulte des documents adressés au ministère de l'Intérieur et émanés des agents diplomatiques et consulaires de France;

Après avoir pris connaissance des dispositions arrêtées ou en voie de préparation pour l'organisation aux frontières de postes sanitaires analogues à ceux qui ont été établis en 1892 dans les gares frontières du Nord et de l'Est;

A l'unanimité constate qu'il a été donné satisfaction par le directeur de l'hygiène publique à la délibération de la section permanente en date du 5 septembre;

Renouvelle l'invitation faite alors à l'administration de ce service de se tenir prête, sur tous les points, à défendre la frontière si celle-ci était menacée;

Et étant donné la saison, la marche lente de l'épidémie, le nombre relativement restreint des cas et des décès constatés, les précautions et les mesures prises par le gouvernement allemand, la distance considérable qui sépare la France de la région contaminée;

Etant donné d'autre part que le choléra à l'état épidémique continue à être limité au bassin de la Vistule, que les cas observés à Hambourg et à Berlin n'ont pas créé de foyer;

Est d'avis que le moment n'est pas venu d'imposer aux voyageurs et aux marchandises venus d'Allemagne les restrictions que comporte le fonctionnement des postes sanitaires. »

RADIOLOGIE MÉDICALE. — *Cours de vacances*, par le docteur A. BÉCLÈRE, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. — Tous les jours, du dimanche 15 au dimanche 22 octobre :

Matin, dix heures : Enseignement des notions théoriques et techniques indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.

Matin, onze heures : Exercices pratiques de radioscopie, particulièrement appliqués à l'exploration des organes thoraciques.

Soir, deux heures : Exercices pratiques de radiographie simple et stéréoscopique des diverses régions.

Le cours théorique est librement ouvert à tous les étudiants et docteurs en médecine, il commencera le *dimanche 15 octobre, à dix heures du matin*, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Magendie (deuxième étage).

Le droit d'inscription pour les exercices pratiques de radioscopie et de radiographie est de 100 francs; ils auront lieu à partir du lundi 16 octobre, dans le laboratoire du docteur Béclère. (En raison du nombre forcément très restreint des personnes qui pourront y participer, on est prié de s'inscrire le plus tôt possible.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Genty (d'Arinthod).

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales médico-psychologiques. — (N° 2, sept.-oct. 1905.) RÉGIS : La confusion mentale. — CULLERRE : Les établissements d'aliénés de l'État de New-York en 1903.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Octobre 1905.) DARDEL : L'installation des hôtels des villes d'eaux. — REYNAUD : Epidémiologie de la maladie du sommeil, trypanosomiase humaine. — Gérard DÉLÉARDE et RIQUIET : Sur la recherche toxicologique de la morphine.

Archives de médecine des enfants. — (N° 10, octobre 1905.) Carmelo CIACCIO : Etiologie et pathogénie de l'anémie splénique infantile. — Mme DERSCHEID-DELCOURT : Le traitement du mal de Pott au moyen de la plaque pottique à ressort. — Araoz ALFARO et Manuel DE SANTAS : Les sarcomes viscéraux chez les enfants.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 12, 30 sept. 1905.) ROBIN : Leçons de clinique thérapeutique. Traitement de l'œdème aigu du rein. — DIGNAT : Les récentes découvertes et leur influence sur l'électrothérapie.

Journal de pharmacie et de chimie. — (N° 7, 1er octobre 1905.) COLLIN : Sur la composition et l'analyse des poudres alimentaires destinées aux bestiaux. — CARETTE : Sur le chlorhydrate neutre de quinine. — GUIGUES : Sels de quinine et sels ammoniacaux.

Montpellier médical. — (N° 38, 17 sept. 1905.) BONNET et FIOLLE : Migration d'un corps étranger à travers le petit bassin et la fosse iliaque gauche.

Normandie médicale. — (N° 19, 1er oct. 1905.) CERNÉ et CAUCHOIS : Notes de radiothérapie. — R. BRUNON : La pornographie à domicile.

Revue de la tuberculose. — (N° 4, août 1905.) BEZANÇON et PHILIBERT : Recherches expérimentales sur l'inoculation intrapéritonéale chez le cobaye de bacilles de Koch additionnés de beurre. — LAUNOIS et TRÉMOLIÈRES : Tuberculose à marche subaiguë et à localisations multiples. — JONNÈS : Utilisation de la graisse chez les tuberculeux.

Revue mensuelle des maladies de l'enfance. — (N° 26, oct. 1905.) MARFAN : Préservation de l'enfant contre la tuberculose dans la famille. — DE QUEIROS-MATTASSO : Un cas peu commun de syphilis héréditaire.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 18, 30 sept. 1905.) JACQUINET : Un cas d'abcès du cerveau d'origine otique. — LANGLET : La population de Vitry-le-Francois et de son arrondissement (*suite*).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les indications des interventions chirurgicales dans les maladies internes à l'usage des médecins-praticiens, par le professeur Hermann SCHLESINGER (de Vienne); traduction française de MM. les docteurs LICHTWITZ et SABRAZÈS, professeur agrégé, médecin des hôpitaux de Bordeaux. — *Première partie :* Maladies du système nerveux, des os et des articulations, de la plèvre, du médiastin, du système circulatoire et du tube digestif; — *Deuxième partie :* Maladies du foie et de la vésicule biliaire, de la rate, du pancréas, du rein et du bassinet, de la vessie; — *Troisième partie :* Maladies du tube digestif (estomac, intestin). Péritoine. Indications de l'accouchement prématuré provoqué, opérations chez les diabétiques. Influence qu'exercent sur l'organisme les interventions opératoires, par le docteur Julien SCHNITZLER. — Chaque partie forme 1 vol. in-18 jésus. Prix de chaque volume : 4 francs. — Paris, Vigot frères.

Les formes chirurgicales de la tuberculose intestinale, par les docteurs Léon BÉRARD, chirurgien des hôpitaux de Lyon, professeur agrégé à la Faculté de médecine, et Maurice PATEL, professeur agrégé à la Faculté de médecine. Petit in-8° (Encycl. scient. des Aide-mémoire). — Prix : broché, 2 fr. 50; cart., 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

The medical diseases of Egypt, by F. M. SANDWITH, M. D., F. R. C. P. Part. I. In-8. — Prix : 9 fr. 50. — London, Henri Kimpton.

Les complications du diabète et leur traitement, par le docteur LÉPINE, professeur à la Faculté de médecine de Lyon. In-16 de 96 p., cart. (Actualités méd.) — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA TUBERCULOSE

(PARIS, 2-7 OCTOBRE 1905)

PRÉSERVATION ET ASSISTANCE DE L'ADULTE HYGIÈNE SOCIALE

La notion de la tuberculose *maladie sociale*, affirmée et développée en 1899 au Congrès de Berlin, bien que l'idée première en fût plus ancienne, orientait dans un sens nouveau le sens *social*, la lutte contre la redoutable affection dont la marche chaque année progressive a suscité enfin un énergique et universel effort.

Les notions de contagion, d'hérédité avec l'acception particulière qu'on doit désormais donner à ce mot, c'est-à-dire reproduction pour les enfants des causes favorisantes qu'avaient déjà subies les parents, étaient désormais suffisamment établies. C'est sur les idées de prévention, de prophylaxie, de préservation sociale que l'entente devait dès lors se faire.

La quatrième section du Congrès international de la tuberculose a parfaitement compris ces nouvelles nécessités, et l'attention et l'assiduité avec lesquelles ses travaux ont été suivis ont suffisamment démontré que parmi les médecins comme parmi les hygiénistes, ces préoccupations étaient bien celles de l'heure présente.

Les questions posées s'attaquaient aux problèmes les plus passionnément discutés, tels ceux des sanatoriums et des dispensaires, et de plus une vaste enquête internationale était instituée recherchant d'abord les causes sociales et économiques de la tuberculose, étudiant les différents moyens de lutte et de préservation, surtout dans la classe ouvrière la plus décimée, mais également dans des collectivités voisines, dans l'armée, la marine et les colonies.

I

Les facteurs étiologiques de la tuberculose : les conditions économiques dans l'étiologie sociale de la tuberculose, telle était la première question proposée. La lutte contre la tuberculose devant désormais être portée sur son véritable terrain, terrain social, où se développe cette maladie sociale, les causes premières devaient être de nouveau étudiées avec détail sur les lieux mêmes où elle naît. Depuis longtemps les hygiénistes avaient signalé les principales de ces causes, énonçant les conditions dans lesquelles se fait la contagion, et celles qui diminuent d'une façon continûment progressive la résistance du terrain. M. ROMME (de Paris) a repris cette étude dans son rapport.

Loin de vouloir donner la prépondérance à l'une quelconque de ces causes que les divers auteurs avaient étudiées d'une façon un peu trop systématique et exclusive, la mauvaise hygiène des logements, des ateliers, la prolongation épuisante du travail pour un salaire insuffisant, l'alcoolisme, M. Romme trouve dans les conditions économiques en général de la société la cause efficiente de la tuberculisation progressive des villes et des campagnes. Ces divers facteurs sociaux ne sont pas pour lui indépendants les uns des autres « et c'est la même main qui soude les anneaux de cette chaîne faite de misère, de souffrance et d'ignorance ».

L'une des modifications les plus importantes qu'ait subies le régime économique des sociétés modernes est la substitution progressive de la machine au travail manuel. Cette modification qui a des conséquences considérables à des points de vue si divers, a eu comme aboutissant logique la centralisation à outrance, et a réalisé le dépeuplement des campagnes au bénéfice des villes. Au fur et à mesure que le paysan, que n'occupaient plus, dans les loisirs que la terre lui faisait, divers métiers accessoires tels que la poterie, la filature, le tressage de la paille, la clouterie, émigrait vers les centres industriels voisins, un nouveau contingent venait grossir le nombre des tuberculeux des villes. A ces déracinés, ces surmenés, ces non-acclimatés, que cette tuberculose des villes décime, viennent s'ajouter ceux qui, sans quitter la campagne, vont travailler dans les fabriques ou les usines voisines, et contractent à ce contact le germe qu'ils rapportent ensuite avec eux. Si bien que dans un travail dû à M. Durozoy on peut lire que, dans des villages voisins appartenant à un même canton, la mortalité par la tuberculose est de 0 à 10 p. 10000 dans des villages essentiellement agricoles, de 56 à 61 p. 10000, dans trois de ces villages franchement industriels.

Ce n'est pas tout, et l'exode rural n'est pas la seule conséquence de la disparition de ces métiers de tisserand, de bûcheron, de potier, qui facilitaient l'existence des paysans. Le développement de l'outillage mécanique ayant abaissé dans des proportions considérables le prix de revient des objets fabriqués, la main-d'œuvre en a subi une diminution proportionnelle. Si bien que les « entrepreneurs » ont répandu dans les campagnes les travaux faciles tels que la basse confection, la lingerie grossière, ne donnant aux ouvriers, surtout aux femmes, qu'un salaire dérisoire, dont ceux-ci se contentaient, puisque ces travaux « étaient pour eux un passe-temps plutôt qu'une besogne fatigante » (Cotelle). Mais bientôt ce salaire minime, « ce salaire d'appoint, » destiné d'abord à venir en aide au ménage, a, dans des cas trop nombreux, constitué sa seule ressource.

Il est devenu alors l'occasion funeste d'un surmenage, sans compensation qu'une misère de plus en plus grande et qu'expliquent assez les gains de 1 franc, 1 fr. 25 réalisés par les plus habiles pour une journée de douze à quatorze heures de travail.

La main-d'œuvre ainsi diminuée par cette concurrence des campagnes désastreuse à elle-même, les ouvriers et les ouvrières des villes ont vu le prix de leurs journées abaissé d'autant. C'est ainsi que d'après M. Bonnevay, à Lyon, « le salaire annuel, établi sur la base d'une journée de huit heures, oscille, pour l'ouvrière, entre 183 francs (tulles et dentelles), et 780 francs (soieries). Pour un travail de onze heures par jour, sans tenir compte de la morte saison ni des frais d'amortissement, le salaire, dans la grande majorité des cas, va de 0 fr. 83 à 2 fr. 50 par jour. A Paris, pour dix à douze heures de travail par jour, nous trouvons dans certaines branches de la confection et de la lingerie des salaires journaliers qui ne dépassent pas 1 fr. 75, 2 francs, 2 fr. 75. »

Ce ne sont pas là des chiffres uniques, résultant d'une enquête isolée ; les remarquables travaux de M. Benoist arrivent sensiblement pour la ville de Paris aux mêmes données. Il devient impossible dès lors que dans ces conditions de surmenage, de soucis matériels et moraux, de nourriture et de logement insuffisants, les exigences les plus élémentaires de l'hygiène soient satisfaites.

De plus, à la campagne même, où nous venons de voir s'exercer ces métiers de misère, les dangers d'une contagion qui se développe avec rapidité sur ce terrain idéalement préparé, ne sont pas écartés, puisque par économie il arrive

souvent que les ouvriers se réunissent pour travailler en commun dans des sortes d'ateliers volontaires. Que dans ce milieu, se trouvent un ouvrier de la ville qui revient dans son village pour se soigner, un soldat rapatrié rapportant du régiment une tuberculose ouverte et l'œuvre de dissémination s'accomplit.

Si ce danger existe dans les campagnes, c'est dans les villes qu'il atteint son développement maximum. Ces ateliers volontaires constituent, on ne saurait trop le répéter, un véritable péril social. Avec eux nous abordons une des causes les plus importantes peut-être de la propagation de la tuberculose dans une certaine partie du monde ouvrier. A leur porte s'arrête le contrôle de l'Etat, alors qu'il s'exerce en droit sinon toujours en fait, dans les autres ateliers. Dans un rapport de l'inspecteur divisionnaire de Lille, on trouve à ce sujet, un fait, entre autres, éminemment instructif. Tel patron d'un atelier de lingerie, condamné pour l'emploi de filles âgées de moins de seize ans, a pu licencier son personnel, distribuer ses machines à ses ouvriers, qui ont eu alors toute facilité pour employer chez eux des enfants de tout âge, travaillant avec leurs parents douze à quinze heures par jour dans une pièce unique, basse, insuffisamment éclairée et aérée, dans une promiscuité redoutable. « Soumis à ces diverses influences, dit M. Fontaine, l'état général de ces ouvriers est inévitablement défectueux ; il constitue un terrain favorable à l'évolution des agents de propagation des maladies infectieuses, spécialement du bacille de la tuberculose. Un malade contamine tout d'abord ses camarades d'atelier. Ceux-ci disparus, c'est l'atelier lui-même, par les germes qu'il détient, qui infecte leurs remplaçants. Et les malades succèdent sans cesse aux malades. »

Tel est le rôle du travail à domicile effectué dans des conditions aussi misérables, résultant elles-mêmes de cette diminution des salaires qu'engendre le *sweating-system*, c'est-à-dire le régime par lequel un entrepreneur est l'intermédiaire entre le patron qui donne le travail et l'ouvrier auquel il est distribué. Ce résultat découle probablement, d'ailleurs, surtout du manque de surveillance, comme l'indique M. Cheysson dans la discussion du présent rapport, l'atelier familial peut, au contraire, soumis à une surveillance sévère, et délivré de ces excès funestes qu'engendrent fatalement ces salaires *de famine*, rendre des services.

Ainsi donc, non seulement les grandes industries et le développement colossal de leur outillage mécanique, qui dans un trop grand nombre de cas, sans parler des industries franchement toxiques comme celles du plomb, du mercure, de l'arsenic, etc., sont insalubres, mais encore les petites industries qui échappent plus facilement à la surveillance, se trouvent à cause de la modicité des salaires, de la durée du travail, du travail à domicile, du salaire d'appoint, du *sweating-system*, comprendre dans leur façon d'être actuelle, des conditions éminemment favorables au développement de la tuberculose à la ville et dans les campagnes.

Une autre cause sociale de la tuberculose, déjà depuis longtemps étudiée, et contre laquelle la lutte a été tentée de longue date, mais qui trouve ici sa place, c'est la destruction de la famille entraînant à sa suite, à cause du travail des femmes et des enfants, un des facteurs primordiaux de la tuberculose : l'alcoolisme. Quand la femme est, à l'exemple de son mari, employée à l'usine ou à la fabrique, l'enfant étant abandonné à une voisine ou confié à une crêche d'abord, à la maternelle ou à l'école communale ensuite, en attendant que dès l'âge de douze ou treize ans, il entre à son tour à l'atelier, le foyer familial ne peut plus exister. De la famille ouvrière ainsi constituée, M. Courge trace un tableau saisissant :

« L'homme rentre et sa femme le suit. On achète un morceau de charcuterie, on monte une bouteille de vin, une portion de chez le restaurateur, puis on pénètre au logis glacé. Le ménage n'est pas fait, la chambre est en désordre, malpropre. On quitte la table, qui n'a pas été mise et qui reste sale, pour retourner à l'atelier et on rentre le soir allumer le feu et préparer le dîner. Pendant ce temps, le mari attend chez le marchand de vin ; il rentre ou ne rentre pas, se déplaît chez lui sans savoir pourquoi, ne se rendant pas compte qu'il déserte son intérieur parce qu'il manque d'attrait et de confortable, et petit à petit, il prend l'habitude du cabaret. »

Au même titre que les obligations actuelles de l'industrie, l'alcoolisme avec toutes les misères sociales qu'il engendre et sur lesquelles ce n'est pas ici le lieu d'insister, se trouve donc être une des conditions économiques de notre société. Mais une de ses conséquences, entre autres, doit être mise en lumière, c'est sa liaison presque inévitable à un autre facteur éminemment phtisiogène, le logement insalubre. Cette question du logement encombré, sans air et sans lumière, a été traitée avec le plus grand soin dans ce Congrès, et on en a fait l'objet d'une discussion spéciale sur laquelle nous aurons à revenir.

C'est donc, comme on le voit, par l'analyse de chacune des causes qui interviennent dans le développement de la tuberculose, maladie sociale, « le monde où l'on pâtit » (Casimir-Perier), qu'elle doit frapper avec une sorte de prédilection. Instituteurs et répétiteurs, prolétaires intellectuels de toute catégorie, petits employés de commerce vivant une vie épuisante dans une atmosphère quotidiennement souillée, les uns et les autres mal payés, mal nourris, mal logés, paient le plus lourd tribut à l'ennemi commun.

Suivant M. Romme, c'est bien là la maladie populaire par excellence, frappant de préférence aux autres la classe pauvre, et augmentant, s'il en fallait une nouvelle preuve, en proportion presque directe de la diminution des revenus. « Pour la ville de Hambourg, M. Gebbhard, dit l'auteur, nous indique, par exemple, que sur 10000 contribuables, la mortalité par tuberculose est de 10,7 chez ceux dont le revenu dépasse 3500 marks, de 39,3 quand ce revenu oscille entre 900 et 1200 marks, et enfin de 60 chez ceux qui gagnent moins de 900 marks par an. Si nous ajoutons qu'une proportion très analogue a été établie par M. Roths pour les villes de Francfort, de Munich et de Berlin, et par M. Philipovitch pour Vienne, quelle conclusion en tirer, sinon que ce sont les conditions économiques qui régissent l'étiologie de la tuberculose? Et comme c'est encore la capacité économique de l'individu qui conditionne le logement dans lequel il habite, on comprend facilement pourquoi, à Paris, la mortalité par tuberculose est de 10,8 p. 10000 aux Champs-Elysées où les loyers varient entre 8 et 12000 francs par an, et de 104 p. 10000 à Grenelle, à Plaisance ou dans tout autre quartier populaire qui abrite « le monde où l'on pâtit », le monde où l'on s'entasse dans des logements étroits, le monde où l'on mange mal, tout cela parce qu'on y gagne durement sa vie. »

Que ce soit le logis insalubre et insuffisant comme le veut M. Juillerat, que ce soit comme l'indique le professeur Sternberg (de Vienne), dans un rapport qui fait suite à celui de M. Romme, le manque de travail qui se trouve être en relation plus directe encore avec la tuberculose, que ce soit plutôt l'ensemble des différents facteurs que nous avons passés

en revue, il semble établi que, *dans notre société, la tuberculose est fonction des conditions économiques de l'individu* (Romme).

II

C'est à chacune de ces causes que doit être livrée la lutte sociale antituberculeuse. Comme l'a dit M. Rénon, « la défense sociale idéale doit être éclectique et s'inspirer des vraies causes de la tuberculose. » A moins d'un changement radical dans les mœurs actuelles, d'une réorganisation de la société tout entière qu'on ne peut encore espérer, le mal ne peut être vaincu que peu à peu, forcé et chassé de place en place.

« Les remèdes? dit M. Furster. Une œuvre de prophylaxie générale, de préservation des valides et d'amélioration de leurs conditions d'existence, qui se confondra presque avec la solution de la question sociale, — une autre œuvre d'assistance des malades et de préservation contre eux, que la prophylaxie générale doit théoriquement rendre un jour inutile, mais qui, en fait, s'imposera longtemps encore et à grands frais. Deux œuvres qui doivent être menées parallèlement, si l'on ne veut faire un travail de Pénélope. Œuvres coûteuses et patientes, œuvres dignes d'une société qui prendrait au sérieux ses responsabilités et, revanche des négligences passées, travaillerait résolument pour l'avenir! »

Les diverses assurances et les mutualités, les sanatoria et les dispensaires, la protection des ateliers, la construction de maisons salubres, la lutte antialcoolique, sont les principaux des remèdes que le congrès s'est proposé d'étudier.

Les rapports de M. Furster (de Paris), de M. Bielefeldt (de Berlin), de M. Garland (de Londres) étudient le premier de ces moyens : les **assurances ouvrières** et les **mutualités.**

Le corps social, en effet, a le droit de se défendre contre tous ceux qui peuvent lui nuire ou le contaminer. Et c'est en allant jusqu'au bout de ce droit que l'internement obligatoire de tous les tuberculeux deviendrait le remède aussi radical qu'inhumain, mais ce droit de la société lui confère un devoir, un devoir d'assistance à ceux qui souffrent, car ils sont en même temps des victimes.

A qui donc revient cette tâche écrasante ? L'Etat, les pouvoirs publics paraissent dès l'abord désignés, mais il faudrait, en admettant qu'ils puissent le faire, que leurs *ordres* soient sanctionnés par une législation certainement trop oppressive dans l'état actuel des mœurs, en France tout au moins.

L'assistance? Elle ne régit jusqu'à présent que les indigents et les incurables, et ce n'est encore qu'un vœu qu'on peut lui adresser de devenir préventive.

Les assurances, en Allemagne particulièrement, ont obtenu jusqu'ici les meilleurs résultats. Quelles sont donc les conditions qui leur permettraient d'agir le plus efficacement? « Il faut d'abord, dit M. Furster, que l'on ne fasse pas une assurance du type ordinaire, du type commercial, garantissant purement et simplement des secours ou des pensions, lorsqu'il n'y a plus moyen de nier que le risque est échu. C'est aussi, on l'a vu, la méthode de l'assistance : le secours *en cas* de tuberculose. Il faut qu'on tende au contraire, à faire de l'assurance *contre* l'invalidité, *contre* la tuberculose. » Il faut aussi, le plus rapidement possible, la *généralisation* de cette assurance. « L'*obligation* de l'assurance, alors?... Et cependant les hygiénistes sentent que le procédé est peut-être trop simpliste, qu'il suppose une nation disciplinée ou très préparée, et que notre pays n'est pas encore assez imprégné de prévoyance, ni habitué par la liberté aux méthodes de l'assurance. Ils devinent qu'il faudrait, pour faire actuellement jouer l'obligation, bureaucratiser, surveiller et contraindre trop de gens, incessamment et rudement violer les mœurs... La question reste inquiétante. Du moins faudrait-il que, rapidement, par des encouragements de toute nature accordés surtout aux plus pauvres, la population fût amenée à généraliser rapidement l'assurance. L'obligation viendrait alors quelque jour parachever l'œuvre, sans secousse sensible : la loi constaterait et confirmerait les mœurs. »

Faire rentrer « les maladies professionnelles, y compris la *tuberculose ouvrière* », assimilées aux accidents du travail dans les risques que les patrons doivent couvrir, est un des moyens que préconise M. Vaillant, mais qu'il n'a pu faire accepter des pouvoirs publics.

Des organisations d'ailleurs fonctionnent en France et à l'étranger, qui sans recourir à des moyens qui ont paru dans notre pays excessifs, ont eu cependant des résultats. Ce sont les *assurances* et les *mutualités*.

Ce que sont les premières qu'il faut étudier surtout en Allemagne où elles ont acquises le plus grand développement et où elles sont obligatoires, M. Furster et le conseiller d'État M. Bielefeldt (de Berlin) vont nous en instruire.

Les sociétés de secours mutuels contre la maladie ont distribué aux malades et à leurs familles, en dix-huit ans, *plus d'un milliard de marks*. Les sociétés d'assurances, les mutualités et les assurances contre l'invalidité ont distribué en douze ans plus de 800 000 marks. Tels sont les résultats généraux de ces institutions destinées par les secours distribués, à s'efforcer de lutter contre la tuberculose qui ne manquerait pas de s'attaquer à l'ouvrier et à sa famille qu'un salaire amoindri met dans des conditions de nutrition insuffisante.

De plus, la lutte contre la tuberculose proprement dite a été menée ici de front, et le placement des malades dans les établissements de traitement, sanatoriums ou stations balnéaires, a été un des principaux moyens employés. De 1897 à 1904, il n'a pas été envoyé en traitement pour une durée totale de 7 687 803 journées de présence moins de 101 806 tuberculeux pulmonaires, représentant une dépense totale de plus de 35 millions de marks.

Un développement considérable de l'assurance pouvait seul permettre de tels résultats. L'Allemagne compte en effet 25 000 caisses d'assurance contre la maladie et 40 grandes caisses d'invalidité destinées à succéder aux premières après un premier laps de temps de 6 mois de secours. L'État augmente seulement les pensions d'invalidité, mais les autres frais sont à la charge du patron (2 p. 100 du salaire) et de l'ouvrier (3 p. 100 du salaire).

Mais ce n'est pas tout, ces assurances ne se bornent pas à secourir *en cas* de tuberculose, elles remplissent aussi dans une certaine mesure le second des desiderata que nous mentionnions : elles font de la *prévention*, elles l'ont même érigée en système, et par les conférences, les brochures, par l'éducation peut-on dire de leurs assurés, comme par la construction de maisons ouvrières salubres auxquelles une somme de 133 millions de marks a été affectée, elles ont agi avec efficacité *contre* la tuberculose.

En un mot, comme l'indique M. Bielefeldt, si la mortalité par tuberculose a pu être abaissée en Allemagne dans d'aussi fortes proportions, ce résultat heureux dépend surtout de l'assurance ouvrière obligatoire, *qui permet l'action simultanée de tous les facteurs de la lutte antituberculeuse.*

Malgré ces bienfaits réels, il est possible de faire des réserves sur le mode de fonctionnement de ces assurances alle-

mandes. Nous ne voulons pas parler ici du procédé le plus en usage outre-Rhin, c'est-à-dire de l'extension considérable des sanatoriums. Nous aurons tout à l'heure à exposer sur cette grande question les idées émises par les différents congressistes. Mais il est indispensable de faire remarquer que cette organisation où d'ailleurs l'enfant est oublié, possible en Allemagne, pays de discipline, et qui n'a pas été sans rencontrer d'ailleurs de terribles oppositions, se heurterait en France à des impossibilités. « Notre peuple, conclut M. Furster, — dont M. Gide disait l'autre jour encore que sans avoir les mœurs de la liberté il est réfractaire à l'obligation, — notre peuple ne tolérerait ni le régime de cotisations, ni le contrôle. Et surtout, l'allocation de pensions d'après un procédé tout arbitraire, par des comités, semble être, dans l'état actuel de nos mœurs politiques, une impossibilité. »

Ce n'est pas actuellement sur la loi sur les retraites, actuellement soumise aux Chambres, qu'il faut exclusivement compter. Elle a d'ailleurs pour objet principal les retraites aux vieillards. Une protection suffisante n'y est pas accordée aux invalides. Elle néglige la prévention, défaut capital, et enfin elle impose à l'État, aux ouvriers et aux patrons des sacrifices tels qu'elle rendra « sinon impossible, du moins difficile pendant longtemps, tout autre appel à un budget et à des salaires incompressibles, en vue de services sociaux pourtant plus utiles » (Furster).

Les assurances ouvrières dont nous venons de voir les avantages et les inconvénients, ont à côté d'elles les *sociétés de secours mutuels*. « Ce sont là, dit M. Furster, des associations de contrôle mutuel, de sympathie attentive et, disons-le, intéressée; une action s'y exerce, d'homme à homme : leurs membres se connaissent, se conseillent, se surveillent, et cela même n'est-il pas un précieux appoint dans la lutte antituberculeuse ? » Mais souvent ces sociétés ne connaissent pas toute l'étendue des charges que leur impose cette maladie onéreuse entre toutes, la tuberculose. Les finances des petites sociétés risquent de succomber dans une lutte inefficace, parce que trop peu de temps prolongée, contre ces charges trop lourdes.

Qu'à l'exemple du médecin, comme le répétait encore en séance le président de cette section, M. le professeur Landouzy, qui doit devenir « un conservateur de santé », ces sociétés « entrent dans la voie de la *médecine préventive*, infiniment plus humaine et moins coûteuse que la médecine curative » (Mabilleau), et elles pourront supporter sans désavantage les frais du combat.

Que d'accord avec le corps médical, en collaboration avec les autres œuvres d'assistance ou d'hygiène, la mutualité lutte contre l'alcoolisme, contre le taudis, contre les fautes d'hygiène de ses membres, qu'elle devienne vraiment *familiale* et que sa prévention s'adresse spécialement aux enfants en les groupant en des mutualités maternelles et scolaires; qu'elle consacre ses efforts à arracher les enfants encore sains, issus de parents malades, à la tuberculose qui les guette, au lieu d'avoir à soigner, avec de bien autres sacrifices quelques années plus tard, ces mêmes enfants devenus tuberculeux à leur tour, et la mutualité aura fait faire à la lutte antituberculeuse un progrès décisif.

Ce serait dans les mutualités scolaires que pourrait être appliqué d'abord, et ici sans inconvénient réel, le principe de l'*obligation*. Ce serait là, de plus, le meilleur moyen de répandre dans le peuple, par ses enfants, les notions indispensables de prophylaxie et d'hygiène sociale, en même temps que par ces cotisations minimes, mais versées dès le plus jeune âge, serait assurée la solution la plus aisée du problème des retraites.

Cependant, l'assistance des tuberculeux adultes, si lourde qu'elle soit aux mutualistes, ne saurait disparaître. Mais par l'institution d'un service de *réassurance antituberculeuse*, aidé ou organisé par l'intermédiaire des unions de sociétés, ou par des caisses spéciales comme en Belgique, les secours mutualistes pourraient arriver à subvenir aux frais des *maladies de longue durée*, la tuberculose y comprise.

En Angleterre comme en France, et bien loin derrière l'Allemagne, le mouvement commence à se dessiner pour les sociétés mutuelles, du côté de la lutte préventive et de l'éducation, ainsi qu'il ressort du rapport de M. Garland (de Londres).

L'organisation même des mutualités peut d'ailleurs, par sa souplesse, satisfaire aux divers desiderata, et elles peuvent, si elles savent renouveler leurs méthodes et les accommoder dans chaque pays aux institutions et aux mœurs, tout en répondant aux besoins, être à la hauteur de leur grande tâche.

III

A côté des assurances et des mutualités, et ne faisant que constituer deux de leurs armes favorites dans cette lutte antituberculeuse menée dans les différents pays, et sur lesquelles, en Allemagne tout particulièrement, on a fondé les plus grands espoirs, celles dans tous les cas qui ont donné les premières et pour lesquelles le plus grand effort a été fait, les sommes les plus considérables dépensées à pleines mains, sont en première ligne les **sanatoriums**, puis les **dispensaires**.

Les résultats que les sanatoriums ont pu donner dans des mains exercées, sur des malades soigneusement recrutés, avaient dès l'abord suscité un tel enthousiasme que sur eux toutes espérances avaient été fondées. De là, ces constructions confortables et même luxueuses, que la charité publique ou privée avait créées. Mais bientôt un certain nombre d'esprits clairvoyants analysant les résultats acquis, s'aperçurent que loin d'être l'instrument unique de défense sociale et d'assistance, les sanatoriums coûteux qui ne pouvaient être affectés qu'à un très petit nombre de sujets, risquaient d'accaparer la plus grande partie des ressources dont pouvait disposer la lutte contre la tuberculose, et un revirement se produisit.

Il en fut de même pour les dispensaires, tels qu'ils existaient au moins en majorité, œuvres d'assistance ou de consultation, qui étaient bien d'une utilité indiscutable pour l'éducation des collectivités dans les régions qu'elles pouvaient atteindre, mais qui étant des œuvres ouvertes, la plupart sans leur aboutissant naturel, le sanatorium, et sans leur appoint indispensable d'œuvres accessoires, risquaient de demeurer inféconds ou trop dispendieuses pour les résultats obtenus. D'où un double courant d'avis qui paraissaient également compétents et informés, et qui étaient, dans tous les cas, également sincères et convaincus.

Aussi, la lecture des remarquables rapports français et belge, dus à MM. Courtois-Suffit et Laubry (de Paris) et à M. Béco (de Bruxelles), a-t-elle été attendue avec la plus grande curiosité, et suivie avec la plus scrupuleuse attention. La discussion générale qui l'a suivie a été des plus animées et des plus instructives, et celle article par article de l'ordre du jour qui a clôturé le débat, ne s'est pas faite sans quelque passion parmi les orateurs et l'auditoire.

Le rapport de MM. Courtois-Suffit et Laubry est à étudier de très près, tant pour l'originalité des opinions qui y sont

émises que pour la netteté et la logique des conclusions qu'il exprime. Envisageant séparément les deux institutions, il se base tout d'abord sur des considérations générales qui ont donné naissance aux sanatoriums, en étudie le fonctionnement et les résultats, et après une critique serrée des faits aboutit à la conception sociale rationnelle qu'il est désormais possible d'en avoir. Les dispensaires sont ensuite passés en revue suivant le même plan.

« Le sanatorium est un établissement de santé où sont enseignées les règles fondamentales du traitement de la tuberculose, où est pratiquée avec méthode et discipline la triple cure d'air, de repos et d'alimentation. » Réservé d'abord à la classe riche, il put, dans certaines conditions bien déterminées, enregistrer bientôt des succès certains, des guérisons maintenues. Pourquoi les classes pauvres ne seraient-elles pas admises dès lors aux mêmes bienfaits? Et ce fut alors dans un bel élan de générosité qu'on entreprit d'en généraliser l'usage. « Ainsi, disent les rapporteurs, on parut croire qu'en changeant de quartier, la tuberculose ne changeait pas de caractère, et restait toujours une maladie sociale : alors qu'en réalité, maladie d'excès et de luxe dans le quartier riche, elle devient, dans le quartier pauvre, la maladie de misère. Et dès lors, à la faveur de cette illusion, le sanatorium devint l'endroit unique et rêvé, où s'élaborent des guérisons définitives, où l'ouvrier retrouve rapidement ses forces et sa complète capacité de travail, l'instrument merveilleux de préservation et de défense, la ressource préférée dans la lutte antituberculeuse. »

Ce sont ces vues que certains pays, et d'abord l'Allemagne, se sont efforcés de réaliser d'une façon systématique, en ne tenant pas suffisamment compte de certaines critiques fondamentales qu'on doit leur adresser.

La tuberculose n'est pas, en effet, une maladie infectieuse banale. La question du *terrain*, miné de longue date par le mal social, prime la question du *bacille*, qui « apparaît de plus en plus comme un facteur accidentel, le conquérant heureux bénéficiant sans péril d'une série de capitulations plus désastreuses qui lui livrent à merci son adversaire désemparé, celles qui font l'homme prisonnier de ses vices, de ses habitudes, de son milieu, de conditions sociales inéluctables ». La tuberculose n'est donc pas une maladie à proprement parler, mais « un *fait social* », dont nous avons déjà relevé précédemment les causes *sociales* dans les conditions économiques de l'individu. « Ainsi, détruire momentanément le bacille de Koch, l'immobiliser dans son évolution comme le veut le sanatorium, c'est faire œuvre utile, mais c'est négliger les autres données du problème, c'est localiser son effort sur un point, peut-être sur le moins essentiel; c'est obtenir un succès thérapeutique, forcément éphémère, s'il ne trouve, pour le rendre durable, une prophylaxie non plus étroite et limitée à des soucis de contagion, mais large, généreuse, faite de justice sociale. »

Mais ce rôle thérapeutique lui-même est restreint. Le séjour au sanatorium long et dispendieux ne doit être offert qu'aux malades auxquels il doit rendre la santé et c'est au début seulement du mal qu'il a chance de l'enrayer.

Il faut de plus qu'en sortant guéri de l'établissement la condition sociale du convalescent puisse lui permettre en lui faisant entourer sa vie future de tous les soins nécessaires, éviter les excès, et continuer l'observance de précautions de tout genre qui ont contribué à sa guérison, de la maintenir définitive.

Les sanatoriums de la classe riche peuvent obtenir ces résultats. Etudiés à longue échéance, ceux-ci sont loin d'être aussi beaux qu'on aurait pu l'espérer, mais ils sont réels et si dans un délai de 3 à 9 ans, ainsi qu'il ressort d'une communication de MM. Grancher et Brouardel au Congrès de Berlin, les guérisons maintenues ne dépassent pas 10 p. 100, c'est là cependant un résultat dont on ne peut négliger la valeur.

Le fonctionnement et les résultats des sanatoriums *populaires* dont seule la portée sociale doit être prise en considération, peuvent-ils être comparés aux précédents? Sans nul doute, si on envisage la situation misérable des tuberculeux de nos hôpitaux, dans l'encombrement et la promiscuité funeste de la plupart de nos salles, « véritables antichambres de la mort, » le progrès réalisé au point de vue humanitaire est immense.

« Il contente aisément notre conscience individuelle, éprise de charité et d'assistance, et désireuse des plus grands sacrifices, mais il ne saurait suffire à une société dont la générosité doit ménager les intérêts collectifs, dépenser à bon escient, et exiger de ses dépenses une justification moins sentimentale. »

Mais, si de plus on vient à envisager les résultats immédiats et surtout éloignés obtenus par de tels sacrifices, on ne peut s'empêcher de penser que cette générosité individuelle devient une faute sociale puisque le succès ne saurait la couronner.

Les rapporteurs examinent d'abord la statistique allemande qui donne les réponses les plus satisfaisantes. Le mot de *guérison* n'est pas employé, mais bien le *retour à la capacité de travail*. « Sur 100 malades, faisant au sanatorium un séjour de trois à six mois, 65 pouvaient reprendre leur ancienne profession, 5 devaient choisir un autre métier; les 30 autres sont portés ou comme insuccès, ou comme « retour incomplet » à la capacité de travail. »

Ces remarquables résultats nullement comparables à ceux que nous avons vu obtenir dans le sanatorium des classes riches, donneraient à penser que peut-être, selon l'expression de MM. Brouardel et Grancher, on n'hospitalise dans un certain nombre de cas que de simples bronchites.

En France, le docteur Guinard du sanatorium de Bligny, le docteur Küss (d'Angicourt), ne cessent d'insister sur la nécessité de lésions légères et limitées, pour obtenir des guérisons, tout en demandant au moins huit à dix mois de séjour. Quant à la capacité de travail que permet le retour à la santé, il faut avoir soin de spécifier que la profession exercée doit être salubre et exempte de fatigues. Ces malades que leur tuberculose « même atténuée, même arrêtée dans sa marche, a rendus délicats, peuvent être d'excellents travailleurs, mais ne sont pas aptes à faire n'importe quel travail. Leur sort dépend toujours des *conditions sociales* qui ont motivé leur entrée, et les guettent à leur sortie, plus rapidement dangereuses et mortelles parce qu'elles s'attaqueront à des sujets déjà blessés ».

Tels sont les résultats immédiats. Même supériorité des sanatoriums allemands en ce qui concerne les résultats *éloignés* : on aurait observé dans certaines statistiques 20 p. 100 et jusqu'à 50 p. 100 des malades conservant après trois, quatre et cinq ans, leur capacité complète de travail!

Dans la discussion qui a suivi, M. Bielefeldt (de Berlin) a encore renforcé ces données. Il a affirmé le soin avec lequel le diagnostic de tuberculose à l'entrée au sanatorium était posé, les malades douteux étant placés d'abord dans des stations d'observation, renvoyés ensuite s'il se confirmait qu'une bronchite non suspecte les avait seule arrêtés. Il a donné les chiffres des plus récentes statistiques montrant que sur

100 malades soignés au sanatorium, après un an, 66, après deux ans, 49, après trois ans, 41, après cinq ans, 31 continuaient à travailler d'une façon effective.

Cependant si l'on constate avec le docteur Romme que la durée de survie d'un ouvrier tuberculeux qui n'a pas bénéficié du traitement sanatorial est d'environ quatre années, que pendant plus de trois ans, il continue son labeur à peine arrêté par un séjour de quelques jours ou de quelques semaines à l'hôpital et dans certains cas seulement, on n'est pas loin de conclure avec les rapporteurs que « c'est par une singulière complaisance qu'on attribue au sanatorium le bénéfice total de cette conservation des forces, de cette *capacité de travail* habilement substituée à la guérison et qui devient ainsi l'heureux euphémisme destiné à masquer l'échec d'une entreprise ».

Il est même à craindre que les résultats *prophylactiques* sur lesquels font tant de fonds les partisans des sanatoriums, par l'éducation faite du malade, de ses parents et de ses amis qui, lors de leurs visites se sont instruits eux-mêmes, ne disparaissent trop vite quand le convalescent retombé dans la vie de tous les jours, au contact de ses semblables que la vue d'un crachoir de poche suffit à effrayer, serait exposé à voir les précautions qu'il prendrait, dresser contre lui les préjugés de ses camarades.

Etant donnée la faiblesse relative de ces résultats, si l'on vient à songer de plus, qu'avec la somme affectée à la construction d'un sanatorium (pour celui de Bligny, par exemple, 1500000 francs) et à celle consacrée à son entretien (180000 francs pour les 120 pensionnaires de ce même établissement), qu'avec un tel capital uni à de tels intérêts, il eût été possible de procurer à ces mêmes malades un séjour agréable à la campagne dans d'excellentes conditions et d'obtenir ainsi « un profit peu différent de celui qu'il retire du sanatorium », il apparaît que celui-ci ne saurait être l'instrument prépondérant de la lutte antituberculeuse. Son rôle est autre : il doit être fondé sur une *conception sociale rationnelle*. « Il ne faut pas supprimer les sanatoriums, il faut les amender. Ils devront être construits avec le moins de luxe et de prodigalités possible et être exclusivement réservés aux candidats à la tuberculose, être des sanatoriums de préservation et non pas de cure. »

Mais ces sanatoriums, « privés des perfections dernières de l'art architectural » et point éloignés peut-être du type de ceux que s'était proposé le docteur Brunon en créant ses *sanatoriums de fortune*, ne doivent pas être des œuvres isolées.

L'individu doit être « protégé avant et après son entrée au sanatorium.

« Cette protection nécessite l'intervention de différents facteurs. Le plus important, nous le répétons, c'est le facteur économique qui doit changer les conditions de vie du prolétariat, supprimer les salaires de famine en modifiant les rapports actuels du capital et du travail.

« En deuxième ligne vient le facteur hygiénique, s'adressant aussi bien à l'individu qu'aux collectivités, prévenant la contagion, distribuant davantage dans tous les milieux l'air et la lumière : une traînée ensoleillée dans un quartier populeux lutte mieux, comme le pense le docteur Letulle, contre le bacille de Koch qu'un sanatorium.

« Enfin, en dernier lieu, se place le facteur assistance, avec le sanatorium non pas isolé et impuissant, mais entouré d'œuvres qui en assurent le fonctionnement en en agrandissent la portée ».

Ainsi rationnellement compris le sanatorium devient un instrument de prévention, plus encore destiné aux suspects, aux prétuberculeux, aux candidats à la phtisie, « aux enfants de tuberculeux plutôt qu'à leurs parents, à ceux qui seront probablement atteints et non à ceux déjà frappés. »

Peut-être plus satisfaisante également au point de vue humanitaire qu'au point de vue de sa portée sociale, se dresse à côté du sanatorium le *dispensaire*.

Pour être des établissements autonomes se suffisant à eux-mêmes, du genre de celui que l'initiative intelligente et scientifique du docteur Calmette a institué à Lille, triomphant heureusement des mauvaises volontés et des obstacles matériels, il leur faudrait des ressources considérables : 72000 francs par an d'après les prévisions du docteur Calmette pour l'assistance de cent familles. Si l'on songe que cette même ville de Lille renferme peut-être 10 à 12000 tuberculeux, on se rend compte de l'étendue de l'effort qu'il resterait encore à accomplir, mieux vaut dire de son impossibilité.

Remarquons cependant que l'initiative privée souvent si féconde peut arriver dans certains cas à des résultats encourageants et non plus si disproportionnés à l'effort. Le dispensaire créé à Plaisance par Mlle Chaptal et vivifié par elle, le dispensaire de M. A. Robin ont pu réussir sans avoir d'aussi écrasantes charges, grâce à des conditions heureuses et à des concours dévoués et désintéressés.

Au dispensaire type Calmette avec ses multiples services, les auteurs préfèrent le dispensaire de consultation, *modifié*, c'est-à-dire non plus isolé mais ayant comme aboutissant un sanatorium destiné à recevoir les sujets qu'il aura soigneusement sélectionnés, et d'autre part « placé sous le patronage des groupements coopératifs et des mutualités ouvrières qui auront déjà fondé le sanatorium. Le dispensaire doit être avant tout un dispensaire de préservation qui dépistera le candidat à la tuberculose, suivra et cataloguera la forme curable de la maladie, fera ainsi la part du fléau et détournera vers la campagne, la mer, le sanatorium, les éléments de guérison certaine ».

A côté de ce que *peut* être le dispensaire, à côté de ce qu'il *doit* être, les rapporteurs ont pris soin de nous dire ce qu'il ne *doit pas* être, et la page vivante et imagée qu'ils ont réservée au procès des *pseudo-dispensaires* n'est pas la moins originale de leur travail.

Le *dispensaire de consultation* isolé, qui ne peut offrir aux malades que des examens attentifs et des conseils d'hygiène, est trop souvent voué à l'impuissance, mais son œuvre, bien que presque stérile, est du moins de bonne foi. Cependant, « d'autres fleurissent à côté, qui ne se contentent pas d'être inutiles. Ces œuvres, qui ne sont pas l'exception, donnent l'illusion d'œuvres humanitaires et ne sont en réalité que des centres de compétition ou d'intérêts : nous les appellerions volontiers des *dispensaires-réclames* parce que la réclame se fait pour tous. Elle se fait pour le médecin-directeur consacré spécialiste au cours de l'inauguration officielle; pour les assistants que rend nombreux l'attrait d'un titre nouveau et le prestige d'une décoration rêvée et facilement accordée; elle se fait enfin pour le parti politique qui domine dans le conseil d'administration et qui surveille jalousement son arme électorale de choix... Le malade auquel le dispensaire ne peut accorder d'aliments se trouve gratifié de séances d'électricité, d'ozonisation, de pointes de feu, d'injections médicamenteuses diverses et les flacons de spécialités pharmaceutiques remplacent toute prescription hygiénique. »

Délivré de son isolement infécond, de sa réclame tapageuse et nuisible, perdant quelques-unes de ses ambitions, mais n'en demeurant pas moins une œuvre de nécessité, le dispensaire répond donc à un besoin, à condition qu'il ne forme que « l'anneau moyen et essentiel d'une chaîne reliant les collectivités ouvrières aux établissements de cure... Seul, il ne peut offrir qu'un palliatif momentané, qu'un essai de cure, une demi-cure... alors qu'il ne doit être qu'un poste de secours aspirant toujours à une évacuation vers la grande ambulance qu'est le sanatorium ».

Nous avons dû, à propos de ce rapport, entrer dans quelques détails, parce qu'il nous a paru mettre la question au point, au moins pour l'heure présente. De plus, la plupart des notions si précises qui s'en dégagent ont été exposées sous des formes différentes, et parfois d'une remarquable éloquence — telle la communication du docteur Savoire — dans les discussions qui en ont suivi la lecture et dans l'ordre du jour qui a sanctionné le débat. Quelques orateurs ont cependant tenu à maintenir le sanatorium comme le moyen thérapeutique qui avait jusqu'ici donné les meilleurs résultats. Mais les mêmes réserves précédemment formulées sur la nécessité de ne recevoir au sanatorium que les malades susceptibles d'en profiter réellement, justifiant ainsi les dépenses considérables que leur admission nécessitait, se retrouvaient dans le plus grand nombre des communications. Après les rapports de M. Bang, représentant le Danemark, et de M. Béco, affirmant la nécessité d'un groupement d'œuvres autour du sanatorium, destinées, comme le demandaient MM. Courtois-Suffit et Laubry, à préserver le malade avant son entrée et après sa sortie, et montrant qu'il ne saurait produire tout ce qu'on attendait de lui sans la coopération des autres institutions d'hygiène et d'assistance : bureaux de bienfaisance, hôpitaux améliorés, services de désinfection, comité de patronage des habitations ouvrières, commissions médicales, inspection sanitaire, corps médical, mutualités, caisses d'assurances, etc., l'assemblée a admis dans un premier paragraphe de son ordre du jour que le sanatorium était un moyen de lutte antituberculeuse qui ne pouvait être qu'approuvé, *mais n'avait rien d'exclusif ou de prédominant.*

Un même vote a reconnu la nécessité pour les dispensaires d'être avant tout des instruments de prophylaxie, d'éducation hygiénique, et de précieux éléments d'information, secondairement seulement des instruments d'assistance.

M. Béco en particulier, dans son rapport très documenté, dont nous n'avons pu que reproduire les idées principales, avait, en effet, insisté d'une façon toute particulière sur le rôle éducateur du dispensaire tel qu'il fonctionne en Belgique par exemple. Le pisteur, enquêteur ouvrier lui-même, destiné à prendre contact avec l'ouvrier et sa famille, est chargé d'attirer au dispensaire pour qu'ils y apprennent les notions les plus élémentaires de prophylaxie et d'hygiène, non seulement les malades et les suspects, mais encore leur famille entière où il devient dès lors possible de recruter pour un traitement complet et efficace les *candidats à la tuberculose*. Il doit de plus surveiller d'une façon discrète l'exécution des conseils donnés, faciliter au besoin leur compréhension, enfin assurer entre malades, médecins, assurances ou mutualités, le lien qui doit coordonner le fonctionnement des œuvres de guérison, de prévoyance et d'assistance.

Continuant à s'inspirer des causes vraies, des causes sociales et économiques de la tuberculose, l'assemblée a tenu à grouper autour de cette question des dispensaires et des sanatoriums, à la discussion de laquelle elle avait pris tant d'intérêt les affirmations qui lui étaient le plus à cœur et ses principaux desiderata. C'est ainsi qu'à l'unanimité il a été adopté que le principe de l'*habitation salubre* — que nous savons dépendre lui-même d'une foule de facteurs économiques, lutte contre l'alcoolisme, contre l'abandon du foyer, relèvement des salaires, etc. — dominera toujours la *prophylaxie* de la tuberculose. La réforme qu'il importe ensuite de réaliser est surtout l'introduction dans l'assistance et dans les mutualités d'un plus grand souci de prévoyance et d'hygiène.

Il nous faut, en terminant l'exposé de cette question, l'une des plus importantes de celles qui ont occupé l'attention des congressistes, constater que si l'œuvre considérable effectuée en vue de ce Congrès et par ce Congrès même dans sa quatrième section, a pu aboutir à des résultats si précis, c'est grâce aux sentiments d'union qui se sont sans cesse traduits au cours de la discussion, et dont le docteur Armaingaud surtout s'est fait le porte-parole, dénotant chez les orateurs le désir formel de rejeter les querelles de mots pour ne garder, dans l'intérêt de la société, que des faits positifs qui puissent servir de base sûre, sinon définitive, aux médecins, aux hygiénistes, à tous ceux enfin épris du mieux social, à quelque parti, à quelque nation qu'ils appartiennent.

(*A suivre.*) MARCEL FERRAND.

ANALYSES

MÉDECINE

La mobilité des lymphocytes. (H. SCHRIDDE. *Münch. med. Wochens.*, 26 sept. 1905, nº 39, p. 1862.) — Les lymphocytes sont-ils capables de traverser les parois vasculaires? Telle est la question jusqu'ici discutée et que Schridde pense avoir résolue par l'affirmative. Il a pratiqué des coupes dans les noyaux lymphomateux du mésentère d'un nouveau-né ayant succombé à une lymphocytémie congénitale. Il a pu voir dans les points où les capillaires étaient entourés intimement par du tissu lymphoïde, et seulement dans ces points, de nombreux lymphocytes émigrant à travers les parois des capillaires jusque dans l'intérieur de ceux-ci.

Il pense que cela suffit à démontrer la mobilité des lymphocytes, la propriété qu'ils ont de pouvoir passer du tissu lymphoïde dans les vaisseaux, et dans le cas particulier à expliquer la lymphocytémie. Reste à savoir si les lymphocytes du sang circulant sont capables d'effectuer le trajet inverse et d'émigrer hors des capillaires dans les tissus adjacents.

A. LEMIERRE.

CHIRURGIE

Diagnostic et traitement des fractures du scaphoïde carpien et de la luxation du semi-lunaire. (CODMAN et CHASE. *Ann. of Surg.*, juin 1905.) — Les auteurs pensent que ces fractures assez fréquentes, le plus souvent méconnues, demandent un traitement actif; en tout cas, celles qu'ils ont traitées radicalement ont donné de meilleurs résultats, guérison plus rapide et plus complète que les cas traités par les anciennes méthodes. La plupart des lésions traumatiques du carpe sont ou des fractures du scaphoïde ou des luxations antérieures du semi-lunaire; les deux lésions sont fréquemment associées et alors le fragment proximal du scaphoïde est d'ordinaire luxé en avant avec le semi-lunaire.

La fracture simple du scaphoïde donne d'ordinaire un tableau clinique net, et peut être diagnostiquée, même sans le secours de la radiographie, lorsque l'on trouve les signes suivants : 1° commémoratif de chute, la main étant en extension; 2° gonflement localisé de la moitié radiale du poignet; 3° sensibilité exquise au niveau de la tabatière anatomique lors de l'adduction de la main; limitation de l'extension, à cause de la contracture musculaire; si l'on essaie de combattre cette contracture, on provoque une douleur intolérable. Un scaphoïde fracturé a peu de tendance à la réparation et ne semble capable que de former un léger cal fibreux. Ces fractures abandonnées sans traitement, ou traitées par le massage et la mobilisation, n'ont que cette consolidation et les symptômes primitifs persistent souvent pendant des années, peu ou même pas du tout atténués. Les fractures du scaphoïde peuvent cependant bien se consolider, si le poignet est immobilisé pendant quatre semaines après l'accident; mais si la consolidation ne s'est pas produite au bout de ce temps, il est bien improbable qu'elle se produise ultérieurement. La résection du fragment proximal du scaphoïde donne de meilleurs résultats qu'un traitement purement conservateur. Ce fragment est aisément mis à nu par une incision postérieure sur le bord externe du tendon de l'extenseur commun des doigts. Après cette opération, il faut faire exécuter des mouvements passifs au poignet et des mouvements actifs aux doigts. La possibilité de la persistance d'un os central du carpe doit être présente à l'esprit lorsqu'il s'agit d'interpréter les résultats de la radiographie, mais cette éventualité est rare.

La luxation antérieure du semi-lunaire peut se reconnaître aux signes suivants : 1° commémoratif de violent traumatisme sur le poignet en extension ou tordu; 2° déformation en dos de fourchette dont la saillie postérieure correspond à la tête du grand os; entre cette saillie et la tête du radius l'on trouve un sillon à la place qu'occupait auparavant le semi-lunaire maintenant luxé; 3° une tumeur sous les tendons fléchisseurs des doigts en avant et de l'extrémité inférieure du radius; 4° un raccourcissement apparent de la paume de la main comparée avec la main saine; 5° la raideur des doigts en flexion partielle, et la douleur provoquée par les mouvements actifs ou passifs; 6° la persistance des rapports normaux des apophyses styloïdes radiales et cubitales et le raccourcissement de la distance qui sépare la styloïde radiale de la base du premier métacarpien. Les luxations récentes du semi-lunaire peuvent être réduites avec de bons résultats, même après la cinquième semaine par l'hyperextension, suivi par l'hyperflexion pendant que les pouces d'un assistant appuient fortement sur le semi-lunaire pendant la flexion. Les luxations irréductibles doivent être traitées par l'ablation du semi-lunaire, soit seule, soit combinée à l'ablation d'un fragment du scaphoïde, si celui-ci est fracturé. FAXTON E. GARDNER.

Sur le plombage des cavités osseuses par le procédé de Mosetig-Moorhof. (ELSBERG. *Medical News*, New-York, 15 avril 1905, p. 683.) — Elsberg donne les résultats de l'emploi de cette méthode : ils sont excellents. Elle est indiquée dans les cas d'ostéomyélite et de tuberculose osseuse, toutes les fois que la cavité a été débarrassée de tout tissu morbide et que la réunion par première intention est assurée.

L'emploi de la bande d'Esmarch est nécessaire pour se rendre compte que tout le tissu malade a bien été extirpé. On enlève ensuite la bande; on pratique l'hémostase par des lavages de sérum très chaud et d'eau oxygénée, puis par tamponnement à la gaze imbibée d'adrénaline, puis sèche; quand la cavité est bien exsangue, on met le mastic. La formule de Mosetig-Moorhof est la suivante :

Iodoforme	60
Blanc de baleine	40
Huile de sésame	40

Elsberg a eu un cas d'intoxication par l'iodoforme, aussi a-t-il réduit l'iodoforme à 20 p. 100. Il introduit le mastic à l'état de pâte molle. Pour cela, au lieu de le verser directement dans la cavité, on le verse dans l'eau bouillie chaude, où il se ramollit; quand il est suffisamment ramolli, on le bourre dans la cavité comme un dentiste dans une dent creuse; puis on réunit les parties molles par-dessus. Les malades se plaignent toujours d'une sensation de brûlure pendant plusieurs jours. La réunion a été parfaite dans presque tous les cas. Lorsqu'il y a eu élimination du mastic, la réunion définitive a semblé cependant abrégée par l'emploi du mastic. M. LANCE.

LIVRES NOUVEAUX

Leçons de clinique chirurgicale (1), par le professeur LANNELONGUE.

Le professeur Lannelongue vient de réunir quelques-unes de ses cliniques en un volume, et ce volume nous apporte des faits et des idées. Les idées, très mûries, s'adressent surtout aux jeunes étudiants qui, sachant peu, savent mal. En lisant les neuf premières cliniques, ils apprendront à examiner consciencieusement leurs malades, à fouiller leur passé, pour éviter l'erreur de diagnostic, et quelquefois y tomber, car il est des erreurs qu'on doit logiquement faire et on a besoin de le savoir. Ils verront aussi que les maladies actuelles ne sont pas différentes de celles d'autrefois, les faits bien observés sont décrits de même façon à deux siècles de distance, l'interprétation seulement, l'étiquette ont changé.

Quant aux faits qu'apporte l'ouvrage, ils sont nombreux et variés. Sans doute ils concernent surtout les enfants, mais l'adulte et le vieillard y ont leur part. La tuberculose est étudiée dans plusieurs de ses manifestations, ostéo-arthrites, coxalgie, spina ventosa, tuberculose de la langue; la syphilis osseuse héréditaire est suivie chez le nouveau-né, le puéri-adolescent, l'adulte et le vieillard (maladie de Paget). Plusieurs cliniques sont consacrées à l'appendicite, et l'une d'elles contient l'histoire détaillée de la maladie, et de l'autopsie de Gambetta. Nous ne pouvons citer tous les titres de chapitres : ils sont variés et traitent d'affections de toutes les régions. Leur lecture sera aussi profitable aux praticiens qu'aux étudiants; si bien qu'à la publication de ce livre, tout le monde a gagné, même l'histoire. CHEVRIER.

L'acide formique et la force musculaire, par le docteur CLÉMENT, médecin des hôpitaux de Lyon. In-18 jésus avec 21 fig. — Prix : 3 francs. — Paris, Vigot frères.

(1) Gr. in-8° de x-589 p. avec 40 fig. dans le texte et 2 pl. hors texte en coul. — Prix : 12 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.



Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre....	1.425	2 095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude.....	1.480	5.800	5.940	6.040	6 280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux.....	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie..	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang..	0.006	0 021	0.010	0 010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcalin, arsenic, lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates en font des eaux *légères*, *douces*, essentiellement *digestives*. *Emplois spéciaux*: **SAINT-JEAN**, maladies des organes digestifs; — **PRÉCIEUSE**, maladies de l'appareil biliaire; — **DÉSIRÉE**, maladies de l'appareil urinaire; — **RIGOLETTE**, chlorose, anémie; **MAGDELEINE**, maladies de l'appareil sexuel.

DOMINIQUE		
Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide / Arséniate » / Phosphate » / Sulfate »	Sesqui-oxyde de fer	0.44
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée. maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Dose ordinaire : 1 bouteille par jour.

NUCLÉO-FER GIRARD

ANÉMIE — PÂLES COULEURS — CHLOROSE

Les Pilules ***Nucléo-Fer Girard*** contiennent 10 centig. de ***Nucléinate de Fer pur.***

4 à 6 Pilules par jour avant les repas — 22 Rue de Condé PARIS

VIN GIRARD

DIPLÔMES D'HONNEUR — MEMBRE DU JURY

Médailles d'Or et d'Argent

de la CROIX de GENÈVE
Iodo-Tannique Phosphaté
SUCCÉDANÉ de l'HUILE de FOIE de MORUE
APÉRITIF, TONIQUE, RECONSTITUANT
Rue de Condé, 22, PARIS

Un Verre à Madère de **VIN GIRARD** contient :
Iode bi-sublimé....... 0 gr. 075 milligr.
Tannin pur.......... 0 gr. 50 centigr.
Lacto-Phosphate de Chaux. 0 gr. 75 centigr.

ANÉMIE. FAIBLESSE GÉNÉRALE. MALADIE DE POITRINE. RACHITISME. RHUMATISME. AFFECTIONS CARDIAQUES.

NEURONAL

HYPNOTIQUE excellent, d'action prompte et sûre, sans inconvénients secondaires aux doses de 0 gr. 50 à 3 gr

Analgésique et calmant dans la **CÉPHALÉE NERVEUSE** et celles des **ÉPILEPTIQUES** aux doses de 0 gr. 30 à 5 gr. (*Brochures et Echantillons*). M. REINICKE, 39, Rue Ste-Croix-de-la-Bretonnerie, Paris

COMPRIMÉS DE NEURONAL : PHie CENTRALE DE FRANCE, 7, Rue de Jouy, Paris.

L'AMÉNORRHÉE, la DYSMÉNORRHÉE, la MÉNORRHAGIE
cèdent rapidement si l'on emploie, à la dose de 2 à 4 Capsules par jour

L'APIOL des Doctrs JORET & HOMOLLE

RÉGULATEUR PAR EXCELLENCE DE LA MENSTRUATION

PHARMACIE G. SÉGUIN, 165, Rue St-Honoré, Paris (*Place du Théâtre Français*) et toutes Pharmacies.

Puissant dynamique toni-musculaire et toni-cardiaque.

NEVRO-FORMINE Brunerye

Granulé rigoureusement titré de Formiate de Potasse et de Soude, chimiquement purs.

Chaque cuillerée à soupe contient exactement : 0,25 centigr. de **Formiate de Potasse** et 0,25 centigr. de **Formiate de Soude**.
Échantillons gratuits à MM les Médecins, sur demande adressée 25, rue de la Terrasse, Paris 17e.

GOUTTE, GRAVELLE, RHUMATISME GOUTTEUX
LITHIASE URINAIRE * LITHIASE BILIAIRE
NÉVROSES ARTHRITIQUES

ANTICALCULOSE

Produit exclusivement végétal (sans Colchique)
INNOCUITÉ ABSOLUE — EFFICACITÉ CERTAINE
Dose : 3 à 6 cuillerées à soupe par jour. — Dépôt Gal : BARBIER, 1, Rue Michelet, PARIS et ttes Pharmacies.

TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées pr jour. Bd Haussmann, 41, Paris et phies.

MM. les Docteurs ne seront jamais pris au dépourvu s'ils portent une

PLUME A RÉSERVOIR

"SWAN"

Rien de plus commode pour prendre des Notes, écrire les Ordonnances chez les malades, etc.

CATALOGUE FRANCO

Gros et détail : BRENTANO'S 37, av. de l'Opéra, Paris *et ds toutes les bonnes Papeteries.*

EXIGER la marque "SWAN".

PHLEBITES, VARICES, HEMORRHOIDES

CONCENTRÉ (d') GRANULÉ
1 flac. pour 1 bain. — 2 à 4 cuill. à café p. jour.

EAU DE BAGNOLES

Cie des Eaux de Bagnoles, 6, r. Tronchet, Paris.

BORICINE MEISSONNIER

Antisepsie de la Peau et des Muqueuses

DÉPÔT : 17, Rue Cadet, PARIS, *et toutes Pharmacies.*

Chez tous les Pharmaciens

Marque Déposée

Lait pur stérilisé J. LEPELLETIER

J. Lepelletier, 9, cité Trévise, Paris. Tél. 27?-47.

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. Le VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

Dose : Un verre à Madère après chaque repas.
Mariani, phien, 41, Boul. Hausmann, et ttes phies.

N° 115. — MARDI 10 OCTOBRE 1905. 78e ANNÉE. MARDI 10 OCTOBRE 1905. — N° 115.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA TUBERCULOSE (Paris, 2-7 octobre 1905).
Préservation et assistance de l'enfant.
RAPPORTS : Préservation familiale de l'enfance contre la tuberculose (MM. Marfan et Heubner); — Préservation scolaire contre la tuberculose (MM. Méry et Ganghofner); — Mutualités maternelles et scolaires; leur rôle antituberculeux (MM. Cavé et Savoire); — Les sanatoriums maritimes et la défense sociale contre la tuberculose (MM. Armaingaud et d'Espine).
COMMUNICATIONS : Genèse des lésions pulmonaires dans la tuberculose (M. Vallée); — Contagion familiale de la tuberculose (M. Comby); — Tuberculoses d'inhalation (M. Küss); — La première étape de la tuberculose pulmonaire et son diagnostic précoce par l'auscultation (M. Grancher); — Les étapes de la tuberculose chez les enfants (MM. Hutinel et Lereboullet); — Portes d'entrée de la tuberculose chez l'enfant (M. Gastou); — Hygiène et colonies scolaires (MM. Roblot. Mmes Fiedler, Puaux, MM. Jagot, Zuber et Armand-Delille, Hayem); — Etude clinique de la tuberculose infantile (MM. Barbier et Boisnot, Cruchet, Boulay, de Batz); — Applications au diagnostic de la tuberculose infantile des méthodes de laboratoire (MM. Roux et Josserand. Barret, Gastine, Thomas et Graçoski, Cruchet, Pottier); — Thérapeutique (MM. Josias et J.-Ch. Roux, Springer, Vivant, Brunon, Rosenthal, Cazaux, Veillard, Leroux, Calot, Ménard, Bayeux).
ANALYSES
Dermatologie : La symbiose fuso-spirillaire. Ses diverses déterminations pathologiques; — Gonococcie métastatique de la peau. Angio-dermite suppurée à gonocoques.
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le 6 novembre 1905 aura lieu, à l'hôpital Saint-Joseph, 7, rue Parmentier, un concours pour la nomination d'élèves internes nécessaires au service de l'hôpital, et dont le nombre pourra varier de *deux à trois*. Ils seront nommés pour deux ans.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'hôpital, jusqu'au 3 novembre inclus.

— Un concours public pour la nomination d'élèves externes nécessaires au service, et dont le nombre pourra varier de *trois à six*, aura lieu au même hôpital, le 9 novembre prochain. Les inscriptions seront reçues rue Parmentier, 7, jusqu'au 6 novembre inclus.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la trente-neuvième semaine, 728 décès, au lieu de 750 pendant la semaine précédente (moyenne 770). L'état sanitaire est donc satisfaisant.

La fièvre typhoïde a causé 10 décès (moyenne 11). Le nombre des cas nouveaux est de 63, au lieu de la moyenne 64.

La variole a causé 2 décès; chiffre identique à celui de la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 9, au lieu de 13 pendant la semaine précédente (moyenne 17).

La rougeole a causé 10 décès, au lieu de 2 pendant la semaine précédente, la moyenne est de 4; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 30 au lieu de 58 précédemment. La scarlatine a causé 1 décès (moyenne 1); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 29, il s'élevait à 29 pendant la semaine précédente, la moyenne est 35. La coqueluche a causé 5 décès (moyenne 6); la diphtérie, 3 décès (moyenne 5); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 34 au lieu de 33 pendant la semaine précédente, et de la moyenne 48.

La diarrhée infantile, en grande diminution, a causé 25 décès de 0 à 1 an, au lieu de 34 pendant la semaine précédente (moyenne 60).

En outre, 31 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 79 décès, au lieu de 85 pendant la semaine précédente (moyenne 82). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 3 décès (moyenne 6); bronchite chronique, 17 (moyenne 11); pneumonie, 15 (moyenne 20); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 44 (moyenne 45), dont 19 sont dus à la congestion pulmonaire et 19 à la broncho-pneumonie, en outre 1 décès a été attribué à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 154 décès; la méningite tuberculeuse, 16; la méningite simple, 18; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 9 décès.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Henri Baillière, l'un des directeurs de la maison d'édition scientifique. Nous adressons à son fils, le docteur G. Baillière, l'expression de notre douloureuse sympathie.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — Fondée le 6 octobre 1904, l'Union fédérative des médecins des réserves va atteindre sa première année d'existence.

Elle reprendra, le mercredi 11 octobre, la série de ses banquets mensuels auxquels peuvent assister tous les membres qui le désirent. A l'issue de ce banquet aura lieu la conférence mensuelle. M. le médecin principal Troussaint, médecin-chef de l'École supérieure de guerre, qui a bien voulu se charger de la faire, traitera le sujet suivant : « L'autonomie du service de santé et les devoirs des médecins de la réserve et de la territoriale. »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 16 AU 21 OCTOBRE 1905)

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 16 octobre, à une heure. — 5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Segond, Legueu et Proust ; — (2e partie) : MM. Roger, Legry et Claude ; — M. Mauclaire, suppléant.

Mardi 17 octobre, à une heure. — 5e (1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Berger, Schwartz et Auvray ; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Faure et Morestin ; — M. Gouget, suppléant.

Mercredi 18 octobre, à une heure. — 1er (oral) : MM. Reclus, Retterer et Cunéo.

4e : MM. Pouchet, Macaigne et Balthazard ; — M. Labbé (Marcel), suppléant.

Jeudi 19 octobre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Desgrez et Guiart.

2e : MM. Launois, Langlois et Maillard.

4e : MM. Gilbert, Gley et Dupré.

1er (sages-femmes) : MM. Thiéry, Demelin et Brindeau ; — M. Vaquez, suppléant.

Vendredi 20 octobre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* : MM. Kirmisson, Mauclaire et Gosset ; — M. Proust, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Potocki.



CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA TUBERCULOSE

(PARIS, 2-7 OCTOBRE 1905)

PRÉSERVATION ET ASSISTANCE DE L'ENFANT

Après une allocution d'ouverture de M. Grancher, la section a commencé immédiatement ses travaux en écoutant MM. MARFAN et HEUBNER lire leurs rapports sur la **préservation familiale de l'enfance contre la tuberculose.**

Après avoir rappelé que, chez l'homme, la tuberculose est presque toujours acquise et que, dans un grand nombre de cas où elle se manifeste dans l'adolescence ou dans l'âge adulte, les accidents ne sont pas dus à une contagion directe, mais dépendent, en réalité, d'une infection qui existait déjà à l'état latent depuis les premières années, M. Marfan étudie la question prophylactique. La prophylaxie de la tuberculose infantile doit comprendre deux parties : 1° l'une, la plus importante, consiste à opposer une barrière à la contagion; 2° l'autre consiste à modifier l'organisme des sujets prédisposés, de manière à les rendre réfractaires dans la mesure du possible.

Comment se fait la contagion ? Les matières qui renferment le bacille de Koch et servent de véhicule à la contagion sont : 1° les crachats des phtisiques; 2° les excrétions provenant des foyers tuberculeux ne siégeant pas dans les voies respiratoires : pus des abcès tuberculeux des ganglions, des os, des articulations, du testicule, etc.; 3° le lait des animaux tuberculeux.

Le virus peut pénétrer dans l'organisme : 1° par la muqueuse des cavités de la face ; 2° par la muqueuse des petites bronches; 3° par la muqueuse intestinale; 4° par la peau et ses dépendances; 5° par les organes génitaux. Cet ordre indique la fréquence des divers modes de contagion dans les premières années de la vie, le premier intervenant le plus souvent et le dernier étant extrêmement rare.

Ces données permettent d'étudier les moyens de s'opposer à la contagion. A ce sujet, il faut envisager deux cas : 1° celui où l'enfant ne cohabite pas avec un tuberculeux ; 2° celui, de beaucoup le plus important, où l'enfant vit dans un foyer que souille la présence d'un tuberculeux.

Dans le PREMIER CAS, il faudra : 1° empêcher la contagion par le lait; 2° empêcher la contagion par les crachats au moment des sorties de l'enfant; 3° empêcher la contagion dans le cas d'un changement d'habitation.

Les mesures capables de remplir ces trois indications s'appliquent à tous les enfants sans exception.

1° La *prophylaxie de la tuberculose transmise par le lait des bovidés* peut être réalisée facilement. Il suffit de faire chauffer le lait à une certaine température pour détruire le bacille de la tuberculose qu'il peut renfermer : porter le lait à une température de : 100 degrés pendant deux ou trois minutes (le lait bout à 100°5, à peu près), à 85 degrés pendant cinq à dix minutes et à 75 degrés pendant une demi-heure.

Puisque le bacille subsiste dans le beurre, celui-ci devra être préparé avec du lait ou de la crème pasteurisés ou stérilisés.

2° Il faut, en outre, surveiller les sorties et les promenades de l'enfant pour qu'il ne contracte pas la tuberculose hors de la maison. On l'empêchera d'entrer en contact avec des personnes suspectes; on ne le laissera jamais embrasser par un inconnu. On l'empêchera surtout de jouer avec de la terre, dans tous les lieux publics; on lui fera perdre l'habitude de porter ses doigts à la bouche ou dans son nez, et de manger ses ongles; dès sa rentrée à la maison, on lavera ses mains, on brossera ses ongles avec de l'eau chaude ou du savon; on recommencera ce nettoyage avant chaque repas.

3° Quand une famille change d'habitation, son chef doit chercher à savoir si le nouveau logement qu'elle va occuper n'a pas abrité un phtisique. Dans l'affirmative, avant de l'amener dans ce nouveau local, le chef de famille fera prendre les mesures de désinfection nécessaires.

DEUXIÈME CAS : *L'enfant cohabite avec un tuberculeux.* — Ici il faut distinguer deux cas : celui où le malade a un foyer tuberculeux *fermé* et celui où il a un foyer tuberculeux *ouvert.* Dans le second seulement, le malade offre un danger de contagion. Voici alors les précautions à prendre.

1° Pour éviter la *contagion immédiate*, le phtisique réduira ses rapports avec les enfants au strict nécessaire. Ceux-ci séjourneront le moins possible dans la chambre du malade; ils en seront complètement éloignés durant la nuit; par-dessus tout, ils ne coucheront pas dans le même lit.

Pour éviter la contagion par les poussières liquides rejetées par la toux, l'éternuement, la parole à haute voix, le malade devra s'habituer à mettre la main ou un mouchoir devant sa bouche toutes les fois qu'il tousse ou qu'il éternue, à parler doucement et à une certaine distance des enfants qu'il s'agit de préserver. Il fera de fréquents lavages antiseptiques de la bouche et se nettoiera souvent les mains.

2° Pour éviter la *contagion médiate*, le phtisique devra expectorer dans un crachoir de poche, contenant une certaine quantité de liquide antiseptique. Ces crachoirs doivent être vidés chaque jour et nettoyés à l'eau bouillante ou désinfectés avec une solution de soude. Jamais ils ne doivent être déversés sur les fumiers ou dans les cours et les jardins. Tous les ustensiles de table ayant servi au phtisique seront passés à l'eau bouillante après chaque repas. Les mêmes mesures s'appliquent à tous les objets ayant servi à un tuberculeux.

3° Si ces prescriptions étaient suivies rigoureusement, elles suffiraient à assurer la prophylaxie de la tuberculose. Mais des infractions à ces règles peuvent être commises et on se trouvera bien de les compléter par les mesures de police suivantes :

Partout où on le pourra, *on remplacera le balayage et l'époussetage par le lavage au linge mouillé*; on désinfectera ensuite ce linge par l'immersion dans l'eau bouillante ou dans une solution antiseptique.

L'appartement occupé par un phtisique sera assaini par la pénétration prolongée de la lumière solaire, par des nettoyages fréquents et par des désinfections faites à intervalles réguliers. Si le logement est petit, difficile à aérer et à ensoleiller, impossible à nettoyer à fond, en un mot s'il est insalubre, il devra être abandonné et la famille se logera dans de meilleures conditions d'hygiène.

Dans la seconde partie de son rapport, M. Marfan étudie la *réceptivité de l'enfant pour la tuberculose*. Cette réceptivité est surtout développée chez les enfants issus de parents tuberculeux, qu'il faille admettre : *a.* une tuberculisation héréditaire; *b.* une contagion familiale; *c.* une hérédo-prédisposition, spécifique ou non. Quelle que soit l'opinion que l'on ait d'elle, il faut la combattre énergiquement. On prémunira l'enfant en le soumettant à un régime de vie qui lui fasse un organisme plus résistant : on lui fera habiter un logement salubre ; on l'aguerrira au froid. L'instruction sera commencée

tard et réglée de façon à éviter toute claustration prolongée, tout surmenage.

Le mieux serait que le prédisposé fût élevé à la campagne. S'il doit être élevé dans une ville, on lui fera faire des séjours aussi fréquents que possible : au bord de la mer, si c'est un torpide ; à la montagne, dans un endroit bien abrité, aux environs de 1 000 mètres, si c'est un excité.

Ces séjours à la montagne ou à la mer, ou même simplement à la campagne, conviendront en particulier aux enfants convalescents de rougeole, de coqueluche. On ne négligera pas de traiter comme il convient l'hypertrophie des amygdales et les végétations adénoïdes, surtout accompagnées d'adénopathie cervicale ou trachéo-bronchique. On recherchera l'adénopathie trachéo-bronchique par l'auscultation minutieuse et répétée, voire par la radiographie : on la traitera par les méthodes habituelles.

Il est des cas où les mesures précédentes sont inapplicables. On devra alors, à la prophylaxie familiale, substituer la prophylaxie sociale. C'est pour les enfants prédisposés que l'on a organisé les colonies de vacances, les sanatoriums maritimes, les jardins ouvriers, et surtout l'œuvre de préservation de l'enfance, instituée par M. Grancher.

Quant au rapport de M. Heubner (de Berlin), il se termine par les conclusions suivantes :

1. Le père de famille ne doit pas craindre de refuser son consentement au mariage d'un des membres de sa famille atteint de tuberculose ou l'ayant été, ou au mariage d'un membre de sa famille sain avec un conjoint atteint de tuberculose. Le médecin, lui, devra ne donner son autorisation à une union de ce genre que dans des conditions bien déterminées.

2. Une mère tuberculeuse ne doit pas nourrir son enfant, car, d'une part, cette pratique met en danger, dans les conditions habituelles, la mère, et d'autre part, en supposant chez elle une tuberculose fermée, il n'existe pas de faits suffisamment probants pour que nous puissions trancher la question de la possibilité du passage, dans le lait, de bacilles en circulation dans le sang, tandis qu'en cas de tuberculose ouverte de la mère, les dangers de l'infection par contact ne peuvent être absolument supprimés.

3. Il est indispensable, pour la prophylaxie de la tuberculose chez les enfants qui ne sont pas élevés au sein, de créer, pour les femmes qui les élèvent et pour les sages-femmes, un chapitre nouveau dans l'enseignement, en insistant surtout sur les dangers de l'importation accidentelle du virus tuberculeux comme sur la nécessité qu'il y a de ne donner à l'enfant que des aliments soigneusement contrôlés sous le rapport de la tuberculose.

4. L'importance des infections additionnelles auxquelles l'enfant reste exposé après le sevrage dans les familles tuberculeuses, est depuis longtemps établie par l'expérience journalière, mais elle a été mise en lumière d'une façon toute spéciale dans ces derniers temps par les recherches de Bartel et Spieler.

Vu l'impossibilité de prévenir de ce côté les dangers menaçants par une législation d'ensemble, nous en sommes réduits, pour l'instant, à les combattre par l'hygiène individuelle de l'habitation. On devrait accorder, dans ce but, une importance spéciale à une éducation et à un enseignement détaillé donnés aux futures mères.

5. En ce qui concerne la préservation contre la tuberculose que la famille devrait chercher à réaliser par l'augmentation de la force de résistance de ses membres, elle se trouve très fâcheusement arrêtée dans ses efforts par le manque de moyens d'action, tant des divers chefs de famille que des unions d'assistance privée. Aussi est-il nécessaire que les administrations des Etats et des villes augmentent, dans des proportions toujours croissantes, leurs installations hygiéniques servant au public, en général, dans les villes comme à la campagne. L'attention des chefs de famille des deux sexes doit être sans cesse à nouveau attirée par tous les moyens possibles de propagande sur les diverses possibilités d'utilisation individuelle et particulière des institutions hygiéniques d'ordre général.

6. Les chefs de famille doivent se préoccuper de temps en temps des conditions dans lesquelles se trouvent les écoles auxquelles ils confient leurs enfants. Dans l'intérêt de la prophylaxie antituberculeuse, l'on doit s'opposer aussi à l'emploi des écoliers à des travaux complémentaires à la maison ou au dehors.

7. Le dernier devoir de la famille est de préparer les enfants à une profession appropriée.

Au sujet de la préservation familiale de l'enfance contre la tuberculose, signalons une communication de M. Zuber. Cet auteur remarque que la découverte d'un cas de **tuberculose chez une domestique**, dans une famille où il existe de jeunes enfants confiés à ses soins, exige un éloignement immédiat. Le médecin de la famille devra, en pareil cas, obtenir que la malade renonce à la protection que lui donne le secret médical, et, en échange, obtenir pour elle l'assistance matérielle et morale des maîtres qui la congédient. La situation délicate que créent des cas analogues serait évitée, comme le fait justement remarquer M. Zuber, si les familles prenaient l'habitude de n'engager une domestique qu'après examen médical préalable. Ces observations sont appuyées par MM. Marfan et Cruchet.

La **préservation scolaire contre la tuberculose** a fait l'objet de deux rapports, l'un de M. Méry, l'autre de M. Ganghofner (de Prague).

Pour M. Méry, on doit distinguer, dans les cas de tuberculose scolaire, les lésions ouvertes contagieuses et les latentes fermées qui sont de beaucoup les plus nombreuses.

La contagion à l'école peut se produire : par voie indirecte : elle peut être due à la contamination des locaux par suite du séjour dans l'école de tuberculeux lors de réunions publiques, cours d'adultes, etc. ; par voie directe : elle est alors due aux maîtres, aux serviteurs et aux élèves atteints de lésions ouvertes. La contagion par les maîtres est la plus fréquente.

Chez les enfants, les lésions pulmonaires ouvertes sont exceptionnelles. La contagion de la tuberculose à l'école sera combattue par des mesures de prophylaxie collective.

Les lésions fermées latentes sont extrêmement fréquentes chez l'enfant; elles ne sont pas nées à l'école, elles sont d'origine familiale. Elles ne réclament pas de mesures de prophylaxie collective, mais des mesures de prophylaxie individuelle.

Toutes ces mesures de prophylaxie collective ou de préservation individuelle ont pour base commune la nécessité d'un diagnostic net, précis et précoce qui ne peut être fait sans l'examen individuel des maîtres et des élèves. Cet examen devrait reposer sur l'auscultation méthodique de la respiration, sur l'auscultation limitée à l'inspiration qui seule est modifiée au début de la maladie. Les renseignements fournis par les mesures anthropométriques ne pourront donner que des présomptions; seule l'auscultation donnera des certitudes.

Les mesures de prophylaxie collectives destinées à lutter contre la contagion tuberculeuse à l'école sont :

1° Des mesures concernant l'hygiène des locaux et du mobi-

lier : aération, désinfection, interdiction du balayage à sec et du balayage par les élèves, suppression des réunions publiques, interdiction de cracher dans les locaux scolaires, etc. ;

2° Des mesures d'éviction vis-à-vis des contagieux, qu'il s'agisse de maîtres ou d'élèves ; on devra s'assurer que ceux-ci reçoivent tous les soins qui leur sont nécessaires.

On doit recommander, comme mesure de prophylaxie indirecte, le développement de l'enseignement scolaire anti-tuberculeux et de la mutualité scolaire.

Les mesures de préservation individuelles qui doivent être appliquées aux enfants atteints de tuberculoses fermées ou latentes sont :

1° Pour les enfants, atteints de lésions légères, qui peuvent rester à l'école : la suralimentation, la distribution de poudre de viande, d'huile de foie de morue, de sirop iodo-tanique, et l'organisation d'exercices de gymnastique respiratoire ;

2° Pour les enfants atteints de lésions moyennes plus importantes, le séjour à la campagne s'impose.

Le séjour passager, de quelques semaines, comme le réalisent les œuvres de vacances ou de colonies scolaires, est absolument insuffisant ; ce qu'il faut réclamer, c'est le séjour permanent en dehors des villes, soit à la campagne, soit à la montagne, soit au voisinage de la mer, c'est la création d'écoles de plein air, telle qu'elle a été réalisée, incomplètement d'ailleurs, à Charlottenbourg.

L'exode rural, qui a été si bien réalisé pour les prédisposés par M. Grancher dans son œuvre de préservation familiale, doit être réclamé avec autant et peut-être même avec plus d'énergie pour ceux qui sont déjà légèrement atteints.

Pour M. Ganghofner, la préservation scolaire contre la tuberculose doit consister en mesures à prendre : 1° pour améliorer le terrain morbide et diminuer la prédisposition ; 2° contre le danger d'infection.

Ce qui favorise le développement de la tuberculose chez un certain nombre d'enfants, c'est l'hygiène défectueuse des locaux scolaires, c'est aussi la mauvaise répartition du travail, telle qu'elle existe actuellement. On devra donc, avant tout, exiger l'observation des principes de l'hygiène dans les locaux scolaires et obtenir une réforme de l'enseignement laissant aux élèves assez de temps pour les exercices physiques et le repos. Il y aurait lieu aussi de prendre des mesures pour éviter la dissémination par l'école des maladies infectieuses à la suite desquelles se manifestent souvent les lésions tuberculeuses, la coqueluche et la rougeole, par exemple.

M. Ganghofner remarque que l'exigence, théoriquement justifiée, d'après laquelle les enfants atteints de tuberculose pulmonaire ouverte, ou de tuberculoses externes sécrétantes, ne devraient point fréquenter les écoles, ne saurait avoir de consécration légale tant que des établissements spéciaux répondant à ce désidératum n'existeront pas d'une façon suffisante.

D'ailleurs on doit, en raison de leur état général, déconseiller la fréquentation de l'école à nombre d'enfants atteints de tuberculose pulmonaire : c'est là un résultat qu'obtiendront généralement, sans difficulté, en usant de douceur, les médecins des écoles et les professeurs. Dans les autres cas, on devra pallier le danger par l'emploi de crachoirs et d'un enseignement approprié. On devra également éloigner de l'école les maîtres tuberculeux, et surtout ceux qui sont atteints de tuberculose ouverte des voies aériennes. Mais, pour arriver à des résultats efficaces, la collaboration de médecins est indispensable : aussi serait-il désirable qu'à tous les établissements d'enseignement soient attachés un ou plusieurs médecins.

Le rapport de MM. Cavé et Savoire traite des **mutualités maternelles et scolaires et de leur rôle antituberculeux.** Il est difficile d'analyser ce travail. Citons-en au moins les principales conclusions :

1° La lutte mutualiste contre la tuberculose ne sera efficace qu'autant que la mutualité étendra ses bienfaits à la plus grande partie de la population et qu'elle veillera sur l'individu depuis la naissance jusqu'à la mort. Dans ce but, une propagande active et même des interventions légales étendront la sphère d'action de la mutualité et des mutualités spéciales destinées à l'enfance et à solutionner la question du pont mutualiste ;

2° Il sera créé une caisse centrale de réassurance antituberculeuse et des unions mutualistes régionales ayant leurs propres institutions antituberculeuses autant que possible ;

3° Les mutualités d'adultes se préoccuperont vivement de la lutte contre la tuberculose de l'enfance à laquelle elles collaboreront étroitement avec les mutualités maternelles, les mutualités enfantines ou familiales et les mutualités scolaires ;

4° Le rôle des diverses branches de la mutualité dans la lutte contre la tuberculose infantile consistera, sur le terrain préventif, à faciliter à la mère l'allaitement de son enfant surveillé médicalement, à éloigner du foyer tuberculeux l'enfant encore sain (préservation familiale), à surveiller, isoler et traiter les enfants atteints de tuberculose (préservation scolaire) par la création de cantines scolaires, cures d'air pour enfants, l'organisation avec le concours des municipalités d'écoles en plein air et par le placement dans des hôpitaux spéciaux, des sanatoriums d'enfants et hôpitaux marins.

La dernière question mise à l'ordre du jour par la section était celle des **sanatoriums maritimes pour enfants tuberculeux.** Elle a été l'objet de deux rapports : celui de M. Armaingaud (de Bordeaux) et celui de M. d'Espine (de Genève).

M. Armaingaud rappelle qu'il existe actuellement sur les côtes de France quinze sanatoriums destinés à la cure des enfants débiles, scrofuleux, rachitiques, atteints des nombreuses variétés de tuberculoses externes. Deux seulement de ces établissements admettent des enfants déjà atteints de tuberculose pulmonaire : ce sont Hendaye et Hyères-Gien ; tous les autres les excluent, se proposant, non pas de guérir, mais exclusivement de prévenir la tuberculose pulmonaire en guérissant les états constitutionnels précédemment cités et toutes les formes de la misère physiologique de l'enfance, qui lui préparent un terrain de culture particulièrement fertile. Ils sont ainsi répartis : *sept* d'entre eux bordent les côtes de France au-dessus de la Loire : Saint-Pol, Berck, Roscoff, Pen-Bron ; *quatre* bordent l'Océan, de la Loire à la Bidassoa : Saint-Trojan, Arcachon, Cap-Breton, Hendaye ; *quatre* s'échelonnent sur les côtes méditerranéennes : Banyuls, Juan, Martin, Hyères-Gien. Le nombre total des enfants qui ont bénéficié de leur envoi dans un de ces sanatoriums, pendant un temps variable de trois mois à trois ans, est, depuis 1887, de 60000 environ. Sur ces 60000 enfants, la guérison a été obtenue 59 fois sur 100 ; les améliorations très sensibles étant de 25 p. 100, on voit que le total des succès est environ de 84 p. 100.

La guérison est définitive chez la plus grande partie des petits malades. Mais ceux-là mêmes qui, retombant dans de mauvaises conditions d'existence et d'hygiène, perdent à la longue une partie des bienfaits de cette cure, ne redescendent généralement pas au niveau de moindre résistance et de misère physiologique où ils étaient auparavant. Grâce au

sanatorium, voilà donc des enfants qui pourront parvenir à l'âge adulte et au mariage dans un état relativement satisfaisant, et qui deviendront de meilleurs ou de moins mauvais procréateurs qu'ils ne l'auraient été sans lui. Si l'on ajoute que la plus grande partie des cas de cécité, de surdité, de claudication et de gibbosité et une grande partie des autres infirmités qui rendent les jeunes gens impropres au service militaire, sont dues également à des maladies qui guérissent le plus habituellement par la cure marine, on peut être assuré que les efforts et les dépenses qu'exigent et qu'exigeront de plus en plus la multiplication et le développement des sanatoriums maritimes se traduiront toujours par un énorme bénéfice, au point de vue social et moral comme au point de vue individuel, au point de vue économique aussi bien qu'à celui de la défense du pays.

Ce qui le prouve, c'est que, déjà, dans la majorité des grandes villes de France qui envoient leurs enfants débiles à un sanatorium voisin, la mortalité tuberculeuse est en décroissance. Assurément, il serait excessif de dire que les sanatoriums marins sont la seule cause, ou même la principale cause de cette amélioration, mais il serait aussi inexact de dire qu'ils n'y sont pour rien : ils y contribuent pour une part certaine, quoique parfois difficile à préciser.

Discutant ensuite les résultats que l'on obtient dans les sanatoriums maritimes, M. Armaingaud arrive aux conclusions suivantes :

1° Pour la cure de la tuberculose pulmonaire au début chez les enfants, il y a, au moins dans les zones maritimes où sont situés les sanatoriums marins, deux de ces zones ou localités où cette cure se ferait dans les meilleures conditions : *Arcachon*, sûrement ; *Hendaye* peut-être, et sûrement, si l'expérience prolongée vient confirmer l'expérience actuelle de quelques années.

2° En ce qui concerne les tuberculeux non pulmonaires, il est possible, probable même, qu'il existe entre les différentes zones maritimes où sont établis les sanatoriums d'enfants, à côté des conditions climatiques qui leur sont communes à tous des éléments climatiques et des conditions locales suffisantes pour les différencier dans une certaine mesure, et les spécialiser plus ou moins partiellement ; mais nous n'avons, à l'heure qu'il est, aucune donnée pour nous guider et nous orienter vers un classement, même un simple classement d'attente.

La question se complique encore d'un nouveau problème à résoudre. On opère beaucoup moins, en général, dans les sanatoriums du Sud que dans ceux du Nord. N'opère-t-on pas pas trop dans ceux-ci et pas assez dans ceux-là ? La chose est difficile à dire. M. Calot déclare avec force que jadis les ostéites tuberculeuses se terminaient toujours par la mort ; qu'à l'heure actuelle, elles guérissent toujours. Cela parce qu'à Berck, autrefois, on ouvrait *toujours* le foyer tuberculeux et que maintenant on ne l'ouvre *jamais*. Cette affirmation si nette doit-elle entraîner la conviction, et fixer définitivement les idées ? La question mérite d'être discutée.

M. d'Espine passe successivement en revue les établissements des différents pays autres que la France. Après avoir étudié leur fonctionnement, il énumère ainsi les résultats qu'ils donnent :

Pour les enfants atteints de scrofulo-tuberculose, le séjour à la mer présente une valeur thérapeutique si incontestée que l'on doit considérer les sanatoriums maritimes comme l'agent prophylactique et curateur par excellence de la tuberculose infantile et l'agent préventif le plus puissant de la phtisie chez l'adulte. Dans l'anémie lymphatique, qui comprend surtout des adénopathies trachéo-bronchiques tuberculeuses à symptômes atténués, mêmes résultats : 90 à 100 p. 100 de guérisons. Pour la tuberculose pulmonaire, la question est plus discutée ; M. d'Espine, dont on connaît la grande expérience, nous fait connaître son opinion à ce sujet : « La proscription absolue de la cure marine pour la tuberculose pulmonaire prononcée par Rochard, Fonssagrives, Ch. Leroux, n'est pas justifiée par ces faits, mais la mer ne convient en général qu'aux tuberculoses pulmonaires au début, à la forme torpide ou phtisie scrofuleuse ; certaines plages particulièrement abritées, renommées pour la douceur de leur climat, comme Hendaye, Arcachon, Gien, Cannes, Rovigno (Istrie) paraissent, à ce point de vue, avoir donné les meilleurs résultats. » Dans la péritonite tuberculeuse, enfin, la cure marine paraît également très recommandable.

M. d'Espine envisage deux objections qui ont été souvent faites aux sanatoriums maritimes : l'une concernant le danger de la généralisation de la tuberculose sous l'influence du climat marin, n'est certainement pas fondée. L'autre a trait au caractère aléatoire des guérisons obtenues : M. d'Espine le réfute à l'aide de statistiques concordantes et pose en principe que, dans les trois quarts des cas environ, la guérison est définitive. Il conclut ainsi :

1° L'air marin étant universellement reconnu comme le facteur principal de la thalassothérapie, il faut que les malades confiés aux sanatoriums soient exposés le plus possible à cette atmosphère. Il y a donc avantage à ce que le sanatorium soit bâti sur la plage même. S'il ne peut pas l'être, les malades dovent être *transportés sur la plage pendant la journée* ; les plus malades doivent être installés dans des galeries ouvertes sur la mer, semblables aux « Liegehallen » des sanatoriums allemands ;

2° *La balnéation dans la mer est un adjuvant très important de la cure marine.* C'est ce que prouvent, pour nous, les expériences faites depuis vingt-deux ans à l'asile Dolfus, où les premiers médecins de l'établissement, MM. de Valcourt et Bourcart, ont démontré que l'on peut baigner, sans crainte, toute l'année, les enfants atteints de tuberculose osseuse suppurée ou non suppurée, en enlevant pendant le bain les appareils inamovibles ou en les remplaçant par une simple attelle amovible. Même pour les formes pulmonaires de la scrofule, et en particulier l'adénopathie bronchique, les bains de mer ont donné d'excellents résultats, en les surveillant de près ;

3° Il faut encourager les essais d'*héliothérapie*, pratiqués avec succès par Vidal, à Hyères, et par Revillet, à Cannes. L'exposition au soleil des plaies et fistules tuberculeuses paraît hâter nettement leur cicatrisation.

Des rapports que nous venons d'analyser, seuls, ceux qui traitaient de la prévention scolaire et des sanatoriums maritimes ont valu à l'auditoire quelques réflexions intéressantes. Ces réflexions, nous ne les indiquerons pas maintenant, nous réservant d'y revenir plus loin.

COMMUNICATIONS. — Une des plus importantes communications faites à la section a été celle de M. Vallée (d'Alfort). Étudiant **la genèse des lésions pulmonaires dans la tuberculose**, M. Vallée rappelle que, chez un animal porteur de lésions tuberculeuses discrètes de l'intestin ou du mésentère, la prédominance des lésions pulmonaires n'autorise pas à admettre que l'infection n'a pas été contractée par les voies

digestives. Cette opinion, que l'auteur a déjà soutenue en 1903 et 1904, il la confirme aujourd'hui par de nouvelles expériences portant sur 20 veaux indemnes de tuberculose : 12 ont été infectés par des pulvérisations virulentes dans le nasopharynx, 2 par inoculation intra-trachéale, les autres par les voies digestives ou par l'inoculation directe dans un ganglion du mésentère ou dans un rameau de la veine mésaraïque.

De tous ces modes d'infection, la pénétration du bacille au niveau de l'intestin est celui qui réalise le plus vite et le plus sûrement la tuberculisation des ganglions annexes du poumon. La pénétration du bacille tuberculeux au niveau de l'intestin peut s'effectuer sans qu'il se produise de lésions apparentes appréciables de la muqueuse intestinale ou des ganglions mésentériques. Il faut donc admettre, au moins au point de vue expérimental, 1° que l'ingestion de matière tuberculeuse joue un rôle prépondérant dans le développement de la maladie et 2° qu'une adénopathie tuberculeuse quelconque peut parfaitement exister sans qu'il y ait la moindre lésion des viscères correspondants. L'adénopathie trachéo-bronchique, en particulier, peut être due à l'arrivée directe, dans les ganglions, du bacille de Koch : elle n'est donc pas — au moins au point de vue expérimental — la conséquence nécessaire, fatale, inéluctable d'une tuberculose pulmonaire.

M. Jules Comby, se fondant uniquement sur la clinique, arrive à des résultats opposés. Dans sa communication, intitulée **contagion familiale de la tuberculose chez l'enfant**, M. Comby pose en principe que la tuberculose n'est pas une maladie héréditaire, l'hérédité du terrain n'existant pas plus que l'hérédité de la graine. La contagion, et plus particulièrement la contagion familiale, explique tout, et la porte d'entrée du contage est manifestement dans les voies aériennes. M. G. Kuss admet également, dans son étude des **tuberculoses d'inhalation**, 1° que la plupart des tuberculoses chirurgicales dites primitives et un grand nombre de tuberculoses pulmonaires de l'adulte sont dues à une auto-infection partie d'un foyer de tuberculose latente remontant à l'enfance; 2° que ces foyers de tuberculose latente ont, le plus souvent, une disposition topographique qui démontre l'origine aérienne, respiratoire de la tuberculose.

Entre ces deux opinions si opposées, les avis se partagent : M. d'Espine rappelle que, chez l'homme comme chez l'animal, l'adénopathie trachéo-bronchique peut exister seule, indépendamment de toute lésion pulmonaire; M. Heubner estime que les expériences de M. Vallée apportent une confirmation à la théorie d'après laquelle la tuberculose pénétrerait toujours dans l'organisme par l'intestin (Behring); M. Wyss (de Zürich) proclame au contraire que, le plus souvent, la tuberculose intestinale est secondaire à une tuberculose pulmonaire; M. Thomesco (de Bucarest) se range à l'avis de M. Comby.

Au sujet de l'importante communication de M. Vallée, se pose la question suivante : sommes-nous suffisamment protégés par les mesures actuelles contre la tuberculose d'origine alimentaire? La réponse des orateurs n'est guère rassurante : MM. Vallée et Merlin insistent sur l'inanité de la plupart de ces mesures. M. Méry pense qu'elles ne sont pas assez rigoureuses pour certains aliments, le lait, en particulier. M. Jean Hallé nous apprend que, dans son pays, les vaches tuberculeuses, lorsqu'elles sont arrivées au dernier degré de la cachexie, sont abattues en secret, et que leur chair sert à préparer des saucissons très appréciés des gourmets...

Entre M. Comby, qui, au nom de la clinique, admet que l'enfant se contagionne toujours par les voies aériennes, et M. Vallée, qui, se plaçant uniquement sur le terrain expérimental, proclame l'origine digestive de la plupart des tuberculoses, aucun accord ne semble actuellement possible. C'est ce que fait remarquer M. Grancher, et la discussion est close sans que l'on ait pu aboutir à des conclusions fermes.

M. le professeur Grancher fait une magistrale communication sur **la première étape de la tuberculose pulmonaire et son diagnostic précoce par l'auscultation**. Dès 1882, M. Grancher publiait, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, un travail où il s'efforçait de reporter le diagnostic de la tuberculose pulmonaire à une époque très antérieure à la première période classique. Il affirmait que le diagnostic doit être fait dès qu'une inspiration anormale *permanente* et *localisée* s'entend à l'un des sommets du poumon; que ce signe *suffit à lui seul* pour reconnaître la tuberculose, surtout quand il s'accompagne, ce qui est le cas ordinaire, d'un léger fléchissement de la santé et d'un peu de fièvre vespérale. Depuis cette époque, tous les faits qu'il a eu l'occasion d'observer l'ont confirmé dans cette idée que c'est à l'examen clinique seul qu'il faut demander le diagnostic précoce de la tuberculose. Les méthodes de laboratoire, pour importantes qu'elles soient, peuvent toutes se trouver en défaut : la recherche du bacille dans les crachats ne permet de faire le diagnostic que tardivement, les injections de tuberculine sont dangereuses, la radiographie et la radioscopie doivent être réservées aux tuberculoses insaisissables par la percussion et l'auscultation; le séro-diagnostic et le cyto diagnostic sont procédés trop délicats pour pouvoir jamais entrer dans la pratique courante.

Comment pratiquer l'examen clinique des enfants soupçonnés de tuberculose?

Précepte capital, il ne faut ausculter que l'*inspiration*, et il faut l'ausculter *en deux points symétriques* de la poitrine. Les renseignements fournis par l'expiration sont beaucoup plus tardifs : ils caractérisent la première période classique, et non la période de germination qui précède de longtemps — de plusieurs années parfois — l'éclosion de la période d'induration.

Afin de permettre à l'oreille de bien superposer les deux sensations des inspirations symétriques, droite et gauche, M. Grancher conseille de pratiquer *l'auscultation interrompue*, qui consiste à ausculter attentivement, et dans un grand silence, une région sous-claviculaire, *pendant l'inspiration seulement*. On éloigne légèrement l'oreille du thorax de l'enfant pendant l'expiration et on recommence ainsi deux ou trois fois de façon à recueillir toutes les qualités du murmure inspiratoire d'un côté, puis rapidement on passe à l'autre côté et on fait de même. Ainsi, les sensations inspiratoires occupent seules l'oreille et il est rare que les plus petites différences échappent à ce mode d'examen.

Il donne aussi le conseil d'ausculter le malade debout, le dos appuyé contre un meuble ou un mur; il importe, en effet, beaucoup que la tête du médecin reste droite ou à peine inclinée, s'il veut éviter le léger trouble de circulation cérébrale que donne la position déclive de la tête, trouble qui suffit à diminuer la finesse des perceptions auriculaires. Pour ce motif, il importe d'ausculter aussi peu que possible les malades dans leur lit, et de les faire toujours lever quand la chose est possible.

Enfin, M. Grancher conseille, pour éviter la perturbation

des sensations auriculaires, que donne toujours le mouvement de passage d'un creux sous-claviculaire à l'autre, de laisser autant que possible la tête immobile. Pour cela, on saisit avec la main gauche l'épaule droite de l'enfant et avec la main droite son épaule gauche, et par un mouvement de quart de cercle imprimé à son thorax, on amène successivement sous son oreille les deux sommets du poumon. Ainsi, les deux sensations, recueillies et superposées, n'ont rien perdu de leurs qualités par le déplacement de la tête.

Quand l'un des sommets seul est malade, et que l'autre est resté sain, le cas est facile à interpréter.

Mais il arrive aussi que l'oreille ne perçoive aucun bruit physiologique sous les deux clavicules, et que le murmure soit pathologique des deux côtés, les vibrations et la sonorité étant restées normales. Alors, la question se pose ainsi : quel est le côté le plus malade, et quel est celui qui a été le premier atteint? Il est souvent impossible de répondre; mais peu importe. Les deux inspirations sont *pathologiques* et *dissemblables*. Voilà qui suffit. Le *premier signe*, au lieu d'être unilatéral, est bilatéral. C'est tout ce qu'on peut dire, sans crainte de se tromper.

D'autres fois, il y a insuffisance respiratoire de tout un poumon. Il s'agit vraisemblablement alors d'une adénopathie trachéo-bronchique comprimant les bronches ou même, peut-être, les nerfs bronchiques et vasculaires du poumon. Persistante, cette insuffisance inspiratoire caractérise encore une tuberculose au début.

Ainsi, dans cette *première étape*, il existe uniquement des anomalies de l'inspiration. Dans une *seconde*, aux anomalies inspiratoires s'ajoute l'augmentation des vibrations vocales, indiquant que, dans une région limitée du poumon, il existe non seulement des tubercules discrets, mais aussi, autour d'eux, un état congestif qui augmente la densité pulmonaire. Ces deux étapes réunies constituent la *période de germination*. Ce n'est que plus tard que survient la première période classique, *période d'induration* que caractérise la superposition, aux signes précédents, de deux nouveaux signes : la submatité et l'expiration prolongée.

M. Grancher termine sa communication par les conclusions suivantes :

1° Il convient de reporter le diagnostic de la tuberculose, fait par l'étude des signes physiques, à une période beaucoup plus rapprochée du début de l'évolution du tubercule dans le poumon;

2° Le diagnostic, tel qu'il est fait actuellement, sous le nom de *première période*, est un diagnostic tardif;

3° *Le premier symptôme physique de la tuberculose pulmonaire ou ganglio-pulmonaire est une* inspiration anormale ;

4° *Cette inspiration anormale, quand elle est fixe et persistante au même point, est, à elle seule, le signe certain de la tuberculose ;*

5° La curabilité de la tuberculose étant proportionnelle à la précocité du diagnostic, on conçoit l'importance qu'il y a de reconnaître cette maladie aussitôt que possible ;

6° Ce diagnostic précoce, si important pour le malade, est au moins aussi important pour la société tout entière ; car, au cours de la première et de la seconde étape, le malade tousse très peu ou ne tousse pas; il est donc inoffensif pour son entourage. Traitée et guérie à cette époque, la tuberculose cesse d'être contagieuse;

7° La tuberculose comporte *deux étapes* et *trois périodes*. C'est au cours des deux étapes qu'il faut la reconnaître, et non pas au cours de ses périodes;

8° Pour faire le diagnostic, le médecin, au début de la maladie, ne doit pas se contenter d'examiner dans une famille le malade pour lequel on l'appelle. Il doit aussi, et systématiquement, ausculter les membres de la famille pour peu qu'ils soient suspects, et faire ainsi le *dépistage* de la maladie, alors qu'elle est méconnue de tous. Très souvent, il trouvera autour du malade la première ou la seconde étape en évolution, et son devoir strict sera d'imposer le traitement à ces malades ignorants de leur propre mal.

Ainsi faisant, il rendra les plus grands services, et à la famille dont il a charge, et au corps social tout entier.

Très applaudie également la communication de MM. Hutinel et Lereboullet sur **les étapes de la tuberculose chez les enfants**. Chez les enfants, la tuberculose procède par étapes successives; ce qui la caractérise, c'est ordinairement le peu d'importance de la lésion initiale, correspondant à la porte d'entrée, en regard de la netteté et du volume parfois énorme des lésions pulmonaires. Celles-ci, constituées dès la première étape de la tuberculose, représentent en quelque sorte des lésions de protection qui, arrêtant le bacille tuberculeux, peuvent empêcher le mal d'évoluer davantage. Mais, souvent aussi, cette barrière devient insuffisante : la tuberculose franchit alors une seconde étape qui correspond fréquemment au début apparent de la maladie.

Les lésions ganglionnaires ainsi formées prédominent presque toujours dans le médiastin; leur origine, variable, est, le plus souvent, pulmonaire : un examen attentif permet en effet de retrouver constamment dans le poumon la lésion initiale, le chancre d'inoculation.

Ces lésions peuvent rester indéfiniment latentes. D'autres fois, le mal franchit une seconde étape, à la faveur soit d'une auto-infection, soit d'une hétéro-infection. L'une comme l'autre sont facilitées par la prédisposition qu'offrent les tuberculeux latents.

C'est que ceux-ci sont, du fait de leurs lésions, déja débilités ; l'habitus spécial, maintes fois qualifié de prétuberculeux, n'est souvent que la conséquence de cette tuberculose latente, et il serait plus exact de dire de tels sujets qu'ils sont des tuberculeux préphtisiques. On peut, au surplus, rapprocher les faits qui établissent la vulnérabilité spéciale des sujets porteurs de tuberculose latente de faits expérimentaux récemment publiés, qui montrent l'hypersensibilité de cobayes, antérieurement bacillisés, à une nouvelle infection tuberculeuse. Dans l'un et l'autre cas, la présence antérieure d'un foyer de tuberculose amène la formation dans les humeurs de principes s'opposant à la phagocytose (*agressines* de Bail) et met l'organisme dans de mauvaises conditions de lutte.

Toutefois, si les lésions réalisées au cours de la seconde étape de la tuberculose infantile sont souvent rapidement progressives, elles peuvent, d'autres fois, s'arrêter et guérir, jusqu'au jour où, sous une influence nouvelle, se fera une troisième poussée.

Cette interprétation de la tuberculose infantile justifie la double tendance de la lutte antituberculeuse ; elle cherche d'une part à empêcher la contagion tuberculeuse dont les effets peuvent s'exercer aussi bien sur les bacillaires latents que sur les sujets indemnes, d'autre part à fortifier l'organisme en le rendant plus apte à lutter contre l'agression du bacille de Koch, qui, trop souvent, existe déjà dans l'économie.

La section a écouté avec le plus grand intérêt une communication de M. Gastou sur **les portes d'entrée de la tuberculose chez l'enfant**. Chez l'enfant, c'est le plus souvent par

la peau de la face que le bacille de Koch pénètre dans l'organisme. La preuve immédiate en est donnée par la fréquence, à cet âge, des lupus du nez et de la joue, des adénopathies parotidiennes, sous-maxillaires et cervicales.

Chez le nouveau-né, la tuberculose se diffuse avec une rapidité extrême, comme le montrent les micropolyadénopathies tuberculeuses, les accidents viscéraux, les tuberculoses lymphatiques, osseuses et cutanées.

L'enfant plus âgé se comporte vis-à-vis du bacille comme l'adulte. La pénétration du bacille de Koch se traduit à la face : 1° par des lupus tuberculeux, dus à une inoculation directe ; 2° par des adénopathies tuberculeuses, dues à une inoculation indirecte. Les lupus tuberculeux de la joue et du nez viennent parfois se greffer sur une lésion cutanée banale, et, particulièrement, sur l'impétigo. Leur développement est dû au transport direct du bacille par le baiser, la serviette, le mouchoir ou le doigt. La prophylaxie de la tuberculose infantile doit tenir compte de ces données.

La communication de M. Gastou est le point de départ d'une intéressante discussion. M. Comby confirme les idées de l'orateur et insiste éloquemment sur les dangers que l'on fait courir aux enfants en les laissant embrasser par n'importe qui.

M. Fournier déclare que cette déplorable habitude expose les enfants non seulement à la tuberculose, mais encore à la syphilis, affections auxquelles M. Wyss (de Zürich) ajoute la diphtérie. Comme l'a dit notre confrère du *Temps*, le baiser a vraiment une mauvaise presse.

M. Bagot (de Roscoff) a fait une intéressante remarque. Chez les enfants du Finistère, les tuberculoses ganglionnaires sont extrêmement fréquentes : elles restent latentes tant que les enfants sont à la campagne, pour se réveiller dès qu'ils partent à la ville.

L'étude de l'**hygiène scolaire**, dont il est difficile de séparer celle des **colonies scolaires**, a donné lieu à de nombreuses communications et à des discussions auxquelles ont pris part MM. Aigre, Armand-Delille, Audéoud, Bonnin, Gourichon, Jablonski, Jagot, Lennhoff, Mathieu, Merlin (de Saint-Étienne), Peaucellier, Edouard Petit, Roblot, Suarez de Mendoza, Zuber, etc.

En ce qui concerne l'*hygiène scolaire*, tous les orateurs sont d'avis qu'il devrait être organisé, dans les écoles, un enseignement élémentaire de l'hygiène. Pour M. Gourichon comme pour MM. Ganghofner et Altschul (de Prague), cet enseignement doit être confié aux médecins. Toute la question est de savoir si ce cours sera rétribué : si nos confrères acceptent de le faire à titre gracieux, l'enseignement de l'hygiène peut, dans toutes les écoles de France, être organisé dès maintenant; s'il doit être rémunéré, comme le demande M. Mathieu, on se heurte à des difficultés budgétaires insolubles. Il est bien entendu, d'ailleurs, que les notions élémentaires d'hygiène seront enseignées, non seulement aux maîtres, mais aussi aux élèves, non seulement dans les écoles primaires, mais, d'une façon générale, dans tous les établissements d'enseignement.

Une autre question intéressante, c'est celle des cantines scolaires. M. Merlin (de Saint-Étienne) demande qu'on en améliore le fonctionnement. M. Édouard Petit fait observer que, même actuellement, elles donnent des résultats remarquables par rapport aux ressources dont elles disposent. Pour cette œuvre comme pour la précédente, on n'arrivera à la perfection qu'en coordonnant les efforts de tous.

La prophylaxie scolaire doit tenir compte, comme l'a fait remarquer M. Méry, de la **tuberculose des maîtres**. M. Roblot, qui a particulièrement étudié la question, estime que la plupart des maîtres tuberculeux sont atteints de troubles du rhinopharynx et du larynx. Il y a, chez eux, un surmenage des organes de la phonation dû à ce qu'ils ne savent pas, en général, se servir de la parole sans fatigue. Il serait donc désirable que, dans les programmes d'études des écoles normales, une plus large place fût réservée à la gymnastique oratoire et à l'éducation phonétique.

On sait que, depuis quelques années, des œuvres charitables permettent d'envoyer à la campagne ou à la mer, pendant quelques semaines, un certain nombre d'enfants délicats ou malades. Ces *colonies scolaires*, dont Mmes Fiedler (Les cures locales de Champrosay), Puaux (Les colonies de vacances de la chaussée du Maine) et M. Jagot (L'œuvre angevine des colonies de vacances) nous décrivent le fonctionnement, suscitent quelques critiques d'ordre très général. Il arrive parfois que les enfants envoyés à la campagne ne sont surveillés ni au point de vue moral, ni au point de vue médical : c'est ce que fait remarquer M. Peaucellier (d'Amiens). MM. Aigre (de Boulogne) et Cayla (de Neuilly) demandent donc qu'une sérieuse enquête soit faite sur les gens chez lesquels on doit placer ces enfants, et que les médecins de la ville dont ils viennent les recommandent directement à leurs confrères de la région. M. Granjux rappelle que ces mesures sont depuis longtemps en vigueur dans l'œuvre de la *Préservation familiale*. MM. Audéoud (de Genève) et Bonin (de Bordeaux), remarquant que, malgré les imperfections inévitables signalées par divers auteurs, les colonies scolaires rendent de grands services, demandent à la section de les encourager par un vœu. MM. Zuber et Armand-Delille exposent le **rôle de ces colonies dans la prophylaxie de la tuberculose infantile.**

Les mêmes auteurs font connaître à la section les **conditions que doivent**, d'après eux, **réaliser les dispensaires dans la lutte contre la tuberculose.** Pour eux, les dispensaires ne rendront de services réels que si l'on y fait le diagnostic précoce de la tuberculose et si des œuvres charitables les aident dans la distribution d'aliments et leur permettent d'envoyer les enfants à la campagne pour des séjours suffisamment longs.

M. J. Hayem expose les résultats qu'il a obtenus à la **nourricerie maternelle d'ouvrières** que dirige M. Paquy.

L'étude clinique de la tuberculose infantile n'a été que peu fouillée. Signalons cependant les communications de MM. Barbier et Boisnot, Cruchet, Boulay, de Batz, et les observations de MM. Lortat-Jacob et Vitry, d'une part, de MM. Méry et Terrien, de l'autre.

MM. Barbier et Boisnot ont fait quelques recherches sur **les éliminations urinaires au début de la tuberculose infantile.** Voici leurs principales conclusions :

1° La quantité des urines par vingt-quatre heures est augmentée ; il en est de même des éliminations azotées et phosphorées ;

2° Lorsque la convalescence s'établit définitivement, la courbe urinaire tend à se rapprocher de la normale ;

3° Au contraire, chez les enfants qui restent pâles et amaigris, on peut voir la courbe descendre au-dessous de la normale, et cela, pendant un temps parfois fort long (*phase de cachexie transitoire*).

M. Cruchet étudie le **pneumothorax tuberculeux chez ces enfants.** Ce pneumothorax siège d'habitude à la base pul-

monaire gauche et ne se révèle que rarement par des signes évidents.

MM. Boulay et Heckel signalent les **amygdales comme une porte d'entrée fréquente de la tuberculose** et recommandent de soigner aussi énergiquement et aussi tôt que possible les lésions de ces glandes.

M. de Batz expose les **caractéristiques de l'état prétuberculeux dans la population scolaire d'Arcachon.** Soixante-six enfants prétuberculeux, âgés de six à treize ans, ont présenté une courbe de croissance supérieure à celle des sujets normaux; la courbe de poids et le périmètre thoracique restent au contraire inférieurs à ceux que l'on observe chez des enfants sains. Ces résultats sont confirmés par M. Jablonski.

MM. Lortat-Jacob et Vitry (de Paris) rapportent une observation intéressante de **caverne pulmonaire chez un nourrisson.** Le pneumogastrique était englobé dans une adénopathie, et la compression de ses fibres a peut-être joué un rôle dans l'évolution caséeuse des lésions.

MM. Méry et Terrien relatent un cas de **tuberculose latente réveillée par des cautérisations ignées pratiquées sur un foyer éloigné de tuberculose.** Ce réveil, M. Armand-Delille tend à l'attribuer à l'action, sur le foyer ancien, de toxines tuberculeuses mises en liberté à la suite de la cautérisation.

L'**application, au diagnostic de la tuberculose infantile, des diverses méthodes de laboratoire** nous a valu quelques communications intéressantes. MM. Justin Roux et Josserand (de Cannes), appliquant la **radioscopie au diagnostic de la tuberculose ganglio-pulmonaire chez l'enfant,** estiment que cette méthode complète et contrôle les résultats de l'examen clinique; M. Barret (de Paris), faisant une communication sur le même sujet, distingue : des hypertrophies ganglionnaires, donnant lieu, soit à des foyers latéraux, soit à des foyers médians; des lésions de condensation, se traduisant par des ombres plus ou moins étendues; des lésions pleurales, marquées par des obscurités. M. Gastine (de Paris) déclare préférer les renseignements fournis par la **radiographie,** opinion contre laquelle s'élèvent les orateurs précédents.

MM. Thomescu et Graçoski, étudiant **le séro-diagnostic dans la tuberculose infantile,** concluent que, si une réaction positive entraîne presque à coup sûr la notion de l'existence d'une lésion tuberculeuse quelconque, une réaction négative n'autorise pas, par contre, à rejeter absolument l'hypothèse de tuberculose. Les résultats que donne le séro-diagnostic doivent, d'ailleurs, être contrôlés par les méthodes cliniques habituelles.

Pour M. Cruchet (de Bordeaux), la **recherche du bacille de Koch dans les selles, chez l'enfant,** est extrêmement utile pour le diagnostic et remplace souvent avec avantage la bacilloscopie des crachats extraits de l'estomac.

Rapprochons de ces travaux la communication de M. F. Potier, intitulée : **tuberculose infantile et micropolyadénopathie,** qui démontre que la micropolyadénie tuberculeuse de l'enfant peut être considérée dans son évolution histologique comme une sclérose ganglionnaire analogue aux autres scléroses produites par le poison tuberculeux.

Arrivons enfin à la **partie thérapeutique.**

MM. Josias et J.-Ch. Roux étudient **l'évolution de la tuberculose pulmonaire chronique, chez les enfants, sous l'influence du suc de viande et de la viande crue.** Ils résument ainsi leur travail : Chez les enfants atteints de tuberculose pulmonaire chronique, et que l'on soumet à une alimentation où la viande crue et le suc de viande remplacent la viande cuite, l'augmentation rapide de poids, au début du traitement, mesure la résistance de l'état général et permet de prévoir très exactement le bénéfice que l'enfant pourra retirer de ce traitement. La réaction de l'enfant à la viande crue et au suc de viande constitue donc l'un des éléments les plus importants du pronostic de la tuberculose infantile. M. Feltgen (de Luxembourg) remarque à ce sujet que, chez les petits enfants atteints de tuberculose, on obtient de très bons résultats en donnant, d'une façon méthodique, du lait bouilli. M. Héricourt trouve dans les observations de MM. Josias et J.-Ch. Roux une confirmation des recherches expérimentales qu'il a faites avec M. Ch. Richet.

Pour M. Springer, la **croissance des enfants prédisposés à la tuberculose** devra être attentivement surveillée. Il faudrait : 1° la modérer au besoin; 2° pendant toute sa durée, fournir à l'organisme les substances qu'il doit assimiler et fixer.

M. Vivant (de Monte-Carlo) étudie l'**importance prophylactique de la cure d'air dans la prévention de la tuberculose.** Tous les locaux où se réunissent des collectivités devraient être l'objet d'une ventilation parfaite, et les hygiénistes devraient se préoccuper de leur assurer la quantité d'air suffisante.

M. Brunon, sous le titre : **Tuberculose des enfants, traitement à l'aérium de l'Hospice général de Rouen,** apporte les excellents résultats qu'il a obtenus par sa méthode et relate un certain nombre d'observations confirmatives.

Pour M. Rosenthal, la tuberculose pulmonaire est précédée d'une période de troubles fonctionnels ou d'insuffisance respiratoire caractérisés à la fois par des anomalies du mécanisme physiologique de la respiration et par la diminution du jeu thoracique et du fonctionnement du diaphragme. A cette phase, il convient de prescrire la **gymnastique** et les **exercices respiratoires,** réglés sur l'ausculation, et de les associer aux traitements classiques.

M. Cazaux étudie les effets de l'**altitude dans la tuberculose pulmonaire de l'enfant.** Parmi les méthodes qui ont pour but de fortifier l'organisme, il met en bonne place la cure préventive : 1° par les hautes altitudes chez un certain nombre d'enfants atones et lymphatiques; 2° par les altitudes subalpines et les eaux minérales combinées chez la majorité des enfants menacés.

M. Veillard (de Lausanne) expose le **traitement par l'altitude de la prétuberculose et de la tuberculose infantiles.** Les résultats obtenus sont d'autant plus intéressants que l'auteur s'est soigneusement abstenu de prescrire à ses petits malades le moindre traitement, médicamenteux ou autre.

M. Ch. Leroux décrit la **cure marine des tuberculoses infantiles aux sanatoriums de Banyuls et Saint-Trojan.** Pour lui, les tuberculoses osseuses guérissent à ces sanatoriums, à condition que l'état général soit bon, qu'il n'y ait point de complications digestives, de septicémie, de suppuration et, surtout, pas de tuberculose pulmonaire, dont l'air marin précipite habituellement l'évolution.

La communication de M. Leroux suscite l'intervention de MM. Calot et Ménard (de Berck). M. Calot, après avoir rappelé qu'il a obtenu de très bons résultats dans la **péritonite tuberculeuse** en soumettant les malades à l'air marin, expose ses idées relatives au **traitement des abcès tuberculeux symptomatiques des lésions osseuses :** il conclut qu'ouvrir les abcès symptomatiques ou les laisser s'ouvrir, c'est ouvrir

une porte par laquelle la mort entrera le plus souvent. M. Ménard s'élève contre une opinion formulée d'une façon trop absolue. Il fait remarquer de plus que les enfants qui partent de Berck sont abandonnés à eux-mêmes, alors que leur état exigerait une surveillance si attentive. Il demande qu'il soit organisé dorénavant, pour les petits malades atteints de tuberculose ostéo-articulaire, et revenant de Berck, un service médical destiné à leur assurer, tout le temps nécessaire, les soins médicaux dont ils ont besoin.

La discussion revient à la question de savoir si, oui ou non, le climat marin convient au traitement de la tuberculose pulmonaire. M. Ménard penche pour la négative; M. Barbier proclame au contraire que, dans certaines conditions bien déterminées, les sanatoriums maritimes peuvent contribuer puissamment à la guérison des tuberculoses pulmonaires au début. C'est là également l'opinion de M. Lalesque, pour qui la tuberculose pulmonaire peut, à ses premières phases, s'améliorer ou guérir sur certaines plages. M. Vidal (d'Hyères) admet lui aussi que le sanatorium maritime convient aux malades dont la tuberculose est encore à ses débuts.

La section a enfin entendu une communication de M. R. Bayeux (de Paris), sur les heureux résultats que donnent les injections sous-cutanées de très hautes doses de cacodylate de soude dans certains cas de tuberculose de l'enfance et de l'adolescence. M. Roblot confirme les conclusions de M. Bayeux et dit avoir quelquefois associé au benzoate le cinnamate de soude. L. BABONNEIX.

— Nous donnerons dans un prochain numéro les vœux qui ont été adoptés.

ANALYSES

DERMATOLOGIE

La symbiose fuso-spirillaire. Ses diverses déterminations pathologiques. (H. Vincent. *Ann. de dermatologie et de syphiligraphie*, n° 5, mai 1905, p. 401.) — Dans une revue fort intéressante, l'auteur étudie les manifestations pathologiques déterminées par le bacille qu'il a nommé *fusiforme* associé avec un *spirille* vivant habituellement en symbiose avec lui. Cette symbiose microbienne peut se produire au niveau de la peau, des muqueuses du poumon et de la plèvre et y déterminer des lésions très différentes d'aspect pouvant aller depuis la fausse membrane jusqu'à la nécrose et à la gangrène des tissus profonds.

Après avoir étudié la morphologie du bacille fusiforme et de son associé le spirille, l'auteur aborde la description des affections qu'ils peuvent engendrer.

C'est d'abord la pourriture d'hôpital pour laquelle Vincent a le premier démontré en 1896, le rôle pathogène de l'association fuso-spirillaire; il en est de même de l'ulcère phagédénique des pays chauds décrit sous le nom d'ulcère de la Guyane, ulcère de Mozambique, ulcère malgache, ulcère annamite, etc.

C'est ensuite l'angine actuellement bien connue, dite « angine de Vincent », dont les deux variétés, pseudo-membraneuse ou diphthéroïde et ulcéro-membraneuse, sont si fréquentes en clinique. Pouvant apparaître isolément, ou bien en rapport avec de la stomatite ulcéro-membraneuse, l'association fuso-spirillaire peut venir s'adjoindre au bacille de Lœffler dans certaines diphtéries et créer une ulcération au-dessous de la fausse membrane; de même toute lésion syphilitique ulcéreuse du pharynx peut se laisser envahir par les fuso-spirilles et perdre ainsi son caractère spécifique.

Depuis quelques années, on considère la stomatite ulcéro-membraneuse, primitive ou idiopathique comme l'expression habituelle de l'infection par les spirilles et les bacilles fusiformes, de même dans les stomatites secondaires, surtout dans la stomatite mercurielle, on retrouve en grande abondance les fuso-spirilles, associés à d'autres microbes. En s'élevant d'un degré de plus, on doit considérer le noma ou gangrène de la bouche comme le résultat du parasitisme fuso-cellulaire.

Dans quelques processus gangreneux localisés aux viscères, on peut retrouver encore cette association. Vincent a constaté la présence de fuso-spirilles dans deux cas de pleurésies putrides, et Ronach dans deux cas de gangrène pulmonaire.

Enfin dans nombre d'abcès, abcès dentaire, suppuration des sinus, abcès appendiculaire, abcès fétide de la jambe, on peut retrouver la présence de fuso-spirilles.

Par ce rapide exposé, on voit donc combien est fréquente en clinique la constatation de cette symbiose fuso-spirillaire et combien les lésions qu'elle détermine sont polymorphes; pour la dépister il faudra toujours recourir à l'examen bactériologique, et un simple examen sur lames permettra de reconnaître en quelques minutes la présence du bacille fusiforme et du spirille dont les travaux de M. Vincent ont créé, puis considérablement agrandi le domaine pathologique.

P. RAVAUT.

Gonococcie métastatique de la peau. Angio-dermite suppurée à gonocoques. (Ch. Audry. *Ann. de dermatol. et de syphil.*, n° 6, juin 1905.) — A la suite d'un érythème diffus scarlatiniforme survenu chez un blennorragique, l'auteur a vu apparaître au niveau des deux genoux, sur un poignet, sur la face interne du petit orteil droit, au niveau d'un coude, des élevures rouge bleuâtre, semblables à des efflorescences d'érythème polymorphe. Plusieurs de ces accidents suppurèrent, et l'un d'eux se transforma en abcès profond allant jusqu'à la phalange du petit orteil. Dans le pus des abcès et dans la peau avoisinant l'abcès, on constata des gonocoques.

Ces accidents cutanés d'origine septicémique sont rares et l'auteur rappelle que la septicémie gonococcique peut frapper le tégument de plusieurs manières : par des érythèmes simples, scarlatiniformes, polymorphes, etc.; par des éruptions pustuleuses à gonocoques; par des abcès sous-cutanés développés habituellement sur les doigts; par des panaris gonococciques. P. RAVAUT.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Atlas-manuel des maladies externes de l'œil, par le professeur O. Haab, professeur de clinique ophtalmologique de l'Université de Zurich. *Nouv. édit. franç.*, par le docteur A. Terson, ancien chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Paris. In-16 de 316 p., avec 40 pl. color. — Prix, relié en mar. souple, tête dorée : 15 francs. Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 116. — JEUDI 12 OCTOBRE 1905. 78e ANNÉE. JEUDI 12 OCTOBRE 1905. — N° 116.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA TUBERCULOSE (Paris, 2-7 octobre 1905).

Pathologie chirurgicale :

RAPPORTS : Etude comparative des diverses tuberculoses (MM. Arloing, Mazyck Ravenel et Kossel); — Tuberculose iléo-cæcale (MM. Demoulin, Roux, Depage et Pinchart); — Interventions chirurgicales dans la tuberculose des méninges et de l'encéphale (MM. H. Duret et Roberto Alessandri); — Tuberculose et traumatisme (MM. Villemin et Friedländer).

Préservation et assistance de l'adulte. Hygiène sociale (fin) :

RAPPORTS : Causes sociales de la tuberculose dans l'armée, la marine et les colonies (MM. Kelsch et Auffret); — La tuberculose aux colonies françaises et plus particulièrement chez les indigènes (M. Kermorgant); — De la tuberculose et de l'habitation (MM. Juillerat et Bonnier et Young).

COMMUNICATIONS : La critique de l'alimentation dans certains centres ouvriers (M. Landouzy); — La méthode d'isolement des tuberculeux à l'intérieur d'un service hospitalier (M. Barth); — L'insalubrité notoire de certains ateliers (MM. Martial et Boileau); — Les ateliers de femmes (Mme J. Thibault); — La défectuosité de l'hygiène des locaux affectés aux employés des postes (M. Douyan).

LIVRES NOUVEAUX
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

GUERRE. — Par décision ministérielle du 10 octobre 1905, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été nommés ou désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins-majors de première classe Verdier, désigné pour le 18e d'artillerie (service); — Prieur, pour le 3e zouaves (service).

MM. les médecins-majors de deuxième classe Manon, désigné pour le 82e d'infanterie (service); — Vandenbosche, pour le 13e cuirassiers (service); — Thiébaut, pour le 37e d'infanterie; — Blot, pour le 79e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Hahn, désigné pour le 60e d'infanterie (service); — Humbert, pour le 87e d'infanterie (service); — Cordier, pour le 109e d'infanterie (service); — Lannou, pour le 93e d'infanterie (service); — Billon, pour le 77e d'infanterie (service); — Savornin, pour le 160e d'infanterie (service); — Morel, pour le 108e d'infanterie (service); — Ecochard, pour le 137e d'infanterie (service); — Munaret, pour le 125e d'infanterie (service); — Blondel de Joigny, pour le 159e d'infanterie (service); — Briole, pour le 153e d'infanterie (service); — Spick, nommé surveillant à l'école du service de santé militaire (service); — Villa, désigné pour le 119e d'infanterie (service); — Michel, pour la place de Lyon (service); — Haméon, pour le 62e d'infanterie ; — Cristiani, pour les hôpitaux de la division de Constantine (service) — Bachon, pour les hôpitaux de la division d'Alger; — Reverchon, pour le 5e d'artillerie (service); — Sicre, pour le 10e d'artillerie (service); — Miorcec, pour le 74e d'infanterie; — Séverac, pour le 26e d'artillerie; — Barbet, pour le 20e dragons (service); — Marchetti, pour le 4e génie; — Vigneau, pour le 21e d'artillerie; — Marvy, pour les hôpitaux de la division d'Oran (service); — Barthélemy, pour le 12e dragons.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Fourcade, désigné pour la légion de la garde républicaine à Paris; — Deniau, pour le 1er tirailleurs algériens (service); — Cot, pour le 18e d'infanterie (service).

CLINIQUE CHIRURGICALE. — HÔTEL-DIEU. — Le docteur Lucas-Championnière reprendra ses leçons de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, amphithéâtre Desault, le jeudi 19 octobre et les continuera les jeudis suivants à dix heures.

Opérations avant la leçon.

Opérations abdominales le mardi, neuf heures et demie.

Visite dans les salles Saint-Cosme (hommes, hernies) le mercredi, Sainte-Marthe (femmes) le samedi.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HOTEL-DIEU. — M. le professeur F. de Lapersonne, assisté de MM. Monthus, chef de clinique; Poulard, chef de laboratoire; Pley, chef des travaux d'optique, et Cantonnet, chef de clinique adjoint, commencera le mardi 7 novembre 1905, à trois heures, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Dupuytren et policlinique Panas), un cours pratique d'ophtalmologie.

Ce cours, complet en vingt-sept conférences suivies d'exercices pratiques, est destiné aux étudiants préparant le cinquième examen de doctorat et aux praticiens. Il sert en même temps d'introduction indispensable pour les médecins qui désirent suivre la clinique.

MM. les docteurs et les étudiants français et étrangers immatriculés à la Faculté seront admis à s'inscrire en vue de ce cours. — Le droit à verser est de 50 francs.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA TUBERCULOSE

(PARIS, 2-7 OCTOBRE 1905)

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Étude comparative des diverses tuberculoses. — Sur cette question, d'importance primordiale puisqu'elle entraînait la discussion de l'*unité* ou de la *dualité* de la tuberculose, trois rapports ont été présentés : un du professeur Arloing (de Lyon), partisan de l'unité, un de M. Mazyck Ravenel (des Etats-Unis), un de M. Kossel (de Giessen), ces deux derniers favorables au principe de la dualité avec des réserves.

M. Arloing établit que l'homme peut à tout âge contracter la tuberculose, laquelle envahit chez lui à peu près tous les systèmes anatomiques. La forme et l'évolution clinique qu'elle revêt dans certains cas et sur certains points faisaient méconnaître jadis quelques-unes de ses manifestations, celles entre autres qui constituaient la *scrofule*. Certaines formes intermédiaires entre la tuberculose et la scrofule, et la constatation fréquente de la superposition ou de la succession des deux maladies chez le même sujet appelèrent l'attention sur leur identité probable. Au XIX[e] siècle, l'anatomie pathologique, l'expérimentation et enfin la bactériologie par la découverte du bacille de Koch dans les lésions des deux affections, s'unissent pour confondre en un groupe unique tuberculose et scrofule. Le terme de scrofule a cependant été conservé en clinique par M. Bouchard pour désigner une prédisposition du tissu conjonctif et des muqueuses à contracter la tuberculose.

En dépit de la notion d'identité la clinique devait forcément constater que les affections scrofuleuses avaient souvent très peu de tendance à sortir de l'appareil lymphatique ou ostéo-articulaire pour s'étendre aux parenchymes, et que le sujet pouvait malgré elles conserver très longtemps un bon état général. Il fallait donc expliquer ces tuberculoses *locales*, *localisées* ou *chirurgicales* à l'étude desquelles M. Lannelongue a consacré tant de remarquables travaux; or la résistance de l'économie, d'ailleurs impossible à déterminer, n'y suffit pas. M. Arloing a le premier attribué ces différences à des *modifications qualitatives du virus*. Injectant des virus empruntés à des lésions ganglionnaires bien tolérées et à des lésions pulmonaires mortelles dans le tissu conjonctif sous-cutané de lapins et de cobayes, M. Arloing observa constamment que le dernier déterminait une tuberculose généralisée chez les deux espèces animales tandis que le premier n'infectait que les cobayes. Il en conclut que les affections dites scrofuleuses dépendent d'un virus tuberculeux affaibli, les tuberculoses pnlmonaires d'un virus plus actif.

Certains auteurs, Nocard et Strauss entre autres, objectèrent que ces faits pouvaient dépendre de la rareté des bacilles dans les lésions scrofulo-tuberculeuses. M. Arloing répond à cela que les bacilles augmentant de nombre par passages chez le cobaye, leur virus conserve sa virulence initiale. D'autre part si, prenant un virus actif, on diminue artificiellement le nombre des bacilles dans un volume donné ou si on atténue leur virulence, on constate que le résultat des inoculations pratiquées avec le virus atténué rappelle seul les effets du virus scrofulo-tuberculeux.

L'auteur a pu constater avec M. Vallas que les *tuberculides cutanées* sont inoculables mais ont un pouvoir infectant faible. Quant aux lésions tuberculeuses du *lupus* elles sont pauvres en bacilles et s'inoculent difficilement à l'animal. De ses recherches à ce sujet M. Arloing conclut cependant que « le virus du lupus tuberculeux est donc généralement plus affaibli que celui des scrofulo-tuberculoses des ganglions lymphatiques et des ostéo-arthrites. Mais comme ce dernier, il jouit dans quelques cas d'une virulence plus élevée, qui le rapproche du virus des tuberculoses pulmonaires ».

Les variations se présentent jusque dans les tuberculoses pulmonaires. MM. J. Courmont et Denis sont arrivés à établir ce fait en 1896 et 1897. Donc : « de la tuberculose humaine la plus atténuée, celle de certains lupus par exemple, à la tuberculose la plus active, il existe une gamme de virulence dont les termes sont en nombre indéfini. Chacun des groupes admis par la clinique renferme quelques-uns de ces termes. Les tuberculoses chirurgicales se rattachent, en plus grand nombre, aux bacilles qui occuperaient les degrés inférieurs de l'échelle de la virulence tuberculeuse, tandis que les tuberculoses médicales se rattachent plus habituellement aux bacilles des degrés supérieurs de cette échelle. »

Les causes et les conditions qui produisent l'atténuation à des degrés variables du bacille tuberculeux chez l'homme sont inconnues; mais M. Arloing a pu « créer artificiellement une variété de bacilles humains atténués dont les caractères morphologiques et pathogéniques se propagent par voie de génération ». Il y est parvenu en accoutumant des bacilles entretenus sur pommes de terre depuis plusieurs mois à vivre dans la profondeur du bouillon glycériné; ils subissent là des modifications de longueur, de mobilité, de coloration. Leur virulence est très atténuée vis-à-vis du lapin et du cobaye, elle est accrue vis-à-vis du veau chez lequel ces bacilles créent une *tuberculose septicémique* ou *infectieuse*.

Les bacilles ayant évolué dans du bouillon glycériné sont agglutinés par le sérum sanguin d'un sujet tuberculeux; on peut tirer de ce fait un parti considérable pour faire le séro-diagnostic des tuberculoses latentes ou douteuses. Cette question a été très étudiée par MM. Arloing et P. Courmont; en voici les traits principaux : « Le sérum de l'enfant, de la naissance à l'âge de huit à neuf ans, est dépourvu du pouvoir agglutinant; il l'acquiert graduellement à partir de cet âge jusqu'à l'âge adulte, mais dans des limites extrêmement restreintes. Si la tuberculose s'établit dans l'organisme, quel que soit l'âge du malade, le pouvoir agglutinant apparaît ou s'accroît, mais à des degrés variables, suivant la virulence du bacille infectant et la manière dont l'organisme réagit à l'invasion du bacille. Il faut distinguer sous ce rapport l'organisme de l'enfant de l'organisme de l'adulte, les tuberculoses médicales des tuberculoses chirurgicales. *a*. Chez l'*enfant tuberculeux* le pouvoir agglutinant est plus faible que chez l'adulte; mais, étant donné qu'il manque chez l'enfant sain, il possède une signification lorsqu'il s'exerce dans un mélange à parties égales de culture et de sérum (1/1), il est nettement positif s'il se manifeste dans un mélange contenant une partie de sérum sur trois parties de culture (1/3), *à fortiori*, dans les mélanges à 1/5, 1/10, 1/15.

La séro-agglutination est nette et d'un taux assez élevé dans les formes chroniques des *tuberculoses médicales*; elle est très faible et peut même manquer dans les formes graves; dans ces dernières, le pouvoir agglutinant baisse à mesure que les lésions progressent.

La séro-agglutination est faible dans les *tuberculoses aiguës* mais néanmoins significative; elle est ordinairement négative dans la granulie généralisée. Elle est assez forte, dans les

tuberculoses chirurgicales telles que les tuberculoses ganglionnaires et ostéo-articulaires ; elle est faible dans les tuberculoses purement osseuses, d'une manière générale, la séro-agglutination forte correspond à une tuberculose bénigne et à un virus relativement très actif.

b. Chez les *adultes* et dans les *tuberculoses médicales* cliniquement reconnues, la séro-agglutination est positive dans 88 p. 100 des cas et négative dans 12 p. 100. Dans les *tuberculoses chirurgicales* elle est positive dans 74,5 p. 100 des cas, négative dans 25,5 p. 100 (Clément).

Passant à la question si controversée de la *séparation de la tuberculose humaine et de la tuberculose animale*, M. Arloing rappelle que, dès 1890, il se prononçait pour l'unité de la tuberculose; puis il établit que la tuberculose humaine et la tuberculose aviaire sont identiques; le bacille aviaire est un bacille de mammifère modifié par un séjour prolongé dans l'organisme des oiseaux auquel il est désormais mieux adapté. Il se rapproche tantôt du bacille bovin tantôt du bacille humain. Le rapporteur aborde alors le point important, c'est-à-dire les relations de la tuberculose humaine et de la tuberculose bovine.

C'est Th. Smith qui, frappé de trouver des différences de forme et de virulence entre le bacille humain et le bacille du bœuf, souleva la question de la dualité; d'autres auteurs suivirent et à Londres en 1901, Koch et Schütz apportèrent au Congrès de la tuberculose une étude expérimentale qu eut un énorme retentissement. D'après eux la tuberculose bovine serait absolument distincte de celle de l'homme, lequel n'aurait rien à en redouter: d'où la vanité des efforts coûteux faits pour combattre la tuberculose bovine.

M. Arloing reconnaît aux bacilles de l'homme et du bœuf des caractères différentiels assez marqués dans des cas fréquents, par exemple la virulence plus grande du bacille bovin, mais il se refuse à conclure de là à l'existence de types absolument distincts, car on rencontre toute la série des degrés intermédiaires. Partant de celui des attributs du bacille qui doit primer les autres, c'est-à-dire le pouvoir pathogénique, M. Arloing passe en revue les faits publiés dans ces dernières années et qui militent en faveur de l'unité; il enregistre ce fait que la Commission royale anglaise a admis l'identité des deux tuberculoses, ainsi que la possibilité de l'infection de l'homme par l'animal et de l'animal par l'homme. La Commission a conclu : « qu'il serait déraisonnable de modifier les lois existantes, sous prétexte que la tuberculose bovine ne fait courir aucun danger à l'homme. » D'autre part l'Office sanitaire de Berlin avoue que « les bacilles du type bovin ne sont pas sans danger pour l'homme, surtout pour l'enfant en bas âge ».

Le rapporteur termine en disant que « les camps adverses parviendront bientôt à s'entendre. Puisqu'ils sont d'accord sur la nécessité de prendre des précautions contre la tuberculose des mammifères domestiques, ils finiront par se mettre d'accord sur les points scientifiques, d'ordre secondaire, qui les divisent aujourd'hui ».

Enfin, après avoir établi que « la tuberculose vraie existe chez les vertébrés à sang froid, que le bacille qu'on y rencontre dérive du bacille des mammifères en passant peut-être par l'état aviaire », M. Arloing pose des conclusions générales qui résument en substance sa magistrale étude. La première est ainsi conçue : « Si l'on envisage les *analogies* qui rapprochent les diverses tuberculoses, au lieu de s'attacher seulement aux *différences*, il devient évident que toutes ces affections dérivent du bacille de Koch, dont les propriétés biologiques et la virulence présentent des *modalités variées* suivant les milieux où il a vécu. »

A ce « Credo » de l'unité tuberculeuse, nous ne saurions mieux faire que d'opposer les conclusions de deux rapporteurs étrangers, elles suffiront à mettre en lumière les différences qui séparent leurs études de celles de M. Arloing.

Voici d'abord les conclusions du professeur Kossel :

1° L'examen bactériologique des lésions tuberculeuses de l'homme, du bœuf et du porc permet de distinguer deux types différents du bacille tuberculeux qu'on peut provisoirement désigner sous les noms de type humain et type bovin;

2° La tuberculose bovine, si fréquente, est exclusivement attribuable à l'infection par le bacille tuberculeux du type humain;

3° Les porcs sont réceptifs à un haut degré pour les bacilles tuberculeux du type bovin, ils ne le sont qu'à un moindre degré pour les bacilles tuberculeux du type humain;

4° La tuberculose de l'homme provient en première ligne de la contagion par le bacille tuberculeux du type humain, qui est transmissible d'homme à homme;

5° Des lésions tuberculeuses peuvent aussi être produites chez l'homme par le bacille tuberculeux du type bovin;

6° La transmission des bacilles tuberculeux du type bovin à l'homme peuvent s'effectuer par les aliments provenant d'animaux tuberculeux, en première ligne par le lait de vaches atteintes de tuberculose mammaire;

7° Le rôle joué par l'infection tuberculeuse de source animale dans la diffusion de la tuberculose humaine est minime en comparaison du danger que cause l'homme phtisique.

Voici enfin les conclusions du docteur Mazyck Ravenel :

En l'état actuel de nos connaissances, nous croyons justifiées les conclusions suivantes :

1° La division, proposée pour la première fois par Th. Smith, en 1898, des bacilles tuberculeux des mammifères en deux types, humain et bovin, est amplement confirmée. Les types possèdent des caractères de culture et de coloration et des caractères morphologiques qui permettent habituellement de les reconnaître. La différence principale existant entre eux réside dans la puissance pathogène beaucoup plus accusée du type bovin. Toutefois on peut rencontrer des types bovins de puissance pathogène faible;

2° On n'a pas encore trouvé une autre espèce de mammifères hébergeant une variété de bacilles tuberculeux différente et assez constante dans ces caractères pour justifier la création d'un troisième type;

3° Les autres espèces atteintes par la tuberculose tiennent leur affection de l'homme ou du bétail;

4° En général, le bacille tuberculeux humain ne possède, vis-à-vis du bétail, qu'une faible puissance pathogène; il n'est pas rare cependant de rencontrer des cultures virulentes pour la race bovine;

5° Le bacille tuberculeux du type bovin est capable d'envahir l'organisme humain et d'y produire des lésions de la tuberculose.

Nous sommes encore dans l'impossibilité de déterminer le nombre exact des cas dans lesquels la tuberculose bovine est transmise à l'homme; mais nous pouvons, avec évidence, les considérer comme étant l'origine d'une partie des cas de tuberculose humaine, et il serait contraire à toute sagesse de laisser se relâcher les lois formulées ou les précautions prises contre la tuberculose bovine.

La lecture de ces rapports a provoqué une vive discussion; comme à ce moment les deux premières sections étaient réunies on en trouvera les détails dans le compte rendu de la section médicale auquel ils se rattachent plus logiquement. On y trouvera aussi l'analyse de la très intéressante communication de M. LANNELONGUE sur les essais de sérothérapie antituberculeuse qu'il poursuit avec MM. Achard et Gaillard.

Tuberculose iléo-cæcale. — L'anse iléo-cæcale, longue de 20 à 25 centimètres, est constituée par les 10 ou 12 derniers centimètres de l'iléon avec la valvule de Bauhin, le cæcum, l'appendice iléo-cæcal et les 5 ou 6 premiers centimètres du côlon ascendant. La tuberculose se fixe et même se localise sur cette anse avec une fréquence assez grande pour constituer une entité morbide. C'est sur cette question de la tuberculose iléo-cæcale que MM. Demoulin (de Paris), Roux (de Lausanne), Depage et Pinchart (de Bruxelles) ont présenté des rapports.

M. DEMOULIN admet les trois formes de l'affection reconnues par Bérard et Patel : la forme *ulcéreuse simple* d'ordre purement médical et qui ne devient que rarement chirurgicale par la formation de *masses ganglionnaires* dans le voisinage ou d'une *atrophie sténosante*; la *forme hypertrophique* qui affecte principalement le cæcum et a plus de tendance à envahir le gros intestin que le grêle; la plupart du temps la lumière du cæcum est rétrécie, au point d'admettre à peine le petit doigt; le rétrécissement est long, canaliculé, tortueux. La valvule rigide, cicatricielle, peut être complètement détruite.

Les *lésions macroscopiques* se rapprochent de celles de la rectite proliférante; ce sont de petites saillies cylindriques ou en massue, hautes de 2 à 3 millimètres à 1 centimètre, couvertes d'une muqueuse lisse, alors qu'entre elles se trouvent des érosions qui peuvent être superficielles et mécaniques, ou profondes et nettement tuberculeuses. Au *point de vue microscopique* il s'agit d'une tuberculose lymphoïde ; toutes les tuniques ont subi une infiltration embryonnaire considérable, d'où hypertrophie, tandis que la rigidité de l'organe est due à un semis de tubercules sur la séreuse. La partie terminale de l'iléon est souvent atteinte en même temps que le cæcum et d'autre part les lésions peuvent se prolonger jusqu'à l'angle droit du côlon.

La troisième forme est dite *entéro-péritonéale*. En général, le cæcum est pris secondairement, et les lésions siègent d'abord sur l'intestin grêle. Il s'agit de tuberculose iléo-caséeuse qui de l'intestin grêle gagne le péritoine; il se forme alors des abcès intra-péritonéaux qui peuvent se faire jour à la paroi abdominale, au niveau de la fosse iliaque, le plus souvent : une fistule simple ou pyo-stercorale en est la conséquence. L'abcès peut encore s'ouvrir dans une anse intestinale voisine ou se diriger vers la région pelvienne.

La fréquence de l'infection tuberculeuse au point étudié provient de causes anatomiques, présence de la valvule, d'organes lymphoïdes multiples, du cul-de-sac appendiculaire. Le sexe ne paraît pas avoir une grande influence, les chiffres de 48 hommes et de 35 femmes, cités par M. Demoulin, ne sont pas assez considérables pour une conclusion ferme; par contre, ces 83 cas démontrent nettement que le maximum de fréquence est de vingt à quarante ans. Le terrain a une influence considérable sur la forme, le type hypertrophique correspondant généralement à la forme primitive.

Laissant de côté les causes diverses et les processus d'infection de la muqueuse, nous étudions tout de suite la *symptomatologie*.

Quelle que soit la forme, la première phase est caractérisée par des douleurs abdominales et des troubles intestinaux. Dans la forme entéro-péritonéale, il y a au début des signes d'entérite tuberculeuse vraie avec diarrhée abondante; dans la forme hypertrophique, la diarrhée serait moins fréquente et alternerait avec la constipation. Les crises douloureuses, fréquentes surtout pendant la digestion, rappelleraient pour la forme et le siège le tableau de l'appendicite. Cette période de début, qui peut durer jusqu'à trois ans dans la forme hypertrophique, est beaucoup plus courte dans la forme entéro-péritonéale.

A la période d'état, dans la forme entéro-abdominale, on constate l'existence d'une tuméfaction de la région iléo-cæcale adhérente au bassin; dans la forme hypertrophique, c'est au contraire celle d'une tumeur bosselée, mobile.

L'une et l'autre forme peuvent aboutir à la formation de collections purulentes, froides ou chaudes, et à des fistulisations.

A noter l'existence possible du syndrome dit de Kœnig, trois heures environ après le repas : ballonnement douloureux de la fosse iliaque avec coliques, cessation brusque de ces accidents après une évacuation.

Le *diagnostic* se posera avec l'appendicite chronique, la typhlite stercorale, le cancer et les autres néoplasies de la région cæcale, l'actinomycose, les annexites tuberculeuses.

La période fistulaire amène presque fatalement des erreurs de diagnostic avec les ostéites diverses, le mal de Pott, etc.

Le *traitement* ne se prête pas à une formule univoque. Toutefois, la tuberculose pulmonaire suffisamment avancée est une contre-indication presque formelle; cependant, des accidents, telle l'occlusion intestinale aiguë, commandent, quel que soit l'état du malade, la formation d'un anus artificiel.

Si la tumeur est limitée, mobile, bref réséquable, on la réséquera; la résection a donné 14 p. 100 de mortalité opératoire.

Si la tumeur est au contraire diffuse, adhérente, et à plus forte raison si la fistulisation est déjà accomplie, force sera de se contenter d'une entéro-anastomose bilatérale fistuleuse. L'occlusion par tuberculose non fistuleuse est parfois assez satisfaisante pour permettre une résection consécutive; dans les tuberculoses déjà fistulisées, les suites sont des plus médiocres.

La laparotomie simple a quelquefois donné des résultats satisfaisants; si l'on se rappelle les résultats souvent remarquables obtenus dans la péritonite tuberculeuse, il y aurait peut-être lieu de conseiller l'essai systématique de cette méthode.

Il semble que l'*appendice* ne soit touché que secondairement et que son rôle soit des plus restreints dans le développement de la tuberculose iléo-cæcale.

Pour M. ROUX (de Lausanne) la tuberculose iléo-cæcale est primitive, locale, bref chirurgicale, et il n'est pas rare, au cours d'une laparotomie pratiquée pour toute autre cause, d'en surprendre le début en un point quelconque de l'iléon, du cæcum, voire du côlon ascendant.

Dans la *forme ulcéreuse diffuse*, c'est le *cæcum de carton*, lésions en nappe avec ulcérations larges et étendues, et coïncidence à peu près fatale de tuberculose pulmonaire. Dans la *forme pseudo-néoplasique* c'est la tumeur d'emblée, avec infiltration tuberculeuse profonde et néoformations réactionnelles conjonctives et pseudo-lipomateuses; ces appositions graisseuses et cicatricielles conglomérées peuvent parfois donner lieu à une tumeur en grappe d'ananas. Il peut y avoir hypertrophie compensatrice de l'iléon se traduisant par des borborygmes

bruyants, des douleurs, des coliques, des contractions intestinales perceptibles à travers la paroi abdominale; suivant l'expression imagée de Roux : « l'intestin appelle au secours. »

Le procédé suivant préconisé par Roux permet de dessiner facilement les contours du cæcum et de porter quelquefois un diagnostic hâtif : emprisonner un peu de gaz dans le cæcum en barrant fortement le côlon ascendant avec le pouce de la main gauche, le cæcum ainsi distendu permet de percevoir l'infiltration de ses parois, de son bord inférieur en particulier.

La symptomatologie de ces formes est implicitement contenue dans la description précédente.

Le pronostic spontané de toute tuberculose iléo-cæcale est absolument mauvais; le pronostic opératoire, chirurgical, reste médiocre dans la forme ulcéreuse; il est franchement satisfaisant dans la forme pseudo-néoplasique, à condition toutefois qu'elle ne soit ni fistulisée, ni adhérente.

Le *traitement* peut être *curatif* ou *palliatif*. L'opération de choix, radicale, est la *résection* qui donne 80 p. 100 de succès. La méthode la plus avantageuse est l'abouchement latéro-latéral. Lorsque cette entérectomie iléo-cœcale sera impossible on la remplacera par une opération palliative et la meilleure est l'*iléo-colostomie* ; c'est à elle qu'il faut avoir recours quand il n'y a pas de fistule stercorale préalable. S'il en existe une ou s'adressera à l'*exclusion bilatérale*. La simple *anastomose* restera une mesure exceptionnelle.

Citons enfin les conclusions du rapport de MM. Depage et Pinchart :

L'infection tuberculeuse de la région iléo-cæcale est fréquente.

La tuberculose de l'appendice et celle de l'intestin sont indépendantes dans une certaine mesure.

La tuberculose iléo-cæcale se présente sous deux formes : *ulcéreuse* et *hypertrophique*, la forme ulcéreuse est généralement secondaire et d'ordre presque exclusivement médical; la forme hypertrophique au contraire est en général primitive, c'est elle qui attirera l'attention du chirurgien.

La forme hypertrophique est une affection de l'adolescence et de l'âge moyen de la vie. Parmi les causes prédisposantes, on remarque surtout certaines maladies générales ou locales.

Cette tuberculose est caractérisée par la formation d'une véritable *tumeur*, plus cancéreuse que tuberculeuse d'aspect. La tuberculisation de l'appendice est fréquente mais présente rarement le type clinique de l'appendicite.

Le diagnostic différentiel avec le *cancer* est des plus difficiles. On tiendra compte de l'âge du malade et de l'évolution de l'affection. On tentera la recherche du bacille de Koch dans les selles. Le séro-diagnostic et l'emploi de la tuberculine ont été préconisés.

Le diagnostic différentiel avec l'*actinomycose* et l'appendicite chronique est plus facile.

Le *traitement* sera chirurgical. L'intervention de choix est la résection du segment iléo-cæcal. Pour exécuter cette opération, on adoptera de préférence l'*incision latérale*. La résection sera *totale* et autant que possible pratiquée en un temps. Si la résection est impossible, on aura recours à l'*exclusion* du segment iléo-cæcal. Celle-ci sera absolue et le segment exclu sera abouché à la peau par une de ses extrémités au moins. Dans les cas favorables on pourra pratiquer la résection au cours d'une intervention ultérieure.

Au cours de la discussion qui a suivi ces rapports, le professeur Cornil dit que l'appendicite tuberculeuse est exceptionnelle, alors que M. Demoulin s'appuyait sur les examens de M. Letulle pour déclarer qu'elle n'existe pas en ce sens que la tuberculose de l'appendice ne donne pas le syndrome appendiculaire. Cette dernière assertion est combattue par M. Bérard, qui a eu deux cas probants en faveur de sa manière de voir.

Interventions chirurgicales dans la tuberculose des méninges et de l'encéphale. — Deux rapports ont été présentés sur ce sujet, l'un par M. H. Duret (de Lille), l'autre par M. Roberto Alessandri (de Rome) ; en voici le résumé :

Le traitement chirurgical présente des indications qui varient chez les *enfants* et chez les *adultes*, selon aussi qu'il s'agit de formes *diffuses* ou *localisées*. On peut les étudier dans les *méningites tuberculeuses aiguës*, apanage de l'enfance, dans les *méningites tuberculeuses en plaques*, propres à l'âge adulte, enfin dans les *tuberculomes*, véritables néoplasmes encéphaliques.

Méningites tuberculeuses aiguës et diffuses. — De 1890 à 1900 on a essayé, surtout à l'étranger, les ponctions et le drainage des ventricules latéraux ou des espaces arachnoïdiens par diverses voies, mais les résultats furent très peu favorables.

Les chirurgiens, à cette époque, obéissaient en ce cas à une idée empirique. Ils pensaient qu'en évacuant et en drainant le liquide, en établissant le contact de l'air avec les centres nerveux on obtiendrait les mêmes résultats que dans la péritonite tuberculeuse. Il y a chez l'enfant (Ord et Waterhouse), dans la méningite tuberculeuse aiguë comme dans la péritonite de même nature, un type avec beaucoup de tubercules et peu de liquide, et un autre, plus favorable à l'intervention, avec peu de tubercules et beaucoup de liquide.

Mais outre que la laparotomie ne donne que peu de succès dans les formes graves de péritonite tuberculeuse, l'hydropisie méningitique n'a pas toujours le rôle principal, il faut compter avec l'infiltration fibrino-purulente et la susceptibilité des centres nerveux.

C'est l'hydropisie cérébrale et l'hypertension concomitante qui, pour la plupart des chirurgiens, justifiaient l'intervention opératoire. On ne saurait nier en effet que l'hydropisie interne et externe cérébro-spinale ne joue un rôle considérable dans la symptomatologie et la marche de la méningite tuberculeuse (*Dropsy of the Brain, Hydrocephalus acutus*); on connaît bien maintenant la distension des ventricules renfermant souvent 100 grammes et plus de liquide céphalo-rachidien au lieu de 30, la réplétion des espaces arachnoïdiens de la base de l'encéphale, des sinus des circonvolutions et même des espaces péri-médullaires et péri-radiculaires jusqu'au sac lombaire. Dans la ponction lombaire le liquide jaillit fortement à distance et on a vu sa tension s'élever à 80 centimètres de Hg au lieu de 25 (Lewkowicz).

Mais le rôle de cette hydropisie et de cette hypertension est-il important ? On leur a attribué une grande influence sur les ramollissements de la paroi ventriculaire et de l'écorce, mais on a démontré (Hayem, Rendu, Landouzy, Armand-Delille) que ces ramollissements sont fonction de l'encéphalite, des oblitérations artérielles des noyaux cérébraux ou des plexus choroïdes; parfois même des thrombus veineux (ramollissement rouge, hémorragique). Il n'y a donc pas uniquement macération de la substance nerveuse par le liquide en hypertension.

Pour M. Duret les recherches contemporaines sur la patho-

génie de la méningite tuberculeuse fournissent des arguments plus solides à l'évacuation du liquide cérébro-spinal. Celui-ci *contient fréquemment le bacille de Koch*, et peut produire une tuberculose méningée rapidement mortelle par inoculation (Péron, Martin et Vaudremer, Sicard). Il faut aussi compter avec l'action des *poisons diffusibles*. On peut donc dire avec Armand-Delille que la *méningite tuberculeuse est le fait de la propagation du bacille de Koch, de ses poisons, et de leur dissémination par le liquide cérébro-spinal des espaces sous-arachnoïdiens et des espaces piri-vasculaires dits gaines lymphatiques*. D'où la nécessité absolue d'évacuer ce liquide.

Cette évacuation ne saurait cependant avoir d'effets durables et définitifs à cause de la reproduction rapide du liquide qui malheureusement devient directement bacillifère. Malgré cette reproduction, les ponctions lombaires répétées atténuent les symptômes *dits de compression* du côté des centres nerveux. « On peut admettre sans conteste, dit M. Duret, que l'évacuation du liquide céphalo-rachidien amène un soulagement, un repos dans les troubles de l'état fonctionnel des centres nerveux, diminue le degré d'intoxication, et suspend pour un temps la dissémination des lésions irritatives et bactériennes, le long des gaines périvasculaires intra et extra-corticales. »

La *granulation tuberculeuse* et l'*infiltration fibrino-purulente* des espaces sous-arachnoïdiens sont deux autres facteurs pathologiques importants de la méningite tuberculeuse. Peut-on les atteindre chirurgicalement ? Non pas directement, mais en ouvrant le crâne et les espaces méningés on met les granulations. d'ailleurs rares, en contact avec l'air, la lumière et les autres agents physiques excitateurs de la phagocytose, des productions embryonnaires et de la transformation fibreuse de la granulation (Stchegoleff). Encore faut-il que les lésions ne soient ni trop avancées ni la marque d'une généralisation diffuse de tout l'organisme secondaire à un foyer tuberculeux primitif.

Il importe donc avant tout de porter un *diagnostic précoce* et de pratiquer une *intervention hâtive*. L'examen bactériologique et cytologique du liquide cérébro-spinal révélera la méningite tuberculeuse au début, et en facilitera le diagnostic différentiel.

Certaines méningites tuberculeuses évoluent vers la guérison spontanée ; c'est là un fait nié longtemps, démontré aujourd'hui par la clinique et par les preuves de laboratoire. Il faut cependant se défier des rémissions de longue durée.

Quant aux procédés opératoires utilisés ce sont les suivants que nous énumérons rapidement : trépanation simple, ponction ventriculaire, drainage ventriculaire, drainage du lac arachnoïdien postérieur, du lac sylvien, drainage sous-arachnoïdien de la moelle, ponction lombaire simple. On a essayé aussi des injections modificatrices introduites par les orifices de trépanation et les drains. Le professeur Lannelongue a pratiqué le lavage des méninges par irrigation continue au sublimé à 1/1000 et Benavante a construit un appareil pour lavages cérébro-spinaux, le liquide circulant entre deux orifices frontaux et un orifice lombaire.

M. Duret conclut que malgré les insuccès il n'est pas indiqué absolument d'abandonner le traitement de la méningite tuberculeuse diffuse. Il faut perfectionner la technique et rechercher les indications précises et justifiées.

Méningites tuberculeuses en plaques. Méningites tuberculeuses des adultes. Méningites tuberculeuses traumatiques, propagées. — Il semble au premier abord que la méningite tuberculeuse en plaques de l'adulte, qui occupe la convexité, qui s'annonce par des symptômes localisateurs, qui ne s'accompagne pas au début de troubles bulbaires et généralisés et possède souvent une évolution assez lente, soit plus propice et plus accessible à l'intervention du chirurgien. Cette intervention cependant est peu fréquente et cela tient surtout à ce que, malgré les très nombreux travaux publiés depuis ceux de Rendu jusqu'à la thèse récente de Madelaine, *la méningite tuberculeuse en plaques est peu connue des cliniciens comme entité morbide.* D'autres savent la reconnaître mais la considèrent comme étant toujours deutéropathique à une tuberculose viscérale grave contre-indiquant l'opération.

Pour M. Duret, cette opinion est vraie dans un grand nombre de cas; mais, dans d'autres, le foyer primitif est peu important, reste latent et l'intervention est rationnelle; il se range à cette affirmation de Madelaine que, si toutes les méningites en plaques sont *anatomiquement secondaires*, certaines d'entre elles sont *cliniquement primitives*. Il faut donc, avant de tenter l'acte opératoire, étudier soigneusement l'état général du sujet et la résistance de l'organisme; l'évolution de la maladie, qui peut aller de huit à quinze jours jusqu'à des mois et des années, et où on observe des temps d'arrêt, permet d'agir avec circonspection.

Cela dit, il faut convenir que les conditions anatomiques et cliniques sont plus favorables que dans les méningites tuberculeuses diffuses; les lésions, en effet, sont constituées « par une plaque brunâtre bien circonscrite, souvent dure, d'aspect et de consistance fibreux, fibro-cartilagineux, ou dans une membrane fibrino-purulente caséeuse... ». De même les caractères cliniques, qui s'accusent souvent par des phénomènes localisateurs, incitent eux aussi à l'intervention armée. M. Duret rapproche de la méningite en plaques certaines formes de *méningites tuberculeuses localisées* consécutives à des lésions des parties voisines du crâne et surtout la *pachyméningite fongueuse* concomitante à l'ostéite tuberculeuse perforante des os du crâne.

En ce qui concerne les diverses formes de méningites tuberculeuses que nous venons d'examiner, M. Roberto Alessandri est moins favorable que M. Duret à l'intervention opératoire, la simple ponction lombaire étant mise à part, à cause de sa haute valeur diagnostique.

Tubercule solitaire de l'encéphale. — Il s'agit là de véritables tumeurs de l'encéphale. Ce sont ordinairement des masses encapsulées de forme arrondie, du volume d'un pois à celui d'un œuf de poule et même davantage; la surface est bosselée, d'une teinte gris rosé; le centre est caséifié; quelquefois la masse est fibreuse et calcifiée. Ces conditions semblent donc très favorables à l'exérèse, mais il est loin d'en être toujours ainsi. M. Roberto Alessandri nous enseigne que d'ordinaire ces tumeurs n'affectent pas la dure-mère mais envahissent la pie-mère et la substance cérébrale où elles s'enfoncent, parfois, au point d'être complètement sous-corticales et sans aucun rapport avec les méninges.

Durante, en réunissant les statistiques d'Allen Starr et de quelques autres, nous montre que, sur un total de 1 633 tumeurs endocraniennes, il existait 489 cas de tubercules. La fréquence varie d'ailleurs beaucoup avec l'âge et c'est l'enfance qui fournit le plus fort contingent. D'après Allen Starr, jusqu'à dix-neuf ans la fréquence du tuberculome parmi les tumeurs cérébrales est de 50 p. 100 environ (152 sur 300) et chez les adultes de 13,66 p. 100 (41 sur 300).

Un fait très important, surtout au point de vue de l'intervention, est que la méningite tuberculeuse coexiste souvent avec le tubercule dit solitaire; de l'examen de plusieurs sta-

tistiques il résulte que principalement chez l'enfant cette association se rencontre dans 73 p. 100 des cas.

Il ne faudrait pas se laisser abuser par l'épithète de « solitaire », la gomme tuberculeuse étant au contraire souvent multiple, chez l'enfant de préférence, 34 fois sur 152 au-dessous de vingt ans et 4 fois sur 41 chez l'adulte d'après Allen Starr.

Le siège de la tumeur acquiert, on le conçoit aisément, une importance primordiale quant à l'accessibilité. Pour nous en tenir à une notion d'ordre pratique, nous dirons avec M. Duret que les deux tiers des interventions ont été faites sur les hémisphères cérébraux et un tiers sur le cervelet. Malheureusement, chez l'enfant comme chez l'adulte, le siège des tubercules est souvent dans des régions de l'encéphale inaccessibles (Alessandri).

Une autre cause vient souvent déconseiller ou contredire l'intervention, c'est la coexistence dans l'organisme d'autres lésions tuberculeuses récentes ou anciennes; souvent même il s'agit de tuberculose généralisée. Les statistiques citées par M. Alessandri sont à la fois probantes et décourageantes sur ce point.

Le tubercule solitaire peut-il guérir spontanément? Plusieurs observations semblent le démontrer; la tumeur peut s'encapsuler de tissu fibreux compact et quelquefois se calcifier (Alessandri). Il serait cependant chimérique de compter sur cette guérison, d'autant plus que dans certaines régions du cerveau ces tumeurs, même guéries, entraînent de graves symptômes fonctionnels.

L'intervention comporte un diagnostic préalable et exact du siège du mal; ce diagnostic est d'ailleurs commun au tubercule solitaire et aux autres tumeurs cérébrales. Il se base sur les symptômes généraux et les symptômes de foyer. Laissant de côté les signes provoqués par les tuberculoses inaccessibles nous dirons que le diagnostic de siège se fera surtout pour la zone rolandique, puis pour les tubercules du cervelet, les lobes frontaux, parfois pour les lobes occipitaux et sphéno-temporaux.

Il sera excessivement difficile de reconnaître si la lésion est méningienne corticale ou profonde; en plus des signes classiques il faut songer à la *percussion cranienne* qui par le timbre et la douleur provoquée peut rendre des services (Mac Ewen, Bruns, De Paoli, Durante).

C'est l'étude minutieuse des anamnestiques, de l'état général, la recherche d'autres foyers tuberculeux, etc., qui permettront *quelquefois* de faire le diagnostic de nature et de distinguer le tubercule solitaire des néoplasmes communs et des syphilomes.

Faut-il donc intervenir, et quels ont été jusqu'ici les résultats opératoires? Les résultats sont assez bons pour le cerveau (Alessandri). Sur 21 cas opérés le résultat opératoire immédiat fut favorable pour 18 mais dans quelques-uns l'amélioration fut faible ou nulle. Par contre on cite des cas où les bons effets de l'intervention persistaient encore de huit mois à six ans après l'opération. Quant au tubercule du cervelet son ablation est beaucoup plus décourageante et dans 6 cas opérés le décès survint soit immédiatement, soit dans les quelques mois qui suivirent.

Au cours de la discussion qui a suivi la lecture des rapports de MM. Duret et Alessandri, M. Cruchet (de Bordeaux) dit que l'intervention est utile lorsqu'on peut poser dès le début le diagnostic de méningite tuberculeuse; il est vrai que dans ces cas il s'agit d'une forme ayant tendance à la guérison spontanée. Selon lui la ponction lombaire peut suffire, en l'espèce, à donner de beaux résultats et il serait exagéré de recourir d'emblée à des interventions graves. M. Duret reprenant la parole fait remarquer qu'il n'a pas conseillé d'opérer dès que le diagnostic est posé, mais dès que les circonstances le commandent, et qu'alors plus on agira vite plus on aura de chances de succès. Il répète que la ponction lombaire ne peut amener une amélioration définitive à cause de la sécrétion constante de liquide bacillifère toxique à un haut degré, et il invoque à l'appui de cette opinion les travaux récents de M. Marfan.

M. le professeur Lannelongue appelle l'attention sur une forme mixte de tuberculose à envahissement à la fois centripète et centrifuge. Il fait remarquer que le tubercule solitaire des méninges est très difficile à diagnostiquer au début; quand le diagnostic de siège est fait il faut opérer, car sans cela le pronostic est absolument fatal. Quant aux méningites diffuses, M. Lannelongue est d'avis de leur opposer l'intervention; celle-ci doit consister en trépanations très larges pratiquées dès que le diagnostic est certain. Vu la diffusion extra rapide des bacilles et des toxines dans la cavité sous-arachnoïdienne, l'orateur est d'avis d'atteindre directement les méninges par des liquides modificateurs.

M. le professeur Weintraub (de Wiesbaden) a obtenu des résultats satisfaisants, dans le cas de tubercule solitaire, en ponctionnant directement le quatrième ventricule sans trépanation.

Tuberculose et traumatisme. — C'est à MM. Villemin (de Paris) et Friedländer (de Vienne), qu'était échue la tâche de présenter les rapports sur cette question si controversée.

M. Villemin a divisé son étude en quatre parties :

I. Le traumatisme fait pénétrer dans l'organisme le virus tuberculeux venu du dehors. — II. La tuberculose est manifeste dans une lésion locale; le traumatisme agissant sur cette dernière mobilise les germes et les dissémine à distance. — III. La tuberculose existe, mais latente; aucun signe clinique ne permet de la reconnaître. Le traumatisme intervient et la maladie apparaît à nos moyens d'investigation. C'est le cas le plus ordinaire, mais aussi le plus délicat à interpréter. Le traumatisme a-t-il localisé au point lésé des germes en voie de migration ou bien y a-t-il révélé une tuberculose déjà existante, mais occulte? — IV. La localisation tuberculeuse est visible, reconnue par les moyens cliniques ordinaires; le traumatisme aggrave l'affection, augmente l'étendue du mal.

I

Il existe des faits nombreux de plaies suivies d'infection tuberculeuse; tantôt il s'agit de blessures accidentelles contaminées par des objets septiques, tantôt de plaies opératoires proprement dites. Ce sont là, somme toute, des inoculations expérimentales dues au hasard.

II

L'opinion émise par Verneuil (1883) que, des opérations conservatrices sur une tuberculose périphérique pouvaient faire éclater les accidents de généralisation les plus graves, a soulevé des discussions passionnées. Le Congrès de chirurgie de 1889 admit la possibilité des trois cas suivants : l'opération provoque des accidents mortels sans qu'il existe au préalable de lésions viscérales; ou bien de vieilles lésions inertes et stationnaires s'enflamment à nouveau; enfin l'intervention peut donner un coup de fouet à des altérations viscé-

rales à évolution lente et insidieuse. Niant la théorie ancienne de l'exutoire, Verneuil soutient que les bacilles libérés par les blessures envahissent le torrent circulatoire et s'arrêtent dans les organes anatomiquement ou fonctionnellement prédisposés. Il suffit d'ailleurs d'un traumatisme chirurgical minimum et même non sanglant (redressement forcé) pour lancer ainsi les microbes dans la circulation sanguine ou lymphatique.

A cette théorie on objecte, statistique en main, que chez les malades porteurs d'une tuberculose périphérique, les accidents de généralisation ont la même fréquence qu'il y ait acte opératoire ou immobilisation. Les tuberculoses externes ne sont pas des localisations microbiennes primitives, mais traduisent une infection générale par le bacille. D'autre part, et c'est là l'argument le plus puissant, les opérations les plus banales portant sur des foyers *non tuberculeux* peuvent entraîner les complications viscérales.

III

On a vu des tuberculoses succéder à un traumatisme n'ayant pas lésé les téguments et en dehors de toute inoculation accidentelle ou chirurgicale possible, et cela chez des individus sains. Les faits cités sont très nombreux et certains d'entre eux semblent indéniables. Comment les interpréter? Le système circulatoire est le seul intermédiaire possible entre une lésion bacillaire évidente ou cachée et un foyer traumatique éloigné. Laissant de côté l'étude des processus par lesquels les bacilles parviennent au torrent circulatoire nous dirons que l'infection générale débute avec l'arrivée des microbes dans la circulation veineuse qui les dissémine dans tout l'organisme; il peut alors y avoir éruption de granulations miliaires, éclosion de tubercules discrets dans un petit nombre d'organes, enfin, et surtout chez l'enfant, tuberculose chronique généralisée.

Quoique le sang ne reste pas longtemps virulent, que le bacille de Koch ne soit pas sanguicole et ne se trouve dans le sang que par intervalles, on peut admettre l'hypothèse de l'infection d'un foyer traumatique par la voie sanguine. En dehors des infections directes par le poumon, l'intestin ou le tégument externe, rien ne s'oppose à ce que les autres tuberculoses reconnaissent cette origine.

Mais on peut expliquer de deux manières l'éclosion d'une tuberculose post-traumatique. Les bacilles en circulation peuvent sortir des vaisseaux avec le sang extravasé et cultiver dans les milieux prédisposés par le traumatisme; on peut admettre, d'autre part, que la circulation a déjà déposé des microbes dans les divers organes, que sous l'influence du trauma ils vont sortir de leur état de sommeil et que leurs lésions se révéleront.

L'hématologie corrobore la première de ces hypothèses; pour que le traumatisme provoque une localisation des germes en cas de bacillémie, il faut des conditions exceptionnelles. Dans ses expériences célèbres, Max Schüller s'était servi de produits tuberculeux impurs et obtenait surtout des arthrites septiques post-traumatiques. MM. Lannelongue et Achard ont repris ces expériences avec des produits tuberculeux purs, et les animaux sont tous morts tuberculeux, mais sans lésions bacillaires aux points traumatisés. On a démontré aussi (Petrow) que les os et la moelle absolument sains d'aspect peuvent contenir des bacilles virulents, et que le traumatisme actionne considérablement l'infection latente de la moelle osseuse.

On peut donc énoncer les conclusions suivantes : Si l'organisme n'est pas préalablement infecté, le traumatisme sans plaie ne peut pas créer une tuberculose. L'influence pathogénique du traumatisme est secondaire, et la tuberculose aurait pu évoluer ultérieurement sous une autre cause. L'intensité du traumatisme ne peut faire préjuger en rien de son influence sur l'origine des tuberculoses post-traumatiques. L'évolution est favorisée par la stase habituelle ou permanente d'ordre physiologique ou pathologique.

IV

Lorsqu'il existe une tuberculose locale en voie d'évolution le traumatisme l'aggrave. On sait les effets déplorables de la marche dans la coxalgie et les tumeurs blanches du genou par exemple. Le professeur Lannelongue a démontré expérimentalement ces faits, et ces données cliniques et expérimentales ont une importance de premier ordre au point de vue thérapeutique.

Les faits que nous venons d'étudier ont, on le conçoit, un intérêt primordial en ce qui concerne la loi sur les accidents du travail.

Quant à M. Friedlænder, il en arrive à la fin de son rapport aux conclusions qui suivent : la doctrine de la tuberculose post-traumatique est actuellement encore purement empirique et sa base scientifique n'est suffisamment étayée ni par les recherches expérimentales, ni par les constatations anatomiques.

Dans de nombreuses formes de tuberculose post-traumatique, l'infection combinée semble jouer un rôle préparatoire et adjuvant.

Les foyers tuberculeux latents des os et des articulations sont vraisemblablement beaucoup plus fréquents que ne permettent de le supposer les constatations accidentelles faites jusqu'à présent. L'examen systématique de ces parties du corps promet des résultats analogues à ceux qu'a donnés l'examen anatomique du poumon et des ganglions lymphatiques; il est nécessaire pour l'édification ultérieure de la doctrine de la tuberculose post-traumatique.

A. Gaullieur l'Hardy.

PRÉSERVATION ET ASSISTANCE DE L'ADULTE HYGIÈNE SOCIALE (1)

Continuant à rechercher dans les conditions économiques qui régissent les diverses collectivités, les *causes sociales de la tuberculose*, la quatrième section du Congrès les a étudiées **dans l'armée, la marine et les colonies**, et s'est inquiétée des remèdes propres à enrayer le mal.

Dans l'*armée* et la *marine*, c'est moins dans la *contagion* d'homme à homme, comme l'ont montré les rapports de MM. Kelsch et Auffret, que dans l'*auto-infection*, c'est-à-dire dans le réveil, sous l'influence des causes favorisantes multiples qui accueillent le jeune soldat ou le jeune marin, d'un foyer latent qui ne se serait peut-être pas manifesté sans elles. Les travaux de Naegeli qui sur 100 cadavres en trouve à l'autopsie 96 porteurs de foyers tuberculeux lorsqu'il s'agit d'hommes encore jeunes, et 100 sur 100 quand les sujets ont dépassé trente ans, les résultats des injections de tuberculine

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 114, p. 1359.

faites en Allemagne sur un corps de troupe pris au hasard et qui montrent que plus de la moitié des sujets en expérience réagissent, les travaux du professeur Grancher et de ses élèves qui sur 896 enfants des écoles de Paris en rencontrent 141 en puissance de tuberculose ganglio-pulmonaire latente, tous ces faits, semble-t-il, autorisent M. Kelsch à conclure que ce qui menace le soldat dans les casernes, « c'est bien moins un germe qui le guette, que les circonstances favorables au réveil et à la rentrée en scène de celui qui sommeille en lui. »

Le non-acclimatement de ces jeunes hommes de qui l'on exige des fatigues auxquelles les préparait si peu le plus souvent leur profession antérieure et que l'on nourrit insuffisamment, l'exposition forcée aux intempéries, les maladies intercurrentes, expliquent, en préparant d'une façon singulièrement efficace un *terrain* qui ne demandait qu'à être ensemencé, le grand nombre des tuberculisés parmi les nouveaux arrivants de chaque classe, alors que les cas en sont incomparablement plus rares parmi les soldats plus anciens dans le service. Les chances d'éclosion de la maladie sont, « avant tout, fonction de la valeur physique du bacillifère, c'est-à-dire qu'elles sont en partie subordonnées au choix des hommes qui entrent dans l'armée, et à l'hygiène qui leur sera appliquée pendant leur séjour sous les drapeaux. »

Une sélection plus soigneuse des hommes, une réforme prononcée à temps dans l'intérêt du malade à une époque où il est encore curable, et dans celui de ses camarades qu'il ne pourra ainsi contaminer, c'est également ce que demande M. Auffret comme un des meilleurs moyens de prophylaxie de la tuberculose dans la marine. C'est moins la mauvaise hygiène de l'alimentation et de l'habitation qu'entraîne fatalement la vie à bord, que le mode de recrutement, qui conditionne le développement de la tuberculose dans les équipages de la flotte. Si l'on tient compte des conditions économiques du milieu dans lequel se recrute le contingent, parmi ces habitants des côtes, parmi ces Bretons surtout, que la rigueur du climat, la dureté de la vie, les excès d'alcool, le séjour dans des habitations encombrées, sans propreté, sans air et sans soleil, tuberculisent si souvent, on voit que ce ne sont pas seulement « les professions qui font tousser », celles de mécanicien, de chauffeur ou de gabier, qu'il faut incriminer. Ces dernières ont un rôle certain; l'amélioration de l'hygiène du bord peut en diminuer l'inconvénient; le changement complet dans les mœurs des riverains, la guerre à l'alcool, les éliminations plusieurs fois répétées, dans des visites périodiques sévères, ont seuls chance de combattre les véritables causes, causes économiques, du mal.

Que ces causes se rencontrent, et malgré la race, malgré la latitude, malgré même la douceur d'un climat sans pareil comme celui de Tahiti par exemple, le germe se développe inévitablement. C'est ce que montre M. Kermorgant dans son rapport sur **la tuberculose aux colonies françaises et plus particulièrement chez les indigènes.** « La tuberculose, en effet, dit l'auteur, n'est pas seulement une maladie de civilisation (nous ajouterions volontiers de civilisation incomplète), elle est aussi une maladie d'agglomération; elle est encore une maladie de misère physiologique et, à cet égard, elle peut à bon droit être considérée aux colonies, comme l'aboutissant presque fatal de toutes ces causes de détérioration profonde, d'usure organique, de déchéance rapide à laquelle sont vouées les races inférieures, au contact des Européens. »

Le changement de milieu et de latitude, la prédisposition bien connue de la race noire, le grand nombre des affections autochtones, dysentérie, paludisme, qui viennent diminuer encore la résistance du terrain, la consommation effroyable d'alcool de basse qualité, expliquent peut-être non seulement la fréquence du mal, mais sa gravité. Plus encore que dans le continent où du moins la plus grande place peut être faite aux efforts individuels dans la lutte antituberculeuse, il apparaît que dans les colonies, c'est aux pouvoirs publics de prendre en mains les mesures de prophylaxie nécessaires. Les mesures varient dans le détail, suivant la contrée à laquelle elles doivent s'adapter, dans le principe elles demeurent semblables à elles-mêmes, et se résument dans l'extension de plus en plus grande donnée à l'hygiène publique plus encore qu'à l'hygiène privée.

La dernière des questions proposées aux études de la quatrième section, celle qui avec la discussion sur les sanatoriums et les dispensaires, a retenu le plus longtemps l'attention, était la question des rapports de **la tuberculose et de l'habitation.** MM. Juillerat et Bonnier (de Paris) en ont fait l'objet d'un des rapports les plus précis et les plus complets qui aient été présentés. La notion capitale de la destruction du bacille de Koch par l'exposition suffisamment prolongée à la lumière solaire, en fait la base fondamentale sur laquelle sont établies toutes les autres considérations.

Toutes les dispositions adoptées dans la construction des habitations paraissent éminemment favorables, pourrait-on dire, au développement de la tuberculose. Leur hauteur est trop considérable par rapport à la largeur des rues, les courettes intérieures, véritables puits, ne sauraient donner l'air et la lumière qu'elles devraient au terme des décrets répandre à profusion, les espaces bâtis sont beaucoup trop étendus par rapport aux espaces ouverts par suite de la disposition si fâcheuse, comme le signale également un autre des rapporteurs, M. Young (de Londres), *des maisons adossées.*

Un plan annexé au rapport montre combien à Paris, par exemple, la tuberculose « est fortement localisée. Il existe des maisons et des groupes de maisons qui constituent des foyers intenses ». C'est ainsi que dans un des îlots représentés, la mortalité par tuberculose a été chaque année de 12,47 p. 1000 habitants, alors que le taux annuel de mortalité pour toutes les autres maladies contagieuses a été de 1,61 p. 1000 habitants. Au premier rang des moyens qui ont permis à l'Angleterre de livrer avec tant d'avantages la guerre à la tuberculose, se place certainement le désencombrement des maisons qui permet aux villes en se développant « en surface » au lieu de se développer « en hauteur », de se peupler de rues larges, de maisons basses aux cours vastes et éclairées, et de respecter le plus possible ces espaces *plantés*, véritables « poumons » d'une ville, suivant l'expression du professeur Landouzy.

Les « vœux » proposés avec une remarquable précision par les rapporteurs, adoptés et quelque peu étendus à la suite de la discussion générale, indiquent les principaux remèdes à cet état de choses.

C'est à l'administration des villes de veiller à ce que, lors de la création de voies nouvelles, chacune des maisons construites puisse recevoir au moins pendant quelques heures par jour l'action directe des rayons solaires, depuis le pied jusqu'au sommet. Aucune pièce habitée (y compris les cuisines, les ateliers, les loges de concierge) ne pourra être éclairée et aérée que sur des rues ou des cours ayant des dimensions suffisantes et par des baies de section proportionnées à la surface de la pièce. En aucun cas on ne doit tolérer l'habitation, même de jour, des pièces qui ne peuvent être éclairées par la lumière naturelle. Il sera institué dans toutes les villes impor-

tantes une enquête pour établir la répartition de la tuberculose dans les maisons et rechercher les lois de cette répartition. Il est désirable, à cet effet, d'établir dans toutes les villes un *casier sanitaire* des maisons. Pour la France et pour les pays où cet impôt existe, l'impôt des portes et fenêtres doit être supprimé (les maisons des campagnes ne redouteront plus cette lumière qu'il fallait payer) et des encouragements doivent être donnés aux particuliers pour qu'ils ouvrent, dans les parois de leurs demeures, des baies aussi vastes que possible destinées à aérer et surtout à éclairer les pièces habitées.

L'intoxication oxycarbonée et les moyens d'y remédier, les principaux moyens de désinfection des habitations dont la technique est donnée dans les rapports de M. Martin (de Paris) et de M. Dunbar (de Hambourg), divers autres arguments venant à l'appui des propositions formulées par MM. Juillerat et Bonnier (l'exemple du quartier Saint-Séverin par M. Noir, de certaines rues voisines de la Bastille par M. Rénon), ont été ensuite passés en revue.

Un vœu proposé par MM. Casimir-Perier, Léon Bourgeois, Landouzy, Paul Strauss, et adopté à l'unanimité, a demandé à la loi de sanctionner ces différents desiderata, et de « donner à l'autorité publique le droit et les moyens d'exproprier tous les immeubles dangereux pour la santé des habitants, en tenant compte, pour l'évaluation de l'indemnité, de la valeur sanitaire de l'immeuble ».

Nous avons essayé de donner la substance de ce formidable travail que la section d'hygiène sociale a ainsi accompli en quelques séances. Un grand nombre de communications, par leur intérêt ou la compétence de leurs auteurs, auraient dû trouver ici leur mention. La critique de l'alimentation dans certains centres ouvriers, que le professeur Landouzy a montrée « insalubre, insuffisante, onéreuse », violant chaque fois « les commandements de l'hygiène alimentaire », la méthode d'isolement des tuberculeux à l'intérieur d'un service hospitalier, par le docteur Barth, ont été écoutées avec grand intérêt. Les revendications portées à la tribune du Congrès par M. Martial et par M. Boileau concernant l'insalubrité notoire de certains ateliers, par Mme J. Thibault à propos de ces ateliers de femmes dont elle a fait une étude si pittoresque et si documentée, par M. Douyan sur la défectuosité de l'hygiène des locaux affectés aux employés des postes, mériteraient d'être développées.

Mais ne pouvant être complet, il nous aura suffi de montrer l'importance de la besogne faite et de noter l'attention soutenue et la bonne volonté par lesquelles elle a pu être menée à bien. Les organisateurs du Congrès, en faisant une part égale aux questions médicales et sociales, avaient été au-devant des désirs et des besoins du présent : le zèle inaccoutumé des congressistes en a été la preuve, le témoignage de l'opinion publique la récompense. MARCEL FERRAND.

Avis. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

LIVRES NOUVEAUX

Les fissures du voile du palais et le bec de lièvre (1), par W. Arbuthnot Lane.

Dans cette publication qui résume la longue pratique de l'auteur sur cette question, Lane commence par exposer longuement l'influence du développement du naso-pharynx sur le développement de tout le massif osseux facial et en particulier sur les maxillaires. Il prouve par de nombreux exemples que c'est un obstacle apporté au passage de l'air par les fosses nasales qui amène l'arrêt de développement des maxillaires dans le cas de fissure palatine.

Il passe successivement en revue l'influence du développement des dents sur celui des maxillaires, de l'œil sur l'orbite, de la langue sur la mâchoire. Il étudie spécialement les états dits « bouche ouverte », « bouche pendante, » puis la protusion du maxillaire supérieur et les moyens d'y remédier.

Lane expose ensuite au moyen de photographies l'attitude générale et les déformations des sujets qui ont un arrêt de développement du naso-pharynx.

Toute cette longue étude préliminaire qui occupe plus de la moitié de l'ouvrage prépare le plaidoyer en faveur de l'intervention précoce dans les fissures du voile du palais. Lane établit que si l'on veut voir se rétablir intégralement les fonctions du pharynx et en particulier la voix, il faut empêcher l'atrophie du massif osseux de la face en rétablissant le passage intégral de la respiration par les fosses nasales dès les premiers jours de la vie.

Après avoir montré que l'opinion classique ne repose sur aucune raison clinique, il se déclare partisan de l'opération le lendemain même de la naissance et il énumère ainsi les avantages d'une intervention aussi précoce :

1° Etat général excellent du nouveau-né avec des tissus d'une vitalité extraordinaire, et non encore affaibli par une alimentation qui sera toujours anormale;

2° Insensibilité presque absolue à la douleur, qui nécessite l'emploi de doses infimes d'anesthésique qui est admirablement supporté.

3° Perte de sang bien plus petite qu'à un âge plus avancé ;

4° Possibilité de tracer des lambeaux trois fois plus grands que plus tard à cause de l'absence des dents qui permet d'étendre ces lambeaux en dehors des alvéoles;

5° Rétablissement du courant respiratoire normal, développement normal de la face dans les années suivantes, parole parfaite.

Lane décrit ensuite le procédé opératoire qu'il préfère. C'est dans ses grandes lignes un procédé à un lambeau très vaste d'un côté, à base du côté de la fissure. Ce lambeau est renversé par-dessus la fissure et vient se glisser sous un petit lambeau beaucoup plus petit soulevé sur l'autre côté du voile du palais, où il est maintenu par des sutures. L'ensemble affecte le système de fermeture des redingotes.

De nombreuses figures montrent les modifications à apporter au procédé-type pour s'adapter à tous les cas. Elles reproduisent aussi l'instrumentation spéciale que l'auteur a imaginée pour l'exécution de ces interventions. M. LANCE.

(1) In-4° de 65 p. et 51 fig. — London 1905, The medical publishing Company, Limited.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Voyages circulaires à itinéraires facultatifs sur le réseau P.-L.-M. — La Compagnie délivre toute l'année, dans toutes les gares, des carnets individuels ou de famille pour effectuer en 1re, 2e et 3e classes, des voyages circulaires à itinéraires tracés par les voyageurs eux-mêmes, avec parcours totaux d'au moins 300 kilomètres. Les prix de ces carnets comportent des réductions très importantes qui peuvent atteindre, pour les carnets de famille, 50 p. 100 du tarif général.

La validité de ces carnets est de : 30 jours jusqu'à 1 500 kilomètres; 45 jours de 1 501 à 3 000 kilomètres; 60 jours pour plus de 3 000 kilomètres. Elle peut être prolongée deux fois de moitié moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix du carnet. — Arrêts facultatifs à toutes les gares situées sur l'itinéraire.

Pour se procurer un carnet individuel ou de famille, il suffit de tracer sur une carte, qui est délivrée gratuitement dans toutes les gares P.-L.-M., les bureaux de ville et les agences de voyages, le voyage à effectuer, et d'envoyer cette carte 5 jours avant le départ à la gare où le voyage doit être commencé, en joignant à cet envoi une consignation de 10 francs. Le délai de demande est réduit à 2 jours (dimanches et fêtes non compris) pour certaines grandes gares.

N° 117. — SAMEDI 14 OCTOBRE 1905. 78e ANNÉE. SAMEDI 14 OCTOBRE 1905. — N° 117.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA TUBERCULOSE (Paris, 2-7 octobre 1905).

Pathologie médicale :

Bactériologie; — Faits cliniques; — Réactions provoquées chez l'homme, l'enfant et l'animal par la tuberculose; — La nutrition chez les tuberculeux et les hérédo-tuberculeux; — Diagnostic de la tuberculose.

LIVRES NOUVEAUX
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

MARINE. — M. le médecin de deuxième classe Bellile, du port de Toulon, est désigné pour remplir les fonctions d'officier surveillant à l'École principale du service de santé de la marine, à Bordeaux.

MONUMENT TILLAUX. — Un Comité s'est formé dans le but d'élever un monument à la mémoire du professeur Tillaux.

Il fait appel aux collègues, aux élèves, aux amis du maître, à tous ceux qui l'ont connu.

Le monument sera élevé dans un des hôpitaux de Paris.

Les souscriptions seront reçues par les membres du Comité ou à la librairie Asselin et Houzeau, place de l'Ecole-de-Médecine, à Paris, jusqu'au 15 novembre prochain.

CONGRÈS POUR LA RÉPRESSION DE L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE. — Le Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine aura lieu à Paris du 30 avril au 3 mai 1906, sous la présidence de M. le professeur Brouardel, doyen honoraire de la Faculté, membre de l'Institut.

Le Congrès comprendra des membres titulaires, des membres adhérents, des membres associés et des membres adhérents étrangers. Le montant des cotisations est fixé ainsi qu'il suit : Membres titulaires, 20 francs; membres adhérents, 10 francs; membres associés, 10 francs; membres adhérents étrangers, 20 francs. Le Congrès tiendra deux séances par jour : le matin, de neuf heures à onze heures; dans l'après-midi, de deux heures à cinq heures. Il sera tout d'abord procédé à l'examen et à la discussion des rapports présentés au sujet des questions proposées par la Commission d'initiative. On s'occupera ensuite des communications diverses adressées au Congrès, soit à l'occasion de ces rapports, dont l'envoi aura été fait au préalable, soit au sujet de questions complémentaires. Les conclusions des rapports, comme celles des communications retenues par le Congrès, feront l'objet d'un vote distinct pour chaque affaire, seront suivies de vœux destinés à faire connaître aux pouvoirs publics les *desiderata* des congressistes. Les communications qui seront faites en langues étrangères devront être accompagnées d'une traduction en français, ou tout au moins d'un résumé, également en français, de la question proposée. Il sera adressé à tout le corps médical français en même temps que le règlement des bulletins d'adhésion et de communications, qui devront, une fois remplis et signés, être retournés aussitôt que possible au président du Congrès, rue Serpente, 28 (palais des Sociétés savantes), à Paris. Avant de se séparer, le Congrès procédera à la nomination d'une commission spéciale, qui sera chargée de poursuivre auprès des pouvoirs compétents la réalisation des vœux formulés par les congressistes.

Les personnes désireuses de faire des communications au Congrès sont priées de vouloir bien en avertir au préalable le bureau : président, M. Duchesne ; vice-président, M. Dubuisson ; secrétariat général, MM. Ch. Levassort, 2, place des Vosges, et Me Bruno Dubron, 30, rue Ernest-Renan ; secrétaires-adjoints, MM. Sentourens, à la Ferté-Bernard (Sarthe), et Lièvre, 72, boulevard Malesherbes, Paris ; trésorier, M. Gouffier, 24, rue de Chartres, à Neuilly-sur-Seine.

Adresser la correspondance à M. Ch. Levassort, 2, place des Vosges, à Paris.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la quarantième semaine, 705 décès, au lieu de 728 pendant la semaine précédente (moyenne 804). L'état sanitaire est donc satisfaisant.

La fièvre typhoïde a causé 1 décès (moyenne 8). Le nombre des cas nouveaux est de 68, au lieu de la moyenne 35.

La variole a causé 2 décès; chiffre identique à celui de la semaine précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 13, au lieu de 9 pendant la semaine précédente (moyenne 13).

La rougeole n'a causé aucun décès, au lieu de 10 pendant la semaine précédente, la moyenne est de 2; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 26 au lieu de 30 précédemment. La scarlatine a causé 2 décès (moyenne 1); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 31,

il s'élevait à 29 pendant la semaine précédente, la moyenne est 50. La coqueluche a causé 2 décès (moyenne 4); la diphtérie, 2 décès (moyenne 7); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 42 au lieu de 34 pendant la semaine précédente, et de la moyenne 38.

La diarrhée infantile, en grande diminution, a causé 27 décès de 0 à 1 an, au lieu de 25 pendant la semaine précédente (moyenne 39).

En outre, 20 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 93 décès, au lieu de 79 pendant la semaine précédente (moyenne 100). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 4 décès (moyenne 6); bronchite chronique, 22 (moyenne 17); pneumonie, 16 (moyenne 23); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 51 (moyenne 54), dont 21 sont dus à la congestion pulmonaire et 19 à la broncho-pneumonie, en outre 1 décès a été attribué à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 172 décès; la méningite tuberculeuse, 6; la méningite simple, 16; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 14 décès.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — *Cours de la saison d'hiver* (1905-1906). — MM. les élèves internes et externes en médecine des hôpitaux et hospices sont prévenus que les travaux anatomiques, sous la direction de M. le docteur Quénu, directeur des travaux scientifiques, commenceront le vendredi 3 novembre 1905.

Des conférences sur l'histologie normale et pathologique seront faites par M. le docteur Macaigne, chef du laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Nota. — Les microscopes et autres instruments nécessaires aux recherches histologiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA TUBERCULOSE

(PARIS, 2-7 OCTOBRE 1905)

PATHOLOGIE MÉDICALE

Dans ce compte rendu nous avons réparti les différents rapports, communications et discussions en plusieurs chapitres qui nous permettront de grouper plus facilement les travaux de cette section de pathologie médicale. Si quelques-unes de ces communications n'ont pas le mérite de la nouveauté, elles ont été souvent le point de départ de discussions qui ont eu pour résultat de mettre au point certaines questions litigieuses : c'est ainsi que dans cette section on a principalement proclamé les dangers de la tuberculose bovine et attiré l'attention sur les dangers du lait de vache. Bien d'autres points ont été discutés puis éclaircis et le lecteur les retrouvera plus facilement dans ces chapitres consacrés à la bactériologie, aux faits cliniques, aux réactions provoquées chez l'homme, l'enfant et l'animal par la tuberculose, à la nutrition chez les tuberculeux et les hérédo-tuberculeux, au diagnostic et à la thérapeutique de la tuberculose.

I

BACTÉRIOLOGIE. — Deux points importants ont été traités : ce sont d'abord les rapports qui unissent entre eux les différents bacilles tuberculeux, puis ensuite l'étude de la tuberculose bovine et son rapprochement avec la tuberculose humaine.

Tout d'abord MM. FERRÉ et BUARD, en prenant des cultures homogènes de bacilles de Koch très peu virulentes et d'allures saprophytiques, les introduisant dans des sacs de collodion insérés dans le péritoine de lapins inoculés soit par voie veineuse, soit par voie péritonéale avec une tuberculose virulente, se sont proposés de rechercher si ce bacille peu virulent était modifié dans sa végétabilité et dans sa virulence. En comparant l'évolution des cultures retirées de ces sacs chez les animaux tuberculeux et chez les animaux normaux, ils n'ont pas constaté de différences dans les propriétés de ces cultures. Ils en concluent que la vitalité du bacille peu virulent n'est pas modifiée. Un fait intéressant a été observé, c'est que ces cultures retirées des sacs dans les deux cas ne cultivent plus que sur pomme de terre glycérinée. Les expériences relatives à la question de virulence ne sont pas terminées.

Puis MM. BEZANÇON et PHILIBERT font une communication très intéressante sur les relations qui existent entre le bacille de Koch et les acido-résistants.

D'après ces auteurs on a confondu sous le terme de bacilles acido-résistants, des microbes très différents entre eux, qui n'ont pas tous au même degré la propriété acido-résistante, et il est nécessaire de les diviser en deux catégories; l'une comprend des microbes qui ressemblent tous au bacille de Koch et qui sont héréditairement acido-résistants : ce sont les *bacilles tuberculoïdes*; la seconde catégorie comprend des genres différents entre eux qui ne sont acido-résistants que dans des conditions spéciales, ils méritent le nom de *bacilles accidentellement acido-résistants*. Ces bacilles accidentellement acido-résistants comprennent des microbes divers rencontrés dans les sécrétions grasses de l'homme ou dans les liquides séro-fibrineux et le sang. Ils sont susceptibles d'emprunter temporairement à ces milieux une enveloppe superficielle de graisse qui les rend transitoirement acido-résistants. D'autre part il suffit de les traiter par l'alcool et de les décolorer énergiquement par l'acide pour que la propriété acido-résistante apparente disparaisse complètement. Les auteurs ont expérimentalement cultivé des microbes variés (charbon, coli, diphtérie, bacilles du smegma) sur des milieux additionnés de beurre ou de lanoline, et les ont vus acquérir la propriété acido-résistante, propriété qui disparaît quand on les repique sur les milieux usuels. Il en est de même pour les bacilles accidentellement acido-résistants qui, cultivés sur les milieux usuels, perdent complètement cette propriété. Ces bacilles se rencontrent dans le smegma, le cérumen, certains pus, certains crachats de gangrène pulmonaire, et ils ont pu exposer à l'erreur pour le diagnostic bactériologique du bacille de Koch, dans les crachats, l'urine, les liquides séro-fibrineux, etc. On évitera désormais cette erreur si, comme les auteurs le proposent, on emploie, pour rechercher le bacille de Koch, la coloration à chaud par le liquide Ziehl, suivie d'une décoloration énergique par l'acide nitrique au tiers, puis par l'alcool. Cette réaction alcoolo-acido-résistante éliminera tous les bacilles accidentellement acido-résistants. Tandis que ces bacilles ne peuvent être comparés au bacille de Koch, les bacilles héréditairement acido-résistants ou tuberculoïdes peuvent entrer en parallèle avec lui. On les trouve dans le beurre, le lait, les fourrages, le fumier et quelquefois sur l'homme. Morphologiquement, ils sont semblables au bacille de Koch. Leurs cultures présentent des caractères analogues à celles de ce dernier. Elles sont plus rapides, se font à température basse et sur les milieux usuels. Mais les races homogènes du bacille de Koch (Arloing, Ferran, Auclair, Bezançon et Philibert) sont susceptibles de végéter dans ces conditions. D'autre part, les auteurs ont pu obtenir des cultures lentes de bacilles de Timothée (bacille acido-résistant de la nature). Ces bacilles de Timothée qu'ont étudiés surtout Bezançon et Philibert donnent sur gélose au sang et sur gélose à l'œuf, des cultures identiques à celles du bacille tuberculeux.

Tous ces bacilles conservent comme le bacille de Koch, dans les cultures, la propriété alcoolo-acido-résistante. Ils provoquent chez les cobayes des lésions de péritonique plastique péri-splénique et péri-hépatique, qui diffèrent des lésions causées par le bacille de Koch humain virulent. Mais les auteurs ont comparé les lésions provoquées par des races de bacille de Koch atténué, et les lésions causées par les bacilles héréditairement acido-résistants (bacille de Timothée). Ils ont obtenu en injectant seuls les microbes dans le péritoine des cobayes des lésions de sclérose, des adhérences fibreuses discrètes péri-spléniques et péri-hépatiques identiques dans les deux cas; d'autre part, l'inoculation d'un bacille de Koch atténué et de beurre dans le péritoine du cobaye reproduit une péritonite plastique, péri-hépato splénique, analogue à celle que produit le Timothée bacille. Partant de ces faits, les auteurs ont essayé de récupérer la virulence du bacille de Timothée dont les lésions ne sont pas inoculables en série. Ils ont inoculé la sérosité péritonéale d'un cobaye mort d'une péritonite à Timothée dans le péritoine d'un second cobaye avec du beurre. Ils ont obtenu la mort de l'animal et ils ont continué les inoculations en série en diminuant chaque fois la dose de sérosité et de beurre. Au septième passage, la dose de beurre étant très faible, l'animal a survécu indéfiniment, présentant seulement à l'autopsie des lésions de sclérose péri-splénique, telles qu'en donne le bacille inoculé seul. Enfin ils ont cherché à extraire du bacille de Timothée un poison analogue à la tuberculine, la timo-

théine; ce produit n'est toxique ni pour le cobaye sain ni pour le cobaye tuberculeux. Ils ont entrepris avec cette timothéine des expériences de vaccination qu'ils ne tiennent pas pour concluantes. Les auteurs pensent que ces bacilles héréditairement acido-résistants sont très voisins du bacille de Koch. Leur habitat, autour des bovidés (fumiers, lait, etc.), pourrait faire penser qu'ils sont des formes souches ou des formes régressives du bacille tuberculeux bovin. Mais aucun fait ne permet de résoudre actuellement cette question, et l'on ne peut admettre qu'une parenté indéniable entre ces tuberculoïdes et le bacille de Koch.

M. P. Courmont pense que la distinction établie par MM. Bezançon et Philibert en deux catégories d'acido-résistants n'est guère valable parce que tous les intermédiaires peuvent être obtenus entre les bacilles fortement ou faiblement acido-résistants. Si on compare une culture classique de bacilles tuberculeux aux bacilles acido-résistants, les différences sont très nettes. Si l'on compare ces acido-résistants aux cultures homogènes de bacilles de Koch, dès lors les différences s'effacent. Les cultures homogènes ont des caractères de végétabilité, d'aspect macroscopique, de pouvoir chromogène, très proches de ceux de la plupart des acido-résistants. On peut faire pousser des cultures homogènes à +25 degrés, et le bacille pisciaire pousse à +10 et +15 degrés, comme certains acido-résistants. L'auteur a pu donner aux cultures liquides d'acido-résistants l'agglutinabilité par les sérums homogènes (P. Courmont et Descos); mais, de même, beaucoup de bacilles tuberculeux homogènes ne possèdent pas l'agglutinabilité (S. Arloing et Courmont). Enfin, si les bacilles acido-résistants ne sont tuberculigènes que dans des conditions exceptionnelles d'expérimentation, on peut faire disparaître la virulence de certaines cultures homogènes de bacilles de Koch au point de les rendre presque aussi inoffensifs que les acido-résistants. Aucune différence capitale ne persiste. Il est donc impossible, actuellement, d'établir par un critérium certain que les bacilles acido-résistants ne sont pas des bacilles tuberculeux saprophytes et qu'ils ne peuvent acquérir dans certaines conditions le pouvoir pathogène et les autres propriétés du bacille de Koch typique.

De même MM. Guiraud, Rodet et Galavielle, Gastou passent en revue quelques-unes des propriétés de ces bacilles acido-résistants.

Puis Mlle Rabinowitch étudie les rapports existant entre les bacilles de la tuberculose des mammifères, en particulier de la tuberculose humaine, bovine et simienne et ceux de la tuberculose des animaux à sang froid. Pour elle il y a des différences dans les caractères de culture, les conditions de végétation, dans la virulence pour les divers organismes de ces agents de la tuberculose, mais si l'on compare les caractères communs et si l'on tient compte de ce fait que chez certains animaux on trouve des lésions qui peuvent être causées par deux types différents de bacilles (chez le bœuf, à côté du type de tuberculose bovine, on constate le type aviaire, par exemple), on arrive à penser qu'il ne s'agit que de variétés d'une même espèce. Parmi ces variétés le type bovin et le type humain sont les plus voisins, aux extrêmes seraient placés le type aviaire et le type des animaux à sang froid.

M. Behring insiste également sur l'importance de la question des rapports entre le bacille de Koch et les acido-résistants (surtout la tuberculose bovine et pisciaire). Au point de vue philogénétique il est incontestable qu'on ne peut trouver de différence spécifique entre eux; leur réaction à la tuberculine est identique, leurs lésions anatomiques analogues, enfin on peut immuniser des animaux indifféremment contre n'importe laquelle de ces tuberculoses. A ce point de vue le bacille de la diphtérie pourrait presque rentrer dans ce groupe. Au point de vue pratique, il faut être persuadé que des différences fonctionnelles considérables existent entre ces races de bacilles, et on ne doit pas perdre de vue ces faits importants si on veut intervenir efficacement dans la lutte contre la tuberculose.

Enfin pour M. Lignières il y a des types aviaires, pisciaires, mammifères. Bactériologiquement tous peuvent être identifiés au bacille de Koch; mais on a obtenu cela par des artifices. Chacun de ces bacilles pris dans la nature a des qualités propres, une virulence propre. Il y a donc pour l'auteur des espèces distinctes.

De nouveau avec le rapport de M. Arloing la question de la tuberculose bovine revenait à l'ordre du jour. On se rappelle que Koch, mettant en doute la possibilité pour l'homme de contracter la tuberculose bovine, affirmait qu'il n'y avait aucune nécessité à prendre contre celle-ci des mesures quelconques.

Au contraire les conclusions de M. Arloing, exposées dans le compte rendu de pathologie chirurgicale, aboutissent à l'unité des tuberculoses.

Aussi après cet exposé, les sections de pathologie interne et de pathologie externe, réunies, ont voté à la presque unanimité des voix un *ordre du jour*, concluant à la nécessité absolue des mesures prophylactiques contre la tuberculose bovine et à se méfier des autres tuberculoses, et appelant l'attention des pouvoirs publics, momentanément ébranlés par les théories de Koch, à retrouver leur vigilance première, et à redoubler de prudence dans la lutte contre la tuberculose animale.

II

Faits cliniques. — Un grand nombre de faits cliniques ayant trait aux différentes manifestations ou associations de la tuberculose ont été rapportés.

M. Jousset étudie la bacillémie tuberculeuse et montre en s'appuyant sur l'inoculation, l'inoscopie et la culture *in vitro* que le sang est très exceptionnellement bacillifère dans la phtisie chronique. Dans la phtisie aiguë ou subaiguë le sang se charge de bacilles avec une grande fréquence, presque dans la moitié des cas. C'est spécialement dans la pneumonie caséeuse que se produit ce phénomène; plus fréquemment que dans la phtisie ulcéreuse galopante. Il semble donc, contrairement aux prévisions théoriques, que la bacillémie soit bien plus fonction de l'étendue des lésions pulmonaires que de leur profondeur. Cliniquement la bacillémie reconnait comme signes de probabilité la fièvre, la polypnée, l'albuminurie. Il insiste sur ce dernier symptôme qui, par sa légèreté, sa fugacité, pourrait facilement échapper. Quant à la fièvre, toutes ses modalités sont possibles. Seule, la fièvre hectique à grandes oscillations (1°5 à 2 degrés) ne relève pas plus de la bacillémie tuberculeuse que des infections associées. Elle apparaît comme une manifestation d'ordre toxique dont la nature reste à déterminer, mais qui n'est pas du ressort de la bactériologie.

Le mécanisme des poussées bacillémiques reste assez obscur. Il est un fait certain, c'est que les bacilles en circulation sont de nombre et de virulence inférieurs. Si les bacillémies expérimentales montrent bien le sort qu'ils subissent dans l'économie et leur mode de disparition (phagolyse, fixation et élimination rénale), par contre rien n'indique leur provenance.

Puis M. Anglade montre que le bacille tuberculeux se rencontre dans les selles de tous les tuberculeux pulmonaires. Il provient de la déglutition des crachats, souvent aussi et en même temps, des ulcérations intestinales, qu'il soit dégluti et qu'il traverse le tube intestinal tout entier, ou bien qu'il n'arrive que de la dernière portion de ce tube, toujours le bacille demeure virulent après son évacuation. Le bacille de Koch ne se rencontre pas dans les selles de sujets atteints de tuberculoses fermées.

Si, dans toutes les tuberculoses ouvertes, le bacille de Koch passe dans les selles et y demeure virulent; si, d'autre part, l'*expectoration* intestinale est l'unique manière d'élimination du bacille de Koch, pour certains sujets (enfants, déments), on peut bien dire que les selles des tuberculeux ne sont pas moins dangereuses que leurs crachats.

MM. Piéry et Mandoul, se basant sur les différents aspects du bacille de Koch dans les crachats, montrent la valeur pratique de ces variations morphologiques dans le pronostic, le diagnostic et le traitement de la tuberculose pulmonaire.

M. Teissier (de Lyon) fait une importante communication sur les albuminuries intermittentes de l'adolescence au point de vue de leur rapport avec l'imprégnation tuberculeuse ancestrale ou comme signe prémonitoire de l'infection. En effet, toutes les albuminuries intermittentes des adolescents, quels qu'en soient le type clinique ou la cause provocatrice apparente, révèlent l'existence d'une tare constitutionnelle ou d'une prédisposition héréditaire. Et si dans cet ordre d'idées, l'arthritisme ou le brightisme des ascendants joue un rôle de premier ordre, la tuberculose n'exerce pas une influence moindre, car elle tient, d'après ses observations, sous sa dépendance, 34 p. 100 des cas enregistrés. Mais l'influence héréditaire directe s'exerce seulement dans la moitié des faits, et dans d'égales proportions en ce qui concerne la tuberculose du père ou de la mère. Ce rapport étant établi, deux points seulement méritent d'être soigneusement déterminés : d'abord la valeur séméiotique et pronostique propre de cette albuminurie des descendants; ensuite la fixation des caractères cliniques susceptibles de différencier ces albuminuries d'imprégnation tuberculeuse de toutes les autres formes d'albuminurie juvénile similaires. L'événement lui a appris que la plupart des albuminuriques de cette catégorie guérissent; un seulement sur cinq évoluent vers la tuberculose proprement dite. L'albuminurie affecte alors ce type qu'il a décrit il y a dix ans sous le nom d'albuminurie prétuberculeuse; le syndrome urinaire ayant brusquement disparu, les signes d'une tuberculose à marche subaiguë se déclarent, et le malade est rapidement enlevé.

Cette évolution généralement favorable, rapprochée de ce fait, que les urines de semblables malades, inoculées au cobaye, sont le plus souvent inoffensives, font penser qu'il s'agit le plus souvent en l'espèce d'une légère irritation interstitielle du rein, sous l'influence des poisons héréditairement transmis, et éliminés par les urines.

Cette irritation rénale paraît confirmée par l'existence d'un léger degré d'imperméabilité glomérulaire, d'ailleurs révélée par l'examen cryoscopique de l'urine, qui permet de constater l'abaissement de la diurèse moléculaire totale, et aussi un degré relatif de ralentissement dans les échanges épithéliaux. Elle explique aussi pourquoi chez ces jeunes sujets la tension artérielle est en général plus élevée que dans la tuberculose pulmonaire commune ou dans les autres formes d'albuminurie intermittente de l'enfance. Ces deux derniers éléments paraissent avec une valeur diagnostique primordiale ; et rapprochés de certains symptômes concomitants : dilatation de l'estomac, type cyclique matutinal de l'albuminurie, enfin séro-réaction d'Arloing-Courmont positive, ils permettent de différencier pratiquement l'albuminurie d'imprégnation tuberculeuse, des autres formes d'albuminurie intermittente, et d'orienter la diététique dans un sens prophylactique capable de rendre de réels services.

MM. Le Noir et Camus étudient la fièvre des tuberculeux et montrent que, lorsque les malades sont placés dans des conditions favorables, elle est moins irrégulière qu'on ne croit. Elle peut être modifiée par l'influence thermogène de la fatigue physique ou morale, et relève d'une pathogénie nerveuse. C'est la fièvre qu'on observe chez tous les débilités. La température doit être prise chez les tuberculeux à intervalles rapprochés. Enfin ni le pouls, ni la pression artérielle ne sont très sensiblement modifiés par les élévations thermiques.

MM. Joffres et Maurel ont constaté que, chez les tuberculeux confirmés, le périmètre thoracique est souvent diminué, que la section thoracique est toujours restée sensiblement inférieure sous ses deux rapports, que l'on peut donc déjà considérer ces modifications du thorax comme faisant partie de la symptomatologie de la tuberculose confirmée, et, de plus, les auteurs pensent que la diminution de la section thoracique doit être considérée comme une cause prédisposante de cette affection.

MM. le professeur Bouchard et Balthazard démontrent que, grâce à l'emploi des rayons X, il est possible de mesurer les dimensions exactes du cœur en projection orthogonale. A la première période de la tuberculose, le cœur est plus petit qu'à l'état normal ; il en est de même à la seconde période. La petitesse du cœur est donc l'une des caractéristiques du terrain tuberculeux, c'est-à-dire l'une des dystrophies qui prédisposent à la tuberculose. Au contraire, chez les tuberculeux à la troisième période, le cœur est plus gros qu'à l'état normal; il s'agit là d'une hypertrophie avec ou sans dilatation du cœur, qui a progressé à la faveur de l'hypertension dans la petite circulation, causée par le développement des lésions caséeuses et fibreuses du poumon. Ainsi s'expliquent les contradictions apparentes entre leurs résultats et ceux des auteurs qui ont étudié les dimensions du cœur des tuberculeux sur la table d'autopsie.

Pour M. Teissier (de Paris), la tuberculose (celle de l'adulte et du vieillard, non celle de la première et de la deuxième enfance) est une des maladies dans lesquelles la recherche de la pression artérielle est une source de précieuses indications. La pression artérielle est abaissée dans la tuberculose (Marfan, Potain). Cette action hypotensive est telle, qu'elle annihile le plus souvent l'influence hypertensive de l'âge et de la fièvre. Les variations de cette hypotension ne concordent pas toujours avec les indications du pouls. Elle peut faire défaut dans la tuberculose des séreuses, dans la tuberculose rénale, restée à la phase médicale, dans la tuberculose génitale limitée, si ces tuberculoses surviennent chez des individus vigoureux en apparence. Toute pression artérielle supérieure à 15 chez un phtisique, rend très probable l'existence d'une complication aiguë ou chronique associée. Toute pression artérielle qui, chez un phtisique avéré, tend à s'élever progressivement, après un abaissement plus ou moins durable, est, en dehors des conditions susdites, un élément favorable de pronostic. Inversement, tout abaissement progressif de la pression artérielle est d'un pronostic plus grave. Les symptômes convulsifs font défaut dans l'urémie des tuberculeux (exception faite de la néphrite atrophique).

M. Crespin (d'Alger) fait une intéressante communication sur les associations de la tuberculose et du paludisme et pour lui l'explication de la propagation de la tuberculose en Algérie vient du développement des relations entre indigènes et Européens, d'où augmentation des occasions de contagion. Le paludisme agit plutôt comme cause favorisante vis-à-vis de la tuberculose. Plusieurs cas sont à considérer : *a)* Un tuberculeux a subi antérieurement à la tuberculose quelques atteintes paludéennes; *b)* La tuberculose paraît s'être développée presque en même temps que le paludisme; *c)* La tuberculose se développe chez un paludéen, ayant tous les attributs du paludisme chronique, et présentant de la sclérose plus ou moins généralisée. Alors ou la tuberculose galope, ce qui s'explique par la diminution des défenses de l'organisme; ou elle subit un temps d'arrêt remarquable; parfois même elle paraît régresser. Les derniers faits rapprochés de la rareté de la tuberculose en pays palustre, ont conduit à l'idée de l'antagonisme possible entre la tuberculose et le paludisme. En réalité, dans des cas très limités, il s'agit d'un antagonisme d'évolution.

M. L. Bernard étudie dans une communication originale les rapports de la tuberculose et de l'arthritisme. S'il est classique d'invoquer un certain antagonisme entre l'arthritisme et la tuberculose, on admet généralement que chez les arthritiques la tuberculose revêt la forme de phtisie fibreuse, qui représente la réaction de défense triomphante de l'organisme.

Cette conception lui semble inexacte : on voit la phtisie caséeuse chez des sujets nettement arthritiques et la phtisie fibreuse se rencontre chez des individus que rien n'autorise à considérer comme des arthritiques. En outre les travaux d'Auclair par les poisons tuberculeux permettent d'envisager la tuberculose fibreuse, non pas comme le résultat d'une réaction spéciale de l'organisme, mais bien comme la conséquence d'une activité toxique spéciale du bacille. Il existe une forme clinique de tuberculose où l'infection bacillaire crée un véritable syndrome arthritique. D'autres infections ou intoxications peuvent d'ailleurs provoquer des manifestations arthritiques (Landouzy). Dans cette variété, le syndrome arthritique est constitué par l'association de l'asthme, de l'emphysème et de l'obésité qui se développent consécutivement à l'infection tuberculeuse et qui sont pathogéniquement commandés par elle. On connaît déjà l'origine tuberculeuse de l'asthme (Landouzy) et de l'emphysème (Bernheim, E. Hirtz); mais on n'avait pas mis en lumière l'existence d'un véritable syndrome arthritique se constituant secondairement à la tuberculose, syndrome caractérisé essentiellement par l'engraissement, et promettant d'opposer aux tuberculoses consomptives avec syndrome phtisique les tuberculoses florides avec syndrome arthritique. Dans ces cas, le malade se présente comme un emphysémateux et non comme un tuberculeux habituel; il est gras ou obèse, apyrétique, il est sujet aux hémoptysies (hémoptysie arthritique) et est le plus souvent en proie à des crises d'asthme. Le foyer phymateux est très circonscrit, latent, masqué par l'emphysème généralisé. Et cependant la succession des accidents démontre qu'il en est le point de départ et la cause. La clinique permet donc d'isoler parmi les tuberculeux arthritiques des cas où l'arthritisme est d'origine tuberculeuse, une forme de « tuberculose arthritisante ».

Puis MM. Landouzy et Labbé étudient les rapports de la tuberculose et de la chlorose. En effet la chlorotique la plus typique, avec son faciès pâle et bouffi, ses souffles radio-vasculaires, ses palpitations, ses troubles dyspeptiques et menstruels, sa formule sanguine habituelle (abaissement de la valeur globulaire), n'est souvent qu'une tuberculeuse qui porte le masque de l'anémie.

Cette opinion s'appuie sur de nombreuses observations cliniques, relatant le passé, le présent et l'avenir des chlorotiques. Outre que ces malades sont le plus souvent de souche tuberculeuse, elles ont fréquemment présenté dans leur enfance quelques manifestations bacillaires (adénopathies cervicales, tumeur blanche, lupus, pleurésie, etc.). A l'époque de la puberté apparaît la chlorose, et quelques années plus tard se développe la tuberculose pulmonaire. Il est fréquent de constater, à l'examen des chlorotiques, des symptômes de bacillose pulmonaire atténuée, localisée à un sommet. Enfin la réaction à la tuberculine ou le séro-diagnostic décèle souvent chez elles une tuberculose latente. En résumé, la chlorose vulgaire est souvent le masque dont se couvre la tuberculose au début chez la jeune femme, grâce au surmenage hématopoiétique de la puberté, qui semble faire de l'appareil hématique un lieu de moindre résistance. Cette conception n'est pas purement doctrinale; elle aboutit à des conclusions pratiques : diagnostiquer chez la chlorotique une bacillaire, c'est partir d'un diagnostic précoce de tuberculose pour aboutir à une thérapeutique relative, c'est-à-dire plus efficace.

MM. Le Gendre et Philibert font part au Congrès d'une observation de tuberculose ostéo-périostique hyperalgésique à évolution fébrile paroxystique. Il s'agissait d'une jeune femme qui a succombé après avoir présenté, pendant deux ans, de multiples et successifs foyers de périostite et d'ostéite sur presque tous les os du corps. Lorsque les lésions siégeaient sur les extrémités des os, elles simulaient le rhumatisme articulaire, mais elles ne pouvaient être confondues dans le rhumatisme tuberculeux, malgré que le diagnostic de tuberculose fût imposé par l'échec de tous les médicaments antirhumatismaux et du traitement antisyphilitique intensif, l'absence de microbes pyogènes dans la suppuration, la constatation de très rares bacilles de Koch et la production d'une adénite caséeuse lente par inoculation au cobaye. La plupart des lésions des membres évoluaient vers l'ostéite condensante et l'éburnation. Il s'agissait d'une tuberculose atténuée dans sa virulence, et les poumons ne furent atteints que de lésions restreintes et non ulcéreuses. La caractéristique clinique fut l'acuité excessive des douleurs pendant la période de formation de chacun des foyers ostéo-périostiques, l'allure paroxystique du processus fébrile, constitué par une succession de courbes à oscillations régulièrement ascendantes quand la lésion locale était redevenue indolente. La mort fut la conséquence de la cachexie progressive. Il semble que cette forme clinique n'ait pas été décrite et mérite la dénomination que les auteurs proposent de tuberculose ostéo-périostique généralisée hyperalgésique et fébrile, à évolution paroxystique.

MM. Lortat-Jacob et Sabareanu insistent sur le rôle de la tuberculose des ascendants dans la production d'exostoses ostéogéniques congénitales.

M. Jeanselme étudie les formes, le mode de propagation de la tuberculose dans la presqu'île indo-chinoise et dans le Yunnam; M. Gillot le fait également pour l'Algérie.

M. le professeur Raymond et M. Alquier rapportent les observations et les autopsies de quatre malades atteintes de mal de Pott sans gibbosité avec troubles nerveux.

Enfin les rapports de la tuberculose et de la grossesse sont étudiés par M. Burckhandt, qui montre les bons effets de la cure à la montagne, et par M. Bossi (de Gênes), qui propose de faire avorter les tuberculeuses incommodées par leur grossesse; cette communication est suivie d'une verte réplique

des professeurs BOUCHARD et TEISSIER, qui traitent d'assassinat inutile un tel proeédé qui n'aboutira même pas à améliorer l'état de la mère et supprimera un enfant dont l'avenir est incertain et peut être même plus résistant à la tuberculose ajoute le professeur Teissier.

III

RÉACTIONS PROVOQUÉES CHEZ L'HOMME, L'ENFANT ET L'ANIMAL PAR LA TUBERCULOSE. — M. MAUREL propose le leucocyte de l'homme comme réactif du degré de virulence du bacille de la tuberculose ; M. JENSEN appliquant au sérum des tuberculeux le procédé de Wright recherche ainsi le pouvoir phagocytaire du sang des phtisiques.

MM. PIERY et ETIENNE étudient l'élimination des chlorures dans les différentes formes de la tuberculose pulmonaire et montrent que l'étude de la courbe des chlorures urinaires forment des données importantes pour le diagnostic différentiel de la phtisie (diagnostic avec la chlorose vraie, la tuberculose aiguë, la pneumonie lobaire) et pour le diagnostic des diverses formes cliniques. Elle permet enfin d'en suivre les diverses phases d'évolution. Au point de vue du pronostic (si l'on fait exception pour la granulie et le début de la phtisie) la rétention chlorurée est d'autant plus faible que la tuberculose est plus grave.

MM. GARNIER et THAON, étudiant l'hypophyse chez les tuberculeux, montrent que dans la tuberculose chronique se forme une véritable sclérose en îlots disséminés. De plus, la glande paraît en état de moindre activité (abondance des cellules chromophobes). Dans la tuberculose aiguë, il n'y a pas de sclérose, les éléments fortement colorés sont abondants, la glande paraît active. Pour l'appréciation exacte des modifications de l'élément sécréteur de cette glande, l'étude parallèle de l'hypophyse avec les autres glandes vasculaires sanguines dans la tuberculose, et en particulier avec la thyroïde, est nécessaire ; mais dès à présent un fait reste acquis : c'est le développement de la sclérose au cours de l'infection tuberculeuse. Une pareille modification peut suffire à entraîner des modifications importantes dans le fonctionnement de cet organe.

M. LAIGNEL-LAVASTINE étudie l'écorce cérébrale des tuberculeux et a constaté, dans sept observations de méningite, par les méthodes de Nissl et de Cajal, des lésions cellulaires corticales relativement indépendantes des lésions méningo-vasculaires. Chez six tuberculeux, différents à certains points de vue, mais caractérisés par la prédominance des symptômes nerveux et mentaux (psychopolynévrite, delirium tremens, confusion mentale, délire onirique), l'auteur a relevé, en l'absence de toute lésion méningo-vasculaire, des processus aigus toxiques au niveau des cellules nerveuses de l'écorce cérébrale. Chez sept phtisiques qui s'éteignirent sans accidents cérébraux, l'auteur a noté l'extrême fréquence et l'abondance de la pigmentation des cellules corticales. Cette pigmentation cachectique a les caractères de l'atrophie pigmentaire sénile. Elle en a aussi le mécanisme. Chez le phtisique, la cellule intoxiquée longuement et à petite dose vieillit plus vite que normalement.

M. OGILVIE, puis M. CHARRIN, font une importante communication sur les descendants des mères tuberculeuses. Ce dernier auteur constate que dans les milieux hospitaliers où règne la misère physiologique, souvent le poids des nouveau-nés est inférieur à la normale ; leur croissance est lente, leur température abaissée. Les troubles digestifs ne sont pas rares ; les urines, plus colorées, ont une toxicité un peu accrue, par suite de l'exagération des fermentations digestives et de la présence de l'indican, de l'urobiline et des processus de désassimilation ; ce sont là, en effet, les principales sources des poisons urinaires. Chez ces rejetons, la maladie, de préférence l'infection, est commune ; ils sont, d'ailleurs, soumis à des conditions bien connues des expérimentateurs comme favorables aux invasions microbiennes, l'hypothermie, l'auto-intoxication, le surmenage, etc. A l'autopsie, on décèle de nombreuses lésions, de préférence au niveau des reins, du cœur, de l'intestin, des poumons, du foie, etc. Quand les tares sont plus atténuées, la survie possible, des affections viscérales qui évoluent plus tard ont leur point de départ dans ces désordres congénitaux. Plus d'une fois, les capsules surrénales de ces rejetons fournissent un extrait impuissant à élever la pression vasculaire et le corps thyroïde des principes aptes à provoquer l'amaigrissement.

M. Charrin montre ainsi que la syphilis, l'alcoolisme ne sont pas les seuls à engendrer des tares congénitales. Il insiste en terminant sur ce point que ces enfants ne présentant aucun tubercule, ne se tuberculisent pas pendant la première année.

Au point de vue expérimental, MM. ACHARD et WEILL montrent que chez les cobayes tuberculeux, les diverses lésions élémentaires de la rate peuvent, en se groupant, donner lieu à trois types anatomiques de rates tuberculeuses : 1° les tubercules disséminés ; 2° l'infiltration tuberculeuse massive ; 3° la rate tuberculeuse hémorragique. On peut aussi observer une réaction myéloïde variable, constituée surtout par des hématies nucléées.

De même, MM. DOMINICI et DUVAL constatent que chez le cobaye tuberculeux la tuberculose de la rate s'accompagne toujours d'une réaction myéloïde considérable, processus de nature infectieuse, nullement dû à l'anémie. De toutes les infections expérimentales, la tuberculose est celle qui provoque la transformation myéloïde la plus marquée de cet organe.

Puis MM. BERNARD et SALOMON montrent qu'on peut obtenir, par injections intra-artérielles de bacilles de Koch au niveau du rein et dans l'intérieur du cœur, des lésions dont les caractères sont ceux des lésions inflammatoires communes et non pas des follicules tuberculeux.

Enfin une très importante question a été soulevée à propos de la communication de MM. BALTHAZARD et ALY ZAKY : celle de la contagiosité au point de vue de la tuberculose. Sur 75 cobayes inoculés par ces auteurs avec 30 échantillons de lait achetés au hasard dans les laiteries de Paris, les uns livrés en bouteilles cachetées, les autres vendus à la mesure, aucun n'a présenté de lésions tuberculeuses. Si donc il est bon d'exercer une surveillance des vaches fournissant le lait destiné à l'alimentation, si l'on doit recommander dans les familles de faire bouillir le lait avant de le consommer, surtout pour éviter les infections intestinales banales, il faut bien se rendre compte que le lait ne joue qu'un rôle minime dans la transmission de la tuberculose.

Au contraire M. MOUSU (d'Alfort) a étudié le lait provenant de vaches manifestement tuberculeuses, mais sans lésions mammaires. Dans plusieurs cas, ce lait contenait des bacilles tuberculeux. Des veaux, tuberculinés après la naissance et allaités par des mères tuberculeuses, ont été reconnus tuberculeux après quelques mois. On peut donc en conclure que le lait des vaches tuberculeuses est dangereux, même si leurs mamelles sont exemptes de lésions tuberculeuses.

Puis M. MARTEL et M. VALLÉ (d'Alfort) font à M. Balthazard le reproche d'appuyer ses assertions sur un nombre insuffisant d'expériences. Le résultat de l'observation de trente ou quarante cas ne peut prévaloir contre des constatations infiniment

plus nombreuses. Le lait tuberculeux est dangereux et M. Vallée rappelle que d'après les recherches de Mlle Rabinowitch, de M. Bang, jusqu'à 35 p. 100 des laits consommés dans les grandes villes sont parfaitement susceptibles de communiquer la tuberculose.

Aussi l'assemblée comprit que rien ne serait plus dangereux que de laisser se propagerdans le public la thèse soutenue par MM. Balthazard et Aly Zaky, et sur la proposition de M. Vallée, appuyée par MM. Chauveau, Bang, Lignières, Mlle Rabinowitch, MM. Charrin, Moussu, Arloing, Martel, etc., elle adopta le vœu suivant : 1° que l'inspection sanitaire des vacheries soit mise à l'étude le plus vite possible ; 2° qu'il ne soit livré à la consommation dans les établissements publics de tout ordre (hôpitaux, écoles) que des laits pasteurisés, bouillis ou stérilisés, ou des laits crus provenant d'étables dont toutes les vaches ont été tuberculinisées et reconnues indemnes.

IV

La nutrition chez les tuberculeux et les hérédo-tuberculeux. — M. Robin fait une importante communication avec M. Binet sur le terrain et les échanges respiratoires et nutritifs chez les tuberculeux, les auteurs montrent que tout organisme qui présente une aptitude à fixer trop d'oxygène, à fabriquer trop d'acide carbonique et à se déminéraliser, peut devenir tuberculisable. L'exagération des échanges respiratoires, qui traduit le premier de ces deux termes, est l'une des manifestations communes à tous les états de déchéance (hérédité, alcoolisme, surmenage, etc.) qui précèdent la tuberculisation pulmonaire. La phtisie est une maladie qui évolue en deux périodes, l'une de consomption, l'autre d'infection. On peut s'infecter sans être consomptif, mais la consomption préalable imprime une gravité plus grande à la maladie. La consomption est presque toujours curable, réserves faites sur la permanence de ses causes. L'infection échappe trop souvent à nos efforts. Il faut donc reconnaître la maladie pendant qu'elle est en puissance, avant qu'elle ne soit en acte, si l'on veut une thérapeutique possédant le plus de chances de succès. Comme les états de déchéance prétuberculeuse relèvent d'une vitalité allant jusqu'à l'auto-consomption, leur traitement ne doit user que d'agents sédatifs et non d'agents toniques ou stimulants, ainsi que procède la thérapeutique actuelle. L'expérience et l'observation démontrent qu'il y a des médications capables d'atteindre ce but. Et l'examen des échanges respiratoires et généraux permet de déterminer ces médications, comme aussi de savoir si elles ont agi, et si tel individu reconnu tuberculisable a perdu, au moins temporairement, sa prédisposition. Ce mode de prophylaxie individuelle de la tuberculose par le terrain, doit retenir l'attention au même titre que les mesures dirigées contre le bacille. Le traitement de la phtisie confirmée doit reléguer les médications antibacillaires sur un plan secondaire, jusqu'au moment où sera découvert l'antiseptique idéal qui supprime le bacille sans nuire au malade. Il doit mettre au premier plan la médication par l'amendement du terrain, médication à laquelle on superposera les traitements symptomatiques nécessités par chaque cas particulier, et les poursuites des infections secondaires qui semblent plus faciles à atteindre que l'infection par le bacille de Koch.

A la suite de cette communication MM. Charrin et Tissot viennent exposer un avis contraire à celui des auteurs précédents. Ils montrent que l'exagération des combustions respiratoires signalée par MM. Robin et Binet chez l'homme tuberculeux ne se retrouve pas chez les animaux tuberculeux. Les mêmes auteurs ont vérifié sur l'homme les résultats annoncés par MM. Robin et Binet relativement à l'exagération des échanges respiratoires chez les tuberculeux. Ils ont examiné des tuberculeux qui ne présentaient encore que des signes physiques insuffisants à un diagnostic absolument certain. Chez certains de ces malades, la tuberculose a évolué suffisamment pour qu'on puisse, à l'aide des signes physiques, établir un diagnostic certain. Les combustions respiratoires ont été déterminées à l'aide d'un procédé d'une rigoureuse précision, déjà décrit par J. Tissot. Le nombre des malades examinés a été de douze. Chez ces douze malades les coefficients respiratoires étaient parfaitement normaux et différaient considérablement de ceux obtenus par MM. Robin et Binet. Les auteurs disent que la différence des résultats obtenus par MM. Robin et Binet provient de l'imperfection de leur procédé expérimental et ils concluent :

Les combustions intra-organiques conservent leur valeur chez le tuberculeux et ne peuvent apporter aucun élément utile ou nouveau ni au diagnostic, ni au traitement de la tuberculose pulmonaire chez l'homme.

De même M. Kuss constate que chez les tuberculeux pulmonaires apyrétiques placés dans de bonnes conditions d'hygiène et de repos, les combustions intra-organiques, mesurées par la quantité d'oxygène consommé, ont habituellement une valeur normale. A la période d'état de la maladie, l'intensité des combustions respiratoires n'est pas plus forte relativement dans les formes graves que dans les formes bénignes, toutes choses égales d'ailleurs. A la période d'état de la tuberculose, chez les sujets apyrétiques au repos, les améliorations ou les aggravations du malade ne s'accompagnent pas d'une variation correspondante des combustions intra-organiques. Chez la plupart des tuberculeux pulmonaires, le débit respiratoire est plus élevé que normalement ; il n'y a, du reste, aucun rapport proportionnel entre l'étendue des lésions et l'augmentation de la ventilation pulmonaire. Les augmentations très notables et permanentes de la ventilation pulmonaire paraissent être un élément de pronostic très mauvais.

De même MM. Jolyet, Gautrelet et Soulé, sur des malades observés dans un sanatorium, n'ont pas observé cette exagération des échanges respiratoires signalée par M. Robin ; M. Laffont critique également les résultats obtenus par M. Robin et émet des conclusions toutes différentes. M. Arloing enfin, qui a fait cette étude expérimentalement, apporte également des résultats contraires à ceux obtenus par M. Robin.

Aussi en présence de ces recherches si contradictoires des siennes, M. Robin demande au président M. Bouchard de vouloir bien désigner une commission chargée de contrôler les recherches et de présenter au prochain Congrès de la tuberculose les résultats de son enquête.

Puis MM. Charrin, Dehérain et de Chiara viennent démontrer que l'air expiré par les tuberculeux n'est pas plus nuisible que l'air expiré par les sujets sains.

M. Desgrez rapporte les expériences qu'il a effectuées avec M. Adler pour rechercher les variations des processus synthétiques de l'organisme au cours de la tuberculose expérimentale. En évaluant l'énergie de synthèse dont dispose la cellule vivante d'après la proportion d'acide hippurique à laquelle elle donne naissance, on trouve, pour le cobaye tuberculeux, une diminution de cette faculté atteignant 34 p. 100 de sa valeur normale. On voit, en même temps, le coefficient de déminéralisation augmenter de 12 p. 100. Comme les éléments minéraux constituent des excitants utiles des phénomènes

diastasiques, M. Desgrez considère leur déperdition graduellement exagérée comme la raison de la diminution des processus de désassimilation, diminution qui augmente constamment avec les progrès de la maladie jusqu'à sa troisième période.

M. Desgrez et Mlle Guende montrent que le rapport SO^3/Az, du soufre total à l'azote total, est très voisin de sa valeur normale quand on fait les moyennes de tous les rapports fournis par les diverses phases de la maladie. Au premier et au deuxième degré de la tuberculose, ce rapport SO^3/Az, de même que le rapport P^2O^5/A^3, est un peu plus élevé qu'au troisième degré. Cette décroissance graduelle des éliminations phosphorée et sulfurée porte les auteurs à penser que, chez les candidats à la tuberculose, au moins dans la période dite prétuberculeuse, on devra trouver, comme MM. Teissier et Pietry l'ont vu dans certains cas, des éliminations très élevées. M. Desgrez montre, en outre, que les résultats fournis par la tuberculose en voie d'évolution sont tout à fait différents de ceux qu'il a obtenus avec M. Ayrignac dans les dermatoses les plus variées. Là, au contraire, on observe toujours une surélévation marquée des rapports SO^3/Az et P^2O^5/Az.

D'une étude de MM. Henri Labbé et Vitry sur les échanges azotés chez les tuberculeux, il résulte qu'il ne semble pas qu'on puisse tirer aucune indication valable de la détermination même rigoureuse du rapport azoturique, parce qu'il varie trop, en particulier sous l'influence de la qualité et de la quantité de l'alimentation.

M. Gaultier, étudiant les fèces des tuberculeux à l'aide des méthodes de coprologie clinique, constate cinq variétés de troubles intestinaux : les diarrhées acides du début, diarrhées de sécrétion par défaut de bile, de suc pancréatique et intestinal, liées à l'hyperacidité gastrique du début de la tuberculose; les troubles d'atonie gastro-intestinale qui leur font suite; l'entérite catarrhale; et enfin l'entérite tuberculeuse ulcérative, ainsi que les diarrhées dites colliquatives qui accompagnent la dégénérescence amyloïde des artères intestinales. Il donne de chacune de ces variétés, en regard du syndrome clinique, le syndrome coprologique spécial qui permet de les diagnostiquer.

MM. Rappin et Soubrane, partant de ce fait d'observation clinique que l'arthritique présente souvent aux manifestations de la tuberculose une résistance particulière, ont recherché quels pouvaient être les facteurs de cette résistance. Ils ont été amenés ainsi, en étudiant l'action de l'acide urique et ses dérivés, à observer que l'urée additionnée aux bouillons de culture du bacille de Koch diminue et arrête même le développement de ce germe à des doses relativement faibles. Dans le même ordre d'idées, l'injection sous-cutanée de solution d'urée titrée et stérilisée au cobaye tuberculeux, sans modifier les lésions tuberculeuses, amène cependant chez cet animal une survie souvent très longue sur les animaux témoins.

M. Letulle et Mlle Pompilian exposent, avec de nombreux graphiques à l'appui, leur méthode de recherches de la nutrition des tuberculeux.

V

DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE. — Le diagnostic de la tuberculose était à l'ordre du jour du Congrès et a fait l'objet de trois rapports.

Dans le premier M. Achard étudie surtout les nouvelles méthodes de diagnostic et montre qu'en raison de l'intérêt qui s'attache au diagnostic précoce de la tuberculose, tant pour le traitement individuel que pour la prophylaxie sociale, le diagnostic de la tuberculose a suscité dans ces derniers temps de nombreux procédés d'investigation. Mais la plupart sont trop délicats ou trop incertains pour devenir dès aujourd'hui d'un emploi courant dans la pratique. Ce sont donc les anciennes méthodes — notamment, pour la tuberculose pulmonaire, l'auscultation et la recherche des anomalies inspiratoires — qui demeurent la base du diagnostic précoce. Toutefois les nouveaux moyens peuvent être fort utiles dans des cas spéciaux.

Certains troubles de l'état général fournissent des signes de probabilité : telle est l'instabilité de la température, méthodiquement recherchée. Par contre, on ne saurait tirer grand parti de l'examen des urines. Quant au chimisme respiratoire, qui d'ailleurs indiquerait plutôt le terrain propice que la germination du parasite, sa technique est passible d'objections.

Le radio-diagnostic est précieux pour la tuberculose pulmonaire, surtout parce qu'il révèle des lésions anciennes, plus ou moins latentes et assoupies, dont la présence reconnue aide beaucoup à faire de bonne heure le diagnostic d'une nouvelle atteinte.

Pour les épanchements séro-fibrineux de la plèvre, le cytodiagnostic fournit un signe indirect : la réaction lymphocytaire indique presque à coup sûr leur nature tuberculeuse.

Le vrai signe de certitude est la présence du bacille de Koch dans un produit provenant du malade suspect. Pour cette recherche, l'examen histologique est un moyen rapide : la culture et l'inoculation, des moyens plus lents, mais plus sûrs. Les procédés de l'inoscopie, de l'homogénisation des humeurs, les nouveaux milieux de culture facilitent l'investigation.

Mais quelque perfectionnée que soit la technique, le bacille ne peut être trouvé que là où il existe. Or, dans les crachats, il n'apparaît en général que d'une façon trop tardive pour les besoins du diagnostic précoce. Dans le sang, sa présence ne se constate guère que dans les cas avancés ou aigus. Quant aux épanchements bacillifères des séreuses, s'il est vrai qu'ils sont fréquemment des manifestations précoces de la tuberculose, ils ne se rencontrent que chez la minorité des malades.

Deux réactions spécifiques sont applicables à la recherche de toute tuberculose au début : ce sont l'épreuve de la tuberculine et l'agglutination. En dépit de ses inconvénients, la première est encore celle dont la technique et l'appréciation paraissent le moins difficiles.

Si malgré l'emploi combiné des anciens et des nouveaux moyens quelque doute subsiste, on ne doit pas attendre la certitude pour engager l'action thérapeutique.

Dans le second M. Mariani se base surtout sur l'étude des prédispositions et des signes physiques pour faire le diagnostic précoce de la tuberculose.

Parmi les prédispositions acquises les principales sont : les maladies infectieuses, en particulier la grippe et la rougeole ; l'alcoolisme ; les attaques asthmatiques et les pleurésies à frigore ; certaines cardiopathies, notamment la sténose mitrale pure et la petitesse du cœur ; l'élévation du taux des échanges respiratoires (Robin et Binet).

Puis il étudie les conditions générales des prédisposés à la tuberculose. Ce sont surtout :

L'amaigrissement, lorsqu'il ne reconnaît aucune cause appréciable ;

Les végétations adénoïdes du pharynx représentent, selon Dieulafoy, le premier stade d'une tuberculose ganglionnaire cervicale, capable de gagner le poumon ;

Les névralgies et arthralgies, surtout la névralgie intercostale, sciatique, du trijumeau, du sus-orbitaire, du crural, du plexus brachial, la névralgie lombo-abdominale et lombo-sacrée. L'herpes zoster serait parfois un phénomène prémonitoire;

L'anémie, surtout chez les jeunes femmes et les jeunes filles. Grawitz insiste sur la forte diminution de l'hémoglobine, non proportionnelle à la diminution des globules rouges, dont le nombre est parfois normal ou augmenté;

La dyspepsie, souvent légère hypochlorhydrie. Marfan a décrit un syndrome initial hyperpeptique de la tuberculose;

Le docteur Allaria a démontré que, chez les tuberculeux présentant des malaises gastriques, la cure thyroïdienne fait réapparaître l'acide chlorhydrique dans l'estomac. Turban a signalé la tuméfaction de la thyroïde au début de la tuberculose;

La fréquence du pouls (Niemeyer), en dehors de l'état fébrile, est un excellent témoignage de la tuberculose latente; de même, l'abaissement de la pression artérielle;

La splénomégalie prétuberculeuse, observée par Tedeschi, confirmée par Bernheim;

Les désordres pupillaires, la myose ou la mydriase, tour à tour observée par différents auteurs, a surtout de l'importance lorsqu'elle est unilatérale;

Le signe gingival, fondé sur la couleur spéciale du bord des gencives;

La bronchophonie subjective, sensation désagréable de vibration ressentie par les malades en parlant;

La fièvre latente, faciles élévations thermiques causées par des fatigues légères. On observe le même phénomène en injectant du sérum physiologique;

La tendance à la sueur, lorsqu'elle s'accompagne d'autres indices de tuberculose;

La toux, petite, sèche et parfois spasmodique, à laquelle souvent on ne fait pas attention;

La dyspnée au moindre effort;

L'hémoptysie, quand elle survient en état de santé apparente. Les hémoptysies légères (Maragliano) sont de bon augure, en indiquant un processus de réparation;

Les amyotrophies, qu'on doit distinguer du simple amaigrissement. Observées surtout dans le muscle sterno-cléido-mastoïdien et dans la calotte scapulo-thoracique.

L'examen physique montrera que la percussion n'a qu'une faible importance pour le diagnostic précoce de la tuberculose, mais peut servir à démontrer l'adénopathie trachéo-bronchique (signe de Guéneau de Mussy) et la diminution de l'expansibilité pulmonaire;

L'auscultation donne des résultats beaucoup plus sûrs. On doit surtout étudier les petites altérations du timbre, du rythme, de l'intensité de la respiration, lorsqu'elles sont nettement circonscrites;

En approchant l'oreille de la bouche du malade qui accomplit une profonde respiration, on peut parfois percevoir des râles profonds qu'on n'entend pas en auscultant le thorax (Galvagni). L'administration de l'iodure de potassium (Sticker) et l'injection de tuberculine peuvent rendre ces râles plus évidents;

La spirométrie sert à révéler les altérations de la capacité respiratoire, qui ne manquent presque jamais au début de la tuberculose pulmonaire;

La radioscopie fournit (Bouchard, Maragliano, Kelsch, etc.) une excellente méthode de diagnostic de la tuberculose à ses débuts; elle révèle les adénopathies trachéo-bronchiques, les plaques de pleurésie sèche, les infiltrations pulmonaires, les foyers profonds de tuberculose, la diminution de l'expansibilité pulmonaire; elle met en évidence le phénomène de Litten (diminution de la mobilité du diaphragme côté malade).

Enfin, dans un troisième rapport, le docteur Williams montre que la grande découverte de l'auscultation faite par Laënnec et l'application de ses méthodes à l'examen des organes de la respiration et de la circulation, ouvrirent un champ entièrement nouveau à l'étude de la pathologie des organes thoraciques et en particulier de la tuberculose pulmonaire. Bien que ses instruments originaux aient été modifiés et améliorés, le principe de l'auscultation médiate demeure toujours intact. L'emploi du stéthoscope reste aussi répandu qu'il l'a jamais été et cet instrument se trouve entre les mains de tout médecin praticien, bien qu'en général on semble préférer aujourd'hui la forme double ou binauriculaire au stéthoscope simple. Il existe d'ailleurs de nombreux modèles de chaque espèce, y compris le phonendoscope. Les rayons de Röntgen employés soit pour la radioscopie, soit pour la radiographie, se sont montrés d'un grand secours comme complément aux signes physiques dans le diagnostic de la tuberculose. Ils sont particulièrement utiles dans les cas d'affection au début et permettent de déceler la tuberculisation et par la diminution de l'excursion diaphragmatique du côté atteint, et par la présence d'une ombre foncée surmontant la zone de défense et de réparation et contrastant avec la clarté du poumon sain. L'intensité de ces ombres varie d'ailleurs d'une sorte de nuageux très caractéristique, jusqu'à une teinte très foncée, indice d'infiltration considérable. Les masses caséeuses et les zones fibreuses donnent des ombres très foncées, tandis que les cavernes se reconnaissent souvent sous forme de taches claires semées dans l'ombre foncée de l'infiltration tuberculeuse. La démonstration d'un cas de pneumothorax sur l'écran est d'un effet saisissant.

La radioscopie est surtout utile en permettant de découvrir la tuberculose dans les cas compliqués d'emphysème et de préciser l'étendue des lésions; mais c'est seulement dans un nombre de cas restreint que les rayons de Röntgen devancent les signes physiques habituels dans le diagnostic de la tuberculose; ils fournissent toutefois une évidence confirmative. La présence du bacille tuberculeux dans les crachats et autres sécrétions, peut être regardée comme une preuve de tuberculose, mais des recherches récentes ont montré que la méthode de coloration bien connue de Weigert-Ehrlich-Ziehl ne différencie pas entièrement le bacille tuberculeux avec d'autres bacilles acido-résistants, tels que ceux de la timothée et du gazon de Moeller ou celui du beurre de Petri-Rabinowitch, ceux-ci n'apparaissant d'ailleurs que rarement dans les crachats humains.

La tuberculine T (l'ancienne tuberculine de Koch) a été employée pour diagnostiquer la tuberculose humaine et Mc Call Anderson en a montré l'utilité, lorsqu'il s'agit de diagnostic différentiel entre des ganglions tuberculeux et syphilitiques. Injectée sous la peau, la tuberculine T donne lieu à une réaction caractéristique et produit la nécrose du tubercule, quel qu'en soit le siège dans le corps. Dans les cas de lupus, de ganglions, d'ulcérations on observe une exfoliation. Dans les cas de tuberculose pulmonaire, l'exacerbation des lésions se manifeste, et, par les symptômes et par les signes physiques et l'autopsie (Virchow), révèle fréquemment une pneumonie caséeuse. La réaction ne se produit pas dans les formes fibreuses et peut manquer aussi dans les cas au début. La tuberculine T. R. ne produit de réaction, ni au siège des

lésions, ni au point d'introduction. Elle est très employée maintenant dans le traitement, en particulier par Wright et Douglas, pour amener la production, dans le sang, d'opsonine, une substance qui active la phagocytose des bacilles tuberculeux. La diazo-réaction d'Ehrlich dans l'urine des tuberculeux a été considérée comme d'une importance capitale pour le diagnostic et le pronostic de l'affection, mais on a montré depuis qu'elle était inconstante ainsi que la réaction du para-amido-benzaldéhyde, la coloration qu'elle donne se produisant aussi dans des affections autres que la tuberculose.

La réaction d'agglutination, si utile dans la fièvre typhoïde, ne s'est pas, au dire de Koch, Beck, Rabinowitch, Horton-Smith-Hartley et Armit, montrée bien utile dans la tuberculose.

(*A suivre.*) P. RAVAUT.

LIVRES NOUVEAUX

Guide pratique pour la désinfection (1), par les docteurs J. ROSENAN et F. ALLAN; traduit de l'anglais et annoté par J. VIDAL.

Les auteurs étudient dans ce guide pratique tous les procédés en usage pour obtenir une désinfection soignée et rigoureuse.

Agents physiques, chimiques, désinfectants gazeux sont passés en revue ainsi que les résultats qu'on en peut attendre. Puis passant du général au particulier, ils abordent avec une foule de détails purement pratiques les règles adoptées pour la désinfection des habitations, des navires, des meubles, draperies, vêtements, literie, linge, etc. Enfin, dans un dernier chapitre, ils indiquent les mesures de désinfection qui doivent être prises à l'égard de chaque maladie infectieuse, en les faisant varier suivant les données étiologiques et les divers modes de contagion.

Ce livre, essentiellement pratique, est de la plus haute utilité; il intéressera non seulement l'hygiéniste de profession, mais aussi le praticien, souvent appelé à mettre en vigueur les mesures prophylactiques immédiates dans l'entourage des malades atteints d'affections transmissibles. C. DOPTER.

Vichy. Etude clinique des indications et des contre-indications (2), par les docteurs F. LAMBERT et V. RAYMOND.

Après une étude sur la composition de l'eau fournie par les différentes sources de Vichy, faisant connaître le médicament et l'action qu'on peut attendre de lui sur l'organisme, les auteurs insistent sur sa posologie et sur les variations qu'elle doit subir en face de tel ou tel cas. Ils précisent les indications que comporte cette thérapeutique, et aussi ses contre-indications, les unes et les autres étant basées sur l'examen et l'analyse détaillée de tous les symptômes accusés par les malades.

Etude utile, dont la lecture s'impose, car combien nombreux sont les cas, où l'on envoie à Vichy indifféremment tel ou tel sujet, dont l'un en retirera les plus grands bénéfices, dont l'autre y verra parfois aggraver son état, si la thérapeutique est mal conduite ! C. DOPTER.

(1) In-8. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) In-8. — Paris, F.-R. de Rudeval.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives générales de médecine. — (N° 41, 10 oct. 1905.) VOISIN et KRANTZ : Déchloruration et variations de poids chez les enfants épileptiques et débiles simples. — GRAMEGNA et QUADRONE : Sur quelques altérations physiques, chimiques, biologiques et histologiques du sang chez les animaux d'expérience soumis à l'action des rayons de Röntgen.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIII, n° 12, 21 sept. 1905.) Lewellys F. BARKER : Des méthodes en médecine. — Frederick SHATTUCK : Le traitement médical de l'ulcère de l'estomac avec hyperchlorhydrie.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 39, 30 sept. 1905.) REIMERS et BOYE : Contribution à l'étude du rachitisme.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 39, 28 sept. 1905.) PICK : Sur la marche de la régression de l'hémianopsie après les attaques de paralysie. — VLACH : Contribution à l'étude de la septicémie pneumococcique comme infection secondaire. — HACKER : Nouvelle contribution à l'étude de l'extraction des corps étrangers au moyen de l'œsophagoscopie. — LORENZ : La scoliose sciatique en théorie et en pratique. — KNAUER : Pronostic et traitement du myome utérin. — VON FRANQUÉ : Sur le traitement opératoire et non opératoire des maladies inflammatoires et suppurées des annexes. — CZERMAK : Sur la résection ostéoplastique de la paroi externe de l'orbite. — CHIARI : Diagnostic des néoformations du sinus maxillaire. — ALEXANDER : Sur le traitement chirurgical de la méningite otogène. — KREIBICH : Sur le problème du traitement des angionévroses. — MONTI : Diététique de l'enfance.

Marseille médical. — (N° 19, 1er oct. 1905.) BIDON : Les psychoses puerpérales (*suite et fin*). — SEBET : Le vésicatoire et le rein dans la pneumonie.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 40, 3 oct. 1905.) DÜRCK : Sur le béri-béri et les maladies par intoxication intestinale dans l'archipel malais. — JOSEPH : Quelques effets de l'œdème naturel et de l'œdème provoqué. — JONNESCO : Pylorospasme avec hypersécrétion gastrique et tétanie. — Roosen RUNGE : Sur 2 cas de fièvre de Malte. — HERZ : Diagnostic de la hernie diaphragmatique. — BRÜNING : Deux cas rares de rupture sous-cutanée des tendons. — Mayer WESTFELD : Cardiolyse dans la médiastino-péricardite adhésive. — FINK : Sur la durée de la cure de Karlsbad dans la lithiase biliaire. — MÜLLER : Sur la pratique de l'anesthésie locale. — BAIL : Rapports entre l'agressivité et la substance somatique des bactéries.

Presse médicale. — (N° 82, 11 oct. 1905.) Fernand BEZANÇON et Israëls DE JONG : Le micrococcus catarrhalis.

Revue scientifique. — (N° 15, 7 oct. 1905.) PICARD : L'état actuel de la science. — PIÉRAN : Un nouvel aspect de la lutte du mécanisme et du vitalisme. La plasmologie. — BERTHIER : Transformation directe de l'énergie calorifique en énergie électrique.

Semaine gynécologique. — (N° 41, 10 oct. 1905.) R. PICHEVIN : A propos des pessaires.

Tribune médicale. — (N° 40, 7 oct. 1905.) BERNARD : Tuberculose et arthritisme.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 118. — MARDI 17 OCTOBRE 1905. 78e ANNÉE. MARDI 17 OCTOBRE 1905. — N° 118.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA TUBERCULOSE (Paris, 2-7 octobre 1905) [*fin*].
Pathologie médicale (fin) :
Diagnostic de la tuberculose ; — Thérapeutique ; — Communication du docteur Behring.
Pathologie chirurgicale (fin) :
Communications diverses.
Préservation et assistance de l'enfant (fin) :
Vœux adoptés par la troisième section).
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société médicale des hôpitaux.
LIVRES NOUVEAUX
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

A PROPOS DU CONFLIT DES HOPITAUX DE BORDEAUX. — De la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux* :

« Depuis quelques mois les internes et les externes des hôpitaux de Bordeaux avaient respectueusement présenté à la Commission administrative leurs desiderata sur certains points :

Les premiers réclamaient que le repas de l'interne de garde fût servi *comme par le passé* par la cuisine de l'hôpital et, comme par le passé aussi, ils demandaient le droit d'inviter un camarade à partager leur repas ; en un mot, le maintien des traditions de la salle de garde.

Les externes, faisant remarquer que pendant les vacances ils étaient contraints par le règlement de faire leur service hospitalier sans toucher aucune gratification, arguaient que ce séjour était onéreux et que l'Administration devait leur donner une rémunération. Leurs prétentions étaient modestes, car ils se déclaraient satisfaits avec une somme de 30 francs.

L'Administration, officiellement prévenue, n'ayant pas fait droit à leurs demandes, internes et externes ont solidarisé leurs intérêts réciproques et ont décidé l'abandon de leur service samedi dernier, à midi.

Depuis ce moment, ces jeunes gens n'ont pas pénétré dans les salles — il faut ajouter que l'Administration les a consignés en dehors de l'hôpital, les autorisant cependant à entrer aux heures de visites. La salle de garde a été abandonnée et, malgré les affirmations de l'Administration, cet important service n'a été que très incomplètement assuré dans un seul établissement hospitalier, l'hôpital Saint-André.

Les chefs de service ont rivalisé d'exactitude et d'efforts pour assurer aux malades les soins habituellement donnés par leurs jeunes collaborateurs.

Les médecins et chirurgiens des hôpitaux de Bordeaux, justement émus des conséquences fâcheuses que pouvait entraîner cet état de choses pour les malades dont ils ont la responsabilité, se sont réunis mardi soir et ont décidé que le bureau de la réunion médico-chirurgicale offrirait aux deux parties de les concilier.

Nous ne savons si le conflit est terminé au moment de mettre sous presse, mais nous exprimons le désir que cet incident fort regrettable cesse au plus tôt, dans l'intérêt des malades et de tous.

Si le moyen de protestation des internes et externes est discutable, leur cause était juste.

Je ne peux admettre que la dignité d'une administration puisse en rien déchoir en accordant aujourd'hui aux élèves de ses hôpitaux ce qu'elle reconnaissait juste et équitable hier encore. Ces jeunes gens ne réclament, en effet, que le retour aux habitudes du passé. Le prétexte d'économiser deux ou trois mille francs n'est pas défendable, on réalisera ces économies sur d'autres chapitres. »

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — M. Léon Mirman, député, agrégé des sciences, est nommé directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'Intérieur, en remplacement de M. Henri Monod, admis sur sa demande à faire valoir ses droits à la retraite et nommé directeur honoraire au ministère de l'Intérieur.

GUERRE. — Une École d'application du service de santé des troupes coloniales est créée à Marseille.

Elle est instituée pour donner aux médecins et pharmaciens-aides-majors de deuxième classe des troupes coloniales, et aux médecins et pharmaciens stagiaires des troupes coloniales, l'instruction professionnelle spéciale, théorique et surtout pratique, nécessaire pour remplir les obligations de service qui incombent au corps de santé des troupes coloniales en France et aux colonies.

Le *Journal officiel* du 14 octobre publie le décret relatif à cette institution.

ASSOCIATION MÉDICALE HUMANITAIRE. — Une communication relative à l'Association médicale humanitaire a été faite par le docteur Hulmann, secrétaire général, à la quatrième section du Congrès de la tuberculose.

Il s'agit d'une œuvre réunissant actuellement plus de 300 médecins français et étrangers, destinée à servir de lien entre les œuvres déjà existantes et de précieux indicateur pour ces œuvres. Le médecin occupe en effet dans la Société un poste réellement unique pour voir, d'une part, les infortunes les plus cachées et les plus intéressantes et pour connaître les personnalités généreuses ou les groupements humanitaires. Réunir ces bonnes volontés éparses est une idée neuve et qui peut être féconde en résultats.

L'événement l'a d'ailleurs prouvé, et très nombreuses sont déjà les situations sociales dignes d'assistance que l'Association médicale humanitaire a secourues, soit par ses membres médecins, soit grâce aux personnalités mondaines ou aux œuvres qui se sont jointes à elles.

Le siège social est à la mairie du XVIe, où tous les renseignements sont fournis.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA TUBERCULOSE

(PARIS, 2-7 OCTOBRE 1905)

PATHOLOGIE MÉDICALE (1)

DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE (*suite et fin*). — Les rapports furent suivis de nombreuses communications sur le séro-diagnostic de la tuberculose. Ce furent d'abord les auteurs de la méthode MM. ARLOING et Paul COURMONT qui, se basant sur 1200 observations montrèrent que, dans les cas suspects, un séro-diagnostic positif est un signe de grande valeur en faveur de la tuberculose, vu qu'il y a un rapport inverse entre l'intensité de l'agglutination et la gravité de l'infection. Les agglutinations élevées se rencontrent surtout dans les cas en voie de guérison; les agglutinations faibles ou nulles, dans les cas graves ou fatals. L'étude de l'intensité et des variations de l'agglutination peut donc, dans une certaine mesure, servir au séro-pronostic.

Puis MM. FERRÉ et BUARD, SALOMON, THAON et VITRY, HAWTHORN et BERTHELON, communiquent les résultats de leurs recherches sur le même sujet; ils montrent que cette méthode est un complément utile des autres procédés d'investigation. Son absence ne permet pas d'écarter la tuberculose, mais tout individu apyrétique agglutinant doit être tenu pour suspect de tuberculose.

M. FROMENT étudie la séro-réaction chez le vieillard et montre que les tuberculoses guéries, si fréquentes chez les sujets âgés, n'agglutinent pas; la séro-réaction est moins souvent positive chez le vieillard que chez l'adulte; le pouvoir agglutinant disparaît après la guérison. Les séro-réactions négatives se rapportent à deux ordres de faits très différents, tuberculoses très aiguës et surtout tuberculoses cicatricielles.

Chez un vieillard cliniquement non tuberculeux, une agglutination nettement positive même à 1/5 a une grosse valeur pour déceler un foyer de tuberculose latente qui, dans la grande majorité des cas, est encore en activité.

MM. NICOLAS et COURMONT montrent que, 13 fois sur 19, le sérodiagnostic est positif chez les lupiques sans qu'on puisse expliquer son inconstance, ni par l'état des lésions lupiques, ni par les variations de degré ou d'intensité de l'infection tuberculeuse. Positif dans deux cas de lupus érythémateux, il plaide en faveur de la nature tuberculeuse encore discutée de cette lésion cutanée.

Puis dans une intéressante communication, MM. BEZANÇON, GRIFFON et PHILIBERT constatent qu'ils ont obtenu chez les individus sains et chez les tuberculeux, une statistique qui ne diffère guère de celle d'Arloing et Courmont. Ces auteurs font remarquer, comme l'avaient déjà signalé Arloing et Courmont, que la réaction est positive au cours de la fièvre typhoïde; elle existait dans 14 cas sur 15 et était en général beaucoup plus intense que dans aucun sérum de tuberculeux. Dans le seul cas où la réaction fit défaut, il s'agissait précisément d'une fièvre typhoïde au cours de laquelle le sérum présentait une faible réaction agglutinante (à 1/30) vis-à-vis du bacille d'Eberth. La réaction fut observée aussi dans la pneumonie (7 cas positifs sur 8), dans la fièvre puerpérale (2 fois sur 2), dans un cas de rhumatisme enfin.

Si, dans les cas où l'on constate une réaction positive chez un individu sain en apparence, on peut, pour expliquer les résultats contradictoires fournis par l'examen clinique et le séro-diagnostic, supposer avec Arloing et Courmont, que cet individu est porteur d'une tuberculose latente, on ne peut plus proposer une semblable interprétation pour les cas extrêmement nombreux où l'on constate une réaction agglutinante dans le sérum, dans des affections fébriles aiguës non tuberculeuses ; dans une observation de fièvre typhoïde à réaction positive, l'autopsie leur démontra d'ailleurs l'absence de toute lésion tuberculeuse.

L'explication de ces faits semble devoir être cherchée dans la non-spécificité absolue des agglutinines, et surtout dans la facilité avec laquelle le bacille homogène d'Arloing (ancestralement agglutininé et immobile) revient à son état naturel. La présence d'agglutinines puissantes dans le sérum des typhiques ou des pneumoniques détermine bien plus facilement l'agglutination du bacille d'Arloing et Courmont que les faibles agglutinines spécifiques contenues dans le sérum des tuberculeux.

Le faible degré du pouvoir agglutinatif du sérum des tuberculeux vis-à-vis du bacille d'Arloing, la possibilité de causes d'erreurs, tenant au développement d'agglutinines dans le sérum sous des influences autres que l'infection tuberculeuse, font que le séro-diagnostic de la tuberculose n'a pas, au point de vue pratique, la valeur du séro-diagnostic de la fièvre typhoïde.

La recherche du séro-diagnostic pourra cependant rendre des services au clinicien dans des conditions qu'il importe de bien préciser. Chez des malades apyrétiques, étant donné que, dans la majorité des cas, le sérum des tuberculeux avérés agglutine le bacille homogène, l'absence de réaction agglutinante, constatée dans un sérum, aura une réelle valeur pour écarter le diagnostic de tuberculose, sans toutefois exclure absolument ce diagnostic, puisque dans certains cas de tuberculose pulmonaire au début et chez des lupiques, la réaction s'est trouvée en défaut.

La constatation d'une réaction positive par contre est d'une interprétation beaucoup plus délicate, étant donnée la facilité avec laquelle se produit sous des influences diverses la réaction agglutinante. Elle ne devra jamais à elle seule suffire pour entraîner le diagnostic de tuberculose. Dans les deux cas suivants, où elle était positive, pour ne citer que ces exemples, elle eût induit le clinicien en erreur : dans un cas de tubercule anatomique, où la réaction s'était montrée positive, l'examen histologique du tubercule ne permit pas de déceler la nature tuberculeuse de la lésion; enfin, dans un cas d'ostéo-arthrite du pied, considérée comme tuberculeuse parce que le malade avait un sérum agglutinant, le traitement mercuriel détermina cependant la guérison de l'arthropathie.

Dans les états infectieux aigus fébriles mal déterminés, le séro-diagnostic ne peut guère donner de renseignements utiles au diagnostic car, d'une part, la réaction est souvent négative dans la tuberculose aiguë, et, d'autre part, elle est souvent très intense dans les infections à pneumocoque, sans parler de l'infection éberthienne.

En admettant, enfin, que la constatation d'un séro-diagnostic positif chez un individu non tuberculeux en apparence, soit l'indice qu'il est porteur d'une tuberculose latente, on est en droit de se demander quelle valeur pratique il faut attacher à cette constatation. Étant donnée la fréquence de la tuberculose latente, les auteurs croient qu'il faudra bien se garder de rattacher nécessairement l'affection actuelle à la

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1905. n° 117, p. 1395.

tuberculose et conclure qu'il peut s'agir d'une affection de nature toute différente chez un sujet porteur d'un foyer latent de tuberculose.

A cette longue communication, MM. Arloing et Courmont répondent que dans ce que vient de dire M. Bezançon il y a des points de fait et une question d'interprétation de la valeur pratique de la séro-action.

Au point de vue du fait, ils contestent absolument que l'agglutination positive soit la règle dans la plupart des infections fébriles : pneumonie, érysipèle, rhumatisme. La tuberculose peut coexister avec ces affections et expliquer les agglutinations positives qui ne sont d'ailleurs pas la règle. Dans la fièvre typhoïde ils ont été les premiers à signaler la fréquence de l'agglutination tuberculeuse et à faire des réserves.

Reste l'application pratique du séro-diagnostic tuberculeux. M. Bezançon trouve que, de même que la tuberculine, il révèle un trop grand nombre de tuberculoses latentes peu graves pour qu'on puisse en tirer des conclusions, et il oppose la clinique aux procédés de laboratoire. En réalité la recherche de l'agglutination est une recherche clinique au même titre que l'auscultation ou l'analyse des urines; il ne faut pas tenter une scission entre les données dites de laboratoire et les autres; tout sert à la clinique. L'agglutination n'est pas un signe donnant une certitude plus grande que chacun des signes importants de la tuberculose; il a une grande valeur comme beaucoup d'autres symptômes, mais, comme eux, il en a d'autant plus que le clinicien sait l'interpréter et le comparer aux autres. C'est une tendance fâcheuse de vouloir faire le procès ou l'apologie d'un symptôme considéré isolément; isolément chaque symptôme n'a qu'une valeur relative; il en acquiert d'autant plus qu'on le joint au faisceau des présomptions dont l'ensemble seul peut donner la certitude. MM. Arloing et Courmont ont toujours conseillé de rechercher le séro-diagnostic « dans les cas suspects » et non de l'appliquer à tort et à travers. Dans les cas où il y a d'autres présomptions de tuberculose une agglutination positive est un très précieux appoint au diagnostic, c'est là qu'il prend toute sa valeur. Mais évidemment, comme ils l'ont dit depuis longtemps, il ne suffit pas à lui seul, à établir un diagnostic, pas plus que le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. Il ne peut non plus faire le diagnostic de localisation de la tuberculose révélée; c'est au clinicien d'interpréter sur ce point les données du laboratoire selon les autres symptômes. De même le séro-diagnostic typhique ne fait le diagnostic que de l'infection éberthienne et non de sa localisation. Il est fâcheux qu'on veuille demander aux méthodes de laboratoire ce qu'elles ne peuvent donner, ce que leurs auteurs ne leur ont jamais demandé. Lorsqu'on trouve une séro-réaction positive chez un sujet sain en apparence, il ne s'agit pas de le considérer comme un tuberculeux à traiter, mais seulement comme un sujet à surveiller, et s'il survient d'autres petits signes de tuberculose le séro-diagnostic les renforcera et sera appuyé par eux.

La conclusion qui est non seulement la leur mais celle des nombreux auteurs qui les ont confirmés est la suivante : la séro-agglutination doit être étudiée et interprétée comme tous les signes cliniques, avec eux et non pas isolément; dans ces conditions c'est un signe de grande valeur dans la recherche de la tuberculose.

Après cette discussion sur le séro-diagnostic de la tuberculose, quelques auteurs viennent montrer l'utilité des rayons X dans le diagnostic de la tuberculose. Pour M. Béclère l'exploration radiologique et particulièrement l'examen radioscopique de plusieurs centaines d'emphysémateux à l'hôpital Saint-Antoine lui a presque toujours révélé les signes d'une tuberculose ancienne, sous forme d'induration des sommets et d'adénopathie péribronchique ou médiastine. Chez tout emphysémateux, même en excellente santé apparente et en l'absence des signes habituels, il faut donc penser à la possibilité d'une tuberculose ancienne, éteinte ou sommeillante, et demander la confirmation ou l'infirmation de ce soupçon à l'exploration radiologique.

De même pour M. Hennecart les rayons Röntgen ont une grande utilité dans le diagnostic de la tuberculose mais pour lui, comme pour M. Guilleminot, la radioscopie a donné de meilleurs résultats que la radiographie.

Dans un autre ordre d'idées MM. Gréhant et Charlier montrent l'importance de la recherche de la capacité pulmonaire pour le diagnostic de la tuberculose et concluent en disant que d'une manière générale, plus la capacité se rétrécit, plus le diagnostic de tuberculose pulmonaire devient probable, dans les cas où n'existent pas encore de signes de certitude; plus le pronostic s'assombrit dans les cas où le doute n'est plus permis.

Enfin, M. Nattan-Larrier démontre que l'inoculation d'un liquide bacillifère dans la mamelle du cobaye en lactation provoque une tuberculose à évolution rapide. On peut, par les méthodes de coloration ordinaire, trouver les bacilles dans le lait du cinquième au huitième jour; la tuberculose mammaire donne lieu ultérieurement à une tuberculose généralisée de l'animal. L'inoculation dans la mamelle se fait par une technique très simple; elle s'applique à l'examen des liquides purulents, du liquide céphalo-rachidien, des urines, des crachats. La méthode permet de poser rapidement le diagnostic d'un liquide suspect.

Ce même auteur, en collaboration avec M. Bergeron, montre le parti que peut tirer le clinicien du procédé de l'hydro-hémolyse en recherchant les bacilles dans le sang et en évitant, grâce à cette méthode, la grosse cause d'erreur due aux bacilles acido-résistants. Le procédé consiste à projeter dans 120 à 200 centimètres cubes d'eau distillée stérile 10 centimètres cubes de sang frais. Ce mélange ne se coagulant pas spontanément et les hématies étant dissoutes, la recherche du bacille tuberculeux y devient facile : il suffit de centrifuger, d'étaler le culot de centrifugation et d'employer, après fixation, les méthodes ordinaires de coloration. Grâce à cette technique, les auteurs ont retrouvé, d'une façon presque constante, le bacille de Koch dans le sang des lapins inoculés un à cinq jours auparavant par voie veineuse; passé ce délai, ils n'ont plus retrouvé les bacilles que d'une manière irrégulière. Ces recherches, contrôlées par l'inoculation et quelquefois par la culture, semblent indiquer que l'hydro-hémolyse constitue le procédé le plus simple et le plus sûr pour la recherche du bacille tuberculeux dans le sang humain.

Après ce long exposé des différents procédés de laboratoire mis en œuvre pour diagnostiquer d'une façon précoce la tuberculose, M. Queyrat vient montrer que la clinique ne doit pas perdre ses droits et revendique pour elle l'existence du premier signe de la tuberculose pulmonaire si bien mis en lumière par le professeur Grancher. Ce premier signe est une modification de l'inspiration dans une des régions sous-claviculaires; au lieu d'avoir son ampleur, son moelleux habituels, l'inspiration devient faible et basse; ce n'est que plus tard que l'expiration devient prolongée et saccadée, puis que surviennent des modifications du côté des vibrations et de la sonorité à la percussion. Savoir bien ausculter, voilà le meilleur

moyen, et presque le seul, de faire un diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire.

VI

THÉRAPEUTIQUE. — Le lupus et la tuberculose en général ont été envisagés au point de vue thérapeutique. En ce qui concerne la question, deux intéressants rapports sur les nouvelles méthodes de traitememt, l'un de Jeanselme et Chatin, l'autre du professeur Lesser (de Berlin), ont mis au point cette question.

Pour MM. JEANSELME et CHATIN, la photothérapie, lorsqu'elle est appliquée suivant les règles formulées par Finsen (appareil puissant, compression exacte et continue, longue durée des séances, traitement prolongé), donne d'excellents résultats. Le traitement n'est pas douloureux. La cicatrice est souple, jamais exubérante ni kéloïdienne, toujours perméable aux rayons chimiques, ce qui permet la reprise du traitement en cas de récidive; la photothérapie est particulièrement indiquée quand il s'agit d'un lupus vulgaire de petite taille et bien circonscrit, jeune et non encore traité par d'autres méthodes sclérogènes; la radiothérapie, que les méthodes de dosage ont rendue inoffensive, est le procédé de choix pour traiter les lupus très étendus; elle a, dans ce cas, sur la photothérapie, l'avantage d'agir à la fois sur de vastes surfaces, ce qui abrège considérablement la durée du traitement; les foyers lupiques qui ont résisté aux rayons X peuvent ensuite être attaqués par la photothérapie. La radiothérapie guérit le lupus érythémateux fixe, elle est à peu près sans effet sur les formes aberrantes; la radiothérapie peut modifier très heureusement des plaques de lupus vulgaire de petit diamètre; les courants de hautes fréquences peuvent rendre des services dans le traitement du lupus érythémateux centrifuge; les nouvelles méthodes ne doivent pas faire délaisser les anciens traitements, les scarifications et la galvano-cautérisation en particulier, moyens peu onéreux qui, en des mains habiles, ont donné de remarquables succès.

Pour le professeur LESSER, le traitement par la méthode de Finsen et le traitement par les rayons de Röntgen constituent un progrès très important dans la thérapeutique du lupus. La méthode de Finsen en particulier donne au point de vue esthétique des résultats très favorables et que les méthodes antérieures étaient incapables de fournir. Ces deux méthodes ont évidemment aussi leurs limites qui peuvent dépendre de la grande étendue des lésions, de la participation des muqueuses ou de la présence de cicatrices étendues consécutives à des traitements antérieurs inappropriés. Mais même dans ces cas, même pour des lupus très étendus, les nouvelles méthodes permettent d'obtenir des résultats supérieurs à ceux d'autrefois.

Ces rapports ont été suivis d'intéressantes communications :

M. BROCQ est de plus en plus convaincu du bien fondé de l'opinion qu'il professe depuis longtemps sur le traitement du lupus. Aucune méthode n'est infaillible, et il est des cas rebelles à tous les procédés; les formes les plus réfractaires au traitement sont surtout les formes torpides non ulcérées (lupus tumidus non exedens). Il n'est donc pas question d'adopter une méthode à l'exclusion des autres, mais il faut, au contraire, varier les procédés suivant les indications de chaque cas particulier : 1° l'ablation chirurgicale est la méthode de choix toutes les fois qu'elle est possible, c'est-à-dire pour les lupus petits ou moyens siégeant sur les parties couvertes; 2° pour les lupus étendus des parties couvertes, on aura recours au raclage sous le chloroforme, suivi de cautérisation de la surface cruentée au thermocautère ou au chlorure de zinc, et de pansements à l'iodoforme; 3° pour les lupus du front, des tempes et surtout du centre de la joue, la photothérapie est incomparable; 4° pour les lupus vorax, surtout au voisinage des orifices, la scarification; enfin 5° le raclage et les cautérisations pour les lupus des muqueuses.

Pour MM. GAUCHER et GASTOU les lupus non ulcéreux de dimensions petites et moyennes doivent être opérés. Le procédé de Morestin par glissement est surtout indiqué. Les petits lupus ulcéreux ou non ulcéreux peuvent être avantageusement traités et guéris par la carbonisation au thermocautère. Les lupus ulcéreux sont surtout justiciables des caustiques chimiques et, en particulier, du procédé de Billet par le phénol anhydre en solution alcoolique. La photothérapie donne de très bons résultats dans les deux variétés de lupus. Elle a le mérite de donner généralement de belles cicatrices, mais c'est un procédé long, coûteux, qui n'est pas à la portée de tout le monde et n'est pas applicable sur toutes les régions, en particulier dans les cavités et sur les muqueuses. Le procédé de Finsen reste jusqu'ici le meilleur. La radiothérapie a une action analogue, mais plus intense que la photothérapie sur le lupus tuberculeux; elle est plus difficilement maniable. Son indication principale est dans le lupus érythémateux fixe. Les hautes fréquences, au contraire, ont d'excellents résultats dans les lupus érythémateux aberrants.

M. HALLOPEAU n'a pas eu la possibilité d'appliquer luimême les méthodes nouvelles n'ayant pas dans son service les appareils nécessaires. Mais d'après ce qu'il a vu autour de lui, il pense que ces méthodes n'ont que des indications exceptionnelles. Les lupus ulcérés guérissent presque toujours par les méthodes anciennes et surtout par le permanganate de potasse en poudre agglutinée par l'alumine gélatine. Les lupus non ulcérés sont justiciables de l'ablation chirurgicale ou des cautérisations ignées. C'est aussi dans ces cas que la photothérapie, les rayons X et le radium donnent le plus de succès. La radiothérapie a l'inconvénient de produire de l'atrophie de la peau et des télangiectasies; l'auteur a même vu des carcinomes se développer sur les surfaces traitées. Au contraire, dans le lupus érythémateux les rayons X donnent souvent des résultats rapides.

M. DE BEURMANN a soigné 250 lupiques; sur ce nombre, 90 ont été suivis assez longtemps pour entrer dans la statistique; 60 sont tout à fait guéris. Toutes les formes de lupus sont justiciables de la finsenthérapie, mais il est souvent avantageux ou nécessaire d'y adjoindre d'autres méthodes, en particulier les applications de permanganate de potasse et les scarifications.

Le grand inconvénient du traitement de Finsen est d'être long et coûteux; aussi est-ce surtout un traitement social; toutes les collectivités, sociétés ou communes, devraient le mettre à la disposition de leurs membres.

Pour M. LEREDDE, la multiplicité des méthodes de traitement du lupus a des conditions déplorables, et l'on devrait s'en tenir exclusivement aux méthodes éprouvées, capables de donner des résultats complets et constants. Trois méthodes seulement doivent être conservées : l'ablation chirurgicale, la photothérapie et les rayons X.

A la suite de ces communications, un vœu est formulé pour créer dans les hôpitaux des laboratoires bien outillés permettant de soigner convenablement les lupiques qui créent autour d'eux de nombreux foyers tuberculeux.

Le traitement de la tuberculose a été envisagé à divers points

de vue différents. Certains auteurs se sont adressés au terrain, d'autres ont communiqué leurs essais en sérothérapie.

M. Robin, en comparant le poumon tuberculeux et le poumon sain, tire les conclusions suivantes : Si l'on en juge par des analyses qui ne sont pas encore assez nombreuses pour imposer la conviction absolue, il paraîtrait que, seuls, deux éléments minéraux ne s'accumulent pas, la silice et, peut-être aussi, le fer, probablement parce que leurs réserves intra-organiques sont insignifiantes vis-à-vis des réserves en acide phosphorique, en chaux, en magnésie et en potasse. Donc, une des indications de la thérapeutique de la phtisie par le terrain sera de fournir aux organes et aux poumons en particulier le moyen de réparer leurs pertes et de mettre en jeu l'un de leurs moyens de défense, en leur donnant, sous une forme assimilable, d'une part, les principes minéraux que leur assolement tend à retenir et, d'autre part, la silice et peut-être le fer que les poumons perdent sans pouvoir les remplacer, faute de suffisantes réserves organiques.

M. Laufer montre que l'équilibre azoté est atteint chez les tuberculeux avec une alimentation ne comportant pas plus de 42 à 45 calories par kilogramme d'individu, en moyenne. L'étude des courbes de poids, chez des tuberculeux en voie d'amaigrissement, montre également que, pour s'élever au poids considéré comme normal, étant donné la taille des malades, ceux-ci ne prenaient en moyenne que 45 et au maximum 50 calories par kilogramme. La ration physiologique d'entretien étant de 50 calories par kilogramme, on peut dire schématiquement que la ration moyenne des tuberculeux doit être d'un tiers en plus de la ration normale. L'auteur insiste sur ce fait que la moyenne alimentaire qu'il indique est fort au-dessous de celles qu'on a données dans des régimes dits de suralimentation. En ce qui concerne les quantités respectives d'albuminoïdes, de graisses et d'hydrates de carbone, l'auteur est arrivé aux chiffres suivants : 2 grammes d'albuminoïdes en moyenne par jour et par kilogramme, 70 à 80 grammes de graisse en moyenne par jour; enfin 350 à 400 grammes d'hydrates de carbone dont une partie sera constituée par le sucre.

M. Philip montre que l'alimentation par la viande crue produit une augmentation de l'absorption d'azote; une amélioration des phénomènes du chimisme intestinal; une augmentation de l'hémoglobine du sang; une augmentation de leucocytose digestive.

MM. Lannelongue, Gaillard et Achard montrent expérimentalement l'influence nocive de l'alcool. Pour le démontrer. les auteurs ont recours à l'expérience suivante : 60 cobayes inoculés de tuberculose dans la plèvre droite sont répartis en trois lots : un lot témoin; un lot reçoit une injection sous-cutanée d'alcool dilué; le troisième lot reçoit la même quantité d'alcool dans l'estomac. Puis, pour qu'on ne puisse pas incriminer l'action irritante locale de l'alcool, on pratique l'alcoolisation, dans une deuxième série d'expériences, en recourant aux inhalations de vapeurs d'alcool. Les résultats furent identiques : l'alcoolisation paraît, chez ces animaux, avoir précipité la marche de la tuberculose expérimentale, quelle qu'ait été la voie de pénétration de l'alcool.

Puis M. Mouisset montre les dangers de la suralimentation. Les dangers immédiats sont l'apparition ou exagération des troubles gastriques; apparition ou exagération des troubles intestinaux : diarrhée simple ou colite; aggravation de certains troubles fonctionnels constituant un état neurasthénique. Parfois : bronchite à type congestif, albuminurie ou néphrite véritable, congestions du foie, éruptions, dermatoses.

Les dangers éloignés s'observent chez les malades qui n'étant pas dyspeptiques ont très bien supporté une suralimentation longtemps continuée. Ce sont les affections qui surviennent chez les gros mangeurs : néphrite, sclérose, hypertension artérielle, lithiase urique, lithiase biliaire, bronchite congestive, hémoptysie. L'hémoptysie chez les tuberculeux suralimentés a déjà été signalée par Sabourin. Il n'est pas toujours nécessaire que le tuberculeux mange énormément pour que l'amaigrissement cesse. Parfois il suffit d'améliorer les digestions.

De même, M. Maurel (de Toulouse) recommande de ne pas faire ingérer aux tuberculeux plus qu'ils ne peuvent absorber. On doit procéder graduellement et s'aider du dosage quotidien de l'urée pour avoir des indications, approximatives au moins, sur la manière dont se fait l'assimilation.

Le professeur Bouchard, répondant à M. Mouisset, rappelle que c'est au professeur Debove que la méthode de traitement de la phtisie par la suralimentation est due. Mais il ne faut pas s'en écarter, et chercher à obtenir des calories avec de la graisse, par exemple. Ce que le tuberculeux doit faire, c'est prendre des aliments azotés (lait, œufs, viande). Et il doit en prendre autant qu'il en peut digérer.

Enfin pour terminer signalons les essais infructueux de sérothérapie signalés par M. Rimbaud en préparant un sérum au moyen d'extraits de ganglions tuberculeux, ceux de MM. Rappin et Blaizot, etc., et attendons patiemment le prochain Congrès de la tuberculose où, nous l'espérons, seront exposés et officiellement reconnus les résultats de la nouvelle méthode de traitement que le docteur Behring nous a fait soupçonner dans sa communication retentissante que nous donnons ci-après *in extenso* à titre de document.

P. Ravaut.

COMMUNICATION DU PROFESSEUR BEHRING

« Au cours des deux dernières années, je suis arrivé à reconnaître avec certitude l'existence d'un principe *curateur* complètement différent du principe antitoxique décrit par moi il y a quinze ans.

Ce nouveau principe curatif joue le rôle essentiel dans l'action immunisatrice de mon « bovovaccin » qui, depuis quatre ans, a fait ses preuves dans la pratique agricole pour la lutte contre la tuberculose des bovidés.

Ce principe repose sur l'imprégnation des cellules vivantes de l'organisme par une substance provenant du virus de la tuberculose et que je nomme TC.

Lorsque la TC est devenue une partie intégrante des cellules de l'organisme des animaux traités par elle et qu'elle est métamorphosée par ces cellules, je la désigne sous la formule TX.

Dans le bacille de la tuberculose, la TX, ou pour mieux dire la TC préexiste, comme un agent doué d'un grand nombre de qualités extraordinaires. Cet agent remplit, dans le bacille tuberculeux, la fonction de substance *formative*. En outre, il possède des qualités *fermentatives* (et spécialement *catalytiques*).

Cet agent peut fixer d'une manière élective, par contact, d'autres substances (phénomène qu'on a nommé *adsorption*); de plus, dans certaines conditions, il possède des qualités *assimilatrices*. En un mot, il représente le « principe quasi vital » des bacilles.

Pour moi, dans le principe d'immunisation des bovidés contre la tuberculose, la TC des bacilles est délivrée des substances accidentelles; elle exerce une action symbiotique à l'intérieur des cellules organiques, en particulier dans les

éléments cellulaires qui dérivent des centres germinatifs du tissu lymphatique. La présence de la TC est la cause, d'une part, de l'hypersensibilité à la tuberculine de Koch, et, d'autre part, de la réaction protectrice contre la tuberculose.

La route a été longue par laquelle, après avoir vaincu bien des obstacles, je suis arrivé à la conception, esquissée ci-dessus, du mode d'immunisation anti-tuberculeux. Cette conception d'une immunité *cellulaire*, qui est toute différente de l'immunité *humorale* antitoxique, je tiens à dire que je n'y serais pas parvenu sans la connaissance très intime des travaux de Metchnikoff sur la phagocytose.

Si je voulais présenter en détail les preuves démonstratives de l'exactitude de ma conception, je serais obligé de vous retenir de longues heures. J'en ai exposé une partie dans le premier fascicule d'un livre qui sera intitulé : *Problèmes modernes phtisiogénétiques et phtisiothérapeutiques éclairés par l'histoire.* Quelques passages de ce premier fascicule viennent de paraître dans le *Tuberculosis* (septembre 1905).

Je ne veux ici que tenter de décrire la nature et le mode d'action de la nouvelle méthode thérapeutique née de mes études scientifiques sur la tuberculose.

Cette nouvelle méthode est, je le crois, appelée à protéger les hommes, menacés par la phtisie, contre les conséquences nocives de l'infection tuberculeuse. Je considère comme un grand honneur de pouvoir faire devant l'assemblée générale du Congrès de Paris une courte communication sur « un moyen de lutter contre la tuberculose par un remène nouveau ».

Je suppose connue ma méthode de vaccination contre la tuberculose des bovidés. Sans que j'aie besoin d'insister, on voudra bien admettre que j'ai envisagé toutes les possibilités d'appliquer ce procédé en vue de combattre la tuberculose de l'homme. Mais mon expérience m'a fermement décidé à renoncer définitivement à introduire dans le corps humain, pour un but thérapeutique, des bacilles tuberculeux vivants.

Ainsi, le traitement antituberculeux, chez l'homme, commence pour moi avec la découverte du remède dont je vais parler.

Après l'esquisse, tracée plus haut, du mode d'immunisation contre la tuberculose, il sera compréhensible, sans plus de détails, que je me sois efforcé, sans trêve ni repos, d'épargner à l'organisme le travail, toujours long et périlleux, de l'élaboration de la TC. J'y suis arrivé par des expériences *in vitro*. J'ai transformé l'immunisation *active*, pour parler comme Ehrlich, en une immunisation *passive*. Je puis vous donner l'assurance que j'ai rarement éprouvé dans ma vie plus de joie que pendant les jours, les semaines et les mois où le lien causal qui relie la *vaccination immunité* m'est apparu avec une clarté toujours croissante, grâce à l'observation réitérée d'innombrables expériences sur les animaux : une énigme, après l'autre, s'éclaircissait, quant à la nature et au mode d'action du sérum antidiphtérique!

Condensant en quelques mots les résultats de mes travaux, je dirai que, pour libérer la TC des substances empêchant son action thérapeutique, il est bon de distinguer trois groupes de substances bacillaires.

1° Une substance *soluble seulement dans l'eau pure*, et qui possède une action fermentative et catalytique. De cette substance soluble dans l'eau dérivent les parties toxiques de la tuberculine de Koch. Cette substance a toutes les qualités chromophiles, physiques et chimiques de la Volutine, décrite par notre botaniste de Marbourg, Arthur Meyer. Je nomme cette substance TV.

Pour donner une idée du pouvoir toxique de la TV, je puis dire qu'*un gramme* de cette substance, à l'état sec, est plus puissant qu'*un litre* de tuberculine de Koch.

2° Une substance globulineuse, soluble seulement dans un sel neutre (par exemple le chlorure de sodium à 10 p. 100); cette substance est nommée par moi TGL; elle aussi, est toxique à la façon de la tuberculine de Koch.

3° Plusieurs substances *non toxiques*, solubles seulement dans l'alcool, l'éther, le chloroforme, etc.

Une fois que le bacille tuberculeux a été délivré de ces trois groupes de substances, il lui reste un corps, que je désigne sous le nom de Restbacillus.

Ce Restbacillus possède encore la forme et les qualités tinctoriales des bacilles tuberculeux. Au moyen de préparations convenables, il peut être modifié de façon telle qu'il devienne une *substance amorphe* directement résorbable par les cellules lymphatiques du cobaye, du lapin, du mouton, de la chèvre, des bovidés et des chevaux.

La substance amorphe est élaborée et métamorphosée par les cellules lymphatiques de ces différents animaux et ces cellules deviennent oxyphiles ou éosinophiles. Parallèlement aux métamorphoses des cellules sous l'influence de la TC, l'état d'immunité de l'organisme évolue.

Un fait fondamental est que la TC, substance non reproductible, possède cependant le pouvoir de donner naissance au tubercule. *Le tubercule ainsi créé ne se caséifie pas et ne se ramollit jamais.* Il correspond exactement à la « granulation tuberculeuse de Laënnec ». Dans certaines conditions, la TC peut déterminer aussi l' « infiltration grise » et l' « infiltration gélatiniforme » de Laënnec.

Par des expériences sur différents mammifères, j'ai pu me convaincre que la TC, préexistant comme je l'ai dit dans les bacilles tuberculeux, peut être élaborée *in vitro*, de façon à en faire un remède qui pourrait être aussi appliqué sans danger à la thérapeutique humaine. La partie thérapeutique de mon livre, qui devrait paraître l'année prochaine, ne verra le jour que quand l'efficacité thérapeutique et l'innocuité de mon nouveau remède auront été démontrées par des cliniciens autrement versés que moi dans la connaissance des variétés individuelles de la phtisie pulmonaire et de son pronostic.

D'autre part, il paraît nécessaire que d'autres savants, travaillant dans d'autres laboratoires, contrôlent l'action thérapeutique de mon remède sur les animaux et constatent le fait qu'on ne connaît pas encore, jusqu'à ce jour, un agent thérapeutique ayant une pareille valeur.

Vous savez que, jusqu'ici, la tuberculine de Koch et sa nouvelle tuberculine (TR), le sérum de Maragliano, celui de Marmorek, ainsi que plusieurs autres préparations signalées comme spécifiques, auraient eu, au dire de leurs inventeurs, une efficacité préventive ou curative; mais vous savez aussi qu'à leur suite, beaucoup d'autres observateurs ne sont pas parvenus à obtenir d'aussi bons résultats, surtout sur le cobaye.

J'espère être plus heureux et que ceux des savants auxquels, après mon retour à Marbourg, je confierai mon remède pour qu'ils l'expérimentent, obtiendront, dans leurs laboratoires, d'aussi bons et même de meilleurs effets thérapeutiques que moi-même.

Je vous prie de ne pas oublier que ma communication d'aujourd'hui rappelle singulièrement celle que je faisais en 1890 « sur un nouveau remède contre la diphtérie ». Ma conviction de l'importance capitale de cette découverte a été, au cours de ces quinze années, confirmée dans le monde entier, d'une façon éclatante.

Mais, après ma communication, il ne s'écoula pas moins de quatre ans avant que les praticiens prissent confiance. Peut-être aurais-je dû attendre plus longtemps encore la reconnaissance de l'exactitude et de l'importance de mes assertions scientifiques, si mon grand ami, M. Émile Roux, ne s'était levé, à Budapest, pour combattre avec moi la diphtérie, « tueuse d'enfants! »

Combien de temps s'écoulera encore pour que la découverte et l'utilisation de mon nouveau remède contre la tuberculose reçoivent la consécration publique qui lui donnera la constatation de sa valeur pratique? Je l'ignore. Bien des facteurs peuvent intervenir ici : ma joie au travail et mon activité, mon habileté de tacticien, et aussi la bonne fortune : qu'elle me donne un compagnon de lutte de la valeur de Roux, ayant la même force conquérante et le même désintéressement à l'abri de tout soupçon! et alors j'espère que le prochain Congrès prendra note des progrès considérables accomplis dans la lutte contre la phtisie humaine. »

PATHOLOGIE CHIRURGICALE (1)

COMMUNICATIONS DIVERSES. — M. Michel GANGOLPHE (de Lyon) étudie les abcès tuberculeux consécutifs à des lésions osseuses et qui, doués d'une certaine individualité, peuvent apparaître plusieurs années après la guérison de la lésion osseuse. Ces *abcès résiduaux* peuvent être très volumineux et assombrissent le pronostic. Fermés, ces abcès peuvent guérir spontanément; ouverts leur gravité augmente, même si l'ouverture a été chirurgicale et antiseptique; il faut donc se garder soigneusement des larges interventions et faire une ponction de la poche suivie d'un lavage au sérum artificiel. L'orateur donne la technique de la ponction qui est suivie d'une abondante sécrétion de sérum sanguinolent. On renouvelle la ponction trois ou quatre fois dans les mois suivants, et la guérison est la règle.

Les abcès ouverts doivent être traités par l'extirpation de la poche, mais sont d'un pronostic très sombre.

Pour M. le professeur LANNELONGUE la ponction simple est insuffisante, et il faut détruire la paroi, le *tuberculome*. Il a imaginé dans ce but une injection d'éther, glycérine, iodoforme et créosote.

M. FRŒLICH (de Nancy) pense qu'on peut permettre au malade de vaquer à ses occupations tout en immobilisant une articulation. Il décrit les appareils imaginés par lui dans ce but et apporte à l'appui de sa thèse des statistiques favorables. MM. CALOT et GANGOLPHE combattent cette manière de voir.

M. COUDRAY (de Paris) attire l'attention sur les faux corps étrangers articulaires dus à une synovite tuberculeuse; largement implantés sur la synoviale ils ne quittent jamais leur point d'origine. Leur évolution est des plus lentes, et ils ne provoquent pas d'autres troubles fonctionnels que quelques poussées d'hydarthrose. La synovite gommeuse spécifique est la seule erreur de diagnostic possible. L'ablation est insuffisante à les guérir et il est préférable de s'adresser aux injections modificatrices iodoformées.

Quant aux vrais corps étrangers ce sont des fragments d'os ou de cartilage qu'une ostéite lente des épiphyses intra-articulaires a mis en liberté; ces fragments continuent à vivre et ne sont donc pas des séquestres. Contrairement à l'opinion de Volkmann il s'agit probablement de cas semblables à l'ostéo-chondrite disséquante de Kœnig.

MM. BÉRARD et PATEL (de Lyon) apportent de nouvelles observations à l'appui des conclusions formulées par eux dans leur étude sur les formes chirurgicales de la tuberculose intestinale.

M. DELAUNAY (de Paris) a traité trois péritonites tuberculeuses par la laparotomie et une par la ponction chez des malades qu'il a retrouvés guéris plusieurs années après. Selon lui c'est par traumatisme qu'agit la laparotomie, aussi conseille-t-il de frictionner légèrement la surface péritonéale en épongeant le liquide.

M. BRUNSWICK (de Tunis) conseille de balayer les toxines par un grand lavage de la cavité péritonéale avec 10 à 20 litres de liquide aseptique. On s'arrête quand le liquide ne donne plus au doigt une sensation de viscosité.

M. le professeur LE DENTU préconise la résection du poignet qui lui a donné des résultats excellents ou bons suivant les cas bons ou mauvais; il a ainsi évité l'amputation. Pour obtenir un accès très large et bien ménager les tendons du pouce, il emploie les deux incisions de Lister. L'opération longue et méticuleuse doit porter jusque sur les os de l'avant-bras et l'extrémité supérieure des métacarpiens.

M. ESTOR étudie la tuberculose du tarse chez l'enfant. Il a eu recours aux traitements suivants : dans les tuberculoses fermées, immobilisation; en cas d'abcès, ponction suivie d'injection d'éther iodoformé. Dans les tuberculoses ouvertes il donne de beaucoup la préférence à l'astragalectomie typique qui produit un raccourcissement ne dépassant pas 3 centimètres. La déviation consécutive du pied est rare. Contre les tuberculoses ouvertes du calcanéum il emploie l'ablation sous-périostée de l'os.

M. GANGOLPHE dit que dans la tuberculose du tarse, chez l'adulte, il faut avoir recours à l'astragalectomie; il en est de même dans la forme sous-astragalienne. Dans la tuberculose du calcanéum il faut enlever l'os en entier. La tuberculose envahissant généralement tous les os du tarse antérieur il faut les enlever en totalité. Quand tout le tarse postérieur est envahi, ce qui est rare, on a recours à la tarsectomie postérieure.

M. V. MÉNARD fait remarquer que la tuberculose de l'astragale se confond presque toujours avec l'arthrite tibio-tarsienne. Il insiste ensuite sur des points particuliers de technique opératoire.

M. CALOT (de Berck), qui opérait autrefois toutes les tuberculoses du tarse, les traite toujours à l'heure actuelle par des injections modificatrices dans les foyers tuberculeux. Le traitement peut être long, mais à la mer tout au moins, on arrive toujours à les guérir.

M. F. CATHELIN dit qu'il faut faire de très bonne heure le diagnostic de *tuberculose rénale*, car l'infection est primitivement unilatérale. Le diviseur permettra d'étudier la valeur fonctionnelle de l'autre rein. L'orateur rapporte six cas de néphrectomie pour tuberculose rénale suivie de succès.

Pour M. DESNOS la cystite empêche dans ces cas-là la division des urines et le cathétérisme de l'uretère; c'est à la cystoscopie qu'il faut avoir recours. L'unilatéralité des lésions persiste très longtemps.

M. CALOT, dans la tuberculose du testicule et de l'épididyme, ne fait pas d'intervention sanglante mais emploie les injections modificatrices, dont il indique minutieusement la technique.

---

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1905, nº 116, p. 1383.

M. Cathelin propose d'enlever les vésicules séminales tuberculeuses par la voie transvésicale.

M. le professeur Cornil dit que les tubercules de l'ovaire sont rares. La tuberculose est exceptionnelle au niveau du col utérin, très fréquente au niveau du corps et des trompes. Il semble y avoir une sorte d'antagonisme entre la tuberculose annexielle et la tuberculose pulmonaire qui évoluent très souvent isolément. M. Cornil n'a pu réunir que neuf cas de tuberculose ovarienne; cette tuberculose peut être propagée à l'ovaire par des lésions péritonéales, ou bien elle peut venir de la trompe.

M. Tédenat insiste sur la rareté de la tuberculose du col, laquelle est souvent hypertrophique et simule le cancer. Le plus souvent l'infection est descendante, vient du péritoine et les trompes sont atteintes d'abord; l'ovaire peut être atteint secondairement par voie lymphatique.

M. de Boucaud (de Bordeaux) cite un cas de tuberculose annexielle primitive.

M. Delagénière (du Mans) met en lumière la coïncidence fréquente des lésions tuberculeuses du péritoine et des organes génitaux. Il étudie ces lésions chez la femme puis chez l'homme.

M. Villemin expose un cas de tuberculose tubaire expérimentale chez la lapine.

M. Sécheyron (de Toulouse) établit que la tuberculose tubaire est latente dans un grand nombre de cas et peut être compatible avec une parfaite santé générale. Il insiste sur les difficultés du diagnostic et sur celles de l'intervention.

M. A. Castex (de Paris) étudie la tuberculose du larynx. Elle est rare chez l'enfant et assez fréquente quoique torpide chez le vieillard. La grossesse a sur elle une grande influence. Les larynx atteints de syphilis ou de néoplasmes sont souvent frappés par la tuberculose. Le pronostic dépend de l'état des poumons, et au début seul le traitement général est efficace.

M. Castex étudie aussi les rapports de l'ozène et de la tuberculose; selon lui l'hérédité tuberculeuse se rencontrerait dans 50 p. 100 des cas d'ozène. Par contre, l'ozène n'est suivi de tuberculose que 25 fois sur 100.

M. Paul Reynier emploie les eaux mères de sels chlorurés sodiques, salées ou autres, dans le traitement des abcès froids, des adénites, des tumeurs blanches. Il a été conduit à ce procédé par les heureux résultats retirés, en ces cas-là, des séjours aux stations d'eaux chlorurées sodiques.

M. Rollier (de Leysin) expose ses procédés de traitement de la tuberculose chirurgicale à l'altitude, qui diminuent considérablement le nombre des interventions sanglantes.

M. J. Reboul (de Nimes) vante l'héliothérapie dans le traitement des tuberculoses externes avant ou après les opérations.

M. Redard emploie la radiothérapie contre la tuberculose ganglionnaire.

M. Bergonié (de Bordeaux) dit que la radiothérapie n'est indiquée que dans les adénopathies chroniques et non dans les cas où il y a tendance à la caséification.

M. le professeur Lannelongue expose sa méthode actuelle de traitement de l'arthrite tuberculeuse au début. Elle consiste en injections extra-articulaires de chlorure de zinc portées jusque sur l'os, et en injections intra-articulaires d'huile iodoformée et créosotée. En même temps on a recours à l'immobilisation.

A. Gaullieur l'Hardy.

PRÉSERVATION ET ASSISTANCE DE L'ENFANT (1)

Vœux de la troisième section. — La troisième section du Congrès international de la tuberculose,

Considérant :

Que la tuberculose, maladie contagieuse, est presque toujours contractée par le petit enfant au foyer familial contaminé;

Que la tuberculose de l'adulte est, le plus souvent, une tuberculose de l'enfance restée latente et méconnue;

Que, en conséquence, la *préservation* de l'enfant est le moyen le plus précieux et le plus efficace de combattre la tuberculose : maladie sociale;

Que — quelle que soit la porte d'entrée du bacille : pharyngée, pulmonaire, intestinale ou cutanée — les mesures de prophylaxie doivent toujours viser, avant tout, la contagion familiale;

Que, en ce qui concerne l'enfant qui n'a pas pu être préservé, sa tuberculose pulmonaire ou ganglionnaire est plus facilement curable qu'à tout autre âge de la vie, à la condition d'être reconnue et traitée de bonne heure;

Que si l'enfant tuberculeux était reconnu tel et traité au début de sa maladie, la tuberculose qu'il porte guérirait, ou, au moins, resterait fermée même à l'âge adulte, et cela, au grand bénéfice du corps social;

Propose au Congrès réuni en assemblée générale de voter les vœux suivants :

Premier vœu. — Pour assurer la préservation de l'enfant dans la *famille*, il faut :

a. Maintenir la maison en état de salubrité et de propreté parfaites;

b. Faire bouillir ou stériliser le lait que l'enfant consomme;

c. Si le foyer familial est contaminé, en éloigner l'enfant aussitôt que possible. Les enfants pauvres seront confiés à des institutions conçues sur le modèle de l'*Œuvre de la préservation de l'enfance* créée à Paris par M. le professeur Grancher.

d. Diriger les efforts des mutualités maternelles et scolaires dans le sens de la *préservation*, par l'hygiène individuelle, par l'alimentation, par l'habitation aérée et ensoleillée.

Deuxième vœu. — Pour assurer la préservation de l'enfant à l'*école*, il faut :

a. Assurer l'hygiène des locaux et du mobilier;

b. Multiplier, généraliser, si possible, les cantines scolaires sur le modèle des cantines de Saint-Etienne, de Paris, de Roubaix, etc., multiplier les colonies de vacances, enseigner les principes de l'hygiène à l'enfant et lui apprendre notamment la nécessité de vivre dans l'air pur, d'aimer les exercices physiques, la gymnastique respiratoire et de veiller à la propreté de son corps.

En ce qui concerne les internats, réserver un temps suffisant à la vie au grand air et aux exercices physiques sagement mesurés;

c. Dépister la tuberculose par un examen médical attentif, comme le font M. Grancher et ses élèves dans les écoles de Paris.

d. Soigner l'enfant suspect ou déjà malade, aussi longuement que possible, par une alimentation meilleure et la scolarité à la campagne.

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 115, p. 1371.

Troisième vœu. — Compléter ces mesures de *préservation* par les divers modes *d'assistance* de l'enfant malade, notamment par la cure d'altitude.

Il convient surtout d'user largement des sanatoriums marins dont l'action sur la prétuberculose et sur les tuberculoses externes et ganglionnaires est des plus efficaces.

La troisième section a adopté les vœux suivants :

1° Sur la proposition du docteur Audeoud (de Genève). — La section, reconnaissant les excellents résultats obtenus dans les différents pays par l'œuvre des colonies de vacances, émet le vœu :

a. Que ces œuvres, partout où elles existent, soient encouragées par les municipalités et toutes les personnes qui s'intéressent à l'enfance.

b. Qu'il soit créé des œuvres semblables dans les villes où elles n'existent pas.

c. Que des relations permanentes soient établies entre la direction de ces œuvres pour assurer leur meilleur fonctionnement.

2° Sur la proposition du professeur Thomesco (de Bucarest). — La section émet le vœu que l'enseignement de l'hygiène soit donné dans les écoles de tout degré et que, dans les écoles secondaires et normales, cet enseignement soit donné par des médecins.

3° Sur la proposition de M. le docteur Mathieu. — La section serait heureuse de voir se fonder en plus grand nombre et à la campagne comme au bord de la mer des établissements d'enseignement secondaire.

4° Sur la proposition de M. Edouard Petit. — La section émet le vœu que dans toutes les localités où existent mutualités scolaires, cantines scolaires et autres œuvres scolaires, les comités entrent en contact et constituent un bureau central où chaque œuvre soit représentée.

5° Sur la proposition de MM. d'Espine et Comby. — La section considérant que le lupus chez l'enfant est le plus souvent causé par les baisers des tuberculeux, attire l'attention des parents sur ce danger, et émet le vœu que les enfants atteints de lupus des parties découvertes soient exclus des agglomérations d'enfants (écoles, sanatoriums, etc.) comme dangereux pour leurs camarades.

6° Sur la proposition du docteur Marique (de Bruxelles). — La section souhaite, qu'à défaut d'obligations légales, les bureaux de bienfaisance, les œuvres charitables, gouttes de lait, etc., exigent des fournisseurs de lait que les vaches soient soumises à l'épreuve de la tuberculine.

7° Sur la proposition du docteur Roblot. — La section, considérant la fréquence des troubles du rhino-pharynx et des organes phonateurs chez les maîtres de l'enseignement, leur influence préparante sur l'éclosion de la tuberculose pulmonaire, exprime le vœu que, dans les programmes d'études des écoles normales, une plus large place soit réservée à l'enseignement de la parole, à la gymnastique opératoire et à l'éducation phonétique.

8° Sur la proposition de M. le docteur Cazeaux. — La section émet le vœu que les stations hydro-minérales adaptées à la prophylaxie et à la cure de la tuberculose soient plus largement utilisées par les villes et les établissements de bienfaisance dans l'intérêt des enfants pauvres.

9° Sur la proposition de M. L. Muller (de Chagny). — La section émet le vœu qu'un résumé des principes élémentaires de l'hygiène de l'enfance soit ajouté au livret de famille que l'on délivre dans les mairies à l'occasion des mariages.

10° Sur la proposition du docteur Hennecart (de Sedan). — La section émet le vœu que, parmi les délégués cantonaux, il soit choisi un nombre aussi grand que possible de médecins.

11° Sur la proposition de M. Julien Hayem. — La section émet le vœu que des nourriceries maternelles d'ouvrières soient annexées à des ateliers et à des établissements industriels dans tous les pays et que les pouvoirs publics et le corps médical invitent et encouragent par tous les moyens possibles les patrons et les industriels à créer et à organiser des institutions de ce genre.

12° Sur la proposition de M. Granjux. — La section émet le vœu que les enfants que l'on envoie à la mer soient toujours désignés par un médecin, et que, de plus, les colonies scolaires soient placées sous la surveillance d'un médecin de la localité.

13° Sur la proposition de MM. d'Espine, Armaingaud et Barbier. — La section émet le vœu qu'à l'avenir, afin de rendre comparables entre eux les résultats obtenus dans les différents sanatoriums, une nomenclature commune soit acceptée par tous.

14° Sur la proposition de M. Ménard. — La section émet le vœu qu'il soit organisé, dans les grandes villes, un service médical uniquement chargé de surveiller les enfants qui reviennent de faire soigner, dans un sanatorium marin, une tuberculose ostéo-articulaire.

15° Sur la proposition de Mme Bérot (de Saint-Quentin). — La section émet le vœu de l'auscultation obligatoire biannuelle des enfants et des associations d'anciens élèves d'écoles; elle émet le vœu que, dans les colonies de vacances, on choisisse, de préférence, l'enfant prétuberculeux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 13 octobre 1905)

M. Rist rapporte à la Société une observation de **syndrome de Stokes-Adams associé à la paralysie générale.**

L'observation de ce malade peut se résumer ainsi qu'il suit. C'est l'histoire d'un homme de quarante-neuf ans qui présente, associés, des phénomènes morbides dus à une lésion du système nerveux et des symptômes ressortissant à une altération de l'appareil cardio-vasculaire. Ceux-ci consistent en vertiges sans perte de connaissance et sont en rapport avec une bradycardie permanente très accentuée.

Les premiers, au contraire, qui sont caractérisés par de l'amnésie, des modifications du caractère et de l'intelligence, doivent être tenus pour caractéristiques de la paralysie générale; d'autant que le malade est un ancien syphilitique. Or, il y a longtemps que les auteurs ont placé la syphilis au nombre des circonstances étiologiques susceptibles de produire le pouls lent permanent, mais jusqu'à présent ce syndrome n'avait pas été signalé en tant que signe précoce de la paralysie générale.

M. Galliard, pour qui le pneumothorax est toujours un sujet d'étude de prédilection, rapporte une observation très intéressante de **pneumothorax par piqûre du poumon survenue à l'occasion d'une injection d'adrénaline**. Ce fait est curieux, car les auteurs mettent en doute la possibilité de déterminer le pneumothorax par piqûre du poumon. M. Galliard a vu le fait se passer sous ses yeux et a constaté que la

survenue brusque du pneumothorax pouvait en quelque sorte juguler une hémoptysie grave, fait déjà connu puisque intentionnellement des auteurs avaient cru devoir proposer la création d'un pneumothorax pour arrêter les hémoptysies; pratique thérapeutique contre laquelle il convient de s'élever.

L'ordre du jour étant peu chargé, M. Dufour prend la parole pour faire **quelques réflexions sur l'état des ganglions dans l'érysipèle**. Dans tous les cas qu'il a observés les adénopathies ont fait défaut et en particulier l'adénopathie sous-maxillaire que tout le monde s'accorde à considérer comme constante.

MM. F. Bezançon et S. Israels de Jong apportent **quelques nouveaux documents concernant l'épidémie dite de grippe de l'hiver 1904-1905.** — Nous reviendrons sur cette importante communication.

LIVRES NOUVEAUX

Technique chirurgicale journalière de l'étudiant au lit du malade (1), par Adrien Besson, chef de clinique chirurgicale à la Faculté libre de médecine de Lille.

C'est un petit livre très simple contenant d'excellents renseignements pour l'étudiant auquel il est destiné et dans un ordre et sur un format particulièrement heureux. L'ordre est alphabétique et c'est instantanément qu'on peut trouver l'article « saignée », ou celui « appareil plâtré », ou « thoracentèse ».

L'auteur décrit longuement l'anesthésie en prodiguant les plus utiles recommandations, il précise avec soin l'examen du malade à l'hôpital et décrit toutes les opérations de chirurgie courante, l'incision des abcès, la saignée, les injections vaginale, intra-utérine, hypodermique ; pour ces dernières il donne les doses des médicaments courants, ce qui apprend à formuler, et note les phénomènes subjectifs postérieurs à l'injection, ce qui apprend les détails utiles de la pratique médicale. Les soins à prendre pour une opération (opéré, salle, instruments, lavages des mains) font l'objet d'un bon chapitre. Les ponctions, la suture, la ligature, le massage ont des pages intéressantes.

Chevrier.

Les traitements des entérites (2), par le docteur M. Jouaust.

Le travail de M. Jouaust a pour objet de passer en revue les multiples traitements qu'on a opposés aux entérites de manière à dégager celui qui s'applique le mieux à chaque modalité de la maladie. Les régimes alimentaires sont tout d'abord longuement passés en vue, régime lacté, végétarien, carné, régimes de Lenbe, de Bouchard, de Mathieu, de Soupault, de Combe, de Bourget, etc.

Viennent ensuite les traitements médicamenteux contre la constipation ou la diarrhée, et contre le spasme et la douleur; puis les traitements par les agents physiques (lavages, hydrothérapie, massage, ceinture), enfin le traitement chirurgical.

Les chapitres suivants traitent de la psychothérapie, de l'isolement et des cures d'air, puis des stations thermales françaises (Plombières, Luxeuil, Châtel-Guyon, Vichy) et étrangères, enfin de l'électrothérapie.

Ce petit volume des Actualités médicales est une excellente mise au point de la question et des traitements préconisés par les praticiens les plus autorisés dans une maladie de plus en plus fréquente.

L. Gayard.

(1) In-8° de 178 p. Prix 2 fr. 50. — Lille, Bergès édit.

(2) In-16 de 96 p., cart. (Actualités méd.) Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 23 au 28 octobre 1905)

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 23 octobre, à une heure. — 5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Terrier, Delens et Gosset; — (2e partie) : MM. Hayem, Teissier et Labbé (Marcel); — M. Balthazard, suppléant.

Mardi 24 octobre, à une heure. — 4e (1re série) : MM. Chantemesse, G. Ballet et Vaquez; — (2e série) : MM. Gilbert, Dupré et Langlois; — M. Thiroloix, suppléant.

5e (1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Le Dentu, Schwartz et Faure; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Thiéry et Morestin; — M. Auvray, suppléant.

Mercredi 25 octobre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Legry et Macaigne.

3e (1re partie, oral) : MM. Reclus, Retterer et Lepage; — M. Claude, suppléant.

Jeudi 26 octobre, à une heure. — 3e (2e partie, oral) : MM. Hutinel, Guiart et Carnot; — M. Gouget, suppléant.

Vendredi 27 octobre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Broca (Aug.) et Cunéo; — (2e série) : MM. Tuffier, Mauclaire et Proust; — M. Legueu, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Wallich et Potocki; — M. Broca (André), suppléant.

Samedi 28 octobre, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Bar, Demelin et Brindeau; — M. Guiart, suppléant.

THÈSES

Mercredi 25 octobre 1905. — M. Launay. Les infections pyocyaniques. Le bacille pyocyanique dans les eaux d'alimentation. (MM. Pouchet, président; Segond, Aug. Broca et Desgrez.) — M. Duchêne. Les avortements à la Maternité de l'Hôtel-Dieu. (MM. Segond, président; Pouchet, Aug. Broca et Desgrez.) — M. Raboudin. Contribution à l'étude du lupus primitif des muqueuses des voies aériennes supérieures. (MM. Segond, président; Pouchet, Aug. Broca et Desgrez.)

Jeudi 26 octobre 1905. — M. Digne. Rétention et élimination du chlorure de sodium au cours des maladies du cœur. (MM. Dieulafoy, Joffroy, Dupré et Renon.) — M. Lefèvre. Contribution à l'étude de la morphinomanie. (MM. Joffroy, président; Dieulafoy, Dupré et Renon.) — M. Chollet. De la scopolamine comme hypnotique et sédatif dans les maladies mentales. (MM. Joffroy, président; Dieulafoy, Dupré et Renon.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 119. — JEUDI 19 OCTOBRE 1905. 78e ANNÉE. JEUDI 19 OCTOBRE 1905. — N° 119

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
L'appendicite chronique d'emblée, par M. le professeur Paul Reclus.
Quelques documents étrangers concernant l'épidémie dite de grippe de l'hiver 1904-1905, par MM. F. Bezançon et S. Israels de Jong.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
PRATIQUE MÉDICALE
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Arrêté fixant le tarif des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail.
CONGRÈS
Programme général du Congrès international des Gouttes de lait.
NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)
Rétrécissement mitral (fin).
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Nimes. — Un concours pour des places d'élèves internes sera ouvert le mercredi 6 décembre prochain.

Quatre places seront disponibles le 1er janvier 1906.

Les candidats devront se faire inscrire, avant le 15 novembre, au secrétariat des hospices.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — Lille. — M. Léonard Danel a légué, par testament, une somme de 50000 francs pour la création d'une *chaire d'accouchement* à la Faculté de médecine.

VILLE DE LYON. — Concours de médecins internes. — Un concours public pour quatre places de médecins internes, près le Bureau municipal d'hygiène de la ville de Lyon, aura lieu le 18 décembre 1905 et jours suivants.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat général de la mairie, à l'Hôtel de Ville. Le registre d'inscription sera clos le 12 décembre, à quatre heures du soir.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE (XIXe Congrès, octobre 1906). — Le XIXe Congrès de l'Association française de chirurgie se tiendra en octobre 1906, à Paris, sous la présidence de M. Monprofit (d'Angers).

Les questions mises à l'ordre du jour sont les suivantes :

1° *Chirurgie des gros troncs veineux.* — Rapporteurs : MM. Lejars et Morestin (de Paris);

2° *Ectopie testiculaire et ses complications.* — Rapporteurs : MM. Souligoux (de Paris) et Villard (de Lyon);

3° *Voies et moyens d'accès dans le thorax au point de vue opératoire.* — Rapporteurs : MM. Willems (de Gand) et Loison (médecin de l'armée).

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — L'Administration quarantenaire d'Egypte met au concours, sur titres, une place de doctoresse aux appointements mensuels de 26 à 38 livres égyptiennes.

Les demandes doivent être adressées à M. le président du Conseil maritime et quarantenaire et accompagnées des pièces suivantes :

1° Copie légalisée du diplôme de doctoresse en médecine;

2° Certificat de bonne constitution;

3° Engagement formel de prendre possession du poste, en cas de nomination, dans le courant du mois qui suivra la notification officielle.

Les postulantes doivent indiquer les langues qu'elles connaissent.

Elles sont prévenues que toute démission ne pourra être acceptée que si elle est adressée à la présidence du conseil trois mois à l'avance.

Il serait utile, en outre, que les demandes d'inscription parvinssent le plus tôt possible à leur destination.

Le concours sera clos le 5 novembre 1905.

Les candidates qui auraient à demander des renseignements autres que ceux contenus dans l'avis ci-dessus pourront s'adresser directement à M. le consul de France à Alexandrie.

LE MONUMENT D'OLLIER AUX VANS. — La ville des Vans (Ardèche) a inauguré dimanche le monument élevé à la mémoire de son illustre compatriote, Léopold Ollier. Des discours ont été prononcés par M. Aynard, député de Lyon; les professeurs Broudet et Vincent (de Lyon), M. Duclaux-Monteil, député, maire des Vans.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bayol et Ménière (de Paris) et Zani Métaxas (de Marseille).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fête de la Toussaint.* — A l'occasion de la fête de la Toussaint, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 28 octobre, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 6 novembre.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA CHARITÉ

L'APPENDICITE CHRONIQUE D'EMBLÉE

Par le professeur Paul RECLUS.

Le temps n'est pas très lointain où l'on ne connaissait de l'appendicite que sa crise aiguë. C'est avec fracas que la maladie devait débuter et « le coup de pistolet dans le ventre » était l'image la plus employée pour marquer le début de l'inflammation. Mais maintenant la clinique est devenue plus subtile : on a dépisté des formes subaiguës, puis nettement chroniques, puis frustes et larvées et la réaction est telle qu'on se demande à cette heure — et je partagerais volontiers cette opinion — si toute crise patente n'est pas précédée d'une altération latente du processus vermiculaire. L'appendicite vulgaire ne serait qu'une poussée aiguë de l'appendicite chronique et celle-ci, l'appendicite chronique, deviendrait du coup la maladie prépondérante puisque, d'une part, elle peut exister seule et puisque, d'autre part, l'appendicite aiguë ne pourrait apparaître sans elle. Dans la foule innombrable des documents publiés sur ce sujet bien actuel, nous ne citerons que les travaux de Walther, de Brun, de Guinard, la thèse de Wagner, les recherches de Karowski, celles de Trèves et la série des observations éparses dans nos recueils scientifiques.

Nous venons d'observer un cas bien remarquable de cette forme chronique : il s'agit d'une jeune femme, mariée et sans enfant, chez qui les diagnostics les plus contradictoires avaient été portés par nos maîtres les plus éminents ; elle souffrait de l'estomac, du foie, des reins, de l'intestin, des ovaires, de l'utérus et à tour de rôle tous ces organes ont été incriminés pour expliquer un état maladif presque inquiétant. Sans oser nier aucune des localisations viscérales incriminées par nos collègues, je tenais pour une appendicite chronique parce que, quel que fût le point errant des douleurs actuelles, foie, estomac, intestin, utérus, l'appendice, lui, restait seul le siège d'une douleur fixe. Et de fait l'opération m'a permis d'extirper un organe ecchymotique, atteint de folliculite suppurée et distendu par trois coprolithes. L'appendicite chronique était donc indiscutable, mais il reste à savoir si l'extirpation de l'organe malade fera définitivement disparaître tous les accidents observés jusque-là. Je l'espère, car depuis l'intervention qui date maintenant de six mois, notre opérée jouit d'une santé parfaite.

En tous cas rien n'est plus nécessaire que de savoir reconnaître cette appendicite chronique, pénible par les troubles qu'elle provoque et dangereuse par les crises aiguës qui trop souvent la compliquent. Son signe le plus important est la douleur ou spontanée ou provoquée. La douleur spontanée est un peu troublante par la variabilité de son siège, et si chez les enfants elle est relativement fixe et se traduit par la barre épigastrique ou par un tortillement soudain, une colique passagère du côté droit de l'ombilic, chez l'adulte elle peut apparaître, comme chez notre malade, sur le foie, dans le creux épigastrique, dans le flanc droit ou gauche, dans les deux fosses iliaques, vers les ovaires et l'utérus, au niveau de la vessie, le long du cordon, sous le testicule, à la base du triangle de Scarpa, et une « appendicalgie » de ce genre n'a-t-elle pas dans un cas de A. Broca fait penser à une coxalgie ?

Heureusement qu'à cette douleur spontanée si instable la douleur provoquée par la pression vient donner une signification plus précise : lorsque la main qui explore le ventre rencontre l'appendice et le comprime, elle éveille une souffrance plus ou moins vive, mais très nette. C'est, le plus souvent, au niveau du point de Mac Burney qu'on la perçoit, mais elle suit l'appendice qui n'est pas toujours fixé dans sa position ; aussi son maximum d'intensité est-il parfois plus haut vers le foie, ou plus rapproché de l'ombilic, ou plus bas vers la fosse iliaque et même vers le rectum. Aussi, depuis Jalaguier, savons-nous l'importance qu'il y a d'explorer le petit bassin par le toucher rectal. Cette douleur aurait quelques caractères spéciaux, d'après Walther, qui a fait une bonne étude de l'appendicite chronique. Elle ne cesserait pas lorsque cesse la pression ; elle persisterait encore quelque temps après. Et puis, pour la faire apparaître il ne serait pas nécessaire de comprimer directement l'appendice : une pression large exercée à pleine paume de la main sur une partie quelconque du ventre retentirait sur l'appendice enflammé.

Cette recherche de la douleur vous permet parfois de trouver l'appendice : on le sent plus ou moins gros, le plus souvent de la forme et de la consistance d'un crayon et reposant verticalement ou obliquement sur la fosse iliaque ; on le voit rouler et s'échapper sous les doigts et cette manœuvre réveille une douleur qui indique bien que c'est l'appendice enflammé qu'on comprime. Je viens d'opérer une fillette de quatorze ans, chez qui un de mes collègues de l'hôpital des Enfants et moi, nous avons plusieurs fois fait rouler l'organe sous notre main. Hausmann prétend qu'on peut toujours, sauf chez des obèses ou des nerveux, sentir l'appendice même sain en faisant fléchir au malade la cuisse droite, de façon à toucher le psoas iliaque ; c'est sur le plan formé par ce muscle que la main gauche, posée à plat sous la région cæcale et enfoncée peu à peu dans la profondeur par la pression de la main droite, sentira un cordon dur et mobile qui n'est autre que l'appendice. Ne croyez pas la manœuvre facile ; — d'ailleurs les causes d'erreurs sont nombreuses ; qu'on prenne pour l'appendice l'épiploon enflammé, il n'y a pas de mal, car cette corde épiploïque est le plus souvent provoquée par l'appendicite, mais certaines particularités d'anatomie normale peuvent vous tromper, et vous devrez vous méfier de la plicature du bord externe de la paroi des muscles droits.

Si l'on ne sent pas ou si l'on sent mal l'appendice, du moins il n'est pas rare de trouver un épaississement notable de la fosse iliaque droite, qui paraît moins libre, moins profonde que la fosse iliaque gauche. Et puis on peut percevoir le cæcum dont les

parois épaissies donnent au doigt la sensation de carton mouillé; il gargouille, des gaz le distendent et ce tympanisme du cæcum est, pour Karewitz, l'un des auteurs qui se sont ingéniés le plus savamment à dépister les appendicites frustes, un des signes les plus importants de l'inflammation chronique de l'organe.

L'épaississement du cæcum, son tympanisme, la douleur provoquée par la compression de l'appendice, soit au point de Mac Burney, soit en tout autre endroit où il se trouve, son augmentation de volume sentie parfois par la main palpant profondément la région iliaque, voilà des signes importants et qui suffisent à faire reconnaître l'appendicite chronique, mais ils ne sont pas les seuls et tous les chirurgiens d'enfants insistent sur les troubles digestifs qui accompagnent — et probablement engendrent — l'inflammation du processus vermiculaire. Nous n'avons plus à établir contre de redoutables adversaires que les entéro-colites et en particulier l'entéro-colite membraneuse peuvent se compliquer d'appendicite. Ne fut-il pas une époque où notre maître à tous, le professeur Potain, déclarait que sur plus de 3000 cas d'entéro-colite, il n'avait jamais vu se développer l'appendicite? Mais peut-être allons-nous trop loin maintenant en sens inverse quand Karewski déclare suspect d'appendicite tout individu atteint d'entéro-colite.

Aussi faut-il la rechercher avec soin chez tous les dyspeptiques, chez tous les diarrhéiques, chez tous les constipés, chez tous les enfants qui ont le « vomissement facile »; chez tous les adultes qui ne peuvent digérer, sans douleur et sans malaise, les viandes rouges, les aliments gras, les sauces; chez tous ceux dont l'appétit est fantasque et la digestion difficile; il faut, chez tous ces « abdominaux », rechercher, avec soin et patience, les signes parfois fugaces que l'on peut tirer de l'examen de l'appendice et du cæcum, l'épaississement et le tympanisme de ce dernier, la douleur que la pression méthodique réveille. Autrefois nous nous donnions beaucoup de peine pour distinguer l'appendicite des entéro-colites; maintenant la clinique est moins exigeante et, d'après Karewski, elle pourrait presque conclure de l'existence de l'une à celle de l'autre. Aussi n'hésite-t-il pas à intervenir chez ces malades et il les a tous guéris, et tandis que sur 33 malades qui ont refusé cette intervention, que je qualifierai presque de préventive, 5 sont morts et 7 ont, par une guérison légitime, échappé à une crise aiguë redoutable et à une opération faite dans des conditions médiocres ou mauvaises.

Enfin l'appendicite chronique se révèle encore à nous par des troubles généraux fréquents mais qui, malheureusement par un diagnostic précis, peuvent avoir aussi pour cause les entéro-colites concomitantes. Les malades sont nerveux, fantasques, impressionnables à l'excès; ils peuvent avoir des syncopes ou seulement des tendances à l'évanouissement; une fatigue précoce, de la torpeur intellectuelle, de l'insomnie rebelle, de la neurasthénie. Parfois même la nutrition semble compromise, la croissance s'arrête, le malade maigrit, le soir une fièvre légère s'allume, due peut-être aux phénomènes infectieux dont l'appendice est le siège. On comprend l'importance du diagnostic et combien il est nécessaire de dépister la cause de tous ces accidents, puisqu'une opération opportune en débarrasse le malade.

Le traitement s'impose en effet, et dès que l'appendicite chronique est reconnue, il faut proposer l'extirpation de l'appendice : c'est le seul moyen de guérir le malade des accidents dont il souffre actuellement, et de conjurer les catastrophes dont une crise aiguë soudaine peut le menacer. Mais avons-nous le droit de promettre à notre opéré une guérison absolue? Il n'est pas rare de voir, après l'extirpation de l'appendice, des malaises persister et, dans un récent mémoire, on a réuni nombre d'observations où l'appendicectomie aurait laissé le patient aussi souffrant qu'avant l'intervention. J'ai, pour ma part, très présent le cas d'une jeune fille opérée à l'hôpital Laënnec pour une appendicite qui compliquait une entéro-colite muco-membraneuse : le processus vermiforme était incontestablement enflammé; j'y avais constaté les altérations macroscopiques de la folliculite suppurée et l'examen microscopique de M. Letulle avait confirmé ces lésions. Or, après l'intervention, notre malade continua à souffrir du ventre et si les crises douloureuses devinrent moins nombreuses et moins graves, certainement elles persistèrent. Mais le plus souvent, l'amélioration, sinon la guérison, est fréquente. D'ailleurs, vous enlevez à vos opérés l'obsession des complications redoutables qu'une suppuration ou qu'une gangrène de l'appendice altéré peut faire naître tout à coup.

QUELQUES DOCUMENTS ÉTRANGERS

CONCERNANT

L'ÉPIDÉMIE DITE DE GRIPPE

DE L'HIVER 1904-1905

Par M. le docteur Fernand BEZANÇON,
Agrégé, médecin des hôpitaux,
Et M. S. ISRAELS DE JONG,
Interne des hôpitaux.

En même temps que sévissait l'hiver dernier à Paris la petite épidémie qualifiée unanimement de grippe, une affection saisonnière identique était signalée un peu partout en Europe et en Amérique. Il nous a paru intéressant de rechercher dans la littérature médicale à quelles conclusions bactériologiques et cliniques étaient arrivés les médecins étrangers. Ce sont ces documents que nous désirons communiquer aujourd'hui à la Société. Nous rappellerons auparavant que nos recherches bactériologiques nous avaient montré les faits suivants (1) :

1° Rareté extrême du cocco-bacille de Pfeiffer;

(1) F. Bezançon et I. de Jong. Caractères bactériologiques des crachats au cours de l'épidémie dite de grippe de l'hiver 1904-1905, Soc. méd. des hôpit., 24 fév. 1905.

2° Infection polymicrobienne des voies respiratoires due aux saprophytes ordinaires, pneumocoque, streptocoque, entérocoque, avec prédominance de deux espèces microbiennes encore à peine entrevues, le micrococcus catarrhalis et le paratétragène zoogléique;

3° Qu'à ce propos enfin nous nous étions demandé si la grippe, ou tout au moins la variété de grippe qui revêtait les allures de la petite épidémie qui sévissait à ce moment, au lieu d'être considérée comme une maladie spécifique, ne devrait pas être rangée simplement parmi les affections catarrhales saisonnières.

Cette opinion ne laissa pas que de paraître à beaucoup quelque peu révolutionnaire et l'on pensa d'une part que nous jetions trop facilement par-dessus bord le cocco-bacille de Pfeiffer, d'autre part que l'entité grippe était quelque chose de nettement défini.

Or, l'étude des documents étrangers qui va suivre, montre le bien fondé de nos préoccupations pathogéniques et l'exactitude de nos recherches bactériologiques :

A la Société des médecins de Vienne le 10 février 1905 (1), le professeur Kretz, bactériologiste de l'hôpital François-Joseph, signale qu'il existe, « de l'avis unanime, » une épidémie de grippe, et apporte les résultats des examens qu'il a pratiqués du 1er novembre 1904 au 31 janvier 1905. Sur 54 examens il trouve, à son grand étonnement, 27 fois seulement du Pfeiffer. Et encore de ces 27 cas il en retranche 17 où le microbe était rare, pour n'en garder que 11 indiscutables. Dans les 27 autres examens de sécrétions de malades considérés comme grippés dans les services de l'hôpital, il a trouvé des cocci et pas trace de bacille de Pfeiffer. Kretz admettant, semble-t-il, la spécificité du bacille du Pfeiffer, se demande, devant cette épidémie dite de grippe, si l'on ne doit pas séparer de la grippe-influenza (*Bacilläre Influenza*) une grippe endémique banale, « bien que cliniquement elle soit difficile à distinguer, ce qui expliquerait l'erreur dans laquelle on serait tombé en croyant à une épidémie d'influenza. »

Sternberg, au cours de la discussion, apporte de son côté les résultats de ses examens au Rudolfshospital. Sur 70 examens il n'a trouvé que 13 fois du bacille de Pfeiffer et dans tous les autres cas, des diplocoques, du Friedländer, du catarrhalis. Fait à noter, alors qu'en 1899 l'auteur (comme l'un de nous à Paris) avait rencontré dans plus de 100 cas le bacille de Pfeiffer, en 1903-1904 déjà il ne l'avait plus trouvé que 4 fois sur 56.

A New-York, au cours d'une épidémie considérée comme de la grippe, le 16 février 1905, à l'Académie de médecine de New-York (2), une discussion s'est élevée sur la question de la grippe. W. H. Park constate que, si on a trouvé des bacilles de Pfeiffer, ils étaient moins nombreux que les cocci, et toujours associés à de nombreuses autres espèces, de sorte qu'il était très difficile de les diagnostiquer même sur sang gélosé. Est-il même certain que les organismes considérés comme du Pfeiffer ou des variétés, en étaient réellement? L'auteur ne peut tirer aucune conclusion de ses examens bactériologiques de cet hiver. Hastings dit n'avoir trouvé que du Pfeiffer, mais il a certainement pris pour du Pfeiffer le micrococcus catarrhalis, quand il dit : « Par sa morphologie et sa réaction colorante, le bacille de la grippe ressemblait au gonocoque. Il poussait facilement sur gélose simple et sur gélose glycérinée. » Faut-il rappeler que le Pfeiffer ne pousse que sur milieu au sang, et ne peut être confondu avec le gonocoque, bien plus volumineux et autrement groupé? Knapp dans 8 cas de trachôme a trouvé du Pfeiffer. Dench a vu de nombreuses otites à la suite « de coryza ou d'attaques de grippe ». Il n'a jamais trouvé du Pfeiffer mais du streptocoque, ou du pneumocoque virulent, souvent associés. Au point de vue clinique tous insistent sur la difficulté du diagnostic de grippe et se préoccupent de savoir où finissent le coryza et la bronchite, où commence la grippe. P. A. Connor notamment, comme Kretz à Vienne, propose de séparer les catarrhes des vraies épidémies d'influenza dont il a « en vain essayé de trouver un vrai cas depuis trois ans à l'Hudson street Hospital ».

(1) Kretz. In *Wiener klin. Wochens.*, 1905, n° 7, p. 177.
(2) W. H. Park. *Med. Record*, 18 mars 1905, p. 434.

Les résultats de Ruhemann (de Berlin), dans un article destiné surtout à montrer les relations entre l'exposition d'une ville exposée aux rayons du soleil et les états épidémiques (1), sont particulièrement intéressants. Ruhemann croit à la spécificité du bacille de Pfeiffer, aussi n'est-il pas peu étonné de constater qu'en 1904 il n'a vu que 24 influenzas typiques sur 78 cas de maladies des voies respiratoires. Or en 1903 sur 7 examens, 6 fois il trouva du Pfeiffer; pendant le dernier trimestre de 1904, 10 recherches (aspects dans les exsudats et cultures) furent faites et les 10 fois, la recherche du Pfeiffer fut négative, mais on trouva du pneumocoque, du streptocoque, du catarrhalis. De même toutes les recherches faites en janvier et février 1905 furent négatives quant au Pfeiffer. Pour bien marquer le contraste, il rappelle encore que d'août 1900 à août 1904 il a fait faire des examens qui montrèrent 117 fois du Pfeiffer, tandis que d'août 1904 à mars 1905, jamais on n'a pu déceler ce microbe.

Comme il croit et à la spécificité du Pfeiffer et à la spécificité de la grippe, il arrive à cette conclusion que seul l'examen bactériologique permettra d'affirmer le diagnostic d'influenza, qu'il ne s'agissait pas cet hiver d'influenza véritable, que « les agents de la fièvre catarrhale exaltée peuvent créer des états cliniques consécutifs, qu'on a rattachés à l'influenza, On manque souvent d'ailleurs de signes cliniques absolument concluants permettant un diagnostic différentiel entre l'influenza et les affections par refroidissement ». Notons encore d'après cet article qu'il semble y avoir eu une épidémie dite de grippe, cet hiver, à Copenhague, épidémie d'ailleurs bénigne.

Klieneberger (2) a observé une petite épidémie à Francfort pendant l'hiver 1904-1905. « Les malades, tant d'après les médecins de la ville, que d'après les médecins de l'hôpital, présentaient des symptômes de grippe. »

Dans 27 cas étudiés, le micrococcus catarrhalis était prédominant, quelquefois pur. Dans 4 cas seulement le Pfeiffer était abondant. Cet auteur insiste sur la fréquence avec laquelle on rencontre du catarrhalis chez des malades dans les exsudats desquels on s'attendait à trouver du Pfeiffer, et sur la difficulté qu'on peut éprouver à l'examen direct à

(1) Ruhemann L'exposition au soleil et l'épidémie saisonnière de 1904-1905, *Berlin. klin. Wochens.*, 13 mars 1905, n° 11.
(2) Klieneberger. Les bacilles hémophiles, in *Deuts. med. Wochens.*, 13 avril 1905, p. 575.

reconnaître le catarrhalis ou le Pfeiffer. Quant à lui il est sûr de ses résultats de culture, car au laboratoire d'Ehrlich, ils ont l'habitude d'étudier les bacilles hémophiles qui forment un groupe dont la classification serait peut-être à reviser.

La question de l'influenza fut également l'objet d'une discussion à la Hunterian society de Londres (1).

Au point de vue clinique, cette discussion n'apporte aucun fait nouveau, les orateurs insistent uniquement sur la variabilité des symptômes de la maladie.

Le docteur Bulloch, au point de vue bactériologique ayant rappelé à ses auditeurs les caractères du cocco-bacille hémophile, fit remarquer que, « dans les dernières années, on n'a presque pas trouvé le Pfeiffer dans de nombreuses affections catarrhales diagnostiquées influenza. »... Ce qu'on appelle influenza n'est pas une seule maladie, mais probablement une série de maladies causées par différents microbes parmi lesquels le micrococcus catarrhalis occupe une place prépondérante. »

Au XIII[e] Congrès de médecine interne tenu à Wiesbaden du 12 au 15 avril 1905, Pick (de Prague) combat la théorie de Wassermann sur la disparition rapide du bacille de Pfeiffer dans les crachats montre que ce microbe n'a pas été trouvé dans les dernières épidémies même dans les cas les plus nets au point de vue clinique. Il ne l'a pas rencontré dans la récente épidémie saisonnière, mais dans des cas de coqueluche. Et Jochmann (de Berlin) confirme ces résultats.

Enfin G. Rosenthal (2) confirme la rareté du cocco-bacille cet hiver, et insiste à nouveau sur la non-spécificité de ce microbe.

Quelques voix discordantes se sont cependant élevées. MM. Nobécourt et Paisseau (3) ont trouvé cet hiver le cocco-bacille de Pfeiffer chez des petits malades de l'hospice des Enfants Assistés, où aurait régné un état épidémique assez net de novembre 1904 à mars 1905. Mais on doit faire remarquer que leurs examens bactériologiques se rapportent à 1 cas de tuberculose pulmonaire cavitaire, 1 cas de coqueluche, 1 de scarlatine avec otite, 2 de rougeole avec broncho-pneumonie. Or il est de notion courante actuellement que ce sont précisément dans ces affections, surtout chez les enfants, qu'on a trouvé du Pfeiffer, en dehors de tout état épidémique rappelant la grippe. Que le cocco-bacille de ces malades exalté ait pu créer un état épidémique local, au même titre, d'ailleurs, que n'importe quel autre microbe, c'est possible. Mais nous n'avons pas trouvé, rapporté dans leur travail, d'examen bactériologique d'exsudats d'individus jusque-là normaux et ayant eu des accidents infectieux à cette époque. Leur travail n'infirme donc en rien nos résultats.

De ces travaux parus à la même époque et dans différents pays, il résulte que le cocco-bacille de Pfeiffer qui s'était montré nettement prédominant dans un certain nombre des épidémies antérieures, a été rare ou absent dans la flore des voies respiratoires au cours de l'épidémie saisonnière du dernier hiver, et que, d'autre part, cette flore a été surtout constituée par des cocci avec prédominance d'espèces jusque-là peu décrites, telles que le catarrhalis. Ces faits confirment donc d'une façon absolue nos conclusions bactériologiques.

(1) *Lancet* du 13 mai 1905.
(2) Rosenthal. *Arch. gén. de méd.*, n° 21 du 23 mai 1905.
(3) Nobécourt et Paisseau. *Arch. gén. de méd.*, n° 17, 25 avril 1905.

Mais tandis que nous avions considéré qu'ils remettaient en question le problème tout entier de la pathogénie de la grippe, la plupart des auteurs étrangers, imbus de l'idée du bacille de Pfeiffer, microbe spécifique de la grippe, maladie spécifique, ont préféré admettre, plutôt que de faire déchoir ce microbe de son rôle, qu'il existe deux grippes, la grippe-influenza, type 1889, grippe véritable due au bacille de Pfeiffer, et la grippe saisonnière, due à des microbes saprophytes des voies respiratoires, ces deux grippes étant cliniquement d'allures très voisines. Or dans une note antérieure (1), nous avons montré au point de vue bactériologique que rien n'autorise aujourd'hui à soutenir pareille opinion, puisqu'en 1889, lors de la grande épidémie qui est restée le prototype de la grippe, on ne connaissait pas le bacille de Pfeiffer décrit seulement en 1892, et que rien ne prouve que ce bacille y ait joué un rôle quelconque. D'autre part, on doit considérer aujourd'hui le bacille de Pfeiffer comme un simple saprophyte des voies respiratoires (Rosenthal), existant chez des individus normaux et agent microbien prédominant au cours d'un grand nombre d'affections des voies respiratoires, n'ayant rien de commun avec la grippe.

Quant aux rapports des petites épidémies saisonnières et des grandes épidémies, c'est là un problème dont nous avons déjà essayé de montrer (2), toute la difficulté, en insistant sur les antinomies qui existent à ce point de vue entre les données bactériologiques, cliniques et épidémiologiques. Nous ne voulons pas rouvrir aujourd'hui la discussion concernant la place de la grippe en nosographie. Nous avons seulement voulu montrer que nos recherches bactériologiques se trouvent entièrement confirmées par les travaux parus parallèlement ou postérieurement aux nôtres, et que tous ces travaux remettent en discussion le problème pathogénique de la grippe, qui, il y a quelques années, semblait presque résolu.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 9 OCTOBRE 1905)

Etude du sang dans un cas d'hémophilie, par M. P.-Emile Weil. — La raison pour laquelle le sang n'a aucune tendance à se coaguler, au niveau d'une plaie même petite, chez les malades dits *hémophiles*, échappe jusqu'ici complètement. On a incriminé tour à tour la crase du sang, les vaisseaux, les tissus, sans fournir la preuve de leur rôle ni arriver à fixer le déterminisme du phénomène.

Des expériences auxquelles s'est livré M. Emile Weil, il résulte que l'anomalie de coagulation que présentent les hémophiles ne tient pas à la présence de substances anticoagulantes dans le sang. Elle est provoquée par l'absence ou l'altération de certaines substances normales, probablement du ferment coagulant, la thrombose. Il suffit d'en remettre des traces

(1) F. Bezançon et S. Israels de Jong. A propos de la grippe (2[e] note), Soc. méd. des hôpit., séance du 10 mars 1905.
(2) Loc. cit.

avec du sérum normal pour rendre la coagulation normale. Le sérum humain peut être suppléé par du sérum animal. Il est vraisemblable qu'il y a chez les hémophiles non athrombasie, mais dysthrombasie, puisque la coagulation finit par se faire spontanément *in vitro*, et que les sels de chaux la favorisent.

Ces faits sont importants au point de vue de la pathogénie et de la thérapeutique des états hémophiliques.

PRATIQUE MÉDICALE

LE BROMIDIA

Par le docteur P.-L. LECTOURE.

Une des ressources les plus précieuses de la thérapeutique est sans contredit l'emploi des associations médicamenteuses, et nous parlons ici de celles qui visent à renforcer l'effet d'un médicament déterminé en lui adjoignant d'autres substances concourant au même but. Ces substances médicamenteuses associées n'agissent pas toujours de la même façon, elles parviennent à un résultat identique par des voies différentes et l'on conçoit aisément l'avantage énorme qu'on peut retirer de ce fait lorsqu'il s'agit de combattre des syndromes aussi complexes, ressortissant à des causes aussi variées que l'insomnie, la douleur, les états convulsifs, etc. Souvent dans ces cas, et avant même d'avoir pu porter un diagnostic causal précis, on est obligé d'atteindre les manifestations symptomatiques; il est indispensable alors d'avoir à son service une préparation capable d'agir simultanément sur les différents systèmes dont la lésion ou le trouble fonctionnel peut entraîner le tableau clinique que l'on a sous les yeux. Or, il n'est pas de médicament qui réalise plus parfaitement cet idéal que le bromidia.

Nous n'avons point la prétention de le présenter au lecteur; il s'agit, comme chacun le sait, d'un hypnotique à formule bien connue, au moins dans sa composition générale. Nous rappelons qu'il renferme *par cuillerée à café* :

Bromure de potassium...... } *áâ* 1 gramme.
Chloral pur................ }
Extrait de chanvre indien ... } *áâ* 0g01 centigram.
Extrait de jusquiame........ }

Il suffit d'avoir présents à la mémoire le mode d'action et les effets de ces diverses substances pour saisir immédiatement les avantages de leur association; résumons-les en quelques mots.

Le chloral est un somnifère dont l'action s'exerce sur le cerveau d'une façon prépondérante, tout en étant très considérable encore sur la moelle et le bulbe. Sous son influence, il se produit rapidement une lassitude et une sensation d'engourdissement cérébral suivies d'un irrésistible besoin de dormir; le sommeil ainsi provoqué est tranquille, paisible et ressemble absolument au sommeil physiologique. D'autre part les sensations douloureuses s'émoussent.

Le chloral est donc le somnifère de choix, très sûr, absolument désigné dans tous les cas d'excitation des centres nerveux : « les nombreux hypnotiques préconisés récemment n'ont pu encore le détrôner, » dit M. Gaston Lyon dans son *Traité de clinique thérapeutique.*

Le bromure de potassium, lui, est un modérateur de l'impressionabilité réflexe du cerveau; il n'est pas directement hypnotique, mais il est sédatif, c'est-à-dire qu'en réduisant d'une façon très marquée des impressions qui normalement provoqueraient une forte réaction, il détermine une sensation de repos qui conduit au sommeil. C'est un dépresseur des centres et accessoirement de tout le système nerveux; il agit simultanément sur l'encéphale et la moelle, sur les extrémités des nerfs sensitifs, enfin sur la circulation par le potassium.

Le chanvre indien est un somnifère et un antispasmodique, il diminue l'excitabilité des nerfs sensitifs et il a un pouvoir sédatif analogue à celui du bromure de potassium; mais tandis que ce dernier agit sur le système cérébro-spinal le cannabis indica agit sur le système nerveux de l'estomac et du cœur.

La jusquiame enfin est, elle aussi, un modérateur du pouvoir réflexe; elle jouit de propriétés sédatives très nettes chez les excités.

Avec ces notions il nous est loisible de passer en revue quelques-unes des multiples affections où le bromidia peut nous rendre des services. Nous citerons tout d'abord l'*insomnie*, qui est au premier chef justiciable du bromidia. Gaston Lyon, Lemonski en recommandent la formule.

Que l'insomnie soit d'origine purement nerveuse ou provienne de l'imprégnation toxique du cerveau, que la cause soit périphérique comme la douleur, ou centrale comme dans les névroses, le surmenage, on pourra avoir recours au bromidia sans redouter de mécomptes. Par sa composition complexe, nous venons de le voir, il exerce son action sur toute l'étendue du système nerveux central et périphérique, et là souvent où l'opium échoue, le bromidia provoque le sommeil avec cet avantage de ne pas influencer les sécrétions. On connaît la nécessité absolue de faire dormir les malades atteints de *delirium tremens*; or, dans ces cas où le chloral employé seul doit être surveillé de très près et n'est pas sans dangers, le bromidia fait merveille grâce à l'association médicamenteuse. Voici ce que dit à ce sujet le docteur Alfred Martinet, dont on connaît la grande compétence en thérapeutique, dans son excellent ouvrage *Les médicaments* : « Le bromidia est certainement un des meilleurs sédatifs hypnotiques que nous connaissions. Il est particulièrement recommandé dans le délire alcoolique. » Mentionnons encore des observations probantes de R. Sterling, Goldman, O. Hamilton, Crothers, etc.

L'action associée du bromure de potassium fait du bromidia le médicament de choix dans tous les cas où il s'agit d'obtenir la sédation de l'excitabilité anormale du système nerveux. Le vaste groupe des *affections spasmodiques*, en particulier, retire un grand bénéfice de l'emploi du produit américain. Nous voyons en effet, en compulsant les observations relatives à ce groupe, que le bromidia réussit admirablement dans les *convulsions infantiles* (Décugis, Prévost, Le Roy, Borie, etc.), ce qui se conçoit aisément, le bromure et le chloral étant deux médicaments très actifs en l'espèce, et très bien tolérés par les enfants.

On sait combien le bromure de potassium réussit dans l'*asthme*, aussi ne serons-nous pas surpris de voir de nombreux cas cités (Prévost, Deltel, Wivelet, Bellancourt, etc.) où cette affection a été considérablement améliorée par le bromidia. Des observations multiples de Sollélis, Maloy, Kenrick-Davies, Wright entre autres, montrent quels excellents résultats on peut attendre du médicament dans la *coqueluche*; la présence de la jusquiame dans l'association médicamenteuse doit jouer un rôle qu'il est logique d'admettre.

Nous ne saurions prétendre à citer toutes les maladies où l'on s'est bien trouvé de l'emploi du bromidia; il est bon cependant, au moment où nous allons entrer dans la saison hivernale, de rappeler qu'il réussit admirablement au cours et dans la convalescence de la *grippe à forme nerveuse* (1).

On peut affirmer que toutes les *névralgies* sont soulagées par le bromidia, qu'elles soient ou non d'origine névritique, qu'il s'agisse de douleurs localisées sur un tronc nerveux ou à siège diffus comme les douleurs musculaires. La jusquiame a d'ailleurs une action élective sur les névrites. Quant aux *névralgies viscérales* et notamment celles du tractus gastro-intestinal, elles sont complètement calmées par la préparation

(1) X. Delmis. *Gaz. des hôpit.*, 28 janv. 1892.

que nous étudions. Germain Sée n'a-t-il pas montré en effet que le cannabis indica constitue un sédatif gastro-intestinal absolument sûr?

Signalons aussi que plusieurs médecins, Morel entre autres, ont constaté les heureux effets du bromidia dans les *crises douloureuses du tabes*. Dans l'*hystérie* il donne des résultats bien préférables à ceux du bromure isolé, et ce que nous disons là est également vrai pour la *chorée* (Ruffieur, Vicq, Gorski, Blanc, Wright). Notons également que le professeur Lortet (de Lyon) a vu le bromidia réussir dans le *goitre exophtalmique* et que le médicament s'est montré efficace dans plusieurs cas de *tétanos*.

Outre l'*épilepsie* où il est indiqué de songer au bromidia, ce dernier peut rendre de signalés services dans l'*éclampsie*, l'*urémie*, l'empoisonnement par la *strychnine*, le *tic douloureux de la face*, les *vomissements incoercibles*, la *laryngite striduleuse*, l'*éréthisme génital*, l'*hyperesthésie vésicale avec incontinence*, les *palpitations* et les *cardiopathies nerveuses*, etc.

Nous arrêterons là cette énumération, et nous dirons quelques mots de la préparation elle-même et de son mode d'emploi. D'une façon générale celui-ci consiste à administrer une demi-cuillerée ou une cuillerée à café toutes les heures dans un demi-verre d'eau pure ou sucrée jusqu'à ce que la sédation et le sommeil surviennent; bien entendu ces doses seront modifiées par le praticien suivant le cas, l'âge et la susceptibilité particulière du malade.

Le choix des substances médicamenteuses associées dans le bromidia est des plus heureux; le cannabis indica, par exemple, prévient par son action spéciale sur l'appareil gastro-intestinal les sensations pénibles qu'entraîne souvent l'absorption du chloral et du bromure de potassium isolés, et de ce fait la préparation n'est nullement irritante.

On aurait tort cependant de croire qu'il suffit de prescrire la formule du bromidia pour en obtenir les effets; outre que la pureté absolue des produits est une condition *sine qua non* du succès, il y a dans le mode de préparation et dans l'adjonction du véhicule un tour de main spécial.

La préparation magistrale extemporanée peut donc être bonne, elle n'est pas parfaite; la fabrication du bromidia exige en effet plusieurs jours d'attention constante et il est d'autre part indispensable d'opérer sur des quantités considérables.

On est donc sûr, en ayant recours au bromidia, d'avoir en lui un produit absolument parfait, scientifiquement et rigoureusement dosé, dont on est en droit d'attendre des succès thérapeutiques certains.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ARRÊTÉ FIXANT LE TARIF DES FRAIS MÉDICAUX & PHARMACEUTIQUES EN MATIÈRE D'ACCIDENTS DU TRAVAIL (1)

Le ministre du Commerce, de l'Industrie, des Postes et des Télégraphes,

Vu l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, modifié par la loi du 31 mars 1905, et notamment le paragraphe 2 ainsi conçu :

« La victime peut toujours faire choix elle-même de son médecin et de son pharmacien. Dans ce cas, le chef d'entreprise ne peut être tenu des frais médicaux et pharmaceutiques que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton où est survenu l'accident, conformément à un tarif qui sera établi par arrêté du ministre du Commerce, après avis d'une commission spéciale comprenant des représentants de syndicats de médecins et de pharmaciens, de syndicats professionnels ouvriers et patronaux, de sociétés d'assurances contre les accidents du travail et de syndicats de garantie, et qui ne pourra être modifié qu'à intervalles de deux ans ; »

Vu l'article 2 de la loi du 31 mars 1905, aux termes duquel le tarif visé à l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 modifié devra être établi dans un délai de six mois à compter de la promulgation de ladite loi et publié au *Journal officiel* pour devenir applicable un mois après cette publication ;

Vu l'avis de la commission instituée par arrêté du 20 mai 1905 ;

Sur la proposition du directeur de l'assurance et de la prévoyance sociales,

Arrête :

TITRE PREMIER — FRAIS MÉDICAUX

ARTICLE PREMIER. — Le prix de la visite faite au domicile du blessé qui ne peut se présenter à la consultation, sans inconvénient pour sa santé, est fixé à 2 francs.

Il est élevé à 2 fr. 50 : 1° à Paris ; 2° dans les localités où il serait reconnu, après enquête, qu'antérieurement à 1901 le prix courant de la visite pour les ouvriers traités dans lesdites localités était égal ou supérieur à 2 fr. 50. La désignation de ces localités sera faite par arrêté ministériel, après avis de la commission spéciale prévue à l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, modifié par la oi du 31 mars 1905, sur la demande qui en serait adressée au lministre du Commerce, au plus tard dans les trois mois de la publication du présent arrêté, par les syndicats médicaux ou par les associations locales de l'association générale des médecins de France, par les groupements professionnels ouvriers ou par les groupements professionnels patronaux intéressés.

Il est réduit à 1 fr. 50 : 1° dans les localités comptant moins de 5 000 habitants ; 2° dans les localités, quelle que soit leur population, où il serait reconnu, suivant les formes et conditions spécifiées à l'alinéa précédent, qu'antérieurement à 1901 le prix courant de la visite pour les ouvriers était inférieur ou égal à 1 fr. 50.

ART. 2. — Le prix de la consultation au cabinet du médecin est inférieur de 50 centimes au prix de la visite, tel qu'il est spécifié à l'article précédent.

ART. 3. — Le prix de la visite ou de la consultation comprend un pansement aseptique simple ou petit pansement.

Néanmoins, pour le pansement aseptique fait au cours de la première visite ou consultation, il est alloué un honoraire égal à celui de la visite ou de la consultation, tel que le déterminent les articles 1 et 2 ci-dessus.

ART. 4. — Le prix de la visite est double, lorsqu'elle doit avoir lieu à heure fixe dans le cas prévu par le cinquième alinéa de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898.

ART. 5. — Le prix de la visite est triple lorsque, dans les cas graves et pressants, elle doit avoir lieu entre neuf heures du soir et six heures du matin.

ART. 6. — Lorsque la visite doit être suivie d'une surveillance prolongée dans l'éventualité de complications menaçant la vie, chaque demi-heure de surveillance équivaut à une visite en plus dans la limite d'un maximum de cinq visites.

ART. 7. — Lorsque, dans des cas graves et pressants, un confrère doit être appelé en consultation, le prix de la consultation équivaut au prix de quatre visites, tant pour le médecin traitant que pour le médecin appelé en consultation.

ART. 8. — Donne lieu à une indemnité kilométrique toute visite au domicile du blessé qui ne peut se déplacer sans inconvénient pour sa santé et exigeant un déplacement du médecin dans une commune qu'il ne visite pas régulièrement ou dans laquelle il ne donne pas de consultations à jours fixes. Même dans ce cas, l'indemnité est due s'il y a lieu à un déplacement spécial d'urgence.

Cette indemnité est calculée par kilomètre parcouru, en allant et en revenant, entre la limite de la commune de la réridence du médecin et la mairie de la commune où est traité le blessé, à raison de : 1° 20 centimes, si le transport a été effectué en chemin de fer ; 2° 40 centimes, si le transport a eu lieu autrement.

Elle ne peut toutefois excéder l'indemnité attribuable au médecin le plus rapproché.

Elle est réduite des trois quarts, lorsque le médecin utilise son passage dans la résidence du blessé sans se déplacer exclusivement pour lui.

Elle est majorée de moitié, lorsque la visite doit être faite d'urgence entre neuf heures du soir et six heures du matin.

ART. 9. — Le certificat médical initial constatant sommairement la nature de la blessure et le pronostic probable donne droit à une indemnité spéciale de 2 francs.

En cas de blessures multiples, ou bien de contusions ou brûlures, portant sur le thorax, l'abdomen ou la tête, le certificat initial descriptif de l'état du blessé donne droit à une indemnité spéciale de 5 francs.

Le certificat final descriptif, constatant l'état du blessé après consolidation de la blessure, donne droit à une indemnité spéciale de 5 francs.

Le certificat par lequel le médecin indique, dans sa dernière consultation, la guérison du blessé, ne donne pas lieu à indemnité spéciale.

ART. 10. — Les soins médicaux et opérations de petite chirurgie donnent droit, en sus du prix de la consultation ou de la visite, aux allocations spécifiées ci-après :

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 40, p. 477, et n° 44, p. 525.

A. — Allocation correspondant au prix d'une visite ou d'une consultation :

1. Pointes de feu.
2. Cautères.
3. Sangsues.
4. Ventouses.
5. Avulsion de dent sans anesthésie.
6. Cathétérisme évacuateur répété.
7. Séance de massage de la main ou du pied par le médecin traitant.

B. — Allocation correspondant au prix de deux visites ou consultations.

1. Ouverture d'abcès superficiel.
2. Suture simple.
3. Anesthésie locale.
4. Ablation d'esquilles ou pointes osseuses.
5. Ablation d'ongles semi-détachés.
6. Ablation de parties condamnées.
7. Pansement antiseptique complet, pansement hémostatique ou grands bandages compressifs.
8. Injections hypodermiques.
9. Cautérisations profondes.
10. Séance complète de massages autres que ceux de la main ou du pied par le médecin traitant.
11. Séance complète d'électrisation par le médecin traitant au moyen d'appareils portatifs.
12. Extraction facile de corps étrangers sous la peau.
13. Toucher vaginal et examen au spéculum.
14. Toucher rectal.
15. Répétition de la pose de petits appareils plâtrés ou silicatés au-dessous du genou ou du coude.
16. Injection de sérum physiologique.

Note. — Lorsque le traitement d'une plaie exigera au cours d'une même visite ou consultation, plusieurs des opérations suivantes : ablation d'esquilles, de pointes osseuses, d'ongles semi-détachés, de parties condamnées, ces opérations ne seront pas comptées distinctement et il ne sera alloué que l'honoraire afférent à l'une d'elles.

C. — Allocation correspondant au prix de trois visites ou consultations :

1. Pansement de brûlures, gangrènes, vastes traumatismes, de larges plaies post-opératoires, y compris les ablations nécessaires.
2. Pansement intra-utérin.
3. Hémostase par ligature au fond d'une plaie.
4. Saignée.
5. Opération de diagnostic nécessitant un outillage et une technique spéciaux : otoscopie, rhinoscopie, laryngoscopie, ophtalmoscopie.
6. Contention de fractures simples des côtes, de l'omoplate, du sternum, des os du crâne, etc., quand elle n'exige pas d'intervention spéciale et en dehors de toute complication.

D. — Allocation correspondant au prix de cinq visites ou consultations :

1. Réunion par sutures multiples.
2. Traitement de l'asphyxie.
3. Evacuation de foyers sanguins ou purulents par larges débridements et drainages.
4. Pansement de brûlures graves ou étendues.
5. Extraction facile de corps étrangers des cavités naturelles.
6. Taxis sans anesthésie par les méthodes de douceur.
7. Injections sous-cutanées de sérums antimicrobiens et antitoxiques y compris le traitement des accidents locaux consécutifs.
8. Lavage de la plèvre, lavage de la vessie avec cathétérisme.
9. Réduction facile de luxations cédant aux méthodes de douceur.
10. Réduction et contention des fractures simples des doigts, des orteils, des métacarpiens et métatarsiens.
11. Répétition de pose d'appareils plâtrés ou silicatés pour les parties du corps autres que celles visées au n° 15 du groupe B.
12. Greffes épidermiques.

E. — Allocation correspondant au prix de dix visites ou consultations :

1. Anesthésie générale.
2. Ponctions dans les diverses cavités suivies ou non d'injection.
3. Réduction des luxations, ne cédant pas aux méthodes de douceur, du poignet, du maxillaire inférieur, de la rotule sans délabrement.
4. Réduction des fractures simples du corps de l'humérus, du cubitus, du radius, de la clavicule.
5. Réduction des fractures simples du maxillaire inférieur.
6. Amputation d'un doigt ou d'un orteil.
7. Extirpation d'hématomes, de corps étrangers enkystés ou de petites bourses séreuses enflammées.

Art. 11. — Les opérations de grande chirurgie donnent droit, en sus du prix de la consultation ou de la visite, aux allocations spécifiées ci-après :

F. — Allocation de 20 francs, 25 francs ou 35 francs, suivant que le prix de la visite pour la localité est respectivement de 1 fr. 50, 2 francs ou 2 fr. 50 :

1. Hématocèle vaginale.
2. Réduction des fractures du péroné.
3. Ligature de la radiale, cubitale, humérale, faciale ou temporale.

G. — Allocation de 25 francs, 30 francs ou 40 francs, suivant que le prix de la visite pour la localité est respectivement de 1 fr. 50, 2 francs ou 2 fr. 50 :

1. Curetage utérin.
2. Ténotomie, comprenant la suture des tendons superficiels du poignet, de la main, du pied ou du cou-de-pied.
3. Périnéorraphie n'intéressant pas le sphincter de l'anus.
4. Trépanation simple du crâne.
5. Réduction des fractures intra ou juxta-articulaires du poignet ou des os de la face.

H. — Allocation de 30 francs, 40 francs ou 55 francs, suivant que le prix de la visite pour la localité est respectivement de 1 fr. 50, 2 francs ou 2 fr. 50 :

1. Urétrotomie externe ou interne.
2. Accouchements d'origine traumatique sans complication.
3. Arthrotomie du carpe, du métacarpe, du poignet, du pied, du cou-de-pied, du coude, du genou.
4. Ligature des tibiales et péronières, de la poplitée, fémorale, linguale, des carotides, des artères palmaires et plantaires.
5. Empyème simple.

I. — Allocation de 40 francs, 55 francs ou 75 francs, suivant que le prix de la visite pour la localité est respectivement de 1 fr. 50, 2 francs ou 2 fr. 50 :

1. Réduction des fractures du corps du fémur et du tibia, du genou, du cou-de-pied, de la rotule, de la colonne vertébrale, du bassin.
2. Amputation du bras.
3. Ligature de l'axillaire, de la sous-clavière.

J. — Allocation de 60 francs, 75 francs ou 100 francs, suivant que le prix de la visite pour la localité est respectivement de 1 fr. 50, 2 francs ou 2 fr. 50 :

1. Trachéotomie sans complication.
2. Kélotomie sans complication.
3. Opération sur le rein après blessure ou déchirure de l'organe.
4. Réduction des fractures des deux os de la jambe.
5. Arthrotomie de l'épaule, de la hanche.
6. Désarticulation du carpe, du métacarpe, du poignet, du pied, du cou-de-pied, du coude, du genou.
7. Amputation de l'avant-bras, de la jambe.
8. Laparotomie exploratrice.

K. — Allocation de 75 francs, 100 francs ou 130 francs, suivant que le prix de la visite pour la localité est respectivement de 1 fr. 50, 2 francs ou 2 fr. 50.

1. Désarticulation de l'épaule.
2. Ligature de l'iliaque externe.

L. — Allocation de 110 francs, 150 francs ou 200 francs, suique le prix de la visite pour la localité est respectivement de 1 fr. 50, 2 francs ou 2 fr. 50 :

1. Désarticulation de la hanche.
2. Amputation de la cuisse.

Art. 12. — Les opérations suivantes donnent lieu, suivant les cas, aux allocations dont le minimum et le maximum sont déterminés ci-après :

1. Curetage et grattage des os, de 25 à 40 francs.
2. Evidement et trépanation des os, de 40 à 75 francs.
3. Sections et sutures des nerfs ou des tendons autres que ceux prévus au n° 2 du groupe G, de 40 à 75 francs.
4. Hématocèle intra-utérine, de 40 à 75 francs.
5. Réduction des fractures des os du crâne, de 40 à 75 francs.
6. Réductions des luxations ayant nécessité l'emploi des appareils et des méthodes de force, du pouce, de l'épaule, du cou-de-pied, du genou, de 40 à 125 francs.
7. Grands phlegmons et abcès profonds, de 55 à 75 francs.
8. Empyème avec résection costale, de 55 à 100 francs.
9. Autoplasties, de 55 à 100 francs.
10. Réduction des fractures intra ou juxta-articulaires de l'épaule, du coude, de la hanche, de 55 à 100.
11. Opérations après rupture de l'urètre, de 75 à 100 francs.
12. Résections articulaires du carpe, du métacarpe, du poignet, du pied, du cou-de-pied, du coude, du genou, de 75 à 100 francs.
13. Trachéotomie compliquée, de 75 à 125 francs.
14. Laparotomie suivie d'opérations sur les viscères abdominaux, de 75 à 150 francs.
15. Kélotomie avec complications (anus contre nature, résection de l'intestin, etc.), de 75 à 150 francs.
16. Périnéorraphies autres que celles visées au n° 3 du groupe G, de 75 à 150 francs.
17. Réduction des luxations — ayant nécessité l'emploi des appa-

reils et des méthodes de force — du coude, de la hanche, de 75 à 150 francs.

18. Résections articulaires de l'épaule, de la hanche, de 75 à 150 francs.

19. Opération d'Estlander, de 100 à 150 francs.

20. Trépanation compliquée du crâne, volet cranien, de 100 à 150 francs.

Dans l'allocation afférente à toute réduction de luxation ou de fracture se trouve comprise la pose du premier bandage contentif ou du premier appareil plâtré ou silicaté, s'il y a lieu.

ART. 13. — Pour les interventions de grande chirurgie, la rémunération de tout aide (docteur en médecine ou officier de santé) est fixée au quart du prix de l'opération, sans que, quel que soit le nombre des aides, leur rémunération totale puisse dépasser la moitié de ce prix.

ART. 14. — Lorsque, sur l'avis écrit du médecin traitant, le blessé doit s'adresser à un médecin spécialiste, il y a lieu à attribution des honoraires ci-après :

A. — Médecins oculistes :

1. Examen du blessé, y compris un pansement simple, 3 francs.

2. Extraction d'un corps étranger superficiel, y compris un autre pansement, 5 francs.

3. Extraction d'un corps étranger de la cornée avec kératite, y compris quatre autres pansements, 15 francs.

4. Opération de moyenne importance sur la cornée, la sclérotique, l'iris (sutures cornéennes, autoplastie conjonctivale, ulcères infectieux, excision de prolapsus iridiens, opérations sur les voies lacrymales et les paupières, discision de cataractes secondaires, etc), y compris quatre autres pansements, 35 francs.

5. Opérations sérieuses (cataractes traumatiques, extraction de corps étrangers du corps vitré, du cristallin, énucléation, éviscération, iridectomie, etc.), y compris quatre autres pansements, 75 francs.

(Au delà de cinq pansements, chacun est compté pour 3 francs, sans que le nombre des pansements supplémentaires puisse dépasser vingt.)

B. — Médecins, oto, rhino-laryngologistes :

1. Examen du blessé, y compris un pansement simple, 5 francs.

2. Examen complet de l'audition, 10 francs.

3. Tamponnement antérieur des fosses nasales, 5 francs

4. Tamponnement antéro-postérieur des fosses nasales, 20 francs.

5. Ablation simple, sans opération, d'un corps étranger de l'oreille, des fosses nasales, du pharynx, 10 francs.

6. Ablation par voie endolaryngée d'un corps étranger du larynx, 20 francs.

7. Ablation chirurgicale d'un corps étranger de l'oreille, du nez (par décollement de l'oreille externe, opération de Rouge ou analogue), 60 francs.

8. Ablation chirurgicale d'un corps étranger du larynx par laryngotomie ou trachéotomie, trépanation de l'apophyse mastoïde, 75 francs.

ART. 15. — Les allocations dues en vertu du présent arrêté font l'objet d'une note d'honoraires signée du médecin traitant et contenant :

1° Les nom et adresse du médecin traitant;

2° Les nom et adresse du blessé;

3° Les nom et adresse du chef d'entreprise;

4° La date de l'accident;

5° La commune où le blessé a été soigné;

6° S'il y a lieu, la distance kilométrique entre la mairie de la commune où le blessé a été soigné et la limite de la commune où réside le médecin:

7° L'indication, dans leur ordre chronologique et avec leurs dates, des certificats, consultations, visites, interventions, ainsi que des circonstances (visites de nuit, à heure fixe, indemnités de déplacement, etc.) qui peuvent en modifier le prix;

8° La dénomination exacte des opérations d'après le tarif (avec explication du prix fixé, au cas où le tarif comporte un maximum et un minimum);

9° L'indication, s'il y a lieu, des fréquences de visites ou consultations et de tout ce qui dans le traitement a pu présenter un caractère normal;

10° Le total des honoraires.

TITRE II. — FRAIS PHARMACEUTIQUES

ART. 16. — Le tarif de frais pharmaceutiques visé par l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 est fixé pour le département de la Seine et pour les autres départements tel qu'il est annexé au présent arrêté.

Paris, le 30 septembre 1905.

Le ministre du Commerce, de l'Industrie, des Postes et des Télégraphes,

F. DUBIEF.

CONGRÈS

CONGRÈS INTERNATIONAL DES GOUTTES DE LAIT. (*Première session, Paris, 20-21 octobre 1905.*) — PROGRAMME GÉNÉRAL DU CONGRÈS (1). — *Vendredi 20 octobre, matin.* — Séance solennelle d'inauguration du Congrès. — Président d'honneur : M. Etienne, ministre de l'Intérieur. — Président : M. Merlou, ministre des Finances.

(La réunion aura lieu à dix heures du matin, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, 26, rue Dutot.)

Mme Emile Loubet assistera à la séance.

Deux heures soir. — Rapports : M. Mac Cleary (de Londres) : « Historique des Gouttes de lait de la Grande-Bretagne. »

M. G. Variot (de Paris) : « Les Gouttes de lait considérées comme champs d'observation méthodique pour les pédiâtres. »

Discussion des rapports et communications.

Samedi 21 octobre, neuf heures matin. — Rapports : M. le docteur Martinez Vargas (de Barcelone) : « Le scorbut infantile dans ses relations avec la stérilisation du lait. »

M. le docteur Charles Leroux (de Paris) : « Organisation des Gouttes de lait annexées aux dispensaires pour les enfants malades. »

M. le docteur R. Saint-Philippe (de Bordeaux) : « La prophylaxie du rachitisme par les Gouttes de lait. »

Discussion des rapports et communications :

Deux heures soir. — Rapports : M. le docteur Dufour (de Fécamp) : « L'organisation philanthropique des Gouttes de lait. »

M. le docteur Gourivaud (de Brest) : « Les Gouttes de lait dans leurs rapports avec les municipalités. »

M. le docteur Levraud (de Saumur) : « Les divers modes de stérilisation, pasteurisation, méthode de Soxhlet. Stérilisation industrielle. »

Discussion des rapports et communications.

En raison du grand nombre des communications, MM. les membres du Congrès sont priés de les condenser autant que possible, pour qu'elles n'excèdent guère cinq minutes chacune.

Les travaux manuscrits qui seront remis avant la fin d'octobre seront publiés dans les bulletins du Congrès, et des tirages à part pourront être délivrés.

Pour la discussion des rapports, la parole ne pourra être laissée plus de cinq minutes à un congressiste.

Banquet par souscription, samedi 21 octobre, à huit heures, à l'Hôtel-Continental. Entrée, rue Rouget-de-l'Isle. Les dames seront admises. — Prix : 20 francs.

Les adhésions devront être adressées à l'avance au secrétaire du Congrès, M. le docteur Paul Roger, 39, rue de Berri.

PROGRAMME DES VISITES ET EXCURSIONS. — Durant les deux jours du Congrès, des facilités seront accordées à MM. les congressistes français et étrangers pour visiter les principaux services de l'Institut Pasteur.

Le samedi, à neuf heures et demie, à la « Goutte de lait » dispensaire de Belleville, 126, boulevard de Belleville, a lieu l'inspection hebdomadaire des nourrissons. Il sera loisible à MM. les congressistes d'y assister et d'en étudier le fonctionnement.

Excursions en Normandie. — Visite aux « Gouttes de lait » de Rouen, du Havre et de Fécamp. — *Dimanche 22 octobre 1905.* — Départ de Paris, gare Saint-Lazare, huit heures matin : arrivée à Rouen, dix heures trente (des voitures, offertes par la Goutte de lait de Rouen, prendront les congressistes à la gare). — De dix heures et demie à midi : visite à la Goutte de lait; visite à quelques monuments de Rouen (Palais de Justice et cathédrale). — Midi : déjeuner. — Deux heures : visite à la laiterie spéciale de la Goutte de lait (des voitures seront mises à la disposition des congressistes, par la Goutte de lait). — Quatre heures : visite à quelques monu-

(1) MM. les membres du Congrès qui n'auraient pas encore reçu leur carte de congressiste, ni le programme, sont priés de les retirer à la librairie Maloine, 27, rue de l'École-de-Médecine, Paris. Ils voudront bien aussi inscrire leurs nom et adresse sur un registre spécial qui sera mis à leur disposition. Pour tous autres renseignements, s'adresser au docteur Paul Roger, 39, rue de Berri, Paris.

ments (Saint-Maclou, Saint-Ouen). — Six heures un quart : départ pour le Havre. — Sept heures trois quarts : arrivée au Havre.

Lundi 23 octobre 1905. — Le matin : visite aux Gouttes de lait du Havre ; déjeuner au Havre. — Une heure trente-neuf : départ pour Fécamp. — Deux heures quarante-huit : arrivée à Fécamp ; visite à la Goutte de lait ; visite aux monuments de la ville (des voitures seront mises à la disposition des congressistes par la Goutte de lait de Fécamp). — Six heures trente-huit : retour sur Paris.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

RÉTRÉCISSEMENT MITRAL (1)

SYMPTOMATOLOGIE. — *A.* **Rétrécissement mitral pur.** — Son DÉBUT passe le plus souvent inaperçu, les premiers symptômes n'apparaissant que lorsqu'une cause quelconque de fatigue cardiaque est survenue.

TROUBLES FONCTIONNELS. — Ils ne se développent qu'à la puberté. Suivant leur forme, on distingue :

a. Un *type chlorotique* : pâleur jaunâtre des téguments, décoloration des muqueuses, essoufflement, palpitations, épistaxis, troubles menstruels divers, dyspepsie à type hyperchlorhydrique, constipation, troubles nerveux allant de la simple irritabilité à l'hystérie ou à l'épilepsie la plus caractérisée.

b. Un *type pseudo-tuberculeux* : les malades présentent divers arrêts de développement : ce sont des *infantiles* du type Lorain ; chez eux, on note souvent une toux fréquente, sèche, des poussées de bronchite à répétition, de la congestion des bases, des hémoptysies. Ces pseudo-tuberculeux sont, en réalité, de véritables tuberculeux.

c. Un *type dyspnéique*, qui soit se montre isolément, soit s'associe aux types précédents. Il se caractérise par une dyspnée d'effort (de travail [G. Sée]), et par des accès nocturnes périodiques, parfois très intenses et plus marqués pendant la période cataméniale.

SIGNES PHYSIQUES (2).

B. **Rétrécissement mitral acquis.** — Les PHÉNOMÈNES GÉNÉRAUX « y sont, à peu de choses près, ceux de toute lésion mitrale dont la compensation cesse d'être parfaite : dyspnée, essoufflement, palpitations, oppression précordiale, stase veineuse, œdèmes, etc. Mais, même dans cette forme le rétrécissement imprime son cachet particulier, consistant dans la *précocité* et l'*intensité des manifestations pulmonaires* » (A. Petit, *Traité* Charcot-Bouchard). C'est ce qui explique la fréquence de la dyspnée d'effort, de la toux, des hémoptysies. Le *facies mitral* est caractéristique : le visage est coloré, sillonné de petites veinosités ; les lèvres et les oreilles sont cyanosées ; sur les ailes du nez, existent souvent des traces de couperose.

Les SIGNES PHYSIQUES sont les mêmes que précédemment, avec adjonction fréquente d'un souffle systolique de la pointe (insuffisance mitrale).

MARCHE. DURÉE. TERMINAISONS. — Le rétrécissement mitral pur peut être longtemps toléré, s'il est peu serré. Mais, au bout d'un temps variable, apparaissent fatalement des troubles de la circulation pulmonaire. Cette *période troublée*, plus précoce et plus accentuée lorsque la sténose est d'origine rhumatismale ou artério-scléreuse, ou lorsqu'elle se complique d'insuffisance, dure plus ou moins longtemps, entrecoupée de crises d'asystolie qui se rapprochent de plus en plus. La maladie, quoique essentiellement dyspnéisante (Huchard), devient alors une banale cardiopathie valvulaire.

Des *complications*, les plus fréquentes sont celles d'ordre embolique. α. Qu'un caillot situé dans l'oreillette gauche se déplace et vienne obstruer l'orifice mitral, le malade pâlit, les battements du cœur deviennent tumultueux et irréguliers, une dyspnée excessive apparaît, et la mort survient en quelques minutes (*asphyxie blanche*). En plus de ces accidents de *thrombose cardiaque*, on peut observer β. des *embolies pulmonaires*, parties de l'oreillette droite, et déterminant, anatomiquement, des foyers typiques d'apoplexie pulmonaire, cliniquement, des hémoptysies petites et fragmentées. La thrombose de l'oreillette droite peut d'ailleurs gagner les veines sous-clavières et jugulaires. γ. Les *embolies cérébrales*, parties du cœur gauche, se traduisent presque toujours par un syndrome caractéristique : *hémiplégie droite et aphasie*. Souvent précoces, elles frappent surtout les femmes (Duroziez). D'où le grand précepte clinique : en présence d'une jeune femme, indemne de syphilis, et présentant une hémiplégie droite compliquée d'aphasie, penser toujours à un rétrécissement mitral.

PRONOSTIC. — Dans le *rétrécissement mitral pur*, l'organisme s'accommode souvent aux faibles dimensions de l'orifice mitral ; restant petit et infantile, il se contente, en quelque sorte, de la petite quantité de sang qu'il reçoit. Les accidents peuvent alors être très tardifs.

Le pronostic est beaucoup moins favorable dans le *rétrécissement acquis*, surtout dans sa forme scléreuse. Le degré de la coarctation, les maladies intercurrentes, les affections respiratoires, la grossesse (Peter), exercent une influence défavorable sur la marche du rétrécissement mitral. La maladie subit souvent des paroxysmes au moment des époques menstruelles.

DIAGNOSTIC. — 1. Lorsque les *signes physiques* existent, il faut discuter la valeur de chacun d'eux. Le dédoublement du deuxième bruit, lorsqu'il est physiologique, ne se produit qu'à la fin de l'inspiration, et au commencement de l'expiration ; il cesse lorsque les mouvements respiratoires s'arrêtent. Le souffle diastolique doit être différencié α. du souffle de l'insuffisance aortique, qui n'occupe pas le même siège et ne se propage pas dans la même direction, est musical, humé, etc. (1) ; β. des souffles cardio-pulmonaires qui n'ont pas le caractère de roulement, se modifient par les changements de situation, les mouvements respiratoires, etc. Le souffle présystolique sera distingué de celui que l'on observe parfois dans l'insuffisance aortique et des souffles extra-cardiaques (v. Petit, Barié).

2. *Lorsque les signes physiques manquent* [rétrécissements très serrés (Strauss)], on attachera la plus grande importance à l'existence d'un premier bruit dur et éclatant, à la dilatation considérable de l'oreillette gauche, à l'accentuation du deuxième bruit pulmonaire, aux antécédents et aux symptômes fonctionnels.

3. *Diagnostic de la variété.* Dire un mot du *rétrécissement spasmodique*, où il n'y a ni dureté du premier bruit, ni claquement d'ouverture, ni dilatation de l'oreillette gauche. Le rétrécissement spasmodique se caractérise encore par l'absence de tout antécédent ; la coexistence habituelle de chlorose ou d'hystérie ; la variabilité de ses signes.

4. *Diagnostic des complications.*

TRAITEMENT. — Au début, *pendant la phase de compensation*, prescrire le repos physique et moral, une hygiène et un régime sévères.

A la *phase troublée*, le traitement devient celui des cardiopathies avérées à la phase d'hyposystolie (v. classiques).

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 113, p. 1354.

(2) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 19, p. 226.

(1) V. *Gaz. des hopit.*, 1903, n° 33, p. 333.

Transmission de pensée, par Géraud BONNET, médecin praticien à Oran et Sidi-bel-Abbès. In-18 de 296 p. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J. Rousset.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 120. — SAMEDI 21 OCTOBRE 1905. 78e ANNÉE. SAMEDI 21 OCTOBRE 1905. — N° 120

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

AVIS

Nous prévenons nos lecteurs que la Poste est seule responsable *des nombreuses irrégularités qui se produisent en ce moment dans la distribution du journal.*

Nous prions instamment nos abonnés de bien vouloir continuer à nous adresser leurs plaintes afin que nous puissions les transmettre à l'administration des Postes.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Le foie appendiculaire, par M. Ch. Aubertin.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine.
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

ÉCOLES DE MÉDECINE. — LIMOGES. — Un concours s'ouvrira le 1er mai 1906, devant la Faculté de médecine de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'École de médecine de Limoges.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

MARINE. — Par décision ministérielle du 19 octobre courant, ont été nommés pour cinq ans aux fonctions de professeur à l'École d'application des médecins et pharmaciens de troisième classe à Toulon, à compter du 1er janvier 1906 :

A la chaire d'hygiène navale : M. le médecin principal Aubert, du port de Toulon, en service à Rochefort.

A la chaire de médecine opératoire : M. le médecin principal Pungier, du port de Brest, en service à Ruelle.

M. le médecin principal Planté, professeur de bactériologie à l'École d'application, restera chargé provisoirement de la chaire de clinique médicale et de pathologie exotique.

M. le médecin de première classe Gastinel est maintenu dans ses fonctions de professeur suppléant du cours de bactériologie.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la quarante et unième semaine, 712 décès, au lieu de 705 pendant la semaine précédente (moyenne 804). L'état sanitaire est donc normal.

La fièvre typhoïde a causé 11 décès (moyenne 8). Le nombre des cas nouveaux est de 61, au lieu de la moyenne 35.

La variole a causé 1 décès, au lieu de 2 pendant la semaine précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 6, au lieu de 13 pendant la semaine précédente (moyenne 13).

La rougeole a causé 7 décès, au lieu de 0 pendant la semaine précédente, la moyenne est de 2; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 32 au lieu de 26 et 30 précédemment. La scarlatine a causé 1 décès (moyenne 1); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 29, il s'élevait à 31 pendant la semaine précédente, la moyenne est 50. La coqueluche a causé 3 décès (moyenne 4); la diphtérie, 4 décès (moyenne 7); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 44 au lieu de 42 pendant la semaine précédente, et de la moyenne 38.

La diarrhée infantile, en grande diminution, a causé 15 décès de 0 à 1 an, au lieu de 27 pendant la semaine précédente (moyenne 39).

En outre, 29 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 115 décès, au lieu de 93 pendant la semaine précédente (moyenne 100). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 6 décès (moyenne 6); bronchite chronique, 19 (moyenne 17); pneumonie, 34 (moyenne 23); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 56 (moyenne 54), dont 23 sont dus à la congestion pulmonaire et 25 à la broncho-pneumonie.

En outre, 2 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 168 décès; la méningite tuberculeuse, 16; la méningite simple, 17; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 12 décès.

COURS PRATIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — HÔTEL-DIEU (service de M. le professeur Le Dentu). — M. le docteur Guisez recommencera son cours pratique d'oto-rhino-laryngologie le mardi 24 octobre prochain, à trois heures et demie (amphithéâtre Chomel), et le continuera les mardis, jeudis et samedis, à la même heure.

Le cours, essentiellement pratique, comprendra douze leçons avec examen des malades, petites opérations, etc.

Prière de s'inscrire à la consultation de laryngologie de l'Hôtel-Dieu, les mardis et samedis, de quatre à cinq heures.

Droits d'inscription : 50 francs.

REVUE GÉNÉRALE

LE FOIE APPENDICULAIRE

Par Ch. AUBERTIN,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

L'étude des complications hépatiques de l'appendicite est de date relativement récente, et elle a été presque entièrement faite par des médecins. En Amérique pourtant, un certain nombre de chirurgiens avaient déjà signalé et étudié dans leurs grandes lignes les pyléphlébites et les hépatites suppurées post-appendiculaires : mais les cas, assez nombreux cependant, d'accidents hépatiques d'origine toxique ont été méconnus pendant longtemps jusqu'au jour où M. Dieulafoy eut attiré l'attention sur leur importance et en eut tracé le tableau clinique.

Et pourtant, l'histoire des abcès du foie consécutifs à l'appendicite est, pourrait-on dire avec M. Menetrier, « plus ancienne que celle de l'appendicite elle-même, » puisque, bien avant que M. Talamon n'ait classé cette affection, de nombreux auteurs avaient signalé des cas d'hépatite suppurée causée par la présence d'un corps étranger dans l'appendice cæcal, avec ou sans perforation de celui-ci (1). Nous ne ferons pas cet historique qui ne présente d'ailleurs aucun intérêt. Rappelons seulement que c'est M. Achard (1894) qui, le premier, étudia l'hépatite suppurée appendiculaire et en traça les principaux caractères cliniques, anatomiques et pathogéniques. L'histoire clinique de l'hépatite toxique est due entièrement à M. Dieulafoy (1902) : quant à son étude histologique, qui est du plus haut intérêt par l'intensité extrême des lésions qu'elle détermine, elle a fait récemment, en France, l'objet de travaux importants que nous rappellerons en décrivant ces lésions.

I

Etiologie. — Les complications hépatiques de l'appendicite sont assez fréquentes. Certes, le nombre des cas publiés est restreint par rapport au chiffre considérable d'appendicites opérées journellement; mais il faut considérer qu'il existe un grand nombre de cas non publiés (nous en connaissons pour notre part plusieurs) et que, d'autre part, un certain nombre sont méconnus. Nous voulons parler plus particulièrement des appendicites toxiques mortes dont le tableau clinique peut simuler la péritonite. La mort étant attribuée à celle-ci, l'autopsie n'est souvent pas faite, ou bien la lésion hépatique, parfois peu marquée à l'œil nu, passe inaperçue et la mort reste inexpliquée. Nous avons aussi été témoin de cas semblables.

La plupart des articles de nos traités de chirurgie restent muets sur ce point, et pourtant les cas où la mort est imputable aux altérations hépatiques ne sont point négligeables, puisque le chirurgien américain Graham pense que 4 p. 100 des cas de mort par appendicite sont dus à cette complication. Encore n'a-t-il en vue que les accidents infectieux, abcès du foie et pyléphlébite.

Cette complication de l'appendicite est donc relativement fréquente et doit entrer en compte dans les statistiques de mortalité. Nous verrons que la gravité apparente de l'attaque appendiculaire n'a pas une très grande importance dans l'étiologie des accidents hépatiques : ce ne sont pas toujours les appendicites à allure grave qui se compliquent de lésions du foie; au contraire, ce sont souvent des appendicites d'intensité moyenne, voire même latentes, ce qui vient rendre plus difficile le diagnostic.

En général, ce sont des appendicites aiguës avec abcès qu'on laisse refroidir qui se compliquent d'accidents hépatiques; parfois cependant (Dieulafoy), l'atteinte du foie suit de si près le début des symptômes appendiculaires qu'on pourrait les croire contemporains. Mais pratiquement, la mort par le foie est un accident de l'appendicite qu'on laisse refroidir, et ce fait a une certaine importance au point de vue de l'époque à choisir pour l'intervention.

Quel est le rôle des lésions antérieures du foie dans la production des accidents d'origine appendiculaire? Ce rôle ne peut être nié, théoriquement, et l'on conçoit qu'il puisse être réel dans certains cas. Mais, en pratique, il est peu important.

La plupart des cas bien nets de mort par le foie dans l'appendicite ont trait à des sujets chez qui une atteinte antérieure de la glande hépatique ne peut être incriminée, et ces sujets sont souvent des enfants. On ne trouve chez eux (cliniquement et histologiquement) aucun stigmate d'alcoolisme ni de cholémie (1). D'ailleurs, les lésions trouvées sont tellement différentes de celles de l'éthylisme chronique qu'on ne peut incriminer ici la « stéatose hépatique latente des alcooliques » (Gilbert et Lereboullet) qui cause la mort dans bien des affections aiguës, et dont nous avons, pour notre part, remarqué la fréquence dans les cas mortels d'étranglement herniaire, où l'issue fatale, assez semblable cliniquement à celle qu'on observe dans l'appendicite, doit être généralement attribuée à des lésions *antérieures* du foie, de nature histologique différente.

Cette distinction, sur laquelle nous croyons devoir insister, entre les accidents hépatiques d'*origine appendiculaire* (foie appendiculaire vrai) et les accidents hépatiques post-appendiculaires *dus à une lésion antérieure du foie*, jusqu'ici latente, est légitimée par l'analyse des faits. Nous citerons seulement un exemple très net qui nous est fourni par une observation inédite communiquée par M. Lecène. Un homme de quarante-six ans, obèse, porteur aux Halles et probablement éthylique, est atteint d'une appendicite avec volumineux abcès, sans symptômes hépatiques bien nets, tout au moins sans ictère. Opération (incision de l'abcès et drainage). Amendement immédiat de tous les symptômes, chute de

(1) Voir les *Bulletins de la Société anatomique* à partir de 1880.

(1) D'autre part, nous connaissons des cas d'appendicites opérées chez des sujets nettement et depuis longtemps cholémiques, et qui n'ont donné lieu à aucun accident hépatique. Il s'agissait, il est vrai, d'appendicite « chronique » de gravité contestable.

la température; mais cette amélioration ne dure qu'un jour et bientôt la fièvre reprend, l'état général s'aggrave, une albuminurie abondante apparaît, et le malade succombe trois jours après l'intervention, dans le coma, sans signes de péritonite. A l'autopsie, pas de péritonite, mais on trouve un foie gras, absolument jaune; pas de lésion des autres organes. Or l'examen histologique de ce foie montra des lésions très différentes de celles que nous décrirons plus loin et que nous considérons comme dues à l'appendicite. L'infiltration graisseuse était constituée par des vacuoles volumineuses, prédominant dans la région péri-portale, et absolument semblables à celles qu'on trouve dans les foies gras des alcooliques ou de certains tuberculeux. Les cellules indemnes d'infiltration graisseuse présentaient peu de lésions; il y avait une très légère augmentation du tissu conjonctif péri-portal avec infiltration de cellules rondes, mais pas de vrais « nodules infectieux ». En somme, il s'agissait d'un foie d'alcoolisme chronique, avec une tendance vers la cirrhose et sans lésions bien spéciales. Nous avons donc admis, avec Lecène, et par comparaison avec les cas que nous décrirons plus loin, qu'on ne pouvait, légitimement, attribuer à l'appendicite seule les lésions qui avaient causé la mort de ce malade, et qu'on devait les considérer comme antérieures à l'appendicite.

Le cas de Lecène ressemble à s'y méprendre, cliniquement et histologiquement, à ceux auxquels nous faisions allusion à propos de la mort par le foie dans l'étranglement herniaire. Il montre qu'on n'a pas le droit d'attribuer à l'appendicite les lésions du foie qu'on peut trouver chez des sujets morts avec des accidents hépatiques : c'est à l'histologie qu'il appartient de faire cette distinction : nous verrons, en effet, que les altérations d'origine appendiculaire sont des lésions aiguës qui ont parfois des caractères tout à fait spéciaux.

II

Anatomie pathologique. — On doit diviser l'étude anatomique du foie appendiculaire en deux parties bien distinctes : d'une part les lésions *infectieuses* qui aboutissent ou non à l'hépatite suppurée ; d'autre part les lésions *dégénératives*, parenchymateuses, qui atteignent la cellule hépatique elle-même. Schématiquement on peut admettre que les premières sont des lésions *infectieuses*, les secondes des lésions *toxiques*; cette systématisation n'est d'ailleurs pas absolument exacte : pour nous il n'existe pas d'hépatite suppurée sans lésions dégénératives cellulaires, et d'autre part on voit souvent les lésions parenchymateuses s'accompagner de diapédèse leucocytaire et de nodules infectieux. Ici, comme dans les maladies infectieuses, il est difficile de dire exactement ce qui revient aux microbes et ce qui revient à leurs toxines.

Ces réserves faites, la distinction persiste : la prédominance habituelle des lésions soit infectieuses soit dégénératives est si nette que les deux catégories restent bien tranchées : de plus, et ce fait est d'une grande importance, la distinction existe aussi nette en clinique : le foie toxique et le foie infectieux ont chacun leur symptomatologie particulière.

I. Lésions infectieuses. Abcès du foie avec ou sans pyléphlébite. — L'importance pathogénique des lésions de la veine porte est telle que nous ne croyons pas pouvoir décrire à part la pyléphlébite sur laquelle un grand nombre d'auteurs ont passé par trop rapidement. Nous décrirons même comme type commun l'hépatite suppurée avec pyléphlébite en faisant remarquer que cet intermédiaire pathologique peut manquer, sinon histologiquement, du moins à l'examen macroscopique.

Décrivons rapidement les *abcès uniques* qui sont excessivement rares, et ont été signalés par Loison, Delagenière, Kœrte, Bernhard et Schœmaker. Ils n'en sont pas moins extrêmement importants, puisque ce sont les seuls qui peuvent guérir par une intervention chirurgicale. Tel le cas de Delagenière, rapporté dans la thèse d'Abbadie. L'abcès faisait saillie à la face inférieure du foie, il était plus gros que le poing, d'une consistance ferme sauf au centre où l'on sentait de la fluctuation et il adhérait au côlon et au mésocôlon. Les cas de Bernhard, de Schœmaker, de Loison étaient également des abcès superficiels, faisant saillie à la surface de l'organe, mais nettement creusés au milieu du parenchyme qui enfermait la paroi sous forme de tissu hépatique plus ou moins déchiqueté et aréolaire.

Presque toujours les abcès sont *multiples* et dans ce cas le foie est toujours considérablement hypertrophié. Les poids de 3000 grammes sont fréquents, parfois même le foie pèse près de 4 kilogs. La coloration extérieure est soit verdâtre soit jaunâtre selon que l'infiltration purulente ou la dégénérescence parenchymateuse domine dans le tissu qui entoure les abcès.

Ou bien les abcès sont *isolés* ou bien ils revêtent la forme *aréolaire* et transforment le tissu hépatique, en partie ou en totalité, en une véritable éponge purulente.

Dans le premier cas ils criblent le parenchyme hépatique d'une infinité de loges assez régulières ayant le volume d'une noix, d'un œuf ou d'une orange (beaucoup plus rarement ce sont de véritables abcès miliaires), également répartis dans tout l'organe ce qui prouve bien leur origine métastatique. En effet on peut trouver un abcès plus volumineux que les autres, mais bien souvent ils diffèrent assez peu de taille, et parfois même tous les abcès sont de la même grandeur comme les granulations de la tuberculose miliaire aiguë. En général pourtant l'infection s'est faite en plusieurs fois ce qui explique le volume un peu différent de ces divers abcès. Certains auteurs ont noté leur prédominance dans le lobe droit (Traube, Ashby, Louthey, Mac Clelland), mais généralement il en existe également dans le lobe gauche où ils peuvent même parfois être plus nombreux (cas de Bernhard). Une localisation plus curieuse peut-être est celle qui a été signalée dans le cas de Thoinot où les abcès siégeaient seulement auprès du hile, donnant ainsi une preuve de leur origine portale.

Fait important en effet et que nous devons signa-

ler même à propos des abcès isolés bien qu'il soit plus net dans les abcès aréolaires, les abcès siègent de préférence sur le trajet des ramifications de la veine porte comme on peut s'en assurer en ouvrant aux ciseaux les plus volumineux de ces vaisseaux depuis le hile jusqu'aux cavités purulentes. Cette recherche est d'autant plus facile que souvent il y a en même temps phlébite portale intra-hépatique suppurée, et, dans ces cas, les abcès ne semblent plus que des renflements volumineux le long des vaisseaux veineux pleins de pus. Il y a non seulement phlébite, mais aussi périphlébite suppurée et les veines sont alors entourées d'un véritable manchon purulent. L'examen histologique confirme d'ailleurs ces notions en montrant de petits abcès miliaires en formation centrés sur les branches de la veine porte.

Cette localisation des abcès sur les branches portes est signalée par tous les auteurs qui ont recherché leur topographie. Il existe une seule exception à cette règle : c'est le cas de Pilliet et Gosset où les abcès siégeaient dans les voies biliaires.

Mais en général les voies biliaires sont saines et l'on ne connaît guère que le cas de Brewer où les abcès intra-hépatiques s'accompagnaient d'une cholécystite gangréneuse, développée probablement par propagation.

Ces abcès peuvent être extrêmement nombreux (jusqu'à 200 dans un cas de M. Dieulafoy) et d'ailleurs leur nombre est souvent impossible à déterminer à cause de la présence de véritables abcès miliaires du volume d'une tête d'épingle qui parfois parsèment le tissu hépatique situé entre les gros abcès.

Ces derniers contiennent un pus vert ou jaune verdâtre, et très souvent fétide. Notons que la teinte brunâtre si fréquente dans les abcès tropicaux s'observe rarement dans les abcès appendiculaires. Les plus grands ont une paroi irrégulière, constituée par le parenchyme hépatique lui-même dilacéré comme on peut le voir après un lavage à l'eau courante qui entraîne le pus adhérent à la paroi : il n'y a pas de poche fibreuse comme dans certains abcès dysentériques dont l'évolution clinique est d'ailleurs beaucoup plus lente et le volume plus considérable.

Ces abcès sont en général isolés : s'ils communiquent ensemble c'est par l'intermédiaire d'un tronc porte atteint de phlébite suppurée et non par fusée creusant le parenchyme hépatique. De telles fusées purulentes peuvent cependant s'observer, elles peuvent même irradier dans tous les sens en des prolongements irréguliers, formant ainsi à l'état d'ébauche un abcès aréolaire limité.

Abcès aréolaires. — Dans cette forme, le parenchyme hépatique est, en tout ou en partie, transformé en une éponge purulente. Ici encore on note la prédominance des lésions sur le lobe droit (Murchison), mais souvent la lésion ne s'est constituée telle que sur quelques points : le reste du foie est criblé d'abcès isolés. Au contraire parfois l'organe est entièrement transformé en une éponge purulente, il n'existe pas un endroit d'où l'on ne puisse faire sourdre du pus. On peut, par le lavage, débarrasser de son contenu ce foie creusé de logettes qui communiquent entre elles, on voit alors que leurs parois sont tapissées d'une membrane fibrineuse verdâtre, parfois très épaisse. C'est en somme la structure alvéolaire et ramifiée de tous les abcès aréolaires du foie avec cette particularité qu'ils ne se développent pas autour et le long des voies biliaires, mais autour des branches de la veine porte. On a vu des foies ainsi criblés d'abcès contenir près de 4 litres de pus.

Lésions histologiques. — Elles ne présentent pas un grand intérêt quant à la paroi même des abcès composée de tissu hépatique désagrégé, encombré de globules de pus et autour desquels le tissu conjonctif a parfois réagi.

Il est plus important d'étudier les lésions du parenchyme dans les régions respectées par les abcès car elles nous expliquent leur genèse et leur localisation initiale. On peut d'abord trouver de véritables abcès miliaires ayant détruit tout l'espace porte autour duquel ils se sont développés. De plus, en d'autres parties, où les lésions sont moins avancées, on voit la veine porte remplie d'une accumulation massive de leucocytes polynucléaires plus ou moins dégénérés et entourée de cellules lymphatiques qui s'infiltrent entre les trabécules voisines formant un véritable nodule infectieux, parfois un abcès en miniature quand l'infiltration est plus intense. En général les voies biliaires sont normales et leur épithélium ne présente aucune lésion, du moins dans les régions où le processus infectieux a été saisi à son début : dans les autres endroits leurs lésions sont des lésions de voisinage. Enfin les veines centro-lobulaires sont indemnes. Au contraire les branches portes sont souvent oblitérées par un caillot qui n'est que le prolongement de la pyléphlébite extra-hépatique : dans un cas dont les coupes nous ont été communiquées par M. Chirié nous avons pu suivre l'extension de la thrombose fibrineuse jusque dans les capillaires de certains territoires de la glande. La topographie microbienne est généralement tràs nette. Les microbes (colibacille surtout) abondent autour des veines portes enflammées, où il faut les chercher parmi les cellules rondes; dans un cas de M. Dieulafoy ils ont été trouvés dans la paroi veineuse elle-même.

L'examen histologique permet également de se rendre compte qu'aux lésions infectieuses s'associent toujours les lésions dégénératives, soit nécrose soit dégénérescence graisseuse. Les cellules sont disposées sans ordre (Achard, Ashby), les tissus de nouvelle formation les refoulent et les pressent les unes contre les autres.

Bactériologie. — Les microbes trouvés dans les abcès du foie sont ceux qu'on trouve dans l'abcès péri-appendiculaire lui-même. Nous avons dit que le pus en était souvent très fétide : aussi est-ce le colibacille qui y est rencontré le plus souvent (Achard, Dieulafoy, Kœrte, Bureau, Gerster). Parfois ce colibacille est à l'état de pureté, parfois il est associé au streptocoque, on peut également trouver le streptocoque seul (Gerster) ou le staphylocoque (Rabé).

Les auteurs ont parfois trouvé des formes microbiennes qui ne répondaient pas à la description des microbes pyogènes communs et qui souvent ne pous-

saient pas sur les milieux ordinaires. Ainsi on a trouvé un bâtonnet assez long, fuselé, à extrémités effilées, rappelant le bacille de la pourriture d'hôpital; des bâtonnets de la taille de la bactéridie charbonneuse et des cocci divers. Ces germes sont très probablement des anaérobies qui s'y sont développés avec d'autant plus de facilité qu'ils existent à l'état normal dans les voies biliaires (1) et qu'ils ont pu envahir secondairement des abcès situés à leur voisinage. Mais généralement ces espèces anaérobies viennent du foyer purulent péri-appendiculaire qui contient très souvent certains de ces germes, en particulier le bacillus *perfringens* et le bacillus *ramosus* [Lanz et Tavel (2)].

Dans un cas, Gerster a trouvé un bacille à morphologie spéciale ne poussant ni sur milieux ordinaires ni sur milieux anaérobies.

Mentionnons enfin, à titre de curiosité, le cas de Stooke et Watt, où les auteurs trouvèrent, dans le pus de l'abcès du foie, l'*amœba coli* à l'état de pureté. Malgré la présence de l'appendicite, nous devons nous demander si ce n'était pas là un cas d'abcès dysentérique, car il était très volumineux et unique et il existait une ulcération sur le cæcum. Kartulis a d'ailleurs signalé récemment des cas analogues : ou bien il y avait abcès du foie consécutif à la dysenterie avec des ulcérations multiples parmi lesquelles des ulcérations appendiculaires. Parfois même la dysenterie était localisée uniquement à l'appendice, constituant ainsi une véritable « appendicite amibienne » compliquée d'abcès du foie également amibien.

Lésions de l'appendice. — Cette étude est des plus importantes car elle peut renseigner sur les conditions nécessaires à la production de l'infection hépatique et pourra aider à établir quelles sont les appendicites qui se compliquent d'abcès du foie.

La lecture des observations nous montre que deux formes d'appendicite peuvent donner lieu à des abcès du foie : l'appendicite avec abcès, et l'appendicite gangréneuse.

Dans presque tous les cas, en effet, il existe un abcès péri-appendiculaire, parfois volumineux, rétro-cæcal et remontant plus ou moins vers le foie, mais souvent aussi de très petit volume et à peine plus gros qu'une noisette. L'étude anatomique nous montre que ces petits abcès ne doivent pas être tenus pour négligeables au point de vue de la genèse des accidents hépatiques. En effet dans plusieurs cas (Gerster) on a pu voir que les lésions de phlébite portale partaient non des veines appendiculaires mais de celles qui communiquaient avec l'abcès, indiquant ainsi l'origine de la pyohémie hépatique.

Enfin les appendicites *gangréneuses* sont également des plus importantes au point de vue étiologique. En effet, dans les rares cas où il n'y avait pas d'abcès péri-appendiculaire l'appendice était gangréné, avec ou sans perforation, avec ou sans péritonite. Nous devons même dire que les cas sans perforation sont les plus nombreux; la thrombose mésentérique peut se voir avec une appendicite gangréneuse pure, sans abcès ni perforation.

A part ces deux notions importantes, les lésions de l'appendice sont variables, il peut être ulcéré ou simplement enflammé, congestionné ou non, libre ou adhérent, communiquant avec le cæcum ou transformé en cavité close. Dans un certain nombre de cas on a trouvé dans l'appendice des corps étrangers, et en particulier des épingles (fait noté fréquemment sur les observations anciennes, datant de l'époque où l'attention n'avait pas encore été attirée sur l'appendicite spontanée). En somme les lésions de l'appendice sont parfois assez peu marquées, et Rabé fait remarquer l'opposition qu'il y a, dans son cas, entre la diffusion et l'intensité des lésions du foie et le caractère subaigu, discret même, des lésions de l'appendice. Pourtant, dans certains cas, on peut trouver, par l'examen histologique de l'appendice, une lésion légère, mais significative : l'endophlébite et la thrombose des veines de la tunique celluleuse de l'appendice qui contiennent des formes microbiennes (Dieulafoy).

Il nous reste à signaler la fréquence toute particulière de l'engorgement inflammatoire allant parfois jusqu'à la suppuration des *ganglions* mésentériques voisins de l'appendice. C'est là peut-être un fait banal, commun à toutes les appendicites avec abcès, qu'elles soient ou non compliquées de lésions hépatiques. Mais comme certains auteurs ont soutenu la propagation lymphatique de l'infection appendiculaire au foie, la présence de ces ganglions offre un certain intérêt. Dans un petit nombre de cas, il y avait péritonite, phénomène contingent et qui ne doit pas être considéré comme ayant une importance étiologique au point de vue des lésions hépatiques, comme nous le verrons en étudiant la pathogénie.

Pyléphlébite. — Dans l'appendicite compliquée d'abcès du foie, la propagation de l'infection s'est toujours faite par la veine porte : mais cette dernière présente ou ne présente pas des traces du passage des agents pathogènes venus du foyer appendiculaire : plusieurs cas peuvent donc se présenter :

1° Les radicules et le tronc-porte peuvent être absolument sains (fait exceptionnel);

2° Il existe une phlébite oblitérante localisée aux veinules qui sont en rapport direct avec le foyer péri-appendiculaire, le reste du système porte étant sain;

3° On peut avoir une pyléphlébite totale oblitérante;

4° La pyléphlébite peut être suppurée et étendue depuis les origines appendiculaires jusqu'aux abcès intra-hépatiques.

La pyléphlébite appendiculaire a plus ou moins été étudiée par tous les auteurs qui se sont occupés des abcès du foie, et en particulier par Berthelin dans sa thèse. Mais il faut signaler surtout le travail de Gerster, basé sur treize observations personnelles, et dans lequel les lésions portales ont été bien précisées.

---

(1) Lippmann. *Le microbisme biliaire*, Th. de Paris, 1904.

(2) Lanz et Tavel. Bactériologie de l'appendicite, *Revue de chir.*, juillet-août 1904.

La phlébite localisée aux veinules péri-appendiculaires est extrêmement fréquente, mais peut facilement passer inaperçue. Elle peut exister dans le mésentère aussi bien que dans le méso-côlon ascendant; elle peut être plus spécialement en rapport avec l'appendice lui-même ou avec l'abcès qui l'accompagne, souvent avec l'un et l'autre. C'est une phlébite oblitérante, mais non suppurée le plus souvent. Les veines sont dilatées et turgescentes : elles sont parfois difficiles à découvrir quand le mésentère est lui-même épaissi, enflammé et recouvert de fausses membranes, quand il existe en plus de la lymphangite et de l'engorgement ganglionnaire. Il faut alors sectionner le mésentère, et les veines coupées en travers y apparaîtront, dilatées et remplies de caillots noirâtres. Si les lésions péritonéales sont moins marquées il suffit de regarder le repli par transparence. Dans ces cas, quand on suit le trajet des veines atteintes on voit que le thrombus s'arrête généralement à 10 ou 15 centimètres de l'intestin; le reste du système porte est libre et sain en apparence.

La pyléphlébite totale oblitérante est également très fréquente : dans ces cas on peut suivre le caillot depuis l'appendice jusqu'au foie. A la section du tronc de la veine de volumineux caillots rougeâtres s'échappent des segments; la paroi de la veine est épaissie et ulcérée par endroits; dans ses parties voisines le mésentère peut être ecchymotique.

Il existe tous les intermédiaires entre cette phlébite oblitérante et la phlébite suppurée : en effet souvent le centre des caillots est grisâtre, puriforme. Si, comme l'a montré M. Vaquez, cet aspect macroscopique correspond le plus souvent à une dégénérescence graisseuse et non à une vraie suppuration dans les phlébites des membres, il n'en est pas de même pour la phlébite portale appendiculaire : c'est une véritable suppuration qui commence dans les caillots, bien différents des caillots presque mécaniques de la phlegmatia alba dolens, et qui contiennent en grande quantité des microbes d'une haute virulence.

Quand la phlébite est franchement suppurée, le caillot a presque complètement disparu : il a fait place à du pus qui remplit la cavité veineuse, ou infiltre plus ou moins les parois et même peut produire une vraie périphlébite suppurée; c'est ainsi que, dans les cas de Rabé, il y avait une infiltration purulente du petit épiploon avec lymphangite et périlymphangite infectieuse : cette lymphangite ne venait pas de l'appendicite, elle venait de la phlébite elle-même. Gerster rapporte également un cas où la pyléphlébite suppurée s'accompagnait d'un véritable abcès de l'épiploon.

Il est rare que la phlébite soit entièrement suppurée depuis l'appendice jusqu'au foie : tout d'abord les petites branches d'origine restent souvent oblitérées par le caillot; et, même dans les branches de gros calibre, il persiste toujours, de place en place, des débris de caillot qui ont persisté et qui isolent les uns des autres les foyers purulents.

Existe-t-il, au cours de l'appendicite, des pyléphlébites sans abcès hépatiques? Le fait est des plus rares. Gerster en rapporte un cas dans lequel la mort est survenue avant que les abcès n'aient eu le temps de se constituer, mais où il existait des lésions inflammatoires très nettes dans le parenchyme hépatique. Graham a observé un cas de phlébite suppurée extra et intra-hépatique sans abcès véritables du foie.

Lésions de voisinage. — Il nous suffira de citer la psoïtis et les abcès sous-phréniques qui peuvent être consécutifs aux abcès hépatiques ou être une complication parallèle de l'appendicite. L'abcès du pancréas signalé par Gerster ne nous semble pas devoir être signalé particulièrement car il siégeait à la tête de l'organe et coïncidait avec une pyléphlébite suppurée.

La pleurésie mérite une mention spéciale : tantôt elle siège du côté droit et est en rapport avec le développement de la suppuration hépatique; tantôt elle est double ou siège à gauche, c'est une pleurésie séro-purulente, purulente ou putride, elle appartient à l'histoire des pyohémies appendiculaires.

Une véritable pyohémie peut en effet compliquer l'appendicite comme dans les cas de Rendu, Robinson, Mac Clelland, Mauclaire. Dans ces cas on peut voir des abcès dans tous les organes, même le cerveau (Mac Clelland).

Lésions viscérales. — En dehors des lésions pyohémiques deux faits seulement sont importants : la tuméfaction fréquente de la rate, l'absence habituelle de lésions dégénératives du côté des reins. Au contraire, dans les lésions toxiques du foie, nous verrons qu'en général la rate n'est pas grosse, mais que les reins sont toujours dégénérés.

La tuméfaction de la rate a frappé tous les auteurs qui ont étudié les abcès appendiculaires. L'organe est volumineux (400, 500, 675 grammes dans le cas d'Abbadie), souvent atteint de périsplénite; à la coupe son parenchyme est rougeâtre et diffluent.

Tous les auteurs considèrent ces lésions comme d'ordre infectieux; il nous semble pourtant que cette tuméfaction splénique énorme est absolument hors de proportion avec l'hypertrophie ordinaire de la rate infectieuse, même au cours de la fièvre typhoïde, qui l'atteint avec une particulière intensité. Aussi croyons-nous qu'elle doit être rattachée beaucoup plus à la pyléphlébite qu'à l'infection. On sait que toute thrombose porte se traduit par une tuméfaction splénique énorme, dont les poids notés dans les observations de foie appendiculaire se rapprochent beaucoup.

Nous avons d'ailleurs étudié les observations à ce point de vue, et constaté que les cas où la rate était le plus volumineuse étaient ceux où la thrombose oblitérante était généralisée et non suppurée.

Par contre les cas où la rate était normale ou très peu hypertrophiée (par exemple le cas de M. Dieulafoy) sont justement ceux où il n'y avait pas de lésions du tronc porte et où la pyléphlébite péri-appendiculaire existait seule.

L'étude histologique nous permet de confirmer cette notion. Dans un cas que nous avons étudié avec M. Chirié, la rate présentait non des lésions de folliculite infectieuse, mais des lésions congestives portant surtout sur la pulpe.

Il existe donc, dans la pyléphlébite non suppurée, une tuméfaction énorme de la rate, d'origine plus congestive qu'infectieuse. Quand la pyléphlébite est suppurée on peut avoir une lésion splénique toute particulière : la suppuration envahit le tissu splénique comme le tissu hépatique et l'on a (cas Graham) des abcès périphlébitiques de la rate parfois volumineux, accompagnés de lésions nécrotiques généralisées à tout l'organe.

II. Lésions dégénératives. — Le tableau anatomique est ici tout différent comme aussi l'histoire clinique. Ici les lésions semblent uniquement dues aux toxines : aussi *pas de pyléphlébite*, pas de grosse rate, pas de suppurations à distance; par contre, graves lésions cellulaires du rein, souvent presque aussi intenses que celles du foie.

L'histoire des lésions dégénératives du foie dans l'appendicite, du « foie toxique appendiculaire », est relativement récente. C'est à M. Dieulafoy qu'elle est due en grande partie : cet auteur a signalé les lésions non suppuratives du foie, d'ordre toxique, et a insisté à plusieurs reprises sur ce qu'il a appelé « la toxicité de l'appendicite ».

Depuis la première observation de M. Dieulafoy, plusieurs cas nouveaux ont été rapportés, mais en assez petit nombre, et l'étude anatomique de cette complication de l'appendicite ne peut s'appuyer que sur un petit nombre d'observations complètes : une de MM. Dieulafoy et Letulle (1), une de M. Lorrain (2), quatre de MM. Menetrier et Aubertin (3). une de MM. Routier et Nattan-Larrier (4), trois de MM. Beauvy et Chirié (5). Ces dernières sont particulièrement intéressantes par l'intensité de la nécrose cellulaire qui les caractérise. Enfin nous devons signaler uue observation inédite que nous avons étudiée avec notre collègue Bouchez.

Nous avons déjà signalé ce fait que les lésions sont généralement purement toxiques, mais parfois aussi toxi-infectieuses : nous n'y reviendrons pas.

Les lésions du foie toxique appendiculaire revêtent trois types : la nécrose cellulaire (Beauvy et Chirié), la dégénérescence graisseuse (Menetrier et Aubertin), l'atrophie jaune aiguë décrite par plusieurs auteurs américains et dont nous avons observé un exemple. Mais il ne faudrait pas voir là trois évolutions différentes de la lésion hépatique. La nécrose et la stéatose s'associent généralement avec prédominance de l'une ou de l'autre; quant à l'atrophie jaune aiguë, elle n'est que le degré extrême de la dégénérescence hépatique.

(1) Dieulafoy. *Presse méd.*, 9 juillet 1902.

(2) Lorrain. Soc. anat., 12 déc. 1902. — Cette observation est discutable : étant donné l'âge du sujet, la cirrhose légère, la présence de pigment ocre dans le foie, il faut se demander si les lésions hépatiques ne sont pas antérieures à l'appendicite : ce cas serait analogue à celui de Lecène que nous avons rapporté plus haut.

(3) Menetrier et Aubertin. La stéatose hépatique aiguë dans l'appendicite et l'ictère grave appendiculaire, Soc. méd. des hôpit., oct. 1903; — Soc. anat., janv. et févr. 1905.

(4) Dieulafoy. Tome III de la 14e édition du *Manuel*, p. 34.

(5) Beauvy et Chirié. Appendicites toxiques, *Arch. de méd. expérim.*, mars 1905.

On peut dire que d'une manière générale le foie réagit aux toxines appendiculaires, par de la dégénérescence graisseuse prédominant dans sa partie péri-portale et par des lésions cellulaires toujours plus marquées dans la région centro-lobulaire. Un tel mode de réaction a déjà été noté dans les intoxications par M. Claude (1).

Ou bien c'est l'infiltration graisseuse qui domine : elle s'étend dans presque tout le lobule, et peut même l'envahir en entier; les lésions nécrotiques sont peu marquées ou manquent : on a le type du foie gras appendiculaire. Ou bien la dégénérescence graisseuse reste discrète, limitée aux régions immédiatement voisines de la veine porte : tout le reste du lobule est nécrosé ou présente de graves lésions cellulaires. Entre ces deux formes existent tous les types intermédiaires.

Nous n'avons pas à étudier ici pourquoi la stéatose est péri-portale et la nécrose centro-lobulaire. C'est là une question de physiologie pathologique commune à toutes les lésions hépatiques d'ordre toxique (2). La prédominance des altérations dans la région centrale du lobule est un phénomène général, probablement explicable par ce fait, mis en lumière par Géraudel, que la zone sus-hépatique est une « zone fragile » par rapport au reste du lobule. Mais nous ne croyons pas qu'on puisse dire que la zone portale réagit par de la stéatose, tandis que la zone sus-hépatique réagit par de la nécrose : en effet, la localisation des lésions n'est pas ici nettement tranchée comme dans le foie cardiaque; la zone stéatosée ne prend pas en masse la partie dite portale, *elle s'avance plus ou moins dans le lobule* selon l'intensité du processus : c'est ce qui ressort nettement de l'étude de nos coupes comparées avec celles de Beauvy et Chirié. Nous croyons, pour notre part, que les altérations vont en augmentant de la veine porte vers le centre du lobule; la dégénérescence graisseuse en fines granulations n'est peut-être que le premier stade de la nécrose protoplasmique (sinon nucléaire), comme l'étude histologique peut nous le faire penser. Mais nous ne pouvons insister ici sur ces points contestés de la pathologie générale hépatique, et qui touchent à la question du rôle antitoxique de la surcharge graisseuse (3).

Nous décrirons donc successivement : la nécrose cellulaire, la dégénérescence graisseuse et l'atrophie jaune aiguë du foie.

Nécrose cellulaire. — Dans ces cas, la dégénérescence graisseuse est très peu prononcée, c'est la nécrose qui domine : aussi le foie était-il *à peu près normal à l'œil nu* dans les trois cas de Beauvy et Chirié et dans le nôtre.

Dans les trois cas de Beauvy et Chirié, la lésion

(1) Claude. Th. de Paris, 1897.

(2) Elle a été signalée dans l'ictère grave (Hanot), dans la pneumonie (Letulle), dans l'urémie (Beauvy), dans l'anémie pernicieuse (Aubertin); nous l'avons également observée dans un cas de septicémie. C'est bien un phénomène commun à toutes les lésions toxiques du foie, puisque M. Claude l'a réalisée expérimentalement avec divers poisons microbiens.

(3) P. Carnot. Maladies microbiennes, in *Traité de médecine* Brouardel et Gilbert, p. 145.

est analogue : nécrose centrale, stéatose périphérique, et diffère seulement par la plus ou moins grande étendue de la région nécrosée.

Les cellules de la zone sus-hépatique ont parfaitement conservé leur ordination trabéculaire normale : l'architecture générale du lobule n'est pas changée, il n'y a pas de dislocation de la travée. Mais les cellules sont absolument nécrosées : non seulement le noyau ne se colore plus par l'hématéine, mais le protoplasma lui-même est devenu éosinophile; de plus, il est rétracté, ratatiné, craquelé, parfois parsemé de vacuoles irrégulières. Il existe un très petit nombre de granulations graisseuses, disséminées, mises en évidence par l'acide osmique. Fait intéressant, les capillaires sont conservés, on voit parfaitement leurs parois bien colorées ainsi que les noyaux de leur endothélium, parfois augmentés de nombre, toujours fortement colorés et bien différents des noyaux de la cellule hépatique. Dans le capillaire sont des globules rouges en assez grand nombre (léger degré de congestion). Au niveau de la région péri-portale, l'aspect est tout différent : les cellules sont volumineuses, infiltrées de granulations graisseuses de volume moyen, en quantité variable et disposées à la périphérie de l'élément : le protoplasma, en raison des vacuoles graisseuses, prend un aspect réticulé. Les cellules sont augmentées de volume et écrasent les capillaires voisins dont la lumière devient invisible. Enfin, leur protoplasma se colore en lilas foncé par l'hématéine : il est basophile, tandis que celui des cellules nécrosées est éosinophile. Les noyaux sont colorables : mais ils présentent néanmoins des lésions : parfois ils sont pâles et un peu augmentés de volume, parfois nettement vacuolaires, parfois ils ont la forme d'un cercle à centre décoloré avec fines granulations inégales de chromatine disposées en couronne à la périphérie. Quelques-uns sont en pyknose.

Les lésions sont donc différentes dans la zone centrale (nécrose) et dans la zone portale (stéatose). Fait important, la transition est très brusque entre les deux zones. L'étendue de la zone nécrosée est variable : dans un cas, elle atteint presque tout le tissu hépatique, ne respectant que trois ou quatre rangées de cellules qui bordent l'espace porte; parfois la région graisseuse s'étend plus loin. Mais il n'y a pas ici, comme dans le foie cardiaque, deux zones d'étendue à peu près égales, l'une portale, l'autre sus-hépatique. Il est probable que la lésion de nécrose part de la région centrale et s'étend plus ou moins loin dans le lobule selon la plus ou moins grande rapidité du processus ou la plus ou moins grande résistance du tissu hépatique. Aussi la théorie de Géraudel ne semble point s'appliquer à ces lésions comme à celles du foie cardiaque, à moins que l'on n'admette que, chez certains sujets, la «zone portale» est très peu étendue et restreinte à quelques rangées cellulaires seulement.

Les lésions cellulaires peuvent affecter un autre aspect. Dans un cas que nous avons étudié avec M. Menetrier (1), il y avait également lésions à tendance nécrosique au centre et stéatose à la périphérie : mais on devait ici distinguer trois zones bien tranchées : la plus externe, peu étendue, atteinte de dégénérescence graisseuse banale; la région moyenne, comprenant une bonne moitié du lobule, atteinte d'une très fine dégénérescence graisseuse avec lésions cellulaires et altérations des noyaux, mais sans nécrose; la zone centrale enfin, assez peu étendue, composée d'un plasmodium de protoplasme réticulé, non graisseux (à moins qu'on ait affaire à de la graisse labile) et avec des noyaux en état de pyknose. Cette dernière région était beaucoup plus atteinte que le reste du lobule et la lésion qui l'atteignait, quoique différente de celle décrite par Beauvy et Chirié, avait néanmoins la même localisation.

De nouveaux examens histologiques seront nécessaires pour fixer définitivement la fréquence relative de ces sortes de lésions. Mais on peut dès à présent affirmer qu'elles sont d'ordre toxique : dans ces cas, nous n'avons trouvé, pas plus que Beauvy et Chirié, ni diapédèse, ni nodules infectieux, ni microbes.

Dégénérescence graisseuse. — Parfois ce sont les lésions de dégénérescence graisseuse qui dominent, donnant alors au foie un aspect tout spécial, il est volumineux, jaune chamois ou jaune clair, mou, tachant le papier d'une trace huileuse. Dans les cas où la dégénérescence graisseuse est moins accentuée, le foie présente un aspect à peu près normal à l'œil nu, mais l'examen histologique y révèle de grosses lésions. Ainsi le cas de M. Dieulafoy où les cellules, sans présenter aucune altération nécrotique, étaient néanmoins infiltrées de fines gouttelettes graisseuses, qui se retrouvaient également dans les leucocytes situés à l'intérieur des capillaires (Letulle). Mais nous devons noter que, si le foie offre, au premier abord, l'aspect purement graisseux d'un foie d'intoxication phosphorée, une étude attentive y montre des lésions dégénératives d'une autre nature, analogues à celles que nous avons décrites plus haut, mais discrètes et moins frappantes parce que limitées aux rares cellules épargnées par la stéatose. De plus, l'étude histologique y montre également parfois des lésions d'un autre ordre, des amas leucocytaires péri-portaux, des microbes qui prouvent bien que la lésion n'est pas purement toxique, mais bien toxi-infectieuse. Nous savons d'ailleurs (Roger et Garnier) que la stéatose n'est pas seulement le fait des intoxications portant sur le foie, et que les infections peuvent également la produire à un haut degré.

Nous avons pourtant constaté, dans un cas, observé avec M. Ménétrier, une dégénérescence graisseuse pure, sans accumulation de cellules migratrices, sans nodules infectieux, sans microbes. Dans ce cas la dégénérescence graisseuse était *massive* et *uniforme*, sans prédominance péri-portale, ou sus-hépatique, sans régions relativement épargnées. Les cellules avaient conservé leur ordination mais elles se montraient en tous les points creusées de vacuoles de volume inégal, si petites et si nombreuses que le protoplasme en paraissait comme reticulé. L'acide osmique les colorait en noir franc. Dans un grand nombre de cellules les noyaux ne se coloraient plus : ce sont donc bien là les caractères de la dégénéres-

(1) Menetrier et Aubertin. Foie toxique appendiculaire, Soc. anat., 10 fév. 1905.

cence et non de l'infiltration graisseuse. Aucune lésion des vaisseaux des voies biliaires ni du stroma (il n'y avait pas trace de pyléphlébite dans ce cas).

Beaucoup plus souvent des lésions infectieuses s'associent à la stéatose. Il en était ainsi dans le deuxième cas que nous avons étudié avec M. Ménétrier et dans un troisième que nous avons observé depuis (1), particulièrement intéressant puisqu'il concerne un enfant de treize ans, nettement indemne de toute tare alcoolique. La stéatose peut être généralisée ou prédominer nettement autour des espaces portes, mais dans l'un comme dans l'autre cas c'est bien une dégénérescence et non une infiltration car les gouttelettes graisseuses sont réparties en fines granulations, le noyau se colore mal, et les cellules sont elles-mêmes en grande parties nécrosées. On trouve, de plus, en maints endroits, des accumulations de cellules migratrices en nodules infectieux semblables à ceux qu'on trouve dans le foie au cours des grandes maladies infectieuses. Il peut y avoir dans les veines portes des thrombus fibrineux, et, dans un cas, nous avons pu, avec M. Ménétrier, déceler dans ces thrombus et dans les nodules leucocytaires voisins un gros bacille à extrémités non renflées, germe probablement anaérobie, venu sans doute de l'abcès fétide qui siégeait autour de l'appendice.

Atrophie jaune aiguë. — Dans tous ces cas le foie, quoique atteint de grosses lésions cellulaires, a conservé sa forme et son volume : il est même presque toujours hypertrophié. Mais parfois il peut être encore plus dégénéré et revêtir tous les caractères macroscopiques de l'atrophie jaune aiguë, le foie est jaunâtre avec des taches rouges correspondant aux hémorragies, il est petit et sa capsule est ridée; à la coupe son parenchyme apparaît comme une bouillie jaunâtre et diffluente avec des taches rouges. Telle est la description, de tous points comparable à celle des lésions ordinaires de l'ictère grave, que nous donnent Mintz et Grant des trois cas qu'ils ont observés et qui d'ailleurs avaient offert au complet la symptomatologie de la « fatal jaundice ». Bien qu'une étude histologique précise et détaillée manque dans leurs observations, la description macroscopique suffit amplement ici pour nous convaincre que les lésions cellulaires sont infiniment plus intenses que celles que nous avons décrites jusqu'ici. Et, dans un cas que nous avons récemment étudié avec notre collègue Bouchez (foie petit, jaunâtre, à capsule ridée, à parenchyme diffluent), les lésions étaient tellement intenses que les cellules étaient toutes fragmentées et nécrosées et que l'architecture du foie ne pouvait être reconnue.

Lésions de l'appendice. — Elles sont analogues à celles qui donnent naissance au foie infectieux. Mentionnons toutefois la fréquence particulière des abcès *fétides* péri-appendiculaires indiquant un rôle important des anaérobies dans la genèse des lésions dégénératives.

L'absence de pyléphlébite est la règle, ce qui ne veut pas dire que les lésions soient dues uniquement au transport des toxines par la veine porte, les microbes restant cantonnés au foyer appendiculaire; il existe en effet, dans bon nombre de cas, une véritable ascension microbienne. Mais, comme dans ces cas ils produisent des lésions massives et rapides de toute la glande hépatique, la mort survient en trois ou quatre jours par insuffisance hépatique aiguë et la pyléphlébite n'a pas le temps de se développer.

Lésions viscérales. — Elles sont ici beaucoup plus marquées, sauf toutefois celles de la rate, ce qui tient, comme nous l'avons dit plus haut, à l'absence de pyléphlébite.

Les lésions gastriques sont extrêmement fréquentes; il peut exister une dégénérescence du muscle cardiaque (Beauvy et Chirié n'ont point trouvé de dégénérescence graisseuse myocardique dans leurs cas). Quant aux lésions épithéliales du rein elles sont presque constantes.

Nous n'avons pas à décrire ici les lésions rénales de l'appendicite, mais il est très important au point de vue pathogénique d'en comparer l'intensité avec celle des lésions hépatiques pour essayer de voir si elles sont parallèles ou secondaires à celles-ci.

Nous avons toujours trouvé, dans l'appendicite, des lésions rénales moins intenses que celles du foie, parfois même des altérations à peines accentuées alors que la dégénérescence hépatique était déjà entièrement constituée. Beauvy et Chirié ont fait des constatations analogues. Comparant ces données avec celles que nous avait déjà fournies l'étude des différentes formes d'ictère grave (1), nous devons en conclure que les lésions du rein sont ici probablement secondaires à celles du foie et liées à l'intensité des lésions *cellulaires* de ce dernier. En effet, dans les cas d'hépatite infectieuse, où les lésions cellulaires sont à peine marquées, les reins sont presque absolument indemnes. On sait, d'autre part, que l'insuffisance hépatique à elle seule suffit pour produire des lésions rénales (expériences de Gouget).

On peut donc dire que dans l'appendicite ce sont des raisons d'ordre circulatoire qui règlent l'intensité des lésions viscérales. Le foie est atteint le premier et, selon la nature de ses lésions, il retentit ou ne retentit pas sur le rein. Quelle que soit l'intensité des lésions rénales elles sont moins importantes que celles du foie. Anatomiquement comme cliniquement, c'est le foie qui domine l'histoire des complications viscérales de l'appendicite. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 10 OCTOBRE 1905)

Le paludisme en Algérie. — M. LAVERAN analyse un travail de MM. Soulié et Moreau sur le paludisme en Algérie pendant l'année 1904. Ce travail est un complément d'un important ouvrage publié par ces auteurs. Ils se sont livrés à

(1) MÉNÉTRIER et AUBERTIN. Foie gras appendiculaire chez un nfant, Soc. anat., 20 janv. 1905.

(1) AUBERTIN. L'ictère grave dans la première enfance, *Presse méd.*, 5 août 1903.

une enquête minutieuse dont voici les résultats : Pour le département d'Alger 40 communes sur 127, représentant une population de 366832 habitants, ont envoyé des renseignements. Le nombre des malades atteints de paludisme s'est élevé à 13428, celui des décès à 1729. En tenant compte des territoires de commandement, et de la population militaire, le nombre des malades atteints de paludisme est de 17805 avec 2364 décès.

Pour le département d'Oran, en prenant les chiffres totaux, on a 63046 paludiques avec 4570 décès. Pour le département de Constantine, 17923 malades, 498 décès. En récapitulant les chiffres des trois départements, on obtient : 98774 malades atteints de paludisme, avec 7432 décès.

Ces chiffres accusent une recrudescence formidable du paludisme en 1904. C'est le département d'Oran qui a été le plus éprouvé. Tandis qu'en 1903 la mortalité globale par maladies avait été, pendant les mois de juillet, août et septembre de l'année 1903, de 2280 décès, elle a été, en 1904, de 9927 décès. La différence provient presque en totalité du fait de paludisme.

Pour l'armée d'Algérie dont l'effectif a été, en 1904, de 44065 hommes, on a enregistré 10065 cas de paludisme soit un cas sur 4, et seulement 47 décès, ce qui donne 1 décès pour 214 malades. Ce petit nombre de décès dans l'armée montre l'importance d'un traitement bien dirigé.

La recrudescence de 1904 s'explique par l'abondance des pluies. Elle prouve qu'il ne faut pas se bercer de l'espoir que l'endémie palustre est entrée définitivement en décroissance et qu'il faut entreprendre une campagne vigoureuse contre ces retours offensifs. On a vigoureusement entrepris cette campagne. On a eu recours non seulement au gouvernement, aux pouvoirs publics, mais aussi à l'initiative privée. Brochures, conférences publiques avec projections, enseignement dans les écoles, ligue algérienne contre le paludisme instituée sur les mêmes bases que la ligue de Cow fondée par M. Laveran, l'usage de la quinine à titre préventif, installations de toiles métalliques destinées à protéger les habitations contre la pénétration des moustiques, dessèchement des étangs, cures d altitude, changements de climat prescrits et facilités aux malades, etc., etc., tout a été mis en œuvre au point de vue de la prophylaxie du paludisme.

Une vaste enquête se poursuit en ce moment sous la direction de MM. Soulié et Moreau; on arrivera prochainement à créer une carte de paludisme en Algérie comme celles qui existent en Italie.

En résumé, dit M. Laveran, MM. Soulié et Moreau ont accompli une œuvre des plus utiles en créant la ligue contre le paludisme en Algérie et en étudiant, comme ils l'ont fait, la répartition du paludisme dans les différentes localités des trois départements algériens.

Une statistique médicale des troupes coloniales. — M. Kermorgant communique une statistique médicale des troupes coloniales qui a été établie pour l'année 1903 et qui comprend deux parties : l'une concernant les troupes coloniales stationnées en France, la seconde, les troupes en service aux colonies.

Ce travail, qui paraît pour la première fois, est divisé, en ce qui concerne la partie traitant des troupes en service aux colonies, en deux chapitres : rapport et tableaux. Dans le rapport, il est fait mention des caractéristiques présentées par les diverses maladies observées dans nos possessions d'outre-mer, de leur répartition suivant les localités et suivant les armes dans chaque colonie. Dans la seconde partie (tableaux) les chiffres établissent la morbidité et la mortalité des troupes, dans l'année, par colonie, par mois, par arme.

Il ressort de cette étude que de toutes les maladies endémiques qui existent aux colonies, le paludisme constitue le facteur nosologique entraînant le plus grand nombre d'indisponibilités. Il figure avec un pourcentage de 325,1 pour 1000 hommes d'effectif total pour les Européens. Après lui viennent la diarrhée et les maladies de l'appareil digestif avec 68,7 p. 1000. On constate également que de toutes les colonies, la morbidité la plus élevée a été observée à la Guadeloupe (213,2 p. 1000), la mortalité la plus grande en Cochinchine (33 p. 1000), toujours en ce qui concerne les troupes européennes

Le paludisme, qui est l'endémie coloniale la plus fréquente, a sévi avec le plus d'intensité à la Guadeloupe, où elle a présenté une morbidité de 763 p. 1000. La mortalité paludéenne a présenté son maximum dans les pays et protectorats du Tchad (13,8 p. 1000) et en Afrique occidentale française (7,5 p. 1000).

Pour les indigènes, c'est la Cochinchine qui a présenté la plus grande morbidité totale, soit 106,3 pour 1000 hommes d'effectif total et la plus grande mortalité, soit 46 p. 1000.

La morbidité la plus grande par paludisme a été constatée pour les indigènes dans les établissements français de l'Inde où elle a atteint le chiffre de 260,56 p. 1000, tandis que la mortalité pour la même affection a été également la plus élevée dans cette colonie, soit 7 p. 1000.

M. Debove présente quatre volumes intitulés : **Le cabinet secret de l'histoire**, par M. le docteur Cabanès.

(Séance du 17 octobre 1905)

Injections sous-cutanées d'eau de mer. — M. Porak présente, au nom de MM. O. Macé et René Quinton un travail effectué dans son service au pavillon des débiles de la Maternité.

MM. Macé et Quinton comparent dans ce travail les effets thérapeutiques du sérum artificiel et de l'eau de mer, en injections sous-cutanées, chez les enfants débiles et prématurés.

Les résultats sont des plus nets. Avec les injections de sérum artificiel, l'augmentation moyenne et quotidienne du poids s'éleva à 5gr32 ; avec les injections d'eau de mer, à 9gr7.

Ainsi, l'augmentation pondérale, qui mesure d'une façon si précise chez l'enfant l'activité générale des fonctions organiques, est près du double sous l'injection marine de ce qu'elle est sous l'injection de sérum artificiel.

Les modifications anatomiques observées pendant et après la réduction non sanglante de la luxation congénitale de la hanche. — M. J. Gourdon (de Bordeaux) étudie les transformations profondes obtenues chez les boiteux de naissance par le traitement non sanglant. L'intervention ne peut être pratiquée avec le plus de chances de succès que jusqu'à treize ans, la période la plus favorable s'étendant de deux à neuf ans.

En replaçant la tête fémorale vis-à-vis de la cavité cotyloïde, on agit à la fois sur les parties musculaires et sur les parties osseuses de la hanche : les premières reprennent instantanément leurs tension et direction physiologiques et la forme de la hanche revient aussitôt normale; les os se modifient plus lentement, par pression réciproque, mais les tranformations opérées dans le squelette de l'articulation de la hanche sont tellement complètes qu'il est impossible, au bout d'un certain temps, de différencier une articulation opérée d'une articulation normale.

Les conclusions de ce mémoire font ressortir que la guérison de la luxation congénitale de la hanche est assurée de deux à neuf ans, elle est possible, dans un grand nombre de cas, de neuf à treize ans.

Grossesse sextuple. — M. Hamy montre la photographie de six enfants mis au monde en une seule fois par une négresse. Ce sextuple accouchement s'est fait à sept mois. Les enfants sont morts. On n'a malheureusement pas de renseignements sur la placentation. On a publié déjà un certain nombre de cas de grossesses quintuples. Les quadruples grossesses sont assez communes, nous en avons récemment publié un exemple (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 101, p. 1207). Mais c'est là, croit M. Hamy, le premier cas de grossesse sextuple.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

AVIS

Nous prévenons nos lecteurs que la Poste est **seule responsable** *des nombreuses irrégularités qui se produisent en ce moment dans la distribution du journal.*

Nous prions instamment nos abonnés de bien vouloir continuer à nous adresser leurs plaintes afin que nous puissions les transmettre à l'administration des Postes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Un mode de traitement des fistules biliaires de la vésicule (*la cure alimentaire*), par M. Maurice PATEL.
Hygiène scolaire et médecins des écoles, par M. AVIÉRINOS.
CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE (*VIIIe session, Liège, 25, 26, 27 septembre 1905*) [fin].
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine.
Société médicale des hôpitaux.
Société de chirurgie.
ANALYSES
Chirurgie : Cancer du sein chez l'homme guéri par les rayons X; — Contribution à l'étude de la coxa vara traumatique.
Thérapeutique : Traitement de l'érysipèle par le sérum de convalescents de cette affection; — Le lusoforme dans la chirurgie courante.
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

LA DIRECTION DE L'HYGIÈNE ET DE L'ASSISTANCE PUBLIQUES. — Le décret de nomination de M. Mirman, comme directeur de l'hygiène et de l'assistance publiques, indiquait que son prédécesseur, M. Henri Monod, avait été admis sur sa demande à la retraite.

Or, M. Henri Monod vient d'adresser la lettre suivante à notre confrère le *Temps :*

« Venise, 18 octobre.

Mon cher directeur,

A l'instant, m'arrive le *Temps* du 17 octobre, et j'y lis que, par décret du 10 octobre, M. Mirman est nommé directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, en remplacement de M. Henri Monod, « admis *sur sa demande* à la retraite. »

Je vous serais très reconnaissant de me permettre de rectifier sur un point cette information.

Ce n'est pas sur ma demande que j'ai été mis à la retraite.

M. le ministre de l'Intérieur m'avait confié la mission de le représenter au VIIe Congrès international d'hydrologie et de climatologie qui s'est ouvert à Venise *le 10 octobre*. Le Congrès venait de terminer ses travaux lorsque, le 15 octobre, je reçus de M. Étienne un billet daté du 9, et m'annonçant la décision prise par le gouvernement.

Croyez, etc. HENRI MONOD. »

LE CONFLIT DES HOPITAUX DE BORDEAUX (1). — Le conflit entre les internes et l'administration des hôpitaux de Bordeaux, qui s'est apaisé la semaine dernière grâce à l'intervention de la Réunion du corps médical des hôpitaux, semble désormais terminé. En effet une Commission mixte, composée d'administrateurs et d'étudiants, a été nommée pour étudier les questions de détail, d'autre part l'Association des internes a décidé de prendre à sa charge les dépenses qui pourraient incomber aux futurs mess qui vont être organisés.

LE PORT DE L'UNIFORME POUR LES MÉDECINS DE LA RÉSERVE DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — M. Berteaux vient d'adresser aux commandants de corps d'armée une circulaire, autorisant les officiers de réserve de la territoriale à se mettre en tenue *régulière*, à l'occasion de toutes les fêtes, réunions, cérémonies officielles ou non officielles, à l'exception des réunions publiques ou privées ayant un caractère politique ou électoral.

Les officiers ne doivent jamais revêtir leur uniforme dans l'exercice de leur profession.

En cas d'abus ou de tenue irrégulière, la faculté de porter la tenue en dehors du service pourra être interdite par l'autorité militaire aux officiers signalés à son attention.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS. — La prochaine séance aura lieu le jeudi 16 octobre, à quatre heures et demie, 12, rue de Seine, dans les locaux de la Société de chirurgie.

La conférence habituelle sera faite à cinq heures trois quarts par S. A. S. Mgr le prince de Monaco, qui exposera des considérations sur la biologie marine, avec projections cinématographiques.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 118, p. 1405.

MÉDECINS SANITAIRES MARITIMES. — La Compagnie des Chargeurs-Réunis demande quatre médecins sanitaires maritimes pour les départs des 20 et 22 novembre. Havre-la Plata, Havre-le Brésil.

Durée du voyage de quatre à cinq mois.

300 francs par mois, voyage payé jusqu'au Havre.

La Compagnie de Navigation mixte à Marseille demande trois médecins sanitaires maritimes pour les lignes : Algérie, Tunisie et Maroc.

200 francs par mois.

Pour ces différents emplois, s'adresser au docteur Lop, à Marseille.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU DE LYON
(M. le professeur JABOULAY.)

UN MODE DE TRAITEMENT
DES
FISTULES BILIAIRES DE LA VÉSICULE
(LA CURE ALIMENTAIRE)

Par M. MAURICE PATEL,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

Lorsqu'on a pratiqué une cholécystostomie pour des accidents de lithiase biliaire (prenons comme exemple la cholécystite calculeuse suppurée si fréquente), après l'évacuation du pus, les douleurs cessent; l'état général se remonte rapidement; la fistule persiste alors que la guérison peut être considérée comme définitive; si bien que le malade, oublieux du danger qu'il a couru avant son opération, tend souvent à reprocher au chirurgien de lui avoir laissé une infirmité.

Chacun sait, en effet, combien il est difficile d'obtenir la guérison d'une fistule ainsi constituée; un grand nombre se ferment du deuxième au troisième mois, mais beaucoup d'autres persistent plus longtemps.

De même que pour éviter l'incontinence stomacale après la gastrostomie, on a proposé différents procédés pour hâter la cicatrisation. On a voulu réaliser un véritable sphincter en faisant passer la vésicule à travers les fibres du grand droit (Delagénière); de même que pour l'estomac et la vessie, cet anneau contractile paraît plutôt illusoire.

On a recommandé de suturer la vésicule aux plans sous-cutanés, même au péritoine pariétal, de façon que la muqueuse ne soit pas en continuité directe avec la peau. Cette précaution, que l'on a bien soin de mettre à exécution pour la gastrostomie, paraît avoir ici son utilité. A la Société des sciences médicales de Lyon, le 22 juin 1904 (1), M. Bérard faisait présenter, par M. Leriche, une malade chez laquelle une cholécystostomie avait été pratiquée pour des calculs enclavés dans le cystique; il n'y avait pas de pus; la vésicule fut suturée au péritoine pariétal, la cicatrisation était complète au seizième jour. Il s'agissait presque, ici, d'une cholécystotomie idéale; lorsque le contenu de la vésicule est suppuré, la fistule persiste malgré cette précaution.

En somme, malgré toutes les modifications, usitées jusqu'à aujourd'hui, de la technique opératoire, les fistules biliaires de la vésicule sont très rebelles, et le chirurgien se voit souvent obligé, par le malade, de tenter chirurgicalement la cure de la fistule biliaire; opération parfois grave, on le sait, en raison des adhérences anormales, qui se sont formées au voisinage de la vésicule, opération qui, de plus, n'est pas toujours efficace.

(1) *Lyon médical*, 1904, t. II, p. 127.

C'est en raison de la longueur de la durée d'une fistule biliaire que nous proposons de faire, après la cholécystostomie ou en face d'une fistule ancienne, la *cure alimentaire* de celle-ci.

Le professeur Jaboulay, le premier, a eu l'idée de cette méthode. En 1902, mon maître présentait, à la Société de chirurgie de Lyon (séance du 23 janvier 1902), une femme chez laquelle une cholécystostomie avait été pratiquée six mois auparavant pour des calculs biliaires, infectés; la fistule persistait. M. Jaboulay fit la remarque, très importante, que l'*écoulement de bile ne se faisait que la nuit*, à partir de onze heures du soir, et cessait aux environs de sept heures du matin.

La malade faisait trois repas par jour à six heures, à dix heures, à quatre heures; il était logique de conclure que la bile passait dans la vésicule, en dehors des périodes digestives. Pour mieux le vérifier, on fit faire un quatrième repas à la malade, vers onze heures du soir, l'écoulement ne se produisit plus que fort tard dans la nuit et diminuait considérablement. Aussi, M. Jaboulay disait-il que, pour tarir une fistule de la vésicule, il fallait rapprocher autant que possible les périodes digestives, rendre celles-ci presque continuelles, et pour cela, faire manger les malades toutes les trois ou quatre heures. J'avais vu ce procédé réussir pleinement plusieurs fois dans le service de mon maître.

Il semble que l'emploi de cette méthode, pourtant si simple, ne se soit pas généralisé et c'est pourquoi je voudrais rapporter le fait suivant :

Le 29 juillet 1905, j'avais l'occasion de pratiquer, dans le service de M. Bérard, une cholécystostomie chez une jeune femme, atteinte de cholécystite suppurée au déclin d'une fièvre typhoïde. L'incision fut faite sur le bord externe du grand droit : plus d'un quart de litre de liquide purulent fut évacué; la vésicule fut incisée sur une longueur de 5 ou 6 centimètres, et on retira un calcul du volume d'une grosse noix. La vésicule fut fixée à la partie supérieure de la plaie, à travers les fibres du grand droit; des points non perforants, placés en couronne à un demi-centimètre de l'incision, la relièrent aux parties profondes du derme; un drain fut placé à son intérieur. La bile s'écoula très abondamment dès le lendemain; le drain fut retiré le deuxième jour; l'écoulement persista et on put remarquer qu'il ne se produisait que la nuit.

Le 7 août, la malade fit deux repas par nuit; l'écoulement diminua de plus de moitié. Le 9 août, la malade fit très rigoureusement, le jour et la nuit, de petits repas toutes les trois heures.

Le 11 août au matin, le pansement n'était nullement souillé de bile; les repas furent pris encore toutes les trois heures, jusqu'au matin du 12 août : la fistule était entièrement fermée. Elle ne s'est pas reproduite depuis; la guérison peut être considérée comme définitive.

En somme, une fistule biliaire, établie pour cholécystite calculeuse suppurée, s'est fermée au bout de douze jours. L'influence de l'augmentation du nombre des repas est vraiment trop nette pour ne pas lui attribuer tout le succès, et l'on peut dire

qu'il s'agit vraiment d'une *cure alimentaire*; je ne crois pas que la suture à travers le grand droit et aux plans sous-cutanés, eût amené un résultat aussi rapide, dans ce cas de cholécystite suppurée.

Ce procédé de cure alimentaire des fistules de la vésicule biliaire est des plus logiques. On sait aujourd'hui que la bile ne se rend pas directement dans la vésicule par la cystique : qu'elle n'y arrive que si le cholédoque ne suffit pas à son écoulement. Or, pendant la digestion, le cholédoque est béant, la bile tend à s'écouler par son canal principal et même, à ce moment, la vésicule se vide. Dans l'intervalle des digestions, au contraire, le sphincter d'Oddi, sans fermer complètement l'orifice inférieur du cholédoque (car la bile s'écoule continuellement dans le duodénum), la retient néanmoins, et elle reflue alors dans la vésicule. Si l'on suppose que l'écoulement se fasse au maximum constamment par le cholédoque, la vésicule ne doit pas se remplir. Pour réaliser ce phénomène, il faut arriver à ce que la digestion se fasse d'une façon constante ; l'observation des malades est là pour le prouver.

Ce procédé de cure alimentaire se propose en somme de maintenir ouverte, d'une façon aussi prolongée que possible, l'extrémité inférieure du cholédoque ; de rendre perméable en somme la voie principale pour que la voie accessoire soit délaissée.

N'est-ce pas ce principe qui sert à tarir les fistules rénales ou vésicales en établissant la perméabilité constante des voies d'excrétion principales, l'uretère ou l'urètre?

Ce mode de traitement des fistules biliaires ne peut s'adresser, bien entendu, qu'aux fistules semblables à celles que nous envisageons, et qui sont les plus fréquentes; il faut que toutes les voies biliaires soient perméables. Il ne saurait, en effet, être question des fistules avec oblitération définitive du cholédoque ; la bile doit suivre alors, d'une façon obligatoire, le chemin de la vésicule. De même, pour les fistules de la vésicule, avec oblitération du cystique ; ces dernières, du reste, ne laissent pas écouler de bile et demeurent justiciables d'une thérapeutique spéciale.

Assurément, même dans les circonstances précédemment signalées, certaines conditions anatomopathologiques doivent favoriser ou retarder la fermeture de la fistule biliaire. C'est ainsi que la guérison sera beaucoup plus rapide dans les fistules récentes que dans les fistules anciennes, surtout si la muqueuse n'est pas en continuité régulièrement avec la surface cutanée ; deux surfaces muqueuses mises en présence se cicatrisent très difficilement. De même, si la vésicule a des parois épaisses, fongueuses, avec des abcès en miniature dans son épaisseur, la suppuration qui en résultera aura de la tendance à maintenir béant l'orifice de la fistule. Egalement, si des calculs concomitants du cholédoque ont déterminé des rétrécissements cicatriciels de ce conduit, la pression plus forte à son intérieur fera passer la bile dans la vésicule plus facilement.

Néanmoins, tous ces cas semblent justiciables de la cure alimentaire, avec un bénéfice que des observations ultérieures pourront mettre en évidence.

Aujourd'hui, d'après les observations signalées, on peut émettre ces deux propositions :

1° *Après une cholécystostomie, le chirurgien devra faire la cure alimentaire dès le début; on évitera les désagréments d'un écoulement bilieux, qui persiste un minimum de deux à trois mois.*

2° *En présence d'une fistule biliaire ancienne, on devra tenter la cure alimentaire avant d'employer tout autre procédé opératoire. Le moyen est simple, et peut épargner au malade une opération souvent dangereuse.*

HYGIÈNE SCOLAIRE ET MÉDECINS DES ÉCOLES

Par le docteur AVIÉRINOS (de Marseille).

La lecture d'un livre récent (1) nous suggère quelques réflexions, dont l'hygiène des écoles pourrait tirer un profit certain.

La frontière qui sépare l'état de santé de l'état de maladie est bien souvent vague et indéterminée. Il est difficile de la délimiter, toujours, avec précision, mais cela n'est pas impossible.

Avec une attention toujours éveillée, le médecin peut dépister les désordres légers, actuellement bien connus, qui précèdent les premières déviations de la nutrition des tissus. Il peut empêcher par ses conseils, docilement suivis dès le début du mal, le développement du diabète, de l'albuminurie, des diverses lithiases, en un mot de ce que l'on est convenu d'appeler l'arthritisme.

Mais l'esprit d'observation ainsi exercé rendrait des services encore plus frappants dans la recherche obstinée, des petits signes des maladies infectieuses. Ici le bénéfice serait plus immédiat. Les épidémies de rougeole, de scarlatine, de diphtérie, de variole, de grippe, de fièvre typhoïde, débutent souvent par des états morbides bénins.

Un enfant présente du gonflement léger des amygdales, sans fièvre, avec quelques plaques écarlates aux plis du coude et de l'aîne. Personne ne s'en occupe, et lui-même continue à aller à l'école. Cependant il a une scarlatine fruste et va peut-être contaminer toute sa classe. Il est sur la frontière de la scarlatine. Et ainsi pour toutes les infections.

Que de diphtéries sans fausses-membranes! de grippes et de fièvres typhoïdes atténuées! Ce ne sont que des ébauches de la terrible épidémie qui va se répandre sournoisement dans une agglomération et la décimer.

Le médecin, dont l'esprit sera en éveil, découvrira ces troubles fugaces et ces symptômes frustes. Un isolement de quelques jours, une médication très simple, et quelques règles d'hygiène, bien appliquées, éviteront de véritables désastres.

Mais pour cela, il faut que son rôle, dans les groupes scolaires, soit plus étendu, plus actif, plus important et plus continu. Il ne doit pas être appelé pour

(1) J. HÉRICOURT. *Les frontières de la maladie.*

constater une épidémie en marche, mais pour déceler les premiers cas infectieux qui vont devenir les origines des épidémies. Il doit ordonner les mesures préventives qui précèdent et empêchent ces épidémies. Ce n'est malheureusement pas ainsi, que cela se passe, dans la majorité des groupements scolaires. « L'inspection médicale des écoles est inscrite dans la loi; en fait elle n'existe que sur le papier. A part quelques rares et honorables exceptions, les médecins-inspecteurs n'inspectent rien. » Ces lignes, écrites par Langlois, dans son *Précis d'hygiène*, ne sont pas éloignées de la vérité.

Il y aurait tant d'avantages, au point de vue de la santé et du développement de l'enfance qu'il en soit autrement, que l'on s'étonne de ne pas voir réorganiser ce service de l'inspection médicale scolaire.

Quelques chefs de grandes entreprises industrielles ont bien compris l'utilité d'une surveillance hygiénique et régulière de leurs ouvriers. Et à la grande satisfaction de tous, ils ont chargé des médecins d'assurer l'hygiène de leurs locaux, de leurs personnels et de leur famille.

Il pourrait exister la même prophylaxie sanitaire dans nos écoles. Au lieu de la visite solennelle et rare du médecin-inspecteur, il ferait une longue visite quotidienne. Chaque enfant, tant soit peu suspect, serait examiné. Et cet examen journalier mettrait au jour les formes atténuées des maladies infectieuses, dont nous venons de parler. Sa présence de tous les jours, à l'école, lui permettrait d'approfondir ces questions si importantes d'hygiène scolaire : chauffage, éclairage, ventilation, mobilier scolaire, propreté des locaux, etc. Les troubles de la vision, les déviations de la taille, les adénoïdes, les dégénérescences lui échapperaient encore moins.

De plus, il habituerait les enfants, grâce à la loi d'imitation, à davantage se préoccuper de leur santé. Devenus hommes, ils seraient pénétrés de cette idée presque naïve, que le meilleur moyen de ne pas être malade, c'est de prévenir le mal. Et pour cela de soigner la maladie tout à fait au début, quand il est temps de l'enrayer.

Le médecin scolaire serait ainsi, suivant l'expression du docteur Héricourt, une variété de médecin de l'avenir.

Aujourd'hui, par l'incurie et la mauvaise éducation des gens, sur ce point, nous soignons trop souvent des maladies qui finissent. Le médecin scolaire, en aiguillant l'esprit des enfants vers la médecine préventive, fille de l'hygiène, les préparerait à savoir éviter les maladies, pour eux et leur entourage. Et ce serait un bénéfice appréciable pour l'humanité tout entière.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DU PRURIT VULVAIRE PAR LA PATE DE ZINC

M. le docteur Leredde indique, dans la *Revue pratique des maladies cutanées*, un moyen fort simple pour traiter le prurit vulvaire.

Le prurit vulvaire est une affection commune, que le médecin est fort embarrassé pour soigner, en raison du nombre de moyens qu'il a à sa disposition, nombre tel qu'on ne saurait en fixer le chiffre. Or, dans le plus grand nombre des cas, le prurit de la vulve est soulagé, parfois guéri par un pansement à la pâte de zinc.

On couvre la face externe des grandes lèvres, leur face interne, les petites lèvres, de pâte de zinc, et on introduit dans le vagin une mèche de gaze destinée à séparer les muqueuses droites des muqueuses gauches. Le pansement est changé toutes les fois que la malade urine.

Ce traitement peut échouer, en particulier lorsqu'il y a de la lichénification des lésions cutanées, mais M. Leredde l'a vu réussir si souvent dans les autres cas qu'il l'emploie maintenant d'une manière systématique. Peut-être suffira-t-il de le combiner à la radiothérapie pour obtenir d'une manière presque constante la guérison du prurit vulvaire, affection jusqu'ici considérée comme rebelle.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

(VIIIe SESSION)

(*Liège, 25, 26, 27 septembre 1905*) [fin]

Dans un précédent article (1), nous avons brièvement analysé les rapports de MM. Teissier (de Lyon) et Verhoogen sur le *rhumatisme chronique*, et le rapport de M. Widal sur les *régimes déchlorurés*. Avant de résumer la discussion à laquelle ce dernier a donné lieu, signalons le travail de M. Beco (de Liège), co-rapporteur.

M. Beco a suivi une série de malades atteints de néphrite de différents types soumis à des alternatives de chloruration et de déchloruration alimentaires pour élucider diverses questions importantes. Tout d'abord, l'imperméabilité rénale pour le passage du chlorure de sodium est-elle fonction de lésions épithéliales portant sur l'appareil glomérulo-tubulaire? Les observations montrent à ce sujet que la chlorurie alimentaire est suivie, au bout d'un certain temps, d'une augmentation de la quantité des chlorures éliminés par l'urine. Au début de la chloruration, l'augmentation brusque est suivie de rétention et d'œdème, mais bientôt l'élimination chlorurée apparaît et atteint un haut degré. Étant donné que la teneur en chlorure de sodium du sang ou des humeurs qui baignent le parenchyme rénal paraît ne varier que dans d'étroites limites, il est probable que l'élimination du chlorure ne constitue pas une fonction élective de la cellule rénale.

Quelle influence le passage du chlorure de sodium dans le rein exerce-t-elle sur la diurèse? M. Beco pense que ces deux phénomènes affectent d'étroites relations. Polychlorurie et polyurie vont habituellement de pair, mais, au point de vue chronologique, l'élimination chlorurée précède la décharge aqueuse. Elle peut l'accompagner, elle ne la suit jamais. Dans les néphrites à prédominance interstitielle, le volume de l'urine peut cependant n'être pas toujours proportionnel à la quantité de chlorures éliminés. D'autre part, il ne semble pas y avoir de parallélisme constant entre la quantité de l'albuminurie des vingt-quatre heures et celle de la rétention chlorurée.

Chez les malades atteints d'affections cardio-vasculaires, la chloruration artificielle donne d'aussi mauvais résultats que chez ceux atteints de néphrite parenchymateuse.

(1) Voyez *Gaz. des hopit.*, 1905, n° 112, p. 1338.

Dans les néphrites comme dans les affections cardiaques non compensées, la cure de déchloruration s'impose donc : toutes les fois que le rein laisse passer moins de chlorures qu'on n'en a introduits dans l'organisme, il faudra l'instituer. D'habitude, chez les brightiques, la diète lactée est suffisamment hypochlorurée pour constituer le régime de choix; chez les cardiaques, au contraire, il est préférable d'arriver d'emblée à la déchloruration presque totale et de lui associer l'administration des diurétiques, tels que l'agurine, la théocine, la caféine, qui provoquent la vaso-dilatation des vaisseaux rénaux et, augmentant la masse et la rapidité du sang qui traverse le rein dans un temps donné, favorisent ainsi la polyurie. L'appareil circulatoire du rein joue donc le rôle capital dans la rétention chlorurée et la déchloruration.

La discussion des rapports commence par une communication de M. Achard. Cet auteur rappelle que la déchloruration découle des idées qu'il a soutenues, dès 1901, sur le rôle du chlorure dans les œdèmes par rétention. Avec MM. Lœper et Laubry, il a montré que la rétention du chlorure de sodium a lieu dans les tissus, qu'elle y provoque un afflux d'eau, et empêche les injections salines d'amener la diurèse. M. Widal a eu le très grand mérite, après avoir confirmé ces expériences, d'en tirer d'heureuses applications thérapeutiques.

M. Widal fait remarquer que, pour M. Achard, non seulement le chlorure de sodium, mais encore diverses substances dissoutes en excès dans le sang, sont susceptibles de provoquer l'œdème. Une telle conception ne pouvait le conduire à la cure de déchloruration. Il a fallu les travaux de MM. Widal, Lemierre et Javal pour bien préciser le rôle exclusif du chlorure de sodium dans la production des œdèmes.

Des rapports de MM. Widal et Beco, rapprochons trois communications, l'une de M. Castaigne, l'autre de M. Achard, la troisième de MM. Vaquez et Digne.

M. Castaigne, étudiant le **rôle du rein dans la rétention chlorurée,** conclut de ses recherches que tout au moins dans les néphrites épithéliales expérimentales, l'obstacle à l'élimination des chlorures n'est pas au niveau du rein. La rétention chlorurée doit, dans ces cas, être attribuée, soit à une propriété spéciale des tissus et des humeurs qui sont plus aptes à retenir le sel, soit à un vice de la circulation, grâce auquel le rein malade reçoit moins de sang que le rein sain.

M. Achard expose les résultats du **régime déchloruré dans l'ascite des cirrhotiques.** Pour lui, la chloruration aggrave l'ascite des cirrhotiques, la déchloruration, au contraire, alors même qu'elle ne tarit pas l'épanchement, l'empêche de devenir gênant. Dans cette variété d'ascite, la rétention du chlorure de sodium est en effet considérable.

MM. Vaquez et Digne, étudiant **la rétention et l'élimination des chlorures au cours des cardiopathies,** rappellent qu'il est actuellement démontré qu'il n'y a pas d'asystolie sans rétention chlorurée, et que la déchloruration constitue le phénomène critique qui indique le retour à la santé. Ils recherchent aujourd'hui comment se comporte l'élimination des chlorures chez les cardiaques en dehors des périodes d'asystolie. Voici leurs conclusions :

« D'une façon générale, nous avons constaté que l'élimination chlorurée présente déjà des caractères anormaux à une période antérieure à celle des troubles dits asystoliques, et qu'elle peut être troublée alors même que l'adaptation de l'organisme à la lésion cardiaque paraît encore absolument parfaite.

On peut à cet égard ranger les cardiaques en trois catégories, suivant qu'ils sont à la période pré-asystolique, à la phase d'asystolie légère ou en asystolie complète.

Chez le plus grand nombre de malades dont la lésion cardiaque est compatible avec une existence normale et qui ne présentent aucun trouble fonctionnel, l'élimination chlorurée est également normale.

Dans une seconde période, dont la durée reste fort longue, l'apparition de la dyspnée d'effort et des autres troubles fonctionnels coïncide nettement avec un mode spécial de l'élimination des chlorures qui est facilement mis en évidence par l'épreuve de la chloruration expérimentale, laquelle dénote une chlorurie *retardée* et *intermittente.* La chasse chlorurée se fait ainsi d'une façon intermittente et ce phénomène très caractéristique peut être considéré comme le premier symptôme avant-coureur d'un léger degré d'insuffisance cardiaque.

Plus tard, lorsque ces troubles asystoliques s'accentuent, l'élimination chlorurée cesse complètement et fait place à une rétention très marquée.

L'étude des modifications de la formule suivant laquelle s'éliminent les chlorures peut donc fournir de très utiles indications pour le diagnostic et le pronostic des cardiopathies. »

TROISIÈME QUESTION

LES SÉCRÉTIONS DU PANCRÉAS

Premier rapport. — Pour M. Hallion (de Paris) le suc pancréatique peut être en déficit dans l'intestin; il peut stagner dans la glande; il peut s'épandre hors de ses voies naturelles. De là autant de troubles de la *sécrétion externe* qu'il faut envisager séparément.

Le *déficit* du suc se présente quand les cellules secrétantes sont détruites ou les conduits excréteurs oblitérés. Mais on peut concevoir que la fonction sécrétoire du pancréas soit suspendue sans que la glande se montre altérée anatomiquement.

On sait que, normalement, cette sécrétion est provoquée par l'apport d'une solution acide (suc gastrique), au contact de la muqueuse duodénale : on sait que cette muqueuse produit, dans ces conditions, une substance spécifique, la *sécrétine,* qui passe dans le sang, est charriée par lui jusqu'au pancréas et provoque la cellule pancréatique à la sécrétion.

Il est donc probable qu'un déficit de sécrétion pancréatique peut, en pathologie, ressortir soit à une maladie de l'estomac, soit à une maladie du duodénum.

La solidarité physiologique qui unit ces trois organes existe aussi à d'autres points de vue. Le suc duodénal renferme un ferment spécifique, l'entérokinase, qui, inactif par lui-même, renforce l'activité digestive du suc pancréatique : le suc gastrique renferme non seulement un ferment préolytique, mais encore un ferment stéatolytique.

Si l'on ajoute que la bile coopère à l'utilisation des graisses, que les bactéries intestinales paraissent prendre part à divers actes digestifs, on comprendra que les symptômes du déficit pancréatique ne soient ni pathognomoniques ni constants.

Parmi ces symptômes, de valeur pratique inégale, les plus importants sont l'azotorrhée et surtout la stéatorrhée. Plus important encore, est le phénomène qu'a signalé Muller et que M. Hallion propose de désigner sous le nom d'*hypostéatolyse* : c'est non plus le défaut d'absorption globale des graisses, mais l'imperfection de leur digestion chimique.

Le procédé de Sahli consiste à faire ingérer des pastilles de gluten contenant de l'iodoforme; le suc pancréatique dissout les capsules; l'iode se libère et passe dans l'urine où on le décèle. Quand ce passage retarde de vingt-deux heures ou davantage, on conclut à un déficit pancréatique, à moins qu'une stase gastrique n'ait retenu la capsule dans l'estomac. Ce procédé est utile, mais infidèle.

La *rétention* du suc pancréatique par oblitération complète ou incomplète des canaux excréteurs, engendre des désordres dans la glande et à son voisinage. La rétention pure et simple, aseptique, ne produit guère qu'une atrophie avec sclérose. Elle est aussi un des facteurs les plus importants des pancréatites aiguës et chroniques, surtout parce qu'elle permet l'infection ascendante du pancréas.

Normalement, le suc pancréatique s'oppose à la propagation des microbes intestinaux le long des conduits excréteurs de la glande. Dans une certaine mesure, le courant d'excrétion réalise mécaniquement l'asepsie, mais ce serait là une garantie insuffisante, surtout étant donné que le suc subit normalement des stases prolongées. Plus efficace est, comme l'a montré M. Carnot, le grand pouvoir bactéricide que le suc possède et qui est exalté encore par son mélange avec la bile. La rétention non seulement supprime le courant de chasse, mais encore altère les qualités du produit; ainsi rend-elle possible l'infection ascendante, et les pancréatites qui s'ensuivent.

La diffusion du suc hors de ses voies naturelles, par suite d'une solution de continuité de conduits ou de certaines altérations de cellules glandulaires, exerce une action offensive sur les tissus imprégnés, mais les tissus se défendent contre les ferments pancréatiques, et c'est ainsi que le péritoine sain en subit l'invasion sans dommage appréciable. Aussi faut-il que des conditions accessoires (infection microbienne) se surajoutent à l'action du suc pancréatique pour déterminer des lésions graves : hémorragies, pancréatites, etc.

II. *Sécrétion interne.* — Le diabète pancréatique a pour cause la suppression d'une sécrétion interne du pancréas.

M. Hallion rappelle les recherches de Chauveau et Kauffmann, de Lépine, de Conheim, de Lépine et Boulud.

De toutes ces recherches, il résulte que l'autophagie, la polyphagie, la polydipsie, la polyurie, ne sont pas nécessairement associées à la glycosurie. Pour expliquer l'autophagie, on a été amené à supposer que le pancréas sécrète une substance qui modère l'histolyse, substance dont le déficit contribuerait à l'amaigrissement rapide de certains diabétiques.

Il semble bien que la sécrétion interne du pancréas soit spécialisée dans les îlots de Langerhans. C'est donc à leurs lésions qu'il faudrait attribuer le diabète pancréatique.

III. *Thérapeutique.* — M. Enriquez a cherché à modifier la quantité et la qualité de la sécrétion pancréatique par une médication acide.

On a surtout utilisé les propriétés spécifiques des produits pancréatiques par l'opothérapie. Il paraît rationnel d'associer au produit pancréatique le produit duodénal que la physiologie nous indique comme son complément naturel. Dans le diabète, l'opothérapie a des effets inconstants, ce qui peut tenir (Gilbert) à la diversité pathogénique des cas ainsi traités.

Deuxième rapport. — M. Falloise (de Liège) ne s'occupe ici des sécrétions pancréatiques qu'au point de vue de la physiologie expérimentale.

I. *Sécrétion externe.* — Pour les classiques, le suc pancréatique, au moment où il pénètre dans l'intestin, possède trois ferments : la trypsine agissant sur les substances albuminoïdes, la lipase qui saponifie les graisses, l'amylase qui saccharifie l'amidon et le glycogène. Il résulte de travaux récents qu'il existe dans le suc pancréatique toute une série d'autres ferments.

On admettait que les ferments pancréatiques qui exercent leur action sur les aliments dans la lumière de l'intestin possédaient toute leur activité au moment où ils y pénètrent. Heidenhain cependant avait montré que, dans la glande pancréatique, le ferment des substances albuminoïdes ne se forme pas à l'état de trypsine active, mais à l'état de protrypsine ou zymogène qui se transforme ultérieurement en trypsine; mais on pensait que cette transformation se faisait dans la glande même, sous l'influence, d'après Schiff et Herzen, d'une substance fournie par la rate et amenée au pancréas par voie sanguine. Cette dernière théorie ne s'est pas vérifiée. Pawlow a démontré que le pouvoir trypsinogénique appartenait au suc intestinal, et que ce dernier doit son action à la présence d'un ferment, l'entérokinase, dont M. Delezenne a démontré la nature diastasique.

MM. Dastre et Stassano arrivent à une conception analogue.

L'action de cette entérokinase est indispensable; sans elle, le suc pancréatique est absolument inactif vis-à-vis des substances albuminoïdes.

On n'est pas d'accord, d'ailleurs, sur son origine. M. Sawitch a montré que, pour que cette substance se trouve dans l'intestin, la présence du suc pancréatique était indispensable.

La bile, elle aussi, exerce une action favorable sur les ferments pancréatiques, mais surtout vis-à-vis de la lipase. Cette action de la bile sur la lipase explique que l'absence de bile dans l'intestin entrave considérablement l'absorption digestive des graisses.

Le rôle mécanique de la sécrétion pancréatique est bien connu. On sait que le liquide gastrique détermine, au niveau du duodénum, un réflexe acide qui ferme le pylore, mais la sécrétion pancréatique neutralise cette acidité, ouvre le pylore et une nouvelle portion de chyme acide pénètre dans l'intestin.

Quant à l'influence du système nerveux sur la sécrétion pancréatique, elle a été surtout bien élucidée par Pawlow, qui a montré que le pneumogastrique est le nerf sécrétoire du pancréas. Ce nerf contient, à côté des fibres vaso-dilatatrices, des fibres excito-sécrétoires et des fibres inhibitoires et frénatrices de la sécrétion pancréatique. Le sympathique contient, lui aussi, des fibres sécrétoires en même temps que des fibres vaso-constrictives. Quant à la sécrétion psychique, elle semble n'être que très minime.

Beaucoup de substances provoquent la sécrétion pancréatique; mais, parmi elles, il faut faire une place à part aux acides et aux graisses. Cette sécrétion se ferait, pour Pawlow, par un mécanisme exclusivement réflexe. Mais un mécanisme nouveau, chimique ou humoral, a été découvert par MM. Bayliss et Starling, pour qui existe normalement, dans les cellules superficielles de la muqueuse du duodénum et de l'origine du jéjuno-iléon, une substance spéciale, insoluble, qu'ils ont appelée pro-sécrétine et qui, au contact d'une solution acide, se transforme en une substance nouvelle, la sécrétine. Celle-ci, amenée au pancréas par voie sanguine, en provoque la sécrétion par excitation chimique des cellules glandulaires de cet organe. Les recherches de MM. Enriquez et Hallion ont bien mis en lumière la valeur de ce mécanisme. Il ne faut cependant pas rejeter l'influence du réflexe sur la sécrétion, et on peut admettre que le mécanisme de l'action des acides sur la

sécrétion pancréatique est double : action humorale par pénétration dans le sang de sécrétine, et action réflexe.

II. *Sécrétion interne.* — On sait que l'ablation totale du pancréas détermine la production d'un diabète rapidement mortel. Ce diabète n'est dû ni à la suppression du suc pancréatique dans l'intestin, ni au traumatisme, ni aux lésions nerveuses ; il est évidemment en rapport avec la suppression de la sécrétion interne. Que l'on admette, avec MM. Chauveau et Kauffmann, que le pancréas modère la glycoso-formation hépatique, ou, avec M. Lépine, que, dans le diabète pancréatique, l'utilisation du sucre est diminuée, il faut en arriver à cette idée que, normalement, le produit de sécrétion interne du pancréas exerce sur la glycolyse une action de renforcement. Comment et dans quelles conditions? C'est ce qu'il n'est pas encore possible de dire.

MM. Gellé (de Lille) et Wotzold (de Fribourg) étudient les **formes de transition des îlots de Langerhans dans le pancréas des diabétiques.** Pour eux, les îlots de Langerhans sont des organites en voie de perpétuelles transformations. Ils sont très nombreux dans les pancréas des tabétiques, ce qui témoigne des tendances compensatrices de la glande.

Parmi les autres communications, signalons : le **cœur dans la maladie de Friedreich**, par MM. Lannois et Porot (de Lyon); la **durée de l'abaissement de la pression artérielle à la suite de la d'Arsonvalisation**, par M. Moutier ; le **traitement de la grippe, de la coqueluche et de l'érysipèle par des injections sous-cutanées d'eucalyptine au gaïacol iodoformé**, par M. Allière ; une **contribution à la pathogénie des calculs biliaires**, par M. Lorand (de Carlsbad); une autre, du même auteur, à l'**étude de la maladie du sommeil** ; une communication de M. Gréhant sur l'**alcool éthylique** ; une de M. Crespin sur une **épidémie de variole** ; une de M. Bosquier sur l'**achylie gastrique** ; une de M. Bérillon sur la **scopolamine envisagée comme adjuvante à la suggestion hypnotique.**

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 17 octobre 1905 [*fin*])

Choléra. — Nous avons entendu une très intéressante communication de M. Chantemesse sur le choléra et les mouches.

Depuis quatre ans, le choléra a fait, dans les Indes anglaises, aux îles Philippines, aux Indes néerlandaises, en Chine, au Japon, en Mandchourie, en Égypte, en Mésopotamie et en Perse plus d'un million et demi de victimes.

Des barrières logiques ne peuvent être opposées chez nous à ce danger indien qui nous menace, qu'avec la connaissance parfaite des modes multiples d'extension de l'agent épidémique.

La marche du choléra se présente sous les trois aspects suivants, très différents l'un de l'autre, et qui exigent chacun l'emploi de méthodes particulières de prophylaxie : le « transport » à longue distance, la « propagation » de ville à ville, la « dissémination » de maison à maison, d'individu à individu.

M. Chantemesse étudie ces trois modes d'extension.

Il examine d'abord si les marchandises provenant de pays infectés ont joué un rôle dans le transport de l'épidémie. Cela ne pourrait être que très rare.

Les effets, bagages, etc., provenant de pays infestés, ont-ils joué un rôle dans le transport de l'épidémie ?

Si le choléra, dit M. Chantemesse, se fût servi de leur intermédiaire pour se transporter, sa marche eût été toute différente. Elle n'eût eu pour règle qu'une superposition aux lignes de navigation qui sillonnent le globe. On objectera qu'en temps d'épidémie ces effets et bagages sont désinfectés à l'arrivée. Il ne faut pas s'illusionner sur la valeur de ces purifications.

M. Chantemesse étudie ensuite tout aussi minutieusement la question de l'eau potable embarquée dans les pays infectés, son rôle dans le transport de l'épidémie, celle du rôle joué dans la propagation par les malades provenant de lointains pays infectés, celui des individus sains venant des mêmes régions, foyers de l'épidémie, celle de la propagation par les bagages, les effets, les linges, etc.

On croirait, en ce qui concerne le problème de la dissémination du choléra d'individu à individu, de maison à maison, que le cercle des investigations causales va pouvoir se restreindre. Il n'en est rien, car ici les modes d'extension les plus divers entrent en jeu. Ce sont les effets et linges souillés qui n'ont pas eu le temps de se dessécher complètement; les malades, et souvent même les hommes sains en apparence qui portent des vibrions cholériques dans leurs intestins; l'eau potable dont la nappe souterraine a été contaminée; les insectes vecteurs du virus, dont l'activité est en raison directe de la hauteur de la température : en particulier la mouche.

La dissémination possible des germes pathogènes par les mouches a été entrevue depuis fort longtemps.

Des mouches domestiques peuvent donc très facilement cueillir dans les vomissements, dans les déjections, sur les linges souillés, des germes de choléra et les porter au bout de plusieurs heures sur le lait, l'eau, le pain, les aliments, les desserts, etc. On conçoit que par cette propriété les mouches constituent des agents puissants de dissémination du choléra, mais non des agents de transport à longue distance; la propagation de la maladie par elles est donc assez limitée, exception faite quelquefois pour des wagons de chemins de fer ou pour des bateaux fluviaux. Dans les pays privés de toute voirie, le choléra sévit cruellement et c'est dans ceux-là que les mouches abondent. A Yambo, l'Européen ne peut séjourner pendant l'été à cause des mouches ; à Bassorah, il est impossible de faire la sieste sans se placer sous une moustiquaire.

Après une longue enquête, la conférence internationale de Constantinople de 1865 avait été obligée d'admettre que l'air ambiant était le véhicule principal de l'agent générateur du choléra; mais elle avait conclu que cette transmission par l'athmosphère était limitée à une distance très rapprochée du foyer d'émission. C'est que la mouche ne saurait transporter, ne peut propager qu'à peine, mais dissémine puissamment le choléra. Et voici, saisie sur le vif, l'une des causes de l'action retardatrice de l'hiver, destructeur de mouches, sur l'extension des épidémies cholériques. En temps de choléra, une mesure prophylactique pourrait être proposée : l'affichage de cette réflexion d'un auteur américain : « Ce doit être un reproche plus grave pour une maîtresse de maison d'avoir des mouches dans sa maison que des punaises dans son lit. »

Avis. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 20 OCTOBRE 1905)

Foie syphilitique, hypersplénomégalie à début splénique. — MM. CAUSSADE et MILHIT. Cette cirrhose s'est présentée tout d'abord sous la forme de splénomégalie primitive, puis de maladie de Banti, en raison de l'hypertrophie splénique et de l'état anémique, ensuite d'ictère métasplénomégalique à cause de la coloration brunâtre des téguments survenue à la suite de poussées successives d'ictère, enfin de cirrhose à forme hypersplénomégalique. La splénomégalie a précédé la cirrhose de deux ans et elle était tellement prononcée que la rate descendait jusqu'à la crête iliaque. La syphilis, difficile à affirmer pendant la vie, a pu encore être mise en doute après l'autopsie, malgré des lésions qui semblaient tout d'abord caractéristiques (cicatrices étoilées, bandes fibreuses, nodules gommeux), et qui sur les coupes ont pu paraître de nature tuberculeuse (nodules tuberculeux typiques, centre caséeux, couronne de cellules épithélioïdes avec nombreuses cellules géantes). Néanmoins la nature syphilitique a pu être affirmée par l'endartérite et la périartérite, par l'épaississement de la capsule de Glisson, par la gangue fibreuse entourant les gommes et les encerclant (caractère qui les distingue du nodule tuberculeux qui est logé dans la masse même du parenchyme), par la sclérose monocellulaire et par l'absence de bacille de Koch. Ces particularités histologiques étaient très nettes sur les préparations; il était nécessaire de les préciser en raison des recherches récentes (Blondin, Th. de Paris, 1905) sur le rôle possible du bacille de Koch dans les cirrhoses mal classées et dans les cirrhoses « dites alcooliques ». La rate était scléreuse (sclérose périartérielle), mais les follicules lymphatiques et les éléments sanguins étaient sains. En l'absence de ces lésions et en présence de l'intégrité de la veine splénique et des ganglions voisins on n'a pu établir un lien pathologique entre la lésion liénique et la cirrhose hépatique. Les auteurs croient avec M. Gauckler que les adultérations sanguines seules pourraient à la rigueur expliquer ce passage. Il s'agit donc dans le présent cas d'une cirrhose hépatique syphilitique métasplénomégalique, à localisation porte, qui a affecté, pendant son évolution, la forme hypersplénomégalique que l'on peut opposer à la cirrhose hypersplénomégalique d'origine biliaire.

Syndrome médullaire de Brown-Séquard d'origine traumatique. — Le docteur R. BERNARD rapporte, au nom du docteur FERRIER, médecin militaire, un cas de syndrome médullaire de Brown-Séquard survenu à la suite d'un traumatisme, et dont la lésion d'origine était attribuable, soit à une commotion, soit à une hémorragie intra ou extra-médullaire. Ainsi qu'il arrive assez souvent dans les traumatismes portant au niveau du système nerveux central, les symptômes présentés, malgré leur intensité première, n'étaient pas en rapport avec des lésions destructives; aussi ils disparurent complètement en quelques semaines.

Dans son service de varioleux du Bastion 29 et à l'hôpital d'Aubervilliers, M. BELIN a expérimenté le **xylol chez les varioleux**, pendant l'année 1904. Au traitement classique de la variole, il a ajouté l'administration interne du xylol dans les proportions suivantes : CX à CXX gouttes de xylol dans les vingt-quatre heures étaient données aux adultes, XV, XX ou XL gouttes étaient administrées aux enfants.

La mortalité classique de la variole, qui est de 24 p. 100, fut abaissée à 12,5 p. 100; les complications furent singulièrement réduites. Le xylol parut empêcher la formation des cicatrices si fréquentes après la variole et fut un remarquable désodorisant.

D'autres auteurs, en particulier Zuelger, Otvös et Vichnewsky, ont employé aussi cet agent avec succès.

M. Teissier, qui a continué l'emploi de cette thérapeutique au Bastion 29, est arrivé à des résultats fort analogues à ceux de M. Belin. Cette médication est donc de tous points recommandable.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 11 OCTOBRE 1905)

Plaies du cœur. — La suture des plaies du cœur tend à devenir une opération courante. Les faits se multiplient et, dans la plupart des cas, le succès couronne cette intervention émouvante et hardie. Une discussion va s'ouvrir à la Société de chirurgie sur cette opération; elle aura pour point de départ un rapport de M. Rochard qui sera communiqué prochainement.

M. PICQUÉ fait un rapport sur une observation qui appartient à son interne; un garçon de vingt-quatre ans reçoit un coup de couteau au niveau du mamelon gauche; il arrive à l'hôpital avec tous les signes d'une plaie du cœur : cyanose, pouls petit et misérable, dyspnée, pas d'hémoptysie; signes non douteux d'hémorragie interne grave. L'interne de M. Picqué, estimant qu'il y a lieu d'intervenir immédiatement, fait un volet cutané à charnière interne et un volet costal à charnière externe; il s'écoule une grande quantité de sang; le péricarde est distendu; il est ouvert, il s'en échappe environ 300 grammes de sang. L'opérateur saisit la pointe du cœur entre le pouce et l'index, il reconnaît une plaie du ventricule gauche, la ferme par deux points de suture, obtient une hémostase parfaite, referme le péricarde, suture une petite plaie pulmonaire et referme la plaie. Quelques jours après la température monte à 38 degrés, le pouls à 120; on constate un hématome de la plèvre gauche, on incise, on donne issue aux caillots; la température tombe aussitôt et quatre jours après le blessé était complètement guéri. A l'auscultation on trouve un cœur absolument normal.

A signaler ce fait que, lorsque ce malade fut amené à l'hôpital avec sa plaie cardiaque, il semblait peu souffrir et répondait nettement aux questions qu'on lui posait. Cependant il eut plusieurs syncopes, au cours de l'opération, surtout au moment de la recherche du cœur.

A ce fait M. Picqué en ajoute un second qui lui est personnel. Il s'agit, dans ce second cas, d'une plaie pénétrante du ventricule gauche par balle de revolver : une jeune femme de vingt-quatre ans, à la suite d'un chagrin, tombe dans une mélancolie profonde qui la conduit à une tentative de suicide; elle se tire d'abord deux coups de revolver dans la région du cœur, sans rien sentir; elle s'en tire un troisième, sent que la balle pénètre, lâche le revolver; on la conduit aussitôt à l'hôpital Baujon; on la trouve dans une telle agitation qu'on la dirige sur Sainte-Anne où la voit M. Picqué; elle porte une plaie au niveau du cinquième espace intercostal; la radiographie montre que la balle réside au centre de la zone bronchocardiaque. M. Picqué taille un large lambeau cutané, résèque les quatrième, cinquième et sixième côtes, constate l'existence d'une plaie pénétrante à la base du ventricule gauche, ne trouve pas d'orifice de sortie, ne pense pas devoir poursuivre

plus loin ses recherches, referme la plaie. Cette malade est aujourd'hui complètement guérie et de sa blessure du cœur et de sa mélancolie. A l'auscultation on lui trouve le cœur normal.

Dans cette même séance, M. Lenormand a communiqué le fait suivant à rapprocher des précédents : un homme reçoit un coup de revolver dans la région du cœur; il existe une plaie entre le cinquième et le sixième espace intercostal. Transporté à l'hôpital, cet homme présente peu de symptômes, deux vomissements noirâtres et c'est tout. Le lendemain matin l'état s'est aggravé; le pouls est à 130, il y a de l'agitation, à l'auscultation les bruits du cœur sont très peu frappés. M. Lenormand débride la plaie, s'assure que la plaie est pénétrante, pratique un lambeau ostéo-cutané à charnière externe, ouvre le péricarde, empaume le cœur, constate une plaie sur le ventricule droit; à ce moment, le cœur devient flasque et cesse de battre; cependant M. Lenormand se hâte de jeter trois points de suture sur la plaie, nettoie celle-ci, ferme le péricarde. Le malade ne respire plus, c'est un véritable cadavre. Pendant que l'anesthésiste fait les tractions rythmées de la langue, M. Lenormand exerce, sur le cœur qu'il tient dans la main, des pressions régulières, un véritable massage du cœur; après six ou huit minutes, il sent une légère contraction du cœur qui peu à peu durcit, se remet à battre et reprend son rythme régulier; on avait eu recours simultanément aux tractions rythmées de la langue, à la compression du thorax. Le malade complètement remis a succombé cinq heures après à une syncope et avec de l'hypothermie. A l'autopsie on trouva deux perforations de l'estomac, une de l'intestin et une du foie.

Ce qu'il y a de particulièrement intéressant dans cette observation, c'est le résultat obtenu par le massage direct du cœur.

L'intéressante observation de M. Lenormand est renvoyée à l'examen de M. Rochard.

Occlusion intestinale par hernie intra-rectale. — M. Mignon nous rapporte l'histoire d'un jeune soldat qui, comme antécédents, présentait une pleurésie à gauche et une appendicite à vingt ans. Il fut pris ensuite de coliques violentes et de douleurs atroces dans les efforts de défécation; en même temps on constatait l'issue, par l'anus, d'une grosse masse difficile à réduire.

Les accidents douloureux persistent; on fait le diagnostic d'hémorroïdes et on dirige le malade sur le Val-de-Grâce. M. Mignon, après l'avoir examiné à plusieurs reprises, porte le diagnostic d'obstruction intestinale par invagination de la muqueuse rectale. En effet le malade rendait de nombreux glaires, mais ni gaz, ni matières. Au toucher rectal, on sentait une grosse tumeur remplissant l'ampoule rectale, tumeur en battant de cloche, insérée sur la paroi antérieure du rectum et dont il était impossible d'atteindre l'insertion supérieure. Le doigt s'arrêtait à 12 centimètres de l'anus et pouvait à peine être glissé entre la tumeur et la paroi postérieure du rectum. Cette tumeur était lisse et présentait l'aspect d'une muqueuse épaissie.

M. Mignon tint le malade en observation pendant trois jours, mais les accidents d'obstruction persistant il se décida à intervenir. Il pratiqua d'abord une entérostomie; puis, après avoir hésité entre l'intervention directe par le rectum ou la laparotomie, il se décida pour cette dernière. L'incision du péritoine donna issue à un liquide clair, et fit découvrir aussitôt de grosses granulations tuberculeuses. On se trouvait donc en présence d'une péritonite tuberculeuse. M. Mignon referma le ventre en laissant l'anus artificiel. Celui-ci produisit un grand soulagement; les douleurs disparurent. Peu à peu la tumeur rectale s'affaissa, les matières finirent par passer par le rectum. Quarante-cinq jours après l'opération, l'anus artificiel se ferma et les garde-robes reprirent leur cours normal; les selles redevinrent faciles et régulières. On ne sentait plus aucune saillie dans le rectum et le malade reprit sa bonne santé antérieure.

Si l'on reconstitue l'histoire de ce malade, on voit qu'il s'agit d'un tuberculeux, ayant eu une pleurésie et peut-être aussi une appendicite tuberculeuses, puis ayant eu ensuite une péritonite de même mature sous l'influence de laquelle s'était faite cette obstruction avec gonflement de la muqueuse rectale ou distension du cul-de-sac de Douglas.

Appareil prothétique. — Signalons, parmi les présentations, celle d'un malade auquel M. Sébileau a refait une paroi cranienne à l'aide d'une pièce métallique.

Abouchement de l'uretère dans l'anse sigmoïde. — M. Delbet présente une malade à laquelle il a fait l'abouchement des deux uretères dans le rectum. Résultat très bon.

M. Michaux rappelle avoir présenté un cas d'abouchement d'un uretère dans le cæcum.

M. Guinard a abouché l'uretère d'un rein unique dans le rectum. Bon résultat, se maintenant déjà depuis longtemps. L'orifice urétéro-rectal ne s'est pas bouché comme on le craignait.

M. Chaput a abouché un uretère à l'intestin il y a douze ans. Le résultat s'est maintenu très satisfaisant.

M. Picqué se demande pourquoi ne pas aboucher de préférence l'uretère dans la vessie.

M. Guinard répond à cela que, dans son cas, il s'agissait d'un uretère coupé au cours d'une opération fort grave de fibrome avec salpingite suppurée. Quand il s'est aperçu qu'un bout d'uretère mesurant environ 12 centimètres se trouvait accolé à la pièce une fois enlevée, il rechercha le bout rénal de l'uretère et l'inséra où il put, c'est-à-dire dans le côlon descendant.

Coxa vara. — M. Schwartz présente un cas de coxa vara consécutif à une fracture du col du fémur qui avait éte prise pour une luxation iléo-pubienne.

M. Le Dentu a observé deux cas de ce genre.

ANALYSES

CHIRURGIE

Cancer du sein chez l'homme guéri par les rayons X. (Sinclair Tousey. *Medical Record*, LXVIII, p. 181-182, 29 juillet 1905.) — Un homme de trente-trois ans, tisseur de ruban, exposé par son métier à une pression continuelle de sa région pectorale contre la machine à laquelle il travaille, présente en décembre 1901 une tumeur dure de la mamelle droite, sans retentissement axillaire. Cette tumeur, extirpée, a l'apparence macroscopique d'un fibrome, mais l'examen histologique y révèle quelques traînées épithéliales, signature de cancer. En mai 1903, tumeur dans la mamelle gauche, moins dure, moins adhérente que l'autre aux plans profonds, mais plus sensible à la pression. Au bout de cinq mois de traitement par les rayons X, la sensibilité disparaît; au bout de sept mois, la tumeur commence à décroître; au bout de onze mois, elle disparaît complètement. Treize mois après, il

n'y a pas de récidive. L'application de rayons X avait été calculée de façon à maintenir la peau constamment rouge, avec desquamation en écailles. Ce cas, suivant l'auteur, est le type d'une série de cas où le plus haut degré de malignité n'est pas atteint et où quelquefois la guérison peut être obtenue par la radiothérapie. FAXTON E. GARDNER.

Contribution à l'étude de la coxa vara traumatique. (L. QUESNOT. Th. de Paris, 1905.) — La coxa vara traumatique qu'étudie seulement l'auteur, laissant de côté tous les cas où le syndrome a une autre origine, succède à un décollement épiphysaire du col du fémur, survenu dans l'enfance ou dans l'adolescence : elle en est la consolidation vicieuse. L'incurvation en bas du col fémoral ne porte point régulièrement sur toute l'étendue du col, non plus qu'à sa base, elle a son siège à la jonction de la tête et du col. La surface articulaire de la tête fémorale décollée regarde en dedans, en arrière et un peu en bas; l'extrémité fracturée du col s'est élevée un peu au-dessus du plan de la tête : le déplacement des fragments explique l'aspect clinique de la coxa vara.

Quand le traumatisme est très récent et la coxa vara non définitive, l'extension continue longtemps prolongée peut réduire la déformation. Quand la coxa vara est définitivement constituée, c'est l'ostéotomie sous-trochantérienne oblique qui rendra au membre sa longueur normale et corrigera l'adduction, ce que n'aurait pu faire la résection de la hanche.

CHEVRIER.

THERAPEUTIQUE

Traitement de l'érysipèle par le sérum de convalescents de cette affection. (*Il policlinico*. Section méd., juillet 1905.) — De ses observations personnelles, le docteur Luigi FORNACA tire les conclusions suivantes :

L'injection de sérum du sang d'un convalescent d'érysipèle peut exercer une action favorable sur l'évolution d'un érysipèle; elle se manifeste par une amélioration notable de l'état général; la température peut aussi être influencée diversement, mais le processus local n'est nullement modifié.

Le sérum du sang de convalescent ne possède pas de propriété bactéricide vis-à-vis le streptocoque, mais il en diminue la virulence. Il possède un pouvoir agglutinant vis-à-vis d'un streptocoque isolé d'un érysipèle, alors que ce pouvoir est plus limité et variable vis-à-vis d'un stretocoque provenant d'une angine.

Le sérum de sang normal, le sérum physiologique n'exercent aucune influence sur le décours de l'érysipèle; le sérum de sang recueilli sur le malade même auquel il a été injecté ensuite, réchauffé à 55 degrés, s'est montré, dans ses effets sur l'état général des malades, identique au sérum de convalescents.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Le lusoforme dans la chirurgie courante. (Paul SÉPET. *Marseille méd.*, 1er sept. 1905, n° 17.) — On sait que le lusoforme, combinaison d'aldéhyde formique avec un savon, contient exactement 20 p. 100 de formol.

Sa réaction est franchement alcaline, aussi son pouvoir antiseptique est supérieur à celui de l'acide phénique et particulièrement actif vis-à-vis du bacille tuberculeux.

Comme le lusoforme jouit en outre d'une très faible toxicité, qu'il est un excellent désodorisant et n'attaque pas les instruments, M. Sépet a voulu se rendre compte des services qu'on peut en attendre pour la désinfection des mains et des instruments, l'antisepsie des champs opératoires et le lavage des plaies résultant des traumatismes.

Il s'est donc livré dans 10 cas de chirurgie d'urgence à des expériences qui ont d'autant plus de valeur qu'il se trouvait dans les plus mauvaises conditions d'aides, d'éclairage, de moyens d'asepsie. Dans 9 cas sur 10 il a obtenu une réunion par première intention.

M. Sépet a également employé le lusoforme en gynécologie et en obstétrique, suivant ainsi l'exemple de Dührssen et de Dalché; dans les injections intra-utérines pour des post-partum, au cours de curetages utérins, au cours d'incision des culs-de-sac, dans des cas de salpingites suppurées, les résultats ont été également bons.

Le lusoforme est susceptible d'autres applications; c'est ainsi que Savoire l'a employé pour réaliser l'asepsie des miroirs laryngiens. Arnheim a, en effet, démontré que le savon alcalin qui entre dans la composition du lusoforme empêche la formation de la buée qui vient ternir la surface du miroir, en sorte que l'on n'a plus besoin de les chauffer.

L. GAYARD.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 30 OCTOBRE AU 4 NOVEMBRE 1905)

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 30 octobre, à une heure. — 5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Segond, Legueu et Proust; — (2e partie) : MM. Roger, Labbé (Marcel) et Macaigne; — M. Branca, suppléant.

Mardi 31 octobre, à une heure. — 5e (1re partie), *Charité* : MM. de Lapersonne, Faure et Auvray; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Renon et Gouget; — M. Bezançon, suppléant.

2e : MM. Launois, Langlois et Maillard; — M. Dupré, suppléant.

Vendredi 3 novembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Gosset et Cunéo.

3e (2e partie, oral) : MM. Blanchard, Legry et Claude; — M. Balthazard, suppléant.

Samedi 4 novembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Méry et Guiart.

1er (oral) : MM. Poirier, Retterer et Marion; — M. Vaquez, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Brindeau; — M. Broca (André), suppléant.

THÈSES

Mardi 31 octobre 1905. — M. LELONG. La tuberculose iléocæcale chez l'homme et les animaux. (MM. Le Dentu, président; Gilbert, Carnot et Morestin.) — Mlle MARKOFF. Cirrhoses atrophiques post-hypertrophiques. (MM. Gilbert, président; Le Dentu, Carnot et Morestin.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.



QUINIUM ROY
TONIQUE
Granulé
FÉBRIFUGE
MAGNÉSIE ROY

N° 122. — JEUDI 26 OCTOBRE 1905. 78e ANNÉE. JEUDI 26 OCTOBRE 1905. — N° 122.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

AVIS

Nous prévenons nos lecteurs que la Poste est **seule responsable** *des nombreuses irrégularités qui se produisent en ce moment dans la distribution du journal.*

Nous prions instamment nos abonnés de bien vouloir continuer à nous adresser leurs plaintes afin que nous puissions les transmettre à l'administration des Postes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Clinique des accidents du travail : deux observations, par M. Lop.
Physiologie thérapeutique du suc gastrique naturel du porc, par M. Maurice Hepp.

VIIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYDROLOGIE, CLIMATOLOGIE ET THÉRAPIE PAR LES AGENTS PHYSIQUES, *tenu à Venise (octobre 1905).*

FORMULAIRE
Laxatif à la bourdaine.

SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine.
Société de chirurgie.
Société de biologie.

LIVRES NOUVEAUX
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — RÉPARTITION DES STAGIAIRES DANS LES SERVICES HOSPITALIERS. — Le choix des services hospitaliers aura lieu les 26, 27 et 28 octobre 1905, de neuf heures à onze heures du matin, dans le petit amphithéâtre de la Faculté.

Seront seuls inscrits d'office pour être appelés à choisir, MM. les étudiants en cours régulier d'études, c'est-à-dire ayant pris à la Faculté de médecine de Paris, en juillet 1905, les quatrième, huitième ou douzième inscriptions.

Le stage de spécialité, imposé aux élèves de quatrième année par l'article 1er du décret du 20 novembre 1893, n'est pas exigé des internes et externes titulaires des hôpitaux. Toutefois, en consignant pour la première partie du cinquième examen, MM. les internes et externes titulaires des hôpitaux doivent justifier d'un stage de deux mois au moins dans un service d'accouchement. Le certificat à produire doit être revêtu de la signature du chef de service d'accouchement et du directeur de l'hôpital, ainsi que du visa de M. le secrétaire général de l'Assistance publique.

GUERRE. — M. le médecin aide-major de deuxième classe Delange, en service hors cadres à la Guyane, est nommé au grade de médecin aide-major de première classe et maintenu dans la colonie jusqu'à l'arrivée de son successeur récemment désigné.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — M. le médecin-major de première classe Georges, et M. le médecin-major de deuxième classe Galley, répétiteurs à l'École du service de santé, sont mis hors cadres et envoyés en mission officielle auprès du gouvernement persan.

CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décision ministérielle du 20 octobre 1905, M. le médecin-major de deuxième classe Régnier, du 8e d'infanterie coloniale, détaché provisoirement au ministère des colonies, a été maintenu, à titre définitif, à la disposition de ce département pour être chargé de la statistique médicale des troupes stationnées outre-mer.

M. le médecin-inspecteur Clavel est nommé directeur du service de santé de l'Indo-Chine à Hanoï en remplacement de M. le médecin-inspecteur Grall.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — MM. Peltier et Ailenet, classés sous les nos 56 et 57 de la liste d'admission à l'école, sont nommés élèves du service de santé en remplacement de MM. Jean et Lafargue, démissionnaires.

MARINE. — M. le médecin en chef de deuxième classe Féraud, du port de Toulon, est désigné pour assurer le service médical de l'arsenal de ce port, en remplacement de M. le docteur Trabaud, appelé à servir à la mer.

MÉDECINS SANITAIRES MARITIMES. — La Compagnie des Chargeurs-Réunis demande quatre médecins sanitaires maritimes pour les départs des 20 et 22 novembre : Havre-la Plata, Havre-le Brésil.

Durée du voyage de quatre à cinq mois.

300 francs par mois, voyage payé jusqu'au Havre.

La Compagnie de Navigation mixte à Marseille demande trois médecins sanitaires maritimes pour les lignes : Algérie, Tunisie et Maroc.

200 francs par mois.

Pour ces différents emplois, s'adresser au docteur Lop, à Marseille.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — COURS D'ANATOMIE COMPARÉE. (M. Edmond Perrier, professeur.) — M. le docteur H.-P. Gervais, assistant, dirigera les travaux de recherches anatomiques ainsi que les travaux pratiques (dissection de l'homme, des principaux types de vertébrés et d'invertébrés), qui, avec le concours de M. Neuville, docteur ès sciences, et du docteur R. Anthony, préparateurs, se feront tous les jours au laboratoire.

Le docteur H.-P. Gervais traitera dans un cours public, qui aura lieu dans l'amphithéâtre des nouvelles galeries, rue de Buffon, n° 2, des caractères anatomiques des cheiroptères et des insectivores.

Ce cours, qui commencera le lundi 19 février 1906 à deux heures et demie, se continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Les leçons du mercredi seront consacrées à des démonstrations, qui se feront soit dans les galeries, soit dans le laboratoire d'anatomie, rue de Buffon, n° 55.

M. le docteur Auguste Pettit, préparateur, commencera, le jeudi 26 octobre 1905, des conférences pratiques d'histologie comparée et les continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à deux heures.

Le laboratoire d'anatomie comparée (recherches anatomiques et histologiques) est ouvert tous les jours, de dix heures à cinq heures.

S'inscrire d'avance pour ces travaux et conférences, l'après-midi, au laboratoire d'anatomie comparée, rue de Buffon, n° 55, auprès du professeur.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur de Crésantignes (de Paris) et M. Driout, médecin-inspecteur de l'armée.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N°s 8-9, août-sept. 1905.) W. DUBREUILH : Prurigo lymphadénique. — L. BROCQ, A. DESGREZ et AYRIGNAC : Étude de la nutrition dans les dermatoses.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 10, oct. 1905.) HASSLER : Epidémie de maladies typhoïdes observée en 1904 dans la garnison de Saint-Etienne. Etiologie et prophylaxie. — MANCEAUX : La fièvre typhoïde au quartier Luxembourg à Vesoul. — MANGET : Note sur la recherche chimique de la potabilité des eaux d'une place.

Écho médical du Nord. — (N° 41, 8 oct. 1905.) DUBAR : Dégénérescence cancroïdale des lupus, des vieux ulcères, des anciens foyers ostéomyélitiques, etc. — DEBEYRE : Fracture de la mastoïde, otorragie très abondante. Blessure de la veine mastoïdienne. — (N° 42, 15 oct.) PATOIR : Avortement spontané ou provoqué? Etude médico-légale. — H. LAGACHE. Le babeurre dans le traitement des gastro-entérites infantiles.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. (N° 41, 8 oct. 1905.) COURTIN : Quelques cas de luxations cubitales inférieures. — DUVERGEY : Genu valgum grave. Ostéo-arthrotomie. Guérison. — (N° 42, 15 oct.) G. FENÉ et G. BUARD : Contribution à l'étude du saprophytisme du bacille de Koch. — M. CAVALIÉ. L'enseignement dentaire et la profession de dentiste en Suisse, en Allemagne, en Autriche-Hongrie et en Angleterre.

Journal des praticiens. — (N° 40, 7 oct. 1905.) A. BROCA : Kyste dentifère du maxillaire supérieur. — Alfred KHOURY : Les ascites providentielles au cours de la tuberculose chronique. — (N° 41, 14 oct.) Paul RECLUS : Traitement des varices du membre inférieur. — BARTH : Prophylaxie de la contagion bacillaire par l'antisepsie rhino-pharyngienne. — F. CATHELIN : Comment se comporter en face d'une tuberculose rénale.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 40, 7 oct. 1905.) G. LEMIÈRE : Les habitations hygiéniques à bon marché : leur influence sur la mortalité générale et la mortalité tuberculeuse. — (N° 41, 14 oct.) G. LEMIÈRE : Les habitations hygiéniques à bon marché : leur influence sur la mortalité générale et la mortalité tuberculeuse (*fin.*) — BONNET-LABORDERIE : Ectopie testiculaire unilatérale, variété cruro-scrotale chez un nouveau-né.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 45, 15 oct. 1905.) E. RÉGIS : Thérapeutique générale des maladies mentales.

Medical Record. — (Vol. LXVIII, n° 12, 16 sept. 1905.) J. COLLINS : Remarques sur le diagnostic des maladies du système nerveux. — SIMPSON : Un cas de diphtérie laryngée nécessitant l'intubation, compliquant une méningite cérébro-spinale chez l'adulte. — KENNEDY : Chirurgie de la vésicule biliaire. — Wirt ROBINSON : Influence des pneumocoques sur la guérison des blessures; relation de quelques cas. — APPEL : La tuberculose aux Philippines. — Albert ABRAMS : Les réflexes aortiques. — G. SPEZZIA : Rôle du trichocéphale dans l'étiologie de la fièvre typhoïde. — (N° 13, 23 sept.) Henry STARK : Traitement individuel du diabète sucré. — Grenne CUMPTOM : Hernie ombilicale congénitale. — E. Levingston HUNT : Soixante cas de parésie généralisée. — Warrenne ALLEN : Les courants à haute fréquence dans un pseudoxanthome des lèvres. — Théodore DILLER : Un cas d'hydrocéphalie interne aiguë. — ROUGINSKY : Un cas de grossesse abdominale méconnue jusqu'à l'opération.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 41, 10 oct. 1905.) TREUPEL : Remarques sur le diagnostic, le pronostic et le traitement des maladies du cœur. — ELDEFSEN : Nouvelles recherches sur l'action de la lumière solaire sur les substances fluorescentes. — SCHMIDT : Nouvelles remarques sur l'explication et le traitement rationnel de la constipation chronique habituelle. — ECKERT : Sur le styracol dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — FREUND : Sur le digalène. — KLEMM : Sur la formation de kystes provenant des restes du processus vermiforme. — SIMOF : Torsion intra-abdominale de l'épiploon. — ROTHFUCHS : Un cas de rupture traumatique des voies biliaires. — BASSENVITZ : La gale joue-t-elle un rôle dans la propagation de la lèpre. — FREY : Un cas de ralentissement considérable du pouls. — GROYER : Sur les affections oculaires par auto-intoxication.

Procès-verbaux de l'Académie royale de médecine de Belgique. — (Séance du 30 sept. 1905.) ZUNZ et MAYER : Sur les effets de la ligature des canaux pancréatiques chez le chien. M. Heger, rapporteur. — KUBORN : L'introduction de l'ankylostomiase en Belgique. La lutte engagée contre sa propagation. Succès de l'hygiène. L'ancienne anémie des houilleurs et l'anémie ankylostomiasique. Valeur du chlorure de sodium à titre de prophylaxie. — PEETERS : Une auto-observation de neurasthénie en 1806.

Revue médicale de l'Est. — (N° 18, 15 sept. 1905.) HERRGOTT : Un nouvel article sur la gestation. — BARTHÉLEMY : De l'appendice chez le vieillard, étude anatomique (*suite et fin*).

CLINIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

DEUX OBSERVATIONS

Par le docteur LOP,

Chargé de cours à l'École de médecine de Marseille.

I

Parmi les nombreux cas intéressants observés à ma Clinique des accidents du travail, j'ai relevé les deux observations suivantes, d'intérêt variable, mais que leur rareté m'engage à publier :

Première observation. — *Luxation irréductible du cinquième métacarpien droit. Réduction sanglante. Guérison opératoire et fonctionnelle.* — M... (I.-J.), maître d'équipage du vapeur *Zénith*, m'est adressé en octobre dernier pour une blessure faite cinq jours auparavant pendant l'accostage de son navire à Oran.

Cet homme a eu la main prise dans une amarre « frappée » sur le treuil à vapeur; c'est miracle qu'il n'ait pas eu la main arrachée. Après un pansement sommaire, il a continué son service malgré de vives souffrances et un gonflement considérable de la face dorsale de la main. Sous la violence du choc, l'épiderme s'est excorié et sous l'influence de la saleté, de l'eau de mer et de la fatigue, cet état local s'est aggravé.

L'examen montre une main très œdématiée, recouverte de phlyctènes purulentes jusqu'au poignet.

Les doigts sont tuméfiés, raidis; c'est à peine si on peut les mobiliser. Sur la face palmaire, je constate au niveau du premier pli palmaire une saillie dure, irréductible, douloureuse à la pression. A cette saillie palmaire répond une dépression dorsale, facilement perceptible malgré le gonflement de la main.

Le petit doigt est dans l'extension forcée, la flexion en est impossible. Cet organe est plus écarté de l'annulaire qu'à l'état normal.

Il existe en outre une traînée de lymphangite, le long de la face dorsale de la main occupant tout le membre.

Étant donné le gonflement de la main, il m'est difficile de préciser la lésion osseuse; mais, *à priori*, je pense à une luxation du cinquième métacarpien. La radiographie confirme mon diagnostic. L'état de la main ne permettant pas de songer à une réduction immédiate, même avec anesthésie, je prescrivis un traitement approprié :

Grand savonnage de la main et de l'avant-bras, lavages à



Fig. 1. — Avant l'opération.



Fig. 2. — Après l'opération.

l'alcool (le tout fut vaillamment supporté). Contre la lymphangite et la suppuration des phlyctènes, bains phéniqués chauds toutes les quatre heures, suivis d'enveloppements humides avec du lint boriqué. Purgatif salin répété deux jours et sulfate de quinine pour combattre l'état général, déprimé légèrement il est vrai, par l'infection localisée et la lymphangite.

Sous l'influence de ce traitement, la lymphangite disparaît vers le second jour et les phlyctènes se cicatrisent rapidement. A ce moment-là seulement, je puis songer à réduire la luxation. Le 6 novembre, c'est-à-dire douze jours après l'accident, j'intervenais.

Il ne fallait pas trop s'illusionner sur l'espoir d'une réduction non sanglante; pourtant une fois le malade endormi, je fis, en vain, deux tentatives de réduction.

Le malade m'ayant autorisé à l'opérer si je ne réussissais pas, devant cet échec, je pratiquai aussitôt la réduction à ciel ouvert.

Au moment de l'opération, les fonctions de la main étaient des plus réduites, la flexion des doigts très limitée, la préhension presque impossible. La saillie de la tête du métacarpien augmentait d'autant la gêne fonctionnelle.

Les mouvements étaient des plus limités même sous l'anesthésie.

Une incision sur la face dorsale de la main, légèrement parallèle à l'os, montra que la tête inférieure de l'os était à demi luxée. Par une incision sur la face palmaire, j'arrivai directement sur l'autre tête complètement luxée, ainsi que le montre la radiographie.

Après avoir essayé à deux ou trois reprises de réduire la luxation, d'accord avec mon aide et ami le docteur Pujol, je fis sauter la partie supérieure de l'os et je parvins ainsi à

réduire la luxation dans la paume de la main. La portion dorsale de la luxation étant aussi irréductible, je la fis sauter également.

Sous l'influence de cette exérèse indispensable l'os se remit en place, avec pourtant assez de difficultés.

Sutures de la peau au crin de Florence et pansement consécutif, légèrement compressif.

La main est placée sur une planche pendant six jours. Les suites furent des plus simples. Réunion « per primam ».

Le 15 décembre M... reprenait son service qu'il n'a pas cessé de faire un seul jour depuis l'opération.

II

Deuxième observation. — *Hystéro-traumatisme aigu. Contracture aiguë des muscles fléchisseurs de l'avant-bras et de la main.* — Le sieur G... fait, le 16 octobre 1904, à bord de l'*Oasis*, une chute de la galerie de la machine sur le tunnel de l'hélice; il serait tombé son bras droit replié sur le thorax de sorte qu'une plaque de tôle appuyant sur l'avant-bras droit aurait produit un traumatisme de la main droite (contusion).

L'examen direct, la radiographie et l'examen sous anesthésie générale, montrèrent qu'il n'y avait ni fracture, ni luxation des os de la main. A peine l'accident avait-il eu lieu que tout le membre supérieur droit se prenait en contracture, le bras collé contre le tronc, l'avant-bras fléchi, la main immobilisée. Le malade ayant été soumis à l'anesthésie, la contracture disparut aussitôt et pendant tout le temps du sommeil provoqué pour revenir dès le retour de la conscience et pour ne plus disparaître.

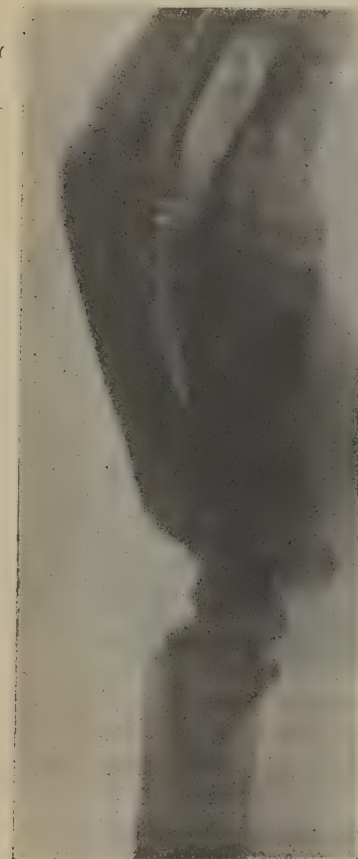


Fig. 3.

Cette contracture immobilise le membre supérieur; elle est assez élastique quand on commence à déplacer le membre, mais, dès que le mouvement est perçu par le sujet, le bras se raidit d'une manière invincible. Elle se complique, en outre, de douleurs violentes et spontanées dans le bras, causant une vive agitation, une grande tristesse et une insomnie constante. Tout le côté droit a tellement perdu de sa sensibilité que de fortes étincelles électriques ne sont connues du malade que par le bruit qu'elles font et non par les piqûres qu'elles causent d'ordinaire.

De plus, on peut traverser un pli de la peau, de part ne part, avec une épingle, sans provoquer le moindre signe, non seulement de douleur, mais de sensibilité. Le côté gauche est beaucoup moins sensible qu'à l'état normal.

Tous ces phénomènes persistent encore aujourd'hui; un léger œdème de la main est apparu depuis le 10 novembre.

Ces symptômes sont caractéristiques de la contracture hystérique. Du reste, le malade avoue avoir eu des crises hystériques pendant plusieurs années; à son dire, il en était guéri depuis deux ans quand il s'est blessé.

Cet homme n'est pas un simulateur; il a été longuement et assidûment surveillé à l'hôpital dans le service du docteur Buton, sans qu'on ait pu découvrir la moindre supercherie. Il aurait plus de mal à simuler qu'à faire un travail même pénible. Une partie même des phénomènes ne peut être simulée, par exemple : les deux mains étant immobiles à côté l'une de l'autre, la température a été trouvée de deux degrés plus basse à la main droite qu'à la main gauche.

La contracture est le résultat direct du traumatisme du 16 octobre 1904. L'hystérie latente en ce moment a été rappelée et localisée par ce choc; les crises précédentes ont joué un rôle prédisposant et on peut affirmer que cette localisation de la névrose n'aurait pas lieu si cet accident, si léger qu'il ait été, n'eût joué le rôle d'agent provocateur.

III

Ces deux observations sont, je l'ai dit plus haut, d'un intérêt différent. La première par sa rareté; malgré les recherches faites à cet égard, je n'ai trouvé qu'un seul cas rapporté par Lejars (*Chirurgie d'urgence*, 1904).

Je crois que la conduite suivie était la seule pratique qui permît d'espérer une restitution *ad integrum* fonctionnelle.

Le résultat a été ce que j'attendais. Dans l'observation relatée par Lejars, dont je n'ai eu connaissance que longtemps après, la réduction sanglante a donné un résultat identique à celui que j'ai obtenu. Je suis très heureux de trouver la justification de ma conduite par une observation prise dans la pratique d'un maître comme Lejars.

La deuxième observation constitue le type de l'hystéro-traumatisme aigu, ce qui la rend intéressante, c'est la localisation, son début contemporain de l'accident et enfin l'absence de toutes crises convulsives.

Le diagnostic a été assez malaisé à porter, tant que je n'ai pas eu recours à l'anesthésie. La radiographie a confirmé ce que j'avais prévu après les deux premiers examens, c'est-à-dire l'absence de lésions osseuses et articulaires.

La radiographie rapportée ici donne l'idée exacte précise de la déformation osseuse imprimée par la contracture.

Cet accident est non seulement intéressant au point de vue clinique, mais aussi au point de vue de l'application de la loi de 1898.

Six mois après l'accident l'état était identique au premier jour. L'on pouvait certainement prévoir une incapacité partielle et permanente dont on aurait pu, peut-être, demander plus tard la revision si le blessé n'avait disparu un beau jour.

L'état local était tel que cet ouvrier aurait subi dans sa capacité professionnelle une réduction aussi grande que si le membre avait été frappé d'ankylose complète de ses trois grandes articulations (poignet, coude, épaule).

Les doigts en flexion exagérée dans la paume de la main, cette dernière sur le poignet (voir radiographie n° 1), l'avant-bras fléchi sur le bras, ce der-

nier absolument immobilisé et appliqué étroitement sur le tronc.

Dans cet état impossible à simuler et que rien n'avait pu modifier, il n'y avait plus à espérer qu'un retour *sua sponte* qui pouvait se faire attendre de longs mois. Juridiquement il y avait donc une incapacité permanente, en apparence, comme toutes celles déterminées par l'hystéro-traumatisme.

J'ai dit que rien n'avait pu améliorer la contracture permanente du membre. Les moyens ordinairement employés, la suggestion à l'état de veille ou pendant le sommeil provoqué habilement, essayé par mon distingué confrère et ami le docteur Bidon, médecin des hôpitaux, ne donnèrent aucun résultat.

PHYSIOLOGIE THÉRAPEUTIQUE

DU

SUC GASTRIQUE NATUREL DU PORC

Par M. Maurice HEPP,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Depuis le jour où, sous l'impression très vive de la merveilleuse action du suc gastrique naturel de porc dans certains états pathologiques, j'ai entrepris de recueillir régulièrement la sécrétion gastrique du porc, ma grande préoccupation a été, pour en permettre l'usage rationnel, d'en fixer l'action physiologique.

D'emblée celle-ci me parut être différente d'une action digestive proprement dite pour plusieurs raisons.

La première, c'est que le suc gastrique agit là où échoue l'emploi de la pepsine administrée avec ou sans limonade chlorhydrique, c'est-à-dire là où échoue un digestif plus puissant que lui.

La seconde, c'est que son action se manifeste avec une dose faible et n'est pas proportionnelle à la dose qu'on en administre, c'est-à-dire qu'au delà d'une dose déterminée on n'observe pas un effet plus favorable en doublant ou en triplant la dose.

La troisième, c'est que l'effet thérapeutique n'est pas simplement palliatif comme celui des préparations à base de pepsine, mais réellement curatif, à telle enseigne qu'une de mes malades, dont la chlorhydrie était nulle et qui ne digérait aucun aliment, il y a cinq ans, a pu cesser au bout d'une année l'usage du suc gastrique et garder depuis ce moment une santé florissante et une sécrétion gastrique normale.

Ces trois ordres de faits m'avaient vivement frappé; un seul eût suffi à faire admettre que le suc gastrique contient autre chose que la pepsine et l'acide chlorhydrique, car il est évident qu'une cuillerée à bouche de suc gastrique, alors que l'estomac en sécrète 300 centimètres cubes par repas, est insuffisante à réaliser une digestion. Si une telle dose proportionnellement infime est donc active, elle ne l'est pas par action digestive directe : elle l'est tout au plus par excitation de la sécrétion, et j'avais conclu, dans ma première communication au Congrès de médecine international de Madrid, qu'elle déterminait une excitation glandulaire directe, exerçait sur les glandes gastriques un amorçage, une mise en train de la sécrétion.

Cette notion toute rudimentaire et déductive devint bientôt pour moi l'évidence, car j'observai que le suc gastrique que je prélève sur le porc a lui-même une très faible acidité chlorhydrique et un très faible pouvoir protéolytique, la pepsine étant en grande partie détruite par le reflux du suc intestinal alcalin et d'un peu de bile par le pylore que je laisse ouvert.

Or ce suc modifié par les conditions physiologiques nouvelles où est placé l'animal opéré, ce suc, inactif à un examen superficiel et à l'analyse chimique, a pourtant un pouvoir curatif considérable attesté par les cas nombreux où l'analyse du suc gastrique du malade faite avant, au cours du traitement et après lui, montre un relèvement très rapide et progressif de la chlorhydrie sous l'influence du suc gastrique de porc très pauvre en acide chlorhydrique libre.

Je rappelle à ce sujet les analyses si démonstratives qu'a publiées von Noorden, après avoir expérimenté mon suc gastrique de porc. Appuyé sur ces analyses et sur mon observation personnelle, j'ai publié à la Société de biologie (janvier 1904) une note sur l'action excito-sécrétoire du suc gastrique de porc sur la muqueuse gastrique malade, note qui passa tout à fait inaperçue, car je n'apportais à son appui que des documents cliniques.

Le paradoxe apparent que je soutenais d'un suc gastrique indigent en éléments normaux et cependant très actif, me valut même, en Allemagne, des attaques assez vives de la part de Lœb, de Fleiner, de Schütz. On voulut attribuer les résultats thérapeutiques que j'invoquais à la suggestion des malades et à la mienne propre.

Cependant, je ne me décourageai pas : l'action du suc gastrique de mes porcs, signalé dans les gastro-entérites infantiles par Sabrazès, par Méry, qui a fait l'objet d'une thèse intéressante de Nicolas, me prouvait d'une façon indiscutable son efficacité réelle, car on ne suggestionne pas les nourrissons et je cherchais à démontrer physiologiquement l'action excito-sécrétoire que j'avais affirmée quand Albert Frouin, de l'Institut Pasteur, publia à la Société de biologie (27 mai 1905) une note sur l'action sécrétoire du suc gastrique sur la sécrétion stomacale, qui vint corroborer ma propre façon de voir et éclairer d'un jour tout nouveau la physiologie de l'estomac. Frouin avait remarqué, comme je l'avais remarqué moi-même, que sur les animaux à estomac entièrement sequestré la secrétion gastrique diminue. Cette constatation m'avait fait abandonner l'opération de Frémont, la sequestration, pour l'opération que je pratique, l'exclusion unilatérale par implantation de l'œsophage sur le duodénum en laissant le pylore ouvert. J'avais attribué le tarissement progressif de la sécrétion de l'estomac sequestré à la stagnation du suc gastrique en poche close. Frouin, qui avait eu de son côté une idée analogue, cherche à en vérifier le bien fondé; il se demande si le tarissement gastrique ne résulte pas plutôt de l'absence de l'écoulement du suc gastrique dans l'intestin et de sa résorption dans la circulation.

Pour étayer son hypothèse d'une expérimentation précise, il injecte sous la peau d'un chien à estomac sequestré 40 centimètres cubes de suc gastrique alcalinisé, et après une période de dépression sécrétoire il observe, après de nouvelles injections de suc gastrique, une augmentation telle de la sécrétion gastrique que celle-ci, qui est de 300 centimètres cubes à l'état normal, passe à 560-600 centimètres cubes. Ces nouvelles injections provoquent une telle suractivité sécrétoire que l'estomac se congestionne et qu'au bout d'une quinzaine de jours l'animal succombe à une hémorragie persistante.

Sur un animal privé d'estomac, une injection analogue ne provoque aucun trouble.

Enfin l'administration par la bouche d'une grande quantité de suc gastrique à un animal à estomac sequestré, c'est-à-dire chez lequel ce suc s'écoule directement dans l'intestin sans traverser l'estomac, provoque une augmentation de 50 p. 100 dans la quantité de sa secrétion stomacale.

De ces expériences si précises et si bien conduites Frouin conclut :

1° Que l'injection sous-cutanée ou l'ingestion de suc gastrique détermine une augmentation de la sécrétion stomacale.

2° Que cette action sécrétoire n'est pas une action directe sur la muqueuse stomacale.

3° Que l'action sécrétoire du suc gastrique n'est pas due

aux ferments qu'il contient, car cette action se manifeste par ingestion directe du suc dans l'intestin et que les ferments du suc gastrique sont détruits dans l'intestin.

Une constatation physiologique aussi nouvelle et aussi bien établie de l'action sécrétoire du suc gastrique explique de la façon la plus nette ses effets thérapeutiques. Comme je l'avais pensé, d'après la seule clinique, l'action spécifique du suc gastrique est tout autre qu'une action digestive. Le suc gastrique thérapeutiquement réveille l'activité sécrétoire des glandes gastriques lorsque celles-ci, sous l'influence d'une infection ou d'une intoxication, ont cessé de fonctionner. Leur absence de fonction se prolonge parce qu'elles cessent de déverser dans l'intestin la substance excito-sécrétoire du suc gastrique. Qu'on fournisse à de tels malades, encore pourvus de glandes suceptibles de fonctionner, en faible quantité cette gastro-stimuline, comme nous le faisons en administrant du suc gastrique, nous verrons leurs glandes gastriques fonctionner à nouveau, fabriquer elles-mêmes la gastro-stimuline, la déverser dans l'intestin et ainsi reprendre leurs fonctions par leurs propres moyens. Ce mode d'action thérapeutique tout particulier explique en même temps les différences parfois déconcertantes, qu'on obtient chez divers malades par l'administration du suc gastrique.

Lorsque la sécrétion glandulaire est suspendue et viciée par une infection aiguë, une intoxication aiguë, lorsque les glandes gastriques sont détruites, l'action excito-sécrétoire du suc gastrique se manifeste incomplètement ou ne se manifeste pas, au contraire lorsque l'action suspensive de la sécrétion est faible, lorsque les glandes gastriques sont au moins partiellement valides, l'administration de suc gastrique produit un effet rapide, parfois immédiatement favorable, dès la première dose.

C'est ainsi que Méry et beaucoup d'autres ont montré que le suc gastrique de porc, médicament très actif au déclin des gastro-entérites aiguës infantiles, pour permettre la reprise parfois si difficile de l'alimentation, n'agit pas dans les périodes aiguës.

C'est ainsi que l'action si remarquable du suc gastrique contre l'inappétence des tuberculeux, est beaucoup moindre et même nulle chez les tuberculeux fébriles ou durant les phénomènes aigus qui accompagnent l'envahissement tuberculeux.

C'est ainsi que le pouvoir excito-sécréteur du suc gastrique fait défaut dans les gastrites atrophiques totales, dans le cancer de l'estomac. Je puis même dire que le suc gastrique constitue dans ces affections stomacales, par la simple observation de ses effets, un réactif excellent de l'état anatomique des glandes.

J'ajoute que j'ai pour mon compte observé deux fois, de la façon la plus nette, l'action excito-sécrétoire pure du suc gastrique, chez deux dyspeptiques anciens, dont la sécrétion absolument normale en qualité était seulement pauvre en quantité : dans ces deux cas l'usage du suc gastrique double au bout de quelques mois la quantité du suc obtenue par le repas d'épreuve.

Ainsi donc le suc gastrique agit thérapeutiquement comme un excito-sécréteur et non comme un digestif, ainsi que je l'avais pressenti dès mes premières recherches et cette notion nous permet de l'administrer en connaissance de cause, dans des cas bien déterminés.

A côté de son effet gastrostimulant, il a un effet sédatif que j'ai noté également dès le début de mes études et dont je tiens à dire un mot en terminant.

Je n'avais pas observé cet effet avec le suc gastrique de chien, obtenu par le procédé de Frémont, suc très acide; il m'a frappé au contraire dès que j'ai employé le suc de porc obtenu par mon procédé, suc très faiblement acide grâce au reflux alcalin qui se fait par le pylore ouvert.

Je pense aujourd'hui qu'il se produit au niveau du pylore, un mélange des sucs duodénal et gastrique très favorable au relâchement du sphincter pylorique et que le suc gastrique que j'obtiens, introduit dans l'estomac du malade, exerce sur sa muqueuse pylorique une action analogue, favorable à l'évacuation stomacale et par là essentiellement sédative.

C'est ainsi que je m'explique un certain nombre de cas où l'action sédative du suc gastrique de porc s'exerça de la façon la plus manifeste sur des hyperchlorhydriques.

Poursuivant à ce sujet des recherches qui n'ont encore rien fourni de décisif, je tiens seulement à signaler cette interprétation probable sans y insister.

En résumé le suc gastrique de porc extrait de l'estomac unilatéralement exclu, par mon procédé, pourvu d'un pouvoir digestif faible et négligeable, exerce une action excito-sécrétoire puissante sur les glandes gastriques malades, action qui tend à ramener la sécrétion altérée à son taux physiologique en qualité et en quantité et possède des propriétés sédatives importantes qui semblent dues à ce qu'il favorise l'évacuation stomacale en diminuant le spasme pylorique dans certaines circonstances.

VIIe CONGRÈS INTERNATIONAL

D'HYDROLOGIE, CLIMATOLOGIE ET THÉRAPIE

PAR LES AGENTS PHYSIQUES

Tenu à Venise (octobre 1905)

Le Congrès international d'hydrologie, climatologie, géologie, thérapie par les agents physiques s'est ouvert, le 10 octobre dernier, dans le palais du théâtre de la Fenice, à Venise, sous la présidence de M. Vittorelli, préfet de la province, représentant le ministre de l'Intérieur d'Italie. Parmi les discours d'ouverture, mentionnons ceux de MM. Grimani, maire de Venise; Lucatello, professeur à Padoue, président local; Monod, directeur de l'Assistance et de l'hygiène publique, délégué du gouvernement français, et M. Albert Robin, membre de l'Académie de médecine, président du bureau permanent des Congrès internationaux. Véritable apôtre de l'hydrologie, à laquelle il consacre et son temps et sa science, le savant médecin français a montré les progrès accomplis dans cette branche médicale, ses tendances à s'affirmer comme une science nouvelle, le souci des pouvoirs publics entraînant la constitution d'une commission permanente des stations hydrominérales et climatiques de France, chargée d'étudier les besoins généraux de l'industrie thermale nationale; la création de chambres de commerce par les stations, toutes innovations que la modestie de l'orateur impute au Syndicat général des médecins des stations hydrominérales, mais dont le mérite lui revient en entier. En regard de la marche obscure et empirique de la science hydrologique d'hier, il découvre les procédés scientifiques d'aujourd'hui et fait entrevoir la lumière nouvelle de la radio-activité des sources, éclairant l'action inconnue ou hypothétique des eaux.

Il est difficile de donner un compte rendu même approximatif des rapports et communications apportés au Congrès de l'Europe; je m'excuse de n'en donner qu'un résumé rapide.

MM. Frank Baraduc (de Châtel-Guyon) et M. P. Bernard (de Plombières) nous ont, dans un rapport très étudié, fait connaître l'**entéro-colite aux eaux minérales,** dissociant habilement les affections justiciables de l'une et l'autre station, et leur mode d'intervention curative :

A Plombières : des baigneurs surtout;

A Châtel-Guyon : des buveurs.

La caractéristique de la première station consiste dans

l'emploi des procédés sédatifs, le bain tiède et tempéré est la médication typique. Aussi réclame-t-elle les nerveux, les neuro-arthritiques, les éréthiques, les congestifs.

A Châtel-Guyon, la boisson est l'agent principal, le bain n'est qu'accessoire, et sont justiciables des eaux les anémiés, les torpides, les intoxiqués, les hyposthéniques gastro-intestinaux.

Parmi les communications de la section d'hydrologie, nous citerons celles :

De M. Percepied (du Mont-Dore) sur **les modifications de la tension artérielle sous l'influence des différents procédés de thérapeutique thermale**;

De M. Dedet (de Martigny) sur **les bacillaires arthritiques, lithiasiques primitifs**; en voici le résumé :

« Les bacillaires lithiasiques primitifs sont des arthritiques tuberculeux, non rénaux, chez lesquels apparaît de la gravelle primitive, caractérisée par l'originalité qu'elle emprunte au terrain sur lequel elle se développe. » S'appuyant sur l'autorité des Pidoux, Guéneau de Mussy, Jaccoud, Potain, Verneuil, Barié, Grasset, Allard, Sarda, Vires, il rappelle les allures particulières que revêt la bacillose dans un terrain arthritique « la lenteur, le temps d'arrêt dans l'évolution, la facilité à faire de la sclérose; l'antagonisme, en un mot, du sol arthritique et du sol bacillaire ».

Après avoir rapporté deux curieuses observations du docteur Huchard à la Société d'hydrologie en 1901, touchant deux cas de bronchite uricémique rebelle à toute médication ordinaire, et guérie par le traitement hydrique, par les eaux alcalines faibles, le régime lacto-végétarien, l'exercice raisonné, il présente quelques observations personnelles de bacillaires pulmonaires, sans lésion rénale, atteints de lithiase primitive et guéris ou améliorés par la cure à sa station. Il part de cette constatation, pour établir la symptomatologie de cette catégorie de lithiasiques bacillaires, très différent du bacille rénal, en fait le diagnostic différentiel, en insistant, sur un moyen de recherche précieux, et souvent négligé, l'examen des urines.

A ce point de vue, dit-il, les lithiasiques primitifs, bacillaires arthritiques, suivent la règle commune au graveleux.

Leurs urines sont hyperacides, leur densité élevée, l'augmentation de l'acide urique, des urates et de l'urée est constante.

Chez le bacillaire rénal, l'acidité, l'urée, sont en moins grande quantité, la densité plus basse.

Et l'auteur conclut :

Il est une catégorie de tuberculeux, qu'il ne faut pas priver du bénéfice de la cure hydrique par les eaux alcalines faibles du bassin froid des Vosges.

Ce sont les tuberculeux « dits arthritiques ».

L'analyse renseignera sur l'opportunité de la cure.

Les tuberculeux vrais, sont, en général, des sous-minéralisés, leur sol est hypo-acide.

Le terrain arthritique est surminéralisé et hyperacide.

De M. le professeur Carciani (de Rome), de **nouvelles recherches cryoscopiques sur les eaux minérales italiennes.**

Enfin, de M. Derecq (de Paris), une communication sur **les cures hydriques faites avec les eaux minérales transportées en bouteilles**, sur **l'importance thérapeutique des agents physiques considérés comme adjuvants aux cures hydriques** et sur **les thermes urbains avec buvette d'eaux minérales naturelles**.

Dans la section de climatologie, le docteur Lancry (de Dunkerque) établit avec observation à l'appui tout le bénéfice retiré de l'idée des **jardins ouvriers**, de leur action hygiénique, de leurs effets prophylactiques sur la tuberculose. C'est la mise en pratique du mot si vrai du professeur Grancher : « De l'air, de l'air et encore de l'air. » L'extension de la création de ces jardins curatifs en montre le succès; car l'institution encore récente compte aujourd'hui 8 000 jardins en France, 300 en Belgique, 400 en Russie et autant aux Etats-Unis. Le jardin ouvrier tend à ramener l'homme au contact de la terre, à le faire vivre dans le milieu biologique approprié à sa nature.

C'est sur une question de « géologie », toutes sections réunies, que s'est pour ainsi dire concentré l'intérêt du Congrès en entier. Dans une causerie sans prétention, M. Armand Gautier, membre de l'Académie de médecine, est venu faire part de ses vues nouvelles et originales sur la **genèse des eaux minérales**. Ce travail, résultat de cinq années de recherches savantes de laboratoire, a captivé les auditeurs de toutes les nations. A l'inverse des croyances admises, les eaux minérales chaudes, tout au moins, ne seraient pas le résultat d'infiltration d'eaux atmosphériques chargées de sel, en dissolution par le lavage des couches souterraines profondes. En portant à une température très élevée, près de 1 000 degrés, du porphyre, le savant a prouvé que de cette roche émanaient des quantités énormes de vapeur d'eau. De là sa théorie peu banale, de la formation des eaux minérales, par des blocs de granit, porphyre ou autre roche en feu se détachant de la voûte terrestre et tombant dans le feu central. L'avenir se chargera de nous prouver la réalité de cette découverte, mais pour le présent, elle nous séduit et par sa simplicité et par sa valeur dues à la haute personnalité scientifique qui les présente.

Dans une des salles annexées à celles des travaux du Congrès, étaient exposés les différents appareils de thérapie physique, je dois en faire mention, ainsi que d'un cabinet où se trouvaient réunis des produits commerciaux de différentes stations de France et d'Italie, auxquels le Comité d'examen a décerné des prix.

Si ébauché soit-il, tel a été le côté scientifique du Congrès; en voici le côté moral. L'hydrologie fait des progrès et chez nous et ailleurs; malgré l'union des races latines et leur sympathie réciproque, peut-être même à cause de leurs ressemblances, la tendance à l'imitation est grande et j'ai tiré cet enseignement, que nous avons à nous défendre, pour protéger nos richesses hydro-minérales qui sont une richesse nationale, nous défendre pour sauvegarder notre industrie thermale : nos voisins, si amis qu'ils soient ne négligent rien, pour avoir à leur tour leur Vichy, leur Riviera, sans compter d'autres stations similaires aux nôtres, et ils sont assez favorisés, comme climat, pour y réussir.

En clôturant leurs travaux, les congressistes internationaux ont décidé que le prochain Congrès aurait lieu dans trois ans à Alger, du 5 au 10 octobre. Après une discussion assez prolongée, ils ont maintenu le titre de « Congrès d'hydrologie, climatologie, géologie et thérapie par les agents physiques ».

DEDET
(de Martigny).

FORMULAIRE

LAXATIF A LA BOURDAINE

Extrait fluide de bourdaine.... 20 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges..... 100 —
Une cuillerée à café le soir en se couchant (Ch. Vinay).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 24 OCTOBRE 1905)

La séance a été presque entièrement consacrée à des rapports de prix.

Une seule communication à signaler, celle de M. ROUSSEAU-SAINT-PHILIPPE (de Bordeaux) sur l'emploi de l'**iodure d'arsenic contre la scrofule ou la scrofulo-tuberculose.**

En 1878, M. Rousseau-Saint-Philippe avait déjà appelé l'attention de l'Académie sur les bons effets de l'iodure d'arsenic chez les enfants lymphatiques. Aujourd'hui, il vient, avec 200 nouvelles observations, affirmer de nouveau les bons effets de l'iodure d'arsenic chez les enfants scrofuleux ou scrofulo-tuberculeux. Pour les bactériologistes, la scrofule n'est qu'une tuberculose atténuée, mais en clinique, dit M. Saint-Philippe, la scrofule existe avec sa physionomie, ses caractères propres, c'est une maladie avec ralentissement de la nutrition, mais aussi avec un développement excessif du système lymphoïde et dans laquelle les ganglions s'hypertrophient et sont dans un état de suractivité fonctionnelle.

L'arsenic et l'iode ne peuvent qu'être favorables dans ces états, mais l'iodure d'arsenic est souvent impur. Voici comment le prépare M. Dupouy (de Bordeaux) :

On verse à chaud une solution aqueuse d'iodure de potassium sur une solution chlorhydrique d'acide arsenieux; on traite le mélange par le sulfure de carbone. On place cette solution sulfo-carbonique dans un courant d'air et à l'abri de la lumière et du soleil. On obtient une préparation de cristaux formée par le triodure d'arsenic chimiquement pur. Le médicament s'emploie en solution à 1 p. 100, XL gouttes matin et soir, pendant dix jours consécutifs, laisser dix jours de repos et ainsi de suite. Le médicament n'a pas d'inconvénients et a très peu de contre-indications.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 18 OCTOBRE 1905)

Plaies pénétrantes de l'estomac par balles de revolver. — En présence des symptômes d'une plaie pénétrante de l'estomac par balle de revolver de petit calibre dans une tentative de suicide, quelle doit être la conduite du chirurgien? Doit-il toujours intervenir immédiatement, même en présence de symptômes légers? Peut-il ou même doit-il attendre la guérison spontanée, en surveillant le blessé? Telle est la question posée devant la Société de chirurgie par M. REYNIER à l'occasion d'un rapport sur une observation de M. Savariaud. Cette observation de M. Savariaud est un bel exemple de guérison d'une plaie pénétrante de l'estomac par balle de revolver, grâce à l'intervention hâtive.

A ce fait, M. Reynier oppose plusieurs autres faits de guérison. Le 1er janvier, à cinq heures et demie du soir, entre dans son service une femme de quarante-quatre ans qui s'est tiré un coup de revolver dans la région hypogastrique n'ayant pris, depuis le matin, qu'une tasse de café noir. Cette femme avait le facies péritonéal, le pouls petit; elle a eu deux vomissements noirs; l'interne fait appeler le chirurgien de garde; celui-ci croit devoir proposer l'intervention à la malade qui la refuse énergiquement. Le chirurgien prescrit la glace sur le ventre, l'immobilité, la diète absolue. Le lendemain matin, M. Reynier trouva un pouls bien frappé; la température est à 37; la malade refuse toujours toute opération, on la laisse tranquille. M. Reynier prescrit la diète et la glace sur le ventre. Après quatre jours cette malade pouvait commencer à se nourrir. Après huit jours, elle était complètement guérie. Quelque temps après, cette femme, qui avait repoussé toute intervention immédiate, demandait qu'on lui enlevât ses deux balles que la radiographie montrait siéger sur la ligne axillaire. On lui injecta un peu de cocaïne et on retira les deux balles.

Une jeune femme, morphinomane, se tire un coup de revolver; l'orifice d'entrée de la balle est à deux travers de doigt au-dessous du rebord costal. La malade est en état de shock, elle a eu un grand vomissement de sang, tout indique l'existence d'une perforation de l'estomac. La blessée est soumise au traitement par le repos, la diète, la glace, des injections hypodermiques de caféine. Elle a très bien guéri.

Un jeune pharmacien se tire un coup de revolver; il a une hématémèse, de la néphrorragie. Tout indique que l'estomac et peut-être le rein ont été atteints. Même traitement par la diète, la glace; guérison.

De ces observations, il résulte, pour M. Reynier, que les plaies pénétrantes de l'estomac par balles de petit calibre, drns les cas de tentatives de suicide, ne comportent pas toujours un pronostic très grave et peuvent guérir spontanément, surtout quand l'estomac est sain et vide et qu'il n'y a pas de gros vaisseaux lésés.

M. Reynier cite une statistique empruntée, croyons-nous, à M. Forgues (de Montpellier), dans laquelle ont été réunis 39 cas de plaies pénétrantes de l'estomac avec 31 guérisons et 8 morts, traitées par l'abstention. Quand il y a d'autres lésions viscérales, la laparotomie reprend incontestablement toute sa supériorité.

M. Reynier ne se dissimule pas que la laparotomie est aujourd'hui la règle, dans tous les cas de plaies pénétrantes de l'abdomen. Cependant la statistique des interventions ne donne pas des résultats aussi satisfaisants que celle des abstentions; en effet sur 81 interventions, on compte 50 morts et 31 guérisons. Donc si on s'en rapportait à ces statistiques, l'abstention dans les plaies simples de l'estomac par balles de revolver de petit calibre, dans les cas de tentatives de suicide, serait préférable à l'intervention.

Ainsi qu'il était aisé de le prévoir, cette conclusion de M. Reynier a soulevé d'unanimes protestations. Les objections étaient faciles à prévoir et elles n'ont pas manqué de se produire. Il est tout d'abord bien difficile, fait remarquer M. Potherat, de savoir exactement quel est le nombre, quelle est l'étendue des perforations, si l'estomac seul est atteint. Tout cela est bien difficile à savoir, même dans les cas de suicide où l'on peut supposer que le coup est toujours tiré dans une direction donnée. A l'appui de ces difficultés de diagnostic, M. Potherat rapporte l'histoire d'un jeune télégraphiste qui, par chagrin d'amour, s'était tiré un coup de revolver dans la région épigastrique. Il y avait eu une hématémèse; M. Potherat propose l'intervention qui est refusée. Il y a de cela quatorze ans et l'ouverture de l'abdomen était moins facilement acceptée qu'aujourd'hui. Le pouls était à 100, l'état ne semblait pas très inquiétant. Dans la nuit qui suivit, il y eut deux nouvelles hématémèses. Le lendemain matin, l'état était plus grave et M. Potherat opéra. Il y avait une seule plaie sur la face antérieure de l'estomac, mais une artériole avait été atteinte et n'avait pas cessé de saigner. Cette

artère fut liée, la plaie suturée et le ventre refermé. Le soir ce jeune homme succombait aux suites de l'hémorragie qu'il avait eue. Cette mort eût pu être évitée si l'intervention avait été plus hâtive.

M. Quénu proteste énergiquement et ne croit pas qu'on puisse laisser dire aujourd'hui à la Société de chirurgie qu'il vaut mieux s'abstenir dans les cas de plaies pénétrantes de l'estomac par balle de revolver. Il est d'abord impossible de savoir exactement quel est l'organe lésé, s'il y en a plusieurs d'atteints; quelle est l'étendue et l'importance de ces lésions? Il n'est pas un jeune chirurgien aujourd'hui qui hésiterait à intervenir et c'est, en effet, l'intervention la plus précoce qui donne aux blessés le plus de chances de guérison.

M. Reclus, qui avait été cité par M. Reynier comme abstentionniste, proteste et déclare que, s'il a soutenu la même opinion que M. Reynier autrefois, il a complètement changé d'opinion et se range aujourd'hui parmi les chirurgiens qui interviennent toujours et le plus tôt possible dans les cas dont a parlé M. Reynier.

M. Reynier s'attendait à ces objections. Nous aussi. Il défend cependant ses conclusions en faisant remarquer que le jeune télégraphiste de M. Potherat est mort malgré son intervention, car il ne va pas jusqu'à dire à cause de son intervention. Rien ne prouve, en effet, que l'hémorragie, chez le blessé, ne se serait pas arrêtée; cela s'est vu. Quant à considérer le diagnostic de la lésion comme impossible, M. Reynier n'est pas de cet avis et il estime que, dans bien des cas, il peut arriver à un diagnostic assez précis. En résumé, quand il n'y a pas de symptômes graves, il croit qu'on peut attendre. Toutefois M. Reynier reconnaît que ces interventions deviennent de moins en moins graves et qu'il y a des cas où l'intervention immédiate s'impose et constitue la seule chance de salut pour le blessé.

M. Arrou est de ceux qui considèrent le diagnostic comme bien difficile, il en donne pour preuve le fait suivant : il s'agit d'un électricien auquel on montra un appareil fort ingénieux pour se défendre contre les cambrioleurs. C'était une sorte de revolver partant tout seul; l'électricien trouva l'appareil fort ingénieux, l'examina d'un peu trop près, le coup part et il est blessé assez grièvement; il porte une plaie au niveau de la région épigastrique. M. Arrou l'opère, séance tenante, trouve une plaie du foie et une plaie de l'estomac, les suture toutes deux et referme le ventre. Le blessé guérit. Mais ayant vu quelque temps après le propriétaire de l'appareil en question, il apprit, non sans étonnement, que l'arme n'était pas chargée à balle. C'était la bourre seule qui avait perforé le foie et l'estomac.

M. Delbet joint sa protestation à celles de MM. Potherat et Quénu; attendons, dit-il, les statistiques de nos jeunes collègues qui sont chaque jour appelés à suturer des plaies de l'estomac. En effet, dans ces cas, toute discussion sur le diagnostic ne peut qu'être stérile; il est impossible de savoir exactement ce qu'il en est. Il faut donc toujours et le plus tôt possible pratiquer la laparotomie. M. Delbet rapporte l'histoire d'une jeune femme qui s'est tiré un coup de revolver et qui a eu plusieurs hématémèses. On fit la laparotomie, il n'y avait pas de plaie stomacale. Si on n'avait pas pratiqué la laparotomie, on n'aurait pas manqué de diagnostiquer une plaie pénétrante de l'estomac et de mettre la guérison au compte de l'abstention.

M. Delorme partage l'avis de MM. Quénu et Delbet sur la nécessité de l'intervention.

M. Routier insiste sur l'innocuité de la laparotomie immédiate dans ces cas.

M. Legueu apporte quatre faits, dans des plaies du foie, dans des plaies de l'estomac, guéris par l'intervention.

M. Reynier ne se rend pas aux observations de ses collègues et maintient l'importance des statistiques qu'il a apportées.

Résection du sympathique.— M. Poirier rappelle avoir présenté, il y a trente mois, un malade qui était atteint d'un tic douloureux de la face et qui, depuis ce temps, est resté complètement guéri après la résection du ganglion cervical supérieur du grand sympathique. Le résultat a été immédiat et la guérison a persisté. Il s'agit d'un croque-mort que M. Poirier a l'occasion de revoir assez souvent, non pas par le fait de sa qualité de croque-mort, mais bien comme malade guéri et reconnaissant.

Depuis, M. Poirier a pratiqué la même opération sur un homme de soixante-six ans, même résultat immédiat, mais six mois après retour de quelques crises douloureuses. Après ces deux faits M. Poirier s'était cru en droit de dire que la résection du ganglion cervical du grand sympathique était une opération innocente, efficace et rapide. Il n'est plus aussi absolu depuis une troisième tentative moins heureuse. Dans ce dernier cas, malgré les recherehes les plus minutieuses, la dissection la plus attentive, M. Poirier n'a pas trouvé le ganglion supérieur du grand sympathique. Le malade, après un soulagement passager, a été repris de ses douleurs un mois après et de plus il a une paralysie de la corde vocale gauche. M. Poirier n'oserait donc plus affirmer que la résection du ganglion cervical supérieur du grand sympathique est une opération facile et toujours efficace.

Prostatectomie. — M. Legueu présente un malade qui était atteint de rétention complète depuis dix-sept ans. Après la prostatectomie, il a obtenu chez ce malade un retour complet de la contractilité vésicale.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séances des 14 et 21 octobre 1905)

Sur un cas de tabes à systématisation exceptionnelle. — MM. Babinski et Nageotte rapportent à la Société l'observation anatomique d'un cas de tabes à symptômes anormaux. Le patient, pendant toute la durée de l'affection, avait présenté de l'exagération des réflexes tendineux. A l'examen nécropsique, on constata que leslésions médullaires portaient uniquement sur les voies longues radiculaires, alors que les voies courtes, habituellement atteintes, étaient respectées.

Mouvements intestinaux. — M. Roger, pour étudier les mouvements intestinaux, introduit dans l'extrémité postérieure d'une anse isolée, une canule en verre courbée à angle droit. Puis il remplit l'anse intestinale avec de l'eau salée isotonique. La canule étant reliée à un appareil enregistreur, il constate que les mouvements intestinaux, provoquées par les manipulations préalables, se calment très vite et finissent par s'arrêter. Si l'on remplace l'eau salée par une solution de peptone ou de glycose, aussitôt des mouvements se produisent qui persistent pendant plusieurs heures. Dans quelques expériences, il a isolé sur un même animal, trois anses intestinales et a recueilli trois tracés simultanés. L'immobilité de l'anse rem-

plie d'eau salée contrastait avec les mouvements de deux autres anses remplies l'une de peptone, l'autre de glycose.

En plaçant dans un segment intestinal deux canules, l'une à l'extrémité postérieure, l'autre à l'extrémité antérieure, M. Roger a pu constater qu'il ne se produit jamais de reflux de liquide : à l'état normal, il n'y a pas de mouvements antipéristaltiques.

Pour provoquer des mouvements, il est inutile d'introduire la solution de peptone dans la cavité intestinale. Le résultat est le même quand la substance est injectée dans une artère de l'intestin. C'est en diffusant dans la paroi que le peptone et la glycose exercent leur rôle d'excitants physiologiques et la contractilité intestinale.

Influence des troubles de l'élimination rénale sur la régulation osmotique. — MM. Achard et Gaillard ont étudié les échanges osmotiques dans le péritoine à la suite de l'injection d'une solution d'un cristalloïde dans la séreuse, et ont comparé le cobaye sain au cobaye atteint soit de néphrite toxique, soit d'anurie par ligature des uretères.

L'absorption a présenté des différences variables. Ralentie dans les néphrites toxiques, elle était, au contraire, accélérée à la suite de la ligature des uretères.

Une autre modification des échanges, qui, cette fois, est commune aux néphrites toxiques et à l'anurie mécanique, consiste en ce que le chlorure de sodium n'est plus, comme à l'état normal, le seul cristalloïde qui transsude dans la cavité séreuse : l'urée l'accompagne, ce qui tient, sans doute, à la rétention d'urée qui existe aussi bien dans ces néphrites toxiques que dans l'anurie mécanique. L'excès de cette substance normale se comporte alors comme les substances anormales, qui transsudent de même dans l'ascite artificielle.

Enfin, un autre trouble des échanges porte sur la régulation du chlorure de sodium. A l'état normal, lorsque ce corps est injecté en même temps qu'un autre dans la séreuse, son absorption est bien plus lente que celle de l'autre substance, par suite de la nécessité de rétablir dans le liquide une composition saline voisine de celle du sang. Or, soit dans les néphrites toxiques, soit dans l'anurie mécanique, l'écart entre l'absorption des deux corps diminue, et le chlorure de sodium s'absorbe relativement mieux qu'à l'état normal, aux dépens du rétablissement de l'équilibre salin.

La pression artérielle chez le lapin à la suite d'injections répétées d'adrénaline dans les veines. — M. O. Josué, partant de ce fait clinique, que les athéromateux ont une tension artérielle élevée, a obtenu des lésions athéromateuses des artères chez le lapin par des injections intraveineuses fréquemment répétées de petites quantités d'adrénaline, substance hypertensive extrêmement active. Il semble donc démontré que les capsules surrénales et les glandes analogues qui sécrètent l'adrénaline déterminent, quand elles versent dans la circulation une trop grande quantité de substance active, des lésions anatomiques, l'athérome artériel et un trouble fonctionnel, l'hypertension.

Cependant il paraît difficile d'établir une identité absolue contre l'hypertension permanente, souvent irréductible, que l'on observe chez les athéromateux et les élévations brusques et passagères de la pression, souvent suivies d'un abaissement au-dessous de la normale, qui surviennent à la suite de chaque injection d'adrénaline.

Aussi bien les injections intraveineuses d'adrénaline ne déterminent-elles pas seulement des élévations intermittentes de pression. Elles finissent par modifier l'équilibre statique de la pression artérielle. Au bout d'un certain temps, la tension reste élevée d'une façon permanente.

Ces recherches peuvent être invoquées en faveur de l'opinion que certains cas d'hypertension artérielle observés chez l'homme relèvent du fonctionnement exagéré des capsules surrénales et des glandes similaires. Les lapins qui ont subi une série d'injections intraveineuses d'adrénaline ne sont nullement immunisés contre l'élévation brusque de pression que produit une nouvelle injection. Ce résultat était à prévoir. En effet, pour que l'adrénaline continue à exercer son action régulatrice sur l'équilibre de la pression artérielle, il est nécessaire que l'organisme reste sensible à cette substance.

Coloration du spirochæte pallida de Schaudinn dans les coupes. — Pour M. Levaditi, la méthode recommandée récemment par Bartarelli et Volpino pour la coloration du spirochæte pallida, sur des coupes histologiques, permet d'étudier ce spirochæte dans ses rapports avec les tissus. Néanmoins les préparations ainsi obtenues sont relativement défectueuses, à cause de la pâleur des spirilles et des précipités qui se forment au cours des diverses manipulations. L'auteur a eu l'idée d'employer un procédé basé sur le même principe (imprégnation au nitrate d'argent), mais qui donne des résultats infiniment supérieurs.

Les morceaux d'organes sont fixés dans du formol, imprégnés au nitrate d'argent suivant la formule de Cajal, soumise aux réducteurs (acide pyrogallique) et lavés à l'eau. Après déshydratation, on fait des coupes que l'on colore au Giemsa non dilué. Ce procédé permet d'obtenir la coloration des spirochætes en noir, tandis que les cellules fixent le bleu et le tissu conjonctif, le jaune.

Grâce à cette méthode, l'auteur a pu déceler la présence du spirochæte pallida dans les vésicules de pemphigus et autour des vaisseaux du derme. Le foie de deux nouveau-nés hérédo-syphilitiques, dont les observations seront publiées ultérieurement en collaboration avec MM. Nobécourt et Sauvage, montre, en dehors de l'existence des relations intimes entre les spirochaètes et les lésions périvasculaires, la présence de ces spirochaètes dans le protoplasma des cellules hépatiques.

LIVRES NOUVEAUX

Leçons de clinique et de technique chirurgicales [Charité-Hôtel-Dieu, 1899-1904] (1), par J.-L. Faure, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux.

M. J.-L. Faure vient de publier un choix de ses leçons cliniques et techniques, où l'on retrouve les qualités de précision, de sens pratique et de vigoureuse clarté qui caractérisent le distingué chirurgien. Pour ceux qui connaissent personnellement l'auteur, nous ajouterons simplement que son ouvrage est une nouvelle démonstration de l'aphorisme : « Le style est l'homme. »

Le livre débute par une leçon sur l'emploi des gants en chirurgie, leçon que tous les médecins devraient lire et surtout mettre en pratique. La meilleure façon d'être aseptique, c'est de ne pas se contaminer et par conséquent de se ganter pour pratiquer tous les touchers ou opérations septiques.

La leçon suivante, qui intéresse aussi les médecins, est relative au traitement chirurgical de la paralysie faciale consécu-

(1) In-8 de 284 p. — Prix : 6 francs. — Paris, Masson et Cie.

tive à une destruction du nerf, par l'anastomose spino-faciale. Exécutée pour la première fois par l'auteur, cette opération a tenu ce qu'on en pouvait attendre d'après les données de la physiologie; elle permet, à l'état de repos, de restituer aux muscles de la face leur tonicité et par conséquent de rendre une expression normale à la physionomie.

Partisan convaincu de la curabilité opératoire du cancer, M. J.-L. Faure étudie les opérations dirigées contre celui de la bouche. Il recommande les interventions précoces et très étendues, mais renonce à l'extirpation de la branche montante du maxillaire inférieur, qui donne beaucoup de jour, mais aggrave singulièrement le pronostic opératoire.

Après deux cliniques consacrées à l'extirpation de l'œsophage thoracique et à la chirurgie du médiastin postérieur, l'auteur étudie l'appendicite, où, comme presque tous les chirurgiens actuellement, il préconise la temporisation et l'opération à froid, sauf urgence.

Passant à la chirurgie utéro-annexielle, l'auteur montre qu'il est bien plus facile dans les suppurations, de décortiquer des annexes adhéreutes en les attaquant de bas en haut par la décollation utérine. Pour certains cas très difficiles, il a imaginé le procédé de l'hémisection utérine sans lequel on ne pourrait guère en venir à bout. Cette partie de l'ouvrage renferme un examen très complet et très intéressant de tous les procédés de castration utéro-annexielle.

Dans le cancer de l'utérus, M. Faure renonce à l'évidement pelvien, tentative chimérique, et préconise la voie haute.

Pour terminer, une statistique des cas opérés par l'auteur à l'Hôtel-Dieu.

Nous ne saurions trop recommander la lecture de ce livre qui, pour être l'œuvre d'un homme à tempérament essentiellement chirurgical, n'en renferme pas moins de précieuses leçons pour les médecins. A. GAULLIEUR L'HARDY.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 123. — SAMEDI 28 OCTOBRE 1905. 78e ANNÉE. SAMEDI 28 OCTOBRE 1905. — N° 123.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Le foie appendiculaire (fin), par M. Ch. Aubertin.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de chirurgie.
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
Cours du semestre d'hiver.
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

GUERRE. — Par décision ministérielle du 24 octobre 1905, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après :

M. le médecin-major de première classe Sagrandi, désigné pour le 1er tirailleurs algériens.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Bouchet, désigné pour le 96e d'infanterie (service); — Alix, pour le 70e d'infanterie (service); — Meyer, pour le 30e dragons (service); — Sous, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine (service); — Lanteaume, pour les places de Collioures et de Port-Vendres; — Deyrolles, pour les troupes de l'armée de terre au Tonkin et en Annam (service); — Leclerc, pour le 2e d'infanterie (service).

MM. les médecins aides-majors de première classe Morel, désigné pour le 153e d'infanterie (service); — Briole, pour le 108e d'infanterie (service); — Laplanche, pour le bataillon du 122e d'infanterie détaché en Crète (service); — Schnaebelé, pour le 12e bataillon de chasseurs à pied (service); — Cohadon, pour le 22e d'infanterie (service); — Béraud, pour le bataillon du 122e d'infanterie détaché en Crète (service); — Guiot, pour le 1er bataillon d'infanterie légère d'Afrique (service); — Peloquin, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran (service).

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Pierrot, désigné pour le 6e génie ; — Landret, pour le 50e d'infanterie (service).

MARINE. — M. le médecin de première classe Maillin est nommé professeur d'histologie et de physiologie à l'École annexe de médecine navale de Brest.

M. le médecin de première classe Mourron est nommé professeur de séméiologie médicale et chirurgicale à l'École annexe de médecine navale de Toulon.

VENTE DE LA QUININE A MADAGASCAR. — Le paludisme faisant à Madagascar des ravages chaque année plus considérables, parmi la population européenne et indigène de l'île, les autorités locales de la colonie ont pensé que le moyen le plus propre à en combattre les effets était de faciliter la vente des sels de quinine et d'en répandre l'usage. Jusqu'à présent, on ne trouve en effet ce médicament que dans les quelques pharmacies établies sur tout le territoire malgache, ou dans les dépôts spéciaux. Il en résulte que, dans les régions non pourvues de formations sanitaires de l'assistance médicale, l'indigène n'a pas de ressources suffisantes pour se procurer les sels dont il s'agit.

Sur l'initiative de M. le gouverneur intérimaire de Madagascar, le ministre des Colonies vient donc de faire signer par le président de la République un décret autorisant le gouverneur général de Madagascar à prendre par voie d'arrêté toutes les dispositions nécessaires pour que les sels de quinine soient mis à la disposition de tous et au plus bas prix possible.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Bollet (de Trévoux) est nommé chevalier du Mérite agricole.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE SCOLAIRE 1905-1906

Les cours du semestre d'hiver auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 1er novembre 1905 :

Cours. — *Histologie.* — M. Mathias-Duval (M. Launois, agrégé, chargé de cours) : Anatomie microscopique et histologie du système nerveux central et périphérique. — Mardi, jeudi, samedi, à trois heures (petit amphithéâtre de la Faculté).

Physique médicale. — M. Gariel : Applications à la physiologie et à la médecine de la méthode graphique, de la mécanique, des actions moléculaires et de la chaleur. Étude physique et physiologique de l'audition et de la phonation. — Lundi, mercredi, vendredi, à cinq heures (amphithéâtre de physique et de chimie).

Physiologie. — M. Ch. Richet : Système nerveux. Muscles. — Mardi, jeudi, samedi, à cinq heures (grand amphithéâtre de l'École pratique).

Anatomie. — M. Poirier : Le tube digestif et ses annexes. — Lundi, mercredi, vendredi, à quatre heures (grand amphithéâtre de l'École pratique).

Histoire naturelle médicale. — M. R. Blanchard : Les végétaux parasites : microbes et champignons. — Lundi, mercredi, vendredi, à quatre heures (petit amphithéâtre de la Faculté).

Médecine légale. — M. Brouardel : Attentat aux mœurs. — Lundi, vendredi, à quatre heures (grand amphithéâtre de la Faculté).

Anatomie pathologique (fondation Dupuytren). — M. Cornil : Anatomie pathologique des organes respiratoires et circulatoires. — Lundi, vendredi, à cinq heures (petit amphithéâtre de la Faculté); mercredi, à deux heures (École pratique).

Pathologie chirurgicale. — M. Lannelongue (M. Morestin, agrégé, chargé de cours) : Maladies articulaires. Affections du crâne et de l'encéphale. Affections des viscères thoraciques et abdominaux. Chirurgie plastique. Influence de l'anesthésie, de l'antisepsie, de la radiographie et de toutes les méthodes nouvelles sur l'évolution de la chirurgie et des maladies chirurgicales. — Mardi, jeudi, samedi, à quatre heures (grand amphithéâtre de la Faculté).

Pharmacologie et matière médicale. — M. Pouchet : Étude des modificateurs du système nerveux central. Premier groupe : hypno-anesthésiques et hypnotiques. — Mardi, jeudi, samedi, à quatre heures (amphithéâtre de pharmacologie, à la Faculté).

Pathologie médicale. — M. Hutinel : Tuberculose; rhumatisme; goutte; syphilis. — Mardi, jeudi, samedi, à trois heures (grand amphithéâtre de la Faculté).

Thérapeutique. — H. Gilbert : Les médicaments minéraux, les eaux minérales. Les régimes alimentaires. — Mardi, jeudi, samedi, à cinq heures (petit amphithéâtre de la Faculté).

Histoire de la médecine et de la chirurgie (fondation Salmon de Champotran). — La physiologie et la pathologie du cerveau au XIXe siècle. — Mardi, jeudi, samedi, à six heures (petit amphithéâtre de la Faculté).

Cliniques. — Visite des malades tous les matins.

Cliniques médicales. — M. Hayem (M. Carnot, agrégé, chargé de cours) : Lundi, jeudi, à dix heures (à l'hôpital Saint-Antoine). — M. Dieulafoy : Mercredi, samedi, à dix heures et demie (à l'Hôtel-Dieu). — M. Debove : Mardi, samedi à dix heures (à l'hôpital Beaujon). — M. Landouzy : Mardi, vendredi à dix heures (à l'hôpital Laënnec).

Cliniques chirurgicales. — M. Le Dentu : Mardi, vendredi, à neuf heures et demie (à l'Hôtel-Dieu). — M. Terrier : Lundi, vendredi, à neuf heures et demie (à la Pitié). — M. Berger : Mardi, vendredi, à neuf heures et demie (à l'hôpital Necker). — M. Reclus : Lundi, mercredi, vendredi, à neuf heures et demie (à la Charité).

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. — M. Joffroy : Mercredi, samedi, à dix heures (à l'asile Sainte-Anne).

Clinique des maladies des enfants. — M. Grancher (M. Méry, agrégé, chargé de cours) : Mercredi, vendredi, à dix heures (à l'hôpital des Enfants-Malades).

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. Gaucher : Mercredi, dimanche, à dix heures (à l'hôpital Saint-Louis).

Clinique des maladies du système nerveux. — M. Raymond : Mardi, vendredi, à dix heures (à la Salpêtrière).

Clinique ophtalmologique. — M. de Lapersonne : Lundi, mercredi, à neuf heures et demie; vendredi, à dix heures un quart (à l'Hôtel-Dieu).

Clinique des maladies des voies urinaires. — M. Guyon : Mercredi, samedi, à neuf heures (à l'hôpital Necker).

Cliniques d'accouchements. — M. Pinard : Lundi, vendredi, à dix heures (à la clinique d'accouchements, clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal). — M. Budin : Mardi, samedi, à neuf heures (à la clinique d'accouchements, clinique Tarnier, rue d'Assas).

Clinique gynécologique (fondation de la Ville de Paris). — M. Pozzi : Lundi, vendredi, à dix heures (à l'hôpital Broca).

Clinique chirurgicale infantile (fondation de la Ville de Paris). — M. Kirmisson : Mardi, samedi, à dix heures (à l'hôpital des Enfants-Malades).

Professeurs honoraires : MM. Jaccoud, Fournier, Farabeuf et Duplay.

Conférences. — *Chimie biologique.* — M. Desgrez, agrégé : Principes fondamentaux des tissus de l'économie. Sang. Humeurs. Urines. — Mardi, jeudi, samedi, à cinq heures (amphithéâtre de physique et de chimie, à la Faculté).

Anatomie (cours du chef des travaux). — M. Rieffel, agrégé, chef des travaux anatomiques : Le bassin et les organes génito-urinaires. — Mardi, jeudi, samedi, à quatre heures (grand amphithéâtre de l'École pratique).

Pathologie interne. — M. Gouget, agrégé : Maladies du foie et des reins. — Mardi, jeudi, samedi, à quatre heures (grand amphithéâtre de la Faculté).

Pathologie externe. — M. Proust, agrégé : Maladies de la poitrine, de l'abdomen, y compris les maladies des organes génitaux de la femme, à l'exception des maladies des organes urinaires. — Lundi, mercredi, vendredi, à cinq heures (grand amphithéâtre de la Faculté).

Hygiène. — M. Macaigne, agrégé : Hygiène des habitations des villes, des professions. Prophylaxie. — Lundi, mercredi, vendredi, à trois heures (petit amphithéâtre de la Faculté).

Obstétrique. — M. Brindeau, agrégé : Grossesse et accouchement physiologiques; pathologie de la grossesse. — Mardi, jeudi, samedi, à six heures (grand amphithéâtre de l'École pratique).

Travaux pratiques. — *Dissection.* — M. Rieffel, agrégé, chef des travaux anatomiques : Dissection. Démonstrations par les prosecteurs et les aides d'anatomie. — Tous les jours, d'une heure à trois heures (à l'École pratique).

Anatomie pathologique. — M. Brault, chef des travaux : Exercices pratiques d'anatomie pathologique. Conférences et démonstrations. — Tous les jours, d'une heure à trois heures (École pratique).

Parasitologie. — M. Guiart, agrégé, chef des travaux : Conférences et démonstrations. — Lundi, mercredi, vendredi, d'une heure à trois heures (à l'École pratique).

— Les musées Dupuytren et Orfila sont ouverts aux élèves tous les jours, de onze heures à quatre heures.

La bibliothèque est ouverte tous les jours de onze heures du matin à six heures de l'après-midi, et tous les soirs de sept heures et demie à dix heures et demie.

REVUE GÉNÉRALE

LE FOIE APPENDICULAIRE (1)

Par Ch. AUBERTIN,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

III

Pathogénie. — Avant d'étudier le mécanisme des altérations hépatiques, il faut s'assurer que ces lésions sont bien sous la dépendance de l'appendicite, et surtout que ce sont bien elles qui sont la cause de la mort. On pourrait soutenir, en effet, que toute appendicite grave, mortelle soit par péritonite, soit par septicémie, détermine comme beaucoup d'infections des lésions viscérales multiples, atteignant en particulier les reins et le foie. La mort serait due à la péritonite ou à la septicémie, et les lésions hépatiques ne seraient qu'une des conséquences de l'infection générale.

Cette opinion ne peut être soutenue : les lésions hépatiques sont bien la cause de la mort, car le plus souvent il n'y a ni péritonite, ni septicémie. L'histoire clinique est d'ailleurs entièrement dominée par les accidents hépatiques, aussi bien dans les formes toxiques que dans les hépatites suppurées.

Nous nous sommes assuré que les lésions hépatiques que nous avons décrites — d'ailleurs beaucoup plus intenses que celles trouvées généralement dans la septicémie — n'étaient pas des lésions banales qu'on pouvait rencontrer dans toute appendicite grave. Nous avons examiné le foie de trois sujets morts d'appendicite, l'un par septicémie, les deux autres par péritonite. Dans les trois cas, le foie était normal à l'œil nu et ne présentait, à l'examen histologique, que des lésions insignifiantes : à peine quelques nodules infectieux dans le cas de septicémie, pas de lésions inflammatoires dans les cas de péritonite, et aucune altération cellulaire notable dans les uns comme dans les autres.

La lésion hépatique n'est donc pas une chose banale et contingente dans les appendicites mortelles : elles ne se produit que dans un certain nombre de cas, dans des conditions qui nous échappent encore en grande partie, mais par un mécanisme facile à établir.

Sur les causes prédisposantes en effet, nous ne savons à peu près rien, car le plus souvent on a affaire à des sujets jeunes, souvent à des enfants, sans tare hépatique antérieure : on peut éliminer chez eux et la cholémie et l'alcoolisme. C'est donc bien dans l'appendicite seule qu'il faut chercher les causes de cette complication particulièrement grave : nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit au sujet des abcès fétides, particulièrement fréquents et des formes gangreneuses de l'appendicite.

C'est bien, dans la plupart des cas, à l'abcès péri-appendiculaire qu'il faut attribuer la production de la lésion hépatique. Nous en citerons une preuve fort démonstrative qui nous a été communiquée par MM. Menetrier et Bloch, et qui prouve qu'un abcès abdominal, non appendiculaire, peut produire la même lésion hépatique et le même tableau clinique que l'appendicite suppurée. Chez une jeune femme de seize ans, non alcoolique, une salpingite avec gros abcès est opérée un peu tardivement : la malade succombe le lendemain de l'intervention, et l'on trouve un foie gras et dégénéré, absolument semblable au foie gras appendiculaire (1). Ici donc, même tableau clinique, même dégénérescence hépatique, même cause immédiate, l'abcès abdominal. Mais cet abcès est ici d'origine salpingienne et non appendiculaire.

La théorie de la cavité close a contre elle la majorité des faits puisque presque toujours l'appendice a été trouvé perméable.

Quand il y a un abcès, et particulièrement un abcès fétide, la production de la complication hépatique s'explique assez facilement, qu'il s'agisse de lésions inflammatoires ou de lésions dégénératives. Quand il n'y a pas d'abcès et que l'appendicite est gangréneuse, on peut, en attendant des données plus précises, expliquer la complication hépatique, par la notion de la « toxicité de l'appendicite » émise par M. Dieulafoy, expression qui a l'avantage de bien exprimer l'allure de tout un groupe de complications spéciales à *certaines appendicites*.

Mais quelles sont ces appendicites qui s'accompagnent de complications viscérales?

Nous n'en savons rien actuellement et l'étude histologique de l'appendice ne nous donne sur ce point que des renseignements peu importants. Dans un cas qui semble d'ailleurs être plutôt une forme septicémique que toxique (fièvre élevée, phlébite de la jambe, souffle d'endocardite infectieuse), M. Quénu a trouvé les vaisseaux sous-péritonéaux thrombosés d'une façon précoce (vingt-sixième heure), alors que les lésions de la muqueuse étaient encore insignifiantes. Il n'y avait pas de thromboses vasculaires dans les cas de Beauvy et Chirié ni dans les nôtres. Ce n'est pas l'anatomie pathologique, mais la bactériologie qui seule pourra éclairer la question et nous apprendre pourquoi certaines appendicites sont « toxiques ».

Il est inutile d'insister longuement sur la voie suivie par l'infection : c'est toujours la voie portale, et elle laisse d'ailleurs des traces de son passage sous forme d'une pyléphlébite soit totale, soit partielle. Quand cette dernière manque, ou du moins est invisible à un examen macroscopique, c'est encore la voie veineuse qui doit être incriminée car l'examen histologique montre que les petits abcès miliaires sont péri-portaux et l'on trouve les mêmes microbes dans les abcès du foie que dans la collection péri-appendiculaire.

Pour les lésions dégénératives c'est également la voie portale qui doit être incriminée. Le fait est indiscutable pour les lésions toxi-infectieuses; et, dans un foie gras appendiculaire, nous avons trouvé au niveau de thrombus intra-portaux des microbes

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1905. n° 120, p. 1431.

(1) Cette observation sera publiée ultérieurement.

venant de l'abcès péri-appendiculaire. Il est moins évident pour les lésions purement toxiques dans lesquelles on ne peut déceler de microbes au niveau du foie. Mais ici un fait important vient prouver l'origine portale de l'intoxication, rendue déjà presque certaine par la comparaison avec les autres faits : c'est l'intensité toujours plus considérable des lésions du foie par rapport à celle des autres organes et particulièrement du rein qui est parfois presque normal. Ceci montre bien que la lésion va frapper d'abord le foie — ce ne peut être que par voie portale, étant donné le siège de la maladie primitive — et que ce n'est que secondairement que le rein est touché.

IV

Etude clinique. — Le tableau clinique est tout différent selon qu'on a affaire à des lésions inflammatoires (abcès du foie) ou à des lésions dégénératives (stéatose ou nécrose). Dans le premier cas l'évolution est lente et fébrile; dans le second les accidents sont rapides, la mort survient deux ou trois jours après l'opération, par insuffisance hépatique aiguë, souvent avec hypothermie. Il faut donc étudier séparément l'hépatite suppurée et l'hépatite toxique.

Abcès du foie. — Ou bien ils surviennent après une appendicite connue, diagnostiquée et généralement opérée, ou bien l'affection abdominale n'a pas été diagnostiquée et l'hépatite suppurée peut sembler primitive. De plus il est des cas où l'infection est insuffisamment arrêtée par la barrière hépatique, et gagne par les veines sus-hépatiques la circulation générale : c'est la forme pyohémique de l'appendicite. Voici donc trois formes cliniques d'un diagnostic plus ou moins difficile. Voyons d'abord les cas succédant à une appendicite connue :

Le *début* des accidents hépatiques est souvent assez tardif : ils peuvent ne se montrer que trois semaines ou un mois après le début de la crise d'appendicite, telle est du moins l'évolution qu'on observe fréquemment dans les cas non opérés où l'affection a été livrée à elle-même. Mais il importe de faire remarquer, que, dans les cas opérés, les accidents apparaissent souvent peu de jours après l'intervention. Il semble que leur éclosion se trouve hâtée par le traumatisme opératoire et peut-être par l'intoxication chloroformique, toujours dangereuse chez des sujets dont le foie est lésé antérieurement (1).

Dans d'autres cas l'apparition des premiers symptômes est beaucoup plus précoce et l'on peut dire que l'appendicite et sa complication hépatique ont évolué parallèlement. Dans le cas de Goodfellow, peu de jours après la première douleur au point de Mac Burney, on avait remarqué du subictère et des douleurs dans la région de la vésicule; et quand on sentit nettement l'abcès de la fosse iliaque (un mois après le début) l'ictère était constitué, le foie était gros, il y avait de la douleur dans l'épaule droite et de la fièvre à grandes oscillations.

En somme on peut dire que la lésion hépatique se constitue lentement, à bas bruit, pendant que l'appendicite refroidit, aussi est-il difficile de préciser le début exact des accidents hépatiques. Le plus souvent les premiers symptômes sont la fièvre, la douleur, le subictère, ce dernier symptôme étant plus tardif et pouvant manquer.

Une fois constitué, le tableau clinique est celui des abcès métastatiques du foie d'origine portale; il diffère d'une part de celui des grands abcès tropicaux à évolution souvent très lente; d'autre part de celui des suppurations miliaires par voie artérielle dans lesquelles il s'agit de pyohémie généralisée et où les signes cliniques de l'atteinte du foie sont perdus au milieu des symptômes de l'infection généralisée. Dans l'hépatite appendiculaire le tableau est plus caractérisé : on observe de la fièvre, des frissons, de l'ictère; le foie est gros et douloureux.

La *fièvre* est généralement élevée (39, 40 degrés) avec des rémissions matinales de médiocre intensité. En général elle n'affecte pas le type septique, à grandes oscillations, tant que la pyléphlébite n'est pas suppurée : c'est du moins ce qui nous a semblé ressortir de l'étude des observations. Parfois même la fièvre n'atteint que 38°5, mais il n'y a pour ainsi dire jamais d'hypothermie comme dans la forme toxique, sauf à la période tout à fait terminale.

De même les *frissons* et les *sueurs* manquent le plus souvent : s'ils existent ils doivent faire penser à une pyléphlébite suppurée concomitante.

Il existe généralement une forte *leucocytose*, à prédominance de polynucléaires (Gerster). On peut dire qu'à ce moment la leucocytose due à l'appendicite qui parfois avait baissé après l'opération (1) ou la formation de l'abcès remonte en même temps qu'apparaît un nouveau foyer. Le fait est d'ailleurs sans grand intérêt clinique puisque, ici, la leucocytose est parallèle à l'élévation de la température.

La *douleur* précède généralement l'ictère; c'est une douleur sourde, lancinante, profonde, siégeant dans tout l'hypocondre droit et irradiant parfois dans l'épaule. Par moments elle présente des exacerbations et l'on a pu croire à des crises de colique hépatique. La respiration profonde augmente la douleur, et provoque parfois une petite toux sèche par irritation pleurale.

Le *foie est gros* et déborde les fausses côtes de 5, 10 centimètres et même plus : il est très douloureux à la pression, parfois plus douloureux en un point bien limité correspondant à un abcès. Il est absolument exceptionnel qu'on sente des bosselures et de la fluctuation, mais on peut constater une crépitation neigeuse due à la périhépatite.

Il faut toujours compléter l'examen du foie par l'*auscultation de la base droite* : si l'on entend des frottements ou des râles, il y a des chances pour que la suppuration hépatique soit avancée puisqu'elle s'est traduite par une irritation pleurale; on peut

(1) Voir Ballin. Ictère rave post-opératoire, *Annals of surgery*, 1903, p. 361.

(1) Vaquez et Laubry. L'hémodiagnostic en chirurgie, *Presse méd.*, juin 1902.

même observer des signes d'épanchement : il ne faut pas en conclure que l'abcès s'est ouvert dans la plèvre ; le plus souvent il s'agit d'une pleurésie de voisinage comme le montrera la ponction (liquide séro-fibrineux à polynucléaires).

Si nous n'avons pas au début parlé de l'*ictère* c'est que le plus souvent c'est un symptôme tardif : généralement tous les signes sont constitués quand il apparaît, bien qu'il ait parfois attiré l'attention de la complication hépatique. C'est le plus souvent un subictère conjonctival ; mais il peut être généralisé et même très intense. En général il n'y a pas décoloration des matières, mais l'urine contient toujours des pigments biliaires : la réaction de Gmelin est positive, et l'on trouve souvent aussi de l'urobiline et de l'indican. La fréquence de l'urobilinurie a particulièrement été notée par les auteurs américains qui lui attribuent une grande valeur.

L'absence d'ictère ne doit pas faire écarter le diagnostic d'abcès du foie.

On a noté parfois des épistaxis (de la narine droite) de la diarrhée et des vomissements. Ces derniers sont fort rares en dehors d'une péritonite concomitante, et nous savons que la péritonite manque généralement en pareil cas. La rate peut être grosse surtout s'il y a pyléphlébite adhésive.

C'est quand il y a pyléphlébite suppurée que la fièvre prend le type septique, que des frissons, des sueurs, de la diarrhée apparaissent.

Notons enfin que, malgré la si grande fréquence de la thrombose porte, l'*ascite* n'a généralement pas été signalée dans l'hépatite appendiculaire (1). Nous n'en avons trouvé qu'une observation, celle de Goodfellow : dans ce cas il y avait pyléphlébite ; encore l'épanchement péritonéal n'apparut-il qu'à la période tout à fait terminale de la maladie.

On a signalé, dans les thrombophlébites mésaraïques appendiculaires, des *complications intestinales* dépendant de la lésion portale : l'infarctus hémorragique et même la gangrène de la partie supérieure du jéjunum (Polya). Dans ces cas on peut observer une résistance douloureuse au niveau des fausses côtes gauches près de l'ombilic, avec matité dans cette région et s'accompagnant parfois de signes d'iléus intestinal. Cette complication est tout à fait exceptionnelle.

La fièvre, la tuméfaction douloureuse du foie, l'ictère constituent donc les signes les plus importants de l'hépatite suppurée : cette histoire clinique est donc fort simple, aussi est-il inutile d'y insister longuement. On peut d'ailleurs confirmer le diagnostic par la radioscopie et par la ponction.

La *radioscopie* a permis à Loison de faire son diagnostic et d'opérer un des rares cas d'abcès hépatique appendiculaire qui ait guéri. En ce cas, il est vrai, l'abcès était unique.

La *ponction*, rejetée par la plupart des chirurgiens, a été faite dans un certain nombre de cas sans danger pour le malade, semble-t-il. Souvent on ne tombe pas sur un abcès collecté et la ponction ne ramène pas de pus, mais dans le sang retiré par la seringue, on peut trouver en grande quantité des microbes (colibacilles dans le cas d'Achard) qui acquièrent, au cas où il n'y a pas de péritonite, une grande importance pour le diagnostic de l'infection hépatique.

Formes avec pyléphlébite suppurée. — Dans cette forme on observe les mêmes signes physiques du côté du foie : à vrai dire ils sont souvent moins accentués car la formation des abcès et la tuméfaction hépatique n'a pas le temps de se constituer étant donnée la rapidité plus grande de l'évolution : mais on observe ici des phénomènes généraux plus graves : la fièvre est élevée, à très grandes oscillations (de 36 à 41 degrés parfois) ; des frissons prolongés, durant parfois plus de dix minutes, se répètent tous les jours à la même heure. Les sueurs sont profuses et une diarrhée intense épuise le malade. Ce sont là les signes de la septicémie ou de la pyohémie, et en effet il s'agit d'une véritable « pyohémie portale » localisée à la circulation abdominale. Les signes physiques n'ont d'ailleurs rien de particulier et le diagnostic ne peut pas être affirmé d'une façon absolue. Il est même souvent difficile de voir si l'on a affaire à une « pyohémie portale » ou à une « pyohémie généralisée ».

Formes avec pyohémie. — Ici en effet les signes généraux sont exactement les mêmes ; un peu plus marqués peut-être, mais ni la fièvre, ni les frissons, ni la diarrhée n'ont de caractères différents. La teinte subictérique des conjonctives existe également, mais l'ictère vrai est des plus rares. Ce sont uniquement les localisations suppurées à distance ou les divers symptômes viscéraux qui pourront permettre le diagnostic. Les abcès du poumon et les pleurésies purulentes viennent naturellement en première ligne, mais on a noté aussi des abcès du rein (Waller), des parotidites (West), enfin des méningites et des endocardites végétantes comme cela se voit dans toute pyohémie (Mauclaire).

Dans cette forme il existe souvent des abcès articulaires ; parfois c'est une arthrite plus légère, d'allure rhumatismale, comme celle qu'on observe dans tous les rhumatismes infectieux.

On le voit, une fois que la barrière hépatique a été franchie, la pyohémie d'origine appendiculaire ne se distingue en rien des autres pyohémies. Le rôle clinique du foie s'efface de plus en plus : par contre rien ne manque au tableau de l'infection purulente, pas même la méningite ni l'endocardite ulcéreuse.

L'appendicite est méconnue. — Le fait est loin d'être rare, car la complication hépatique se voit souvent au cours d'appendicites subaiguës à symptômes atténués. Il en était ainsi dans plusieurs cas de Gerster, dans un cas de Goodfellow et dans un cas inédit qui nous a été communiqué par M. Lecène. Si les symptômes hépatiques sont bien nets, on pense à un abcès tropical ou à une cholécystite calculeuse (Goodfellow, Lecène). Si au contraire ce sont les symptômes généraux qui dominent on pense à une pyohémie, voire à une fièvre typhoïde. L'erreur a été commise plusieurs fois.

Marche. Durée. Terminaisons. — La terminaison

(1) Nous ne voulons pas parler ici de l'ascite initiale des appendicites graves signalée par Moszkowicz (cf. Lejars. *Semaine méd.*, 1904).

est presque toujours la mort, que l'on intervienne ou non. Il n'y a que peu d'exceptions à cette règle, qui concernent seulement des abcès uniques.

La durée de la maladie est très irrégulière et son évolution, relativement lente, peut durer des semaines; la mort survient alors dans un état de cachexie progressive avec épuisement général, amaigrissement, diarrhée, et parfois température normale ou voisine de la normale.

Ces abcès ont peu de tendance à s'ouvrir spontanément dans les bronches, étant donné leur multiplicité et leur petit volume. Nous ne connaissons pas d'exemple terminé par vomique.

Accidents toxiques. Insuffisance hépatique aigue. — C'est M. Dieulafoy qui, le premier, a magistralement décrit le syndrome de l'insuffisance hépatique aiguë dans l'appendicite, tel qu'il se rencontre le plus souvent, sans ictère, avec albuminurie, urobilinurie, chute graduelle de la température et terminaison dans le coma. Il a de plus attiré l'attention sur la fréquence des hématémèses dans ces accidents hépatiques de nature toxique. Cette description est devenue classique et les travaux ultérieurs n'y ont rien ajouté d'essentiel.

Mais à côté de cette forme clinique d'insuffisance hépatique (syndrome de Dieulafoy) il faut ajouter deux groupes de faits : dans les uns la symptomatologie est fruste et la maladie est latente; dans les autres au contraire le tableau clinique se complète par l'apparition d'un véritable ictère : c'est l'ictère grave appendiculaire (Ménétrier et Aubertin).

I. *Forme latente.* — Les accidents peuvent être absolument latents avant l'opération; et, après l'intervention, se précipiter tellement vite qu'on n'a guère le temps de faire une étude clinique complète. Chez une de nos malades, le facies n'indiquait aucune atteinte grave et le pouls était excellent. Seul le volume de l'abcès décida l'intervention. Après l'opération la malade s'affaiblit peu à peu et mourut, le soir même, sans avoir présenté d'ictère ni l'état comateux qu'on observe généralement en pareil cas, tellement l'évolution avait été rapide. Ces formes ne sont latentes que parce qu'on ne pratique pas systématiquement la recherche de l'albuminurie et de l'urobilinurie dans tous les cas d'appendicite qui refroidissent et qui s'accompagnent de gros abcès. Nous y reviendrons à propos du diagnostic.

II. *Insuffisance hépatique aiguë, sans ictère.* — C'est le syndrome de Dieulafoy, de beaucoup le plus fréquent dans le foie appendiculaire à forme toxique.

Les accidents éclatent d'ordinaire peu après l'opération, mais, *ils ont souvent débuté avant toute intervention* indiquant déjà une forme toxique de l'appendicite. Chez un malade de Dieulafoy, chez un de Beauvy et Chirié, la température élevée au début était tombée rapidement dans un cas, graduellement dans l'autre, à 37 degrés la veille ou le jour même de l'opération. Mais on sait combien l'apyrexie est trompeuse en matière d'insuffisance hépatique, comme d'ailleurs en matière de péritonite. Dans ces cas le visage est altéré, le teint terreux, les ailes du nez animées de battements, la respiration est rapide, superficielle; il peut y avoir du hoquet et même des vomissements. En face de ce tableau clinique on peut penser à une péritonite : mais le ventre a son aspect normal, il n'est pas météorisé, il n'y a pas de sonorité dans la région du foie, pas de défense musculaire sauf au niveau de la fosse iliaque droite, pas de matité.

Ces signes permettent déjà d'éliminer presque à coup sûr la péritonite : si l'on fait l'analyse des urines qui sont rares et chargées, on y trouve d'une façon constante de l'urobiline (parfois la réaction de Gmelin est positive), de l'albumine en grande quantité, des cylindres granuleux et des leucocytes.

On opère; on ne trouve pas (généralement) de péritonite, mais on tombe sur un abcès péri-appendiculaire le plus souvent fétide. Cet abcès peut d'ailleurs être très peu volumineux ou même manquer complètement. Souvent on trouve l'appendice gangréné, même s'il n'y a pas d'abcès.

On peut penser que les signes généraux vont s'amender après l'opération. Bien au contraire. Le soir le malade va moins bien, son teint est terreux et la nuit est agitée; la quantité d'urine baisse; l'on est obligé parfois de faire le cathétérisme : l'urobiline et le pigment rouge brun augmentent dans l'urine, ainsi que l'albumine, et de l'indican peut y être trouvé. La température, le soir, a monté à peine de quelques dixièmes. Le visage reste terreux, la respiration haletante sans signes stéthoscopiques notables; les vomissements bilieux se produisent; l'examen de l'abdomen montre que le *foie est gros e douloureux*; la rate n'est pas augmentée de volume; il n'y a pas de subictère, à peine une très légère teinte jaunâtre des conjonctives. La prostration est intense et rappelle l'état typhoïde.

L'état général s'altère rapidement, le pouls devient de plus en plus rapide et de plus en plus faible: parfois il se produit du délire, et deux jours ou trois jours après l'intervention le malade succombe, soit dans le collapsus, avec refroidissement des extrémités et sueurs profuses, soit dans un véritable coma hépatique, précédé parfois de convulsions et s'accompagnant de respiration de Cheyne-Stokes. Dans l'un comme dans l'autre cas, la température est tombée à 36 degrés et même au-dessous (1).

Le diagnostic de péritonite est souvent porté, malgré les constatations faites au moment de l'intervention. Mais, dans les cas les plus typiques, l'autopsie vient montrer qu'il n'y a pas de péritonite et que le foie et les reins sont seuls altérés.

Cette absence de péritonite est un fait capital pour l'interprétation des symptômes dans les cas de mort rapide après l'intervention. Parfois cependant, la péritonite existe, mais cependant on peut, avec quelque raison, attribuer la mort autant aux lésions viscérales qu'à l'infection péritonéale, à cause de la rapidité de la terminaison fatale. Tel le cas de Dieu-

(1) Ce syndrome est à rapprocher de celui qui a été signalé par M. Roger dans la « forme hépatique » de la fièvre typhoïde, et qui a été retrouvé par M. Laignel-Lavastine dans diverses maladies infectieuses, avec lésions dégénératives aiguës du foie.

lafoy (1) dans lequel il y avait péritonite généralisée légère : aussi, dans ce cas, le malade est-il mort dans le collapsus et non dans un coma nettement hépatique. Nous croyons néanmoins que c'est avec raison que M. Dieulafoy attribue dans ce cas la mort aux lésions viscérales : nous avons montré en effet plus haut que les appendicites avec péritonite ne s'accompagnaient pas en général des lésions dégénératives qui existaient dans ce cas. Dans le troisième cas de Beauvy et Chirié, il y avait seulement péritonite localisée : le tableau clinique a pourtant été nettement hépatique, puisqu'il y a eu un léger ictère. Mais, dans les deux autres observations de ces auteurs et dans deux des nôtres, il n'y avait aucune trace de péritonite, et le syndrome terminal hypothermique doit être uniquement attribué à la lésion hépatique (2).

La mort survient donc en général le lendemain ou le surlendemain de l'opération, dans le coma ou le collapsus, et presque toujours en hypothermie. Dans un de nos cas cependant la température a continué de monter après l'intervention : il s'agissait d'un foie toxi-infectieux, avec lésions à la fois inflammatoires et dégénératives (foie gras avec nodules infectieux).

A ce tableau clinique fort simple il faut joindre un symptôme très important, les *hématémèses*, dont M Dieulafoy a montré l'importance au cours des accidents toxiques de l'appendicite, et qui sont infiniment plus fréquentes dans ces formes toxiques que dans les formes suppuratives. On a signalé dans quelques cas une diarrhée qui est peut-être en rapport avec l'entérite éliminatrice des toxines appendiculaires (Rénon).

III. *Ictère grave.* — Dans ces cas le tableau clinique se complète par l'apparition rapide d'un ictère vrai, orthopigmentaire, et très intense, d'hémorragies et de convulsions qui constituent au complet le tableau de l'ictère grave.

Dans notre cas il n'y avait, avant l'opération, aucun symptôme d'intoxication ni de péritonite : le ventre était souple, le faciès bon, le pouls bien frappé; la température oscillait de 38 à 39 degrés; mais on avait remarqué un subictère léger des conjonctives sans ictère cutané véritable.

Le soir de l'opération, les conjonctives sont nettement jaunes, l'urine donne la réaction de Gmelin, la température monte à 39 degrés. Le lendemain l'ictère est très intense sur tout le corps, les urines sont peu abondantes, toujours chargées de pigment et de plus contiennent de l'urobiline et de l'albumine. Pas de ballonnement du ventre, aucune réaction péritonéale. Pour la première fois le malade présente quelques vomissements bilieux; la nuit, il délire; le lendemain il est plus abattu avec des moments d'agitation extrême ; l'ictère est très foncé; le malade est conscient de son état et dit qu'il va mourir; la température est tombée à 36°8; le pouls qui était à 110 le jour de l'opération est petit, mou et bat à 150. Toujours aucune réaction péritonéale; le malade tombe dans le coma le soir et meurt le lendemain à cinq heures du matin.

Dans le cas de Mintz, l'ictère se déclara le lendemain de l'opération; en même temps, le malade eut d'abondantes hématémèses et quelques convulsions. Comme chez notre malade, il y eut, au début tout au moins, de la fièvre; comme chez notre malade aussi, il s'agissait d'une forme toxi-infectieuse, puisqu'on trouva dans le foie (qui présentait les lésions classiques de l'atrophie jaune aiguë) du colibacille.

Dans le cas de Ballin, qui concerne un jeune homme de vingt ans, non alcoolique, l'ictère débute le lendemain de l'opération, accompagné de vomissements bilieux et de délire. Le jour suivant, la température monte, le délire est plus bruyant, on a peine à maintenir le malade dans son lit, et le délire est interrompu par des périodes demi-comateuses. L'ictère augmente encore et le lendemain devient très foncé; toutefois, les matières restent colorées. Le malade a une hématémèse très abondante, à la suite de laquelle on lui fait un lavage d'estomac; le lendemain, bien qu'il reste dans le coma, il va un peu mieux et urine un peu plus : albuminurie abondante et cylindres. Le cinquième jour, le malade sort un peu de sa torpeur; il a encore quelques hémorragies cutanées, mais l'ictère diminue : le foie, qui était gros les jours précédents, revient à ses dimensions normales. Quelques jours après, le malade quittait l'hôpital, guéri, mais conservant un léger ictère et un foie un peu douloureux.

Voici donc trois cas d'ictère grave appendiculaire qui se sont accompagnés d'élévation thermique et qui étaient bien, comme l'autopsie l'a montré dans deux d'entre eux, d'origine infectieuse. Ceci prouve encore combien est schématique la distinction entre le foie toxique et le foie infectieux dans l'appendicite : un grand nombre de ces cas sont en réalité toxi-infectieux. Ces faits plaident en faveur de l'opinion que soutient M. Menetrier, et d'après laquelle le syndrome « ictère grave » serait toujours en rapport avec une insuffisance hépatique aiguë d'*origine infectieuse.*

L'association des hématémèses avec l'ictère est ici particulièrement fréquente et donne à cette forme d'insuffisance hépatique appendiculaire un aspect clinique tout spécial (vomito negro appendiculaire de Dieulafoy). Elles existaient dans le cas Ballin qui a guéri; elles existaient de même dans celui de Bernard également suivi de guérison, et où pourtant l'ictère avait été accompagné de diarrhée profuse, de délire et d'anurie. Dans deux cas inédits qui nous ont été communiqués par M. Beaussenat, et qui concernent des enfants, l'ictère et la grande hématémèse ont été également les signes capitaux du syndrome toxique qui a emporté les petits malades deux jours après l'opération.

Forme bénigne. — Nous avons vu que le syndrome de l'ictère grave caractérisé pouvait, dans quelques cas exceptionnels, se terminer par la guérison. La guérison peut se voir à plus forte raison dans des cas où la symptomatologie hépatique a été moins intense, quoique suffisamment nette. Les plus intéressants de ces cas — au point de vue pratique — sont ceux

(1) Dieulafoy. *Presse méd.*, 9 juill. 1902.

(2) M. Roger a bien montré l'importance de l'insuffisance hépatique dans la production de l'hypothermie.

dans lesquels il existait, avant l'opération, des accidents hépatiques qui disparurent après l'intervention. Tel ce cas de Dieulafoy qui s'accompagnait d'ictère, d'albuminurie et d'urobilinurie; la guérison survint après ouverture de l'abcès et résection de l'appendice; tels ces deux cas de Routier, ce cas d'Hartmann rapportés par le même auteur. L'opération semble donc ici, en supprimant la cause de la lésion hépatique, faire disparaître ses symptômes, et ce fait a une grande importance, car il tend à montrer que, dans ces cas à symptomatologie hépatique, il faut non pas s'abstenir, mais opérer. Pourtant de tels cas peuvent fort bien guérir sans opération : ainsi M. Barth rapporte une observation où, le sixième jour, on observa une tuméfaction très nette du foie qui devint dur et douloureux, sans ictère ni albuminurie, mais avec urobilinurie et sédiments uratiques. La guérison survint après une purgation.

V

Pronostic. — Tous ces faits prouvent que les complications hépatiques de l'appendicite peuvent guérir, même quand elles revêtent l'allure de l'ictère grave. Elles peuvent guérir spontanément; elles peuvent guérir aussi à la suite d'une intervention, et nous voyons ici ce fait curieux : si les lésions viscérales sont avancées, l'opération fait éclater les accidents et précipite la mort; si, au contraire, elles sont d'intensité moyenne, le shock opératoire est supporté, et l'abcès appendiculaire étant drainé, les altérations hépatiques peuvent rétrocéder et le malade guérir.

Le difficile, c'est que les cas où les lésions sont très intenses s'accompagnent parfois de symptômes moins bruyants, ou plutôt moins nettement hépatiques que les autres (comparer notre première observation de forme latente avec les cas de Dieulafoy, de Routier et d'Hartmann qui s'accompagnaient d'ictère). Aussi croyons-nous qu'en pareil cas il est préférable d'intervenir : si les lésions sont intenses, la mort sera hâtée, mais elle peut être considérée comme inévitable; au contraire, si le malade est capable de surmonter le traumatisme opératoire, il se peut que les symptômes hépatiques disparaissent.

Il n'en est pas moins vrai que dans la plupart des cas d'insuffisance hépatique d'origine appendiculaire, le pronostic est fatal.

Il en est de même dans la forme suppurée : on cite peu d'exemples de guérison après intervention d'abcès du foie; le cas de Loison est contesté par certains auteurs, et la plupart des chirurgiens, en face de pareils accidents, préfèrent s'abstenir.

Dans les cas où les malades ont survécu, la guérison est-elle complète et absolue? M. Achard a émis l'hypothèse que peut être, dans certains cas, une infection hépatique plus légère que celles que nous constatons d'ordinaire, se traduisant par une simple pyléphlébite capillaire, pourrait évoluer sourdement et aboutir à la lente constitution d'une cirrhose. Cette hypothèse ne s'appuie que sur un cas publié par M. Letulle, en 1879, de coexistence d'une appendicite perforante avec une cirrhose annulaire, cas d'une interprétation douteuse, à moins d'admettre qu'en six semaines il puisse se constituer une cirrhose hépatique assez intense pour revêtir le caractère annulaire.

La question des cirrhoses d'origine appendiculaire ne nous semble pas devoir être tranchée d'ici longtemps. Non qu'il faille en nier la possibilité; rien ne s'oppose à ce qu'un processus infectieux léger n'aboutisse à la cirrhose ici comme ailleurs: mais la preuve de l'origine appendiculaire d'une cirrhose nous semble fort difficile à faire : il ne suffit pas de constater une cirrhose chez un sujet non alcoolique ayant eu plusieurs crises d'appendicite, même compliquées d'accidents hépatiques aigus. Il faudrait aussi éliminer toutes les causes de cirrhose que nous ignorons, et elles sont nombreuses. Ainsi nous avons plusieurs fois observé chez des enfants non alcooliques morts d'affections aiguës, des cirrhoses veineuses très avancées dont il était absolument impossible de trouver la cause probable ou même éventuelle.

VI

Diagnostic et traitement.—Le diagnostic de l'hépatite suppurée est relativement facile quand l'appendicite est connue : il ne présente de difficultés que dans les cas assez nombreux où l'appendicite est latente ou du moins cachée par les symptômes plus bruyants de l'infection hépatique. Aussi fait-on parfois dans ces cas le diagnostic de cholécystite, d'infection calculeuse mal précisée ou d'abcès dysentérique. Nous n'insisterons pas sur ces points et signalerons plus spécialement la difficulté du diagnostic dans les cas où l'hépatite s'accompagne de pyléphlébite suppurée et de pyohémie : il est arrivé plusieurs fois qu'on ait cru avoir affaire à une septicémie médicale ou à une fièvre typhoïde; nous en avons rapporté plus haut des exemples.

En cas d'accidents toxiques, le diagnostic est souvent beaucoup plus difficile : c'est surtout avec la péritonite qu'il doit être fait, et nous avons également insisté sur ce point en décrivant le syndrome toxique appendiculaire. Ce diagnostic est parfois presque impossible quand il y a coexistence de péritonite et d'accidents viscéraux toxiques (cas de Dieulafoy, de Renon); la distinction repose alors sur des nuances de séméiologie qui pourront facilement manquer de netteté. L'hypothermie si importante pour le diagnostic se voit aussi dans la péritonite, ainsi que l'albuminurie. Rappelons l'importance toute spéciale de l'urobilinurie, du subictère et du coma bien spécial à la terminaison des insuffisances hépatiques. L'hématémèse devra toujours faire penser à une atteinte du foie. Nous ne parlons pas des cas où l'ictère est caractérisé et dans lesquels le diagnostic s'impose.

Mais le plus difficile, le plus important peut-être aussi, est de deviner, avant l'opération, l'atteinte possible du foie, et de prévoir les accidents graves qui pourront éclater à brève échéance. La latence des signes hépatiques est souvent absolue; néanmoins parfois une albuminurie abondante avec urobilinurie, une atteinte assez forte de l'état général,

un facies grippé déjà sans aucun signe de péritonite et surtout une chute un peu trop rapide de la température, accompagnée d'accélération et de mollesse du pouls, feront porter un pronostic des plus réservés malgré l'absence d'infection péritonéale et la limitation de la collection péri-appendiculaire. Ces symptômes doivent faire redouter des accidents aigus post-opératoires.

Est-ce à dire qu'on doive déconseiller l'opération quand on les constate? Nous ne le croyons pas puisqu'il existe des cas où la guérison est survenue après l'incision et le drainage de l'abcès. Ces cas sont rares à côté de tous ceux où les accidents mortels ont suivi de peu l'intervention et semblent avoir été hâtés par celle-ci. Mais ils existent néanmoins, et, en face d'une appendicite avec atteinte hépatique qui ne peut qu'augmenter, la suppression de la collection purulente où baignent les radicules de la veine porte est évidemment la conduite la plus rationnelle. En opérant aussitôt que le diagnostic de lésion hépatique est porté, on n'a rien à perdre et tout à gagner.

Nous avons parlé seulement des cas d'appendicite où des signes cliniques d'une atteinte probable du foie pouvaient être décelés. Mais, étant donnée l'absence si fréquente de ces signes dans des cas où les lésions sont déjà très avancées, il se pose une autre question, celle de l'intervention précoce, systématique, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas de complications. Il faut avouer que l'existence des complications hépatiques de l'appendicite est un argument important pour les partisans de l'opération à chaud. Et pourtant, malgré les éloquentes leçons de M. Dieulafoy, basées en grande partie sur les exemples d'accidents hépatiques post-appendiculaires, la plupart des chirurgiens se sont prononcés aujourd'hui pour l'opération à froid, sinon en théorie, du moins en pratique Nous n'avons point à reprendre ici cette importante question; nous pensons cependant que la connaissance des faits que nous avons analysés, et qui ne sont point d'une absolue rareté, doit entrer en ligne de compte pour dicter la conduite de l'opérateur.

Beaucoup de chirurgiens ont maintenant pris l'habitude de rechercher si le foie est gros et douloureux au cours des appendicites avec abcès. C'est là une pratique excellente et qui peut donner des indications : mais bien souvent le foie n'est pas hypertrophié et les accidents n'en éclatent pas moins après l'opération.

Nous n'insisterons pas sur la thérapeutique des accidents hépatiques une fois qu'ils se sont déclarés. Dans les formes toxiques cette thérapeutique est purement symptomatique et généralement illusoire : cependant dans un cas de Ballin la digitale, les saignées et les injections de sérum artificiel ont sauvé le malade, qui présentait au complet la symptomatologie de l'ictère grave. Quant aux formes suppurées, il en existe quelques cas qui ont été opérés et guéris (Koerte, Loison). Il s'agissait d'abcès uniques et nous avons vu combien cette forme est exceptionnelle. Aussi la plupart des auteurs sont-ils d'accord pour s'abstenir.

BIBLIOGRAPHIE (1)

Achard. Infection du foie compliquant l'appendicite, Soc. méd. des hôpit., 16 nov. 1894. — Abbadie. *Abcès du foie consécutifs à l'appendicite,* Th. de Bordeaux, 1902-1903.

Ballin. Atrophie jaune aiguë du foie compliquant l'appendicite, *Ann. of Surg.,* 1903, p. 361. — Brewer. Abcès du foie et cholécystite gangreneuse dans l'appendicite, *Ann. of Surg.,* 1901, p. 761. — Bennett. Signes décevants d'amélioration consécutifs à une intoxication septique dans l'appendicite aiguë, *The Lancet,* 2 janv. 1902. — Barth. Leucocytose énorme dans un cas d'appendicite à évolution bénigne, Soc. méd. des hôpit., 29 oct. 1903. — Bera. *Complications post-opératoires de l'appendicite,* Th. de Paris, 1899-1900. — Bryant. Pyléphlébite appendiculaire, *Guy's Hosp. Rep.,* 1900, p. 88. — Bernard. *Journ. de méd. de Paris,* 1902, p. 466. — Beauvy et Chirié. Soc. anat., 3 fév. 1905, et *Arch. de méd. expérim.,* mars 1905. — Bureau. Abcès du foie dans l'appendicite, *Gaz. méd. de Nantes,* 2 janv. 1904. — Berthelin. *Complications hépatiques de l'appendicite,* Th. de Paris, 1895.

Charlot. *Hématémèses dans l'appendicite,* Th. de Paris, 1899-1900. — Christian et Lehr. Abcès sous-phrénique compliquant l'appendicite, *Med. News,* 24 janv. 1903.

Dieulafoy. *Bull. de l'Acad. de méd.,* 1898, p. 360; — *Presse méd.,* 9 juillet 1902, p. 651; — *Manuel de pathologie interne,* t. III et IV; — *Presse méd.,* 17 juin 1903. — Deaver. Facteurs de mortalité dans l'appendicite, *Journ. of the Amer. med. Assoc.,* 24 sept. 1904. — Dale. Abcès du foie consécutif à une appendicite latente, *Cincinnati Lancet clin.,* 11 mai 1901.

Eliot. Appendicite gangreneuse compliquée de gros foie, *New York surg. Soc.,* 26 mars 1902.

Fowler. La toxicité de l'appendicite, *Med. Record,* 25 avril 1903. — Frerichs. Trois cas d'abcès du foie dans l'appendicite, in *Traité des maladies du foie.*

Grivet. Appendicite gangreneuse, hématémèses, pyléphlébite, *Arch. de méd. et de pharm. milit.,* mai 1904. — Graham. Appendicite suivie de pyléphlébite suppurée, *Ann. of Surg.,* 1903, p. 471. — Gerster. Thrombose septique des racines de la veine porte dans l'appendicite, *Med. Record,* 27 juin 1903. — Goodfellow. Pyléphlébite appendiculaire et urobilinurie, *Med. Chronicle,* août 1903, p. 288.

Herczel. *Epitiphlitis es annak sebeszi Kergelese.* Budapest, 1900. — Hornibrook. Intoxication dans l'appendicite, *Canada Lancet,* sept. 1903.

Iselin. Soc. anat., 1897.

Kartulis. Abcès du foie et appendicite, *Zeits. f. Hygiene,* t. III, 1904. — Konig. Appendicite et abcès hépatiques, Soc. de méd. de Hambourg, 3 mai 1904.

Lœwy. *Foie appendiculaire.* — Lapeyre. *Revue de chir.,* 1901, p. 655. — Loison. Soc. de chir., 1900. — Lorrain. Foie appendiculaire. Type d'infection, type d'intoxication, Soc. anat., 12 déc. 1902. — Lhota. Appendicite et ictère, *Arch. bohêmes de méd. clin.,* 1903, p. 282.

Menetrier et Aubertin. La stéatose hépatique aiguë dans l'appendicite et l'ictère grave appendiculaire, Soc. méd. des hôpit., oct. 1903, et *Tribune méd.,* 1903, p. 330; — Foie gras appendiculaire chez un enfant, Soc. anat., 27 janv. 1905; — Foie toxique appendiculaire, Soc. anat., 10 fév. 1905. — Mintz. Atrophie jaune aiguë du foie suivant l'appendicite, *Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie,* vol. VI, p. 645. — Munroe. Infection lymphatique et portale suivant l'appendicite, *Boston med. Journ.,* 23 janv. 1902. — Moizard et Segond. Soc. méd. des hôpit., 25 nov. 1904. — Moldawsky. *Wratch,* 1901, p. 610. — Michaux. *Bull. de la Soc. de chir.,* 1900, p. 69.

(1) On trouvera dans la thèse de Berthelin (1895) la bibliographie antérieure à 1894, qui concerne seulement les abcès du foie.

ODDO et SILHOL. Complications urinaires de l'appendicite, Comité méd.-chir. des Bouches-du-Rhône, 1904.

POLYA. Thrombo-phlébite mésaraïque dans l'appendicite, *Deuts. med. Wochens.*, 16 et 23 fév. 2 mars 1905. — PILLIET et GOSSET. Soc. anat., 1895. — PIARD. *Suppurations à distance dans l'appendicite*, Th. de Paris, 1895-1896. — PELLEGRINI. Phlébites suppurées compliquant l'appendicite, *Riforma med.*, 17 avril 1904.

QUÉNU. Soc. de chir., 21 janv. 1903.

RABÉ et FILHOULAUD. Foie appendiculaire; abcès miliaires à staphylocoques, Soc. anat., oct. 1903. — RENON. *Bull méd.*, 1898, p. 541. — RICARD. Soc. de chir., 1900, p. 68.

STOOKE et WATT. *Brit. med. Journ.*, 9 fév. 1901. — SMYTHE. Abcès du foie et appendicite, *Memphis med. Monthly*, sept. 1903.

TUFFIER. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1900, p. 69.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 25 OCTOBRE 1905)

Cancer de l'intestin. — Étant donné un cancer du gros intestin inopérable, que vaut-il mieux pour le malade de l'anus iliaque ou de l'entéro-anastomose? Telle est la question qui va être discutée à la Société de chirurgie à propos d'un rapport que vient de faire M. DEMOULIN sur un travail de M. Savariaud.

Ce travail est basé sur d'intéressantes observations dont nous reparlerons. Nous voulons seulement aujourd'hui en retenir la conclusion qui est que l'entéro-anastomose, d'après les faits observés, procurerait une survie plus longue que l'anus iliaque.

La question vaut d'être discutée. Plusieurs orateurs se sont déjà fait inscrire.

Prostatectomie. — A l'occasion du malade présenté dans la dernière séance par M. Legueu, M. TUFFIER fait observer que ce n'est pas là un fait exceptionnel. Il a lui-même opéré un homme de soixante-quinze ans qui, après l'opération, a recouvré une miction complète et parfaite. Dans le mémoire de Fraïer sur la prostatectomie, se trouvent des observations d'hommes âgés de plus de quatre-vingts ans, chez lesquels la contractilité de la vessie a reparu après des années de rétention. Ce sont là des faits intéressants à signaler.

De la valeur de la ponction lombaire dans les fractures de la base du crâne. — Tel est le titre d'une communication de M. QUÉNU. Il rappelle les travaux antérieurs sur ce sujet : le mémoire de M. Tuffier, les observations de MM. Ricard, Legueu, etc., dans lesquels a été signalée l'importance de la ponction lombaire comme moyen de diagnostic.

M. Quénu rapporte l'observation suivante : un homme tombe à la renverse, sur la nuque; il perd connaissance; revenu à lui, il est transporté à l'hôpital, il se plaint surtout de céphalée, puis il retombe dans un coma complet. Il a eu d'abondantes épistaxis. Devant ces symptômes, M. Quénu diagnostique une fracture de la base du crâne. On fait une ponction lombaire; on retire du sang presque pur; une demi-heure après, le blessé sort de son coma et présente une amélioration considérable. Trois heures après, il retombe dans le coma; le lendemain matin, nouvelle ponction, de nouveau retour de la connaissance; on fait ainsi successivement huit ponctions, avec, après chaque ponction, toujours la même amélioration; le liquide, rouge à la première ponction, devient de plus en plus clair et est tout à fait clair à la huitième ponction. Mais après chaque ponction, les périodes de lucidité augmentent de durée. Le coma ne disparaît définitivement que le dixième jour, après la huitième ponction; l'intelligence s'éclaircit de plus en plus et le malade sort de l'hôpital, complètement guéri, un mois après l'accident.

M. Quénu fait observer avec raison que, dans ces cas, l'action bienfaisante de la ponction lombaire ne paraît pas douteuse. L'amélioration qui s'est constamment produite après chaque ponction ne peut laisser aucun doute sur cette action Ce n'est donc pas seulement au point de vue du diagnostic, mais aussi au point de vue du traitement qu'il faut songer à la ponction lombaire dans les cas de fracture de la base du crâne.

Quel est le mécanisme de l'action de la ponction lombaire dans ces cas? M. Tuffier et d'autres auteurs ont incriminé l'hypertension intracranienne dans les fractures de la base du crâne. On s'expliquerait alors aisément l'action favorable de la ponction sur cette hypertension. Mais une opinion plus récente ferait jouer un rôle important à la résorption sanguine dans ces cas. La ponction agirait alors comme moyen d'élimination des substances toxiques. Cette nouvelle théorie sera l'objet d'un travail spécial de la part d'un des collaborateurs de M. Quénu.

M. TUFFIER estime que l'observation de M. Quénu est absolument démonstrative au point de vue de l'action de la ponction lombaire sur les accidents résultant de la fracture de la base du crâne. Toutefois cette action n'est pas constante et M. Tuffier cite des cas où elle a été nulle. Il a fait cette remarque que lorsque la ponction donne un liquide très rouge, on constate en même temps l'existence du pouls cérébral. Grâce à la ponction lombaire, on a pu acquérir cette conviction que les méningites suppurées traumatiques pouvaient guérir spontanément sans laisser aucune trace, la ponction ayant, dans ces cas, donné issue à du pus. Dans bien des cas enfin, la ponction lombaire a permis de faire un diagnostic précis.

Tuberculose du rein. — M. BAZY communique l'observation d'une jeune fille de seize ans qui, à la suite d'une rougeole, se levait souvent la nuit pour uriner et rendait des urines troubles. Elle arriva même à uriner la nuit dans son lit. Sur ces seuls signes, M. Laurent (de Versailles) diagnostiqua une tuberculose rénale. Les urines furent inoculées à un cobaye qui fut atteint de tuberculose. M. Laurent prescrivit le repos, une alimentation substantielle; il se fit une amélioration notable, la malade n'urinait plus la nuit. Ce fait vient à l'appui de cette opinion soutenue depuis longtemps par M. Bazy, que la pollakiurie nocturne est un signe de premier ordre de tuberculose rénale.

M. LEGRAND (d'Alexandrie) présente deux observations, l'une d'**énucléation abdominale d'un fibrome sur un utérus gravide de trois mois avec continuation de la grossesse, accouchement à terme d'un enfant vivant et bien portant,** l'autre d'un **anévrisme du creux poplité.**

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Une institution nécessaire : Le casier sanitaire des maisons, par Paul JUILLERAT, chef du Bureau de l'assainissement de l'habitation et du casier sanitaire des maisons de Paris. Préface par M. le docteur Roux, directeur de l'Institut Pasteur. In-18 jésus. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J. Rousset.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

LE SAMEDI 25 NOVEMBRE 1905

à 2 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, nº 3, à l'adjudication, en 2 lots et sur soumissions cachetées, de la fourniture des *bandages, pessaires, bas élastiques, etc.*, nécessaires au service de cette Administration pendant les années 1906, 1907, et 1908.

L'importance du marché est évaluée avant rabais à 35 000 francs pour chaque lot, par année.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation de ladite Administration, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

N° 124. — MARDI 31 OCTOBRE 1905. 78e ANNÉE. MARDI 31 OCTOBRE 1905. — N° 124.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de la Toussaint, le journal ne paraîtra pas jeudi.

SOMMAIRE

LE CONGRÈS INTERNATIONAL DES GOUTTES DE LAIT, par M. G. Variot.
TRAVAUX ORIGINAUX
Contribution à l'histoire de l'angine de Vincent, par M. Lemaire.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Société médicale des hôpitaux.
Société de biologie.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
La responsabilité médicale en cas de décès par le chloroforme.
FORMULAIRE
Potion expectorante.
LIVRES NOUVEAUX
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)
Paraplégies.
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Le concours d'internat en pharmacie s'est terminé par la nomination de MM. Arrondau et Brindel.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lille. — Après concours, M. le docteur Maurice Leroy est nommé chef de clinique chirurgicale.

— Lyon. — A la suite des concours qui viennent de se terminer, ont été nommés :

Chefs de clinique médicale, les docteurs A. Perot et J. Brisson; les docteurs E. Pallasse et L. Revol ont été nommés chef de clinique adjoint et moniteur de clinique près des mêmes chaires;

Chef de clinique des maladies infantiles, le docteur Dauvergne;

Chef de clinique optalmologique, le docteur E. Moreau.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la quarante-deuxième semaine, 828 décès, au lieu de 812 pendant la semaine précédente (moyenne 804). L'état sanitaire est donc à peu près normal.

La fièvre typhoïde a causé 3 décès (moyenne 8). Le nombre des cas nouveaux est de 41, au lieu de la moyenne 35.

La variole a causé 3 décès, au lieu de 1 pendant la semaine précédente (moyenne 1). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 7, au lieu de 6 pendant la semaine précédente (moyenne 13).

La rougeole a causé 1 décès, au lieu de 7 pendant la semaine précédente, la moyenne est de 2; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 51 au lieu de 32 et 26 précédemment. La scarlatine aucun décès (moyenne 1); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 32, il s'élevait à 29 pendant la semaine précédente, la moyenne est 50. La coqueluche a causé 3 décès (moyenne 4); la diphtérie, aucun décès (moyenne 7); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 44, chiffre identique à celui de la semaine précédente, au lieu de de la moyenne 38.

La diarrhée infantile, en grande diminution, a causé 21 décès de 0 à 1 an, au lieu de 15 pendant la semaine précédente (moyenne 39).

En outre, 17 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 103 décès, au lieu de 115 pendant la semaine précédente (moyenne 100). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 5 décès (moyenne 6); bronchite chronique, 29 (moyenne 17); pneumonie, 26 (moyenne 23); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 43 (moyenne 54), dont 19 sont dus à la congestion pulmonaire et 16 à la broncho-pneumonie.

En outre, 1 décès a été attribué à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 207 décès; la méningite tuberculeuse, 21; la méningite simple, 18; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 12 décès.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale expérimentale et clinique. — (N° 175, 10 oct. 1905.) BORDIER et GALIMARD : Emploi des pastilles au platino-cyanure de baryum pour les dosages radiothérapiques. — HARET : Indications de la radiothérapie. — GUILLOZ : De la radioscopie et de la radiographie dans la recherche des corps étrangers du tube digestif. — F. MORIN : Interrupteurs pour courants de basse fréquence, haute fréquence et rayons X.

Archives générales de médecine. — (N° 42, 17 oct. 1905.) LAFFORGUE : Les fièvres typhoïdes atypiques et l'hygiène prophylactique en Tunisie. — René LERICHE : Kyste de l'arrière-cavité des épiploons simulant un kyste du pancréas. — DOYEN : Les procédés de lenteur et les procédés de vitesse en technique opératoire. — P. SALMON : Contribution du laboratoire au diagnostic clinique du chancre syphilitique.

Archives internationales de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 5, sept.-oct. 1905.) Gh. FERRERI : Sur une anomalie du sinus latéral. — R. HOFFMANN : Un cas de carcinome primitif circonscrit de la trachée. — C. COMPAIRED : Contribution à l'étude clinique des tumeurs malignes du naso-pharynx. — Chevalier JACKSON : Le larynx dans la fièvre typhoïde. — Eugen POLLAK : Muguet idiopathique chez des adultes en bonne santé. — MASSIER : Epilepsie jacksonienne à crises subintrantes coïncidant avec un arrêt brusque de suppuration articulaire chronique. — J. W. GLEITSMANN : Le sinus sphénoïdal. — DELIE : Rhinite purulente et appendicite ; adénoïdite folliculaire et appendicite. — TAPTAS : Un nouveau cas de mastoïdite latente. — S. H. HABERSHON : La tuberculose laryngée et son traitement. — HANSBERG : La laryngotomie dans la tuberculose du larynx. — PASSMORE BERENS : Résultats des opérations pratiquées pour les affections associées des sinus maxillaires, ethmoïdal et sphénoïdal. — A. BONAIN : Polype naso-pharyngien ; opération par voie buccale et par voie externe. — G. B. HOPE : L'amygdalotomie, base du traitement des affections tonsillaires. — C.-J. KŒNIG : Guérison d'un cas de rhinite vaso-motrice après que tous les autres traitements avaient échoué par l'administration de faibles doses d'iodure de potassium. — E. BAUMGARTEN : Sur quelques expériences dans le domaine de la thérapeutique (*suite*). — M. MIGNON : Influence climatérique du littoral méditerranéen français sur les affections du pharynx et du larynx. — P. BONNIER : L'orientation et l'accommodation auditives. — MERMOD : Une nouvelle pince rétro-nasale. — C.-J. KŒNIG : De l'emploi des « salivoids » comme pansement dans la chirurgie endonasale. — A. ZÜND-BURGUET : Recherches expérimentales sur le timbre des voyelles nasales (*suite*). — GEORGES : Perborate de soude, isoforme et tothion. — E. DROUOT : Education familiale du jeune sourd-muet (*suite*). — C. CHAUVEAU : Le traité des angines de Lasègue (*suite*). — H. LAVRAND : Parotidite suppurée chronique ; échauffement ; opération ; guérison. — COLLET et TROULLIEUR : Perforations congénitales des piliers postérieurs du voile du palais. — C. CHAUVEAU : Détermination syphilitique sur le sinus frontal.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 40, 7 oct. 1905.) ROSENBERGER : Sur les modifications de la composition de l'urine chez les leucémiques pendant et après le traitement par les rayons Röntgen.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 40, 5 oct. 1905.) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : Étiologie et traitement de l'appendicite. — KNAUER : Pronostic et traitement des myomes utérins. — CZERMAK : Sur la résection ostéoplastique de la paroi externe de l'orbite. — MONTI : Diététique de l'enfance. — FRIEDBERGER et LUERSSEN : Sur le diagnostic bactériologique du choléra. — BÖHME : Sur la technique du diagnostic bactériologique du choléra. — JULIUSBERG : Sur le virus du molluscum contagiosum de l'homme. — KLEIN : Progrès thérapeutiques dans le domaine de la gynécologie. — BARTROLDY : Recherches cliniques sur la formicine. — HESSE : Bains d'yeux avec des solutions de sel d'Ems artificiel. — KOSSEL et WEBER : Recherches comparatives sur les bacilles tuberculeux de différentes provenances. Nouvelles recherches sur les rapports entre la tuberculose humaine et animale.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 40, 5 oct. 1905.) R. VERHOOGEN : Le rhumatisme tuberculeux n'existe pas. — (N° 41, 12 oct.) DEPAGE et PINCHART : La tuberculose iléo-cæcale. — René VERHOOGEN : Le rhumatisme tuberculeux n'existe pas (*suite*).

Lyon médical. — (N° 41, 8 oct. 1905.) BÉRARD et PATEL : Sur les formes chirurgicales de la tuberculose intestinale. — (N° 42, 15 oct.) E. DUROUX : Fractures de la base des métacarpiens.

Médecine moderne. — (N° 42, 18 oct. 1905.) Madeleine PELLETIER : La débilité mentale chez l'enfant.

Revue de chirurgie. — (N° 10, 10 oct. 1905.) E. QUÉNU et P. DUVAL : Pancréatites et lithiase biliaire. — Ch. LENORMANT : Les kystes hydaliques de la paroi abdominale. — P. VIGNARD et G. MOURIQUAND : Du périthéliome. — C. DANIEL : Les hémorragies des kystes tordus de l'ovaire. — L. GRATSCHOFF : Une nouvelle méthode de cure radicale des hernies inguinales.

Revue de médecine. — (N° 10, 10 oct. 1905.) HUCHARD et Noël FIESSINGER : Le syndrome myoclonique. — R. ROMME : Les conditions économiques dans l'étiologie sociale de la tuberculose. — B. SCHAPOSCHNIKOFF : Contribution à l'étude de la position du cœur dans l'exsudat d'origine inflammatoire de la séreuse du cœur. Applications à la paracentèse du péricarde. — A. GAUSSEL : La paralysie des mouvements associés de latéralité des yeux dans les affections du cervelet, des tubercules quadrijumeaux et de la protubérance.

Revue générale des sciences pures et appliquées. — (N° 19, 15 oct. 1905.) P. SABATIER : La catalyse par les métaux communs. — S. VOYER : Les applications militaires de la photographie en ballon. — A. TROUSSEAU : La fondation ophtalmologique Adolphe de Rothschild.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 40, 7 oct. 1905.) GRAZZI : Contribution à l'étude de la commotion labyrinthique par la foudre. — GAUDIER : Traitement des déviations de la cloison nasale ; résection sous-muqueuse du cartilage par la voie sous-labiale. — MOURE : Résultat éloigné de la thyrotomie dans le cancer du larynx.

Revue neurologique. — (N° 18, 30 sept. 1905.) A. THOMAS : Atrophie lamellaire des cellules de Purkinje.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 40, 5 oct. 1905.) TATSUJIRO SATO : Sur un cas de dégénérescence kystique des reins par pyélonéphrite. — JAGIÉ : Sur la coloration des cellules des exsudats. — HORCICKA et POLEDUE : Deux cas de méningite cérébro-spinale épidémique. — JEHLE : Un cas d'incarcération rétrograde interne de l'appendice. — KAHLER : Une dent supplémentaire dans le nez. — KRAUS et SCHIFFMANN : Sur le lieu de formation des anticorps.

LE CONGRÈS INTERNATIONAL DES GOUTTES DE LAIT

Par M. G. VARIOT,

Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Le succès de ce premier Congrès international a été complet ; l'Œuvre de la goutte de lait a déjà des adhérents aussi bien en France qu'à l'étranger, et 350 congressistes de tous les pays du monde se pressaient dans l'amphithéâtre de l'Institut Pasteur les 20 et 21 octobre dernier.

C'était à Paris que ce Congrès devait se réunir, car les idées qui ont présidé au développement de la Goutte de lait y ont pris naissance. C'est en juin 1892 qu'à l'hôpital de la Charité s'ouvrait la première consultation de nourrissons au sein avec une petite distribution de lait stérilisé pour l'allaitement mixte. On ne recevait que les enfants nés dans le service d'accouchement. C'est en août 1892, deux mois après, que dans le dispensaire de Belleville pour enfants, *fondé par donations volontaires*, fut organisée la première grande distribution de lait stérilisé pour l'allaitement artificiel. En quelques mois, 16000 litres de lait stérilisé furent cédés à prix réduit à des mères qui n'avaient pas su élever leurs enfants au biberon et qui venaient demander des conseils aux médecins des dispensaires. Le lait stérilisé leur était délivré comme le meilleur des remèdes.

Dufour en 1894, à Fécamp, fonda un dispensaire spécial pour les nourrissons et lui donna le nom de « Goutte de lait », qui a fait fortune et qui nous a servi de bannière pour rallier les congressistes qui sont accourus de tous les coins du monde.

L'organisation extrêmement pratique de la Goutte de lait de Dufour en fait un modèle aisé à imiter dans une petite ville.

Le service principal de la Goutte de lait est la distribution du lait stérilisé pour les enfants à l'allaitement mixte ou au biberon : les mères qui nourrissent au sein reçoivent des conseils quand elles viennent en demander. C'est par Dufour que les Anglais ont connu ces institutions nouvelles et qu'ils les ont acclimatées chez eux sous le nom de *milk Depots*. Les médecins de la santé publique et les municipalités ont pris la charge de fournir à bon compte du lait aux enfants au biberon ou à l'allaitement mixte.

Il y a à Liverpool des *milk depots* qui ont fourni ces années dernières du lait stérilisé à plus de 5000 enfants, avec une réduction de moitié du taux antérieur de la mortalité infantile, soit 9 p. 100 environ au lieu de 18 p. 100 avant l'ouverture des *milk depots*.

C'est donc bien de France qu'est parti ce mouvement de protection de l'enfance et c'est à Paris que devait se réunir le premier Congrès.

L'Institut Pasteur, toujours prêt à prendre sous sa protection les œuvres nouvelles, ayant un caractère scientifique et philanthropique, a bien voulu donner l'hospitalité au Congrès, qui ne pouvait être mieux placé pour tenir ses séances que dans ce sanctuaire révéré de la science française. La pasteurisation, la stérilisation sont des notions inséparables du fonctionnement d'une Goutte de lait : l'institution nouvelle de la Goutte de lait est donc une déduction pratique incontestable des découvertes pastoriennes : comme l'a dit le docteur Roux qui présidait la séance d'inauguration, la flore microbienne de l'intestin des nourrissons a la plus haute importance et ses variations correspondent souvent à des perturbations plus ou moins graves des fonctions gastro-intestinales. Il est bien certain, d'autre part, que la stérilisation du lait détruisant saprophytes et germes pathogènes préserve l'intestin contre les invasions microbiennes dangereuses.

Il serait trop long de retracer ici la physionomie générale de ce Congrès ; je me bornerai à en accentuer les grandes lignes.

La séance d'inauguration, le 20 octobre à dix heures, eut un caractère de solennité qu'elle empruntait à la présence de Mme Loubet, la gracieuse compagne du président de la République, du docteur Merlou, ministre des Finances, qui vint ouvrir le Congrès, des délégués officiels de dix nations, des pédiâtres les plus illustres du monde et d'une assistance recueillie rassemblée dans la maison de Pasteur. Je passe sur les témoignages de cordialité et de sympathie pour la France et les idées françaises apportés par les délégués étrangers de tous les pays du monde : néanmoins ces spectacles font une impression profonde sur ceux qui ont eu la bonne fortune d'en profiter et laisse un souvenir réconfortant.

Le Congrès n'a vraiment commencé que l'après-midi à deux heures.

Après que les pouvoirs provisoires du Comité d'organisation eurent été transformés par acclamation en pouvoirs définitifs, la parole fut donnée au docteur Marc Cleary (de Londres) pour faire l'historique des *milk depots* en Grande-Bretagne. Le premier de ces établissements fut organisé à St. Helen's ; depuis il y en a une douzaine organisés dans le Royaume-Uni. M. Anderson, maire de Glascow, qui a ouvert dernièrement un *milk depot*, est venu au Congrès étudier les Gouttes de lait françaises.

Le docteur Lust (de Bruxelles) expose ensuite sommairement le développement des Gouttes de lait en Belgique.

Enfin moi-même dans un rapport longuement documenté, j'ai essayé d'établir que les Gouttes de lait étaient un champ d'observation admirable pour étudier les manifestations normales de la croissance, ses déviations, ses arrêts, ses variations sous les influences les plus diverses et plus spécialement sous l'influence des tares héréditaires. La première partie seule de mon rapport a soulevé des discussions brèves et même passionnées.

J'ai rappelé que l'on avait essayé, bien à tort, d'inférioriser les Gouttes de lait en comparant leurs statistiques de mortalité avec celles des consultations des accoucheurs *à Paris* ; dans les premières les enfants au biberon prédominent ; dans les secondes, les enfants au sein sont de beaucoup les plus nombreux. C'est une erreur de raisonnement de com-

parer les statistiques d'allaitement maternel et d'allaitement artificiel. Par déférence personnelle pour un homme dont la participation au mouvement de protection de l'enfance depuis une douzaine d'années a été considérable, je proposais de laisser le contrôle des nourrissons au sein aux accoucheurs (cet allaitement est physiologique), mais de réserver aux médecins, l'allaitement artificiel avec son cortège morbide lorsqu'il est fait avec du mauvais lait ou par des mères et des éleveuses ignorantes.

Après une discussion un peu confuse, d'ailleurs, je m'aperçus bien que ma proposition conciliante ne satisfaisait personne. Les médecins de la province qui ne connaissent pas les catégories, ni surtout la spécialisation, n'acceptèrent pas cette distinction; les pédiâtres de profession ne voulurent pas concéder la direction de l'allaitement maternel aux accoucheurs.

Escherich (de Vienne), qui vient de faire organiser une Goutte de lait annexée à son hôpital Sainte-Anna pour les enfants, prit la parole pour déclarer qu'il ne pouvait accepter cette séparation, que tous les modes d'allaitement étaient solidaires et que si l'on donnait l'allaitement maternel aux accoucheurs il faudrait leur accorder le mixte, qu'il n'y a qu'un pas de celui-ci à l'artificiel.

Tout le monde sait qu'Escherich est un des plus puissants esprits de ce temps et que son autorité en pediâtrie dans tous les pays est considérable ; je me ralliai bien volontiers à son opinion, puisqu'il réclamait au Congrès plus que je ne demandais moi-même. Concetti (de Rome), Johannessen (de Christiania), Vargas (de Barcelone), Sevestre (de Paris), c'est-à-dire les pediâtres les plus qualifiés du monde entier venaient en réalité de prendre la direction de ces institutions nouvelles, des Gouttes de lait, que les accoucheurs parisiens, suivant leur caprice, tantôt réclamaient comme leurs, parce qu'elles ont quelque analogie avec leur consultation, tantôt repoussaient comme dangereuses, parce qu'elles encourageaient, prétendent-ils, l'allaitement artificiel.

Cette prise de possession des Gouttes de lait par la pédiâtrie est un événement très important et la plupart de mes collègues des hôpitaux d'enfants l'ont bien compris, puisqu'ils ont accepté de faire partie du Comité d'organisation du Congrès.

On me laissera bien dire, d'après mon expérience de douze années, que la Goutte de lait est un admirable champ à moissonner pour le pédiâtre ; si l'on eût commis la faute de laisser l'orientation de ces institutions nouvelles à l'obstétrique, on eût abandonné la meilleure part de la pédiâtrie du premier âge.

C'est à grand'peine que la pédiatrie s'est séparée de l'obstétrique au commencement du siècle dernier et immédiatement elle a fait des progrès admirables avec les Billard, les Guersant, les Blache, les Rilliet et Barthez, etc.

Il ne faut pas que l'obstétrique, dont le développement est colossal à Paris (1) par rapport aux autres pays, empiète sur sa voisine la piédiâtrie : on reculerait ainsi dans la voie de la spécialisation technique et professionnelle; les enfants seraient moins bien soignés et les femmes plus mal accouchées.

Telle est la question théorique et doctrinale tranchée par les maîtres de la pédiâtrie internationale.

Plusieurs rapports très remarquables ont été lus. Les communications ont été très nombreuses et plusieurs du plus haut intérêt.

On a vu défiler successivement tous les divers types de Gouttes de lait.

Les plus parfaites sont celles du docteur Dron, maire de Tourcoing, celle du professeur Escherich à Vienne, celle de M. Vancauwenberghe à Saint-Pol-sur-Mer. Ces institutions ont d'immenses ressources, elles donnent des secours pour favoriser l'allaitement maternel, du lait au besoin, des conseils médicaux; il en est même qui ont des vacheries annexées.

Le type ordinaire des Gouttes de lait de province n'a que des ressources limitées : la plupart de ces œuvres vivent de leurs propres moyens, en vendant le lait à une échelle de prix variable suivant la condition sociale des enfants, en provoquant des dons volontaires; elles ne donnent que du bon lait et des conseils médicaux en général.

Enfin on a entendu les rapports du docteur Green, envoyé par sir Nathan Strauss (de New-York). Depuis 1893, dans un des districts les plus pauvres de la ville il a établi d'immenses *milk depots* où il vend à prix réduit du bon lait pour l'allaitement artificiel (plus d'un million de petites bouteilles par année). Le résultat a été admirable ; la simple substitution du bon lait au mauvais dans l'allaitement a fait baisser la mortalité infantile dans des proportions considérables. Il n'y a pas eu cependant de contrôle médical dans les établissements de sir Nathan Strauss jusqu'à ces derniers temps.

Il est certain qu'avec un contrôle médical, comme on l'organise maintenant dans les *milk depots* anglais, on obtiendra mieux encore.

Le Congrès, avant sa clôture, a voté des remerciements au docteur Brunon, qui a présidé les débats avec beaucoup d'autorité et en même temps d'esprit et de bonne humeur.

Par acclamation des remerciements sont adressés à la direction et à l'administration de l'Institut Pasteur. Le bureau du Congrès a été en corps transmettre ces remerciements au docteur Roux.

Voici la définition de la Goutte de lait adoptée par le Congrès :

« La Goutte de lait est une œuvre qui lutte contre la mortalité infantile par tous les moyens possibles.

1° Elle donne des conseils aux mères;

2° Elle encourage l'allaitement maternel ;

3° Elle distribue du lait quand le sein fait défaut ou est insuffisant. »

Le Congrès a, en outre, émis les vœux suivants :

« 1° Que les pouvoirs publics prennent toutes les dispositions pour diminuer le nombre des mères incapables d'allaiter ;

2° Que les Gouttes de lait soient propagées dans la mesure la plus large possible ;

(1) A Berlin, d'après le docteur Neumann, il y a 3000 accouchements dans les Maternités pour une population de 1900000 habitants.

A Paris, il y a environ 25000 accouchements dans les services de l'Assistance pour une population de moins de 3000000.

3° Que toute Goutte de lait ait une direction médicale;

4° Que les pouvoirs publics encouragent et facilitent leur développement;

5° Que les pouvoirs publics facilitent par tous les moyens la vulgarisation de l'hygiène infantile;

6° Qu'une législation rigoureuse soit instituée dans tous les pays, pour la surveillance du lait destiné aux nourrissons.

7° Qu'il soit créé une Union internationale des Gouttes de lait, avec bureau permanent. »

Le banquet a réuni le soir une centaine de congressistes à l'Hôtel-Continental, sous la présidence de M. Siegfried, député de la Seine-Inférieure. M. Mirman, directeur de l'Assistance publique, s'est fait excuser.

Les délégués étrangers, professeurs Concetti, Escherich, Johonnessen; docteur Davel Lust; professeur Vargas; docteur Deutsch; docteur Graanboom, etc., ont pris successivement la parole pour remercier les organisateurs du Congrès et pour confirmer leur sympathie à la France. Les docteurs Variot et Dufour ont répondu en quelques mots.

Pendant l'excursion de Rouen, le déjeuner des congressistes à l'hôtel de France était présidé par M. le sénateur Waddington.

Les congressistes ont pu visiter des types multiples de Gouttes de lait:

A Paris, la première grande distribution de lait stérilisé ouverte en août 1892, au dispensaire de Belleville;

A Rouen, la Goutte de lait du docteur Brunon et la vacherie de M. Destin, qui lui est annexée;

Au *Havre*, la Goutte de lait très bien organisée du docteur Caron;

A Fécamp, la première Goutte de lait proprement dite, ainsi nommée par Dufour.

A ces excursions instructives ont pris part un bon nombre de congressistes provinciaux et étrangers.

A Fécamp, la réception faite aux congressistes a été chaleureuse; un lunch a été servi par les soins des dames patronesses de la Goutte de lait et des toasts ont été portés par les délégués étrangers pour témoigner leur satisfaction.

CONTRIBUTION

A

L'HISTOIRE DE L'ANGINE DE VINCENT

Par le docteur LEMAIRE (de Dunkerque),
Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris.

Il ne s'agit plus aujourd'hui d'essayer d'enlever à M. Vincent (1) l'honneur d'avoir décrit le premier l'association du bacille fusiforme avec le spirille dans les angines et stomatites ulcéro-membraneuses. Je voudrais simplement montrer que les anciens avaient laissé de ces deux affections des descriptions nettes, et montré qu'elles étaient de même nature. Malheureusement elles étaient tombées dans l'oubli le plus profond.

On croirait en effet, en lisant la majorité de nos classiques, que la stomatite ulcéro-membraneuse n'était pas considérée comme une entité morbide avant les observations de Desgenettes et de Larrey (épidémies de l'armée d'Italie 1793-1794). Van Swieten, disent Teissier et Roque (1), la confondait avec le scorbut, le noma et la diphtérie. En tout cas personne ne signalait les liens unissant la stomatite avec une angine de même nature.

Il nous faut cependant rendre justice à van Swieten qui avait vu, et bien vu, qu'il s'agissait là de deux déterminations d'une même infection. Et je ne puis mieux faire que de citer intégralement ce passage qui se trouve en note dans la traduction française des *Eléments de médecine pratique* de Cullere [1785 (2)]:

« On doit rapporter à cette espèce (3) la maladie que van Swieten a observée en 1728 et qui régnoit particulièrement dans le peuple : les joues, les lèvres étoient corrodées, surtout chez les enfans, et les ulcères étoient d'une fétidité extrême. La maladie étoit moins fréquente chez les adultes. Elle commençoit par un tubercule dur, douloureux, que l'on apercevoit dans l'endroit où s'ouvre le conduit excréteur de la glande parotide. Il survenoit une légère excoriation dans la partie interne de la joue; au bout de quelques heures l'endroit excorié se recouvroit d'une croûte blanche qui donnoit lieu de croire à ceux qui ne connoissaient pas la maladie que la suppuration commençoit à s'établir; mais si l'on y appliquoit les émolliens, le mal faisoit des progrès rapides, et lorsqu'on ne les arretoit pas par le sel ammoniac, l'endroit affecté noircissoit et tomboit en pourriture. *J'ai vu des aphtes semblables attaquer les amygdales et le palais*, et produire chez des personnes où il n'y avoit d'ailleurs aucun soupçon de vice vénérien, des engorgements et des suppurations qui ont duré plusieurs années; *on les a souvent regardés comme l'effet d'un virus vénérien* et traités en conséquence par les mercuriaux; mais j'ai remarqué que ces remèdes étoient toujours inutiles dans ce cas, et que souvent ils aggravoient considérablement le mal sur-tout lorsqu'on les donnoit à grande dose et qu'on les continuoit long-temps. »

Il nous est impossible de méconnaître là une description de la stomatite ulcéro-membraneuse telle que nous l'observons aujourd'hui. Van Swieten avait parfaitement observé son évolution clinique :

1° Sa fréquence particulière dans le jeune âge;

2° Le début classique par l'orifice du canal de Sténon (Teissier et Roque, loc. cit.), sous forme d'une ulcération qui se recouvre rapidement d'une fausse membrane blanchâtre, qui devient ensuite putrilagi-

(1) VINCENT. Voir *Gaz. des hôpit.*, 1905, nos 18, 27 et 28.

(1) TEISSIER et ROQUE. *Traité de médecine et de thérapeutique*, t. IV, p. 38.

(2) Traduit de la 4e édition anglaise par M. Bosquillon, docteur régent de la Faculté de Paris.

(3) « Espèces d'aphtes que l'on nomme ulcères scorbutiques, que l'on confond *sans fondement* avec le scorbut. »

neuse, s'accompagnant d'une fétidité extrême, avec des engorgements ganglionnaires.

3° La possibilité d'attaquer l'amygdale, fait sur lequel M. Vincent vient d'insister à nouveau. Le texte n'indique pas assez explicitement s'il s'agit d'une atteinte primitive ou d'une localisation secondaire à une stomatite. En tout cas l'auteur reconnaît l'identité des deux affections.

4° Fait plus intéressant, van Swieten avait remarqué la ressemblance de cette angine avec un accident syphilitique, et reconnu qu'il était souvent difficile de les distinguer l'un de l'autre.

5° Enfin un dernier point nous permet de lever les doutes qui pourraient subsister relativement à la nature de l'affection : c'est l'action négative du traitement spécifique dans ces cas. M. Vincent est pleinement d'accord avec van Swieten quand il dit (1) : « Ces médicaments (antisyphilitiques) n'amendent nullement l'angine que j'ai décrite, ils l'aggravent au contraire le plus souvent. »

Van Swieten et ses continuateurs ne confondaient donc nullement avec le scorbut et la diphtérie, les déterminations de ce que nous savons aujourd'hui être l'association fuso-spirillaire. Quant au noma, M. Vincent n'a-t-il pas démontré qu'il était de même nature (2)?

L'auteur ancien classait en vérité la stomatite et l'angine, dans les aphtes. Il en faisait une variété particulière d'aphtes à évolution gangréneuse ainsi qu'on peut le voir dans plusieurs passages de ses œuvres (3). Et en cela il était plus près de la vérité que Desgenettes, et surtout Bretonneau qui en faisait de la diphtérie.

Il nous faut donc reconnaître que dès le début du XVIIIe siècle la stomatite ulcéro-membraneuse et l'angine chancriforme étaient cliniquement connues et considérées comme de nature identique.

A M. Vincent revient l'honneur de l'avoir montré à nouveau, en apportant de plus — ce qui est capital — la preuve bactériologique.

Multa renascentur quæ jam cecidere...

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 23 OCTOBRE 1905)

Sérothérapie de l'hémophilie, par M. Emile WEIL. — L'auteur, ayant injecté dans les veines d'un hémophile des sérums humains et bovins a constaté que l'injection intraveineuse de sérum normal agit sur tous les éléments qui constituent l'écoulement et l'arrêt du sang hémophile au niveau des vaisseaux et des tissus. A la veine, l'écoulement est plus lent et l'arrêt du sang se fait spontanément; le sang pris au doigt coagule normalement.

Le sérum humain agit plus énergiquement que le sérum bovin.

(1 et 2) VINCENT. La symbiose fuso-spirillaire. Ses diverses déterminations physiologiques, *Ann. de dermatol.*, mai 1905.

(3) En particulier : VAN SWIETEN. *Commentarii in aphorismos Hermanni Boerhaave*, t. II, § 989 (Aphtæ).

La vaccination produite par ce traitement n'est que passive, l'action du sérum, nette au bout de quarante-huit heures, diminue après dix jours; après cinq semaines la coagulation devient anormale par sa durée mais non par sa forme.

Des recherches de M. Weil il résulte que le vice de coagulation hémophilique attribué par les uns aux tissus, par les autres au sang, appartient bien au sang même.

Nul doute que M. Weil ne tire avant longtemps de ses expériences des résultats thérapeutiques intéressants.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 27 OCTOBRE 1905)

Rhumatisme cérébral suraigu, mort. Examen anatomique du cerveau. — MM. GANDY et BORNAIT-LEGUEULE apportent une observation de rhumatisme cérébral suraigu, terminé par la mort, dont les détails cliniques et anatomiques sont particulièrement intéressants. Il s'agit d'un homme de vingt et un ans qui, au début d'une troisième attaque de rhumatisme aigu, fut pris de délire, et qui mourut onze heures après le début des accidents cérébraux. L'intérêt réside surtout dans la constatation de lésions des centres nerveux. Il faut signaler tout d'abord l'absence de tout œdème sous-arachnoïdien et ventriculaire. Les altérations cellulaires que les auteurs ont retrouvées sont tout à fait comparables à celles relatées par MM. Josué et Salomon dans un cas semblable, à savoir : généralisation dans la chromatolyse diffuse, telle qu'aucune cellule n'est entièrement indemne; dans le cas actuel il était cependant encore possible de retrouver sur de rares éléments à la périphérie, quelques granulations chromatiques en voie de désintégration; il n'y avait ni fissure ni fragmentation cellulaire et les figures de neuronophagie étaient peu nombreuses. Les auteurs pensent que les lésions de chromatolyse n'ont pas la gravité qu'on leur prête habituellement. Ce sont sans doute des lésions banales d'ordre toxique que l'on peut observer à la suite de diverses infections ou intoxications aiguës à retentissement cérébral plus ou moins manifeste.

M. GALLIARD rapporte une observation d'**invagination intestinale** sans phénomène d'obstruction, accompagnée d'élimination spontanée de l'anse et terminée par la guérison.

Exploration des fonctions rénale, intestinale et hépatique chez un myxœdémateux. — MM. Marcel GARNIER et LEBRET, dans un cas de myxœdème qu'ils ont étudié, ont pu se rendre compte que le rein, l'intestin et le foie bien que ne présentant pas de trouble apparent, avaient néanmoins un fonctionnement irrégulier. C'est ainsi que l'élimination du bleu de méthylène était tardive, lente et faible; la traversée digestive après un repas d'épreuve carminé était longue, bien que le malade ne fût pas constipé; enfin, une dose relativement peu élevée de sirop de sucre déterminait de la glycosurie. Après quinze jours de traitement thyroïdien, ces différentes fonctions étaient améliorées; le bleu de méthylène était éliminé normalement, le carmin était évacué en vingt-quatre heures; la glycosurie alimentaire persista plus longtemps, mais après vingt-cinq jours de traitement l'épreuve ne donnait plus qu'un résultat douteux. Ainsi toutes les grandes fonctions de l'économie sont troublées dans le myxœdème; et à côté de symptômes nerveux et cutanés, et de ceux liés à la dystrophie générale, il faut faire une place à ceux qui relèvent du vice de fonctionnement des principaux viscères.

M. Danlos présente un malade atteint de **chancre induré du vertex.** La lésion présente ses caractères cliniques et l'infection est rendue manifeste par la présence à la fois de ganglions et d'une roséole généralisée. L'étiologie de cet accident primitif serait la suivante : Le malade, s'étant fait une petite plaie à la tête, s'est ensuite rendu chez un coiffeur qui lui a taillé les cheveux à la tondeuse.

Cette étiologie est possible... Heureux les chauves !

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 28 octobre 1905)

Occlusion intestinale expérimentale. — M. Roger a pratiqué, sur un certain nombre de lapins, l'occlusion de l'intestin grêle au moyen d'un fil qui oblitère le conduit. Au bout de vingt-quatre heures, on constata que le segment intestinal situé au-dessus de l'obstacle est distendu de liquide. Si on y introduit une canule de verre couchée à angle droit, aussitôt le liquide remonte dans la branche verticale de la canule. Ce liquide est animé d'oscillations synchrones aux mouvements respiratoires et dues à la compression de l'anse obstruée par les diaphragmes et les muscles abdominaux. On observe en même temps, toutes les trois minutes, une grande ride péristaltique qui naît à 15 centimètres au-dessus du point obstrué. Le liquide s'élève alors à 17 centimètres de hauteur. Ce mouvement se fait rapidement ; puis survient une série d'oscillations ascendantes et descendantes. Au bout d'une minute, le liquide retourne à son chiffre initial pour remonter de nouveau trois minutes plus tard. Ces grands mouvements représentent l'effort de l'intestin pour triompher de l'obstacle. Ils sont provoqués par le liquide qui remplit l'anse obstruée et qui constitue un excitant de la contractilité intestinale. Ils persistent jusqu'au moment de la mort, alors que la partie de l'intestin qui est située près de l'obstacle a perdu toute contractilité. Ces expériences démontrent le procédé mis en œuvre contre l'obstruction. Elles établissent aussi qu'il ne se produit jamais de mouvements antipéristaltiques. Les vomissements fécaloïdes sont dus à la compression exercée par les muscles abdominaux sur les anses distendues.

Dégénérescence des îlots de Langerhans en dehors du diabète. — MM. P. Carnot et Amet, ayant examiné systématiquement l'état des îlots de Langerhans dans une série d'autopsies et en dehors de tout diabète, ont constaté fréquemment la dégénérescence hyaline ou la dégénérescence graisseuse de ces îlots (tuberculose aiguë ou chronique, cirrhoses du foie, néoplasme gastrique, etc.). Ils considèrent que les îlots endocrines du pancréas sont une partie spécialement fragile, fréquemment altérée au cours des diverses ingestions ou intoxications. La fréquence des lésions constatées enlève une grande partie de l'importance qu'on a voulu leur attribuer dans la pathogénie du diabète.

Un procédé d'application de l'amylase ; l'alimentation des nourrissons. — M. E. Terrien rapporte un procédé permettant d'obtenir des bouillies diastasées. L'amylase a une action complexe, elle saccharifie et liquéfie en même temps l'empois d'amidon ; or, à l'inverse de tous les procédés antérieurs, cette technique a pour but d'obtenir exclusivement la liquéfaction, sans aucune saccharification de la bouillie.

La saccharification présente de grands inconvénients, la liquéfaction, au contraire, ne fait qu'amorcer la digestion de l'amidon et le rendre plus apte à subir l'action des sucs digestifs.

La technique rapportée par l'auteur a précisément pour but d'arriver à ce résultat ; et dans ces conditions la bouillie diastasée a toujours été bien tolérée par les jeunes enfants.

Phénomènes d'intoxication produits chez le cobaye par l'injection intrapéritonéale de bacilles tuberculeux dégraissés. — M. J. Cantacuzène, étudiant ces phénomènes, conclut que : 1° l'injection d'une dose mortelle est suivie d'hypothermie et de polynucléose ; 2° les doses fortes, mais non mortelles, déterminent une hypothermie et un amaigrissement transitoire, avec éosinophilie durant trois jours, puis faisant place à une forte mononucléose ; 3° avec des doses faibles, on n'a pas d'hypothermie, mais une forte hyperthermie d'emblée ; l'éosinophilie fait défaut, on constate une forte mononucléose ; 4° les animaux inoculés avec des bacilles tuberculeux dégraissés réagissent typiquement à la tuberculine.

Essai d'immunisation contre l'action toxique des bacilles tuberculeux dégraissés. — M. Cantacuzène, inoculant dans le péritoine de cobayes des bacilles tuberculeux dégraissés traités préalablement par le liquide iodo-ioduré de Gram pendant un quart d'heure, puis centrifugés, constate que les effets toxiques précédemment décrits sont considérablement atténués. De plus, l'injection de ces corps iodés permet de conférer aux cobayes traités une résistance très remarquable contre l'intoxication produite par les bacilles simplement dégraissés.

Parathyroïdite tuberculeuse. Crises convulsives ayant duré huit heures et terminées par la mort. — MM. Carnot et Delion rapportent un cas clinique intéressant par la coexistence de crises convulsives et de lésions parathyroïdiennes et rapprochant ce fait des cas de convulsions tétaniques observées chez l'homme, après certaines thyroïdectomies totales, et, chez l'animal, après parathyroïdectomie.

Recherche des pigments biliaires dans l'urine. — M. Grimbert, après avoir fait la critique du procédé de Jolles et de Hammarsten, propose une méthode très sensible qui consiste à précipiter l'urine par le chlorure de baryum et à traiter le précipité à chaud par de l'alcool chlorhydrique à 5 p. 100.

Lorsqu'on n'obtient pas d'emblée la coloration verte caractéristique on ajoute deux gouttes d'eau oxygénée et on chauffe de nouveau légèrement.

On peut par ce procédé retrouver des traces de pigments biliaires là où les autres procédés ont échoué.

Syndrome d'hyperfonctionnement des glandes vasculaires sanguines chez des acromégaliques. — M. Claude a observé deux malades chez qui à des signes non douteux de l'acromégalie s'ajoutent des symptômes traduisant la suractivité fonctionnelle du corps thyroïde et des capsules surrénales. La solidarité fonctionnelle des trois glandes vasculaires sanguines à fonctions antitoxiques (hypophyse, corps thyroïde, capsules surrénales), auxquelles il faudrait joindre le thymus dont M. Marie a signalé la reviviscence dans l'acromégalie, paraît ressortir assez nettement de ces faits cliniques. Elle a d'ailleurs été constatée déjà anatomiquement (Ballet et Laigniel-Lavastine). On peut la mettre en évidence dans d'autres affections nerveuses et notamment dans certains cas d'épilepsie et de tétanie.

Autres communications :

Contribution à l'étude de la structure des plaques motrices chez les reptiles, M. Gemelli.

Traitement de la maladie du sommeil, MM. Laveran et Brumpt.

Preuves de la forme globuleuse de l'hématie, M. Garrigue.

Existence d'une endotoxine dans le corps des coccobacilles de Pfeiffer, M. Satineano.

Évolution de la couche corticale des surrénales, selon l'âge, M. Mulon.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE EN CAS DE DÉCÈS PAR LE CHLOROFORME

Le tribunal de Château-Thierry présidé, par le président Magnaud, vient de rendre un stupéfiant jugement dont voici les points principaux :

« Le tribunal : — Attendu que, sur une demande en 50 000 francs de dommages-intérêts, formée par les consorts P... contre B... à l'occasion du décès, de P... A..., il est intervenu, le 14 décembre 1904, un jugement de ce tribunal, nommant le docteur Saint-Cène en qualité d'expert, avec mission de rechercher si le docteur B... n'avait commis aucune imprudence ou négligence pouvant engager sa responsabilité, par suite du décès de P... survenu au cours d'une anesthésie par le chloroforme ;

Que l'expert a procédé à sa mission et déposé son rapport le 17 avril 1905 ;

Attendu que, du très remarquable et scientifique rapport du docteur Saint-Cène, il ressort que B... a pris de suffisantes précautions dans l'administration du chloroforme qu'il a faite à P... et que le décès de celui-ci, survenu au début de l'absorption de cet anesthésique, ne saurait engager sa responsabilité;

Qu'à cet égard, il convient d'entériner purement et simplement ce rapport et d'en adopter les conclusions ;

Mais, attendu qu'on lit aussi dans le rapport que le danger du chloroforme réside surtout dans les syncopes, très souvent irrémédiables, qu'il occasionne au début de son administration et que celle-ci est d'autant plus dangereuse que le patient est plus ou moins alcoolique :

Qu'il en résulte que ce n'est qu'avec la plus grande circonspection et dans les cas d'urgence extrême ou de nécessité absolue, surtout quand il s'agit d'une personne parfois intempérante, en un mot quand la vie du malade se trouverait compromise si telle ou telle opération demandant l'anesthésie n'était pas pratiquée, que le médecin, dans cette alternative, doit de son propre mouvement, de sa propre autorité, ne consultant que sa science et sa conscience, procéder à l'anesthésie du malade;

Que, s'il s'agit simplement d'affections, de lésions gênantes ou douloureuses, chroniques ou non, voire même de la privation partielle ou totale de l'usage d'un ou plusieurs membres, mais ne mettant pas en péril la vie du malade, le premier devoir du médecin, à peine de commettre une faute lourde et d'engager gravement sa responsabilité, est de prévenir le patient non seulement de tous les dangers médiats ou immédiats pour sa vie, que peut lui faire courir l'administration du chloroforme, mais aussi qu'il peut parfaitement vivre, et même longtemps, dans l'état où il se trouve ;

Que ce n'est donc, en de pareilles conditions, qu'avec l'autorisation du malade bien renseigné ou de sa famille, si celui-ci est momentanément hors d'état de se prononcer, que le praticien peut user librement de ce dangereux anesthésique, à quelques points de vue que ce soit ;

Qu'on ne saurait admettre, en effet, par exemple, qu'afin de redresser un bossu ou un bancal pleins de santé, un médecin, sans les avoir prévenus des graves conséquences possibles d'une anesthésie, les chloroformât sans leur assentiment donné en connaissance de cause ;

Attendu que la vie humaine est trop précieuse pour ne pas être respectée et ménagée, même avec les meilleures intentions ;

En fait ;

Attendu qu'il résulte du rapport que le médecin B..., ainsi qu'il l'a déclaré à l'expert, connaissait parfaitement l'extrême prédisposition du P... à la syncope et ses tendances à l'alcoolisme ;

Qu'il s'agissait, dans l'espèce, d'une simple luxation, supposée mal réduite, de l'épaule ;

Que la plus grave conséquence qui pouvait résulter pour P... de cette situaton, en la tenant pour exacte, c'était l'impotence partielle ou totale de cette épaule et du bras ;

Que si, pendant tout le reste de son existence, P... était susceptible de se trouver considérablement gêné par cet état, sa vie n'aurait jamais été mise en péril ;

Qu'avant de pratiquer la dangereuse anesthésie de P..., par le chloroforme, surtout pour procéder à un simple examen, B... a négligé de le prévenir des chances de mort qu'il pourrait courir ;

Qu'il le devait d'autant plus qu'il savait P... teinté d'alcoolisme et que les syncopes fatales étaient par conséquent plus à redouter ;

Attendu qu'en administrant le chloroforme à P..., sans avoir obtenu de lui un acquiescement donné en pleine connaissance d'un dénouement fatal possible, alors que l'existence de l'intéressé n'était pas menacée par le *statu quo*, B... a commis une faute lourde engageant complètement sa responsabilité ;...

. . . .

Que, s'appuyant sur ces données, le Tribunal a les éléments nécessaires pour évaluer le préjudice matériel et moral causé par B... à la famille de P...

Par ces motifs : Entérine le rapport du docteur Saint-Cène, en ce qui concerne l'absence de toute faute dans l'administration, par B..., du chloroforme;

Déclare toutefois B... responsable d'avoir pratiqué, sans y être autorisé en connaissance de cause par l'intéressé, cette anesthésie, alors qu'elle n'était pas nécessaire, puisque l'existence de P... n'était pas en danger ;

En conséquence, condamne B... à payer aux demandeurs une somme de 8000 francs à titre de dommages-intérêts de droit ;

Le condamne en outre en tous les dépens. »

M. Lucas-Championnière, rapportant ce jugement dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, le fait suivre des très justes observations qui suivent :

« Ainsi, écrit-il, le jugement déclare qu'il n'y a eu *aucune faute dans l'administration* du chloroforme, mais, pour condamner notre confrère à des dommages-intérêts considérables, il s'appuie uniquement sur ce fait qu'il n'a pas prévenu le malade que le chloroforme lui faisait courir un danger de mort. Jusqu'ici on admettait que les malades qui mouraient du choroforme étaient précisément assez souvent ceux qui en étaient le plus effrayés, et en tout cas on s'efforçait de les convaincre de l'innocuité de l'anesthésie. Ce sera l'inverse maintenant puisqu'il faudra commencer par prévenir le malade qu'on l'expose à la mort et *obtenir de lui un acquiescement donné en pleine connaissance d'un dénouement fatal possible*. Et quand il s'agira d'enfants il faudra prévenir les parents tout comme s'il s'agissait d'une grave opération. Ceux-ci, ainsi volontairement plongés dans l'inquiétude, ne seront guère moins à plaindre que le chirurgien.

Il est vrai que le jugement laisse entendre qu'il ne s'agit ici

que des cas dans lesquels l'anesthésie ne présente pas une urgence extrême ou une nécessité absolue, et *où le médecin ne consulte que sa science et sa conscience* ; mais le départ de ces cas est bien difficile à établir, et alors même que la vie du malade n'est pas en danger, le chloroforme peut être indispensable pour lui éviter une infirmité ou établir un diagnostic.

Bien d'autres points seraient encore à relever dans ce jugement, d'après lequel la plus grave conséquence pouvant résulter pour le malade de la situation à laquelle on voulait remédier était l'impotence *partielle ou totale de l'épaule et du bras*, comme s'il s'agissait d'une légère infirmité — et qui admet encore que, le malade étant *teinté d'alcoolisme*, les syncopes fatales étaient plus à redouter. Mais, si on ne chloroformait pas à Paris pour des opérations légères les sujets *teintés d'alcoolisme* on retirerait à bien des gens le bénéfice de l'anesthésie. Mais nous n'insistons que sur cette doctrine nouvelle, d'après laquelle il faudrait prévenir le malade du danger qu'il court, doctrine qui augmenterait beaucoup encore les responsabilités encourues par le chirurgien si elle était sanctionnée par une juridiction supérieure. »

FORMULAIRE

POTION EXPECTORANTE

Thiocol	2 grammes.
Benzoate de soude	2 —
Alcoolature de racine d'aconit	XX gouttes.
Sirop diacode	50 grammes.
Eau de laurier-cerise	10 —
Sirop de polygala	100 —

M. s. a. — Par cuillerée à soupe toutes les trois ou quatre heures. (*Bull. gén. de thérap.*)

LIVRES NOUVEAUX

Pour soigner les maladies vénériennes sexuelles et urinaires (1), par le docteur GALTIER-BOISSIÈRE.

Il s'agit d'un ouvrage de vulgarisation. Après quelques préliminaires succincts, mais nets, d'anatomie et de physiologie, l'auteur étudie successivement toutes les affections vénériennes et certaines maladies sexuelles et urinaires ; il les étudie au point de vue de leur évolution, de leur traitement et de leur prophylaxie. Le rôle néfaste joué dans la société par la blennorragie et la syphilis est très bien mis en lumière. Ce petit livre, qui s'adresse surtout à des non-professionnels, a l'avantage de ne leur enseigner que des faits scientifiques exacts.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Les énigmes de l'univers (2), par Ernest HÆCKEL.

Cet ouvrage du grand savant allemand est un livre de combat, et de combat violent, où Hæckel s'appuie sur des données scientifiques pour défendre les opinions qu'il croit être vraies. Quelle que soit, en effet, les sentiments qu'on professe vis-à-vis de cet ouvrage et des idées qu'il soutient, on ne peut que s'incliner devant la sincérité des convictions de l'auteur.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) In-8 de 190 p., avec 41 fig. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Schleicher frères et Cie.

(2) In-8 de 460 p. — Prix : 2 francs. — Paris, Schleicher frères et Cie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 6 AU 11 NOVEMBRE 1905)

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 6 novembre, à une heure. — 5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Delens et Duval (Pierre); — (2e série) : MM. Reclus, Mauclaire et Proust; — (2e partie, 1re série) : MM. Brissaud, Teissier et Claude ; — (2e série) : MM. Déjerine, Legry et Balthazard ; — M. Gosset, suppléant.

Mardi 7 novembre, à une heure. — 5e (1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Berger, Faure et Auvray ; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Marion et Morestin ; — (2e partie) : MM. Ménétrier, Dupré et Carnot; — M. Gouget, suppléant.

Mercredi 8 novembre, à une heure. — 2e : MM. Gautier, Gley et Branca.

4e : MM. Pouchet, Balthazard et Macaigne.

1er (chirurgien-dentiste) : MM. Ch. Richet, Retterer et Sébileau; — M. Broca (André), suppléant.

Jeudi 9 novembre, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Faure et Marion.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Bezançon et Maillard.

4e : MM. Joffroy, Guiart et Richaud.

1er (chirurgien-dentiste) : MM. Thiéry, Launois et Langlois ; — M. Carnot, suppléant.

Vendredi 10 novembre, à une heure. — 3e (1re partie, oral) : MM. Kirmisson, Retterer et Potocki ; — (2e partie) : MM. Gaucher, Teissier et Labbé (Marcel).

1er (chirurgien-dentiste) : MM. Gley, Cunéo et Branca ; — M. Macaigne, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich ; — M. Duval (Pierre), suppléant.

Samedi 11 novembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Chantemesse, Achard et Méry; — (2e série) : MM. Gilbert, Thiroloix et Renon ; — (3e série) : MM. Troisier, Vaquez et Jeanselme; — M. Bezançon, suppléant.

THÈSES

Mercredi 8 novembre 1905. — M. ALLIOT. La capacité stomacale du nouveau-né. (MM. Pinard, président; Blanchard, Reclus et Legueu.) — M. DEQUEN. Myase des cavités naturelles. (MM. Blanchard, président; Pinard, Reclus et Legueu.) — M. CHARRIER. Calculs de la portion pelvienne de l'uretère. (MM. Reclus, président; Pinard, Blanchard et Legueu.) — M. CHOUQUET. Les eaux thermo-minérales d'Ussat (Ariège). (MM. Landouzy, président; Brissaud, Desgrez et Claude.) — M. CHEVALLIER. Tremblements post-hémiplégiques. (MM. Brissaud, président; Landouzy, Desgrez et Claude). — M. LE PONCIN. Contribution à l'étude de la simulation dans les accidents du travail. (MM. Brissaud, président ; Landouzy, Desgrez et Claude.)

Jeudi 9 novembre 1905. — M. BOYER DE CHOISY. Les étudiants en médecine de Paris au XVe siècle. (MM. Debove, président; Hutinel, Méry et Jeanselme.) — M. LEGRAIN. Les érythèmes infectieux dans la rougeole. (MM. Hutinel, président ; Debove, Méry et Jeanselme.) — M. BALLU. L'arsenal chirurgical ancien. Etude des instruments tranchants à action profonde. (MM. Le Dentu, président ; de Lapersonne, Schwartz et Auvray.) — M. LANDOLT. La surface de section des plaies faites en vue de l'extraction de la cataracte et de l'iridectomie. (MM. de Lapersonne, président; Le Dentu, Schwartz et Auvray.)

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

PARAPLÉGIES

Définition. — La paraplégie est la paralysie : *a.* des deux membres inférieurs ; *b.* des deux membres supérieurs ; *c.* des quatre membres. Suivant les cas, elle est *motrice* ou *sensitive*, *fonctionnelle* ou *organique*.

PARAPLÉGIES ORGANIQUES

Étude clinique. — La paraplégie organique peut être *flasque* ou *spasmodique*. La première est liée : *a.* le plus souvent, à une lésion du neurone moteur périphérique : elle s'accompagne alors d'amyotrophie et de troubles des réactions électriques : *b.* quelquefois, à une lésion du neurone moteur cortical ; elle indique alors une section transversale complète de la moelle. La seconde est fonction d'une lésion du neurone moteur cortical ; elle ne s'accompagne généralement ni d'amyotrophie, ni de troubles des réactions électriques.

Paralysie flasque. — Elle peut relever : *a.* d'une lésion du du neurone moteur central, *paralysie flasque centrale* ; *b.* d'une lésion du neurone moteur périphérique, *paralysie flasque périphérique.*

Paralysie flasque centrale. — Elle se caractérise par des *troubles moteurs* : perte totale des mouvements volontaires et réflexes ; phénomènes de paralysie vésico-rectale, abolition du tonus musculaire ; par des *modifications des réflexes* : les réflexes tendineux sont abolis, les réflexes cutanés quelquefois conservés ; par des *troubles de la sensibilité*, qui ne se développent que lorsque la paralysie est permanente : on observe alors une anesthésie totale et définitive, à type radiculaire, du segment médullaire sous-jacent à la lésion. Phénomènes négatifs : il n'y a ni troubles des réactions électriques, ni troubles de la contractilité idiomusculaires ni troubles trophiques.

Dans l'*évolution* de la paralysie flasque centrale, il faut distinguer deux cas : *a.* la paralysie flasque n'est que la première phase d'une paralysie spasmodique ; *b.* elle persiste indéfiniment : elle indique alors une section complète de la moelle et se caractérise par deux signes spéciaux : anesthésie à type radiculaire, troubles sphinctériens très intenses. Le malade ne peut ni retenir ses urines ni ses fèces (paralysie des sphincters), ni les expulser (paralysie des muscles de la paroi abdominale).

Paralysie flasque de cause périphérique. — Mêmes *troubles moteurs*, même *abolition des réflexes tendineux*. Les *troubles de sensibilité*, absents quand il s'agit de lésions portant uniquement sur les grandes cellules radiculaires de la substance grise, sont presque constants en cas de polynévrite (1). Les *troubles trophiques* sont également variables, selon qu'il s'agit de poliomyélite ou de polynévrite : dans le premier cas, il y a une amyotrophie en masse, portant sur les muscles de la racine du membre ; dans le second, l'amyotrophie prédomine à l'extrémité du membre, et s'accompagne souvent de rétractions aponévrotiques ; les *troubles vasomoteurs* sont plus accusés dans la première que dans la seconde. Quant aux *réactions électriques*, elles sont rarement intactes dans les paralysies de cause périphérique ; tantôt, elles ne sont que légèrement modifiées, tantôt leurs altérations vont jusqu'à la réaction de dégénérescence (D. R.) la plus typique.

L'*évolution* de cette paralysie varie selon qu'il s'agit de poliomyélite ou de polynévrite (v. Raymond, lcc. citat.).

Paralysie spasmodique. — Elle est constituée par l'association de deux éléments : la *paralysie* et la *contracture*. Si celle-ci l'emporte sur celle-là, il y a impotence absolue des membres (*paralysie par contracture*).

Troubles de la motilité. — Lorsqu'on *examine le malade au lit*, on constate, le plus souvent, que ses membres sont raides, ses cuisses rapprochées, ses jambes en extension, ses pieds en équinisme avec adduction et rotation de la plante en dedans ; les muscles et tendons font relief sous la peau ; la raideur s'exagère encore au moindre frôlement. Parfois, les muscles de la paroi abdominale et de la région lombaire sont atteints eux aussi ; le malade reste alors dans une position intermédiaire à celle du décubitus dorsal et de la position assise. Tel est le *type d'extension*. Beaucoup plus rare est le *type de flexion*.

Commande-t-on au malade des mouvements des membres inférieurs? Tantôt il ne peut faire aucun mouvement, tantôt au contraire il est capable d'effectuer quelques petits mouvements. Les mouvements du tronc sont aussi difficiles, le malade ne peut s'asseoir seul : l'asseoit-on, il ne peut se maintenir dans cette position. Le couche-t-on à plat sur le lit, les cuisses restent à demi fléchies sur le bassin.

La résistance aux mouvements passifs est généralement *beaucoup plus considérable* que ne le faisait prévoir l'exécution des mouvements volontaires.

Dit-on aux malades de marcher, deux éventualités : la paralysie l'emporte sur la contracture : la marche est alors impossible ; la contracture l'emporte sur la paralysie : alors la démarche prend le caractère spasmodique.

Dans la *démarche spasmodique* (1), au moment où le malade prend contact avec le sol, les membres inférieurs se raidissent, la trépidation épileptoïde apparaît, les cuisses se rapprochent, le pied se met en varus équin. Le malade marche sur son talon antérieur et sur la face plantaire de ses orteils (*démarche digitigrade*). Le tronc est légèrement incliné en avant, le malade s'appuie sur deux cannes.

Pendant la marche, les pieds glissent sur le sol en s'appuyant sur le bord externe et sur la pointe (d'où usure correspondante des souliers). L'extrémité supérieure du tronc oscille latéralement comme une pendule (*démarche de gallinacé*, Charcot). La marche est lente, la rigidité s'accentue à chaque tentative d'accélération.

Chez certains, la marche n'est possible qu'avec des béquilles : les pieds ne prennent contact avec le sol que pour permettre aux béquilles d'être ramenées en avant ; le corps oscille d'avant en arrière, comme un pendule (*démarche pendulaire*).

Le malade veut-il s'asseoir, il se laisse tomber comme une masse sur sa chaise, les membres inférieurs sont dirigés en avant, les pieds ne reposent pas sur le sol. Pour se lever, il doit se cramponner aux objets environnants.

Les troubles de l'équilibre sont habituellement légers.

Troubles de la réflectivité. — Les *réflexes tendineux* subissent des modifications quantitatives (amplitude extrême du mouvement, réaction du côté opposé, généralisation du réflexe), et qualitatives (brusquerie de la contraction) très importantes. Quant aux *réflexes cutanés* et *périostés*, ils sont, eux aussi, très exagérés. La *trépidation épileptoïde* est fréquente. De même, les *mouvements spontanés réflexes*, qui s'associent souvent aux troubles précédents (v. Déjerine, loc. cit.).

Troubles de la sensibilité : généralement peu accusés.

Troubles sphinctériens. — Ils sont surtout *urinaires* (rétention ou incontinence), et *rectaux* (constipation). Les *fonctions génitales* sont habituellement diminuées.

(*A suivre.*)

(1) V. Paralysies alcooliques, *Gaz. des hôpit.*, 1903, nº 3, p. 24, et Raymond, *Cliniques*, 2e série, leçon XX.

(1) V. Déjerine, in *Traité de pathologie générale*, t. V.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Granules de Catillon
A 1 MILLIGR. D'EXTRAIT TITRÉ DE
STROPHANTUS
2 à 4 par jour produisent une **diurese rapide** relèvent le **cœur** affaibli, dissipent
ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES
Usage continu sans inconvénient ni intolérance.
Exiger la Signature **CATILLON**, Prix de l'Académie.
MÉDAILLE D'OR, 1900, Paris, 3, Boul^d St-Martin.

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF
Antiseptique — Antidiphtérique
NI CAUSTIQUE, NI VÉNÉNEUX

Très efficace contre l'**angine couenneuse**, les **écoulements strumeux** chez les enfants, ainsi que dans la **leucorrhée**, les **métrites du col**, le **cancer utérin**, etc.; il est fréquemment ordonné en injections à la suite des accouchements.

DANS LES PHARMACIES — SE MÉFIER DES IMITATIONS
Bien spécifier : **COALTAR SAPONINÉ LE BEUF**

PAPAÏNE
TROUETTE-PERRET
(Le plus puissant digestif connu)
Un verre à liqueur d'ELIXIR, SIROP ou VIN de *Papaïne de Trouette-Perret* après chaque repas.
E. TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, PARIS

ÉMULSION SCOTT
à l'HUILE de FOIE de MORUE
aux
HYPOPHOSPHITES DE CHAUX, DE SOUDE
et à la
GLYCÉRINE CHIMIQUEMENT PURE
trois fois plus efficace
que l'huile simple, n'a aucun de ses inconvénients
AGRÉABLE, DIGESTIVE, ASSIMILABLE
Anémie, Rachitisme, Chlorose, Scrofulose, Lymphatisme, Rhumes, Bronchites, Phtisie à ses débuts.
Échantillons gratuits à MM les Docteurs
DELOUCHE et Cie, 356, rue St-Honoré (entresol), PARIS.

INHALATEUR DU PROF. RUATA
DE LA FACULTÉ DE PÉROUSE
Traitement des **MALADIES PULMONAIRES, BRONCHIALES** et du **LARYNX**
En vente dans toutes les Pharmacies. Vente en gros : *Pharmacie Centrale de France*

ANÉMIE - CHLOROSE
Pâles Couleurs, Leucorrhée, Lymphatisme
GUÉRIS PAR LES
VÉRITABLES PILULES de VALLET
au Sous-Carbonate de Fer inaltérable
APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

Dissolution rapide dans l'estomac. — Ne constipent pas. — Ne noircissent pas les dents
Dose : 2 à 6 par jour, avant les repas.
Prescrire les **VÉRITABLES Pilules de Vallet**, qui sont **BLANCHES** et non pas argentées, et portent chacune imprimée en noir la signature *Vallet*
Toutes Pharmacies — Maison L. FRERE (A. Champigny et Cie), 19, rue Jacob, Paris.

MÉDICATION ANTISPASMODIQUE
Vertiges.	Hystérie.
Étourdissements.	Spasmes — Syncopes.
Crampes d'estomac.	Convulsions.
Vomissements nerveux.	Coliques hépatiques.

PERLES d'ÉTHER CLERTAN
PRÉPARÉES PAR UN PROCÉDÉ
APPROUVÉ par l'ACADÉMIE de MÉDECINE de PARIS

Enveloppe extra-mince. — Dissolution immédiate **DANS L'ESTOMAC**. — Efficacité certaine.
Dosage rigoureux : 5 gouttes d'éther par perle.
DOSE : 4 à 10 perles par jour.

Toutes Pharmacies. — **Maison L. FRERE (A. Champigny et Cie), 19, rue Jacob, PARIS.**

CHEMISCHE FABRIK VON HEYDEN, Radebeul près Dresde.

Créosotal
Le **Créosotal « Heyden »** est le remède le plus éprouvé contre la **Phtisie** (alterner avec le Duotal « Heyden »); un **antiscrofuleux interne** tout à fait supérieur; pris à hautes doses (10 à 15 gr. par jour, pour enfants 1 à 6 gr. en 4 fois), c'est un moyen à effet certain et rapide contre toutes les **affections aiguës des voies respiratoires**, depuis les formes les plus simples de refroidissement jusqu'à la **Pneumonie** la plus compliquée. — Le **Créosotal « Heyden »** possède l'action curative seule de la créosote, sans en avoir les actions secondaires nuisibles et caustiques : toxicité, mauvais goût et odeur de la créosote.

Collargol
Le **Collargol** possède une action excellente dans les **affections septiques : septicémie, processus puerpéral** (également de manière **prophylactique** dans les accouchements), **endocardite, méningite cérébrospinale, charbon, rhumatismes septiques et blennorrhagiques**, etc. En solution pour l'emploi **intraveineux** et **rectal**, pour frictions en **« Onguent Credé »**. Recommandé également pour le **traitement des blessures**. — **Comprimés de Collargol** (à 5 et 25 centigr.), pour faciliter la préparation de solutions dosées et mettre directement dans les plaies, etc

Vérifier la marque originale HEYDEN.
Renseign. et échant. chez le Représentant : **Paul ROUVEL, 3, rue du Plâtre, Paris (4e).**

OPÉRATIONS DE BOURSE Couvert^res et court^ges réduits. Renseign^ts 1er ordre. Conseils pratiq^es. Relations directes av. ag. de ch. et banq. coulis. — Circulaire gratuite. Ecr. BANQUE DE L'UNION, 23, r. Caumartin, Paris.

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES
Dispepsies, anorexies, vomissements, etc.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et Ph^ies.

TAMAR INDIEN GRILLON
CONTRE
CONSTIPATION
Hémorroïdes, Bile, Manque d'appétit, Embarras gastrique et intestinal.
PARIS, 33, RUE DES ARCHIVES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION	PRIX DE L'ABONNEMENT :	LES BUREAUX
49, rue St-André-des-Arts,	FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.	sont ouverts tous les jours,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE	UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.	DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
PARIS, 6e	Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.	TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Fractures du rocher, par M. L. Chevrier.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine.
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine dans les asiles publics d'aliénés de la Seine, asile clinique, asiles de Vaucluse, Ville-Évrard, Villejuif, Maison-Blanche, Moisselles et l'Infirmerie spéciale des aliénés à la préfecture de police, sera ouvert le lundi 4 décembre 1905, à deux heures précises, à la préfecture de la Seine.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de dix heures à midi et de deux heures à cinq heures, jusqu'au 16 novembre 1905 inclusivement.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Reims. — Après concours sont nommés : M. Verdun, prosecteur; M. Mayette, aide d'anatomie à l'École de médecine.

GUERRE. — M. le médecin-inspecteur des troupes coloniales Primet, membre du Conseil supérieur de santé, est nommé, tout en conservant ses fonctions actuelles, membre du Comité technique de santé.

— Deux concours s'ouvriront le 4 décembre 1905 à l'École d'application du service de santé militaire, l'un pour l'emploi de répétiteur de « matière médicale thérapeutique, hygiène et médecine légale », l'autre pour l'emploi de répétiteur de « médecine opératoire et accouchements » à l'École du service de santé militaire.

En exécution de l'article 32 du décret du 25 décembre 1888, les médecins-majors de deuxième classe sont seuls admis à prendre part auxdits concours.

INSTITUTION NATIONALE DES SOURDS-MUETS. — Par suite du décès de M. E. Ménière, M. Castex est nommé chirurgien en chef de la clinique otologique à l'Institution nationale des sourds-muets; MM. Grossard et Malherbe sont nommés chirurgiens-adjoints; M. Jouet, chef de clinique; M. Cauzard, chef de clinique adjoint.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. Dussac, médecin de l'hôpital français de Madrid, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

RÉCEPTION DES MÉDECINS ANGLAIS A PARIS. — Le Comité de réception des médecins anglais à Paris, en mai 1905, vient d'arrêter ses comptes, qui se soldent par un excédent de recettes important. Il vient donc de verser, au nom de tous les souscripteurs, une somme de 4400 francs à la caisse des veuves et orphelins de l'Association générale des médecins de France.

UNE CONFÉRENCE SUR L'EMPOISONNEMENT DES OUVRIERS PEINTRES PAR LE BLANC DE CÉRUSE aura lieu samedi soir 4 novembre, à huit heures et demie, dans la grande salle des fêtes du Trocadéro. M. Letulle, médecin de l'hôpital Boucicaut, agrégé, et M. Mosny, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, traiteront la question au point de vue scientifique. M. Jacques Dhur (du *Journal*) traitera la question au point de vue humain.

La séance sera présidée par M. le professeur Dieulafoy.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Alfred Dumolin (de Levallois-Perret).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Essai de séméiologie urinaire, par le docteur Vieillard. In-8 de 376 p. — Prix : 6 francs. — Paris, F.-R. de Rudeval.

La cystoscopie à vision directe, par le docteur Georges Luys. — Clermont (Oise), imprimerie Daix frères.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

REVUE GÉNÉRALE

FRACTURES DU ROCHER

Par L. CHEVRIER,
Prosecteur des hôpitaux de Paris.

Bien que, anatomiquement, le rocher semble constituer, par sa pyramide trapue, un des points les plus résistants de la base du crâne, c'est là une apparence mensongère. Sa direction oblique en avant et en dedans, le fait de s'arcbouter par son sommet sur l'apophyse basilaire de l'occipital, à laquelle le rattache le ligament pétro-basilaire, en font une pièce fort exposée pour qui connaît les phénomènes de tassement que peut subir le crâne dans les traumatismes. Mais c'est surtout sa structure caverneuse, qui en fait la fragilité : sa masse, apparemment considérable, est minée d'un dédale de galeries et de cavités (conduit auditif interne, caisse du tympan, cavités de l'oreille interne, limaçon, vestibule et canaux semi-circulaires, trompe d'Eustache, canal du muscle du marteau, aqueduc de Fallope avec sa double coudure, conduits des nerfs pétreux aboutissant à l'hiatus de Fallope, celui du nerf de Jacobson); de cette masse spongieuse, des dépressions périphériques amincissent encore la coque enveloppante (fossette de Gasser, fosse jugulaire, avec fossette d'Andersch, etc.).

Situation et structure rendent ses fractures fréquentes et les lésions des organes qui le traversent ou sont à son contact, se révèlent par des symptômes spéciaux qui individualisent ses traumatismes et les séparent des autres fractures du crâne : grâce à leur témoignage, on peut actuellement s'inscrire en faux contre le vieil aphorisme d'Hippocrate : « Cet accident, quand il arrive, n'est susceptible d'aucun secours; car dans le cas où cette lésion existe, il n'est possible de reconnaître par aucune recherche ni si le blessé a éprouvé cet accident, ni en quel point du crâne. »

I

Étiologie. — Au point de vue de leur étiologie, on peut distinguer les fractures du rocher en fractures directes et fractures indirectes.

a. Fractures directes. — Dans les fractures directes la solution de continuité se produit au point d'application de la force sur l'os. Ces traumatismes agissent toujours de dehors en dedans, et on ne connaît point d'exemple qu'un agent traumatisant introduit dans le crâne, soit à travers les parois de sa voûte, soit par les cavités de la face sur lesquelles s'amincit sa base (fosses nasales, orbite), ait produit une fracture du rocher par choc endocranien. Mais l'action externe est différente suivant la variété de l'agent causal.

Les *instruments contondants* (chocs, chutes) agissent presque toujours sur la région mastoïdienne; des traumatismes antérieurs, portant sur le menton, intégralement transmis par la mâchoire inférieure, dont les condyles frappent comme des marteaux l'os tympanal, laminé sur le rocher immédiatement sous-jacent, peuvent produire des fractures du rocher (1).

Les *instruments piquants et tranchants* (stylets, fleurets, poignards), dont la force s'épuise vite, ne produisent de fractures du rocher que si la voie du conduit auditif externe, empruntée par eux, les mène directement sur le rocher; l'orientation en haut ou en bas de leur pointe, fait prédominer leur action sur les parties supérieure ou inférieure de l'os, créant des fractures endocraniennes ou exocraniennes (Simpson-Gangf, in Th. Gauthier) également graves.

Les *armes à feu* qui peuvent entrer en jeu sont : les *armes de guerre* à projectiles, gros ou petits (éclats d'obus ou balles cylindro-coniques), animés d'une vitesse considérable et d'une force de pénétration irrésistible; plus souvent les *armes civiles* (carabine, revolver) à force vive limitée : ces dernières nous occuperont seules. La balle peut atteindre d'emblée le rocher par le conduit auditif externe. Elle le lèse souvent secondairement et non seulement par les régions mastoïdienne et temporo-maxillaire, que nous avons vues empruntées par les traumatismes contondants, mais par les parties profondes de ses faces exocraniennes : l'orifice d'entrée de la balle est alors éloigné de la région auriculaire. Dans le cas de Boyé, la balle, entrée un peu en avant de l'angle de la mâchoire, avait traversé l'échancrure sigmoïde et atteint le rocher en dedans de la cavité glénoïde (face exocranienne antérieure. Chez le malade de Verneuil (in Th. Esprit), la balle, entrée au-dessous et en arrière de la mastoïde, avait perforé la face exocranienne postérieure en dedans du trou stylo-mastoïdien. Dans le fait rapporté par Jaboulay (in Th. Puig), la balle, venue probablement de très bas, avait atteint et pénétré verticalement le rocher, immédiatement en dehors du trou déchiré postérieur.

b. Fractures indirectes. — Elles succèdent à des traumatismes atteignant la voûte du crâne. Les chocs

(1) Je range avec Chipault, contrairement à Gérard-Marchant, les fractures du rocher par enfoncement de la cavité glénoïde, parmi les fractures directes. On peut discuter en effet sur la place à assigner à ces fractures qu'on pourrait nommer *fractures par transmission intégrale*, car s'il est vrai que la fracture siège au point où le traumatisme transmis agit sur l'os, il est certain que le traumatisme primitif est appliqué loin du foyer de fracture. La difficulté peut paraître difficile à trancher si on ne fait pas abstraction des mots, mais à considérer les faits, la question s'éclaire. Supposez un bâton fixé par ses deux extrémités et ne reposant pas sur le sol; agissez sur une extrémité et brisez-le par flexion : c'est la fracture indirecte; tranchez-le d'un coup de hache, c'est la fracture directe; vous pouvez le briser encore en frappant sur l'extrémité libre d'un instrument quelconque, dont l'autre extrémité appuie sur le bâton; c'est la fracture par transmission et il est indiscutable qu'elle se rapproche davantage de la fracture directe que de la fracture indirecte.

Il est au crâne d'autres variétés de fractures par transmission : enfoncement de l'occipital par la colonne vertébrale à la suite de chute sur les pieds ou les ischions. Bien que Patel écrive que, dans ces cas, le rocher peut être intéressé, je n'en ai pas trouvé d'exemple parmi les thèses et les observations que j'ai compulsées.

ou chutes portent sur la région temporo-pariétale ou la région occipitale jusqu'à une certaine distance de la ligne médiane. La tête peut être prise entre deux pressions (écrasement par roue de voiture ou compression entre deux forces vives), tantôt suivant son diamètre transversal, bi-auriculaire, tantôt suivant un diamètre oblique mastoïdo-orbitaire.

II

Anatomie pathologique. — Les lésions sont de divers ordres et doivent être étudiées méthodiquement.

Lésions osseuses. — Les fractures peuvent être complètes ou incomplètes.

Les *traits de fracture complets* qui intéressent le rocher dans toute l'étendue de son diamètre, sont schématiquement classés en trois types.

a. *Fracture parallèle à l'axe.* — Le trait siège dans la partie antérieure du rocher; il part du conduit auditif externe, intéressant sa paroi antérieure ou passant en avant d'elle, chemine dans le voisinage des gouttières des nerfs pétreux et va aboutir soit au trou déchiré antérieur, soit au trou spléno-épineux : le rocher est séparé par ce trait, qui traverse l'oreille moyenne, en deux fragments très inégaux, comme y a insisté le professeur Duplay, dont l'antérieur, le plus petit, ne contient rien, tandis que le postérieur, plus volumineux, contient tous les organes sensoriels de l'ouïe, les nerfs et les vaisseaux intrapétreux.

b. *Fracture perpendiculaire à l'axe*, *transversale*, ou *de la partie moyenne.* — Le trait commence dans la partie externe du trou déchiré postérieur, se porte en avant, passant presque perpendiculairement sur le rocher et vient aboutir au trou déchiré antérieur ou spléno-épineux. La situation exacte est un peu variable par rapport au conduit auditif interne. Tantôt il passe par le conduit même; Gérard-Marchant le place un peu en dehors du conduit : dans les deux cas, oreille interne et aqueduc de Fallope sont fatalement traversés par le trait (Duplay). Dans certaines observations, une de Gosselin en particulier (Th. Levesque), le trait siège un peu en dedans du conduit auditif intact; le limaçon peut alors être ouvert sans que le canal de Fallope soit intéressé.

c. *Fractures obliques* ou *de la base.* — Le trait part, très externe, sur la face postérieure du rocher, souvent près de son union à la mastoïde, intéressant les cellules mastoïdiennes (Trélat, Félizet), il se porte obliquement en avant et au dedans, ouvrant souvent le fond du conduit auditif interne, traversant les cavités de l'oreille interne et l'aqueduc de Fallope; il vient aboutir en avant au trou déchiré antérieur.

d. *Fractures de la pointe.* — L'extrême pointe du rocher est arrachée par un trait perpendiculaire en un fragment tantôt net, tantôt irrégulier, comme écrasé.

Ces lésions osseuses pétreuses restent rarement aussi schématiques. Parfois (et bien qu'on y insiste peu, le détail a son importance, car il explique des troubles cliniques parfois paradoxaux), la fracture est *esquilleuse* et ces esquilles détachées surtout de la partie postérieure du rocher, la plus épaisse, peuvent amener l'ouverture de cavités que ne traverse point le grand trait de fracture : ces esquilles sont signalées dans des observations de Gosselin, de Nélaton, de Laugier; c'est ainsi que peut s'expliquer l'ouverture de l'oreille interne dans certaines fractures parallèles anormales.

Le schéma se trouve encore compliqué, en admettant que les lésions restent uniquement pétreuses, du fait que *plusieurs fractures peuvent coexister.* L'arrachement de la pointe est très fréquent au cours des fractures parallèles ou perpendiculaires, et on peut fort bien voir aussi une fissure parallèle coexister avec une fracture perpendiculaire.

Enfin les *lésions osseuses peuvent ne pas rester pétreuses*, et elles se continuent avec d'autres fractures qui atteignent soit la voûte, soit la base.

Les *fractures de la voûte* qui sont en continuité avec les fractures du rocher, diffèrent suivant les variétés de ces dernières. Schématiquement, les fractures parallèles du rocher se continuent avec une fracture de la fosse temporo-pariétale; les fractures obliques du rocher sont la suite de fractures de la fosse occipitale assez éloignées de la ligne médiane; les fractures perpendiculaires dépendent de solutions de continuité de la partie moyenne de la fosse occipitale (Félizet). Enfin, mais exceptionnellement, et notamment, dans une des observations de Quénu et Tesson, le sommet du rocher peut être arraché dans les fractures para-médianes de la base du crâne.

Sur la base, le trait pétreux peut se continuer vers l'étage antérieur du crâne du côté correspondant ou du côté opposé, en passant soit à travers le corps du sphénoïde et le plancher du chiasma (voie superficielle de Félizet), soit par le trou ovale, le trou rond et la fente sphénoïdale (voie profonde de Félizet). Le trait peut traverser la ligne médiane au niveau du corps du sphénoïde, en avant de l'apophyse basilaire toujours intacte, et passer sur le rocher du côté opposé, donnant sur lui une fracture parallèle, ou perpendiculaire (Lefort), parfois les deux (Gosselin, in Levesque); il y a alors fracture des deux rochers.

Il est à remarquer d'ailleurs que plusieurs traits de fractures, de la voûte ou de la base, peuvent exister tout à fait indépendants les uns des autres : Berger et M[lle] Klumpke ont vu coexister cinq fractures indépendantes sur une base du crâne, dont une sur le rocher, et ils rapportent des faits analogues de Desgranges, Dolbeau, Félizet.

A côté de ces traits de fracture complets, simples ou complexes, localisés ou irradiés, uniques ou multiples et indépendants, il en est quelques-uns d'*incomplets.* Ceux-ci ne peuvent exister que dans la partie postérieure du rocher, la plus épaisse. C'est ainsi que les fractures incomplètes de la mastoïde se prolongent dans l'oreille moyenne, sans la dépasser, ébauchant un commencement de fracture oblique du rocher (Boullet). Vincent a vu une fissure sur la face postérieure du rocher. Politzer rapporte un cas de fracture perpendiculaire incomplète intéressant uniquement l'oreille interne. Otis cite une

observation analogue de fracture du rocher avec surdité, sans lésion du facial.

Quelques agents directs et des *armes à feu* créent des lésions osseuses qu'il est presque impossible de classer, mais un fait se dégage de ce chaos : leur tendance bien connue aux esquilles. La balle peut faire éclater le rocher après l'avoir pénétré et s'échapper dans le crâne entraînant avec elle des esquilles dans la substance cérébrale (Verneuil, Poncet). Elle peut au contraire effondrer de haut en bas la partie inférieure du rocher et s'échapper dans le cou (Demons). Un instrument piquant peut d'ailleurs produire des désordres analogues, mais moins considérables. Plus souvent la balle se creuse dans l'os, par écrasement, une loge où elle s'encastre : de là partent souvent des fissures irrégulières et multiples qui pénètrent et fragmentent le rocher. La balle se fixe ainsi soit dans les parties profondes du rocher, soit assez souvent au voisinage du conduit auditif externe, dans sa paroi antérieure ou dans la mastoïde. Exceptionnellement elle peut rester libre dans le conduit : la fracture est alors déterminée par la brusque poussée d'air que produit son irruption.

Lésions des parties molles. — Celles-ci peuvent être éloignées, péripétreuses, intrapétreuses.

Sur les *lésions éloignées*, il est inutile de s'appesantir. Elles sont cérébrales ou cervicales. *Cérébrales*, ce sont les lésions de contusion du cerveau avec hypérémie, parfois piqueté hémorragique ou foyer hémorragique vrai. Les lésions, parfois très diffuses, sont souvent localisées en regard de la fracture (lobe sphénoïdal), mais peuvent prédominer au point diamétralement opposé (lobe frontal du côté opposé), créant des troubles corticaux discordants. Ces lésions corticales n'ont rien de spécial aux fractures du rocher, elles sont communes à la plupart des traumatismes cérébraux, ce qui nous permet de n'y pas insister. *Cervicales*, elles ne sont guère étendues que dans les fractures par balle tirée à distance de la région auriculaire. Les lésions de la peau, des muscles sont banales et variables. Les gros vaisseaux du cou peuvent être blessés, ce qui amène des hémorragies redoutables; parfois le broiement des vaisseaux hémostasie au contraire la plaie vasculaire et rend exsangues des lésions pétreuses cependant très profondes (Larrey). Des nerfs peuvent être lésés ; dans un cas de Verneuil, le facial était coupé dans le cou, après sa sortie du rocher.

Pour éviter des redites, nous étudierons en même temps, en les classant par systèmes, les *lésions périphériques* et *intrapétreuses*.

Des *méninges*, la dure-mère est presque toujours déchirée et non décollée, à cause de son adhérence très forte au rocher : d'où la rareté des épanchements sous-dure-mériens. Ceux-ci peuvent exister dans la région décollable de Gérard-Marchant, loin du rocher quand le trait se continue dans la zone temporo-pariétale. Les méninges molles sont aussi lésées et déchirées, d'où les hématomes intra-duraux et l'écoulement du liquide céphalo-rachidien.

Les *vaisseaux* sont touchés assez rarement, sauf dans les fractures par balles, dans lesquelles la balle peut ouvrir la carotide, ou le sinus caverneux, ou la méningée moyenne au niveau du trou petit rond (Reverdin, Terrier, etc.). La carotide interne est parfois blessée dans le sinus caverneux par une esquille (Nélaton). Le sinus latéral est assez souvent ouvert au niveau de son coude dans les fractures obliques (Gosselin, Larrey), mais peut l'être aussi au niveau du trou déchiré postérieur dans certaines fractures parallèles ou perpendiculaires complexes (Morgagni, Larrey, Luys, in Gangolphe et Piorry). Les sinus pétreux supérieurs et inférieurs ne sont point intéressés, et en somme, comme l'avait remarqué Trélat, les lésions vasculaires sont moins fréquentes dans les fractures du rocher, que ses connexions auraient pu le faire supposer.

Les *nerfs* sont souvent lésés dans le rocher ou au voisinage du rocher. Le nerf auditif ou ses terminaisons sensorielles dans l'oreille interne sont détruits dans les traits transversaux ou obliques. Le nerf facial est intéressé par les mêmes traits, respecté par les traits parallèles, mais une de ses branches, la corde du tympan, est alors lésée : quand il y a des esquilles, ce schéma peut être altéré.

Le trijumeau qui repose, par son ganglion de Gasser et l'origine des trois branches qui en partent, dans une dépression du rocher, le moteur externe intimement appliqué contre le sommet du rocher, comme l'a montré Chevallereau, le moteur oculaire commun lui-même, peuvent être intéressés dans les fractures de l'os, surtout dans les fractures de la pointe, ou les fractures parallèles souvent combinées à des fractures de la pointe (Ferron, Bonnet).

Réparation des lésions. — Les lésions des parties molles sont définitives, elles s'organisent, se cicatrisent isolément, mais ne se réparent pas. On a longtemps pensé qu'il en était de même des lésions osseuses. Malgaigne disait que les fractures du rocher ne se consolidaient pas et Houel partageait cet avis. Chauvel cite des cas de non-consolidation après cinq mois. Mais la consolidation pour être lente, plus lente encore qu'à la voûte, d'après Richet, n'en existe pas moins et Vérité en rapporte un autre cas, auxquels viennent s'ajouter ceux de Bruns, Bergmann, Chipault. Dans un cas de Jaboulay, la perte de substance était en grande partie comblée par des ostéophytes de nouvelle formation. La lenteur de la consolidation est expliquée beaucoup moins par l'écartement des fragments qu'incriminait Richet, et qui est souvent insignifiant, que par l'insuffisance de la réaction osseuse. D'après Kœnig, c'est le diploé et non le périoste qui réagit ; d'après Gérard-Marchant, le périoste entre en action, mais le cal reste très longtemps fibreux (Duplay) et n'est envahi que tardivement par les aiguilles osseuses.

III

Pathogénie. — Les relations qui unissent les désordres anatomiques variables des fractures du rocher aux causes qui peuvent les produire, ne sont pas également faciles à établir dans tous les cas.

Fractures directes. — La pathogénie des fractures directes est simple : qu'il s'agisse d'un choc ou d'une

balle, les lésions, produites au point d'application de la force, sont conditionnées par l'intensité de cette force et la résistance variable de la région traumatisée; les lésions se limitent beaucoup plus facilement dans la moitié postérieure que dans la moitié antérieure du rocher.

Dans le cas de balle, l'agent traumatisant agit non seulement par lui-même, mais aussi par le brusque déplacement de l'air qu'il produit dans l'oreille moyenne : d'où certains éclatements considérables.

FRACTURES INDIRECTES. — Celles-ci sont beaucoup plus difficiles à interpréter et il importe d'y bien distinguer les cas dans lesquels la fracture du rocher n'est qu'une irradiation d'un trait de la voûte, et les cas dans lesquels la fracture du rocher est indépendante.

α. FRACTURE DU ROCHER PAR IRRADIATION DE FRACTURE DE LA VOUTE. — Longtemps ignorées puisque Galien, Paul d'Egine, Béranger de Carpi pensaient que les sutures empêchaient les violences de passer d'un os à l'autre, leur importance n'a été reconnue qu'après le mémoire d'Aran (1844) qui soutint qu'elles constituent les 99/100 des fractures de la base, et plaida contre la fréquence des fractures par contre-coup, admise depuis Hippocrate et consacrée au siècle précédent par l'Académie royale de chirurgie et les controverses toutes géométriques de Sabouraut et Saucerotte.

Aran, outre la fréquence des irradiations à la base, soutient que les fissures se propagent par le plus court rayon. Il note de plus que certains traumatismes ont des irradiations spéciales et toujours les mêmes : les traumatismes sphéno-pariétaux produisent une fracture parallèle du rocher, les traumatismes de la région occipitale entraînent une fracture perpendiculaire.

Trélat, en 1855, insiste sur les différences considérables de morphologie et de résistance qui séparent la voûte de la base, la première régulière et partout continue, la seconde accidentée, anfractueuse, creusée de nombreux orifices qui sont en quelque sorte comme des points d'appel pour la propagation des fissures. Ce soubassement irrégulier et fragile de la base supporte la voûte, qui s'appuie sur elle par des arêtes, des colonnes plus résistantes : ce sont les poutres du crâne, déjà reconnues par Rathke, et qui guident vers la base, par des voies déterminées, la propagation des fissures de la voûte.

Sur ces données, vérifiées par de nombreuses expériences, Félizet écrit sa thèse si riche en documents (1873), et Baum son étude des archives de Langenbeck (1876). Les expériences graphiques de Chipault et de Braquehaye (1894) les ont confirmées et complétées sur certains points.

Les poutres ou arcs-boutants du crâne sont au nombre de 6; deux médians impairs (antérieur frontal, postérieur occipital), quatre pairs et latéraux (orbito-frontal et temporo-mastoïdien). Ces arcs-boutants partent, à la voûte, d'une zone commune, héxagonale, au niveau de laquelle les traumatismes indifférents déterminent des lésions de sens très variable : c'est la pièce sincipitale. Ils aboutissent de même en bas à une zone commune, ou pièce basilaire, qui est comme un centre de résistance. Ce centre de résistance n'est point le pourtour du trou occipital, qui est loin d'être aussi invulnérable que le pensait Félizet, comme Quénu en a fait la remarque : la pièce basilaire est constituée par l'apophyse basilaire de l'occipital. Mais au moment où les arcs-boutants, disposés en croix comme les bâtons destinés à tenir écartés les bords d'un filet, suivant la comparaison de Rathke, vont prendre insertion sur la pièce basilaire, ils sont tous affaiblis par des perforations nombreuses, ce qui diminue leur résistance et fait que les territoires de la base sont beaucoup moins distincts que ceux de la voûte : l'arc-boutant frontal s'insère en effet à la pièce basilaire par la lame criblée de l'etmoïde, et le corps du sphénoïde; l'arc orbito-frontal est creusé de la fente sphénoïdale, du trou optique et aboutit aussi au corps du sphénoïde, évidé par le sinus sphénoïdal. L'arc temporo-mastoïdien est continué vers la pièce basilaire par le rocher, dont la fragilité n'est plus à démontrer. L'arc occipital est perforé du trou occipital que traversent assez souvent les fractures.

Entre les arcs-boutants, solides à la voûte, vermoulus à la base, s'étendent les entre-boutants, ou murs-boutants.

Dans tout traumatisme atteignant un mur-boutant, les arcs limitants sont écartés, et il y a une tendance au tassement dans les autres entre-boutants. Ce fait a été constaté macroscopiquement par Felizet qui a vu, sur des crânes noircis, l'empreinte d'une chute, d'abord circulaire, devenir allongée transversalement pour une chute plus haute; puis perpendiculairement à cette empreinte transversalement allongée, il a vu descendre une fissure longitudinale entre les arcs-boutants. Chipault et Braquehaye l'ont mieux constatée encore avec leur tambour enregistreur, et ils ont obtenu des graphiques et de la dépression du mur-boutant traumatisé, et du soulèvement des autres murs-boutants, traduisant le tassement, le resserrement des arcs-boutants.

Appliquons ces données aux fractures du rocher.

Un traumatisme de la région temporo-pariétale repoussant l'arc orbito-frontal en avant, l'arc temporo-mastoïdien en arrière, produira une fissure de la voûte, située à la partie moyenne du mur-boutant, un peu en avant du conduit auditif externe. Cette fissure, pour se propager à la base, suivra naturellement la partie la moins résistante du mur-boutant basilaire correspondant, c'est-à-dire la portion antérieure du rocher qui est immédiatement en avant de la moitié la plus solide de l'arc pétreux. Si la force traumatisante est considérable, le trait pétreux, au lieu de s'arrêter à un des trous du mur-boutant correspondant, pourra, profitant de la partie vermoulue des arcs-boutants voisins, passer dans la région orbitaire correspondante, ou dans la région orbitaire ou sphéno-temporale du côté opposé en traversant le corps évidé du sphénoïde.

Sans que le traumatisme ait besoin d'être très considérable, la poussée en arrière que subit l'arc temporo-mastoïdien, heurte brusquement le sommet

de la pyramide pétrée sur les bords de l'apophyse basilaire avec laquelle elle est déjà en contact, et le fracture souvent par écrasement : d'où la fréquence de la coexistence d'une fracture parallèle du rocher et d'une fracture de la pointe.

Les traumatismes du mur-boutant occipital produisent des fractures au point où ils sont appliqués, et rejettent fortement l'arc temporo-mastoïdien en avant, l'arc occipital restant fixe : la brusquerie de cette projection est un peu variable suivant le point d'application du traumatisme ; d'où une certaine variété dans les fractures du rocher.

Si le traumatisme est proche de la ligne médiane, la fissure occipitale commencera près de l'arc occipital. La projection en avant de l'arc temporo-mastoïdien et du rocher se fait sans brusquerie, le traumatisme étant éloigné, et la force étant atténuée et satisfaite en partie par l'élasticité de toute la fosse occipitale. Aussi tout le rocher est-il porté en avant et reste-t-il intact : c'est la fracture para-médiane de Quénu. Si l'os cède, c'est tout près de son sommet et la pointe ou une esquille seule est arrachée par le ligament pétro-basilaire.

Si le traumatisme atteint le milieu de la fosse occipitale, là commencera la fissure. La projection en avant de l'arc temporo-mastoïdien est plus vive, le traumatisme étant plus proche. Le rocher tend à suivre le reste de l'arc, mais comme il est engrené par sa pointe avec la pièce basilaire, il se fléchit pour ainsi dire et se brise par flexion au niveau de son point le plus faible, c'est-à-dire transversalement dans sa partie moyenne.

Si le traumatisme touche la fosse occipitale dans sa moitié externe, et surtout agit obliquement, la projection s'exerce intégralement et avec brutalité sur l'arc temporo-mastoïdien, le rocher n'a pas le temps de suivre, et une fracture oblique ou de la base du rocher apparaît.

Notons d'ailleurs que dans les deux derniers cas, le tassement assez brusque qui se produit dans la partie basilaire de l'entre-boutant sphénoïdal, peut amener une fissure au niveau de la partie la plus mince, le tegmen tympani : d'où la coexistence d'une fracture parallèle du rocher avec une fracture oblique ou perpendiculaire.

Les Allemands avec Hermann, Messerer, Wahl n'admettent pas ce mécanisme pathogénique et, ne tenant nul compte des poutres du crâne, ils pensent que la direction et la situation du trait de fracture sont uniquement liées à la direction et à l'application de la force traumatisante. Sans doute, il faut faire intervenir cette dernière, et la théorie classique française ne s'en désintéresse pas, mais il semble excessif de faire table rase des conditions de résistance du crâne.

β. Fractures indépendantes du rocher. — Elles sont rares et même les plus rares de toutes les fractures indépendantes de la base, et c'est presque uniquement aux fractures indépendantes orbitaires que se rapportent la plupart des observations de fractures indépendantes de la base (Perrin, Nancrède, Messerer, Bergmann, Tuffier, Moty, Dziewonski, Vincent, Mathœi, Poncet, Pollosson, Lacassagne in Th. Malafosse). Cependant dans la dernière observation de la thèse de Chauvel, les deux rochers sont intéressés au cours d'une fracture indépendante très étendue de la base. Le mémoire de Berger et Klumpke, celui de Patel et la thèse de Boissat inspirés par Jaboulay, traitent spécialement des fractures indépendantes du rocher et rapportent les observations de Berger, Vincent, Voltilini, Burland, Affre, Durieux. Nombreuses sont les théories émises pour les expliquer, et elles n'ont malheureusement pas de portée générale.

Théorie de la pression hydrostatique. — Basée sur les expériences de Rucker, de Kocher et de Reverdin qui, tirant à balle sur des crânes entiers, ont obtenu des fractures éloignées indépendantes, elle est adoptée par Bergmann et Messerer. Elle ne vaudrait absolument que pour les plaies par balle : elle s'accorde d'ailleurs fort mal avec le fait que souvent les esquilles au lieu d'être projetées vers l'exocrâne par la poussée hydrostatique, sont soulevées vers le cerveau. Quand cette théorie est applicable, c'est bien la poussée hydrostatique (liquide céphalo-rachidien et substance cérébrale), qui entre en jeu, et non la poussée du capuchon d'air entré avec la balle, comme l'avait prétendu Melsens : les calculs de Reger ont montré l'improbabilité de cette hypothèse. Les expériences récentes de Chauvel, Nimier, Breton et Pesme contredisent d'ailleurs nettement cette théorie hydrostatique.

Théorie du cône de soulèvement. — Emise par Vincent et basée sur les expériences de Duret au sujet de la contusion cérébrale, elle admet qu'au point opposé à celui où le coup a porté, créant un cône de dépression osseuse, se forme un cône de soulèvement osseux, qui peut amener une fracture si la paroi est assez faible en ce point. Cette théorie a encore contre elle la saillie intra-cranienne des esquilles.

Théorie de l'augmentation des diamètres. — D'après Messerer, quand le crâne, par compression, voit un de ses diamètres rétréci, le diamètre, qui lui est perpendiculaire, s'allonge. Le fait est certain, mais l'allongement est bien trop minime pour expliquer une fracture d'une masse comme le rocher.

Ce mécanisme ne pourrait être invoqué que dans les cas de compression lente, où le mécanisme de l'étau est réalisé. Les expériences de Patel, inspirées par Jaboulay, rapportées dans son mémoire, et la thèse de Boissat établissent d'ailleurs que ce mécanisme (pression bimastoïdienne, ou mastoïdo-orbitaire) produit toujours des fractures de la voûte avec irradiation à la base et non des fractures indépendantes.

Théorie de l'amplification des vibrations. — Elle a été mise en avant par Nancrède et est basée sur l'observation suivante : prenez par une extrémité une grosse barre de fer, et sur l'autre extrémité, appuyant sur une enclume, appliquez un coup de marteau : les vibrations transmises à l'extrémité libre sont si intenses que vous devrez la lâcher. Répétez la même expérience avec un fil de fer, et les vibrations ne sont pas exagérées. Les vibrations à distance s'exa-

gèrent donc surtout en proportion de l'épaisseur, ce qui expliquerait d'après Nancrède les fractures isolées de la base. Mais la partie de la base la plus épaisse étant le rocher, toutes les fractures indépendantes devraient être pétreuses ; or, cette localisation est exceptionnelle, et les voûtes orbitaires, le plus souvent atteintes, comptent parmi les parties les plus minces de la base du crâne.

Théorie du contre-coup ou de la vibration osseuse. — C'est à cette vieille théorie que Sabourаut et Saucerotte rapportaient toutes les fractures du crâne. Elle a été reprise pour les fractures indépendantes. Tout traumatisme cranien engendre des vibrations osseuses qui se propagent à travers les parois : si les vibrations, partout transmises, ébranlent des parties un peu faibles, elles pourront produire des solutions de continuité. Berger et M. Klumpke ont bien montré que le rocher par la saillie qu'il fait dans le crâne, sa direction oblique, qui le fait porter à faux et sa structure caverneuse, était exposé aux lésions indépendantes par contre-coup. Perrin a d'ailleurs obtenu expérimentalement des fractures indépendantes en appliquant de violents traumatismes sur un coussin reposant sur un crâne : le traumatisme, diffusé, ne déterminait pas de fractures directes, mais des fractures éloignées par transmission des vibrations osseuses. Cette théorie est admise par Poncet (th. Malafosse), Bergmann (d'abord partisan de la théorie hydrostatique) et Longmore. Elle est le plus généralement adoptée.

Théorie du tassement isolé ou de l'action directe. — Elle est soutenue par Jaboulay et Patel dans certains cas de traumatismes appliqués à la région mastoïdienne. Le rocher se comporte alors comme un os isolé dont le sommet serait fixé sur l'apophyse basilaire et dont l'autre extrémité serait traumatisée.

Si le choc violent est appliqué dans le sens du diamètre mastoïdo-orbitaire (dans la direction du rocher), on observe, avec l'écrasement constant du sommet, deux variétés de fracture perpendiculaire : l'une à l'union du tiers interne et des deux tiers externes (fracture ordinaire) qui semble se faire par flexion ; l'autre à l'union du tiers externe et des deux tiers internes (assez voisine de la fracture oblique) se ferait par pénétration, absolument comme les fractures de l'extrémité inférieure du radius.

Si le choc est appliqué dans la direction du diamètre bimastoïdien, la force agissant obliquement sur le rocher, le repousse en dedans et produit une fracture parallèle, avec écrasement ou plus souvent arrachement de la pointe par le ligament pétro-basilaire.

IV

Symptomatologie. — Les fractures du rocher révèlent cliniquement leur existence par des écoulements par l'oreille et des troubles nerveux qui méritent d'être analysés avec soin, car il n'est guère parmi eux de signes pathognomoniques.

Écoulements par l'oreille. — 1° Écoulement de matière cérébrale. — C'est le seul de tous les signes qui emporte le diagnostic de fracture du rocher ; il est d'ailleurs fort rare. La matière cérébrale se présente sous forme de grumeaux pulpeux blanchâtres qui tranchent parfois au milieu de l'écoulement sanguin [Gislain (de Montargis), Le Diberder, Mayer]. Quand elle baigne dans une sérosité transparente (Cathala) elle est encore assez facilement reconnaissable. Mais coulant en minces filaments avec le sang, elle peut passer inaperçue, sauf si on songe à délayer et à regarder attentivement, parfois au microscope, le produit de l'écoulement sanguin. Restée dans l'oreille et teintée par le sang, elle est facilement prise pour un simple caillot sanguin (Guillemain). Si l'écoulement de substance cérébrale s'observe dans des cas apparemment graves avec coma suivi de guérison (Collins Warren), il peut exister en l'absence de troubles cérébraux marqués (Gyselynck).

2° Écoulement de sang. — Il est loin d'être pathognomonique comme le croyait Vérité, et Chassaignac, Gosselin ont insisté sur les caractères qu'il devait avoir, pour garder quelque valeur.

Il doit être abondant, mais ce n'est point là le principal, et point n'est besoin qu'il atteigne un litre, comme dans le cas de Laugier, pour fixer l'attention sur la fracture du rocher.

Il doit être prolongé et sa durée doit dépasser plusieurs heures : parfois même il continue plusieurs jours et ce fait a une réelle importance pour faire soupçonner l'origine osseuse de cette hémorragie (six jours dans le cas de Bauby et Oulié).

Il est enfin intermittent, c'est-à-dire qu'ayant cessé quelques heures, il reprend ensuite, sans cause notable.

Enfin sa nature varie un peu : composé de sang pur au début, il s'éclaircit peu à peu, devient moins épais, moins rouge et se termine par un écoulement rosé.

Causes et conditions. — Cet écoulement sanguin est le fait de plusieurs facteurs réunis et mis en évidence par Jossilevitch : la perforation de la membrane du tympan (Deronsard), la rupture de la muqueuse de l'oreille moyenne (Béclard), la rupture du rocher lui-même, qui saigne abondamment comme toutes les ruptures osseuses ; au dire de Trélat, l'hémorragie serait plus abondante quand les cellules mastoïdiennes sont intéressées ; ce n'est pas à dire que ces cellules sont particulièrement vasculaires, mais les fractures qui les intéressent créent une surface osseuse cruentée plus considérable. Enfin des lésions vasculaires péripétreuses (sinus pétreux supérieur, sinus latéral, sinus carotidien, artère carotide interne ou méningée moyenne) rares d'après Trélat, assez fréquentes dans les fractures perpendiculaires d'après Boullet, peuvent augmenter la quantité de l'otorragie, soit qu'elles saignent directement dans l'oreille, soit qu'elles donnent lieu à des épanchements péripétreux (sous-dure-mériens ou exocraniens) qui filtrent peu à peu par la fissure pétreuse dans l'oreille moyenne et, de là, au dehors.

Ces causes multiples rendent compte des caractères très variables de l'hémorragie, au point de vue de l'abondance et de l'aspect du sang, qui peut sortir

rutilant et presque en jet, plus souvent lentement et noirâtre.

Pour que l'otorragie soit possible, quelle que soit sa cause, il faut que le tympan soit rompu. Si celui-ci est respecté, le sang, épanché dans l'oreille, est conduit dans le naso-pharynx par la trompe d'Eustache, et donne lieu soit à une épistaxis, soit à une hémorragie buccale. Lenhardt et Gaseuil ont pu voir le sang couler de l'orifice de la trompe, derrière le pilier postérieur du voile du palais.

Epistaxis et crachats sanglants pharyngiens peuvent d'ailleurs être vraiment d'origine nasale, et être engendrés par la propagation d'une fissure aux sinus sphénoïdaux ou à la lame criblée de l'ethmoïde. Ces fissures ne sont pas toujours découvertes, et il faut incriminer parfois de simples ruptures muqueuses, origine habituelle des épistaxis traumatiques ordinaires : dans ce dernier cas, l'écoulement sanguin est ordinairement peu tenace.

3° Ecchymose. — L'ecchymose est à rapprocher de l'écoulement sanguin, car elle traduit l'épanchement du sang et l'infiltration progressive des tissus de la profondeur vers la superficie. L'ecchymose de la fracture du rocher est mastoïdienne et tend à s'étaler dans le sillon rétro-auriculaire. Elle n'a d'importance que s'il n'y a pas eu traumatisme direct de la région, si elle se développe tardivement et progressivement. Elle peut être bilatérale dans les fractures doubles du rocher, et son importance est alors très grande (Vaudremer).

4° Ecoulement de sérosité. — Indiqué au XVIe siècle par Béranger (de Carpi) et Stalpart van der Wiel, observé de nouveau par Camici (1827), son importance n'a été réellement reconnue que depuis les travaux de Laugier (1839) dont il porte le nom.

Il fait suite à l'écoulement de sang. Quand celui-ci a cessé, de l'oreille continue à sourdre goutte à goutte un liquide à peu près incolore qui tache et empèse l'oreiller. L'écoulement, intermittent, augmente par la toux, l'effort, les mouvements du malade. Il dure quelques jours (quatre jours, Gosselin in Levesque). Ce liquide, dont on peut recueillir parfois une petite quantité pour l'analyse chimique, contient, d'après Chatin et Lassaigne, une grande quantité de chlorure de sodium.

L'*origine* de cet écoulement séreux est différemment comprise par les auteurs. Laugier, Aran, Chassaignac pensaient qu'il s'agissait du sérum d'un épanchement intra-cranien, souvent d'origine sinusienne, filtrant à travers la fissure pétrée. Marjolin, Robert croyaient que c'était du liquide de Cotugno évacué par une ouverture de l'oreille interne : le mémoire de Richet et les faits avec autopsie de Fédi et Hagen, ont prouvé que cette origine était possible.

L'opinion la plus répandue, défendue par Bérard, Nélaton, Guthrie, est que c'est du liquide céphalo-rachidien. La majorité des auteurs admettent que les espaces sous-achnoïdiens sont ouverts par la déchirure de la gaine qui accompagne l'auditif et le facial dans le conduit auditif interne (Follin et Duplay), mais cette lésion n'existe pas dans toutes les fractures transversales du rocher et l'écoulement de sérosité est beaucoup plus fréquent, que ces fractures transversales, rares.

Gosselin avait montré que, dans un cas, la gaine des nerfs du trou déchiré postérieur pouvait être l'origine de l'écoulement séreux.

Poirier pense que l'ouverture d'une gaine périnerveuse n'est plus nécessaire : les fractures du rocher, quel qu'en soit le sens, s'accompagnent presque toujours de déchirure de la dure-mère adhérente ; le liquide céphalo-rachidien peut dès lors filtrer par la fissure durale et osseuse.

Pour que l'écoulement séreux soit possible, il faut donc qu'il y ait rupture du tympan et ouverture de la cavité arachnoïdienne, ou de l'oreille interne.

Troubles nerveux. — Les troubles nerveux pourraient être avec avantage rangés en *troubles objectifs*, qu'on peut constater dans tous les cas, et qui sont des phénomènes paralytiques liés à des lésions des nerfs péri ou intra-pétreux, et en *troubles subjectifs*, sensitifs ou sensoriels, qui ne peuvent être dépistés que grâce à la collaboration consciente du malade. Mais comme ces troubles subjectifs et objectifs dépendent souvent d'un même tronc nerveux, il vaut mieux considérer ensemble les troubles totaux produits par la lésion des divers nerfs.

Nerf auditif. — Le sens spécial qu'abrite le rocher est fréquemment atteint dans sa double fonction d'équilibration et d'audition. L'ouïe peut d'ailleurs être lésée dans ses appareils de transmission ou de réception.

La lésion de l'*appareil de transmission* consiste dans la fissuration de la caisse et la rupture de la membrane du tympan : la caisse est remplie de sang et ce fait a des conséquences cliniques imprévues.

Si, dans ce cas, on explore l'ouïe, on constate que le malade entend très mal de ce côté, l'acuité auditive est très affaiblie : le tic-tac n'est entendu que si la montre est très proche de l'oreille. On vérifie que la transmission est seule en cause, et non la réception, de la façon suivante : normalement la transmission aérienne étant meilleure que la transmission osseuse, quand on cesse d'entendre un diapason appuyé sur la mastoïde, on a encore une sensation auditive s'il est placé devant le conduit auditif : c'est l'épreuve de Rinn. Dans le cas de réplétion de l'oreille moyenne, l'inverse se produit : le Rinn est négatif. Pour que l'expérience ait quelque valeur, il faut être sûr que le conduit auditif externe n'est pas encombré de cérumen.

Dans les mêmes circonstances, si on met un diapason vibrant au niveau du vertex, il est entendu avec plus d'intensité du côté malade que du côté sain : c'est le paradoxe acoustique de Weber.

Si les *organes de réception* sont lésés (cavités de l'oreille interne avec ses deux parties : limaçon, et canaux semi-circulaires — et nerf acoustique avec ses deux branches, cochléaire et vestibulaire), l'état de l'ouïe et de l'équilibration peut être variable.

L'ouïe peut être complètement abolie, du côté

lésé, ou la surdité être absolue, si la lésion est bilatérale (Terrier, Politzer) : il y a alors destruction du nerf auditif.

L'ouïe peut être simplement affaiblie en totalité : à l'épreuve de Weber, le côté lésé répond par la diminution de sa sensation auditive; le Rinnn est négatif comme dans les lésions de transmission. Si la diminution de l'ouïe est égale pour tous les sons, on peut supposer qu'il y a simple ouverture du limaçon. Si la diminution ou l'abolition se limite à certains sons (Knapp, in Cathala, Lannois et Vacher), une destruction partielle du limaçon est indiscutable.

Les lésions des canaux semi-circulaires ou du nerf vestibulaire se révèlent par des vertiges, des troubles de l'équilibration et des bourdonnements d'oreille : c'est une véritable maladie de Menière traumatique.

Nerf facial. — La paralysie faciale qui accompagne généralement les fractures du rocher est une paralysie périphérique et totale : c'est dire que tout un côté de la face est paralysé, flasque, sans rides, et que les traits sont tirés et élevés du côté sain. La pointe de la langue est légèrement déviée du côté atteint (Lenhardt et Gaseuil). On dit encore que la paralysie du voile du palais et la déviation de la luette du côté lésé, permettent de savoir si le facial a été touché dans sa première portion, avant le ganglion géniculé, ou si les nerfs pétreux superficiels sont détruits : étant données les recherches récentes sur l'innervation du voile du palais (Réthi, Vulpian, Lermoyez) on peut se demander si la déviation de la luette observée d'une façon indiscutable, quoique rarement, dans certaines fractures du rocher (Guyon), n'était pas, simple coïncidence, indépendante du traumatisme.

Dans des cas exceptionnels aussi (Laugier), on a signalé des mouvements spasmodiques de la face, par esquille piquant le nerf facial, et se superposant ou non à la paralysie.

Il faut se défier de ces cas rares, aussi bien que des paralysies faciales anormales telles que celles de Morer, où la déformation, manifeste au repos, disparaît dans la contraction volontaire : ces troubles complexes relèvent de lésions variables dans les divers centres multiples du facial (centre cortical de la mimique volontaire [Charles Bell, Romberg], centre mésocéphalique [couche optique pour Bechterew], de la mimique émotive involontaire ou psycho-réflexe [Magnus, Nothnagel]). Ces paralysies faciales complexes sont souvent difficiles à dépister et d'une analyse délicate : pour les mettre en évidence, il faut étudier successivement la face au repos, dans les mouvements volontaires (action de siffler, souffler, mouvements volontaires du rire ou du pleurer), dans les mouvements psycho-réflexes (provocation d'un accès de rire ou de pleurer involontaire) : la paralysie peut exister dans un des trois états et disparaître dans les autres. Ces paralysies d'origine centrale, engendrées par les lésions contusives superficielles ou profondes de l'encéphale, peuvent exister dans les fractures du rocher sans paralysie faciale périphérique (celle-ci, quand elle existe, masque celles-là), mais aussi dans d'autres traumatismes craniens, sans lésion pétreuse.

Il y a donc, dans les fractures du rocher, deux variétés de *paralysie faciale*, l'une d'*origine centrale à symptomatologie complexe*, l'autre d'*origine périphérique pétreuse à symptomatologie grossière* : celle-ci est d'ailleurs la plus fréquente.

Cette paralysie périphérique grossière n'est pas toujours identique à elle-même.

Paralysie faciale immédiate. — Elle paraît aussitôt l'accident; elle se constitue d'emblée et ne progresse plus; elle s'accompagne de réaction complète de dégénérescence dans les muscles de la face. Abolition du goût dans les deux tiers antérieurs de la moitié correspondante de la langue. Elle n'est pas susceptible de régression et reste définitive. Elle est relativement rare (Reclus, Guyon, Péan, Le Diberder), ne se produit que dans les fractures perpendiculaires et obliques : sa cause est la destruction du nerf facial dans le rocher.

Paralysie faciale tardive, ou secondaire. — Secondaire la qualifie mieux que tardive (terme habituel), car elle est assez précoce et ce n'est point du tout un accident de la convalescence, dû à la compression par le cal comme les paralysies qu'on nomme tardives dans les autres fractures.

Elle paraît de cinq à huit jours après le traumatisme (Gangolphe, Terrier, etc.), mais peut fort bien se manifester dès le lendemain (Labeyrie, Bouvier). Elle se développe ordinairement par étape : c'est de la parésie, qu'on peut laisser passer inaperçue, puis de la paralysie avec déformation croissante. Au dire de Demoulin, on n'observerait pas, à l'examen électrique, la formule complète de la réaction de dégénérescence. Elle n'est ordinairement pas définitive et au bout d'un temps variable qui peut aller de cinq semaines à huit mois (Gangolphe) elle s'améliore et peut même disparaître totalement.

Les causes de cette paralysie sont difficiles à élucider, car il n'existe qu'une autopsie d'ailleurs négative de Chauvel.

Tilmann, Charcot, Duplay croient à une névrite consécutive à une otite moyenne concomitante ou développée à la suite de fracture, l'inflammation se propageant au nerf à travers des parois très minces, parfois fibreuses, du canal de Fallope.

Mais la réaction de dégénérescence manquant, la névrite est peu probable. L'origine otitique peut s'expliquer autrement par la formation d'une périostite de la membrane limitante du canal de Fallope, amenant la compression du nerf, c'est ainsi que l'entendent Demoulin et Stéphanoff : l'hypothèse de la périostite « rhumatismale » avait d'ailleurs été émise par Vérité et Le Diberder.

L'accident est trop précoce pour qu'il s'agisse de compression par un cal ou même de périostite précédant la formation du cal, car nous savons qu'au rocher la réaction périostée est peu marquée et très lente.

Demoulin nie la compression du facial par un hématome siégeant dans le canal de Fallope. Cependant Alt et Voron ont signalé des cas de compression du facial par des hématomes.

La paralysie faciale secondaire semble donc relever de causes diverses.

Nerf trijumeau. — Les lésions du trijumeau dans les fractures du rocher ne sont pas très fréquentes, mais elles existent plus souvent qu'on ne le dit, et la récente thèse de Bonnet n'a point réuni tous les cas positifs. Elles passent facilement inaperçues parce que le trijumeau n'est que très accessoirement un nerf moteur et que l'attention n'est appelée objectivement sur la possibilité de la lésion d'un nerf sensitif que par les troubles trophiques, qui manquent parfois.

Le trijumeau moteur ou nerf masticateur ne semble avoir été lésé que dans deux cas (Bruns, Cairon). Ce dernier (quoi qu'en dise Bonnet), insiste sur la gêne de la mastication et sur la déviation latérale de la mâchoire inférieure du côté lésé par la paralysie du muscle myo-hyoïdien (p. 32 de la thèse complétant l'observation I).

Quand le trijumeau sensitif est tout entier paralysé on observe (Bérard, Cathala, Bruns, Loye), une anesthésie de toute la moitié correspondante de la face et des muqueuses nasale et buccale. Il y a en même temps abolition du goût dans les deux tiers antérieurs de la langue [Bruns, Scheier, Hauptmann, Cathala (diminution seulement) (1)].

Beaucoup plus souvent la lésion sensitive n'est pas massive et se localise dans le domaine de l'ophtalmique ou du nerf maxillaire supérieur; le nerf maxillaire inférieur est le moins souvent lésé.

Les diverses sensibilités peuvent être différemment altérées et Cairon, dans son cas, dans lequel l'anesthésie ne dépassait pas la commissure labiale, note la perte de la sensibilité à la douleur, la conservation de la sensibilité tactile et thermique.

Assez fréquemment, il y a des troubles trophiques, mais ils ne sont pas la règle (50 p. 100 des cas de Bonnet, nous y ajoutons les cas de Gangolphe et Terrier, (in Puig). Dans tous les cas de fractures du rocher, ils sont localisés à la cornée et vont depuis la simple ulcération qui guérit (Hauptmann, Gangolphe) jusqu'à l'opacité complète de la cornée avec irido-choroïdite (Cathala, Bruns, Scheier) et même jusqu'à la panophtalmie avec fonte purulente et énucléation de l'œil (Terrier, Riche).

Nerfs moteurs de l'œil. — De ceux-ci le *moteur oculaire commun* est très rarement lésé. On trouve cependant le ptosis et des modifications pupillaires notées dans quelques observations (Cairon), mais il s'agit alors de traits de fracture propagés à l'étage antérieur et une des conclusions de la thèse de Ferron est que la paralysie traumatique du moteur oculaire commun est due à une fracture de la fente sphénoïdale.

(1) Je ferai remarquer qu'on observe des lésions du goût à la fois dans les lésions du facial et du trijumeau ; je ne veux point entrer ici dans l'étude anatomique du trajet des fibres gustatives qui passent par la corde du tympan : les uns les faisant venir du trijumeau (Schiff), les autres (Lussana, Duval) de l'intermédiaire de Wrisberg. Dans cette dernière théorie les troubles du goût ne proviendraient pas de la lésion du trijumeau, mais de la lésion concomitante de la corde du tympan dans l'oreille moyenne.

En revanche le *nerf moteur oculaire externe* est souvent atteint dans les fractures du rocher et particulièrement dans les fractures de la pointe. Sa lésion se traduit par du strabisme interne du côté lésé, avec diplopie, naturellement. La paralysie est ordinairement immédiate et définitive (Chevallereau, Panas), cependant Labeyrie a récemment publié un cas de paralysie bilatérale du moteur oculaire externe suivant à un et deux jours l'accident traumatique.

Sans discuter sur la cause de cette paralysie secondaire, en tout point analogue à la paralysie secondaire du facial et qui est encore peu connue, le mécanisme de la paralysie primitive est déjà difficile à élucider. Chevallereau, Gangolphe, Ferron repoussent la théorie nucléaire, qui admettait l'origine bulbaire des lésions et leur production par le choc du liquide céphalo-rachidien sur le plancher du quatrième ventricule. La gracilité et la longueur du nerf ne sauraient être invoquées; le pathétique est plus long, plus grêle aussi, et n'est pas lésé. C'est la théorie basilaire, fondée sur les rapports intimes avec le rocher du nerf sous-jacent au sinus pétreux supérieur (Chevallereau, Panas) qui réunit les suffrages.

Dans cette situation, il peut être blessé par une esquille (Cras, in Cairon), comprimé par un épanchement sanguin (Lor, Panas, Genouville). On admet plutôt qu'il est lésé directement par l'extrémité du fragment, « soit qu'il y ait broiement de la pointe du rocher ou désinsertion au niveau de l'attache du ligament pétro-basilaire : il pourrait ne pas être lésé dans les arrachements véritables de la pointe du rocher par le ligament pétro-basilaire : le tunnel ostéo-fibreux qui livre passage au nerf est alors conservé et ce dernier demeure intact » (Patel).

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(séance du 31 octobre 1905)

L'argyrol. — Une seule communication à signaler, celle de M. Darier sur l'emploi de l'argyrol en oculistique. Il en aurait tiré les meilleurs effets dans le traitement de l'ophtalmie blennorragique de l'adulte. Il croit pouvoir affirmer, après une expérience de huit années, qu'il est inhumain d'imposer au malade les vives douleurs que cause le nitrate d'argent, alors qu'une guérison plus rapide peut être obtenue sans douleur et sans crainte des complications causées trop souvent par le nitrate.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.



Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre....	1.425	2 095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude.....	1.480	5.800	5.940	6.040	6 280
— de potasse ...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux.....	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie..	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang..	0.006	0.021	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.......	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcalin, arsenic, lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates en font des eaux *légères*, *douces*, essentiellement *digestives*. *Emplois spéciaux*: ***SAINT-JEAN***, maladies des organes digestifs; —***PRÉCIEUSE***, maladies de l'appareil biliaire; — ***DÉSIRÉE***, maladies de l'appareil urinaire; — ***RIGOLETTE***, chlorose, anémie; ***MAGDELEINE***, maladies de l'appareil sexuel.

DOMINIQUE

Acide sulfurique libre..........................		1.33
Silicate acide	*Sesqui-oxyde de fer*......	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— *de chaux*........................		
Chlorure de sodium.........................		
Matières organiques.........................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. **Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.**

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

DOSE ORDINAIRE: 1 bouteille par jour.

Dermatologie — Gynécologie

THIOL

LIQUIDE ET POUDRE

Pour badigeonnages, pommades, pâtes, vernis, crêmes, emplâtres, glycérolés.

Antiprurigineux remarquablement bien toléré, **inodore**, se dissout facilement dans l'eau et n'abîme pas le linge.

Étudié par MM. Leredde, Buzzi, Garlopeau (Th. de Paris, janv. 1898), Schwimmer, etc.

Littérature et échantillons, **M. M. REINICKE**, 39, r. Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, Paris.



MM. les Docteurs ne seront jamais pris au dépourvu s'ils portent une

PLUME A RÉSERVOIR

"SWAN"

Rien de plus commode pour prendre des Notes, écrire les Ordonnances chez les malades, etc.

CATALOGUE FRANCO

Gros et détail : **BRENTANO'S** 37, av. de l'Opéra, Paris *et d^s toutes les bonnes Papeteries.*

EXIGER la marque "SWAN".

DRAGÉES FER BRISS

Protoxalate fer + Quassine crist. + Artémisine.
PROMPTEMENT APPÉTIT ET COULEURS
Paris, Pharmacie, 44 bis, rue de Maubeuge.

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

Antiseptique — Antidiphtérique

NI CAUSTIQUE, NI VÉNÉNEUX

Très efficace contre l'**angine couenneuse**, les **écoulements strumeux** chez les enfants, ainsi que dans la **leucorrhée**, les **métrites** du **col**, le **cancer utérin**, etc.; il est fréquemment ordonné en injections à la suite des accouchements.

DANS LES PHARMACIES — SE MÉFIER DES IMITATIONS

Bien spécifier : **COALTAR SAPONINÉ LE BEUF**

BORICINE MEISSONNIER

Antisepsie de la Peau et des Muqueuses

DÉPÔT : 17, Rue Cadet, PARIS, *et toutes Pharmacies.*

TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées p^r jour. Bd Haussmann, 41, Paris et ph^{ies}.

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE

NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soins par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;

2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;

3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au bromure de potassium.*

Dépôt à Paris dans toutes les pharmacies.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

ALBUMINATE DE FER LAPRADE

Chloro-anémie. — 1 cuillerée par repas.
Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge, et Ph^{ies}.

GYNÉCOLOGIE ET DERMATOLOGIE

le Thigénol Roche

est soluble dans l'eau, insipide, inodore; il ne tache pas le linge.

Calculé chimiquement : **1 gr. THIGÉNOL = 0 gr. 10** ***Soufre combiné.***

S'emploie pur, en Pommades ou en Solutions.

F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie, *7, Rue Saint-Claude*, ***PARIS*** (IIIe).

LE PLUS PUISSANT DES ANTISEPTIQUES

Sans aucune Toxicité

EAU OXYGÉNÉE

CHIMIQUEMENT PURE à 100 VOL.

Rigoureusement NEUTRE et STABLE

PERHYDROL-MERCK

FLACONS spéciaux de 50 et 200 grammes pour la préparation extemporanée d'eau oxygénée chimiquement pure à TOUTES CONCENTRATIONS

Ex. : 1 p. PERHYDROL + 9 p. Eau distillée = 10 p. H^2O^2 à 10 vol.

NOTICE EXPLICATIVE ET ÉCHANTILLONS FRANCO

SPÉCIALITÉS MERCK, 32, Rue Saint-Antoine, PARIS

TABLETTES de TANNIN-MERCK CHIMIQUEMENT PUR

Dosées à 0 gr. 20 — 5 à 10 par jour.

TONIQUE — ASTRINGENT — ANTISEPTIQUE — HÉMOSTATIQUE
DIARRHÉES — TUBERCULOSE — NÉPHRITES CHRONIQUES

PHARMACIE du Dr BOUSQUET, 63, Rue La Boétie, PARIS.

L'AMÉNORRHÉE, la DYSMÉNORRHÉE, la MÉNORRHAGIE
cèdent rapidement si l'on emploie, à la dose de 2 à 4 Capsules par jour

L'APIOL des DOCT^{rs} JORET & HOMOLLE

RÉGULATEUR PAR EXCELLENCE DE LA MENSTRUATION

Pharmacie **G. SÉGUIN, 165, Rue St-Honoré, Paris** (*Place du Théâtre Français*) **et toutes Pharmacies.**

N° 126. — MARDI 7 NOVEMBRE 1905. 78e ANNÉE. MARDI 7 NOVEMBRE 1905. — N° 126.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF
La colite muco-membraneuse et les colites chroniques intermédiaires, par MM. Albert MATHIEU et J.-Ch. ROUX.

SOCIÉTÉS SAVANTES
Société médicale des hôpitaux.
Société de biologie.
Société de l'internat des hôpitaux de Paris.

ANALYSES
Médecine : Côte cervicale anormale, gangrène des doigts consécutive ; — Sur la pyélonéphrite et la gravelle d'origine scarlatineuse chez l'enfant.
Chirurgie : Deux cas d'anévrisme thoracique et un d'anévrisme du tronc innominé traités par l'introduction d'un fil métallique et l'électrolyse ; — Les résections craniennes et durales étendues et leurs effets consécutifs sur la structure et le fonctionnement de l'écorce cérébrale ; — L'infection tuberculeuse par la voie vaginale.

FORMULAIRE
Potions calmantes dans la bronchite aiguë à la période de crudité.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS
Cours du premier semestre de l'année scolaire 1905-1906.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Paris, le 6 novembre 1905.

Des dissentiments auxquels on n'était pas habitué jusqu'ici se produisent depuis quelque temps dans certains hôpitaux. Après la grève des internes de Bordeaux, dont nous avons entretenu nos lecteurs, voici qu'un nouveau conflit plus grave vient d'éclater entre l'Administration et le personnel médical des hospices de Nimes.

L'Administration aurait exigé la démission de deux internes pour des motifs que l'on dit politiques. Cette mesure, maintenue malgré l'opposition des médecins chefs de service, aurait provoqué une grande effervescence dans le milieu des médecins et des étudiants en médecine. Ces derniers se sont solidarisés avec leurs camarades renvoyés et de nombreux services ne sont pas assurés à l'hôpital par suite de cette situation.

Il est profondément déplorable que la politique puisse se glisser ainsi, aux dépens des malades, dans des milieux hospitaliers, et que certaines administrations d'hospices ne respectent pas cette indépendance qui fut toujours l'honneur du corps médical.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — M. le docteur J.-Ch. Platon, chef de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine, est nommé chargé de cours de clinique chirurgicale infantile, en remplacement de M. le docteur Z. Métaxas, décédé.

ÉCOLE DES BEAUX-ARTS DE BORDEAUX. — Par décision de M. le maire de Bordeaux, M. le docteur Muratet est nommé professeur adjoint d'anatomie à l'École de Bordeaux.

GUERRE. — Des lettres de félicitations pour dévouement au cours de diverses épidémies sont adressées par le ministre à M. le médecin-major Pris et M. le médecin aide-major Brachet, de l'armée coloniale.

HOPITAUX DE PROVINCE. — SAINT-GERMAIN-EN-LAYE. — *Concours pour l'internat.* — Le jeudi 21 décembre prochain, à neuf heures, un concours aura lieu pour deux places d'interne titulaire et quatre places d'interne provisoire. Les épreuves de ce concours consistent en une composition écrite sur l'anatomie et sur la pathologie ou la petite chirurgie et sur une question orale sur les mêmes sujets.

L'entrée en fonctions aura lieu le 1er janvier 1906.

Les internes titulaires sont nommés pour deux ans et les internes provisoires pour une année. Ces derniers peuvent se représenter aux concours ultérieurs.

Il est alloué aux internes un traitement de 600 francs plus une gratification aunuelle s'il y a lieu. Ils sont logés, nourris, chauffés et éclairés et la Compagnie des chemins de fer de l'Ouest leur accorde une réduction de la moitié du prix du voyage entre Paris et Saint-Germain.

Les candidats doivent avoir terminé leur stage général. Les internes sont dispensés du stage spécial. Ils sont chargés du service de la Maternité.

On peut prendre connaissance du règlement, tous les jours non fériés, d'une heure et demie à cinq heures du soir, au secrétariat de l'hôpital.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétaire.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs A. Brousse, chargé de cours à la Faculté de médecine de Montpellier; P.-F. de Ruelle, médecin en chef de la Compagnie des docks et entrepôts de Marseille, et A. Thoriez (du Transloy).

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANCAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIII, n° 13, 28 sept. 1905.) Robert W. LOVETT : Le mécanisme des mouvements dans la colonne vertébrale normale et leurs rapports avec la scoliose. — William A. BROOKS : Le premier d'une série d'articles sur l'appendice vermiforme. — William H. ROBEY : Le diagnostic précoce des tumeurs malignes de l'estomac et de l'intestin. — (N° 15, 12 oct.) Henry F. HEWES : Sur le diagnostic du cancer et de l'ulcère de l'estomac par les méthodes expérimentales cliniques. — John E. BOTTOMBY : Brèves remarques sur le traitement chirurgical des maladies de l'estomac. — Leon E. WHITE : La résection de la cloison nasale.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 13, 8 oct. 1905.) ROCHARD : Tumeur du foie. — P. DIGNAT : Les récentes découvertes et leur influence sur l'électrothérapie (*suite*). — (N° 15, 23 oct.) ROCHARD : Tumeur du foie; kyste hydatique; cancer.

Bulletin médical. — (N° 80, 18 oct. 1905.) CHANTEMESSE et F. BORREL : Mouches et choléra. — (N° 81, 21 oct.) Congrès de la tuberculose (*fin*). — Congrès d'urologie. — Congrès de chirurgie (*suite*). — (N° 82, 25 oct.) GALLOIS, ABRAMI et BLAIRON : Le régime sec dans les gastro-entérites d'origine dyspeptique des enfants. — NOEL : Le Val-de-Grâce colonial. — (N° 83, 28 oct.) L. JACQUET : Sur quelques travaux récents de thérapeutique hématologique. — (N° 84, 1er nov.) PICOT : Sur un cas d'association du cancer et de la tuberculose dans le même poumon.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 42, 21 oct. 1905.) PELNAR : Sur la pathogénie de l'albuminurie orthostatique.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 41, 12 oct. 1905.) ROSENHEIM : Traitement de la lithiase biliaire. — MINKOWSKI : Paralysies névritiques isolées des muscles du ventre. — GROSSMANN : Accident et sclérose multiple. — HÆCKEL : Ligature des veines spermatiques et hypogastriques dans la pyémie puerpérale. — SCHLESINGER : Sur la prostatectomie. — FÖSTERLING : Sur les fissures souscutanées isolées des os longs. — SIEBERT : Sur le spirochaete pallida. — (N° 42, 19 oct.) SCHAUDINN : Sur la connaissance du spirochaete pallida. — BRAUN : Sur quelques nouveaux anesthésiques locaux. — GUTMANN : Contribution à l'étiologie et à la statistique de l'iritis primitive. — UHLENHUTH : Etude sur la différenciation biologique du sang des animaux d'espèce voisine. — GRÜNBAUM : Sur la question de l'origine du liquide amniotique. — KORENTSCHEWSKI : Sur la question de la pseudo-influenza. — URBACH : Sur le tremblement intentionnel chez l'enfant. — OPPENHEIMER : Ferments et toxines.

Medical Record. — (Vol. LXVIII, n° 14, 30 sept. 1905.) M. GOULD : Etude sur les insuccès dans la pratique ophtalmologique. — LEWIS Denslow : Technique de la laparotomie. — John WAINWRIGHT : De la révulsion. — BELL Duffield : Quelques notes sur la fièvre typhoïde aux Philippines. — SPIVAK : Les médecins dans le roman. — (N° 15, 7 oct.) Willy MEYER : Choix de la méthode dans le traitement opératoire de l'hypertrophie prostatique. — ROCKWELL : Importance de la différenciation dans l'emploi des divers modes d'électricité. — Fenton B. TURCK : Atonie et troubles associés du rectum et du côlon; méthodes physiques de traitement. — MILLER : Un cas de grossesse intra-utérine et extra-utérine combinée. — DE WAYNE HALLETT : De l'asthénopie. — (N° 16, 14 oct.) B. KELSEY : Traitement médical des maladies du rectum; description de quelques méthodes nouvelles. — Taylor GWATHMEY : Anesthésie par vaporisation. — Lenox CURTIS : Étiologie et traitement du diabète. — GOLDWATER : Le coût des hôpitaux modernes.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 42, 17 oct. 1905.) RANKE : Sur la préservation contre les sténoses laryngées consécutives au tubage et à la trachéotomie. — AVELLIS : Limites actuelles et but à atteindre dans le traitement de l'asthme. — REICHEL : Complications des opérations sur les goitres. — MÜLLER : Les maladies vénériennes dans la garnison de Metz. — NEUSTÄTTER : Sur l'alypine, nouveau succédané de la cocaïne en ophtalmologie. — VÖRNER : Sur l'emploi de l'acide phénique fort dans le traitement des scrofulodermites et de la furonculose. — ROSENHAUPT : Contribution clinique à l'étude des accidents sériques. — JACOBITZ : Un cas de septicémie due au staphylocoque citrin. — WOLFLHÜGEL : Un cas rare d'hydronéphrose bilatérale après un traumatisme. — STEINHEIMER : Un cas d'abcès du foie avec diverses complications. — HESSMANN : Un cas de luxation de l'humérus avec rupture de l'artère maxillaire. — MUCK : Sur un dispositif pour l'aspiration des sécrétions des cavités périnasales. — BORRMANN : Sur la nature du carcinome. — SCHMITT : Sur le traitement interne de la typhlite. — MAYER : Le traitement de l'érysipèle par le camphre. — (N° 43, 24 oct.) LÜDKE : Contribution à l'étude des compléments. — MANTEUFEL. Contribution à l'étiologie de la méningite épidémique. — STAÜBLI : Sur l'éosinophilie locale. — SCHLESINGER : Sur la symptomatologie de la maladie de Barlow. — BIRSCH-HIRSCHFELD : Nouvelles expériences sur l'utilisation du cartilage de l'oreille pour l'autoplastie des paupières. — TISCHLER : Epidémie de typhoïde parmi les enfants dans l'école du district de la ville de Deggendorf en 1904-1905. — BLEIBTREN : Un cas d'acromégalie (destruction de l'hypophyse par une hémorragie). — ROTH : Sur un cas de luxation de la dernière phalange du médius. — ELTER et HAAS : Complément à la nouvelle méthode opératoire d'autoplastie des paupières à l'aide du pavillon de l'oreille. — WOLFFHÜGEL : Un cas rare de l'hydronéphrose bilatérale consécutive à un traumatisme.

Presse médicale. — (N° 83, 14 oct. 1905.) TUFFIER : Localisation et extraction des projectiles par un procédé basé sur la simple radioscopie. — (N° 84, 18 oct.) P.-Emile WEIL : L'hémophilie. Pathogénie et sérothérapie. — (N° 85, 21 oct.) Louis DEVRAIGNE : Les consultations de nourrissons. — Em. PAUTRIER : Le traitement du psoriasis par les maillots de pommade. — (N° 86, 25 oct.) : A. GILBERT : La diathèse d'auto-infection. — MARTINET : Bromatologie clinique du riz. — (N° 87, 28 oct.) Léon BERNARD et BIGART : La structure de la glande surrénale normale de l'homme. — (N° 88, 1er nov.) HALLION : Traitement sérothérapique du goitre exophtalmique. Méthode de Ballet et Enriquez. — LANDOUZY et M. LABBÉ : Enquête sur l'alimentation d'une centaine d'ouvriers et d'employés parisiens présentés au Congrès international de la tuberculose.

Revue scientifique. — (N° 16, 14 oct. 1905.) René DE SAUSSURE : La géométrie physique. — F. MENTRÉ : L'attribution et le baptême des découvertes. — E. CONSTET : La photographie trichrome par les éléments juxtaposés. — (N° 17, 21 oct.) A. FOUILLÉE : La morale biologique. Sa portée et ses limites. — A. IMBERT : Nouvelles statistiques d'accidents du travail. — D. BELLET : La ventilation des grands tunnels et des métropolitains souterrains. — (N° 18, 28 oct.) A. BALLAND : Le pain du soldat français. — Em. TOUCHET : L'éclipse totale du 30 août.

CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

LA COLITE MUCO-MEMBRANEUSE

ET LES COLITES CHRONIQUES INTERMÉDIAIRES (1)

Par MM. Albert MATHIEU et J.-Ch. ROUX.

Dans les notes précédentes, il a toujours été question de la colite muco-membraneuse proprement dite, c'est-à-dire du complexus symptomatique à évolution essentiellement lente, caractérisée surtout par le syndrome à trois branches : constipation, productions muco-membraneuses et douleurs. Ce syndrome a une véritable *unité clinique*; il reste très comparable à lui-même qu'il s'agisse d'une colite muco-membraneuse consécutive à la constipation habituelle, ou d'une colite chronique à début brusque succédant à une poussée aiguë ou subaiguë de colite dysentériforme, que celle-ci soit du reste d'origine toxique ou infectieuse.

Si le syndrome colite muco-membraneuse reste comparable à lui-même dans la forme de colite chronique que nous appelons colite muco-membraneuse proprement dite, cela ne signifie pas qu'il constitue un processus spécifique, attribuable à un agent causal toujours identique.

La stabilité du syndrome stase fécale, douleurs, évacuations muco-membraneuses, résulte simplement de la permanence des éléments pathogéniques : spasme localisé ou généralisé du côlon, irritation inflammatoire superficielle, irritabilité réflexe excessive.

Plusieurs auteurs mettant en première ligne l'inflammation superficielle de la muqueuse colique, ont cherché dans la flore microbienne du côlon l'agent spécifique de cette inflammation. Ils ont vu dans les poussées aiguës, initiales ou incidentelles, la confirmation de l'origine infectieuse de la colite muco-membraneuse. La forme clinique que nous avons eue surtout en vue dans les notes précédentes correspondrait à la période de refroidissement de la colite aiguë ou à la forme atténuée d'une infection identique dans sa nature.

La flore microbienne du côlon est toujours extrêmement riche; on pouvait supposer à priori qu'elle le serait davantage encore dans la colite muco-membraneuse au cours de laquelle la stase et l'hypersécrétion muqueuse représentent des conditions excellentes de culture intensive. Dans ces conditions, il est bien difficile de reconnaître à un ou plusieurs microbes pathogènes une action véritablement spécifique, que ce soit le colibacille à ses différents degrés de virulence, le diplocoque de Thiercelin, ou le *bacillus fluorescens* et le *proteus vulgaris* de Hauser, auxquels Combe et Amann (de Lausanne) attribuent une si grande importance, ou tout autre agent d'infection.

Que l'infection microbienne joue un rôle dans le mécanisme pathogénique de la colite muco-membraneuse, nous ne le contestons pas. Toutefois il ne nous paraît nullement démontré que ce rôle soit prédominant ni véritablement spécifique dans la forme chronique de la colite muco-membraneuse. En admettant même que l'infection microbienne soit l'élément primordial, le meilleur moyen d'en diminuer l'action serait certainement de faire disparaître la stase fécale et nous nous trouvons ainsi ramenés encore une fois à donner à la constipation un rôle prépondérant.

Il est très naturel d'attribuer à la prolifération de microbes d'une virulence exagérée les poussées aiguës ou subaiguës de colite si souvent observées soit au début, soit au cours de la colite muco-membraneuse. Ces poussées représentent-elles vraiment la colite muco-membraneuse sous sa forme la plus intense et par conséquent la plus caractéristique? En sont-elles indépendantes quand il s'agit de poussées initiales auxquelles succède la colite chronique? Constituent-elles des complications accidentelles quand il s'agit de poussées aiguës survenant au cours de la colite muco-membraneuse chronique?

Il ne nous semble pas qu'on soit dès maintenant en mesure de faire à ces diverses questions des réponses complètement satisfaisantes et véritablement définitives.

Les succès obtenus par la médication que nous employons habituellement au cours de la colite muco-membraneuse montrent en tout cas que nous pouvons, pour les indications thérapeutiques, nous contenter de considérer le mécanisme du syndrome, sans nous préoccuper autrement de déterminer l'essence de la maladie.

Par sa séméiologie, par son évolution, par les indications thérapeutiques que comporte son syndrome prédominant, la colite muco-membraneuse présente une véritable unité.

En étudiant ce syndrome nous avons systématiquement laissé de côté des états morbides de l'intestin et plus particulièrement encore du côlon qui présentent en clinique des rapports étroits avec la colite muco-membraneuse proprement dite. Tantôt ce sont des poussées de colite qui précèdent la colite muco-membraneuse, tantôt des poussées qui paraissent constituer pour elle des complications passagères. Parfois enfin, il paraît s'agir de colites chroniques indépendantes, complètement différentes de la colite muco-membraneuse.

De ces formes mal connues, mal limitées de colite, ou si l'on préfère un terme plus imprécis encore, de colopathies, nous pouvons, à titre provisoire, dresser le tableau suivant :

a. Constipation chronique avec débâcles diarrhéiques et pseudo-diarrhée chronique;

b. Poussées aiguës ou subaiguës de colite dysentériforme;

c. Formes fébriles de la colite muco-membraneuse;

d. Formes hémorragiques de la colite muco-membraneuse;

e. Colite chronique avec hypersécrétion muqueuse sans concrétions membraneuses.

Qu'on nous permette quelques brèves considéra-

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 95, p. 1131; n° 98, p. 1167; n° 101, p. 1203 et n° 113, p. 1347.

tions sur les différents chapitres de pathologie intestinale qui viennent d'être énumérés. Il ne serait pas en notre pouvoir d'en faire l'histoire complète, mais nous voulons sommairement dire ce que nous croyons en savoir et indiquer comment ils semblent se relier à la colite muco-membraneuse. Tout cela à titre d'indications préliminaires, dans le but de montrer aux cliniciens quelles confusions sont trop souvent commises et quelles distinctions paraissent devoir être mises à l'étude.

a. *Constipation chronique avec débâcles diarrhéiques et pseudo-diarrhée chronique.* — Nous avons vu assez souvent le diagnostic de colite chronique et, naturellement, de colite muco-membraneuse — la plupart des médecins ne veulent plus en connaître d'autre — être fait dans des cas où il y avait en réalité constipation habituelle avec débâcles diarrhéiques fréquentes et abondantes ou encore pseudo-diarrhée, constipation avec diarrhée apparente. Nous n'aurions pas mentionné ici cette variété clinique, s'il n'y avait pas quelquefois constipation avec débâcles et colite réellement muco-membraneuse ou même fausse diarrhée avec colite muco-membraneuse dûment caractérisée par le rejet à certains jours de véritables concrétions membraneuses. Ne concevant pas que les concrétions puissent se produire sans immobilisation du contenu du côlon, tout au moins dans certains de ses segments, nous regardons toujours la présence de concrétions muqueuses comme un signe certain de retard dans l'évacuation du contenu intestinal.

Certains cas de fausse diarrhée relèvent du reste, en réalité, de la colite avec hypersécrétion muqueuse continue dont il sera question plus loin.

b. *Poussées aiguës ou subaiguës de colite dysentériforme.* — Il n'est pas très rare, et nous y avons insisté à plusieurs reprises, que la colite muco-membraneuse chronique succède à des poussées aiguës de colite dysentériforme.

Ces poussées initiales ont tout à fait les allures de la dysenterie nostras : coliques, épreintes, évacuations muco-sanguinolentes et quelquefois fièvre.

Des poussées semblables surviennent assez souvent au cours de la colite muco-membraneuse.

De l'existence de poussées semblables au début ou au cours de la colite muco-membraneuse, il ne faut pas conclure que la colite dysentériforme et la colite muco-membraneuse sont de même nature. La colite muco-membraneuse n'est-elle que la colite aiguë refroidie, pour prendre l'expression employée par M. Combe? C'est très possible; mais, en réalité nous n'en savons rien.

En tous cas, comme la colite muco-membraneuse succède indifféremment à la dysenterie des pays chauds, à la dysenterie nostras, et à la colite aiguë d'origine toxique ou médicamenteuse, il faut admettre ou bien qu'elle peut dépendre de facteurs pathogéniques différents, et n'être qu'un syndrome commun à plusieurs processus infectieux, ou bien qu'elle est un syndrome secondaire indépendant de la cause première qui lui a donné naissance.

Nous pencherions plutôt vers cette seconde hypothèse; mais c'est là une simple possibilité, non une certitude scientifique.

Les crises de colite dysentériforme qui surviennent au cours de la colite muco-membraneuse peuvent être considérées, en tout cas, au point de vue purement clinique et thérapeutique, comme de véritables complications qui réclament un traitement particulier.

c. *Formes fébriles de la colite muco-membraneuse.* — La colite muco-membraneuse est d'une façon habituelle apyrétique, sauf au moment des poussées aiguës ou subaiguës dont il vient d'être question.

Les formes aiguës fébriles qui peuvent survenir au cours de la colite muco-membraneuse, n'ont pas toujours l'aspect de poussées dysentériformes. Elles peuvent accompagner la fausse diarrhée ou encore avoir des allures telles qu'on songe à la fièvre typhoïde ou à l'entérite tuberculeuse.

La fièvre peut durer pendant des semaines et des mois. Elle peut survenir pendant des séries de plusieurs jours ou de plusieurs semaines à des périodes plus ou moins éloignées, deux ou trois fois par an, par exemple, surtout chez des adolescents. La nature de ces crises éloignées a été souvent méconnue. On les a prises pour des crises de fièvre de croissance, de fièvre arthritique, de fièvre tuberculeuse, etc.

Toutes les fois donc qu'il existe, surtout chez de jeunes sujets, des crises fébriles intermittentes de nature indéterminée, il convient de penser à la colite et d'examiner les selles avec soin. On y trouvera quelquefois des signes de colite caractérisée par la présence de mucosités dans les selles, sinon de concrétions muco-membraneuses.

Il se pose toutefois ici des questions analogues à celles qui se posent pour les poussées dysentériformes. La fièvre est-elle le résultat d'une complication, de la superposition d'une infection incidentelle ou de l'excitation momentanée de la virulence des microbes du contenu intestinal? Autant de problèmes à étudier, et dont il est impossible à l'heure actuelle de préjuger la solution.

d. *Formes hémorragiques de la colite chronique.* — Les hémorragies surviennent quelquefois au cours de la colite chronique muqueuse ou muco-membraneuse. Nous n'entendons pas par là la présence dans les selles de mucosités sanguinolentes, mais de véritables hémorragies, assez fortes pour que le sang apparaisse dans les selles en nature, rouge et abondant.

Une femme très nerveuse atteinte de colite muco-membraneuse présente à deux reprises une forte hémorragie intestinale à la suite d'une violente émotion. Une autre, à l'époque présumée de ses règles, présente une forte hémorragie intestinale que rien n'explique, sauf l'hypothèse d'une hémorragie complémentaire chez une personne prédisposée par l'existence de la colite.

Les cas d'entérorragie signalés par les auteurs au cours de la colite muco-membraneuse sont assez nombreux. Leur connaissance est désormais une notion classique.

Il s'agissait toutefois toujours de pertes de sang rouge. Deux faits observés récemment par l'un de nous nous font nous demander si, dans certains cas, au cours d'une poussée aiguë dysentériforme, il ne peut pas y avoir une véritable entérorragie mélænique. Il suffirait pour l'expliquer d'admettre que le sang après avoir suinté en assez grande quantité à la surface de la muqueuse, vers la partie supérieure du côlon, n'a pas été évacué immédiatement et a pu séjourner un temps assez prolongé dans le gros intestin pour y prendre l'aspect mélænique. On comprend quelle importance considérable aurait cette notion, si elle était bien établie, l'apparition de selles mélæniques faisant tout naturellement penser à une lésion ulcéreuse, haut située, de l'estomac ou de l'intestin.

e. *Colite chronique avec hypersécrétion muqueuse, sans concrétions muco-membraneuses.* — A côté de la colite muco-membraneuse proprement dite, il convient de différencier un type de colite chronique caractérisé surtout par l'hypersécrétion muqueuse liquide et tenace.

Les malades ont souvent des selles spontanées tous les jours, quelquefois deux fois par jour; ces selles demi-liquides, en purée demi-solide, sont mélangées d'une grande quantité de mucus assez intimement mélangé avec les matières elles-mêmes. Une partie de ces mucosités demi-liquides paraissent sécrétées seulement au moment des évacuations elles-mêmes. Elles sont plus abondantes s'il a été pris un lavage de l'intestin ou même un simple lavement.

Les matières se déchiquètent facilement dans l'eau, ce qui leur donne un aspect particulier. Lorsque, après les avoir délayées dans l'eau, on les examine sur le fond d'une assiette, on trouve une grande quantité de stries et de petits flocons de mucus. A l'examen microscoqique, le mélange du mucus est rendu plus évident encore.

Cette répartition du mucus dans l'ensemble des matières indique une lésion inflammatoire légère étendue à la plus grande partie de la muqueuse du côlon.

Les matières ainsi évacuées sont molles, diarrhéiques et il existe parfois plusieurs selles par jour. Ces garde-robes fréquentes peuvent masquer une fausse diarrhée. On peut s'en convaincre parfois en retrouvant dans les fèces un grand nombre de scybales dures : dans ces cas il suffit de faire prendre au malade un peu de poudre de charbon, ou de graine de lin facilement reconnaissable dans les selles, pour avoir la démonstration du retard qui existe à l'évacuation des matières.

Mais nous avons observé des cas assez nombreux où les garde-robes molles correspondent à une diarrhée véritable; la traversée digestive est accélérée; elle dure dix-huit à vingt heures au plus. Il s'agit alors d'une colite chronique, qui détermine de la diarrhée contrairement aux cas habituels, où la constipation tenace succède à l'inflammation du côlon et contribue à entretenir l'irritation de la muqueuse.

La colite avec hypersécrétion muqueuse est extrêmement tenace et rebelle au traitement. Son pronostic est à ce point de vue plus grave que celui de la colite muco-membraneuse, que l'on pourrait, par comparaison, appeler la colite sèche.

Les malades qui en sont atteints éprouvent assez souvent des coliques intenses et une grande sensibilité abdominale. Ils sont facilement amenés à s'alimenter insuffisamment en raison des malaises qu'ils éprouvent après les repas. Ils s'amaigrissent et l'on est amené quelquefois à se demander s'ils ne sont pas atteints d'entérite tuberculeuse. Souvent, chez les jeunes femmes surtout, on voit se développer un degré plus ou moins marqué de nervosisme.

Y a-t-il identité de nature entre la colite muco-membraneuse proprement dite et la colite avec hypersécrétion muqueuse? L'existence de formes cliniques intermédiaires pourrait être invoquée en faveur de l'unité; mais en réalité, nous ne pouvons guère faire à ce sujet que des hypothèses gratuites. Peut-être y a-t-il une simple différence de modalité dans la réaction du côlon chez certaines personnes, ou à certaines époques chez la même personne. Peut-être aussi l'entérite a-t-elle dépassé dans ces cas le gros intestin, et gagne-t-elle l'intestin grêle comme le pense Rosenheim. Quoi qu'il en soit, il nous suffit pour le moment d'appeler l'attention sur cette forme de colite chronique et sur sa résistance désolante aux moyens habituels de traitement.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 3 novembre 1905)

Scorbut infantile. — M. Comby rapporte à la Société deux nouveaux cas de scorbut infantile qui portent à 9 le nombre de ses cas personnels, tous relevant des laits modifiés, tous guéris par le retour au lait frais.

Le premier, âgé de huit mois et demi, était nourri avec du lait oxygéné dit *nectar;* il avait deux dents et par suite des ecchymoses gingivales. Il criait quand on le sortait de son berceau, accusant cette *pseudo-paraplégie douloureuse* qui est caractéristique. Il a guéri en une semaine par le lait frais et le jus d'orange.

Le second, qui a guéri de même et par les mêmes moyens, était un garçon de dix mois nourri avec le lait de Gaertner ou lait maternisé. Il n'avait pas de dents, donc pas d'ecchymoses gingivales, mais il avait la même paraplégie douloureuse que le précédent. Dans ce dernier cas, on avait pensé à la syphilis (le père l'ayant eue) et donné en vain la liqueur de van Swieten.

Syndromes cholélithiasique et appendiculaire. Inégalité pupillaire. Péritonite sous-hépatique subaiguë propagée. — M. Le Gendre, sous ce titre qui indique les différentes étapes de son observation, raconte l'histoire d'une femme de trente-neuf ans qui éprouvait depuis deux mois, après chaque repas, des crampes d'estomac durant deux heures environ. Elle fut prise un jour de nausées et de vomissements alimentaires puis bilieux, que rien ne put faire cesser. L'intolé-

rance gastrique demeura absolue; elle s'accompagna d'absence de garde-robes et d'absence d'émission de gaz. La malade fut considérée d'abord comme atteinte d'appendicite, grâce à la localisation de la douleur, surtout au niveau du point de Mac-Burney.

M. Le Gendre cependant constata l'existence d'un deuxième point douloureux au niveau de la vésicule biliaire, avec teinte légèrement subictérique des conjonctives et coloration acajou de l'urine. Le traitement par la diète hydrique, l'application de glace sur le ventre transformèrent la situation. Les vomissements s'arrêtèrent, les gaz recommencèrent à être émis, le ballonnement du ventre diminua; par contre la douleur péricholécystique et sous-hépatique demeurait aussi accusée avec irradiations au niveau de l'omoplate et de l'épaule droite. Il s'agissait donc d'accidents de cholélithiase masqués par un syndrome appendiculaire et non d'une véritable appendicite; en même temps, existait une inégalité pupillaire manifeste, symptôme fréquent au cours de différents états pathologiques douloureux du tube digestif et de ses annexes et surtout au cours des accidents douloureux de lithiase biliaire.

Purpura et leucémie lymphoïde chronique. — MM. Labbé et Beaujard apportent l'observation d'une malade atteinte de leucémie lymphoïde chronique avec manifestations purpuriques, traitée par les rayons X. Les ganglions cervicaux, axillaires et inguinaux étaient hypertrophiés, des hémorragies se produisaient par le nez, l'oreille, les gencives, la peau sous forme de larges ecchymoses. La radiothérapie eut, au bout d'un mois, de très bons effets au point de vue hématologique : les hémorragies cessèrent et les ganglions diminuèrent de volume; mais le traitement, commencé trop tard, s'est montré insuffisant et le malade est mort.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 4 novembre 1905)

Note sur un certain nombre d'affections paratyphoïdes observées à Paris et dans des localités très diverses. — Certaines particularités cliniques et étiologiques observées chez un grand nombre de malades de la ville et de l'hôpital ont amené MM. Netter et Ribadeau-Dumas à supposer qu'il s'agissait dans ces cas d'affections paratyphoïdes.

La bactériologie leur a fourni la preuve de la justesse de ces prévisions. En moins de cinq semaines, il leur a en effet été possible de réunir 37 observations de cette nature.

Le sang des malades, à des dilutions progressivement plus élevées, a été mélangé avec une petite quantité de culture fraîche sur agar des microbes suivants : bacilles d'Eberth, bacilles paratyphiques A de Brion et Kayser (Schottmüller A), bacilles paratyphiques de Conradi et Drigalski (Schottmüller B), bacilles enteritidis de Gärtner, bacilles de la psittacose de Nocard, si l'on ne tient compte que des agglutinations perceptibles à l'œil, se produisant en moins d'une demi-heure.

Dans ces conditions ils ont obtenu, 22 fois sur 37, une agglutination incomparablement plus marquée et plus rapide avec le bacille de Brion; 6 cas ont montré une agglutinabilité manifestement la plus élevée avec le bacille bacteridis de Gärtner; enfin 1 cas a montré une agglutinabilité la plus élevée avec le bacillus paratyphosus de Conradi, Drigalski et Jürgens.

Enfin 8 cas paraissent être en rapport avec le bacille d'Eberth.

Les malades ont contracté l'affection paratyphoïde en des points extrêmement variés de la France; l'agglutination de leur sang a varié pour le bacille de Brion de 1 p. 40 à 1 p. 1000; pour le bacille de Gärtner de 1 p. 2400 à 1 p. 100; pour le bacille de Conradi, elle a atteint 1 p. 800; enfin, pour le bacille d'Eberth, elle a varié de 1 p. 80 à 1 p. 400.

Recherches sur les acides gras; lésions expérimentales. MM. J. Camus et Ph. Pagniez ont étudié les lésions déterminées par l'introduction d'acides gras au niveau de la peau, dans les méninges, le péritoine et surtout le poumon. Dans ce dernier organe, les acides ont été introduits par la voie trachéale.

Les animaux sacrifiés, après une survie variant de vingt-quatre heures à quatre-vingts jours, présentaient toute une série de lésions, allant de la simple congestion, à la nécrose et à l'ulcération.

Après un temps d'évolution suffisant, on constatait, chez certains, des lésions nodulaires disséminées, de coloration gris jaunâtre, et d'aspect analogue aux lésions de tuberculose caséeuse.

Histologiquement, on peut ainsi schématiser les altérations constatées. Après une période de courte durée, où s'observent d'une façon concomitante l'hépatisation alvéolaire, des hémorragies interstitielles, et des zones sans structures en état de nécrose de coagulation, on assiste à un processus de réaction intense, auquel prennent part l'endothélium alvéolaire et le tissu interstitiel, et dont de nombreuses cellules géantes constituent les éléments les plus curieux. Les lésions aboutissent en dernier lieu à une sclérose avec formations kystiques aux dépens des bronches dilatées.

Par certains aspects, les lésions rappellent beaucoup celles qu'on produit avec les poisons locaux, extraits du bacille tuberculeux par Auclair, surtout avec la chloroformo-bacilline.

Ce fait n'a pas lieu d'étonner, si l'on fait l'analyse chimique de ces substances. MM. Camus et Pagniez ont pu aussi constater que l'éthéro-bacilline contenait jusqu'à 50 p. 100 de son poids d'acides gras libres.

Il est donc vraisemblable d'attribuer aux acides gras des microbes, en particulier à ceux du bacille tuberculeux, un rôle dans la production des lésions locales, dont ces organismes sont la cause.

Nouvelles recherches sur le microbe de la syphilis. — M. Justin de Lisle rappelle qu'il y a quatre ans, il a communiqué à l'Académie de médecine ses premières recherches, faites sur ce sujet avec M. Jullien.

Les résultats qu'il a obtenus depuis le confirment dans l'idée que le microbe de la syphilis est un microbe polymorphe, ayant en général 5 à 8 μ de longueur et 0 μ 10 de largeur, prenant parfois la forme d'un filament très allongé, très mobile, se colorant assez facilement, ne prenant pas le Gram. Ensemencé sur bouillon glycériné, il le trouble en vingt-quatre heures et donne un léger voile au bout de quatre à cinq jours; il liquéfie la gélatine, pousse bien sur pomme de terre et sur liquide amniotique; mais il ne pousse pas sur sérum solide, ne coagule pas le lait et ne se développe que lentement en milieux anaérobies.

Histologie pathologique de l'hérédo-syphilis dans ses rapports avec le spirochaete pallida de Schaudinn. — Pour M. Levaditi, le spirochaete pallida, pour pénétrer dans les vésicules de pemphigus, chemine de la profondeur vers la surface. Il semble capable de s'introduire dans les éléments cellulaires nobles, et particulièrement dans les épithéliums glandulaires.

Un cas de syphilis héréditaire tardive avec présence du spirochaete pallida dans les viscères. — MM. Levaditi et Sauvage concluent de leurs recherches que : 1° le spirochaete pallida passe dans le liquide du vésicatoire, placé non seulement sur la peau couverte de syphilides, mais aussi sur la peau d'apparence normale, mais en imminence d'éruption; 2° qu'il peut être constaté dans le sang du cœur prélevé sur le cadavre; 3° que le nombre des spirilles révélés par les frottis est proportionnel à l'intensité des lésions viscérales.

Anémie pernicieuse traitée par la radiothérapie; accentuation très marquée de la réaction myéloïde du sang. — MM. L. Rénon et L. Tixier signalent les modifications que subit la formule sanguine dans un cas d'anémie pernicieuse traitée par la radiothérapie.

Les hématies nucléées passèrent après la première séance de 4 à 18 p. 100 et de 5 à 9 p. 100 après la seconde. Cette augmentation portait surtout sur les normoblastes.

Le nombre des myélocytes neutrophiles s'était accru parallèlement.

Les polynucléaires présentaient des formes de transition plus nombreuses. La polychromatophilie des érythrocytes était plus marquée après chaque irradiation.

Cette augmentation de la réaction myéloïde du sang est la traduction d'un surcroît d'effort de la moelle osseuse pour réparer la destruction globulaire. Les auteurs font remarquer que les rayons X déterminèrent une réaction myéloïde d'autant plus franche que l'anémie était moins prononcée, et il leur semble logique de penser que la radiothérapie donnerait des résultats d'autant meilleurs qu'elle serait *prolongée* chez des sujets n'étant pas arrivés, comme leur malade, au dernier terme de la cachexie.

Toxicité du contenu intestinal du lapin. — MM. H. Roger et M. Garnier, pour étudier la toxicité du contenu de l'intestin grêle du lapin, ont additionné ce contenu d'un tiers d'eau salée physiologique, et après l'avoir centrifugé et filtré, l'ont injecté dans la veine de l'oreille d'un lapin. Ils ont reconnu ainsi qu'à l'état normal, cette toxicité varie de 3,6 à 5 centimètres cubes par kilogramme d'animal. Si on appelle *entéro-toxie* la quantité nécessaire pour tuer un kilogramme de lapin, on reconnaît qu'à l'état normal, la totalité du contenu intestinal, qui varie de 20 à 30 centimètres cubes, représente en moyenne 6 entéro-toxies.

Dans le cas d'obstruction intestinale, par ligature de l'intestin grêle, la toxicité par kilogramme diminue, mais comme la quantité de liquide est augmentée dans de grandes proportions, le nombre d'entéro-toxies est accru et atteint 18,9; le *coefficient entéro-toxique*, que les auteurs considèrent comme égal à l'unité chez l'animal sain, atteint alors 3,13. Si la ligature porte sur le rectum, la survie est plus longue, la toxicité du contenu intestinal plus élevée, la quantité totale est moins considérable mais plus grande encore qu'à l'état normal, le nombre d'entéro-toxies atteint 24,4 et le coefficient entéro-toxique 4,1.

Dans le cas de perforation intestinale, la toxicité du liquide varie de 0,75 à 2,87 par kilogramme d'animal, le nombre d'entéro-toxies s'élève à 53,6, et le coefficient entéro-toxique à 8,87. Enfin dans un cas de péritonite ayant amené la mort en vingt-quatre heures, la toxicité par kilogramme était de 4 centimètres cubes, le chiffre des entéro-toxies de 12,4, et le coefficient entéro-toxique de 2,06.

Quant à la nature de la substance toxique, elle n'est pas encore déterminée; tout ce que l'on peut dire actuellement, c'est que cette substance ne se retrouve ni dans les matières solubles dans l'alcool ni dans celles de cet agent précipité. Enfin elle est déterminée par la chaleur.

Autres communications :

Le microbe du paludisme de M. Montoya y Flores. — M. Marcano (discussion : MM. Jolly, Laveran);

Maladie du sommeil et mouches tsé-tsé au Congo français. — M. Laveran;

Un cas de contagion par cohabitation du Surra nord-africain du chien. — M. J. Roger;

Action de l'iodure de potassium sur l'histogenèse des granulomes provoqués par l'inoculation de poudres inertes.— M. Göresco;

Cérébration inconstante. — M. Lache;

Essai d'abouchement direct du canal déférent avec le testicule pour remédier à la stérilité consécutive à l'épididymite double. — MM. Humbert et Balzer.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX

(Séance du 16 octobre 1905)

C'est devant un public nombreux dans lequel l'élément féminin était largement représenté que Mgr le prince de Monaco a fait sa conférence sur l'**océanographie**.

Il a tout d'abord déclaré qu'il était quelque peu surpris de se trouver parmi des médecins pour leur parler d'océanographie, mais c'est là, dit-il, une science tellement accaparante, qui envahit tant de domaines voisins du sien, qu'on peut bien en parler à des médecins, qui d'ailleurs ne peuvent pas se désintéresser des questions relatives à la biologie de l'océan.

L'opinion courante actuellement et presque généralement admise est que l'origine première de la vie semble bien avoir été dans le milieu marin. Le principe de l'évolution se trouve d'accord avec cette opinion. Les médecins eux-mêmes semblent étayer cette opinion en prescrivant, comme ils le font aujourd'hui, les injections d'eau de mer. C'est là une sorte de retour au milieu de nos ancêtres.

Avant d'entrer dans l'étude de la biologie marine, l'orateur croit devoir exposer quelques notions d'océanographie pure. Il commence donc par parler des nombreux sondages qu'il a fait pratiquer à l'aide d'appareils fort ingénieux qu'il a fait construire. Ces sondages sont pratiqués à l'aide d'un câble en acier de quelques dixièmes de millimètres de diamètre, pouvant aller jusqu'à 6 et 8000 mètres de profondeur et pouvant supporter des poids considérables. Ce câble porte à son extrémité et à différentes hauteurs des appareils confectionnés de façon à pouvoir se charger, soit, au fond, de certaines parties du sol, soit, à différentes hauteurs, d'eau de mer et de ce qu'elle peut contenir; le tout peut être remonté à bord sans que les différentes parties ainsi ramenées aient pu être influencées par les milieux ambiants. On a, de cette façon, recueilli des échantillons de toutes sortes du plus haut intérêt. Un des collaborateurs du prince de Monaco a imaginé un thermomètre qui, transporté au fond des mers, peut en indiquer la température sans se laisser ensuite influencer par les températures intermédiaires. A ce propos, il fait remarquer que les animaux pêchés au fond de l'océan subissent beaucoup plus l'influence des changements de température que celle des changements de pression et certains de ces animaux vivent sous des pressions de plusieurs atmosphères. Par exemple, dans la Méditerranée dont le fond est à 13 degrés, on rapporte

des profondeurs de 6 et 7000 mètres des animaux encore vivants bien qu'ils aient été pêchés à une profondeur où ils supportent d'énormes pressions. Dans l'océan, au contraire, dont le fond est à 2 degrés, des animaux pêchés à une profondeur où ils subissent une pression très modérée n'arrivent jamais vivants à la surface des eaux à cause de la différence de la température.

Le prince de Monaco a cherché aussi à étudier les différents courants des eaux à l'aide de flotteurs imaginés à cet effet et construits de telle façon qu'ils suivent ces courants sans se laisser influencer par les vents. Ces flotteurs portent à leur intérieur, en plusieurs langues, l'adresse du prince de Monaco. Il lui en est revenu environ 13 p. 100 parmi lesquels il s'en trouvait qui avaient parcouru des distances considérables et flotté pendant plusieurs années. A l'aide d'un dispositif particulier de sondes placées à des distances déterminées les unes des autres, le prince, avec la collaboration du professeur Toubet (de Nancy), a porté aussi ses recherches sur l'étude des courants inférieurs.

Quelle est la quantité de lumière qui existe au fond des mers? C'est encore là une question qui a été étudiée; dans différentes croisières le prince et ses collaborateurs ont pêché à 4000 mètres des animaux munis d'organes visuels.

C'est notre confrère le docteur Porquier qui a été chargé des recherches bactériologiques. Il a constaté que les microbes sont nombreux près des côtes, très rares au large, nuls dans les profondeurs. Le professeur Richet a trouvé l'existence d'un venin spécial à certains groupes d'animaux, venin auquel il a donné le nom d'hypnotoxine à cause de ses propriétés anesthésiques. De nombreuses expériences ont été faites sur des pigeons. Une injection intra-musculaire faite à ces animaux les endort, les rend complètement insensibles tout en leur laissant la faculté de se tenir en équilibre sur un perchoir, à bord. Peut-être ce venin entrera-t-il un jour dans le domaine de la chirurgie comme agent anesthésique.

Enfin le prince de Monaco, en terminant, signale des études très intéressantes de M. Bertrand sur la recherche de l'arsenic dans tous les organes et appareils des poissons. On l'y trouve partout et ces recherches confirment pleinement les idées soutenues par M. Gauthier.

Le prince de Monaco a accompagné ces diverses explications de projections montrant, les unes, l'outillage fort ingénieux dont on se sert pour ces diverses recherches, à commencer par le bateau lui-même qui est un véritable laboratoire, les autres, une série de poissons de toutes sortes, de mollusques, d'éponges, une série d'animaux marins tous plus étranges, plus brillants en couleur les uns que les autres.

— Avant la conférence, un certain nombre de communications ont été faites : M. Le Fur fait un excellent résumé des travaux du Congrès d'urologie, M. Péraire passe en revue les travaux du Congrès de chirurgie. Signalons ensuite :

Un cas d'adéno-lipomatose symétrique, par MM. Gasne et Ménard;

Prostatectomie périnéale subtotale, par M. F. Cathelin;

Cystoscopie à vision directe, par M. Luys, qui fait un résumé de ses travaux sur l'endoscopie de l'uretère et de la vessie. Il montre les très ingénieux instruments qu'il a imaginés pour effectuer facilement la cystoscopie à vision directe chez l'homme et chez la femme.

Ces instruments, présentés aux Congrès d'urologie de 1904 et 1905, sont d'ailleurs décrits dans l'*Endoscopie de l'urètre et de la vessie*, du même auteur (Paris 1905).

— Au cours de la séance, M. Félix Regnault a montré de très curieuses statues pathologiques grecques et une trousse de chirurgie grecque.

ANALYSES

MÉDECINE

Côte cervicale anormale, gangrène des doigts consécutive. (*Amer. med.*, 7 oct. 1905.) — M. Wayne Babcok pense que les flexuosités et les coudures de l'artère sous-clavière produites par la présence d'une côte cervicale constituent un facteur important dans les troubles circulatoires qui surviennent, en pareil cas, dans le bras et la main. Il fait remarquer que l'occlusion de l'artère, habituellement, est bientôt suivie de l'apparition d'une circulation collatérale plus ou moins développée et que, si l'occlusion est incomplète, elle s'accompagne d'un souffle. Ces conditions ne sont pas réalisées dans les cas de côte cervicale. Quand il se produit une dilatation anévrismale de l'artère sous-clavière, elle se trouve située plus haut que le siège de la compression. Un sujet observé par l'auteur présentait une scoliose assez marquée et due à l'attitude qu'il observait instinctivement pour atténuer les effets de la flexuosité anormale de son artère. Le malade éprouva un jour une certaine raideur de la nuque ainsi qu'une sensation de froid dans la main droite. Sept jours après se développa une gangrène de l'extrémité des trois derniers doigts. Deux jours plus tard, il se produisit des douleurs violentes de la main, surtout la nuit. L'examen radiographique était peu concluant, mais à la palpation on sentait assez bien la côte anormale. La résection de cet os supprima rapidement les douleurs et les troubles circulatoires. A. HOUSQUAINS.

Sur la pyélonéphrite et la gravelle d'origine scarlatineuse chez l'enfant. [Monsseaux (de Vittel). *Arch. de méd. des enf.*, mai 1905.) — La pyélonéphrite scarlatineuse est exceptionnelle. M. Monsseaux en rapporte un cas fort net du à M. Bouloumié, et qui s'est terminé par la guérison complète. Quant à la lithiase, elle peut être parfois rattachée à une scarlatine antérieure, non que cette infection puisse, à elle seule, créer de toutes pièces la lithiase, mais plutôt parce qu'elle agit sur le rein de façon à rendre possible, chez les sujets prédisposés, la précipitation de l'acide urique. L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Deux cas d'anévrisme thoracique et un d'anévrisme du tronc innominé traités par l'introduction d'un fil métallique et l'électrolyse. (H. A. Hace. *Therapeutic Gazette*, Détroit, 15 juillet 1905.) — Hace ajoute trois cas d'anévrisme à ceux traités antérieurement par sa méthode. Dans le premier cas, chez une femme de cinquante ans atteinte d'anévrisme de la portion transversale et descendante de la crosse de l'aorte intéressant l'origine des gros vaisseaux, il introduisit à l'aide d'une aiguille ordinaire convenablement isolée, *huit pieds* (2^m40) de fin fil d'or, et fit passer au travers un courant d'abord de 5 milliampères puis il augmenta l'intensité jusqu'à 50 milliampères. La durée totale de l'électrolyse fut d'une demi-heure. Avant même la fin de l'intervention, la malade éprouva un certain soulagement des troubles de compression et pendant plusieurs semaines après put dormir allongée. Six mois après l'opération, le développement de l'anévrisme recommença et la mort survint par compression

trachéale et épuisement. A l'autopsie, le fil d'or fut retrouvé enfoui dans un caillot. Dans le second cas, il s'agissait d'un homme qui présentait une masse remplissant le creux sus-claviculaire du côté droit, près du sternum, et s'étendait en arrière sous le sterno-cléido-mastoïdien. Dans cette masse anévrismale, Hace introduisit 60 centimètres de fil métallique et fit passer un courant pendant quarante minutes.

Deux semaines après, la surface où le fil avait été introduit ne présentait plus de pulsations et avait une consistance ferme. La mort survint deux mois après par troubles de la respiration et de la déglutition, et par épuisement. L'anévrisme était développé aux dépens de la paroi inférieure du tronc innominé. Le sac était tapissé par un caillot lamellaire dont l'intérieur était formé par un liquide noir et épais. On ne retrouva pas le fil. Dans le troisième cas, anévrisme de l'aorte descendante juste au-dessous de la crosse. Hace introduisit 9 pieds (2^m70) de fil et fit passer le courant pendant trois quarts d'heure. Le malade survécut quatre mois et mourut par épuisement et troubles de compression. Le sac était comblé par un énorme caillot lamellaire; le fil était pelotonné à l'intérieur de ce caillot revêtu d'une couche fibrineuse à travers laquelle le sang s'était frayé un chemin. L'idée de l'auteur est de fortifier la paroi faible par son fil métallique et d'obtenir un caillot qui tapisse l'intérieur du sac. Il fait ressortir que, dans tous ses cas, il y a eu soulagement très marqué des symptômes de compression, et diminution des pulsations, et les malades se sont déclarés satisfaits de l'opération. Dans les cas où il est intervenu, cas désespérés, où l'ultime résultat ne faisait point de doute, une telle rémission n'est point à dédaigner, car c'est à peu près ce que l'on peut obtenir de mieux. FAXTON E. GARDNER.

Les résections craniennes et durales étendues et leurs effets consécutifs sur la structure et le fonctionnement de l'écorce cérébrale. (*Il Policlinico : section chirurgicale*, 1905, fasc. 1, 3, 4, 5.) — D'un long travail où il expose ses recherches expérimentales, le docteur Orazio SCHIFONE tire les conclusions suivantes : 1° Une perte étendue de substance au niveau de la boîte cranienne et portant aussi sur la dure-mère n'est jamais comblée par une nouvelle formation osseuse, mais par un tissu fibreux épais et résistant, qui fait adhérer fortement la substance cérébrale aux tissus mous péricraniens; 2° Ces adhérences fibreuses post-opératoires entraînent dans les couches superficielles de l'écorce cérébrale une série de lésions qui frappent tous ses éléments constitutifs, et dont la phase ultime consiste dans la disparition d'une partie des éléments nerveux et leur remplacement par du tissu névroglique; 3° Malgré les adhérences pathologiques et les lésions corticales qu'elles entraînent on n'observe pas, même après un temps considérable, de troubles des fonctions sensorio-motrices ni de processus dystrophiques chez les animaux opérés; 4° Les adhérences cicatricielles post-opératoires ne provoquent pas d'accès d'épilepsie bravais-jacksonienne quand la guérison opératoire est parfaitement aseptique; ces accès n'apparaissent que chez des sujets organiquement et héréditairement prédisposés et en ce cas ils tendent à se généraliser dès le début; 5° Sous l'intervention d'autres causes mécaniques ou phlogistiqnes, comme l'augmentation de la pression intra-cranienne et la méningo-encéphalite, on n'observe jamais la hernie cérébrale par le seul fait d'une vaste solution de continuité osseuse et durale; 6° La cranio-résection associée à la résection de la dure-mère, même très étendue, n'est donc pas une opération dangereuse dans ses résultats soit immédiats, soit éloignés; une vaste brèche osseuse peut rester recouverte par une paroi de tissus mous sans conséquences graves pour le tissu nerveux sous-jacent, à la condition absolue que l'opération soit pratiquée avec la plus minutieuse asepsie. A. GAULLIEUR L'HARDY.

L'infection tuberculeuse par la voie vaginale. (*Riforma med.*, 1904, nos 37 et 38.) — Voici les conclusions que le docteur CALOGERO GALBO tire de ses recherches expérimentales : 1° Les lésions et les solutions de continuité ont une grande importance dans la détermination expérimentale de la tuberculose des voies génitales femelles; en dehors de ces conditions la tuberculose primitive de cette région est impossible : 2° Le pouvoir de résistance de ces organes à l'inoculation de substances tuberculeuses, en dehors de toute solution de continuité, est dû très probablement à la nature de leur épithélium de revêtement; la sécrétion vaginale ne paraît avoir aucune action favorable; 3° L'organisme animal est exposé à la tuberculose générale consécutivement à ces inoculations. La pénétration des bacilles spécifiques dans l'organisme se fait à travers les interstices cellulaires de l'épithélium de la muqueuse pour suivre ensuite le réseau lymphatique superficiel et profond; 4° Pendant qu'évolue la tuberculose inoculée par les voies génitales la conception est possible; cependant l'avortement est facile, que la conception ait précédé ou suivi les inoculations. Dans le placenta et les organes fœtaux on rencontre les bacilles de la tuberculose et des altérations anatomo-pathologiques dues à la présence de ces bacilles et de leurs toxines; 5° L'auteur ne peut conclure de ses expériences si la conception et la grossesse sont compatibles avec une tuberculose locale des voies génitales; 6° Les résultats qui viennent d'être exposés ne varient pas, que l'on emploie pour l'inoculation des crachats ou des cultures ; la période d'incubation est seulement un peu plus longue avec les cultures qu'avec les produits d'expectoration.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

FORMULAIRE

POTIONS CALMANTES DANS LA BRONCHITE AIGUE A LA PÉRIODE DE CRUDITÉ

1°	Oxyde blanc d'antimoine........	1 gramme.
	Benzoate de soude.............	3 —
	Looch blanc................	90 —
	Sirop de Tolu............. } Ou sirop diacode........... }	30 —
	Teinture d'aconit..........	x à xv gouttes.

Une cuillerée à soupe de deux en deux heures, à une demi-heure d'intervalle au moins de toute alimentation.

2°	Kermès.............	0g20 à 0g25 centigr.
	Julep gommeux..............	120 grammes.
	Teinture d'aconit.......	x à xv gouttes.
ou	Kermès.............	0g20 à 0g25 centigr.
	Looch blanc..............	90 grammes.
	Sirop diacode............. } Ou sirop de Tolu.......... }	30 —
	Teinture d'aconit.......	x à xv gouttes.

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures, à une heure d'intervalle de l'alimentation. (Rauzier.)

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS

Les cours du premier semestre s'ouvriront à la Sorbonne le lundi 5 novembre 1905 :

PHYSIQUE (les mardis et samedis, à une heure et demie; première leçon le 7 novembre). — M. Bouty, professeur, traitera de la thermodynamique et de l'électrolyse. Des manipulations et des conférences, qui seront dirigées pendant toute l'année par le professeur, commenceront dans la seconde quinzaine de novembre.

PHYSIQUE [fondation de l'Université de Paris] (les jeudis, à trois heures; première leçon le 9 novembre). — M. Pellat, professeur, traitera de l'électrostatique. Lois d'Ohm; loi de Joule. Thermo-électricité.

PHYSIQUE (les lundis et vendredis, à une heure et demie; première leçon le 6 novembre). — M. P. Curie, professeur, traitera de l'ionisation des gaz et de la radioactivité.

CHIMIE (les mardis et samedis, à dix heures et demie; première leçon le 7 novembre). — M. H. Moissan, professeur, fera l'histoire des métalloïdes et de leurs principales combinaisons; il traitera de la classification des corps simples, puis il exposera les lois générales de la chimie et les principes de la thermochimie.

CHIMIE (les mercredis et vendredis, à deux heures; première leçon le 8 novembre). — M. A. Ditte, professeur, traitera des métaux et de leurs combinaisons principales. Des manipulations, qui seront dirigées pendant toute l'année par le professeur, commenceront dans la seconde quinzaine de novembre.

ZOOLOGIE, ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE COMPARÉES (les jeudis, à quatre heures, et les vendredis, à deux heures et demie; première leçon le 9 novembre). — M. Y. Delage, professeur, traitera des mollusques et des vertébrés.

ÉVOLUTION DES ÊTRES ORGANISÉS [fondation de la ville de Paris] (les mercredis, à deux heures, et les samedis, à onze heures; première leçon le 8 novembre). — M. Alfred Giard, professeur, exposera, le mercredi, les théories nouvelles et les principes généraux de la morphogénie. Il traitera, le samedi, de l'origine et de la signification des gonades. Le professeur dirigera, les lundis, à deux heures, rue d'Ulm, 3, les travaux pratiques d'embryologie générale.

HISTOLOGIE [fondation de l'Université de Paris] (les mercredis et vendredis, à dix heures et demie; première leçon le 8 novembre). — M. J. Chatin, professeur, traitera de la biologie cellulaire, puis il exposera l'histologie comparée du système nerveux et des organes des sens. Les travaux pratiques auront lieu le jeudi, à une heure, sur des sujets relatifs au cours et aux examens du certificat d'études supérieures d'histologie.

ZOOLOGIE [introduction générale à l'étude des sciences naturelles] (les mercredis, à quatre heures; première leçon le 8 novembre). — M. Houssay, professeur, développera les méthodes et les conclusions communes à toutes les sciences de la nature et s'efforcera d'initier, par des exemples significatifs, à la diversité des techniques.

BOTANIQUE (les mardis et vendredis, à quatre heures; première leçon le 7 novembre). — M. G. Bonnier, professeur, traitera de la morphologie et de la classification des cryptogames. Les travaux pratiques auront lieu, sous la direction du professeur, les mardis (botanique) et les mercredis (physiologie végétale), à huit heures et demie.

Cours annexes. — EMBRYOLOGIE GÉNÉRALE (les lundis et jeudis, à dix heures et demie; première leçon le 6 novembre). — M. Le Dantec, chargé du cours, traitera de l'hérédité et de la sexualité.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 13 AU 18 NOVEMBRE 1905)

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 13 novembre, à une heure. — 5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Second, Legueu et Gosset; — 2e (série) : MM. Tuffier, Mauclaire et Cunéo; — (2e partie) : MM. Gaucher, Teissier et Labbé (Marcel); — M. Proust, suppléant.

Mardi 14 novembre, à une heure. — 5e (1re partie), *Charité* : MM. Guyon, Schwartz et Auvray ; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Thiroloix et Gouget; — M. Carnot, suppléant.

Mercredi 15 novembre, à une heure. — 3e (1re partie, oral) : MM. Segond, Sébileau et Lepage; — M. Balthazard, suppléant.

Jeudi 16 novembre, à une heure. — 3e (2e partie, oral) : MM. Achard, Dupré et Guiart.

4e : MM. Raymond, Vaquez et Langlois; — M. Renon, suppléant.

Vendredi 17 novembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Déjerine et Legry.

2e : MM. Ch. Richet, Broca (André) et Branca; — M. Claude, suppléant.

5e (1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Delens et Gosset; — (2e série) : MM. Reclus, Mauclaire et Proust; — M. Duval (Pierre), suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Wallich et Potocki ; — M. Desgrez, suppléant.

Samedi 18 novembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Méry et Jeanselme; — (2e série) : MM. Troisier, Renon et Bezançon ; — M. Launois, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Brindeau ; — M. Maillard, suppléant.

THÈSES

Mercredi 15 novembre 1905. — M. COLTELLONI. Sur la présence du tissu lymphoïde dans la paroi de certains kystes branchiaux du cou. (MM. Terrier, président; Reclus, Roger et Teissier.) — M. DPBOS. Epiploïtes consécutives à la cure radicale des hernies. (MM. Reclus, président; Terrier, Roger et Teissier.) — M. CORDIER. Des variations de la pression artérielle, dans ses rapports avec la menstruation. (MM. Roger, président; Terrier, Reclus et Teissier.)

Jeudi 16 novembre 1905. — M. CUSSON. Contribution à l'étude de l'hypertrophie congénitale. (MM. Debove, président; de Lapersonne, Bezançon et Marion.) — M. HEUROT. Accidents du travail et hystérotraumatisme oculaire. (MM. de Lapersonne, président; Debove, Bezançon et Marion.) — M. LAPLACE. Séroprophylaxie préventive de la diphtérie chez l'enfant. (MM. Hutinel, président; Chantemesse, Méry et Richaud.) — M. VILLEJEAN. Etude critique et expérimentale sur la cryoscopie du lait. (MM. Chantemesse, président; Hutinel, Méry et Richaud.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 127. — JEUDI 9 NOVEMBRE 1905. 78e ANNÉE. JEUDI 9 NOVEMBRE 1905. — N° 127.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE
Diathèse et dermatoses diathésiques, par M. le professeur Gaucher.
MÉDECINE PRATIQUE
Le traitement du rhumatisme articulaire aigu et suraigu par l'acétyl-salicylate de méthyle.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine.
ANALYSES
Médecine : Les causes qui maintiennent élevé le taux de la morbidité par infection diphtérique.
Chirurgie : Les suites de l'appendicectomie ; — Trois cas de sarcome primitif de l'estomac ; — Emploi de l'air liquide en chirurgie et en thérapeutique cutanée.
NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)
Paraplégies (suite).
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Le concours s'est terminé par la nomination des 275 candidats dont les noms suivent :

MM. : 1. Ducamp, Léon, Lechevallier, Moulonguet, Velter, Bloch (André), Mlle Neveux, MM. Cain, Bontemps, Mondor,

11. Weil, Darget, Genil-Perrin, Boivin, Duprey, Bonnet, Cotillon, Gutmann, Baufle, Godlewski,

21. Bloch (Marcel), Caudrelier, Huyghes de Beaufond, Gautier (Claude), Reilly, Toussaint, de Berne-Lagarde, Métivet, Parès, Caillé,

31. Lafont (Paul), Magnial, Bion, Lafont (Jules), Pignot, Routier (Daniel), de Saint-Genois de Grand Breucq, Vilbort, Malarte, Feil,

41. Cadoul, Chabbert (Paul), Lataillade, Lehmann, Mlle Bidaux, M. Jeudi de Grissac, Mlle de Sfeffel, MM. Bergeret, Monod, Petit (Charles),

51. Mlle Vigor, MM. Jacquemin, Kemhadjian, Lemaire, Sidoun, Viel, Alexandre, Bader, Blondin, Gendron,

61. Larue, Mateias, Philipon, Roy (Jean), Salés, Cunnac, Maurel, Mounier, Pont, Villechaise,

71. Buc, Rivière, Vincent (René), Coustère, Dumas (Julien), Duval (Paul), Gazel, Mlle Margoulis, MM. Pierrot, Kahn,

81. Miriel, Ollé, Ribo, Wallimann, Rougier, Chevalier (Jean), Ecot, Ferrand, Maintenon, Maréchal,

91. Vernier, Angot, Bütterlin, Dubois (Robert), Réchad, Boulard, Cuny, Mallet (Charles), Morienne, Pinchon,

101. Woillez, Mlle Landrieu, MM. Combault, Lévy (Isaac), Roudergues, Routier (Armand), Besnard (Jean), Boutet, Tchohadjitch, Béranger,

111. Chevassu-Périgny, Farah, Théry, Mlle Braoudé, MM. Lœwy (Georges), Rousseaux, Mlle Sabin, MM. Gervais, Bobrie, Mlle Bourg,

121. MM. Delort, Meunier, Décourtieux, Gastal, Meyer (Paul), Pernet, Boë, Chabert, Gheorghiu (Dan), Parent,

131. Pujol (Etienne), Danton, Duru, Leibovici, Lelongt, Mar, Pellissier, Simon, Bourdeau de Fontenay, de Cumont,

141. Fronty, Onfroy de Bréville, Bouillier, Cabre, Doucet. Vialay, Chichmanian, Pillot, de Rouville, Duval (Gaston),

151. Tzanck, Dujarric de la Rivière, Dupuylatat de Laviergne, Schatzmann, Sonnié-Moret, Bellin du Coteau, Houèche, Veluet, MMlles d'Argent, Koch,

161. MM. Parlitch, Panciulesco, Peigney, Berthod (Maurice), Cadeau, Gaillard, Gautier (Gustave), Pimpaneau, Busson, Castex,

171. Doré, Fourmand, Marmier, Frenkel, Lascoux, Morestin, Pujos (Paul), Vouzelle, Bugeau, Maigol,

181. Mlle Gunsbourg, MM. Gheorghiu (Émile), Montet, Thibaut (David), Cagninacci, Fau, Chataing, Lelièvre, Steinmetz, Guyonnaud,

191. Falin, Reveillaud, Mlle Dreyfus, M. Heuyer, Mlle Gourtlew, MM. Palazzoli, Perrilliat-Botonet, Théoharide, Bourgeois, Mlle Roy (Delice),

201. MM. Bruker, François (Paul), Thibault (Paul), Berthon (Gabriel), Duchazeaubeneix, Dutheil, Teisset, Bénard (Louis), Rosenwalt, Mlle Vasseur,

211. MM. Faure, Vignal, Defaix, Durand (Gustave), Nouhaud, Faurous, Gardies, Mlle Lévy (Justine), MM. Engel, Jouquan,

221. Richard, Petit (Pierre), Poisson, Tridon, Mlle Aronoff, MM. Salmon, Lemuet, Cœur, Dubois (Jean), Ledermann,

231. Bruslan, Detay, Espagnon, Sicard, Véron, Paintaud, Parrot, Patenostre, Mathis, Lubin,

241. Escallier, Gudoc, Establies, Vallery-Radot, Balland, Blocque, Oudar, Rebaud (Joseph), Baille (Aubin), Donzé,

251. Guignard, Dubois (Maurice), Boulet, Sigwalt, Roux, Courcières, Rellier, Even, Regnault (Marcel), Demonchy,

261. Perron, Ponselle, Mlle Rathbone, M. Lutaud, Mlle Le

Scornet, MM. Mazurié, Foisy, Dérouet, Regnaud (Maurice), Bénassy,

271. Collet, Renau (Paul), Marty (Jean), Abram, Porte.

— CONCOURS D'ASSISTANT D'OPHTALMOLOGIE DES HOPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Rochon-Duvigneau et Gasne, qui ont accepté, et de MM. Terrien, de Lapersonne et Gosset, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LILLE. — Les prix de l'internat ont été attribués à M. Caudron pour la médecine, et à M. Gugelot pour la chirurgie.

TOULOUSE. — Le concours de l'internat vient de se terminer par les nominations suivantes : internes titulaires, MM. Armaing, Itié, Aillet, Levrat et Sainte-Colombe; internes provisoires, MM. Roullet, Mouchard et Delon.

GUERRE. — Voici la liste des médecins civils auxquels le ministre a conféré des récompenses honorifiques pour les soins ou les médicaments qu'ils donnent gratuitement, soit aux militaires de la gendarmerie soit à leurs familles :

Lettre d'éloges officiels (délivrée après dix années au moins de soins gratuits). — MM. les docteurs Lajotte (de Longjumeau), Lavie (de Rueil), Verdié (d'Arpajon), Blois (de Saint-Denis-Plaine), Farabeuf (d'Etampes), Keller (de la Garenne-Colombes), Oger (de Desvres), Souillard (de Bruay), Lamy (de Frévent), Monier (de Saint-Richaumont), Roisin (de Crèvecœur-le-Grand), Mouflier (de Villers-Cauterets), Bouju (de Conches), Lefranc (de Clécy), Allembert (d'Aunay-sur-Odon), Vassal (de Saint-André), Fidelin (d'Etretat), Perrée (de Grand-Couronne), Ernous (de la Châtre-sur-le-Loir), Le Conte (de Sainte-Suzanne), Bruneau (d'Epernon), Girod (de Mortrée), Poulain (de la Ferté-Macé), Gigon (de Ballée), Petit (de Couterne), Decuyper (de Laigle), Loridant (de Brou), Jallot (de Renazé), François (de Vézelay), Cuny (de Darney), Vendrely (de Champagney), Légerot (de Beaufort), Delacour (de Champagnole), Guillermet (de Saint-Germain-de-Joux), Luquet (de Toulon-sur-Arroux), Charbonneau (de Genlis), Laurent (de Saint-Saulge), Duprey (de Château-Chinon), Evrard (de Vernantes), Autenac (de Sainte-Sévère), Meignan (de Chalonnes), Moricet (de Beaulieu), Brigaut (de Sainte-Maure), Malon (du Telleul), Baudouin (de Corlay), Gaboriau (de Châteaubriant), Marivint (de Mauron), Gaillardon (d'Aubeterre), Villedary (de Saint-Vincent-de-Connezac), Moret (de Massiat), Passelaigue (de Lachapelle-Agnon), Sabatier (de Varennes-sur-Allier), Hanotte (de Saint-Symphorien-de-Lay), Guichard (du Donjon), Janin (de Grand-Lemps), Garcin (de Morestel), Magnan (de Die), Ferroud (de Chasselay), Liaudet (de Saint-Symphorien-sur-Coise), Rostaing (de Vif), Bruguerolle (de Saint-Florent), Patron (de Salindres), Bentkowski (de Saint-Jean-du-Gard), Maisonneuve (de Saint-Agrève), Vivalda (de Breil), Canac (de Cassagnes-Bégonhès), Gazel (de Gigean), Guibert et Fabre (d'Olonzac), Bonnet (de Belmont), Boudon (de la Canourgue), Abet (de Thézan), Nourrigat (de Sigean), Chansou (de Fronton), Druène (de Luz), Méjosson (d'Ars-en-Ré), Darbouet (du Boucau), Augier (de Philippeville), Aymé (de Bulgnéville), Canova (de Sfax), Archambeaud (de Saint-Pierre).

Médaille de bronze (accordée après quinze années au moins de soins gratuits). — MM. les docteurs Doat (de Boulogne-sur-Seine), Miette (de Saint-Ouen), Comet (de la Queue-en-Yvelines), Nollet (de Bougival), Oudar (de Guines), Thiéry (d'Orchies), Bresselle (d'Oisy-le-Verger), Barthélemy (de Braisne), Duriez (de Pierrefonds), Gourdier (de Bretteville-sur-Laize), Durel (d'Honfleur), Laîné (de Pont-Audemer), Texier (de Bourg-Achard), Allard (de Duclair), Georget (d'Ahuillé), Butel (de Rémalard), Janin (de Vertus), Gairal (de Carignan), Perchet (d'Autet), Poncin (de Montrevel), Beaupère (de Salornay-sur-Guy), Tounissont (de Culan), Enon (d'Argenton-l'Eglise), Hamel (de Carentan), Ménard (de Matignon), Dupas (de Nort-sur-Erdre), Lassime (de Port-Louis), Rouby (de Lapleau), Millet et Sireyjol (de Saint-Pardoux-Larivière), Fraty (de Pélussin), Rolland (de Saugues), Chaussende (du Monastier), Galibert (de Crest), Feyat (de Saint-Symphorien-d'Azon), Chabannes (de Vals), Clarou (du Vigan), Laugier (du Bar), Constans (de Brasc), Boixo (de Thuir), Bascou (de Bouisse), Paganel (de Saint-Sylvestre), Fabre (de Montcuq), Boudou (de Montech), Sternberg (de Castres), Gouvert (de Jemmapes), Capuron (de Rivoli), Latfage (de Dra-el-Mizan), Cornu (d'Ervy), Plique (de Poissons), Geoffroy (de Montiérender).

Médaille d'argent (accordée après vingt ans de services gratuits). — MM. les docteurs Baron (de Saint-Maurice), Pouillet (de Champigny), Morisson (de Maisons-Alfort), Caire (de Nanterre), Wœhling (de Clamart), Meyer (de Beaumont-sur-Oise), Stopin (de Desvres), Legrand (de la Bassée), Verrier (de Molliens-Vidame), Léquibin (d'Oisemont), Grégoire (de Livarot), Pasquier (de Guerbaville), Thalinger (de Bonnétable), Filleul (de la Ferté-Vidame), Bellier (de Laigle), Forgeron (de Saint-Florentin), Greuel (de Gérardmer), Henry (de Saulx), Coillot (de Cendrey), Loreton-Dumontet (de Paray-le-Monial), Deschand (d'Ile-Bouchard), Cazy (d'Evaux), Giro (de Monistrol-sur-Loire), Ruelle (de Commentry), Magnan (de Luc-en-Diois), Chabert (de Saint-Donat), Robin (de Grand-Serre), Ogier (de la Verpillière), Fustier (de Thizy), Dubourd (de Roquemaure), Santelli (d'Ile-Rousse), Albespy (de Marcillac), Roig (de Milias), Borrello et Echernier (de Saint-Paul), Sicardon (de Cazères), Couderc (de Cenevières), Riou-Kérangal (de Bouglon), Abadie (de Bourg), Bos (de Lesparre). (*A suivre.*)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Pierre Roy (de Paris).

PRÉPARATION A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON. — Avec le concours d'un aide-major, M. Baldenweck, interne des hôpitaux, reprendra incessamment ses conférences préparatoires à l'École de service de santé militaire de Lyon.

S'adresser à l'hôpital Trousseau.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

(Hôpital Saint-Louis.)

DIATHÈSES & DERMATOSES DIATHÉSIQUES

Par M. le professeur GAUCHER (1).

Messieurs,

Nous devons étudier ensemble, cette année, les dermatoses diathésiques.

Les dermatoses diathésiques sont les dermatoses de cause interne, celles qui sont produites par une altération générale de l'économie. C'est cette altération générale de l'économie, caractérisée, suivant la doctrine ancienne, par une viciation des humeurs, qui constitue la diathèse. De cette altération humorale primitive, dérivent des lésions cellulaires et organiques consécutives, qui produisent les affections diathésiques.

Les Anciens reconnaissaient trois grandes diathèses :

1° L'arthritisme, l'herpétisme ou la dartre. — Ce sont trois dénominations qui s'appliquent au même ordre de faits;

2° La scrofule;

3° La syphilis.

Voyons ce qui reste de ces trois diathèses.

La SYPHILIS est une maladie de cause externe, infectieuse, parasitaire, qui peut créer une modification générale de l'économie; mais cette modification n'est que secondaire, elle n'est pas primitive et intrinsèque. La syphilis ne peut, par conséquent, être considérée comme une diathèse.

La SCROFULE a été bien démembrée, au point qu'on n'en parlait même plus dans ces derniers temps; elle était englobée pour une grande part dans la tuberculose locale, pour une part plus petite dans la syphilis héréditaire.

Il y avait bien quelques manifestations de l'ancienne scrofule qu'on ne pouvait rattacher au bacille de Koch ou à la syphilis héréditaire; on les avait réunies sous la dénomination vague de lymphatisme. La découverte des végétations adénoïdes par Meyer permit de ressusciter l'ancienne scrofule.

Meyer montra que c'était dans ces végétations qu'il fallait chercher le substratum des rhino-pharyngites chroniques, et l'on comprit l'importance de ces végétations quand on vit leur ablation faire disparaître, en même temps, d'autres affections qui faisaient partie de l'ancien complexus scrofuleux, telles, par exemple, que les otorrhées et les adénites cervicales chroniques.

Ces affections dépendent en effet, comme l'a montré M. Gallois, de l'infection chronique du rhino-pharynx. C'est dans le cavum et dans les anfractuosités des végétations adénoïdes que germent et que s'accumulent d'abord les microbes de la suppuration. Toutes les anciennes affections scrofuleuses ont une origine suppurative : l'impétigo, l'otite suppurée, la kérato-conjonctivite ont la même origine pyogène que la rhino-pharyngite; ils lui sont souvent associés et, quelquefois même, ils sont secondaires à l'écoulement nasal de cette rhino-pharyngite et provoqués par lui.

Il y a plus encore, et nous arrivons maintenant à l'origine de l'altération générale de l'économie qui constitue la scrofule.

En dehors des affections locales que détermine directement et par propagation la suppuration du cavum, les produits de cette suppuration, les toxines microbiennes qu'elle engendre sont inévitablement résorbés par la muqueuse du rhino-pharynx, absorbés par les lymphatiques, et se répandent dans la circulation et dans tout l'organisme. Il en résulte une sorte d'*imprégnation toxinique* de l'économie, qui constitue la scrofule. Celle-ci est une *intoxication chronique d'origine microbienne* dont le point de départ est dans le cavum.

En définitive, la scrofule est bien un état constitutionnel; mais c'est une altération constitutionnelle secondaire, ce n'est pas un état morbide primitif; c'est une *toxi-infection chronique*, ce n'est pas une diathèse; l'altération humorale qui la constitue n'est pas *endogène*, elle est *exogène*.

La scrofule dérive donc de l'infection chronique du rhino-pharynx végétant; mais quelle est la cause primitive de ces végétations du cavum?

L'histologie nous apprend, Messieurs, que ces végétations sont formées de tissu réticulé, comme l'amygdale, dont l'hypertrophie et l'inflammation chronique accompagnent si souvent les végétations adénoïdes.

Elles sont formées de tissu réticulé comme l'appendice cæcal, et un médecin distingué, le docteur Delacour, a montré la coexistence fréquente, soit chez le même enfant, soit dans la même famille, des végétations adénoïdes et de l'appendicite.

Il est donc permis, *à priori*, d'admettre que l'hypertrophie, l'altération et l'inflammation chronique du tissu réticulé de l'appendice reconnaît sans doute la même cause que l'hypertrophie du tissu réticulé du cavum.

Cette cause commune, je n'hésite pas à le dire, d'après des observations très nombreuses, cette cause est très souvent l'hérédité syphilitique, et quelquefois l'hérédité syphilitique lointaine des grands-parents. Mon opinion n'a fait que se confirmer sur l'origine syphilitique de l'appendicite; je crois également que les végétations adénoïdes ont souvent la même cause.

Je ne dis pas, je n'ai jamais dit, et je ne pouvais pas dire que l'appendicite est toujours une dépendance de la syphilis. Je ne dis pas davantage que les végétations adénoïdes sont toujours liées à une infection syphilitique atténuée. L'expérience d'un seul homme ne peut suffire pour établir et justifier une telle affirmation.

J'ai dit seulement et je répète que, d'après ce que j'ai vu, l'appendicite, et particulièrement l'appendicite familiale, m'a semblé être une conséquence très fréquente de la syphilis acquise et surtout de la

(1) Leçon recueillie par M. BOISSEAU, interne du service.

syphilis héréditaire et que, dans les antécédents des malades atteints d'appendicite, on trouve très souvent la syphilis. Je dis également que les enfants atteints de végétations adénoïdes sont généralement des descendants de syphilitiques.

On m'a objecté, à propos de l'appendicite, et l'on m'objectera à propos des végétations adénoïdes, que la syphilis est très fréquente, qu'elle existe dans beaucoup de familles, et que c'est pourquoi je la trouve si souvent. C'est précisément parce que la syphilis, qui est un produit de la civilisation, devient de plus en plus fréquente, qu'on observe aujourd'hui si communément l'appendicite et les végétations adénoïdes.

Récapitulons, Messieurs, les notions précédentes : la scrofule est une toxi-infection chronique dérivant de la suppuration du cavum. Cette suppuration provient des végétations adénoïdes ; celles-ci ont une origine syphilitique plus ou moins lointaine, de sorte qu'en définitive, *la scrofule est une dépendance de l'hérédo-syphilis ; la condition essentielle et primordiale de la scrofule est une syphilisation héréditaire.*

La syphilis et la scrofule, directement ou indirectement, sont des états constitutionnels d'origine extrinsèque ; ce ne sont pas des diathèses.

La *diathèse* est une *altération humorale, primitive* et *intrinsèque*, qu'on peut ainsi *définir cliniquement :*

Une disposition héréditaire de l'organisme, capable de produire certaines affections internes ou externes, viscérales ou cutanées, qui toutes s'enchaînent, qui peuvent se remplacer ou se succéder chez le même individu ou dans la même famille et qui, toutes, sont dues à la même altération humorale.

La diathèse peut aussi se définir par ses effets. Les *principales affections diathésiques* sont :

Comme *manifestations cutanées :* l'eczéma, le psoriasis, l'urticaire, le prurigo, le lichen, la séborrhée et l'acné ;

Comme *manifestations viscérales* ou extra-cutanées : le rhumatisme, la goutte, la migraine, l'asthme, l'emphysème pulmonaire, les varices et les hémorroïdes, la dyspepsie gastro-intestinale et la dilatation de l'estomac, la lithiase biliaire et la lithiase urinaire ;

Comme *terminaison ultime :* les affections cardiaques, l'artériosclérose et ses conséquences, la néphrite interstitielle, parfois le cancer.

Cette diathèse, avec ses manifestations multiples, correspond à l'ancien arthritisme de Bazin, auquel on peut reconnaître deux formes :

La goutte ou l'arthritisme gras ;
L'herpétisme ou l'arthritisme maigre.

Dans l'une ou l'autre de ses formes, les diverses manifestations de la diathèse peuvent se remplacer l'une par l'autre ; c'est ce qu'on appelle les métastases. Les manifestations cutanées peuvent être remplacées par des affections viscérales toujours plus graves. Un eczéma qu'on guérit, chez un goutteux, peut être suivi d'un accès de goutte ou d'une pneumopathie quelquefois mortelle. Un psoriasis très étendu, qu'on fait disparaître trop rapidement, peut être remplacé par une attaque d'urémie ou des accès d'asthme.

Ces métastases viscérales sont habituellement subordonnées à l'insuffisance de l'élimination rénale ; c'est pourquoi il est si important, avant de traiter une dermatose chronique, de s'assurer de l'état de la nutrition et de la perméabilité rénale, par la recherche de l'albumine et par l'évaluation du rapport azoturique.

Vous avez vu, il y a quelques semaines, dans la salle Saint-Louis, un malade atteint d'eczéma généralisé, chez lequel la disparition de l'eczéma a été suivie d'un œdème aigu du poumon. Malgré une saignée, malgré des sinapismes nombreux, appliqués sur la peau, pour rappeler l'inflammation cutanée, le malade a succombé et l'autopsie a montré, chez lui, l'existence d'une néphrite interstitielle, qui était latente, tant que l'affection cutanée avait servi de sécrétion vicariante pour le rein insuffisant.

Quelle est donc la nature de ce poison morbide qui circule dans l'organisme, pour se fixer tantôt sur un point, tantôt sur un autre ? Comment concevoir l'altération humorale qui constitue la diathèse ?

Messieurs, j'enseigne depuis quinze ans que la diathèse est une *auto-intoxication* produite par les *matières extractives azotées*, en excès dans l'économie, par la matière azotée désassimilée insuffisamment transformée. Celle-ci, au lieu d'évoluer jusqu'à son terme ultime, qui est l'urée, s'arrête, sous l'influence d'une nutrition viciée, à l'état d'acide urique, de leucine, de tyrosine, de créatine, de créatinine, de xantine, d'hypoxantine, etc. Or l'urée, terme ultime et produit parfait de l'évolution de la matière azotée dans l'organisme, n'est pas toxique et est dialysable ; l'urée s'élimine facilement par la sécrétion urinaire. Il n'en est pas de même des extractifs azotés, qui sont toxiques et très peu solubles et qui, s'éliminant incomplètement et d'autant plus incomplètement qu'ils sont produits en quantité plus grande qu'à l'état normal, s'accumulent dans l'économie avec tous leurs effets nocifs.

La *définition chimique* de la diathèse est donc pour moi la suivante : une *auto-intoxication chronique par les matières extractives azotées.*

Aujourd'hui je peux formuler cette définition sans provoquer l'étonnement ; il n'en a pas été toujours ainsi.

Au début, ma théorie a été acceuillie par une incrédulité moqueuse ; on ne me faisait même pas l'honneur de me discuter ; je crois qu'on ne me comprenait même pas. On en était à l'admiration allemande sans réserve ; on avait même oublié qu'il y avait eu en France un grand homme du nom de Bazin. Et cependant j'avais l'appui tacite, silencieux, timide des dermatologistes de l'ancienne école, de ceux qui *n'étaient pas au courant de la science*, c'est-à-dire de ceux qui possédaient encore la forte instruction générale d'autrefois et que ne pouvaient apprécier les spécialistes étroits et ignorants qui veulent devenir dermatologistes avant d'avoir appris et sans savoir la médecine.

Permettez-moi, à ce propos, une anecdote personnelle.

Au Congrès international de 1889, je fis une communication sur les *métastases de l'eczéma*. Cette communication contenait en germe la théorie humorale que j'ai développée depuis. Je ne vous répéterai pas les insanités que j'ai été obligé d'entendre en réponse à ma communication. Mais, en sortant de la séance, feu Lallier, me prenant à part, me dit : « Vous paraissez être en retard, vous êtes en avance de dix ans ! »

Eh bien ! Messieurs, la prophétie de Lallier s'est réalisée. Beaucoup, même parmi les Allemands, sont revenus à une plus saine notion des choses et admettent les causes internes de l'eczéma ; il y en a même qui ont tellement oublié leurs erreurs passées, qu'ils prétendent, de très bonne foi, les avoir toujours admises.

Ces conversions prouvent que la vérité a toujours raison, et, de fait, je crois que nous sommes bien près de la victoire.

M. Tommasoli se déclare partisan de la théorie que j'ai émise, et admet également que la cause de l'eczéma doit être cherchée dans l'uricémie et dans l'auto-intoxication des humeurs, par les matières azotées d'oxydation inférieure.

Mon collègue et ami, M. Brocq, qui, d'ailleurs, a toujours été un partisan convaincu de l'origine interne des grandes dermatoses, est bien près, si j'en juge par ses publications récentes et par celles de ses élèves, de se rallier à la théorie chimique de la diathèse que je soutiens depuis si longtemps et que je résume ainsi :

Trouble primitif et inné des mutations nutritives, ralentissement des oxydations organiques, insuffisance de transformation de l'azote, augmentation des matières extractives, altérations humorales d'ordre toxique, et altérations cellulaires consécutives.

Voilà quelle est l'évolution de la diathèse ; voilà quelle est la pathogénie des affections diathésiques.

Ces matières extractives, considérées en bloc, par leur accumulation dans l'économie, produisent les affections viscérales diathésiques ; par leur élimination cutanée, quand le rein est insuffisant, elles produisent les dermatoses chroniques.

C'est par l'analyse de l'urine qu'on peut se rendre compte de cette production excessive d'extractifs azotés. Jusqu'à présent ces matières extractive azotées ont été dosées dans leur ensemble. C'est par l'évaluation du rapport azoturique, c'est-à-dire du rapport qui existe entre l'azote de l'urée et l'azote total, qu'on peut se rendre compte de la proportion des matières extractives azotées. Le rapport azoturique normal est de 85 à 90 p. 100, en moyenne de 87,5 p. 100. Les recherches que j'ai faites avec M. Desmoulière, nous ont montré que, dans les dermatoses diathésiques, on trouve un abaissement très notable de ce rapport. Il y a diminution de l'azote de l'urée par rapport à l'azote total et, au lieu du rapport normal, on trouve 83, 80, 78 et même moins ; c'est-à-dire que, quand le rapport azoturique est de 80 p. 100, il y a 80 d'azote pour l'urée et 20 pour les matières extractives azotées.

Il est possible et même probable qu'à l'augmentation de l'une ou l'autre de ces matières correspond une dermatose déterminée et que telle d'entre elles prédomine dans l'eczéma, telle autre dans le prurigo, telle autre dans le psoriasis. Mais ici, il ne s'agit que d'une hypothèse, parce que la chimie n'a pas permis de doser chacune des matières extractives, et les recherches sont tout entières à faire sur ce sujet.

L'analyse de l'urine, dans les dermatoses diathésiques, particulièrement dans l'eczéma et le psoriasis, nous a fourni également une autre notion de la plus haute importance. Elle a montré qu'il y a élimination abondante et excessive des chlorures dans les dermatoses chroniques comme l'eczéma. Cette déminéralisation chlorurée est surtout remarquable dans le psoriasis. Le taux de chlorures est de 15, 20 grammes, et plus, au lieu de 8 à 12 grammes qui s'éliminent normalement.

Quel est le rôle de cette élimination excessive des chlorures ?

Le chlorure de sodium, ainsi que l'a montré M. le professeur Gautier, a un rôle éliminateur pour les leucomaïnes pour les matières extractives pour tous les produits de desassimilation toxiques qui dialysent généralement très mal et qui ne peuvent dialyser qu'avec l'aide du chlorure de sodium. Celui-ci assure la dépuration de l'organisme. Ce qui le prouve, c'est que cette élimination des chlorures existe surtout pendant les poussées éruptives, tandis que, la dermatose une fois guérie, le taux des chlorures revient à la normale.

C'est là une notion importante au point de vue clinique, notion de la plus haute importance aussi au point de vue thérapeutique, car c'est en se basant d'une part, sur l'exagération de la production des matières extractives, d'autre part, sur la déminéralisation chlorurée excessive qu'on doit établir le régime diététique dans les dermatoses chroniques.

1° En se basant sur *l'exagération de la production des matières extractives :* il faut écarter tous les aliments riches en matières extractives : le bouillon de viande, qui renferme des matières extractives en très grande quantité, qui est presque uniquement une solution de matières extractives, car c'est du bouillon de viande que Chevreul a jadis extrait la créatine. Si donc on donnait du bouillon dans ces cas, on ferait emmaganiser une proportion de matières extractives considérable, et on ne pourrait que difficilement guérir la dermatose par les médicaments externes. La cervelle, toutes les viandes conservées, doivent être également défendues.

2° Voyons maintenant les conséquences thérapeutiques de l'élimination chlorurée excessive.

Rien n'est plus dangereux que la déchloruration dans les dermatoses, comme dans les néphrites. Dans toutes les affections diathésiques la déchloruration est un illogisme, puisque nous avons vu le rôle prépondérant du chlorure de sodium comme agent éliminateur des matières extractives azotées.

Déchlorurer un malade atteint d'eczéma ou de psoriasis et dont le rein est malade ou insuffisant, c'est augmenter l'intoxication de son organisme, c'est le précipiter dans l'urémie, puisqu'on le prive

de l'agent éliminateur par excellence, du chlorure de sodium, qui lui permet d'éliminer ses déchets azotés toxiques.

De tous les aliments, le meilleur, tant par sa faible teneur en extractifs azotés, que par sa forte proportion de chlorure de sodium, c'est incontestablement le lait.

On a dit que le lait était utile parce qu'il contenait peu de chlorures. Or voici quelques renseignements sur ce sujet, qui m'ont été communiqués par mon chef de laboratoire, M. Desmoulière :

D'après un tableau publié par Bunge, sur la composition du lait de vache, au point de vue minéral, la teneur en chlore pour 1 litre de lait serait de $1^{g}697$, qui, multipliés par 1,647 donne $2^{g}794$ de chlorure de sodium.

Voici une analyse de Pagès (*Physiologie de la matière minérale du lait*, Th. de Paris, 1894) : la teneur en chlore du lait de vache est de $1^{g}3$ à $1^{g}9$, soit $1^{g}60$ de chlore comme moyenne (chiffre que M. Desmoulière a pu vérifier sur un certain nombre d'échantillons de lait de vache pur). Il y aurait donc $2^{g}635$ de chlorure de sodium par litre de lait.

Or, Messieurs, d'après les moyennes généralement admises, un adulte, soumis au régime lacté, absorbe 3 litres à 3 litres 1/2 de lait et par conséquent $7^{g}905$ de chlorure de sodium pour 3 litres, $9^{g}222$ pour 3 litres 1/2.

Le but de l'alimentation lactée n'est pas seulement de produire un effet diurétique, mais de donner un aliment inoffensif ou, en d'autres termes, d'éviter les produits d'intoxication tels que composés puriques, leucomaïnes, amides complexes, matières extractives azotées, qui sont formées dans la désassimilation de la viande et qui n'existent pas dans le lait.

Winternitz (*Zeits. f. phys. Ch.*, XVI, p. 460) soumet le même sujet pendant quatre jours à la diète lactée, et pendant quatre jours à la diète carnée. Il dose les sulfo-éthers et obtient les résultats suivants :

Sulfo-éthers.

Diète lactée.	Diète carnée.
Pemier jour... = 0,086	Premier jour.. = 0,344
Deuxième jour = 0,078	Deuxième jour = 0,360
Troisième jour = 0,073	Troisième jour = 0,355
Quatrième jour = 0,073	Quatrième jour = 0,366

Vous voyez que la proportion des sulfo-éthers progresse de jour en jour avec la diète carnée et diminue, au contraire, de jour en jour avec la diète lactée.

Or, la proportion des sulfo-éthers contenus dans l'urine donne d'une façon assez exacte la mesure de l'intoxication. Il y a donc là une preuve irréfutable de l'action sanitaire du régime lacté.

Nous avons admis, d'autre part, que l'un des rôles du chlorure de sodium consiste à assurer, en quelque sorte, la dépuration de l'organisme. Grâce à lui en effet, les produits de désassimilation précédemment cités, produits toxiques et dialysant en général difficilement, seront entraînés.

Nous venons de voir également que le lait produit le minimum de composés toxiques ; de plus il possède une action antiseptique sur l'intestin, grâce au lactose sans nul doute, et, par son lactose, ses sels et son eau, il est diurétique. Il renferme une proportion de chlorure de sodium largement suffisante, étant donné ce que nous venons de dire, pour assurer une élimination normale. Le lait est donc l'aliment idéal qui permet d'éviter l'intoxication et favorise la désintoxication, c'est-à-dire l'élimination des toxines accumulées.

C'est une erreur de croire que le lait est un aliment peu chloruré, et l'erreur provient de ce qu'on a confondu la teneur en chlore avec la teneur en chlorure de sodium.

Ce n'est pas $1^{g}65$ de chlorure de sodium, mais $1^{g}65$ de chlore et $2^{g}80$ de chlorure de sodium que le lait contient, et pour 3 litres de lait, il y a $8^{g}40$ de chlorure de sodium, proportion en somme assez notable.

Ce n'est donc pas parce qu'il est peu chloruré que le lait agit favorablement dans l'albuminurie, dans les néphrites et dans les dermatoses diathésiques, mais précisément au contraire parce qu'il renferme une quantité considérable de chlorure de sodium et que, ne contenant pas de matières extractives azotées, tout son chlorure de sodium est employé à éliminer les déchets chlorurés de l'organisme.

Ainsi, Messieurs, des considérations théoriques qne je vous ai exposées, découle un enseignement thérapeutique de la plus haute importance, relativement au régime diététique qui convient aux dermatoses diathésiques. C'est toujours en effet le résultat thérapeutique qu'il faut poursuivre dans les recherches scientifiques. Dépourvue de toute conséquence utile pour les malades, la médecine serait une inutile histoire naturelle.

MÉDECINE PRATIQUE

LE TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU ET SUBAIGU PAR L'ACÉTYL-SALICYLATE DE MÉTHYLE

Les composés salicylés semblent, à l'heure actuelle, constituer la médication spécifique du rhumatisme articulaire aigu et subaigu. Mais, en même temps qu'une action thérapeutique, ils ont des propriétés toxiques qui peuvent amener des accidents plus ou moins graves.

Parmi les succédanés du salicylate de soude classique, l'acétyl-salicylate de méthyle, que M. Boncourt vient d'étudier dans sa thèse inaugurale (1), est un produit cristallisé, blanc, fondant à 48 degrés, ayant une faible odeur rappelant celle du salicylate de méthyle sans en avoir aucunement l'intensité. Il est insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, la glycérine, le chloroforme et l'huile. Il contient 71 p. 100 d'acide salicylique. Dans l'eau bouillante, il se dédouble en acide acétique et en salicylate de méthyle. Alors que les alcalis se décomposent en salicylate et en acétate, les acides étendus sont sans action. Par conséquent, il n'est pas attaqué par le suc gastrique et passé entièrement dans l'intestin pour être décomposé et assimilé dans ce milieu alcalin.

L'acétyl-salicylate de méthyle a été étudié cliniquement il

(1) Lyon 1905, imprimerie Waltener.

y a quelques années par MM. Huchard et Ambard (1). Ces auteurs l'ont essayé sur une dizaine de malades à une dose variant de 5 à 8 grammes par jour. Ses effets thérapeutiques ont paru aussi bons qu'avec le salicylate de soude ordinaire. Mais l'avantage du médicament est de ne provoquer aucun des phénomènes d'intoxication que donnent fréquemment d'autres préparations, salicylées : sueurs profuses, albuminurie parfois abondante, céphalée, bourdonnements d'oreilles, gastrites. Il semble donc que la médication puisse être donnée sans inconvénient quand l'affection spécifique se complique d'un catarrhe gastrique.

C'est du moins ce qui résulte tant des travaux de MM. Huchard et Ambard, que des intéressantes observations de Corsi (2), de Berlioz et de M. Boncourt lui-même.

L. GAYARD.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 7 NOVEMBRE 1905)

Appendicite. — M. MONOD analyse un travail de M. Jalaguier sur cette question, toujours à l'ordre du jour. Nous ne doutons pas que ce travail et le rapport de M. Monod ne soient intéressants, comme tout ce qui sort de la plume de ces deux distingués collègues. Il nous est malheureusement impossible d'en dire quoi que ce soit, n'en ayant pas entendu un seul mot.

Paralysie générale syphilitique chez les Arabes. — M. MARIE lit une note sur les aliénés arabes de l'asile indigène de l'Abbassieh (Egypte). Il démontre que, contrairement à l'opinion établie, la paralysie générale s'observe souvent chez les aliénés arabes. Elle s'élève à une moyenne de 50 par an pour cet asile de 600 lits.

Chez ces paralytiques généraux, la syphilis est fréquente. D'après M. le docteur Warnœk, directeur de l'asile, elle le serait six fois plus que chez les aliénés arabes non paralytiques. Ces données, relatives à la pathologie cérébrale des Arabes d'Egypte, n'infirment pas forcément les données contraires fondées sur l'observation d'autres milieux, tels que l'Algérie et la Tunisie; mais on ne saurait attribuer à ces dernières une portée définitive, tant qu'il n'existera aucun asile colonial permettant l'observation scientifique exacte des faits.

A l'appui de cette communication, M. le docteur Marie présente vingt photographies d'Arabes observés par lui à l'Abbassieh et qui étaient atteints de paralysie générale et de syphilis.

Paludisme. — M. LAVERAN lit un rapport sur les mesures prophylactiques prises par l'armée japonaise en Mandchourie contre le paludisme.

Physiologie de la lecture et de l'écriture. — Signalons aussi une courte communication de M. JAVAL sur ce sujet.

Bureau municipal de renseignements. — Parmi les présentations, nous signalerons celles qu'a faites M. DEBOVE du rapport sur le fonctionnement, en 1904, du bureau municipal de renseignements.

En 1904, plus de 8 000 visiteurs, étrangers pour la plupart, l'ont fréquenté et sont venus y demander des renseignements de tout ordre, pour faciliter l'orientation de leurs études. Les cours de langue et de littérature françaises, les services hospitaliers de spécialités, les cours d'enseignement artistique, etc., sont les objets les plus demandés. Le personnel de service est organisé de manière à pouvoir répondre en cinq langues. Les Anglais et les Américains du Nord forment la majeure partie de la clientèle du bureau; puis viennent les Russes et les Scandinaves; les Allemands n'arrivent qu'en cinquième ligne. Rien qu'en novembre 1904, le bureau a reçu 1 281 visiteurs.

Cette utile institution a déjà été copiée à Berlin, et l'on se dispose à en créer de semblables à Londres et à New-York. M. Debove insiste, en terminant, sur les services rendus principalement aux étrangers par cette organisation essentiellement française et due aux efforts persévérants et désintéressés de notre collègue le docteur Blondel.

(1) *Journ. des prat.*, n° 8, fév. 1903, p. 121.
(2) *Gaz. degli Osp. et delle Clin.*, 1904, n° 150.

ANALYSES

MÉDECINE

Les causes qui maintiennent élevé le taux de la morbidité par infection diphtérique. — La *Gazetta Siciliana di medicina e chirurgia* (1904, n° 34) signale les points principaux d'une note intéressante de G. MYA, parue dans *Lo Sperimentale*, fasc. 3, 1904. L'auteur remarque qu'à Florence, Turin, Sienne, Rome, etc., on observe depuis quelque temps une augmentation évidente de la morbidité diphtérique; il en trouve l'explication dans la diminution de la mortalité produite par la sérothérapie et dans la persistance du bacille de Löffler dans les voies respiratoires des sujets guéris, lesquels deviennent autant de foyers d'infection. G. Mya note le rapport qui existe entre l'augmentation de la morbidité et celle des cas de rechute; il s'élève en outre contre le défaut de thérapeutique locale, négligence qui favorise la persistance de l'agent de contage dans les voies nasales et dans le pharynx. D'après lui, en attendant qu'on ait découvert un sérum antidiphtérique, non seulement antitoxique mais bactéricide, il faut se préoccuper de détruire les germes pathogènes chez les individus atteints de diphtérie et ne pas se borner à les guérir. G. Mya conseille donc d'associer une thérapeutique locale énergique à la sérothérapie et de continuer la désinfection du naso-pharynx, jusqu'à ce que les cultures restent négatives; l'usage obligatoire du sérum comme moyen préventif chez les personnes nécessairement en contact avec les sujets infectés, soit pendant la maladie soit tant qu'il persiste des bacilles diphtériques dans les premières voies respiratoires; l'interdiction de recevoir dans les écoles des enfants qui, tout en étant guéris de leur diphtérie, ont encore des bacilles de Löffler dans leur pharynx et leurs sécrétions nasales.

A l'hôpital Mayer, cette ligne de conduite a, dit l'auteur, complètement fait disparaître la contagion et dans le quartier environnant la morbidité diphtérique a beaucoup baissé par rapport aux autres quartiers de la ville.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

CHIRURGIE

Les suites de l'appendicectomie. (F. TRÈVES. *Treatment*, mai 1905, vol. IX, n° 3, p. 230.) — Ce travail étudie deux ordres de faits :

1° Les guérisons opératoires imparfaites;

2° Les complications post-opératoires.

Il est basé sur l'étude des observations personnelles de l'auteur et de 1 000 cas du London Hospital.

Opérations d'appendicite à froid. — La guérison est la règle, cependant dans 45 cas, Trèves note la persistance des symptômes morbides. Dans quelques cas ils s'expliquent par l'extirpation incomplète de l'organe, qu'on l'ait ou non invaginé dans le cæcum. Dans 9 cas ils étaient dus à un ovaire enflammé, prolabé, adhérent. Il est souvent impossible cliniquement de distinguer l'ovarite chronique de l'appendicite chronique. Aussi dans toute appendicite chronique chez la femme l'ovaire droit doit-il être examiné. Les rapports intimes de la circulation lymphatique des deux organes explique la fréquence de leur infection simultanée. Dans 8 autres cas, la persistance des symptômes s'expliquait par la présence de colite associée à l'appendicite. Dans les autres observations, aucune explication n'étant vraisemblable, les troubles furent qualifiés de troubles nerveux.

Enfin dans 9 cas il s'agissait d'erreurs de diagnostic et les signes étaient dus à des calculs biliaires dans 3 cas, rénaux dans 1, et 2 fois au rein mobile et à des coliques intestinales. La coexistence des calculs biliaires et de l'appendicite constitue un diagnostic très difficile.

Enfin dans 5 cas, on observa après l'opération le développement d'une masse dans la fosse iliaque, constituée une fois par des ganglions tuberculeux, les autres fois par des amas fécaux et inflammatoires.

Résultats imparfaits de l'évacuation d'un abcès péri-appendiculaire. — L'éventration est là une complication commune. Lorsque l'appendice n'a pas été enlevé, la persistance d'une fistule, les récidives d'abcès ne sont pas rares, surtout sous forme de masses inflammatoires comblant la fosse iliaque. Il peut alors se former une fistule stercorale, mais qui a tendance à se fermer spontanément.

Après la guérison des abcès, si l'appendice n'a pas été enlevé, les nouvelles attaques d'appendicite sont-elles fréquentes ? convient-il, pour les éviter, d'aller enlever secondairement l'appendice? Trèves se prononce pour la négative pour trois raisons : 1° environ 83 p. 100 des malades n'ont pas de nouvelles attaques; 2° le risque d'attendre une seconde attaque est relativement petit; 3° dans ces cas où on a eu lors de l'attaque des abcès, l'intervention est toujours difficile et dangereuse. Le risque n'en est pas suffisamment justifié.

Complications de l'appendicectomie. — En mettant de côté les fistules stercorales, l'obstruction intestinale, les abcès persistants, les principales complications sont des complications septiques. Les pleurésies et empyèmes sont dus à l'extension directe de l'inflammation. Les parotidites sont dues à des infections d'origine buccale sur un sujet affaibli. Plus difficile à expliquer est la thrombose de la veine fémorale gauche. Il n'en est pas de même de la pyléphlébite, puisque le champ opératoire est du domaine de la veine porte.

La grossesse supporte bien l'acte opératoire. Si l'avortement se produit c'est presque aussitôt après l'intervention.

Sur 264 opérés avec des abcès ou de la péritonite généralisée, de nouvelles attaques ne furent observées que 27 fois, soit 10,2 p. 100. Sur 242 cas opérés à froid de nouvelles attaques se produisirent dans 4,5 p. 100 des cas.

M. LANCE.

Trois cas de sarcome primitif de l'estomac. (Harlon Brooks. *Med. News*, 15 juillet 1905.) — Les cas de Brooks sont des trouvailles d'autopsies. Sur 1 200 autopsies, il a trouvé un sarcome à cellules rondes chez une femme de cinquante-sept ans, un fibrosarcome chez une femme de cinquante ans, et un angiosarcome chez un homme de cinquante-sept ans. Le compte rendu des autopsies et des examens histologiques est très soigné. Cliniquement, le tableau avait été celui de toutes les tumeurs malignes de l'estomac. L'auteur pense que le sarcome primitif de l'estomac n'est point si rare que les classiques veulent bien le déclarer; si le diagnostic de sarcome n'est point porté plus souvent, c'est que l'examen histologique des pièces nécropsiques n'est pas toujours employé de façon systématique. L'apparence macroscopique dans ses trois cas n'était point caractéristique ; elle ressemblait à celle d'un cancer ordinaire, et sans le microscope, aurait fait porter le diagnostic de carcinome, ce qui a probablement été fait d'autres fois. Le sarcome tend plus à infiltrer la musculeuse et moins la muqueuse que les tumeurs épithéliales. Les métastases secondaires semblent moins fréquentes, et plus tardives, et autant qu'on peut en juger, la durée totale de l'affection est plus longue dans le sarcome que dans le cancer.

F. GARDNER.

Emploi de l'air liquide en chirurgie et en thérapeutique cutanée. (T. G. Beckett. *Australasian medical Gazette*, Sydney, 20 juillet 1905.) — L'air liquide, appliqué légèrement et prudemment sur la peau, les applications étant renouvelées pendant quelques minutes, produit une réfrigération que l'on peut graduer à volonté. L'anesthésie locale est complète et peut être utilisée pour de petites interventions. Si l'application est trop généreuse ou trop prolongée, il se produit des effets de congélation qui peuvent aller jusqu'à l'ulcération. A moins de sensibilité particulière pathologique, l'application n'est pas douloureuse. L'auteur a employé l'air liquide dans des cas d'ulcérations superficielles de longue durée, telles que celles du lupus tuberculeux, et aussi dans des cas d'ulcérations malignes (ulcus rodens et petits épithéliomas). L'effet produit est presque instantané; il est en tout cas beaucoup plus rapide que celui des rayons X, mais l'action n'est que superficielle. La technique est très simple. C'est celle du stypage. Il faut bien prendre ses précautions pour protéger les parties voisines et atténuer l'action directe sur les parties malades d'un agent aussi puissant que l'air liquide.

F. GARDNER.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

CAS DE GANGRÈNE PULMONAIRE GUÉRIE PAR LE CRÉOSOTAL

[Dr Storbeck, de Magdebourg (1)].

Le quatrième jour d'une pneumonie on constatait l'augmentation de la matité, l'expectoration était devenue très abondante, d'une odeur repoussante et d'une coloration gris verdâtre. On donna le créosotal (7gr50 par jour) et, dès le troisième jour, les crachats avaient perdu leur odeur nauséabonde et disparurent bientôt complètement. On tenta de cesser alors le créosotal, mais l'état précédent reparut immédiatement et ne s'en alla qu'en reprenant le traitement. Au bout de peu de semaines, le patient fut en état de reprendre son travail.

Ce cas est certainement intéressant, car jusqu'ici, en face d'une gangrène pulmonaire aussi grave, toute thérapeutique était impuissante.

(1) *Allgemeine medizinische Central Zeitung.*

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

PARAPLÉGIES [1]

VARIÉTÉS TOPOGRAPHIQUES. — Le siège de la lésion imprime à la paraplégie quelques particularités intéressantes :

A. **Paraplégie cervicale.** — Elle peut porter sur les seuls membres supérieurs ou sur les quatre membres ; être flasque ou spasmodique, uni ou bilatérale. *Flasque*, elle peut être due : *a.* à une compression de la moelle ; *b.* à une compression des racines (cancer vertébral). La première donne lieu à une quadriplégie sensitivo-motrice, avec atrophie des membres supérieurs et troubles sphinctériens ; temporaire, elle aboutit bientôt à la paralysie spasmodique ; permanente, elle indique une section complète de la moelle et comporte un pronostic très grave. La seconde se caractérise par des troubles portant presque uniquement sur les membres supérieurs : douleurs pseudo-névralgiques, amyotrophies, diminution de la contractilité électrique. Les membres inférieurs sont relativement intacts. *Spasmodique*, la paralégie donne lieu à de la contracture en flexion des membres supérieurs, avec exagération de la contractilité idio-musculaire.

Dans la paraplégie cervicale, on observe fréquemment : *a.* des *troubles oculo-pupillaires*, indiquant une lésion portant sur les deux premières racines dorsales (ou sur la partie correspondante de la moelle (Cl. Bernard, Mme Déjerine) : ces troubles consistent en mydriase avec saillie de l'œil, lorsqu'il y a excitation des fibres oculo-pupillaires, et myosis avec rétraction de l'œil lorsqu'il y a paralysie. Les deux phénomènes peuvent se succéder (Charcot) ; *b.* des *troubles respiratoires* : toux, dyspnée, hoquet ; *c. digestifs* : gêne de la déglutition, vomissements ; *d. circulatoires* : bradycardie ; *e.* des *attaques d'épilepsie*, parfois périodiques (Charcot). De ces troubles, les uns sont d'origine médullaire (atteinte du phrénique), les autres, d'origine bulbaire. Enfin *f.* la paraplégie cervicale donne quelquefois lieu au *syndrome de Brown-Séquard* (v. plus loin).

B. **Paraplégie lombaire.** — Elle peut être due : *a.* à des lésions portant uniquement sur la moelle ; *b.* à des lésions portant uniquement sur les racines ; *c.* à des lésions portant simultanément sur la moelle et les racines. La paralysie y est généralement flasque, avec atrophie musculaire et troubles sphinctériens, dans le premier cas, signes auxquels s'associent des douleurs dans le second. Le syndrome de Brown-Séquard peut aussi s'observer.

C. **Paraplégie lombo-sacrée.** — Le point d'émergence de la deuxième racine lombaire correspond à l'extrémité inférieure du cône terminal. Toute lésion située au-dessus atteindra à la fois la moelle et les racines ; toute lésion située au-dessous n'intéressera que les racines (troisième, quatrième et cinquième racines lombaires ; racines sacrées et coccygiennes).

La paraplégie lombo-sacrée est due à une lésion portant uniquement sur les racines, qui forment la queue de cheval. C'est une *paralysie flasque douloureuse* (2). Les troubles moteurs y sont habituellement limités au domaine du plexus sacré (nerf sciatique) ; les troubles sphinctériens, consistant en alternatives d'incontinence et de rétention, sont remarquables par leur constance et ce caractère que les malades ne ressentent pas le besoin (anesthésie vésico-rectale). Les troubles de la sensibilité peuvent être constitués par des hyperesthésies et par des paresthésies ; plus souvent, ce sont des anesthésies circonscrites, symétriques, occupant le scrotum et la verge chez l'homme, la vulve et les grandes lèvres chez la femme, les muqueuses vésicale et rectale, le pourtour de l'anus, et la région fessière inférieure, dans les deux sexes (*anesthésie ano-génito-périnéo-fessière*). Les réactions électriques sont variables. Comme troubles trophiques, on peut observer : *α.* des escares sacrées et trochantériennes ; *β.* des amyotrophies limitées aux muscles postérieurs de la cuisse.

A côté des cas où la lésion porte exclusivement sur les racines, il en est d'autres, beaucoup plus fréquents, où elle atteint en même temps le cône terminal. Peut-on, dès lors, en présence d'un cas donné, dire s'il s'agit de lésions radiculaires ou de lésions médullaires ? L'amélioration rapide, l'absence de secousses fibrillaires dans les muscles atteints, la disposition radiculaire des troubles de la motilité plaideraient en faveur d'une lésion radiculaire ; de même le signe de Lasègue et l'existence de vives douleurs. Plus importante est la dissociation syringomyélique de la sensibilité qui permet d'affirmer l'origine centrale des troubles observés (Cestan et Babonneix). Quant à savoir quelles sont les racines atteintes, c'est une question qu'il est relativement facile de résoudre en consultant les tableaux de distribution radiculaire (V. Traités d'anatomie, et Déjerine, loc. cit., p. 773).

D. **Hémiparaplégie.** — Lorsque la lésion médullaire est unilatérale, elle se caractérise par un ensemble de symptômes connus sous le nom de *syndrome de Brown-Séquard*.

Phénomènes du côté malade. — Ce sont : *α.* une *paralysie motrice* avec exagération des réflexes ; *β.* une abolition des sensibilités musculaire et osseuse ; *γ.* une *hyperesthésie* tactile, thermique et douloureuse, limitée en haut par une zone d'anesthésie, que surmonte une zone étroite d'hyperesthésie ; *δ.* de l'élévation de température.

Phénomènes du côté opposé. — La motilité et les réflexes sont intacts, mais il existe une anesthésie totale, limitée, en haut, par une étroite bande d'anesthésie.

Rien de plus facile à expliquer que les phénomènes observés du côté malade. La paralysie spasmodique est due à la section du faisceau pyramidal ; l'hyperesthésie à la tuméfaction irritative des fibres sectionnées, l'anesthésie musculaire et osseuse à un voisinage hypothétique des fibres des sensibilités correspondantes avec les fibres motrices. Mais comment interpréter l'anesthésie du côté opposé ? On ne peut la comprendre qu'en admettant une décussation des fibres sensitives. Cette décussation, ne portant pas sur les fibres principales, doit donc porter sur les collatérales des fibres radiculaires collatérales, par lesquelles, normalement, passeraient les impressions sensitives [Raymond (1)].

E. **Paralysie ascendante aiguë.** — C'est une paralysie *flasque, extenso-progressive*, dans laquelle « les troubles moteurs, partis des extrémités des membres, gagnent successivement les régions les plus élevées du corps ou les plus centrales, relativement au système nerveux, et augmentent peu à peu d'intensité dans les organes envahis » (Landry). Les sphincters et la sensibilité sont généralement intacts, les réactions électriques légèrement troublées. Le pronostic est grave, mais non toujours fatal.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 124, p. 1486.

(2) V. Raymond. *Cliniques*, t. I, p. 252.

(1) Voir Raymond. *Cliniques*, t. III, p. 508.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANCAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales médico-psychologiques. — (N° 3, nov.-déc. 1905.) GIMBAL : Les incendiaires (*à suivre*). — G. DROMARD : Considérations pathogéniques sur le mutisme et la sitiophobie des déments précoces. — C. DUBOS : De l'absence de glucose dans le liquide céphalo-rachidien (expériences et résultats). — J. CHRISTION : Quelques réflexions sur le traitement des maladies mentales. — Armand LAURENT : Physionomie et mimique chez les aliénés (*à suivre*).

Archives d'électricité médicale expérimentale et clinique. — (N° 176, 25 oct. 1905.) BELOT : Rapport sur l'enseignement de la radiologie médicale. — J. DE NOBELE et O. GŒBEL : Action des rayons de Röntgen et du radium sur les trypanosomes de la Nagana. — MONDAIN : Récidive d'un cas de cancer ulcéré au sein. — Th. NOGIER : Réducteur de potentiel liquide. — Th. GUILLOZ : Nouvelles ampoules à rayons X. — LAQUERRIÈRE et DELHERM : La röntgenisation question locale.

Archives de médecine des enfants. — (N° 11, nov. 1905.) J. COMBY : Contagion familiale de la tuberculose. — J. HALLÉ : Phlegmon gazeux dans la varicelle. — KIROFF : Urotropine dans les néphrites.

Archives de médecine navale. — (N° 10, oct. 1905.) PUNGIER et LAFOLIE : Plaie pénétrante de l'abdomen avec issue de l'intestin. Fistule stercorale consécutive. Guérison. — MACHENAUD : Deux cas de fracture de la rotule. — BELLI et VARENNE : Considérations hygiéniques sur les sous-marins. BRUNET : Quelques cas de fluxions articulaires, apyrétiques et éphémères, probablement rhumatismales. — MOULINIER : Surrénalite mercurielle chez l'homme, son importance en pathologie. — VALENCE : L'hygiène navale à bord du croiseur cuirassé *Marseillaise* (*suite*). — GROS : L'infection palustre et son traitement (*suite*).

Archives générales de médecine. — (N° 43, 24 oct. 1905.) BOINET et AUDIBERT : Les paralysies des scaphandriers. — HUMBERT et Th. REH : Un nouveau pneumographe. — (N° 44, 31 oct.) C. FLEIG : L'acide formique a-t-il une action toni-musculaire ? — C. HAYEM : Le cancer de l'estomac à forme gastralgique. — V. CATHALA : La mortalité infantile. Quel est le meilleur moyen de la combattre ?

Écho médical du Nord. — (N° 43, 22 oct. 1905.) GAUDIER : Corps étrangers du parynx. — (N° 44. 29 oct.) VERDUN : Quelques généralités sur les parasites animaux et les maladies parasitaires de l'homme.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. (N° 43, 22 oct. 1905.) BOSSUET : Considérations sur le pronostic de l'insuffisance surrénale. Les syndromes surrénaux bénins. — (N° 44, 29 oct.) CAVALIÉ : L'enseignement dentaire et la profession de dentiste en Suisse, en Allemagne, en Autriche-Hongrie et en Angleterre (*suite*).

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 43, 22 oct. 1905.) E. RÉGIS : Thérapeutique générale des maladies mentales. — FRAIKIN : Les corsets dans le traitement de la scoliose. — (N° 44, 29 oct.) B. AUCHÉ : La pancréatite ourlienne chez les enfants.

Journal des praticiens. — (N° 42, 21 oct. 1905.) SIREDEY : La métrite des jeunes mariées. — (N° 42 *bis*, 24 oct.) DEMELIN : Traitement de l'éclampsie puerpérale. — (N° 43, 28 oct.) A. BROCA : Mastoïdite aiguë, adéno-phlegmon mastoïdien.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 42, 21 oct. 1905.) DURET : Interventions chirurgicales dans la tuberculose des méninges et de l'encéphale. — (N° 43, 28 oct.) H. DURET : Interventions chirurgicales dans la tuberculose des méninges et de l'encéphale (*fin*). — TOP : Enfoncement de la voûte orbitaire avec rupture du bulbe de l'œil et pénétration dans la substance cérébrale.

Nord médical. — (N° 265, 15 oct. 1905.) G. CARRIÈRE : Le traitement du humatisme articulaire aigu. — J. VAUVERTS : La désinfection des mains. — VERNY : Gomme tuberculeuse guérie par la radiothérapie.

Pédiâtrie pratique. — (N° 20, 15 oct. 1905.) WEIL-HALLÉ : Diagnostic clinique de l'angine diphtérique. — E. LAFFONT : Pseudo-tuberculose pulmonaire par auto-suggestion. — E. FABRE : La migraine chez les enfants. — (N° 21, 1er nov.) ROUSSEAU-SAINT-PHILIPPE : De l'entérite glaireuse des enfants. Comment la traiter ? Bons effets du sirop d'ipéca composé ou sirop Désessart. — H. MÉRET : Noma chez un enfant tuberculeux.

Revue médicale de l'Est. — (N° 20, 15 oct. 1905.) G. ETIENNE : Tuberculose chez les vieillards. — L. SENCERT : Sur les hernies de la vésicule biliaire (*fin*).

Revue mensuelle des maladies de l'enfance. — (N° 27, nov. 1905.) HUTINEL et LEREBOULLET : Les étapes de la tuberculose chez les enfants. — Jules RENAULT et Paul HALBRON : Athétose double familiale.

Semaine gynécologique. — (N° 42, 17 oct. 1905.) A. BOURSIER : De la torsion des fibromes sous-séreux de l'utérus. — (N° 43, 24 oct.) PICHEVIN : Avortement tubaire. — (N° 44, 31 oct. 1905) PICHEVIN : Myomectomie et hystérectomie.

Semaine médicale. — (N° 42, 18 oct. 1905.) CHEINISSE : La lutte contre la tuberculose d'après les travaux du Congrès de Paris. — (N° 43, 25 oct.) J. GAREL : Œsophagoscopie et trachéobronchoscopie. — (N° 44, 1er nov.) F. DE QUERVAIN : De l'influence de l'alcoolisme sur la glande thyroïde.

Tribune médicale. — (N° 41, 14 oct. 1905.) HALBRON et NANDROT : Perforation intestinale au cours d'une fièvre typhoïde à forme ambulatoire chez l'enfant. — (N° 42, 21 oct.) J. BELIN et M. SALOMON : Traitement interne de la variole par le xylol.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 19, 15 oct.) J. LAURENT : La parthogenèse expérimentale et la division cellulaire. — LANGLET : La population de Vitry-le-François et de son arrondissement. — BICHATON : A propos d'un cas de pharyngite diabétique. — (N° 20, 30 oct.) LANGLET : La population de Vitry-le-François et de son arrondissement (*suite*).

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 41, 12 oct. 1905.) BARTEL : Importance des ganglions lymphatiques comme organes de protection contre l'infection tuberculeuse. — KRAUS : Sur l'étiologie, la pathogénie et la thérapeutique expérimentale de la syphilis. — WAELSCH : Remarques sur la communication du professeur L. Merk sur le cytoryctes luis de Siegel. — KLEIN : Sur la spécificité des érythroprécipitines. — HOCKAUF : Sur un prétendu empoisonnement par les champignons. — (N° 42, 19 oct.) KRAUS et DÖRR : Sur le traitement expérimental de la dysenterie. — RETHI : Recherche sur la sécrétion au niveau du voile du palais. — STEINBÜCHEL : Sur la question de la menstruation tubaire. — HOFBAUR : Contribution à l'étude de la pathologie des vaisseaux placentaires et de l'amnios. — DETRE et SELLEI : Quel rôle jouent les lipoïdes dans l'hémolyse par le sublimé. — DÖRR : Sur l'agressive dysentérique.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 128. — SAMEDI 11 NOVEMBRE 1905. 78e ANNÉE. SAMEDI 11 NOVEMBRE 1905. — N° 128.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Fractures du rocher (fin), par M. L. Chevrier.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de chirurgie.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Les frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail.
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Nancy. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Binet, Richard, Chevelle, Hanus et Stouff.

Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Gluge, Gournet, Aweng, Legris, Hamel, Pillot, Maurice, Hamant, Fritsch, Cleisz, Mansuy, Lantzmann, Misselin, Vaillant, Chabeaux, Vautier, Salles, Bousret, Dreyfus, Hoffmann, Bisch, Mathis, Thouvenin et Marmoitan.

LILLE. — Faculté libre de médecine. — Le concours de l'internat vient de se terminer par la nomination de MM. Bonnet-Laborderie, Sablé, Decouvelaere, Bouchez et Rivelois.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle du 6 novembre 1905, les médecins aides-majors de deuxième classe, élèves sortants de l'École d'application du service de santé militaire dont les noms suivent, ont reçu les affectations ci-après :

MM. les docteurs Hornus (Pierre), hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce (laboratoire de bactériologie); — Paitre, hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce (diagnostic chirurgical spécial); — Hugel et Mahaut, hôpital militaire Saint-Martin à Paris; — Turcan, 2e d'artillerie; — Simonin et Mandoul, hôpital militaire de Versailles; — Duteil et Chauliac, hôpital militaire Bégin, à Saint-Mandé; — Louis, 41e d'infanterie; — Roubaud, hôpital militaire de Versailles; — Guionie, hôpital militaire Bégin, à Saint-Mandé; — Hornus (Georges), hôpital militaire de Toulouse; — Causeret, hôpital militaire Saint-Martin, à Paris; — Rigal, hôpital Villemanzy, à Lyon; — Peutot, hôpital militaire de Versailles; — Chatain, hôpital militaire Saint-Martin, à Paris; — Drouhet, 29e dragons; — Maillard, 54e d'infanterie; — Coulon, hospice mixte de Reims; — Troché, 8e dragons; — Perdrizet, 55e d'infanterie; — Rayot, 82e d'infanterie; — Pernin, hôpital Villemanzy, à Lyon; — Cazottes, hôpital du Belvédère, à Tunis; — Thivol, hôpital militaire du Dey, à Alger; — Bloch, 13e d'infanterie; — Vuillemot, 17e d'artillerie; — Nicard, hôpital militaire Bégin, à Saint-Mandé; — Malmonté, 15e bataillon de chasseurs à pied; — Martin (Ernest), hôpital du Belvédère, à Tunis; — Balme, hôpital Villemanzy, à Lyon; — Cazeneuve, hôpital militaire du Dey, à Alger; — Rolin, hôpital militaire de Nancy; — Geay, hôpital militaire du Dey, à Alger; — Boyé, 90e d'infanterie; — Lannes-Dehore, hôpital militaire de Bordeaux; — Zemb, 150e d'infanterie; — Renaud, 16e d'infanterie; — Fulcrand, hôpital militaire de Marseille; — Villard, hôpital militaire de Rennes; — Dizac, hôpital militaire de Bordeaux; — Royer, hôpital militaire de Nancy; — Talpain, 25e d'infanterie; — Guillois, 1er d'infanterie; — Reynaud, hôpital militaire de Lille; — Bargeton, 13e hussards; — Croidieu, 97e d'infanterie; — Yvert, 3e cuirassiers; — Grondone et Perrier, hôpital militaire de Marseille; — Regnault, hôpital militaire d'Ajaccio; — Saupiquet, 68e d'infanterie; — Remy, hôpital militaire de Constantine; — Groc, hôpital militaire de Toulouse; — Ducos, 80e d'infanterie; — Pérot, hôpital militaire d'Oran; — Charrier, hôpital militaire de Bordeaux; — Jammes, 59e d'infanterie; — de Sauvejunte, 14e d'infanterie; — Kœnig, hôpital militaire de Bourges; — Rudler et Trèves, hôpital militaire de Lille; — Querieux, hôpital militaire du Belvedère, à Tunis; — Clerc, hospice mixte de Besançon; — Chon, hôpital militaire de Bourges; — Lémonon, 133e d'infanterie; — Pilliot, hôpital militaire de Nancy; — Gary, 13e dragons; — Delahousse, hôpital militaire d'Oran; — Laloy, hôpital militaire du camp de Châlons; — Péridier, 12e chasseurs à cheval; — Eybert, hôpital militaire de Belfort; — Sanson, 143e d'infanterie; — Ortal, 81e d'infanterie; — Dellys, hôpital militaire du camp de Châlons; — Fonsagrives, 139e d'infanterie; — Cordier et Biros, hôpital militaire de Constantine; — Dufils, hôpital militaire de Rennes; — Salètes, hôpital militaire de Bourges; — Pouchet, hôpital militaire du camp de Châlons; — Le Petit, hôpital militaire de Rennes; — Orticoni, hôpital militaire de Briançon; — Charton, hôpital militaire de Toul; — Lefèvre, hôpital militaire de Bastia; — Donius, 21e bataillon

de chasseurs à pied; — Martin (Etienne), hôpital militaire de Belfort; — Sailly, hospice mixte de Langres; — Moynet, hospice mixte de Verdun; — Cathala, 25e bataillon de chasseurs à pied; — Dorange, 136e d'infanterie; — Gottenkiény et Beaumont, hôpital militaire de Toul.

— Voici la fin de la liste des médecins civils auxquels le ministre a conféré des récompenses honorifiques pour les soins ou les médicaments qu'ils donnent gratuitement, soit aux militaires de la gendarmerie soit à leurs familles :

Médaille de vermeil (accordée après vingt-cinq années au moins de services gratuits). — MM. les docteurs Gesbron (de Marines), Giberton-Dubreuil (de Jouy-en-Josas), Chérière (d'Essonnes), Brabant (de Somain), Vermullen (de Bergues), Broncquart (de Lumbres), Bréchot (de Caudebec-en-Caux), Cotoni (d'Oissel), Raullet (d'Aumale), Chabrun (de Mayenne), Drouin (de Beaumont-sur-Sarthe), Mathieu (de Villeneuve-l'Archevêque), Forfer (de Vitry-le-François), Boyé (de Monthureux-sur-Saône), Favre (de Bourbon-Lancy), Morel (de Saint-Christophe-en-Brionnais), Tuloup (de Digoin), Courtet (de Châtillon-en-Bazois), Rosne (de Rouvray), Simon (de Semur), Frémin (d'Avranches), Duval (de Marigny), Pinard (de Brécey), Picou (de Monsalvy), Nodet (de Chambon-Feugerolles), Pangon (de Saint-Vallier), Bois (de Saint-Laurent-de-Chamousset), Berthet (de Thaninges), Tulli (d'Ollières), Helme (du Pouzin), Amavet (de Martigues), Lagarde (de Vals-les-Bains), Bouzol (du Cheylard), Crucciani (de Calenzana), Balesi (de Portovecchi), Bordone (de Frontignan), Durand (de Brassac), de Rigaud (de Jegun), Vivent (de Beaumont), Mailles (de Lannemezan), Tronche (de la Réole), Salvan (de Morris-Zérizer), Custaud (de Collo), Lebrun (de Bar-sur-Aube).

LE NOMBRE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE EN FRANCE. — Le *Mémorial de la librairie* publie, d'après la *Revue de statistique*, les renseignements suivants (1) :

Le nombre total des *étudiants en médecine* est en 1905 de 8184 (7459 — 7434), dont 7504 hommes (6934 — 6995) et 680 femmes (525 — 439). Sur le nombre on compte 7571 Français (6520 — 6562) et 613 étrangers (414 — 433).

La progression du nombre total des étudiants recommence, après un léger stationnement l'année dernière. L'augmentation sur 1904 est de 725. Il y a 155 femmes et 199 étrangers de plus.

L'ordre des facultés de médecine pour le nombre des élèves est le suivant : Paris 3459, Lyon 903, Bordeaux 720, Montpellier 540, Toulouse 432, Lille 274 et Nancy 273. Le nombre des candidats aux diplômes universitaires (106) et des étrangers et étrangères (175) à l'Université de Montpellier montrent bien que sa vieille réputation lui reste, et lui retient des élèves après Paris, comme Nancy attire à la Faculté des sciences par son modernisme tous les esprits à tendances industrielles.

Les facultés ont une population totale de 6601 étudiants, contre 1583 aux écoles.

Pour les écoles, l'ordre est : Marseille 218, Rennes 161, Nantes 145, Alger 107, Limoges 91, Angers 86, Reims 73, Rouen 70, etc. Les moins populeuses sont Dijon 34 et Caen 28.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la quarante-quatrième semaine, 921 décès, au lieu de 852 pendant la semaine précédente (moyenne 886). L'état sanitaire est donc à peu près normal.

(1) Pour abréger, nous mettrons entre parenthèses les chiffres des années antérieures, le premier indique 1904 et le second 1903.

La fièvre typhoïde a causé 1 décès (moyenne 9). Le nombre des cas nouveaux est de 31, au lieu de la moyenne 51.

La variole a causé 1 décès, au lieu de 2 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 8, chiffre identique à celui de la semaine précédente (moyenne 28).

La rougeole a causé 2 décès, au lieu de 4 pendant la semaine précédente, la moyenne est de 4; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 131 au lieu de 82 et 51 précédemment. La scarlatine a causé 1 décès (moyenne 1); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 40, il s'élevait à 36 pendant la semaine précédente, la moyenne est 51. La coqueluche a causé 3 décès (moyenne 2); la diphtérie a causé 3 décès (moyenne 8); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 48, au lieu de 70 pendant la semaine précédente, et de la moyenne 79.

La diarrhée infantile a causé 20 décès de 0 à 1 an, au lieu de 19 pendant la semaine précédente (moyenne 25).

En outre, 20 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 147 décès, au lieu de 125 pendant la semaine précédente (moyenne 142). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 8 décès (moyenne 9); bronchite chronique, 27 (moyenne 22); pneumonie, 42 (moyenne 33); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 70 (moyenne 78), dont 26 sont dus à la congestion pulmonaire et 33 à la broncho-pneumonie.

En outre, 2 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 188 décès; la méningite tuberculeuse, 13; la méningite simple, 21; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 12 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 70 décès; les maladies organiques du cœur, 91 (moyenne 61); le cancer, 62; la hernie et l'obstruction intestinale, 6; la cirrhose du foie, 18; la néphrite, 23; enfin, 43 vieillards sont morts de débilité sénile.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Lerond, de Vigneulles (Meuse).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'hygiène, publié en fascicules sous la direction de MM. P. Brouardel, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut, et E. Mosny, médecin des hôpitaux de Paris. L'ouvrage paraît en 20 fascicules mensuels depuis le 1er octobre, et formera environ 5000 p. gr. in-8 avec de nombr. fig. et coûtera environ 125 francs. On souscrit en envoyant un acompte de 25 francs. — Deux fascicules sont en vente : 1. *Atmosphère et climats*, par MM. Courmont et Lesieur, 124 p., avec 2 pl. color. et 27 fig. : 3 francs; 4. *Hygiène alimentaire*, par MM. Rouget et Dopter, 320 p. : 6 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

REVUE GÉNÉRALE

FRACTURES DU ROCHER (1)

Par L. CHEVRIER,
Prosecteur des hôpitaux de Paris.

V

Formes cliniques. — Tels sont les symptômes des fractures du rocher, mais sur eux chevauchent souvent les signes de la contusion cérébrale concomitante qui les voilent et donnent à ces lésions des aspects très divers.

1° FORME COMATEUSE. — Le malade est amené en résolution complète, la respiration stertoreuse, le faciès vultueux. Le pouls est très fort et très lent, les pupilles sont ordinairement contractées. Sur un pareil malade, les signes objectifs grossiers peuvent seuls être recherchés. Les paralysies (faciale ou oculaire) ne sont pas toujours bien apparentes à cause de la résolution complète.

2° FORME SIMPLE. — Le malade, s'il a perdu sa connaissance au moment de l'accident, recouvre sa conscience, et tous les signes subjectifs et objectifs peuvent être recherchés. Ils ne sont d'ailleurs pas tous contemporains, et évoluent chacun pour leur propre compte.

3° FORME MIXTE. — Le malade, qui a gardé ses sens ou les a recouvrés quelque temps après le traumatisme, tombe secondairement peu à peu dans une obnubilation, progressive, qui va jusqu'au coma. Ce coma secondaire est l'indice d'un épanchement intracranien.

VI

Complications. — HÉMORRAGIES. — Si un vaisseau important est ouvert, l'hémorragie peut devenir une complication sérieuse, soit qu'il s'agisse d'écoulement externe, d'épanchement sous-dure-mérien (méningée moyenne) ou d'épanchement intra-dural. Ces hémorragies immédiates ne sont d'ailleurs pas les seules qu'on doive signaler; dans certaines observations soit spontanément (Demons), soit à la suite de mobilisation d'un corps étranger (Reverdin), ou d'un fragment paraissent des hémorragies secondaires redoutables.

ANÉVRISMES. — Une esquille piquant la carotide, peut créer un anévrisme artério-veineux, avec exophtalmos pulsatile (Nélaton).

INFECTIONS. — Mais le gros danger des fractures du rocher est dans l'infection : les fractures du rocher sont toutes compliquées, et ouvertes dans une cavité dont la propreté laisse souvent à désirer. La stagnation et la coagulation du sang épanché dans l'oreille moyenne, favorisent la pullulation des microbes, facilement introduits par la solution de continuité tympanale, et une otite moyenne se développe souvent quelques jours après la fracture. On la trouve signalée dans presque toutes les vieilles observations, alors qu'on ne savait pas la prévenir. L'inflammation se transmet souvent par la fissure aux méninges et une méningo-encéphalite avec élévation de la température, tendance à la somnolence et au coma, en est la conséquence, et enlève le malade. Des abcès intra-cérébraux ou cérébelleux peuvent suivre l'infection d'une fracture du rocher, de même que la phlébite et la thrombose des sinus.

Si ces complications infectieuses sont ordinairement précoces et paraissent dans le premier septenaire, elles peuvent aussi être tardives et dans le cas de Boyé, c'est plusieurs semaines après l'accident, quand la guérison paraissait définitive, que se développa une méningo-encéphalite mortelle.

LÉSIONS DE CONTUSIONS. — Nous ne citons que pour mémoire les conséquences des contusions souvent étendues qui accompagnent les fractures du rocher : les paralysies très localisées ou parfois diffuses, les troubles de l'intelligence qui sont la conséquence des contusions corticales; les troubles sécrétoires ou autres (polyurie, Tuffier) qui suivent les contusions bulbaires. Elles ne sont pas spéciales aux fractures du rocher.

VII

Diagnostic. — Le diagnostic se pose dans des conditions toutes différentes suivant que la contusion et la commotion cérébrale contemporaine occupent ou non le premier plan dans l'histoire clinique, masquant par leur prédominance des symptômes importants et enlevant au clinicien une partie de ses éléments d'information.

A. LE MALADE N'EST PAS DANS LE COMA. — Tous les signes objectifs et subjectifs peuvent être recherchés, mais le problème diagnostique n'est pas pour cela toujours simple.

I. Y A-T-IL FRACTURE DU ROCHER? — La présence de substance cérébrale dans l'oreille fera d'emblée le diagnostic, mais c'est là un signe exceptionnel.

a. *On constate l'otorragie ou les traces d'une otorragie terminée* (sang dans l'oreille). — Il est facile d'éliminer les plaies du cuir chevelu avec perforation du conduit auditif membraneux, qui mettent du sang dans l'oreille. L'examen de l'oreille externe, après lavage, permettra de les éliminer.

Si la source de l'hémorragie est bien dans l'oreille, il ne faut pas en conclure avec Vérité qu'il y a fracture du rocher. Même si l'otorragie a bien tous les caractères d'abondance, de persistance, d'intermittence même, sur lesquels nous avons insisté, l'erreur est possible avec plusieurs affections.

1° *Rupture du tympan.* — Duplay a bien montré (Th. Le Bail) qu'une perforation de la membrane au voisinage du manche du marteau peut donner une hémorragie considérable, accompagnée d'autres symptômes qui prêtent à erreur.

Ce n'est naturellement pas la constatation du siège de la perforation à l'otoscope qui ferait le diagnostic. Outre que ce siège peut être variable, la constata-

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 125, p. 1491.

tion en est très difficile à cause du sang coagulé qu'un lavage soigneux n'enlève presque jamais complètement.

Les anamnestiques ne servent à rien, car, si le traumatisme qui amène la rupture du tympan, est ordinairement moins intense que celui qui produit la fracture, il est souvent difficile de l'apprécier; une balle peut s'arrêter dans le conduit et produire une simple perforation du tympan sans fracture, bien que plus habituellement elle pénètre profondément dans le rocher.

Un écoulement de sérosité suivant l'hémorragie fera pencher vers la fracture du rocher, mais ne permettra point encore de l'affirmer : le sang coagulé dans l'oreille moyenne et l'oreille externe exsude son sérum ; il est vrai que cet écoulement ne dure pas longtemps; une otite purulente se reconnaîtra assez aisément à l'opacité de l'écoulement et à la présence de microbes cultivables (streptocoques, Cazanove). Mais certaines otites séreuses (Duplay, Holmes) peuvent donner un liquide transparent. L'examen chimique révélant une proportion d'albumine peu élevée et beaucoup de chlorure de sodium sera en faveur de l'écoulement de liquide céphalo-rachidien : mais c'est là un signe plus théorique que pratique, parce que l'examen chimique est rarement possible et que le liquide céphalo-rachidien ne sort pas pur mais mélangé à un peu de sang et aux sécrétions de l'oreille.

L'examen de l'ouïe tranche rarement la question : dans la rupture du tympan, il y a aussi affaiblissement de l'acuité auditive. Comme dans ce même cas, l'oreille moyenne et l'oreille externe sont encombrées par des caillots, les épreuves de Weber et de Rinn donnent les mêmes résultats que dans la fracture.

Les lésions bien constatées de l'appareil de réception (surdité totale pour tous les sons ou pour certains sons) trancheront le diagnostic en faveur de la fracture, si elles sont associées à l'otorragie.

On a pensé longtemps que la paralysie faciale devait faire admettre la fracture du rocher. Cette opinion est presque toujours vraie quand la paralysie est immédiate, sauf quand il s'agit de plaie par balle, entrée à une certaine distance de l'oreille : nous avons vu la balle couper le facial à son émergence du trou stylo-mastoïdien (Verneuil, in th. Esprit); elle aurait pu après cette lésion ne pas pénétrer dans le rocher.

Dans le cas d'asymétrie faciale constatée au moment de l'accident, il faudra d'ailleurs s'assurer encore que la paralysie, de toute autre nature, n'était pas antérieure au traumatisme.

Mais dans le cas de paralysie faciale secondaire, cette opinion soutenue par Itard, Demoulin, n'est peut-être pas tout à fait fondée : les paralysies faciales d'origine auriculaire sont démontrées, et s'il y a coïncidence de traumatisme, la lésion secondaire du facial ne peut être qu'une présomption en faveur de la fracture.

La lésion isolée du moteur oculaire externe, à la condition de savoir que le malade n'avait pas de strabisme auparavant, fera admettre une fracture du rocher.

De cette longue discussion, il ressort qu'en présence d'une otorragie abondante, prolongée, intermittente, on ne pourra éliminer la simple rupture du tympan et affirmer la fracture du rocher que par la coexistence d'un des signes suivants : composition chimique démonstrative du liquide séreux, paralysie immédiate du facial (avec quelques réserves en cas de balle), lésion de l'oreille interne, paralysie du moteur oculaire externe.

2° *Fracture de la paroi antérieure du conduit auditif.* — Elle a pour elle son étiologie par chute sur le menton, mais comme la violence du traumatisme peut amener une fracture du rocher par le même mécanisme, l'étiologie ne résout pas le diagnostic ; outre la localisation de la douleur au-devant du conduit, la fracture de la cavité glénoïde sans fracture du rocher respecte le tympan, ce qu'on vérifiera par l'épreuve de Politzer (action de souffler fortement en bouchant le nez, l'air ne sortira pas de l'oreille moyenne). C'est dire que si, dans la fracture simple de la cavité glénoïde, l'otorragie a tous les caractères d'une hémorragie osseuse (Morvan de Lanilis), si le Weber et le Rinn peuvent être positifs (par obstruction de l'oreille externe), tous les signes énumérés plus haut feront le diagnostic de la fracture du rocher : la paralysie faciale même secondaire prend ici une valeur très grande.

3° *Fracture de la mastoïde.* — Les fractures de la mastoïde, s'accompagnant d'hémorragie et de réplétion de l'oreille moyenne, seront aussi difficiles à diagnostiquer que les ruptures du tympan. L'ecchymose mastoïdienne, l'emphysème localisé et le pneumatocèle signalés par Boullet, peuvent exister dans certaines fractures du rocher propagées à la base de la mastoïde.

On a pensé un moment que la ponction lombaire pourrait éclairer les cas difficiles, en révélant la présence du sang dans le liquide céphalo-rachidien : car la fissure osseuse saigne dans la cavité cranienne comme elle saigne au dehors; mais les lésions de contusion cérébrale, parfois indépendantes de toute fracture du rocher, les hémorragies médicales rougissent de même le liquide céphalo-rachidien. La ponction lombaire ne révèle donc rien au point de vue diagnostique.

b. *Il n'y a pas d'otorragie.* — Cela n'indique pas du tout qu'il n'y a pas fracture du rocher, mais que le tympan est respecté.

On devra chercher à dépister l'hémorragie pharyngée par la trompe d'Eustache.

Si celle-ci échappe, l'examen attentif des lésions nerveuses (facial, auditif, moteur oculaire externe) permettra le diagnostic. Il faut savoir cependant que certains troubles nerveux peuvent relever de simples lésions cérébrales contusives : il y a les paralysies faciales, auditives (Politzer): les ophtalmoplégies, de cause centrale. Mais leur symptomatologie est un peu différente. De plus, toute fracture du rocher (sauf les incomplètes) mettant du sang dans l'oreille moyenne, les troubles de la transmission auditive (Rinn et Weber) prennent ici une importance capitale, à la condition que l'oreille externe ne contienne pas de bouchon de cérumen.

II. Quelle est la variété de fracture du rocher? — Les fractures parallèles s'accompagnent d'otorragie, de troubles du goût fréquents (par lésion de la corde du tympan) sans paralysie immédiate du facial, ni lésion de l'oreille interne. Elles succèdent à un choc temporo-pariétal.

Les fractures obliques et perpendiculaires s'accompagnent de lésion de l'oreille interne et de paralysie faciale immédiate. Elles suivent des chocs occipitaux, voisins de la mastoïde (fracture oblique) ou plus rapprochés de la ligne médiane (fracture perpendiculaire).

La fracture de la pointe est caractérisée par la lésion du moteur oculaire externe.

Nous savons que plusieurs traits peuvent coexister sur le rocher (lésions complexes) et que des esquilles peuvent, dans les fractures à un seul trait, troubler le schéma précédent.

Dans les fractures irradiées de la voûte au rocher, le diagnostic de l'irradiation se fera par l'étiologie et par la douleur qui permettra parfois de suivre la fissure de la voûte.

Les irradiations de la base se reconnaîtront à la présence de troubles sensoriels ou moteurs du côté opposé, ou de l'œil correspondant. La fracture des deux rochers sera diagnostiquée par la recherche méthodique des signes au niveau des deux oreilles.

L'indépendance de la fracture du rocher pourra assez rarement être affirmée; elle peut cependant être soupçonnée dans les fractures perpendiculaires ou obliques, mais seulement par exclusion quand on ne trouvera aucun signe de fracture irradiée.

B. Le malade est dans le coma. — Il y a encore lieu de distinguer plusieurs cas.

1° *Le malade est amené dans le coma, sans aucun renseignement.* — Dans ce cas, avant d'entreprendre le diagnostic différentiel des divers comas, on devra toujours faire l'examen attentif des diverses cavités naturelles de la face, pour ne pas laisser inaperçu un des gros signes objectifs des fractures du crâne et du rocher. En l'absence de matière cérébrale dans le conduit auditif, le diagnostic ne pourra pas être affirmé. Une otorragie abondante et une paralysie faciale immédiate (d'ailleurs difficile à constater à cause de la résolution généralisée et complète) pourront seulement le faire supposer.

Ici se dresse une difficulté diagnostique insurmontable : un malade, en tombant, peut se faire à la fois une fracture du crâne et une grave contusion cérébrale, mais il peut aussi avoir fait une hémorragie cérébrale spontanée, être tombé secondairement et présenter une otorragie par fracture du crâne secondaire ou même sans fracture, par simple rupture du tympan. Si la question d'antériorité de l'une des deux lésions n'a pas une grosse importance clinique, elle peut avoir une importance légale considérable : le médecin légiste pourra se baser sur la présence d'autres lésions traumatiques pour établir que le malade a été l'objet de sévices, mais il ne pourra pas toujours être affirmatif.

2° *Le malade est amené dans le coma, mais on dispose de quelques renseignements.* — a. *Le coma est primitif* (*c'est du shock*) *et on a la notion d'un traumatisme.* — Au fond la connaissance du traumatisme n'éclaire guère la question et on retombe tout à fait dans le cas précédent.

Quand il n'y a pas otorragie, la fracture du rocher passe complètement inaperçue, car le diagnostic des fractures sans otorragie ne se fait guère que par les phénomènes subjectifs, les lésions paralytiques pouvant relever des lésions corticales.

S'il y a otorragie, il deviendra difficile de savoir si sous la commotion et la contusion cérébrale indiscutable dont le coma et la lenteur du pouls sont les signes, se cache une simple rupture du tympan, ou une fracture du rocher. On ne pourra se baser que sur les caractères de l'hémorragie, et si celle-ci est abondante, prolongée, intermittente, suivie d'écoulement séreux, on admettra (ce que nous savons déjà ne pas être toujours exact) qu'il y a fracture du rocher et on se comportera en conséquence.

b. *Le coma est secondaire* (*c'est du coma vrai*) *et succède à une période de pleine connaissance.* — Ici ce n'est plus le diagnostic de fracture du rocher qui importe. Il devra d'ailleurs avoir été posé dans la période où le malade avait sa connaissance. Ce qui presse dans le cas présent, c'est de savoir à quoi est dû le coma secondaire.

S'il survient assez rapidement au bout de quelques heures, sans élévation de température, il s'agit d'un épanchement sanguin extra-dure-mérien presque toujours, intra-dural quelquefois. S'il est plus tardif, s'accompagnant de délire, d'élévation de température, il est dû à la méningo-encéphalite.

VIII

Pronostic. — On voit que le diagnostic des fractures du rocher peut être poussé assez loin. De même que nous ne souscrivons plus, pour le diagnostic, aux aphorismes des anciens chirurgiens, Ambroise Paré disant que la fracture ne se reconnaît point sous la concussion du cerveau qu'elle couvre, Pott affirmant que les symptômes décrits n'indiquent point que la fracture existe; de même nous ne saurions accepter leurs jugements pronostiques. Pour J.-L. Petit qui admet la possibilité de la guérison, Chopart et Desault considèrent l'issue comme fatale, et Boyer croit à la mort fréquente.

Sans doute, dans les fractures très complexes avec commotion générale grave, la mort est encore fréquente, par shock, mais les fractures ordinaires guérissent le plus souvent quand, par un traitement attentif, on saura éviter les complications infectieuses.

Les lésions vasculaires, heureusement rares, aggravent le pronostic. Quant aux lésions nerveuses, leur pronostic est variable ; en règle générale, toutes les paralysies qui ne sont pas immédiates sont susceptibles de régression et contre celles qui persistent le chirurgien n'est pas absolument désarmé, du moins en ce qui concerne le nerf facial.

IX

Traitement. — Non opératoire. — On peut dire que c'est le meilleur traitement des fractures du rocher.

Contre le shock, on usera des injections de caféine, d'éther, d'huile camphrée. Pour améliorer les phénomènes de commotion, la ponction lombaire peut faire merveille (Rochard, Tuffier, Quénu) : elle fait cesser l'hypertension et constitue un excellent moyen thérapeutique. Latarjet en a rapporté récemment un beau cas, qui n'est pas une fracture du rocher d'ailleurs.

Par une désinfection soignée des cavités en rapport avec le foyer de fracture, on essayera d'éviter l'infection et les complications redoutables qu'elle cause : les fractures du rocher sont en effet des fractures ouvertes, compliquées, et suivant le mot de Bergmann « le pronostic d'une fracture compliquée dépend du premier pansement ».

Pour réaliser l'asepsie du conduit auditif externe et de l'oreille moyenne, on fera de grands lavages chauds du conduit (Dennis). Il n'est pas inutile de faire un peu d'antisepsie : Keen emplissait le conduit d'acide borique; il vaudra mieux faire des pulvérisations phéniquées, et mettre dans l'oreille quelques gouttes de glycérine phéniquée au 20e. Recouvrir l'oreille d'un pansement aseptique et répéter les pulvérisations deux ou trois fois par jour.

Pour réaliser l'asepsie du pharynx, il sera bon de recourir aux pulvérisations, et Warren recommande de surveiller attentivement l'orifice pharyngien de la trompe. Le menthol semble un des meilleurs antiseptiques de la muqueuse nasale (huile mentholée à 1 p. 40). Le tamponnement du pharynx nous paraît une mauvaise pratique, de même que le tamponnement du conduit auditif.

Si le tympan n'est pas rompu, Chipault conseille de faire la paracentèse pour évacuer le contenu sanglant de l'oreille moyenne. La pratique sera bonne à notre avis et sans danger, si on n'ouvre le tympan qu'après avoir désinfecté par des lavages et quelques pulvérisations prolongées le conduit auditif externe.

Opératoire. — Pour discuter l'opportunité de l'intervention, il faut distinguer les fractures avec ou sans corps étrangers.

Fracture sans corps étrangers. — Peut-on continuer pour elles, la comparaison avec les fractures compliquées de la voûte? Pour ces dernières, l'opinion admise, après les travaux de Championnière, Bergmann, Horsley, Quénu, est qu'il faut intervenir préventivement pour désinfecter, enlever les esquilles, et drainer.

Mais pour le rocher, semblable conduite ne saurait être tenue : on ne peut, par une trépanation, atteindre les lésions du rocher ni ses esquilles, et la désinfection opératoire ne pourrait être que le curetage de l'oreille qui n'est pas nécessaire. L'intervention n'est donc à discuter qu'en présence de complications, de coma tardif produit par un hématome, au-devant duquel il sera recommandé d'aller pour l'évacuer et en tarir la source (méningée moyenne le plus souvent).

Fracture avec corps étrangers. — La conduite à tenir en présence d'une balle de l'oreille a toujours été très discutée. Les anciens chirurgiens allaient toujours à la recherche de la balle. Esprit est venu plaider la cause de la non-intervention et maintenant, on s'entend pour n'enlever que les balles superficielles et facilement accessibles (Berger, Peyrot, Gérard-Marchant). Ce n'est pas là, d'ailleurs, une opération de complaisance, mais une opération utile : car, accessible aux instruments et à l'œil, la balle sera encore plus accessible à l'infection, et elle entraînerait une suppuration incessante. Il faut donc enlever les balles superficielles, en trépanant au besoin leur voisinage pour les désenclaver.

Les balles profondes devront être respectées, elles sont ordinairement fort bien tolérées : Jaboulay en a trouvé une enkystée dans un rocher chez un malade mort de tout autre chose que de sa fracture. Leur ablation demanderait des délabrements considérables, amenant parfois la lésion d'organes respectés par le traumatisme, et expose parfois à des hémorragies graves (Terrier, Reverdin).

Si la balle, infectée, entraîne une suppuration profonde indéfinie, il ne faut pas croire que l'abandon de la balle amènera, comme le dit Terrillon, des accidents cérébraux inévitables et mortels. Il suffira de drainer largement et de désinfecter énergiquement par des lavages et des pulvérisations : d'ailleurs le traitement aseptique précoce évitera ces injections graves autour du corps étranger.

Traitement des complications. — Les complications vasculaires devront être traitées immédiatement. Les hémorragies veineuses et sinusiennes s'arrêteront par le tamponnement, avec ou sans trépanation. Si l'hémorragie est d'origine artérielle, il faudra trépaner dans la zone de la méningée moyenne. Si on soupçonne une blessure de la carotide on devra faire la ligature de la carotide primitive (Reverdin). Dans un cas, Demons aurait, paraît-il, lié les deux carotides primitives : son malade reprit connaissance, mais mourut la nuit suivante.

Nous n'insisterons pas sur la thérapeutique de la méningo-encéphalite, des abcès du cerveau, de la thrombose des sinus, qui ne sont pas des accidents spéciaux aux fractures du rocher.

Les paralysies faciales définitives pourront être traitées par l'anastomose, en avant de la mastoïde, du facial, avec la branche externe du spinal (Faure, thèse Bréavoine) ou le grand hypoglosse. Au bout d'un temps assez long d'ailleurs, la face retrouve sa mobilité : les mouvements d'élévation du membre supérieur s'accompagnent de contractions spasmodiques de la face disgracieuses, mais cette altération momentanée des traits est préférable à la déformation permanente.

BIBLIOGRAPHIE

Affre. Soc. anat., 1875, p. 273. — Albertin. Soc. des sc. méd. de Lyon, 1898. — Aran. Recherches sur les fractures du crâne, *Arch. de méd.*, 1844; 1845, t. VI, p. 317. — Auger. Soc. de chir., 1881.

Bard. Des colorations du liquide céphalo-rachidien d'origine hémorragique, *Semaine méd.*, 14 oct. 1903, p. 333. — Bauby et Oulié. Fractures de la base du crâne, *Toulouse méd.*, 1902, t. IV, p. 83. — Berger. Soc. de chir., 1888. — Berger

et Mlle Klumpke. Considérations à propos d'une fracture insolite du crâne (fracture par contre-coup), *Revue de chir.*, 1887, p. 85. — Bergmann. *Centralbl. f. Chir.*, 1880, n° 8. — Binaud. Blessures de l'oreille par armes à feu, *Arch. de méd.*, 1883. — Bœckel. De la trépanation préventive dans les fractures compliquées du crâne, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1904, LXIII, 73, 81, 89; 1905, LXIV, 1, 9. — Boissat. *Sur certaines variétés de fractures isolées du rocher*, Th. de Lyon, 1901-1902. — Bonnet. *Des lésions du trijumeau consécutives aux fractures du crâne*, Th. de Bordeaux, 1904-1905. — Borges de Castro. *Des hémorragies du sinus longitudinal supérieur dans les traumatismes du crâne*, Th. de Paris, 1901. — Boullet. *Plaies et fractures de la portion mastoïdienne du temporal*, Th. de Paris, 1878. — Boutier. *Sur la valeur de la ponction lombaire dans le diagnostic, le pronostic et le traitement des fractures de la base*, Th. de Paris, 1902. — Bouvier. Grand traumatisme du crâne, fracture comminutive du pariétal et du temporal, trépanation six heures après, guérison, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1905, XXXV, p. 309. — Boyé. *Montpellier méd.*, 1880, n° 4, p. 315. — Braquehaye. Th. de Bordeaux, 1894. — Bréavoine. *Traitement chirurgical de la paralysie faciale d'origine traumatique par l'anastomose spino-faciale*, Th. de Paris, 1901. — Broca-Maubrac. *Traité de chirurgie cérébrale*, 1898. — Brugirard. *Bénignité relative des fractures du crâne chez l'enfant*, Th. de Paris, 1901. — Burland. Soc. anat., 1866.

Cabannes et Bonnet. Des lésions du trijumeau (en particulier du trijumeau oculaire) consécutives aux fractures du crâne, *Gaz. hehdom. des sc. méd. de Bordeaux*, 29 janv. 1905, n° 5. — Cairon. *Considérations sur quelques traumatismes de la région latérale du crâne*, Th. de Paris, 1888-1889. — Cazenave. *Arch. d'otol.*, 1892. — Cathala. *Essai sur les fractures du rocher*, Th. de Paris, 1875. — Charcot. Paralysie faciale auriculaire, *Mercredi méd.*, 1890. — Chassaignac. *Lésions traumatiques du crâne*, Paris 1842. — Chauvel. *Essai sur les fractures du crâne*, Th. de Paris, 1864. — Chauvel, Nimier, Breton et Pesme. Recherches expérimentales sur les effets des armes nouvelles et des balles de petit calibre à enveloppe résistante, *Arch. gén. de méd.*, 1888. — Cheboldaeff. *Signes orbitaires des froctures du crâne*, Th. de Paris, 1893. — Chevallereau. *Recherches sur les paralysies oculaires consécutives à un traumatisme du crâne*, Th. de Paris, 1879. — Chipault. *Chirurgie opératoire du système nerveux*; — Art. Crane, in *Traité de chirurgie de Le Dentu-Delbet*. — Chipault et Braquehaye. Étude graphique sur les fractures indirectes de la base du crâne, *Trav. de neurol. chir.*, 1re année, 1896. — Cocart. *Symptômes des fractures de la base du crâne*, Th. de Paris, 1897-1898. — Collins Warren. *Amer. Journ. of med. sc.*, mars 1890, p. 439. — Conner. Blessures par armes à feu, *Encyclop. chir.*, t. II.

Daleine. *Traitement des paralysies faciales otitiques*, Th. de Paris, 1894-1895. — Demons. *Gaz. hebdom. des sc. méd. de Bordeaux*, 17 juillet 1880. — Demoulin. Paralysie faciale tardive dans les fractures du rocher, *Gaz. méd. de Paris*, 1888. — Duplay. Valeur de l'otorragie comme signe des fractures du rocher, *Progrès méd.*, 1876. — Dupuytren. *Leçons orales de clinique chirurgicale*, t. VI, p. 235. — Durand et Gayet. *Une variété pathogénique de paralysie du moteur oculaire commun consécutive aux traumatismes craniens; compression par épanchement*, Paris, I. B. S., 1901. — Duret. *Étude expérimentale sur les troubles cérébraux*, Th., 1878. — Durrieux. Soc. anat., 1890, p. 197.

Esprit. *De la non-intervention dans les plaies pénétrantes du crâne par les balles de petit calibre*, Th. de Paris, 1887.

Faure (J.-L.). La cure chirurgicale de la paralysie faciale, *Bull. de la Soc. de chir.*, 22 juillet 1903, p. 830. — Félizet. Th. de Paris, 1873. — Ferron. *Les nerfs de l'orbite; leurs paralysies dans les fractures du crâne*, Th. de Lyon, 1901-1902. — Forgue. *Gaz. des sc. méd. de Montpellier*, 1893. — Furet et Faure. Traitement des paralysies faciales intra-rocheuses, *Gaz. des hôpit.* et *Revue neurol.*, 1898.

Gangolphe. Paralysie du moteur oculaire externe, *Lyon méd.*, 1888; — observation, in Th. de Puig. — Gangolphe et Piorry. Les lésions du sinus latéral dans les traumatismes du crâne, *Revue de chir.*, sept. 1899, p. 227. — Gauthier. *Ecoulement de sang par l'oreille d'origine traumatique*, Th. de Paris, 1879. — Genouville. Fracture de la base du crâne avec strabisme interne, *Traité d'ophtalm.*, 1893. — Gérard-Marchant. Art. Crane, in *Traité de chirurgie Duplay-Reclus*. — Gislain (de Montargis). *Ann. de chir.*, 1843, t. VIII. — Goris. Contribution à la chirurgie de la base du cerveau, *Revue oto-rhino-laryngol. belge*, Bruxelles 1905, t. IV, p. 49. — Gosselin. Fractures du rocher, *Clin. de la Charité*, t. I, p. 270. — Guillemain. *Journ. de méd.*, 1779 (cité par Aran). — Guyon. *Union méd.*, 22 nov. 1873. — Gyselynck. Fracture de la base du crâne, hernie cérébrale, guérison, *Journ. de chir.* et *Ann. de la Soc. belge de chir.*, 1904, IV, 79; — *Journ. de méd. de Bruxelles*, 1904, IX, 154.

Jaboulay. In Th. Puig, in Th. Boissat, in mémoire Patel. — Jacobi. *Arch. f. Ophtalm.*, 1867. — Jossilevitch. *Les écoulements par l'oreille et la paralysie faciale dans les traumatismes du crâne*, Th. de Paris, 1898. — Kœnig. *Traité de chirurgie*.

Labeyrie. Fracture de la voûte du crâne irradiant vers la base et intéressant les deux rochers; trépanation; guérison, *Gaz. méd. de Nantes*, 1902, XX, 236. — Lagrange. Paralysie du droit externe après fracture du rocher, *Arch. de Bordeaux*, 1894. — Larrey (Hipp.). *Recueil de mém. de méd. et de pharm. milit.*, XXX, 1831; — *Bull. de la Soc. de chir.*, 1re série, t. V, p. 52. — Latarjet. Fracture de la base du crâne avec signes de commotion et de contusion cérébrale, guérie par ponction lombaire, *Lyon méd.*, 1904, CIII-811. — Le Bail. *Valeur séméiologique de l'otorragie traumatique*, Th. de Paris, 1873. — Le Diberder. *Étude sur les signes et le diagnostic des fractures du crâne*, Th. de Paris, 1869. — Legouest. *Traité de chirurgie d'armée*, 1872. — Lenhardt et Gaseuil. Traumatismes du temporal, *Revue méd. de Normandie*, 1902, n° 6, 113. — Leplat. *Esquilles pénétrantes dans les fractures du crâne*, Th. de Paris, 1898. — Levesque. *Cas de fracture des deux rochers*, Th. de Paris, 1878. — Luys (G.). Soc. anat., 10 juin 1898.

Malafosse. *Fracture du crâne par contrecoup*, Th. de Lyon, 1890. — Malsang. *Des otorragies consécutives aux traumatismes de la tête indépendants des fractures de la base du crâne*, Th. de Paris, 1902-1903. — Mayer. Fracture de la base du crâne, *Journ. de chir.* et *Annales de la Soc. belge de chir.*, 1904, IV, 133; — *Journ. de méd. de Bruxelles*, 1904, IX, 251. — Melsens. *Bull. Acad. royale de Bruxelles*, 1872. — Messerer. *Ueber Elastictaet und Festigkeit der menschlichen Knochen*, Stuttgard, 1880; — *Central. f. chir.*, n° 19, 1884. — Mignon. Fracture de la base du crâne, *Presse méd.*, 1903, n° 70, 623; — Sur le traitement chirurgical d'une méningite consécutive à une fracture de la base du crâne, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1904, 426. — Morer. Observation de fracture du crâne, *Dauphiné méd.*, 1904, XXVIII, 197. — Morgagni. *Lettres*, LII, p. 358. — Moty. Soc. de chir.

Nancrède. *Encyclopédie internationale de chir.*, 1886, t. V. — Nimier. *Gaz. des hôpit.*, 1889.

Otis (Georges). The medical and surgical history of the war of rebellion, *Surgical volume*.

Panas. Paralysie de la sixième paire consécutive aux traumatismes du crâne, *Arch. d'opht.*, 1881. — Paris. *Valeur de l'ottorragie dans les cas de fracture du rocher*, Th. de Paris, 1898. — Patel. Remarques sur certaines variétés de fractures isolées du rocher, *Rev. de chir.*, 1903, I, p. 483; — Revue générale sur les fractures du rocher, *Gaz. des hôpit.*, 1898, nos 46, 49. — Patel et Boissat. Recherches expérimentales sur les fractures indirectes du rocher, *Gaz. hebdom.*,

2 oct., 1902, 936. — PAUCHET. Etude clinique et thérapeutique des fractures du crâne, *Rev. intern. de méd. et de chir.*, Paris 1901, XII, 55. — PERRIN. Soc. de chir., 1878. — POIRIER (E.). *Traumatismes du crâne chez les enfants*, Th. de Paris, 1897-98. — POLITZER. *Arch. f. Ohrenheilkunde*, t. II, p. 88. — PONCET. In Th. de Puig. — PUIG. *Essai sur les blessures de l'oreille par armes à feu*, Th. de Lyon, 1887.

QUÉNU et TESSON. Des fractures postéro-antérieures paramédianes de la base du crâne, *Rev. de chir.*, mai 1901, 577.

RECLUS. *Déchirure du facial*, Soc. de chir. 1887. — REGER. *Deuts. militairoezliche Zeitschrift*, 1888. — REVERDIN. Observation in Th. de Puig; *Suisse romande*, 1884. — RICHET. Anatomie médico-chirurgicale, *Bull. de la Soc. de chir.*, t. IV. — ROCHARD. De la ponction lombaire comme moyen de traitement des accidents consécutifs aux fractures du crâne, *Presse méd.*, 1903, 411. — RUCKER. *Expérimentalle und kasuistische Beitrage zur lehre von der Hohlenpression bei Schussverletzungen der Schaedels*, Dorpat, 1881.

SAUCEROTTE. *Acad. de méd.* — SIMPSON GANGF. *Ann. des maladies de l'oreille et du larynx*, 1876; — *The Lancet*, 17 avril 1875. — SOURDILLE. A propos d'un cas de fracture longitudinale antéro-postérieure du crâne, *Arch. gén. de méd.*, 26 juil. 1904, 1857. — STÉPHANOFF. *Contribution à l'étude de la paralysie faciale tardive consécutive aux traumatismes craniens*, Th. de Montpellier, 1900.

TERRIER. Observation in Th. de Puig. — TERRIER et PERAIRE. *L'opération du trépan*, 1895. — TERRILLON. Soc. de chir., 1878; — *Rev. des sciences méd.*, 1880, t. XV, 606. — TESSON. Contribution à l'étude de la ponction lombaire dans les fractures du crâne, *Gaz. des hôpit.*, 22 août, 1902 nº 921. — TRELAT. Soc. anat., 1852-1855. — TUFFIER. Polyurie et hémianopsie d'origine traumatique, fracture du crâne, *Rev. de chir*, 1884, 827.

VAUDREMER. *Bull. de la Soc. anat.*, 1892, 705. — VÉRITÉ. *Guérison des fractures du rocher*, Th. de Paris, 1867. — VINCENT. *Contribution à l'étude des fractures indirectes de la base du crâne*, Alger 1884. — VOLTOLINI. *Monatschrift f. Ohrenheilkunde*, 1869.

WAHL. *Centralb. f. Chir.*, 1880. — WALTON. Fracture of the base of the skill; a contribution based on the clinical and pathological record of 50 cases, *Annals of Surgery*, nov. 1904.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1905)

La ponction lombaire dans les fractures de la base du crâne. — Cette intéressante question soulevée par M. Quénu, dans la dernière séance, mérite d'être discutée. Ainsi que l'a justement fait remarquer M. POTHERAT, l'observation présentée par M. Quénu est impressionnante au point de vue de l'effet thérapeutique probable de la ponction lombaire dans les cas de fractures de la base du crâne. A rapprocher de ce fait celui que vient d'observer récemment M. Potherat : Un homme de quarante-six ans fait une chute de motocyclette; il est relevé par des agents et est conduit à l'hôpital où il arrive dans un état d'hébétude assez marquée, tout en se tenant debout et en marchant. Le soir, il est dans le même état de subcoma, avec ralentissement du pouls, qui est tombé à 56. Le lendemain matin, l'état est plus inquiétant, le coma s'accentue, il y a des ecchymoses mastoïdiennes et pharyngiennes, le pouls est à 44; il n'y a plus de doute sur l'existence d'une fracture de la base du crâne; on fait une ponction lombaire; l'examen du liquide céphalo-rachidien y révèle une grande quantité de sang; à la suite de cette ponction, on ne constate pas une amélioration très marquée dans l'état du blessé. On fait ainsi une ponction lombaire tous les trois jours, soit en totalité quatre ponctions; le liquide, après chaque ponction, est de moins en moins coloré, le pouls se relève et revient à 68; l'amélioration s'accentue, et le malade sort de l'hôpital complètement guéri après une dizaine de jours. Dans ce cas, la ponction lombaire a permis de faire le diagnostic, ainsi que l'a indiqué M. Tuffier. Mais quelle part lui revient dans la guérison? Voilà ce qui est beaucoup plus difficile à déterminer, et M. Potherat semble mettre en doute, dans ce cas, son efficacité thérapeutique. Cependant, il paraît bien établi que l'amélioration de l'état du blessé s'est accentuée après chaque ponction.

M. Potherat rapproche de ce fait le suivant, qu'il a observé il y a huit ans; un homme fait une chute de cheval à suite de laquelle il présente tous les signes d'une fracture de la base du crâne, de l'étage inférieur. Dans ce temps-là, on ne parlait pas encore de ponctions lombaires; on n'en fit donc pas, et le malade guérit parfaitement en sept semaines, sans ponction.

M. Potherat se résume en disant que la ponction lombaire permet de fixer le diagnostic de fracture de la base du crâne, mais qu'il est bien difficile de dire quelle part lui revient au point de vue du traitement, puisque les blessés manifestement atteints de fracture de la base du crâne guérissent sans ponction.

M. TERRIER dit qu'on fait beaucoup de ponctions lombaires, dans son service, surtout dans les cas de fracture de la base du crâne. Il lui a semblé que ces ponctions, outre qu'elles fixent le diagnostic, soulagent les douleurs, souvent atroces, qu'ont certains malades et leur procurent une certaine et réelle amélioration.

M. GUINARD apporte au débat le fait suivant. Un homme, en état d'ivresse, fait une chute et arrive à l'hôpital avec les signes d'une fracture de la base du crâne. Le lendemain, il est mieux, mais le surlendemain il est pris d'un violent accès de délire; on lui donne du vin laudanisé et on lui fait une ponction lombaire; on retire 0,40 centimètres cubes de liquide rouge. Après la ponction, le calme revient; mais le soir, le délire reparut; nouvelle ponction donnant encore 0,40 centimètres cubes de liquide rouge, ramenant le calme; retour du délire au cours duquel une syncope emporta le malade. M. Guinard donnera le résultat de l'autopsie.

M. ROCHARD est partisan de la ponction lombaire immédiate dans les cas de fracture de la base du crâne. Il est convaincu que, comme cela s'est passé dans le cas de M. Quénu et aussi dans le cas de M. Potherat, ces ponctions amènent chaque fois une amélioration dans l'état des blessés; mais la présence du sang dans le liquide céphalo-rachidien n'est pas toujours un indice certain de fracture de la base du crâne. Il a lui-même signalé des cas bien nets dans lesquels on a trouvé du sang dans le liquide céphalo-rachidien après une simple commotion cérébrale, contrairement à ce qu'a affirmé M. Tuffier en considérant la présence du sang dans le liquide céphalo-rachidien comme un signe pathognomonique de fracture de la base du crâne.

M. TUFFIER se défend d'avoir émis cette opinion. D'autre part il fait observer à M. Guinard que l'extraction d'une trop grande quantité de liquide céphalo-rachidien peut n'être pas sans inconvénients, le cervelet pouvant alors venir comprimer le bulbe et déterminer de graves accidents.

M. TERRIER demande à M. Guinard ce qu'il a voulu prouver par son observation qu'il trouve complexe.

M. GUINARD répond à M. Terrier qu'il n'a eu d'autre pré-

tention que d'apporter au débat un fait qui prouve tout au moins que la ponction lombaire ne guérit pas tous les cas de fracture de la base du crâne.

M. Potherat, à propos de l'observation de M. Tuffier relative à la compression possible du bulbe par le cervelet après une décompression trop complète, signale le fait suivant qui s'est passé dans le service de M. Raymond, à la Salpêtrière : Il s'agissait d'un malade chez lequel M. Raymond avait diagnostiqué une tumeur du cervelet. Il conseilla la ponction du ventricule latéral et pria M. Potherat de pratiquer cette opération ; il retira 50 grammes de liquide. Dès le lendemain la température montait à 38, 39 degrés et le surlendemain à 40, 41 et même 42 degrés ; vingt-quatre heures après le malade mourait. A l'autopsie on ne constata aucune infection, aucun phénomène inflammatoire ; mais après la soustraction importante de liquide qui avait été faite, la tumeur cérébelleuse était venue comprimer le quatrième ventricule.

M. Broca rappelle que c'est un fait connu que ces malades, après une grande soustraction de liquide céphalo-rachidien, succombent comme le malade de M. Potherat, même sans qu'ils aient de tumeurs.

Des entéro-anastomoses dans le traitement du cancer de l'intestin. — Dans la dernière séance M. Demoulin a fait un rapport sur deux observations d'entéro-anastomose pour cancer du gros intestin présentées par M. Savariaud ; dans la première observation de M. Savariaud, il s'agit d'une femme de cinquante-quatre ans qui portait un cancer de l'angle splénique du côlon. Prise d'occlusion, elle entre, en janvier 1903, à Lariboisière, où on lui fait un anus cæcal. Vingt mois après, rétrécissement de l'anus cæcal ; on le dilate. Six mois après elle revient et M. Savariaud lui fait une anastomose entre le côlon transverse et l'anse sigmoïde. Les suites furent des plus simples, résultat parfait ; toutefois quelque temps après, constipation habituelle, nécessitant des doses quotidiennes d'huile de ricin. Voilà cinq ans que cette malade a ressenti les premières atteintes de son mal.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme de cinquante-deux ans, atteint de cancer du côlon, pris d'accidents d'occlusion. M. Savariaud lui fait une anostomose recto-sigmoïde à l'aide du plus gros bouton de Murphy. Le résultat fut très satisfaisant pendant dix-huit mois, puis les accidents d'occlusion reparurent et il fallut lui faire secondairement un anus contre nature qui fonctionna mal et le malade mourut six jours après.

M. Demoulin a fait suivre ces deux observations de considérations très détaillées sur l'entéro-anastomose proposée par M. Savariaud et a établi un parallèle entre cette anastomose et l'anus contre nature. Nous avons fait connaître la conclusion formulée par M. Demoulin.

Cette intéressante question est devenue le point de départ d'une discussion : M. Delagenière a pratiqué deux fois une opération analogue à celle de M. Savariaud : chez un homme de cinquante-neuf ans, atteint d'un cancer de la partie supérieure du rectum, il a fait une iléo-rectostomie d'emblée. Le malade a vécu dix-sept mois. Il est mort d'occlusion intestinale. Chez un autre, de soixante et un ans, il a fait la même opération et le malade a vécu cinq mois. Il est mort de cachexie. Il faut, dit M. Delagenière, dans ces cas ne pas faire la bouche anastomotique trop près du cancer, sans quoi celui-ci, en se développant, arriverait à la boucher. L'indication de ces anastomoses reste assez restreinte ; dans la plupart des cas, l'anus contre nature est préférable.

C'est aussi l'avis de M. Quénu, qui croit très restreintes les indications de ces entéro-anastomoses pour cancer du gros intestin. Il faut tout d'abord, dans ces cas, examiner le siège exact du cancer, son volume, etc. Sans doute l'iléo-rectostomie devrait être l'opération de choix dans les cas de cancer, bien limités à la partie supérieure du rectum.

Examinant de très près les faits de MM. Savariaud et Demoulin, M. Quénu fait remarquer que dans l'un des deux cas de M. Savariaud la bouche anastomotique s'est bouchée au bout de peu de temps. Un des malades de M. Delagenière est, lui aussi, mort d'occlusion intestinale. Dans le cas le plus heureux l'entéro-rectostomie n'a bien fonctionné que pendant moins d'un an. Les seuls cas justiciables de cette opération sont, pour M. Quénu, les cancers du rectum supérieur ou de la partie inférieure de l'anse sigmoïde. Encore faut-il qu'il s'agisse de la forme sclérotique du cancer à suintement très modéré, à hémorragie nulle. Si l'on compare les statistiques, on voit que l'entéro-anastomose donne un tiers de mortalité post-opératoire, alors que l'anus artificiel donne une mortalité nulle. En outre, en comparant les faits entre eux, on voit aussi que les survies les plus longues ont été obtenues par l'anus iliaque. Tout en félicitant M. Savariaud de sa technique thérapeutique de certains cancers du gros intestin, M. Quénu estime que les indications de ce mode d'intervention sont très réduites et que, pour la grande majorité des cas, il faudra donner encore la préférence à l'anus artificiel.

M. Tuffier partage l'opinion de M. Quénu. Il faut d'abord, dans cette question, séparer les anastomoses colo-coliques des anastomoses colo-rectales. Pour ne parler que de ces dernières, il est certain que les indications en sont restreintes. Il faut pouvoir faire la bouche loin du néoplasme, afin que celui-ci, en se développant, ne l'obstrue pas. Il faut, en outre, que cette bouche soit large. Si l'on consulte les faits, il faut reconnaître, comme l'a dit M. Quénu, que les survies les plus longues sont du côté de l'anus contre nature.

M. Hartmann est aussi d'accord avec M. Quénu ; il trouve que M. Demoulin, pour les besoins de la cause, a exagéré les méfaits de l'anus iliaque. Celui-ci sera toujours supérieur à l'entéro-anastomose à cause de sa bénignité. M. Hartmann a pratiqué 46 anus iliaques avec une seule mort par ramollissement cérébral. Il établit un parallèle entre les résultats des deux opérations et plaide vigoureusement la cause de l'anus iliaque qui ne constitue pas, selon lui, une infirmité si dégoûtante qu'on l'a dit ; ces anus deviennent presque continents et M. Hartmann cite des exemples : celui d'un de ses opérés qui monte à cheval, l'exemple d'un autre opéré qui trouva moyen d'avoir trois rapports sexuels dans la même nuit sans que son anus artificiel le gêne en rien. Bref, il estime que les indications des entéro-anastomoses pour cancer du gros intestin sont très limitées et que, dans la grande majorité des cas, il ne faudra pas hésiter à préférer l'anus iliaque.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES FRAIS MÉDICAUX ET PHARMACEUTIQUES EN MATIÈRE D'ACCIDENTS DU TRAVAIL

M. le ministre du Commerce vient d'adresser aux préfets la circulaire suivante :

« Paris, le 6 novembre 1905.

Le second alinéa de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, relatif au remboursement de frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail, disposait, pour le cas où la victime a fait elle-même choix de son médecin ou de

son pharmacien, que le chef d'entreprise « ne peut être tenu que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton, conformément aux tarifs adoptés dans chaque département pour l'assistance médicale gratuite ».

L'application de ce texte donna lieu, dans la pratique, à diverses difficultés; dans certains départements, le service de l'assistance médicale n'était pas organisé; dans d'autres, les conseils généraux, usant de la faculté que leur accorde l'article 4 de la loi du 15 juillet 1893, avaient préféré au système du tarif celui de l'abonnement; dans les départements même où des tarifs avaient été élaborés, il fallait tenir compte des lacunes de leurs fixations, surtout au point de vue chirurgical, et de leurs divergences très sensibles d'un département à l'autre; enfin, les praticiens se plaignaient, non sans raison, que certains de ces tarifs ne leur réservaient que des honoraires manifestement insuffisants.

Pour remédier au principal de ces inconvénients, la Chambre des députés avait voté dès 1901 une modification au texte de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 et s'était référée, pour le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques, à défaut de tarifs, aux usages locaux. Comme l'a rappelé ma précédente circulaire du 3 mai 1905, la Chambre semblait uniquement préoccupée d'assurer l'application de l'article 4 de la loi dans sa teneur initiale et viser, dans le cas envisagé, les tarifs ouvriers les plus bas, ceux qui se rapprochaient le plus des tarifs d'assistance.

Au contraire, les amendements ultérieurement présentés au Sénat, en poursuivant « la substitution générale aux tarifs de l'assistance médicale gratuite de tarifs ouvriers établis ou inspirés par des syndicats médicaux », entendirent surtout, comme je l'indiquais, unifier les tarifs dans un sens plus équitable pour le corps médical et apporter une modification essentielle au système primitif de la loi du 9 avril 1898.

Le texte nouveau issu de ces discussions a substitué aux tarifs départementaux d'assistance médicale gratuite un tarif uniforme nouveau, à établir par arrêté du ministre du Commerce, après avis d'une commission spéciale comprenant des représentants des différents intérêts en jeu (médecins, pharmaciens, ouvriers, patrons, assureurs) et qui ne pourra ensuite être modifié qu'à intervalles de deux ans.

L'article 2 de la loi du 31 mars 1905 a spécifié que ledit tarif serait élaboré dans un délai de six mois à compter de la promulgation de ladite loi et inséré au *Journal officiel*. Il ajoute qu'il sera appliqué un mois après cette publication, les tarifs d'assistance médicale gratuite restant jusque-là transitoirement applicables.

La commission ci-dessus prévue, instituée par arrêt du 20 mai 1905, s'est réunie, et, après des discussions approfondies, a réussi, au prix de multiples transactions recherchées et trouvées dans un commun souci d'équité et de simplification, à élaborer un double tarif, médical et pharmaceutique, dont les fixations diverses donneront sans doute satisfaction, dans la mesure du possible, aux desiderata essentiels qui avaient été formulés soit par les représentants des médecins et des pharmaciens, soit par les représentants des ouvriers et des chefs d'entreprise ou de leurs assureurs; « dans l'intérêt supérieur de la bonne application de la loi et dans le respect de son esprit, » il paraissent finalement, comme en exprimait le vœu ma circulaire du 3 mai 1905, « n'imposer ni à l'industrie ni au corps médical des sacrifices inacceptables. »

J'ai pu, dans ces conditions, ratifier toutes les résolutions de la commission et, par arrêté du 30 septembre 1905, établir dans le délai légal le tarif prévu au second alinéa de l'article 4 (modifié) de la loi du 9 avril 1898. Ce tarif, publié au *Journal officiel* du 8 octobre, devient applicable le 8 novembre 1905.

Il importe tout d'abord de remarquer que, pas plus que le tarif d'assistance médicale gratuite sous le régime initial de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, le nouveau tarif officiel ne s'impose, comme on a pu parfois s'y méprendre, aux médecins et aux pharmaciens. Ils restent, en droit, comme auparavant, entièrement libres de débattre la rémunération de leurs soins ou le prix de leurs fournitures. Le tarif a seulement pour but et pour effet, dans le cas où la victime d'accident a fait elle-même choix de son médecin et de son pharmacien et où des contestations s'élèvent sur la quotité des prestations du chef d'entreprise à cet égard, de fournir une base préfixe aux décisions des juges de paix appelés à arbitrer ces prestations.

Vous voudrez bien observer, d'autre part, qu'en matière de frais médicaux, l'arrêté du 30 septembre 1905, pour éviter de relever ou d'abaisser brusquement des taux qui se trouveraient depuis longtemps en usage dans certaines localités, a pris soin de ménager certains tempéraments transitoires aux fixations uniformes qu'il édicte. Pour ces localités l'initiative directe des représentants autorisés des intéressés (groupements médicaux, ouvriers ou patronaux) pourra provoquer, dans des conditions et des limites spécifiées, la majoration ou la minoration du prix fixé, en principe, comme base de la tarification, c'est-à-dire pour la visite au domicile du blessé.

Ces majorations et ces minorations devront d'ailleurs garder le caractère exceptionnel que la commission a entendu leur assigner et ne pourront intervenir qu'à la suite d'enquêtes ne laissant subsister aucun doute sur la certitude et la généralité des usages antérieurement consacrés dans les localités envisagées. Je ne manquerai pas de vous consulter à cet égard et l'instruction administrative à laquelle vous aurez alors à procéder devra nettement établir, au moyen de documents pertinents et précis, la valeur des allégations dont mon administration se trouverait saisie.

Les intéressés ne devront d'ailleurs point perdre de vue que leurs demandes ne pourront être examinées si elles ne sont pas parvenues à mon département, sous le timbre de la direction de l'assurance et de la prévoyance sociales, dans le délai réglementaire, c'est-à-dire d'ici le 8 janvier 1906, ou si elles ne sont point accompagnées de pièces ou d'attestations de nature à fournir à mon administration et à la commission compétente une première justification de leur bien fondé.

Il n'est point enfin superflu de signaler que le tarif établi par l'arrêté du 30 septembre 1905 est un tableau d'essai et qu'aux termes de la loi il pourra être modifié après deux années d'expérience. Cette expérience, dans l'intérêt de tous, doit être loyalement acceptée et pratiquée, même dans les cas, sans doute exceptionnels, où elle imposerait certains sacrifices passagers.

Je vous prie de suivre de près, en ce qui vous concerne, et de me tenir exactement informé de tout ce qui pourrait éclairer mon administration dans sa triple préoccupation de réserver au corps médical et aux pharmaciens des rémunérations légitimes, de n'imposer à l'industrie que des charges supportables et de maintenir effectivement au profit des victimes d'accidents le droit légal au libre choix du médecin et du pharmacien.

Je vous prie de vouloir bien m'accuser réception de la présente circulaire et de donner immédiatement, si vous ne l'avez déjà fait, à l'arrêté du 30 septembre 1905, toute la publicité dont vous pouvez disposer.

Le ministre du Commerce, de l'Industrie, des Postes et des Télégraphes,

F. DUBIEF. »

Voir, sur ce sujet, *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 40, p. 477; n° 44, p. 525 et n° 119, p. 1424.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 129. — MARDI 14 NOVEMBRE 1905. 78e ANNÉE. MARDI 14 NOVEMBRE 1905. — N° 129.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

PREMIER-PARIS
TRAVAUX ORIGINAUX
Goutte saturnine. Examens cytologiques d'un épanchement articulaire, par MM. A. SÉZARY et M. CHAUDRON.
Cure radicale simultanée de l'appendicite et de la hernie inguinale droite, par M. Robert SIEGEL.
MÉDECINE PRATIQUE
Le traitement des formes chroniques de l'impétigo.
SOCIÉTÉS SAVANTES.
Académie des sciences.
Société médicale des hôpitaux.
Société de neurologie.
Société de biologie.
FORMULAIRE
Pommade contre les hémorroïdes, les fissures anales.
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Paris, le 13 novembre 1905.

De tous côtés, on n'entend parler que de réformes à apporter aux études médicales. Les étudiants les réclament, les sociétés professionnelles s'en occupent, le ministre de l'Instruction publique met la question à l'étude, enfin les professeurs eux-mêmes finissent par s'émouvoir. La question paraît donc entrer dans une phase nouvelle, et sortir du domaine des vaines et muettes protestations pour entrer dans celui des réalités plus pratiques.

C'est qu'en effet il est grand temps d'apporter de profondes modifications aux rouages trop usés du vieil enseignement de nos Facultés. Depuis vingt ans les sciences médicales ont évolué avec une telle rapidité, elles se sont si profondément bouleversées, qu'il est extraordinaire de penser que leur enseignement est resté le même, figé dans d'immuables traditions, vestiges intangibles du passé.

Aujourd'hui, la situation de l'étudiant et du médecin n'est plus la même qu'il y a trente ans. Les sciences qui alors étaient à l'état embryonnaire ont pris une extension qu'on ne pouvait soupçonner et dans les cinq années qu'il passe à la Faculté l'étudiant doit successivement étudier la physique, la chimie, l'histoire naturelle, l'anatomie, l'histologie, la physiologie, la matière médicale, la thérapeutique, l'hygiène, la médecime légale, et quand il a étudié toutes ces sciences, il ne lui reste plus qu'à apprendre la médecine, la chirurgie et les accouchements, c'est-à-dire ce qui sera plus tard son métier et lui donnera réellement le droit de se dire médecin.

Comme le dit très justement le professeur Kirmisson, dans sa leçon d'ouverture : « Ne serait-il pas plus simple d'admettre que la Faculté de médecine doit être avant tout une école professionnelle, enseignant à ses élèves ce qu'il leur est indispensable de savoir pour la pratique médicale? Rien ne l'empêche, à côté de cet enseignement pratique, professionnel, de se livrer à la plus haute culture scientifique. »

Or l'enseignement pratique n'existe pas à la Faculté. « Le plus important, ajoute M. Kirmisson, c'est moins de savoir beaucoup de choses que de posséder à fond ce que l'on sait. Ce n'est pas avec quelques centigrammes d'anatomie et de physiologie, quelques milligrammes de physique, de chimie et d'histoire naturelle qu'on établira la formule pour faire un bon médecin. »

Nous avons, il y a longtemps déjà, trop insisté sur ces vérités pour nous y appesantir aujourd'hui. Maintes fois, nous nous sommes plaints, dans les colonnes de ce journal, de la mauvaise direction imprimée aux études médicales. Nous avons montré le jeune docteur incapable de faire un appareil plâtré, incapable même de bien appliquer un spéculum, pour découvrir le col de l'utérus, et souvent bien embarrassé devant une luxation de l'épaule. L'étudiant a tout vu, tout lu, il a subi examens sur examens; il a même été maintes fois refusé sur des points bien accessoires des sciences médicales, mais quand il arrive au seul examen probatoire, à celui qui devrait seul compter, il ne se trouve plus en face que de simples formalités. Les examens cliniques n'existent pas en effet et les élèves s'y préparent mal.

Mal guidés, ne voyant que les examens à subir, n'ayant aucune notion des difficultés que va leur réserver la pratique médicale, les étudiants ne donnent pas à leur instruction clinique le temps qui serait nécessaire. La Faculté a le tort, par la mauvaise organisation du stage hospitalier, par l'importance qu'elle donne aux études accessoires, de détourner l'élève de ce qui devrait être son but unique : l'enseignement de l'hôpital.

Anatomie et physiologie comme base, la vie quotidienne à l'hôpital pendant cinq ans, comme fond d'études : c'est dans ce sens qu'il convient d'aiguiller les réformes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

UNE LETTRE DE BEHRING. — De nombreux médecins ayant écrit au professeur von Behring pour lui demander le remède dont il a parlé au Congrès de la tuberculose (voir *Gaz. des hôpit.* 1905, n° 118, p. 1410), le professseur de Marbourg vient de répondre à l'un d'eux pour lui donner les raisons de sa réserve actuelle.

Le nouveau remède, dit TX, ne serait pas transportable à l'heure actuelle, et son contrôle ne serait possible qu'à son lieu d'origine et de production, et par des expérimentateurs exercés.

Behring ajoute qu'il s'est mis en rapport avec M. Metchnikoff pour la production et le contrôle d'expérimentation thérapeutique de son TX à l'Institut Pasteur de Paris.

C'est seulement quand le succès de TX aura été prouvé que d'autres filiales seront créées.

Quant aux expériences sur la tuberculose bovine, elles seront poursuivies à Lyon et à Alfort en même temps qu'à Marbourg.

CRÉATION D'UNE CHAIRE DE THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE. — Une chaire de thérapeutique appliquée va être créée à la Faculté de médecine grâce à la libéralité d'un riche Américain qui a fait don de 400 000 fr. pour cette fondation. M. Albert Robin en sera le premier titulaire.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LILLE. — Après concours, sont nommés médecins-adjoints des hôpitaux de Lille, MM. les docteurs Breton et Bertin.

Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Verhaeghe, Gaehlinger, Lemoine et Carlier, internes titulaires, Patou et Derémaux, internes provisoires.

Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Breucq, Tilmant, Bridoux, Swyngedauw, Ollivier, Legrand, Deladrière, Dartevelle, Vanhaecke, Vouters, Duvillier, Maillard et Benoit.

BORDEAUX. — Le concours d'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Cazaillet, Scheneyder, Piéchaud, Guimezanes, Delmas Marsalet, Botreau-Roussel, Belley, Pasturaud, Brau-Tapie, Arrès, Couraud, Jouet, Bouty, Foulcher, Petit (Marie-Auguste), Cristol, Colat, Le Cousse, Mossé, Antoine, Creyx, Conquet, Pietri, Chaté, Mazières, Maupetit, Petit (Georges), Bizolier, Sourbets, Daure, Lavabre, Carte, Guiard, Féret, Pouget, Mougneau, Lisle, Boyer de la Giroday, Cazenave, Couston, Gayout, Bonneau, Polack, Tardieu, Charlin, Bourgarel, de Gaye, Dupouy, Estival, Toucet, Moron, Lavielle, de Carnas, Lamothe (Charles).

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — *Prix de la Faculté.* — Première année : Médaille d'argent et 100 francs de livres, M. Brau-Tapie; mention honorable, M. Pasturaud. — Deuxième année : médaille d'argent et 100 francs de livres, M. Mauran ; mentions très honorables, MM. Arlo et Mossé. — Troisième année : médaille d'argent et 185 francs de livres, M. Beauvieux ; mentions honorables, MM. Mathieu, Laurés, Capitrel. — Quatrième année : médaille d'argent et 185 francs de livres, M. Le Berre ; mention très honorable, M. Robin ; mention honorable, M. Quentel.

Prix de la ville de Bordeaux. — Section de médecine : 150 francs (médaille de vermeil et livres), M. Lefèvre; mention honorable, M. Bossuet. — Section de chirurgie : 150 fr. (médaille de vermeil et livres), M. Lefèvre.

Prix Godard. — 2 000 francs (encouragement de 1 000 fr.), docteur Paul Lemaire.

Prix des thèses de l'année. — Premier prix : Médaille d'or et 400 francs espèces, docteur Leuret. — Deuxième prix : médaille d'argent et 125 francs espèces, MM. les docteurs Bellot, Lafon, Rabère. — Troisième prix : médaille de bronze, MM. les docteurs Bernex, Bignon, Bossuet, Bussière, Ducos, Dufranc, Guyot, Lannelongue ; mention honorable, docteur Maupetit.

Prix de la Société des amis de l'Université. — Médaille d'argent et 50 francs espèces, M. Gineste.

Prix de médecine coloniale et d'études exotiques. — Médaille d'or (offerte par l'Institut colonial), docteur Dufougeré. Médaille d'or (offerte par la Faculté), docteur Dubruel.

LILLE. — L'assemblée de la Faculté a décerné le prix Philippart (1000 francs) à MM. Petit et Looten.

Les prix de thèses suivants sont décernés : médaille d'or, M. Gellé; médaille d'argent, M. Dancourt; médaille de bronze, MM. Leroy, Schaepelynck, Descarpentries.

Mention honorable : MM. Taconnet, Levesque, Rochette, Vasseur et Cretal.

MÉDAILLE DU PROFESSEUR DUPLAY. — La plaquette et le grand médaillon seront offerts au professeur Duplay, le lundi 20 novembre, à son domicile, à quatre heures et demie.

LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE. — On signale le fait assez curieux que le nombre des étudiants en médecine tend à diminuer non pas seulement en France, mais d'une façon générale en Europe et en Amérique. En France, le nombre des étudiants en médecine, qui était en 1895 de 7 779, n'est plus en 1905 que de 6 763.

Aux Etats-Unis la diminution semble être encore plus rapide. On y comptait, en 1904, 28 142 étudiants ; on n'en compte plus, cette dernière année scolaire, que 26 147. Les facultés homœopathes sont les plus éprouvées : elles comptaient 1 509 étudiants en 1900 et 1 104 en 1905.

En Allemagne, le nombre total des étudiants, qui n'avait cessé de progresser de 1858 à 1888, passant de 2 054 à 8 513, décroît rapidement depuis lors ; en 1903 il était de 6 232.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Lasalle (de Lormont).

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — CONFÉRENCES D'HYGIÈNE ET DE CLINIQUE INFANTILES. — Le docteur G. Variot reprendra ses conférences le mardi 14 novembre 1905 à 10 heures et demie salle Gillette, et les continuera chaque mardi à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveau traité de médecine et de thérapeutique, publié en fascicules sous la direction de MM. P. BROUARDEL et A. GILBERT, professeurs à la Faculté de médecine de Paris. — Sont en vente : Fascicules I, II, III, à 4 francs chacune; V, à 2 fr. 50; IV et VI, à 8 francs; VIII et IX, à 3 fr. 50 chacune. — Vient de paraître : *Maladies communes à l'homme et aux animaux*, par MM. MOSNY, BERNARD, MÉNÉTRIER, GILBERT, VAILLARD, BROUARDEL, etc. Gr. in-8° de 428 p. avec 26 fig. — Prix : 8 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

GOUTTE SATURNINE

EXAMENS CYTOLOGIQUES D'UN ÉPANCHEMENT ARTICULAIRE

PAR

A. SÉZARY et M. CHAUDRON

Interne des hôpitaux. Externe des hôpitaux.

Les relations d'examen cytologique des épanchements articulaires, au cours de la goutte saturnine, sont extrêmement rares ; pour notre part, nous n'en connaissons guère qu'un cas, de M. Chauffard, rapporté dans le *Journal de médecine interne* (1).

Nous avons pu récemment, dans le service de notre maître, M. le docteur Jacquet, pratiquer cette recherche chez un saturnin, qui présentait, entre autres manifestations articulaires, une volumineuse hydarthrose que nous avons ponctionnée à deux reprises.

Après avoir établi, par la relation de l'observation clinique, qu'il s'agit bien là d'un cas de goutte saturnine, nous exposerons les résultats de notre examen cytologique.

Le malade, B..., âgé de trente-cinq ans, est fils de saturnin non goutteux, migraineux et obèse, et d'une rhumatisante. Lui-même est exposé à l'intoxication professionnelle depuis l'âge de onze ans, c'est-à-dire depuis vingt-quatre ans ; car, comme son père, il est peintre en bâtiments. De plus, c'est un gros mangeur, qui se fait servir au restaurant quatre portions, alors que deux plats suffisent à ses camarades.

Depuis l'âge de vingt ans, il a présenté des accidents saturnins : c'est ainsi qu'au régiment, sans blennorragie préalable, il ressentit plusieurs fois des douleurs dans le gros orteil qui se tuméfiait, était violacé et chaud : à deux reprises il fut admis pour cela à l'infirmerie et plusieurs fois exempt de cheval. Depuis cette époque, B... éprouve ces mêmes douleurs une fois par année en moyenne.

A quatre reprises, il a eu des coliques de plomb : la première remonte à sept ans, la dernière, qui a été la plus violente, date de deux ans. B... a noté l'apparition, peu de temps après chaque colique, de douleurs à un gros orteil particulièrement vives. De plus, à la suite de la dernière colique, deux jours après avoir quitté l'hôpital, son genou s'est tuméfié énormément et est devenu tellement douloureux qu'un repos au lit de quinze jours a été nécessaire. Après quoi, le malade put reprendre son travail.

La nouvelle crise qui l'amène à l'hôpital Saint-Antoine, a débuté dans la nuit du 22 au 23 mai. Sans avoir les jours précédents reçu de traumatisme, ni fait d'excès d'aucune sorte, il fut subitement éveillé par une crampe très vive dans le mollet gauche ; celle-ci se dissipa quelques heures après, mais le genou resta très douloureux. Lorsque, au matin, il essaya de se lever, il ne put s'appuyer sur le membre malade et il constata que l'articulation était tuméfiée. Il resta au lit toute la journée ; la douleur persista, sourde, avec des paroxysmes sous forme d'élancements très pénibles : le gonflement augmenta très rapidement et le lendemain matin, 24 mai, B... entrait à l'hôpital.

(1) *Journal de médecine interne*, 1er mai 1903.

Nous constatons alors que le genou gauche est considérablement augmenté de volume, les méplats rotuliens ont disparu. La palpation, très douloureuse surtout au niveau de la rotule et à la face externe, ne permet pas de percevoir la fluctuation, à cause de l'abondance de l'épanchement, et l'on ne peut obtenir le choc rotulien. La température locale est notablement élevée. Les tentatives de mobilisation, très douloureuses, échouent complètement.

Le visage du malade présente une teinte blâfarde très accentuée, on y remarque en outre du vitiligo. Le liséré de Burton existe ; on note encore une légère hypertension artérielle. Les dimensions du foie sont à peu près normales ; pas d'albumine dans les urines ; pas de tophus.

Température rectale, 38 degrés le soir.

Le lendemain, 25 mai, nous pratiquons la première ponction : nous retirons 60 centimètres cubes d'un liquide filant, visqueux, jaunâtre. La tension de la synoviale ne paraît pas avoir diminué à la suite de l'intervention ; on ne peut davantage mobiliser la rotule : la douleur aurait cependant diminué.

Température le matin, 37°8 ; le soir, 38°5.

26 mai, température le matin, 37°2 ; le soir 38 degrés.

Le 27 mai, il n'y a plus de fièvre.

Jusqu'au 28 mai, l'état local est sensiblement le même : on a administré au malade 4 grammes de benzoate de lithine au lieu du salicylate qui avait été ordonné.

Le 28 mai, nous apprenons que dans la nuit, sans crise solennelle, le gros orteil droit est devenu douloureux : il est rouge et tuméfié. On prescrit le salicylate de lithine.

Le 1er juin, on constate que l'épanchement du genou, tout en restant considérable, a diminué un peu, car on perçoit de la fluctuation aux culs-de-sac synoviaux et on obtient le choc rotulien ; les douleurs se sont un peu atténuées à cette articulation. Au gros orteil droit, elles ont presque totalement disparu.

Le malade refuse son salicylate, car il lui attribue la céphalée qu'il éprouve depuis hier.

Le 5 juin, l'état du genou n'a pas changé ; il est encore chaud, mais beaucoup moins douloureux.

Le 6 juin, le malade n'a pu dormir, car il est apparu des douleurs très vives d'abord au pouce, puis à l'index guuches, avec irradiations dans la main tout entière ; les articulations intéressées sont tuméfiées et chaudes. On ordonne de nouveau le salicylate. L'épanchement du genou a un peu diminué ; les douleurs ont disparu et le malade peut fléchir la jambe sur la cuisse avec seulement un peu de gêne due, sans doute, à l'épanchement persistant.

Le 10 juin, B... est obligé de se rendre à Dijon pour affaires de famille urgentes ; il ne souffre presque plus de la main gauche. Au genou, l'épanchement est encore notable ; nous le ponctionnons pour la deuxième fois, et retirons 30 centimètres cubes environ d'un liquide paraissant plus visqueux et plus brun que la première fois ; il ne semble pas qu'il en reste dans l'articulation après cette intervention.

B... quitte l'hôpital le soir, notablement soulagé, mais pas encore guéri.

Telle est l'histoire clinique de ce malade : c'est la description typique de la goutte saturnine qui, comme Bucquoy et Lécorché l'ont montré, est si volontiers polyarticulaire.

Voici maintenant les résultats des examens cytologiques de l'épanchement du genou.

Le 25 mai, en période aiguë, fébrile, après cen-

trifugation immédiatement consécutive à la ponction, nous avons trouvé des *polynucléaires*, avec quelques figures de pyknose : dans toute la préparation, il n'y a guère que quelques cellules endothéliales très rares.

Le 10 juin, jour du départ du malade, après centrifugation immédiate, le culot est moins abondant, mais nettement hématique. La formule a complètement changé : les *globules rouges* sont abondants ; il n'y a plus de polynucléaires, mais on remarque des *lymphocytes* assez nombreux (il y a environ 11 globules rouges pour 2 lymphocytes). On note encore quelques cellules endothéliales, moins rares cependant qu'au premier examen.

La formule cytologique de l'épanchement a donc été essentiellement différente, à seize jours d'intervalle, pendant la période aiguë et pendant la période de guérison ou de passage à la chronicité (car nous n'avons pu suivre notre malade). Nous avons tenu à rapporter sans commentaires les résultats de nos deux examens, comme contribution à l'étude de la cytologie articulaire, qui n'a pas atteint jusqu'ici le développement de la cytologie pleurale ou céphalo-rachidienne.

CURE RADICALE SIMULTANÉE DE L'APPENDICITE ET DE LA HERNIE INGUINALE DROITE

Par M. Robert SIEGEL,
Interne des hôpitaux de Paris.

Nous avons eu l'occasion, à l'hôpital Cochin, dans le service de notre maître, M. le docteur Schwartz, de voir opérer en un seul temps, par une seule incision, une appendicite et une hernie inguinale droite.

Cette opération est, à l'heure actuelle, très rarement pratiquée, mais étant donnée la fréquence toujours croissante de l'appendicite et le nombre considérable de hernies inguinales droites qu'on a l'occasion d'opérer, il se peut que cette opération devienne peu à peu classique; aussi il nous a paru intéressant de l'étudier ici afin d'essayer d'en préciser le manuel opératoire et les indications.

Nous rapporterons tout d'abord l'observation du malade qui est l'origine de cette étude :

Observation. — Le nommé P..., âgé de quarante-six ans, gardien à la prison de la Santé, entre à l'hôpital Cochin, salle Gosselin, lit n° 1, le 12 avril 1905, à la suite d'une crise d'appendicite.

Ses antécédents ne présentent rien de particulier à signaler; il y a six ou sept ans, il vit apparaître une hernie inguinale droite, qui ne le gêna jamais beaucoup et qu'il traita par le port d'un bandage.

Le 27 mars 1905 il est pris brusquement dans la soirée, d'une douleur violente dans la fosse iliaque droite : il eut des nausées, quelques frissons et une élévation de température dont il ne peut préciser l'intensité.

Son médecin pose le diagnostic d'appendicite et le traite par le repos et la diète avec application de glace sur le ventre. Les phénomènes s'amendent rapidement, mais ce traitement est continué pendant une quinzaine : le malade désirant se faire opérer entre alors à l'hôpital.

L'examen clinique montre un ventre souple, sans défense musculaire : la pression profonde de la fosse iliaque droite provoque une douleur assez vive au niveau du point de Mac Burney.

La hernie inguinale droite ne présente rien de particulier : c'est une hernie funiculaire, facilement réductible.

Le malade étant désireux de se faire débarrasser de ses deux affections, la hernie et l'appendicite, le docteur Schwartz pratiqua le 29 avril 1905 l'opération qui nous intéresse ici.

Incision classique sur le trajet du canal inguinal ; le sac est isolé et ouvert, les muscles petit oblique et transverse sont fortement réclinés en haut et en dehors à l'aide d'un écarteur, l'ouverture du sac est prolongée en dehors de façon à donner libre accès dans la cavité péritonéale. Le cæcum est assez facilement attiré dans la plaie ainsi que l'appendice qu'on enlève suivant le procédé classique; le cæcum est réduit dans le ventre, on place un surjet au catgut sur l'ouverture péritonéale après avoir réséqué le sac et la paroi abdominale est reconstituée d'après le procédé de Bassini. On laisse par prudence un petit drain qu'on enlève au bout de quarante-huit heures.

Les suites furent parfaitement normales et le malade sortit guéri le 19 mai 1905; depuis il va très bien.

Un de nos anciens collègues, qui fut opéré vers la fin de 1903 dans les mêmes conditions par le docteur Ricard, a bien voulu nous donner son auto-observation, ce dont nous le remercions vivement : nous la relatons rapidement.

Observation. — Présentant des troubles intestinaux depuis l'enfance avec, par périodes, des crises douloureuses au niveau de la fosse iliaque droite, il vit apparaître en 1901 une pointe de hernie inguinale droite.

Supposant à juste titre que la hernie ne pouvait qu'accentuer ses troubles digestifs, il demanda à M. le docteur Ricard de le débarrasser de ces deux affections.

Opération le 15 décembre 1903. Incision très oblique partant de l'orifice inguinal externe et longue d'environ 15 centimètres ; le sac est isolé et ouvert ; les muscles petit oblique et transverse sont fortement réclinés en dehors et l'incision du sac prolongée jusqu'à l'angle externe de la plaie ; l'appendice est amené au dehors, et réséqué.

Après ablation du sac et fermeture de l'ouverture péritonéale on fait la réfection de la paroi abdominale comme pour une cure radicale de hernie ordinaire. Les suites opératoires furent normales et actuellement près de deux ans après l'opération la validité de la paroi au niveau de la cicatrice est parfaite : il a porté par prudence un bandage pendant les premiers temps et actuellement il pratique des sports variés sans la moindre faiblesse au niveau de sa cicatrice.

De la technique de cette opération nous aurons relativement peu de chose à dire, vu que ce n'est somme toute qu'une cure radicale de hernie avec une incision plus étendue et l'ouverture plus large du péritoine pour permettre la recherche de l'appendice.

Nous n'insisterons donc pas sur les premiers temps

de l'opération : incision de la peau et de l'aponévrose du grand oblique, recherche et ouverture du sac; ces temps sont absolument les mêmes que s'il s'agit d'une cure radicale de hernie banale; il est seulement nécessaire de faire une incision un peu longue, d'environ 15 centimètres.

Le sac est donc ouvert et, les deux lèvres de l'incision repérées, il faut prolonger cette ouverture suffisamment pour avoir libre accès dans la grande cavité péritonéale; mais deux obstacles gênent l'opérateur : d'une part les muscles petit oblique et transverse qui descendent jusqu'au niveau de l'arcade crurale, d'autre part les vaisseaux épigastriques qui contournent l'orifice interne du canal inguinal et montent en dedans de lui en suivant le pli falciforme.

Comment doit-on se comporter vis-à-vis de ces deux obstacles?

Pour ce qui est des muscles, on place un écarteur dans l'angle externe de la plaie et on récline fortement en haut et en dehors leur bord inférieur de façon à découvrir le fascia transversalis et le péritoine sur la plus grande étendue possible.

Quant aux vaisseaux épigastriques, on se comportera vis-à-vis d'eux suivant la variété de hernie à laquelle on aura affaire.

Si, cas le plus fréquent, on est en présence d'une hernie oblique externe, on place un autre écarteur dans l'anneau inguinal profond, en dedans du pédicule du sac, et l'on récline en dedans le cordon, le pli falciforme et les vaisseaux, et alors on peut prolonger l'ouverture du sac aussi en dehors que cela est nécessaire sans avoir à se préoccuper des vaisseaux; si au contraire c'est une hernie directe ou oblique interne que l'on opère, une fois le sac isolé jusqu'à son pédicule, on refoule en dehors les vaisseaux et l'on ouvre le péritoine entre eux et le bord externe du grand droit, mais parfois on n'a pas l'espace suffisant pour agir dans la profondeur; dans ce cas on peut couper les vaisseaux entre deux ligatures et alors on a tout l'espace nécessaire pour ouvrir le péritoine.

On a à ce moment libre accès dans la grande cavité péritonéale; on va à la recherche du cæcum et de l'appendice qu'on n'a plus qu'à attirer dans la plaie pour en faire l'ablation comme d'habitude.

L'appendicectomie faite et le cæcum abandonné dans l'abdomen il n'y a plus qu'à refermer l'incision : le sac herniaire est réséqué puis un surjet au catgut placé sur l'incision du péritoine et l'on procède à la réfection de la paroi abdominale comme s'il s'agissait d'une cure radicale de hernie banale; la réfection de la paroi profonde du canal inguinal doit être particulièrement soignée étant donné que l'incision est plus grande qu'à l'ordinaire afin d'éviter une éventration ultérieure.

Que faut-il penser de cette opération qui n'est pas encore à l'heure actuelle entrée dans la pratique courante? Mais tout d'abord quelles en sont exactement les indications? En réalité, c'est la présence simultanée d'une hernie inguinale droite et d'une appendicite *à froid* (l'appendicite à chaud nécessitant une intervention rapide et simple); il nous semble en effet qu'il y a avantage à ne faire qu'une seule incision au lieu de deux opérations successives, ce qui fait gagner du temps au malade et ne lui laisse qu'une seule cicatrice. Ce dernier point a encore plus d'importance chez la femme où l'esthétique doit toujours entrer en ligne de compte, d'autant qu'avec cette méthode la partie inférieure de l'incision est masquée par les poils du pubis.

Au point de vue opératoire, cette opération ne nous semble pas ordinairement devoir présenter de difficultés considérables vu que l'on évite encore assez facilement les vaisseaux épigastriques qui sont, nous l'avons vu, le principal obstacle; parfois pourra-t-on avoir quelque peine à atteindre l'appendice, qui peut être haut situé et difficile à découvrir s'il reste quelques adhérences, mais en général, avec des écarteurs bien appliqués et un peu de patience, on en vient à bout.

Mais si par hasard l'appendicite n'était pas suffisamment refroidie et qu'on tombe sur des adhérences nombreuses et serrées qui rendent nécessaire une large ouverture de l'abdomen, il vaut mieux ne pas insister, refermer la paroi et laisser le malade au repos pendant quelques semaines pour aborder alors son appendice à l'aide d'une incision classique : il vaut mieux dans ce cas lui faire subir deux opérations consécutives que de prolonger trop en dehors l'incision primitive, ce qui, étant donné qu'on serait obligé de couper les muscles sous une incidence défavorable, pourrait exposer le malade à une éventration ultérieure.

Au point de vue des résultats éloignés il est difficile actuellement de se prononcer sur la valeur de cette opération, vu que le nombre des observations est encore assez restreint, mais nous ne voyons pas pourquoi cette opération ne donnerait pas de bons résultats, vu que, si l'on a bien soigné la réfection de la paroi, la récidive de la hernie et l'éventration ne nous semblent pas plus à craindre qu'après une appendicectomie ou une cure radicale de hernie ordinaire.

En résumé, si l'on a soin de n'intervenir que sur des appendicites absolument refroidies, cette opération nous paraît plus avantageuse que deux interventions successives et, étant donné que les difficultés opératoires sont minimes et que d'autre part la solidité ultérieure de la paroi ne semble pas devoir être compromise, la cure radicale simultanée de la hernie inguinale droite et de l'appendicite nous semble mériter d'entrer dans la pratique chirurgicale courante.

MÉDECINE PRATIQUE

LE TRAITEMENT DES FORMES CHRONIQUES DE L'IMPETIGO

Il est indispensable, dit M. Méry (1), quand on a affaire à ces poussées d'impétigo sans cesse renouvelées, à ces éruptions tenaces se reproduisant constamment, de chercher à modifier le terrain le plus profondément possible et cela par les moyens généraux habituellement employés; mais de plus

(1) *Journal de méd. et de chir. prat.*, n° 21, 10 nov. 1905.

le traitement local a une grande importance aussi, en raison de l'inoculabilité des lésions.

On fera donc tout d'abord tomber les croûtes avec des compresses trempées dans l'eau bouillie. On fera ensuite des lavages avec de l'eau d'Alibour coupée avec cinq ou six parties d'eau, mais on évitera les autres antiseptiques ; tels que le sublimé ou l'acide phénique, qui donnent de mauvais résultats. On appliquera ensuite sur les lésions une pâte de zinc telle que la suivante :

Amidon	} *ââ*	10 grammes.
Oxyde de zinc	}	
Vaseline		20 —

On peut remplacer souvent la pommade par une poudre simple : le sous-carbonate de fer par exemple, ou un mélange d'oxyde de zinc ou de bismuth. Mais pour éviter les inoculations, on aura soin aussi de recouvrir les lésions avec de petits morceaux d'emplâtre de Vidal.

Enfin les cautérisations avec la solution au nitrate d'argent à 1/10 ou avec le crayon même donnent de bons résultats et ont l'avantage de diminuer les chances d'inoculabilité.

Sur les muqueuses, le traitement est souvent plus difficile encore. Pour la blépharite impétigineuse, on peut appliquer une pommade avec :

Oxyde jaune de mercure	0,20 centigr.
Vaseline	10 grammes.

Les solutions antiseptiques sont quelquefois très irritantes et mal supportées par les muqueuses. Des attouchements directs avec le chlorure de chaux sec, des applications de pommade au calomel à 1/20 et enfin des lavages à l'eau oxygénée peuvent être utilisés avec avantage. G.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 6 NOVEMBRE 1905)

Expériences sur la toxicité des œufs, par M. Gustave Loisel. — Les jaunes d'œufs de poule, de canard et de tortue renferment des substances qui, injectées dans les veines, sous la peau ou dans la cavité générale du corps, déterminent promptement la mort des animaux chez lesquels on les injecte. Ainsi la poudre de jaune d'œuf de canard, traitée par de l'eau salée au cinquième et injectée dans les veines, tue 1 kilogramme de lapin à la dose de 7 à 8 grammes et à celle de 20 à 30 grammes quand on l'injecte dans le cœlome.

Le jaune d'œuf de poule est un peu moins toxique que celui de l'œuf de canard; celui de tortue l'est, au contraire, davantage, puisqu'il suffit de 5 à 6 centimètres cubes de ce jaune d'œuf, injectés dans le cœlome, pour tuer 1 kilogramme de lapin. L'albumine est également très toxique, du moins en ce qui concerne l'albumine d'œuf de tortue, la seule que l'auteur ait expérimentée jusqu'ici. Dans tous les cas, les phénomènes qui ont précédé la mort sont ceux d'une intoxication aiguë du système nerveux central.

Recherches sur les acides gras. Lésions expérimentales, par MM. Jean Camus et Pagniez. — Les lésions produites au niveau des tissus par les acides gras ont été jusqu'ici peu étudiées. MM. Camus et Pagniez ont entrepris une série de recherches à ce sujet en utilisant les acides gras de provenances différentes, principalement ceux extraits de l'huile de lin et de l'huile de coton.

L'injection de ces huiles sous la peau donne lieu à des lésions irritatives très marquées aboutissant en quelques heures à une réaction inflammatoire localisée, bientôt suivie de la production d'escares et d'ulcérations torpides à cicatrisation lente.

L'introduction dans le péritoine détermine une exsudation peu abondante, la production de fausses membranes, l'adhérence des anses intestinales avec rétraction très accusée des anses grêles et du grand épiploon.

Les recherches des auteurs ont encore porté sur les méninges et différents organes. Les altérations occasionnées par les acides gras sont variables suivant la dose employée et suivant la date de l'infection. Elles peuvent être divisées en six groupes : elles sont soit de l'ordre des destructions et des nécroses, soit de l'ordre des réactions cellulaires et des scléroses. Les lésions sont le plus souvent d'une netteté schématique, et il y a là l'indication d'une méthode générale pour l'étude anatomo-pathologique d'un certain nombre de lésions susceptibles d'être reproduites expérimentalement.

Les expériences de MM. Camus et Pagniez leur permettent d'attribuer aux acides gras d'origine microbienne, en particulier à ceux du bacille tuberculeux, un rôle important dans la production des lésions locales dont ces organismes sont la cause.

Autres communications :

Contribution à l'étude de l'organe de Corti. — M. Marage;

De la nature des pigments du sang. — MM. Piettre et Vila.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 10 NOVEMBRE 1905)

Considérations cliniques et thérapeutiques sur la cholélithiase. — A propos du cas de M. Le Gendre, M. Léon Bernard rapporte celui d'une femme âgée de soixante-neuf ans, qui fut prise en pleine santé de phénomènes qui parurent devoir être rapportés avec évidence à une appendicite. Opérée d'urgence, on a constaté qu'elle était en réalité atteinte d'une cholécystite calculeuse avec péricholécystite suppurée sans appendicite; elle guérit d'ailleurs très bien. Les analogies cliniques et les affinités pathologiques (Becker, Dieulafoy) de l'appendicite et de cholécystite sont importantes; elles contribuent à montrer le rôle de la cholécystite dans l'histoire de la cholélithiase.

L'auteur s'élève contre la division encore classique de cette histoire en période aseptique et en période septique; il rappelle les travaux qui ont édifié la théorie infectieuse de la lithiase biliaire; la formation des calculs est la conséquence d'une cholécystite antérieure et l'infection règne dès l'origine de la cholélitiase. La présence des calculs formés réveille la virulence de cette infection, et c'est alors qu'éclatent les premiers accidents cliniques. Ceux-ci sont le plus souvent de nature infectieuse et non de nature mécanique. La colique hépatique est due à une poussée de cholécystite et de précholécystite aiguë (Riedel, Tripier et Paviot), dont elle représente une des formes cliniques.

Après cette première période, vésiculaire, de la cholélitiase, survient une seconde, où l'infection gagne les voies biliaires, c'est la période cholédocique, caractérisée par l'opposition de

l'ictère. Une troisième période se manifeste par les accidents graves de l'infection hépatique (abcès, cirrhose).

Puisque la cholélithiase est une affection d'abord locale, infection dont les accidents sont provoqués par la présence de calculs, dont on ne peut guère escompter l'exode spontané, il convient de la combattre par des moyens directs, chirurgicaux, qui enlèvent les calculs et désinfectent les voies biliaires. Et comme les lésions sont d'abord circonscrites, d'un accès facile, d'une curabilité chirurgicale plus complèle (phase vésiculaire), il convient d'opérer précocement, sans attendre la phase cholédocique, où les accidents sont plus redoutables et moins accessibles et peuvent encore s'aggraver d'une série de complications. Le traitement médical de la cholélithiase devra donc céder la place au traitement chirurgical, dès qu'il aura fait la preuve de son inefficacité.

Quelques éléments cliniques et hématologiques du pronostic de la leucémie lymphoïde traitée par la radiothérapie. — MM. L. Rénon et Léon Tixier ont observé pendant plusieurs mois, tant au point de vue clinique qu'au point de vue hématologique, une malade atteinte de leucémie lymphoïde chez laquelle ils ont constaté, pendant toute la durée du traitement radiothérapique, l'amélioration très nette de l'état général, l'abaissement considérable du nombre des lymphocytes, la résolution des masses ganglionnaires et de la splénomégalie.

Malgré cette transformation rapide deux facteurs ont toujours fait porter un pronostic sombre : d'une part la diminution du nombre des hématies et de l'hémoglobine, d'autre part la courbe de la température progressivement ascendante.

En effet, tandis que les globules blancs passaient de 873 000 (chiffre le plus élevé) à 31 000 (chiffre le plus bas), le nombre des hématies, malgré quelques oscillations, tombait de 1 428 000 (6 avril) à 640 000 (3 octobre). L'équilibre leucocytaire ne s'était d'ailleurs jamais amélioré. Les polynucléaires étaient toujours demeurés exceptionnels, les mononucléaires grands et moyens, assez nombreux au début, étaient devenus de plus en plus rares; les grands lymphocytes furent eux-mêmes remplacés par des éléments de dimensions plus réduites, si bien que la veille de la mort, il n'existait dans le sang d'autres leucocytes que des petits lymphocytes opaques.

La température oscilla : entre 37 et 38 degrés pendant les trois premiers mois (avril, mai, juin); entre 38 et 39 degrés en juillet et en août, c'est-à-dire à cette époque où la malade semblait le plus améliorée; entre 39 et 40 degrés depuis le début de septembre jusqu'au 8 octobre, jour de la mort.

Si la radiothérapie ne donne pas, dans certaines formes de leucémies lymphoïdes, des améliorations de longue durée, elle donne néanmoins d'excellents résultats temporaires. Grâce à cette thérapeutique MM. L. Rénon et Léon Tixier ont procuré à leur malade une survie de quelques mois et surtout la disparition des accidents de compression causés par les masses lymphoïdes (adénopathies trachéo-bronchiques, splénomégalie).

En résumé, les auteurs pensent que la persistance ou l'élévation de la température, ainsi que la diminution des hématies après quelques irradiations, sont des facteurs moins trompeurs pour escompter les résultats *éloignés* de la radiothérapie que l'amélioration rapide aussi bien de l'état général que de l'état local (diminution des adénopathies, de la rate et du nombre des leucocytes).

Diagnostic d'une récidive rapprochée de fièvre typhoïde par la numération de la réaction agglutinante. — M. Sicard rapporte le cas d'une pyrexie à début brutal, survenant au milieu d'une santé parfaite chez un jeune homme guéri depuis trois mois d'une fièvre typhoïde légitime. Ces signes cliniques, à eux seuls, étaient insuffisants pour permettre d'établir un diagnostic ferme.

La constatation de la réaction agglutinante n'entraînait également aucune conviction, puisqu'il s'agissait d'un ancien typhique et que l'on sait que, chez de tels sujets, le pouvoir agglutinatif peut persister pendant des mois. Mais on sait aussi qu'il y demeure à un taux relativement fixe aussi, et c'est là le point original et nouveau de cette observation, la mensuration de la puissance agglutinante en montrant, au cours de cette pyrexie, des oscillations et des variations accusées (de 1 p. 300 à 1 p. 1 200) fut le témoin que l'on se trouvait en présence d'une nouvelle poussée éberthienne. Le diagnostic par ces recherches de laboratoire s'affirmait. Il s'agissait bien d'une récidive rapprochée de dothiénentérie.

M. Letulle présente des pièces anatomiques provenant d'un **anévrisme disséquant de l'aorte.**

Télangiectasies acquises généralisées chez un saturnin. — M. Mosny présente, en son nom et au nom de son interne M. Malloizel, une observation de télangiectasies acquises chez un saturnin. Ce cas est intéressant car ce sont là des faits rares (il n'en existe qu'une dizaine d'observations). Les auteurs attirent surtout l'attention sur la disposition symétrique des taches et sur leur distribution correspondant à des territoires nerveux définis, ce qui a déjà été signalé par d'autres auteurs. Dans ce cas l'examen cytologique a montré une lymphocytose très faible, mais le liquide n'était pas tout à fait normal et contenait plus d'albumine que celui d'un sujet tout à fait sain. Les auteurs en terminant disent : « Rien n'empêche de penser que, si une lésion de l'axe cérébro-spinal est nécessaire à la production des télangiectasies, cette lésion a pu être, sinon provoquée, du moins aidée par le saturnisme qui au début touche à coup sûr le système nerveux central. »

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(séance du 9 novembre 1905)

La déchloruration combinée au bromure dans le traitement des épilepsies. — M. Thomas a vu ce mode de traitement amener, chez un enfant de onze ans, la sédation de crises d'épilepsie jacksonienne d'origine congénitale.

C'est là, observe M. Déjerine, un succès de plus à l'actif de la cure de déchloruration dans l'épilepsie; l'auteur obtient presque constamment d'excellents résultats, en combinant la cure de déchloruration et l'administration de 3 grammes de bromure, au maximum. Mais il faut que la déchloruration soit bien complète : c'est peut-être à cela que sont dus les médiocres résultats obtenus par d'autres neurologistes.

Cette opinion soulève les protestations de MM. Babinski et Brissaud. Ce dernier cite même le cas d'un jeune homme fort intelligent, chez lequel une déchloruration très complète puisque les urines ne renfermaient, par vingt-quatre heures, que 1g50 de chlorure, soit le minimum, combinée au traitement bromuré, n'empêcha pas une aggravation rapide de l'épilepsie. Bien plus, M. Brissaud, a, dans un cas, obtenu une notable amélioration, en faisant ingérer au malade 20 grammes de chlorure de sodium par jour.

Hyperexcitabilité électrique du nerf facial paralysé. — M. Babinski. Chez deux malades atteints de paralysie faciale ancienne, le nerf malade est hyperexcitable par les courants galvaniques et faradiques. La conservation de l'excitabilité électrique du nerf facial n'est donc pas un indice de courte durée de la paralysie; une lésion peut parfois empêcher un nerf de remplir ses fonctions tout en conservant son excitabilité électrique.

Tic avec phobie de la parole et de la lecture. — MM. Ballet et Taguet. Lorsqu'elle parle ou lit à haute voix, une jeune fille de quinze ans que présentent les auteurs, s'arrête devant certains mots qu'elle ne peut prononcer qu'après un grand effort : ce trouble, purement psychique, tient à la fois du tic, de l'aboulie et de la phobie, celle-ci étant systématisée aux mots commençant par certaines lettres, toujours les mêmes. Ce phénomène date de la première enfance.

M. Meige insiste sur les bons effets qu'on obtient, en pareil cas, par la rééducation suffisamment prolongée.

Paralysie des deux membres supérieurs par hématomyélie probable. — MM. Thomas et Leenhardt. Le malade présente une paralysie des deux membres supérieurs, avec intégrité des inférieurs, sans troubles de la sensibilité, et actuellement en voie d'amélioration : les auteurs pensent que cette paralysie est due à des petits foyers hémorragiques de la substance grise de la moelle.

Hypotrophie d'origine bacillaire. — MM. Claude et Lejonne. Une jeune fille de 20 ans, issue de souche tuberculeuse, probablement atteinte de tuberculose pulmonaire, présente un rétrécissement mitral, et des signes d'hyperexcitabilité nerveuse; exagération des réflexes rotuliens, clonus intermittent, peut-être dus à l'intoxication nerveuse par les toxines bacillaires.

Syndrome de Basedow chez une goitreuse avec trophœdème. — MM. Laignel-Lavastine et Thaon. Malade atteinte de goitre avec, en plusieurs points, des épaississements sous-cutanés : elle a présenté divers troubles urinaires et de la mélanodermie, symptômes qui indiquent la perturbation fonctionnelle des glandes à sécrétion interne, dès que l'une d'elles est altérée.

Il ne s'agit pas d'un myxœdème véritable, associé à la maladie de Basedow, font observer MM. Ballet, Déjerine et Marie; le système pileux de la malade est trop bien développé, les épaississements sous-cutanés ressemblent trop peu au myxœdème pour que l'on puisse songer à l'association des deux maladies, dont on ne connaît d'ailleurs aucun exemple probant.

M. Gauckler présente un malade atteint d'une affection qui se rapprocherait à la fois du **rhumatisme chronique et des arthropathies nerveuses.**

Etude anatomique du faisceau longitudinal inférieur. — MM. Marie et Archambaud. Contrairement à l'opinion courante, ce faisceau proviendrait du corps genouillé externe, et appartiendrait à la voie optique, non aux voies d'association, assertions fortement battues en brèche par Mme Déjerine dans une discussion précise et serrée.

Origine périphérique des hallucinations du moignon. — M. Souques. Des injections anesthésiantes au niveau du moignon font disparaître les hallucinations qui semblent dues toujours — même pour les hallucinations sensorielles — à une excitation périphérique.

Deux cas d'hétérotopie ou migration du cervelet dans le canal rachidien. — M. Alquier. Ces deux cas sont analogues à celui publié tout récemment à la Société de biologie (*Bulletin* du 20 oct. 1905). Contrairement à l'opinion de M. Marie, il ne s'agit probablement pas de lésions d'autopsie : la structure des tumeurs est d'autre part trop analogue à celle du cervelet adulte, pour que l'on puisse admettre, avec quelque certitude, que le seul facteur soit un vice de développement : comme les deux malades, ainsi que celui de M. Nageotte, étaient porteurs de tumeurs encéphaliques, M. Sicard se demande s'il ne s'agit pas d'une migration du cervelet, due à l'accroissement de ces tumeurs.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 11 NOVEMBRE 1905)

Intervention fréquente du bacille paratyphique A de Brion et Kayser dans l'étiologie des ictères fébriles. — MM. A. Netter et Ribadeau-Dumas rappellent que leurs recherches sur les affections paratyphoïdes mettent en lumière le rôle des paratyphiques dans la pathogénie de l'ictère catarrhal fébrile. Chez 10 de leurs malades atteints d'ictère franc, l'agglutinabilité par le bacille A de Brion-Kayser était prédominante. Elle varie de 1 p. 100 à 1 p. 800 pour les cas examinés en cours de maladie et de 1 p. 80 à 1 p. 60 et même 1 p. 40 pour les cas anciens. Quant à l'Eberth, il n'a pas dépassé 1 p. 40. Dans ces cas, il s'agissait d'un cas d'ictère avec grosse rate, fièvre légère, décoloration des matières, réaction de Gmelin positive. Ces résultats sont à rapprocher de ceux qui ont été publiés par divers auteurs (Grünbaum, Gilbert et Lippmann). Certains ictères peuvent être, sans contestation, la conséquence d'une angiocholécystite éberthienne. La preuve en est donnée par les cas où le bacille d'Eberth a été isolé de de la vésicule biliaire et les cas où furent notées des agglutinations élevées (1 p. 1000 ou 1 p. 1800). Mais, dans certains cas, l'agglutination est beaucoup plus faible (1 p. 10, 1 p. 30). On ne saurait penser à l'intervention du bacille d'Eberth que si les bacilles paratyphiques ont été mis à l'épreuve de la séro-réaction. Certains auteurs ont d'ailleurs isolé des bacilles paratyphiques de quelques cas d'angiocholite.

Dans les observations des auteurs, le sang des ictériques agglutine souvent l'Eberth. Mais ces agglutinations sont bien inférieures à celles du bacille A. L'avenir établira s'il convient d'étendre cette constatation à la majorité des ictères de cette nature. En tous cas, il semble que l'ictère soit plus fréquent dans les infections provoquées par le paratyphique A. Il n'existerait pas dans les infections à Eberth, Gärtner ou Conradi. En dehors des cas où la réaction de Gmelin est patente, on trouve chez les sujets atteints de paratyphoïde une teinte jaunâtre des téguments. Ces faits semblent indiquer une participation manifeste de l'appareil biliaire dans plus de la moitié des cas.

Cultures de tuberculose « in vivo ». — M. Moussu (d'Alfort) relate le résultat d'expériences réalisées depuis 1903 sur des cultures de tuberculose faites *in vivo* chez différents grands animaux de la série domestique. Exécutées d'après le principe général, en sacs de collodion, les premiers essais ont donné lieu à trop d'accidents provoqués par la rupture des

sacs pour pouvoir être poursuivis. L'auteur s'est alors adressé aux cultures en filtres, qui présentent des avantages très réels.

Des recherches poursuivies chez des animaux sûrement tuberculeux avant la mise en expériences, l'auteur conclut :

1° Que lorsqu'on introduit dans un organisme tuberculeux une culture préparée comme il l'indique, on provoque une réaction thermique comparable à celle déterminée par une injection de tuberculine ou une injection de bacilles ;

2° Que la températère revient ensuite plus ou moins rapidement à la normale pour y rester sans écarts marqués tant qu'une cause secondaire n'intervient pas ;

3° Que l'état général des animaux tuberculeux ne semble pas sensiblement modifié par le séjour prolongé de la culture dans la cavité abdominale.

Evolution des réactions cellulaires et séro-fibrineuses au cours de la pleuro-tuberculose dite primitive. — MM. Froin et Ramond ont étudié à ces deux points de vue les liquides pleuraux de 21 malades. Outre l'évolution presque constante de la maladie en deux phases, polynucléaire et lymphocytaire (Widal et Ravaut), les auteurs ont constaté que, plus l'épanchement pleural augmente, plus les leucocytes diminuent de nombre. Dans la phase de polynucléose initiale, les éléments blancs se raréfient et l'épanchement s'accroît. Quand les polynucléaires neutrophiles ont disparu et qu'apparaissent les mononucléaires, le liquide n'augmente plus ; bientôt même, il se résorbe, les leucocytes augmentent alors par millimètre cube.

Lorsqu'on peut apprécier exactement le volume de l'épanchement et compter le nombre total des leucocytes contenus dans la totalité de la cavité pleurale on constate que, pendant la période initiale, le chiffre des leucocytes descend de 4 à 3 milliards ; dans la seconde période, il monte de 3 à 10, 11 ou 12 milliards.

Deux pleurésies de même volume, chez deux malades différents, ne renferment pas la même quantité de leucocytes. La numération de ces éléments contenus dans la plèvre d'un malade que l'on n'a pas suivi, ne peut donc devenir une méthode rigoureuse d'évolution de la quantité du liquide.

Le nombre des hématies par millimètre cube varie généralement dans le même sens que celui des leucocytes. Quant à la fibrine, sa quantité paraît augmenter à mesure que l'épanchement se résorbe.

La numération en série des leucocytes dans la sérosité de la pleuro-tuberculose primitive permet d'être fixé sur l'évolution de l'épanchement, d'affirmer que le liquide augmente ou diminue, et, par conséquent, d'intervenir en toute connaissance de cause.

Lésions de l'endocarde dans la granulie. — MM. Braillot et Hautefeuille rapportent un cas où l'on avait pu, à l'examen macroscopique, porter le diagnostic de granulations miliaires de l'endocarde. L'examen histologique montre la nature inflammatoire, non tuberculeuse, de ces granulations ; ce cas confirme les auteurs, dans l'idée qu'il n'existe pas de granulations miliaires de l'endocarde et que toute la tuberculose de cette membrane se résume dans les lésions inflammatoires et curables à bacilles de Koch.

Evolution des réactions cellulaires et séro-fibrineuses dans le liquide céphalo-rachidien, retiré par ponction lombaire, des méningites tuberculeuses. — MM. G. Froin et Ramond ont étudié 24 liquides céphalo-rachidiens de 12 malades atteints de méningite tuberculeuse, au point de vue des réactions *séreuse*, *fibrineuse* et *cellulaire*. Le bacille de Koch a été constaté directement 19 fois sur 21.

Les réactions séreuse et fibrineuse sont toujours très faibles.

Les réactions cellulaires sont extrêmement variables, au point du vue quantitatif et qualitatif. Le chiffre des globules blancs, au niveau de la région lombaire, varie selon les cas de 5, 16, 20, 30 par millimètre cube à 800, 1000 et 1200. Chez un même malade, le nombre des éléments blancs augmente pour suivre la même régularité que dans la cavité pleurale.

La formule leucocytaire se caractérise toujours par de la lymphocytose, avec des variations très grandes dans le nombre des polynucléaires. Signalons la rareté et la pauvreté de la réaction éosinophilique dans le liquide céphalo-rachidien, par opposition à ce qui se passe dans l'épanchement de la pleuro-tuberculose primitive qui présente assez souvent une légère éosinophilie.

La mucinase. — Pour M. Roger, la muqueuse de l'intestin grêle renferme un ferment qui possède la propriété de coaguler la mucine et de la rendre insoluble dans l'eau de chaux ; il mérite, par conséquent, le nom de *mucinase*.

Ce ferment s'obtient en traitant la muqueuse de l'intestin grêle par la glycérine et en précipitant l'extrait glycériné par l'alcool. Ajouté à de la mucine intestinale ou à de la mucine biliaire, il provoque dans la solution un trouble, puis une précipitation de la mucine sous forme de petits grumeaux.

Si la mucinase coagule le mucine biliaire, obtenue à l'état de pureté, elle reste sans action sur la bile elle-même. C'est que la bile renferme des substances qui paralysent ce ferment et rendent la mucine incoagulable. On comprend aussi pourquoi le mucus reste liquide dans l'intestin grêle, pourquoi il se coagule dans le gros intestin et pourquoi dans certaines entérites, il est expulsé à l'état de masses concrètes ou de larges filaments rubanés.

Autres communications :

Des capsules osseuses. — M. Retterer ;

Ilots de Langerhans et sécrétion interne. — M. Laguesse ;

Les étapes de la mort. — M. d'Halluin ;

Action de la gycérine sur les fonctions du foie. — M. Ch. Dubois ;

Stérilisation de l'air par l'ozone. — M. Labbé ;

Un nouveau champignon pathogène chez l'homme. — MM. Matruchot et Ramond ;

Réactions cellulaires provoquées par l'inoculation expérimentale des bacilles paratuberculeux (bacilles du Timothée). — M. Cantacuzène ;

Acido-résistance des cultures jeunes des bacilles du Thimothée. — M. Cantacuzène ;

Action comparée des paratuberculines. — M. Trimescu ;

Présence et origine d'acides organiques dans le suc gastrique pur. — M. Frouin.

FORMULAIRE

POMMADE CONTRE LES HÉMORROIDES, LES FISSURES ANALES

Stovaïne		0gr25 centigrammes.
Adrénaline au millième		xxx gouttes.
Lanoline	*ãã*	5 grammes.
Vaseline		

(Huchard.)

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANCAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 10, oct. 1905.) E. ESCAT : Légitimité de la distinction clinique du lupus et de la tuberculose vulgaire des voies respiratoires supérieures. — M. LERMOYEZ : Affections pyocyaniques de l'oreille. — BONNAMOUR : Trois observations de polypes de l'amygdale. — TEXIER et Henri MALHERBE : Syphilis bucco-pharyngée; chancres multiples et successifs. — MIGNON : Drainage nasal des sinusites. — DE PONTHIÈRE : Chondrite et périchondrite crico-thyro-arythénoïdienne, complication de fièvre typhoïde. Sténose grave. Trachéotomie; guérison.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Nov. 1905.) Henri BAILLIÈRE : 1840-1905. Congrès de la tuberculose.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIII, n° 16, 19 oct. 1905.) John JENKS THOMAS : Deux cas de paralysie congénitale bilatérale des membres supérieurs selon le type dit : membre inférieur (avec 1 fig.). — Elliott P. JOSLIN : La phtisie dans une ville du Massachussets (avec 7 tableaux). — N. B. FOSTER : Le sucre dans le liquide céphalo-rachidien des diabétiques. Note préliminaire. — Henry F. HEWES : Sur le diagnostic du cancer et de l'ulcère de l'estomac par l'emploi des méthodes expérimentales et cliniques (avec 3 tableaux).

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 16, 30 oct. 1905.) G. BARDET : Influence de l'enrobage sur l'action des médicaments, localisation et modification des effets.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 43, 28 oct. 1905.) JOLLES : Sur la recherche des pentoses dans l'urine.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 43, 26 oct. 1905.) OPPENHEIM : Sur le diagnostic, le pronostic et le traitement de la paralysie agitante. — HOFFMANN : Sur le spirochæte pallida. — FISCHER : Sur la réalisation expérimentale des anévrsimes. — OFFERGELD : Sur la technique de l'ouverture immédiate d'une entérostomie et de l'anus artificiel. — FEDERMANN : Sur un cas de blessure de la colonne dorsale avec syndrome de Brown-Séquard et paralysie de Klumpke. — JOTTKOWITZ : Sur la guérison des pseudarthroses.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 44, 31 oct. 1905.) BECHTOLD : Sur les pneumonies durant un jour. — SCHOTTELIUS : Observations bactériologiques sur une épidémie de paratyphus. — TAPPEINER : Sur l'oxydation par les substances fluorescentes à la lumière. — GRAF : Contribution à la casuistique des blessures de la rate et à leur traitement. — NAGEL : Sur un cas d'entérite à infusoires. — UTHMOLLER : Grosse tumeur ovarienne traitée par le drainage de la cavité cystique. — STRAUSS : Une nouvelle pince à pénis. — GRÜNENWALD : Sur la mesure de la température cutanée. — LÜDKE : Contribution à l'étude des compléments.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 43, 26 oct. 1905.) VON NEUSSER : Hermann Nothnagel. — SCHRÖTTER : Un cas rare de tuberculose. — SCHMIDT : Contribution clinique à la pathogénie du diabète insipide. — FRANKE : Sur un cas d'arythmie cardiaque par lésion du pneumogastrique, à la fin d'une péricardite aiguë. — PICHLER : Sur la symptomatologie de la parotidite secondaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 20 AU 25 NOVEMBRE 1905)

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 20 novembre, à une heure. — 5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Reclus, Delens et Duval (Pierre); — 2e (série) : MM. Second, Mauclaire et Proust ; — M. Legueu, suppléant.

Mardi 21 novembre, à une heure. — 5e (1re partie), *Charité* : MM. Le Dentu, Marion et Morestin ; — (2e partie) : MM. Joffroy, Renon et Carnot; — M. Gouget, suppléant.

Mercredi 22 novembre, à une heure. — 1er (oral) : MM. Kirmisson, Cunéo et Duval (Pierre); — M. Labbé (Marcel), suppléant.

Jeudi 23 novembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. de Lapersonne, Thiéry et Faure.

1er (oral) : MM. Poirier, Launois et Auvray ; — M. Maillard, suppléant.

Vendredi 24 novembre, à une heure. — 3e (2e partie, oral) : MM. Brissaud, Teissier et Claude.

4e : MM. Pouchet, Gaucher et Macaigne ; — M. Broca (André), suppléant.

Samedi 25 novembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Chantemesse, Thiroloix et Jeanselme; — (2e série) : MM. Gilbert, Méry et Bezançon ; — M. Vaquez, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Brindeau ; — M. Guiart, suppléant.

THÈSES

Mercredi 22 novembre 1905. — Mme ELIACHEFF. Matières extractives non dialysables des urines normales et pathologiques (nécrocytotoxines). (MM. Gautier, président; Landouzy, Roger et Desgrez.) — M. BERNARD. Le signe de Grous ou « triangle paravertébral opposé » dans les pleurésies séreuses. Etude critique. (MM. Landouzy, président; Gautier, Roger et Desgrez.) — M. GUIBERT. Le mariage et ses conséquences au point de vue de l'hygiène publique. (MM. Roger, président; Gautier, Landouzy et Desgrez.) — M. GUENOT. Le drainage des voies biliaires dans la lithiase biliaire. (MM. Terrier, président; Segond, Aug. Broca et Gosset.) — M. NÉE. De la luxation du semi-lunaire. (MM. Terrier, président; Segond, Aug. Broca et Gosset.) — M. RICHON. Contribution à l'étude des cancers du sinus maxillaire. (MM. Terrier, président; Segond, Aug. Broca et Gosset.) — M. BLANCHET. Des nouveaux modes d'administration du chloroforme. (MM. Segond, président; Terrier, Aug. Broca et Gosset.)

Jeudi 23 novembre 1905. — M. RENON. La perborate de soude. Quelques applications thérapeutiques. (MM. Cornil, président; Le Dentu, Berger et Vaquez.) — M. CAMUS. Les hématomes intra-spléniques et péri-spléniques consécutifs aux contusions et ruptures traumatiques de la rate. (MM. Le Dentu, président; Cornil, Berger et Vaquez.) — M. BOUR. Luxations traumatiques et non traumatiques du premier métacarpien sur le trapèze. (MM. Berger, président; Cornil, Le Dentu et Vaquez.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 130. — JEUDI 16 NOVEMBRE 1905. 78e ANNÉE. JEUDI 16 NOVEMBRE 1905. — N° 130.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

PREMIER-PARIS
TRAVAUX ORIGINAUX
La tuberculose, maladie sociale (leçon d'ouverture), par M. le professeur HUTINEL.
MÉDECINE PRATIQUE
Procédé d'examen du larynx et du cavum naso-pharyngien chez les sujets hyperesthésiques, par M. Jacques FOURNIÉ.
FORMULAIRE
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine.
LIVRES NOUVEAUX
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Paris, le 15 novembre 1905.

La laïcisation des hôpitaux de Paris a fait lundi un pas de plus. Le Conseil municipal, après une longue dicussion, a adopté les conclusions de M. Navarre tendant à la laïcisation de l'Hôtel-Dieu et de l'hôpital Saint-Louis.

Il résulte de ces votes :

1° *Que le bureau du Conseil municipal fera une démarche auprès du Gouvernement pour obtenir l'abrogation du décret qui a installé les Sœurs à Saint-Louis et à l'Hôtel-Dieu;*

2° *Que le directeur de l'Assistance publique devra, si un décret abrogatif est obtenu, remplacer dans un délai de trois mois les Sœurs par des laïques;*

3° *Qu'en aucun cas les religieuses Augustines ne seront autorisées à continuer sur place leur service sous un costume laïque.*

Ce dernier paragraphe a semblé témoigner d'une si noire ingratitude envers les Augustines que M. Mesureur s'est hâté de venir faire à la tribune la déclaration suivante :

Il est bien entendu que les religieuses Augustines, redevenues laïques, qui demanderaient à rester dans nos services hospitaliers, pourront être réintégrées, non dans les services qu'elles occupent aujourd'hui, mais dans des emplois et dans des cadres que leurs facultés permettraient de leur confier et en tenant compte de leur âge et de la durée de leurs services antérieurs.

Notre regretté collaborateur et ami Armand Després a trop souvent exprimé ici même, avec sa belle indépendance de caractère, l'admiration qu'il professait pour le dévouement des Sœurs pour que nous insistions plus longtemps sur les coûteuses manifestations électorales du Conseil municipal.

C'est maintenant au Gouvernement à dire s'il veut sanctionner ce vote ainsi que les nouvelles et lourdes charges qu'il va entraîner pour le budget de l'Assistance publique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — MUTATIONS. — M. Brocq passe à Saint-Louis, M. Darier à Broca, M. Thiroloix à la Pitié et M. Aviragnet à Sainte-Périne.

LA NOUVELLE CHAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE. — Le conseil de l'Université de Paris s'est réuni lundi à la Sorbonne, en séance extraordinaire, sous la présidence de M. L. Liard, vice-recteur.

Le conseil a accepté à l'unanimité la donation faite par M. le duc de Loubat, pour la création de la chaire de clinique thérapeutique à la Faculté de médecine, à laquelle, ainsi que nous l'avons déjà annoncé, l'assemblée de la Faculté a donné un avis favorable.

Il y a quelques années, M. le duc de Loubat, qui est correspondant de l'Institut, et s'est fait connaître par ses études sur les antiquités mexicaines et sur l'ethnographie américaine, ainsi que par sa contribution aux fouilles de Délos, avait offert au Collège de France les fonds nécessaires pour la création d'une chaire d'*américanisme*.

L'assemblée des professeurs repoussa son offre, la motivant sur « le peu d'intérêt que présentait ce genre d'études ». Dans la huitaine même, l'empereur Guillaume faisait connaître au duc de Loubat qu'il accepterait sa proposition avec plaisir s'il voulait bien l'adresser à l'Allemagne, et la chaire fut créée à Berlin.

Félicitons donc la Faculté de médecine d'avoir eu plus d'à propos que le Collège de France.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Ont été désignés pour les postes ci-après :

M. le médecin principal de deuxième classe Wissemans, désigné pour l'hôpital Saint-Martin à Paris, et nommé membre externe de la section technique du service de santé.

M. le médecin-major de première classe Manoha, désigné pour la section technique du service de santé (service).

MM. les médecins-majors de deuxième classe Cathoire, désigné pour le 8e bataillon d'artillerie à pied (service); — Bar, pour la direction du service de santé du 1er corps d'armée (service); — Serre, pour les hôpitaux de la division d'occupation de Tunisie (service); — Marmey, affecté à la place de Marseille (service).

MM. les médecins aides-majors de première classe Bénard, désigné pour le 95e d'infanterie (service); — Guth, pour les hôpitaux de la division d'Oran (service).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LA TUBERCULOSE, MALADIE SOCIALE

Par M. le professeur HUTINEL (1).

LEÇON D'OUVERTURE

Le moment me semble venu d'envisager la tuberculose d'une façon générale, de vous montrer comment son agent microbien pénètre dans notre organisme, quelles sont les lésions et les désordres qu'il y fait apparaître, et par quels moyens on peut lutter contre cette infection redoutable, en prenant pour exemple la plus fréquente et la plus grave de ses localisations.

La tuberculose est, à l'heure actuelle, une des plus grandes plaies de l'humanité. Le nombre de ses victimes est énorme, et l'on trouve sa griffe dans des affections que l'on croyait jadis n'avoir avec elle que des rapports lointains. Son développement est tellement menaçant qu'il force l'attention, non seulement des médecins qui ont depuis longtemps appris à la connaître, mais encore des pouvoirs publics.

Aujourd'hui, la question de la tuberculose est une question sociale.

Vous en avez eu la preuve, au dernier Congrès international. Ce n'étaient pas seulement des médecins de tous pays qui se pressaient au Grand-Palais, c'étaient des économistes, c'étaient des hommes politiques, c'étaient tous ceux qui ont la charge ou le souci des intérêts de l'humanité; et je n'exagérerai pas en disant que, dans certaines sections, les médecins n'étaient pas toujours en majorité. Tout le monde, en France, depuis le chef de l'État jusqu'au plus humble des citoyens, conscient de l'importance de la question, avait les yeux fixés sur le Congrès. Qu'allait-il nous révéler? Nous apporterait-il enfin le remède tant désiré? Le fléau allait-il être vaincu? Hélas! j'ai grand'peur qu'il ne nous ait donné que des promesses et des illusions!

Pour apprécier la gravité du mal tuberculeux, il suffit de considérer le nombre des décès qu'il cause chaque année. En France, ce chiffre s'élève à 150000: la population d'une grande ville! Sur 10000 habitants, 35 sont emportés tous les ans par la phtisie.

Ces chiffres sont-ils exacts? Non : ils sont de beaucoup inférieurs à la réalité et ne constituent qu'une approximation. Ce que l'on compte, dans les statistiques, ce sont presque exclusivement les cas de phtisie pulmonaire; mais le bacille tuberculeux ne borne pas là ses méfaits.

Certes, il a pour le poumon une prédilection marquée; mais il peut léser la plupart des autres organes. Vous citerai-je la tuberculose de l'intestin, si variable dans ses manifestations et si souvent méconnue, dont l'importance est capitale; le lupus, cette tuberculose de la peau qui défigure tant de malheureux; les lésions tuberculeuses des organes génitaux et de l'appareil urinaire, celles des os, des articulations, des ganglions, du foie, sans compter celles des centres nerveux et de leurs enveloppes? Dans chaque appareil, le tubercule a un aspect particulier, une évolution spéciale; c'est pour cela que, pendant longtemps, on n'est pas arrivé à identifier la nature de ses diverses localisations.

Et ces lésions, si parfois elles s'arrêtent dans leur marche, si par bonheur elles évoluent vers la guérison, laissent après elles des traces indélébiles de leur passage, dans lesquelles on a souvent de la peine à retrouver la marque de l'infection originelle. Dans certains poumons scléreux, emphysémateux, catarrheux, creusés de dilatations bronchiques, on a méconnu pendant longtemps l'origine bacillaire des lésions. Il n'y a pas dix ans qu'on a su reconnaître, dans certaines tumeurs du cæcum, des tuberculomes. Le poison tuberculeux n'agit pas seulement au point où se sont implantés les bacilles. Soluble, il diffuse et se répand partout, modifiant lentement tous les éléments et tous les tissus. Il altère plus ou moins profondément l'appareil circulatoire, le cœur, les vaisseaux, les ganglions, et il trouble la nutrition d'une façon évidente. Le tuberculeux se reconnaît aisément, même quand il n'a pas de lésions étendues, à son air malingre et chétif, à sa maigreur, à son faciès souffreteux et vieillot; c'est le fruit piqué par le ver.

D'autre part, quelque bénignes que semblent ses lésions, il n'est jamais sûr du lendemain. Sans cesse un réveil de l'infection est à craindre, soit sur place, soit à distance. Le foyer caséeux qui semble éteint, dans un poumon, dans un ganglion, dans un os ou dans une articulation, est toujours prêt à se rallumer sous une influence accidentelle si l'organisme cesse de faire bonne garde. A chaque instant, on voit partir d'un noyau, qui semblait définitivement emprisonné dans du tissu fibreux, des bacilles qui vont infecter d'autres organes et faire éclater des méningites ou des poussées de granulie.

L'infection bacillaire n'immunise guère ceux qu'elle touche. A coup sûr, une première atteinte n'est pas forcément suivie d'une seconde; mais souvent elle y prédispose. Quand on a tuberculisé un animal de laboratoire, si on lui injecte plus tard, dans le péritoine, soit des bacilles, vivants ou morts, soit de la tuberculine, il meurt rapidement. Eh bien! cette supertuberculisation se produit sans doute chez l'homme comme chez les animaux.

Et ce n'est pas tout. La prédisposition fâcheuse que crée l'infection se retrouve souvent chez les descendants des tuberculeux. Les enfants des phtisiques ont bien des chances pour devenir phtisiques à leur tour — Hippocrate en avait déjà fait la remarque — et souvent ils présentent des signes de dystrophie qui pourraient presque faire reconnaître leur triste origine.

En raison de sa gravité, de sa fréquence, de sa diffusion, de ses rechutes et de l'atteinte qu'elle porte à la vitalité de la race, la tuberculose nous apparaît donc comme un des plus grands fléaux que les médecins aient à combattre. Elle n'intéresse pas moins les économistes.

(1) Leçon du 9 novembre, recueillie par M. L. Babonneix.

Que devient, en effet, l'individu qui a été touché par l'infection bacillaire?

Homme, c'est bientôt un être amoindri, sans résistance, incapable d'un travail régulier, d'un effort soutenu; c'est ensuite un malade à charge aux siens et à la société, pendant les longs mois que dure son agonie; c'est toujours, à un moment donné, un sujet incapable de se suffire à lui-même et dangereux pour ceux qui l'approchent.

Femme, la tuberculeuse, si par malheur elle devient grosse, met au monde des enfants délicats qu'elle ne peut allaiter sans danger pour elle et pour eux et qui, trop souvent, sont voués eux-mêmes à la phtisie.

Enfant, ce sera un être débile, qu'on pourra faire vivre à force de soins s'il n'est pas emporté un beau jour par une poussée aiguë, qu'on croira souvent avoir guéri, mais qui, conservant dans son organisme le germe fatal, sera généralement moissonné dans son adolescence ou dans sa jeunesse, quand la croissance, quand les fatigues ou les excès, quand l'influence adjuvante d'une autre infection ou d'une nouvelle contamination tuberculeuse auront ravivé le foyer mal éteint.

Nous aurons plus tard à chercher d'où vient l'infection tuberculeuse. Son germe peut se transmettre de deux façons : par hérédité, par voie de contage. Que le mal se communique des parents à leurs descendants ou d'un individu malade à un sujet sain, il reconnaît pour cause, dans un cas comme dans l'autre, la pénétration du bacille de Koch dans l'organisme du sujet infecté. Mais le bacille est-il à lui seul toute la tuberculose? Non, mille fois non! S'il suffisait qu'un bacille entrât dans un de nos organes pour faire de nous des tuberculeux, l'humanité serait bien malade; nous serions tous morts ou mourants, comme disait Peter. Or l'homme, malgré le lourd tribut qu'il paie à la tuberculose, n'est pas, au fond, un animal très facilement tuberculisable. Il l'est beaucoup moins que le cobaye, que le lapin et que les bovidés. La phtisie n'éclate pas chez lui sans la complicité de son organisme. Pour qu'il devienne tuberculeux il faut que sa résistance ait été vaincue et que ses défenses naturelles soient en défaut.

Il y a quelque quinze ans, quand la bactériologie était partout triomphante, la question des origines de la tuberculose et même sa prophylaxie semblaient très simples. Le bacille étant à peu près le seul coupable il s'agissait pour réussir de savoir où il se trouvait; or ce germe se rencontrant surtout dans les crachats des phtisiques, supprimer les crachats bacillifères, c'était diminuer considérablement, sinon éteindre la contagion. La prophylaxie du fléau devenait donc une question de crachoir! Hélas! c'était trop simple pour être vrai. On a eu beau inventer d'innombrables modèles de crachoirs, placarder dans les établissements publics la défense de cracher sur le sol et mettre le public en garde contre la virulence des produits de l'expectoration, la tuberculose n'en a pas moins continué ses progrès. Il est vrai que les bacilles ne se trouvent pas seulement dans les crachats. Sans doute, ils pénètrent dans les voies respiratoires avec les poussières de l'air inspiré; on l'a tant répété que maintenant on arrive presque à le nier; mais ils entrent également dans les voies digestives, ils s'arrêtent dans la bouche, sur les amygdales, dans le naso-pharynx, ils arrivent jusqu'à l'intestin et, aujourd'hui, la tuberculose d'ingestion vise à détrôner la tuberculose d'inhalation; ils se greffent parfois sur la peau, ils s'introduisent dans l'appareil génital et dans tous les points où une voie d'absorption et une brèche leur sont ouvertes. Et ces bacilles sont partout; dans les poussières, dans l'air, dans les aliments; on les a trouvés dans le lait, dans les viandes, dans le beurre, dans les fromages, dans le pain, sur les fruits! Comment lutter contre un micro-organisme aussi répandu, comment éviter ses atteintes? Oh! ce ne sont ni les ordonnances ni les défenses qui manqueraient si on écoutait certains hygiénistes. Suivez les discussions du congrès et voyez ce qui peut nous être encore permis, car tout a été plus ou moins prohibé, tout jusqu'au baiser! Et certes, les hygiénistes ont raison au fond, car la suppression du bacille serait vraiment la suppression de la tuberculose; mais il est tellement répandu, tellement ubiquiste que dans l'état actuel de nos mœurs il est bien difficile de l'atteindre partout où il se cache.

Nos maîtres croyaient à la *spontanéité morbide*. A leurs yeux, c'était l'organisme qui faisait lui-même ses maladies. Comme nous étions tentés de sourire de cette dernière doctrine, il y a dix ans encore, et pourtant ne contient-elle pas une part de vérité? Il faut bien avouer que, dans la genèse de la tuberculose, comme dans celle de la plupart des maladies infectieuses, le rôle de l'organisme est plus important que celui de l'agent pathogène. On ne devient tuberculeux que si on est prédisposé à le devenir. La mousse ne pousse à l'arbre que s'il est peu vigoureux.

Au cours de ces leçons, nous aurons bien souvent à discuter la part qui revient au bacille et celle qu'il faut faire aux prédispositions innées ou acquises des individus, dans l'éclosion de la tuberculose.

Abondance des germes virulents d'une part, débilitation ou prédisposition de l'individu d'autre part, voilà ce qu'il faut pour réaliser une infection; voilà ce que nous trouverons à chaque pas. Si le germe est tellement répandu qu'on ait chance de le trouver partout, il est bien certain qu'on doit placer au premier plan les conditions de résistance de l'être vivant.

Dans la lutte qui s'engage entre l'homme et le germe tuberculeux, lutte qui fait chaque année plus de victimes que les plus grandes guerres, les progrès du mal semblent intimement liés aux conditions économiques dans lesquelles vivent les individus. Permettez-moi donc avant d'aborder les différents chapitres qui constituent l'histoire pathologique de la phtisie, de vous dire comment les économistes et les hygiénistes envisagent la tuberculose, en tant que maladie sociale. Cette question a pris, depuis dix ans, une si grande importance que je me crois obligé de vous la soumettre.

A chacun des Congrès qui se sont succédé depuis 1899, l'influence des conditions sociales sur

la propagation de la tuberculose prend une place de plus en plus grande dans les discussions. Le fléau est si menaçant, il cause une telle déperdition de forces vives, un tel déchet dans le rendement de la machine humaine qu'il faut bien chercher à ralentir, sinon à arrêter ses ravages. Aussi les travaux se succèdent-ils, en tous pays, montrant à grands renforts de chiffres le rôle que jouent dans l'étiologie de la maladie, les conditions nouvelles d'existence et de travail qui pèsent sur la masse populaire.

Depuis cinquante ans, un événement d'une portée incalculable, une véritable révolution a modifié profondément l'économie sociale, à savoir l'apparition de la grande industrie et le développement du machinisme moderne. « En moins d'un demi-siècle, dit Méline, tout a été bouleversé de fond en comble; l'industrie, l'agriculture, le commerce, les transports, les moyens de production, de consommation, de circulation et les rapports des hommes entre eux. » Dans quelles proportions les nouvelles conditions économiques de notre société peuvent-elles être rendues responsables du développement et de l'aggravation du péril tuberculeux? Telle est la question pressante de l'heure actuelle.

L'essor de la grande industrie a eu pour résultat la disparition progressive des petites industries locales, incapables de lutter contre la puissance des machines et la centralisation du travail. Les ouvriers des campagnes, les manœuvres, les petits cultivateurs qui, l'été, travaillaient aux champs et, l'hiver, étaient tisserands, cloutiers, sabotiers, etc., vaincus par la concurrence écrasante des usines qui exécutaient vite et à bon marché ce qu'ils produisaient eux-mêmes si lentement ont, l'un après l'autre, quitté les villages où le travail de la terre ne leur assurait plus qu'une occupation insuffisante, pour affluer dans les villes. De là, l'*exode rural*, c'est-à-dire la dépopulation des campagnes, au profit des centres industriels anciens ou nouveaux. Tous les cinq ans, 300 000 Français quittent les villages et viennent augmenter la population des villes. Le même courant existe en Allemagne, en Angleterre, en Russie et même aux Etats-Unis. Peu à peu les villes tentaculaires (comme on les a appelées) attirent à elles non seulement les ouvriers agricoles mais les petits propriétaires qui ne trouvent plus dans l'exploitation de leur lopin de terre une remunération suffisante. Le service militaire en amenant momentanément les jeunes paysans dans les villes, et les chemins de fer, en facilitant l'accès des grands centres, ont activé cet exode. Là seulement où l'agriculture, rompant avec les vieilles méthodes, est devenue scientifique et industrielle, là où des fabriques se sont installées pour utiliser les forces que le chômage de l'hiver rend disponibles, là où de nouvelles sources de revenus ont été ouvertes, la dépopulation rurale a pu être enrayée.

Que cherche, dans les centres industriels, le villageois transplanté? Une rémunération plus large du travail de ses muscles, avec l'espoir secret de retourner un jour au pays avec des économies. Or, s'il trouve du travail et si ce travail est parfois suffisamment payé, en revanche ses conditions d'existence sont bien changées.

A la campagne, il était logé à peu de frais, il avait une nourriture grossière, mais saine et peu coûteuse, une vie calme, un air pur et, si pauvre fût-il, il était assuré d'avoir toujours un toit et un morceau de pain. A la ville, il est mieux payé; mais son travail est autrement réglé. Embrigadé dans une armée d'ouvriers que connaissent à peine les patrons, il n'est là qu'une unité presque impersonnelle; son alimentation est souvent insuffisante, son logis presque toujours étroit et mal ventilé; d'ailleurs il le déserte volontiers pour le cabaret où il glisse sur la pente de l'alcoolisme. L'air qu'il respire est souvent vicié par des émanations irritantes ou malsaines, chargé de pousssières et presque toujours contaminé. Et celui-là est un privilégié, mais combien de travailleurs, hommes et femmes, femmes surtout, n'ont qu'un salaire insuffisant! Alors, c'est l'alimentation malsaine et insuffisamment réparatrice, c'est le logis étroit et empesté, c'est la misère avec tout son cortège de privations et de tristesses, et aussi avec tous les dangers qu'elle comporte.

Dans ces conditions, l'individu se débilite, se déprime et sa force de résistance est bientôt amoindrie. Pour devenir tuberculeux, il ne lui manque qu'une occasion de s'infecter; or, la vie en commun avec des phtisiques, et le séjour dans des locaux contaminés la lui fournissent tous les jours. Certes, il arrive fréquemment qu'un paysan se trouve fatigué et affaibli; mais aux champs il rencontre plus rarement la graine tuberculeuse que l'ouvrier qui passe sa vie à l'usine et au cabaret.

Je n'ai pas l'intention d'accentuer tous les traits de ce tableau; il en est cependant quelques-uns sur lesquels je dois appuyer particulièrement. L'exode rural, le travail dans les ateliers, le travail à domicile, l'insuffisance des salaires, l'insalubrité des logements, l'alcoolisme, voilà les éléments que l'on a le plus justement accusés de contribuer à la propagation de la tuberculose. Je vais les passer successivement en revue. Pour cela, je n'aurai qu'à suivre dans ses grandes lignes l'excellent rapport que mon élève et ami, M. le docteur Romme, vient de présenter à la 4e section du Congrès de la tuberculose; je lui emprunterai de nombreuses citations.

Parlons d'abord de l'*exode rural*. Voici quelques chiffres fournis par M. G. Bourgeois, dans son excellente thèse de 1905. Au dernier recensement de 1901, il y avait à Paris 2657335 habitants, sur lesquels 962 437 étaient nés à Paris et 1 694 898 immigrés. Autrement dit, sur 100 Parisiens il n'y a que 37 indigènes; les 63 autres sont immigrés. Or, la tuberculose qui fait un peu plus de 39 victimes (exactement 39,7) sur 10 000 indigènes en fait plus de 43 (43,2) pour 10 000 immigrés. Cette différence de 3,50 pour 10 000 représente le tribut d'acclimatement que le rural paie à la tuberculose. D'autres chiffres confirment ceux-ci d'une façon frappante.

De 1879 à 1903 on a inscrit à l'hôpital Tenon 16224 morts par tuberculose, sur 34738 décès. Parmi ces 16224 tuberculeux, 4974 étaient nés à Paris: 11250 autres étaient des provinciaux.

Ce *tribut d'acclimatement* n'est pas toujours le même. Il pèse plus lourdement sur les populations rurales peu denses et peu industrielles, comme celles de la Haute-Marne, de la Haute-Loire ou des Vosges. La proportion des morts par tuberculose est au moins deux fois plus forte, chez les habitants de ces pays transplantés à Paris que chez ceux qui restent dans leurs départements. Ces chiffres, quelque intéressants qu'ils soient, sont au-dessous de la réalité. Beaucoup de jeunes paysans, après s'être tuberculisés daas les grandes villes, vaincus par la misère et la maladie, retournent dans leur pays d'origine où ils finissent par mourir après avoir semé le mal autour d'eux.

La *densité de la population*, en multipliant les chances de contagion, augmente le nombre des victimes de la tuberculose. « Les hommes, dit Jean-Jacques Rousseau, ne sont pas faits pour être entassés en fourmilières, mais épars sur la terre qu'ils doivent cultiver. Les infirmités du corps, ainsi que les vices de l'âme sont l'infaillible effet de ces concours trop nombreux. L'homme est de tous les animaux celui qui peut le moins vivre en troupeau. »

Le nombre des décès par tuberculose diminue généralement avec la population des villes. Les statistiques de M. Brouardel portant sur une période de neuf années, de 1888 à 1897, donnent une moyenne de 49,9 décès par 10000 habitants dans les villes ayant plus de 50000 habitants, de 39,8 dans les centres de 10 à 50000 habitants et 33,7 dans les villes de 5 à 10000 âmes. Il est vrai que la statistique de 1896-1897 donne un chiffre de 48,8 pour les villes de 1 000 à 2000 habitants. La statistique officielle de la Prusse pour 1901 donne comme mortalité de tuberculose 17 dans les communes rurales et 22 dans les villes, sur 10000 habitants. Le nombre considérable des phtisiques qu'on trouve parfois dans certains centres peu peuplés prouve seulement que l'importance et la densité de la population ne sont pas les seuls facteurs dont il faille tenir compte.

Un autre élément à considérer, c'est le *genre de travail*. Le paysan qui consacre tout son temps à la culture de son champ se tuberculise moins que l'ouvrier agricole qui pendant les mois d'hiver travaille à l'usine, et celui-ci est moins souvent atteint que l'ouvrier qui, toute l'année, est enfermé dans un atelier. Sur ce point toutes les statistiques sont d'accord. En Allemagne, la proportion des ouvriers d'usine traités dans les sanatoriums atteint 50 et 60 p. 100, tandis que celle des cultivateurs ou des manœuvres travaillant à l'air libre est de 14 à 20 p. 100. Prenez deux villages d'un même canton de l'Oise. L'un est industriel, l'autre est agriculteur; dans le premier la mortalité par tuberculose, ramenée à 10000 est de 56 à 61, dans le second elle est de 10. Dans un village voisin où la population est à la fois agricole et industrielle, elle remonte à 46. Je n'exagérerai pas en disant que la tuberculose est quatre fois moins fréquente chez le cultivateur que chez l'ouvrier.

Pourquoi cette différence? Elle est toute naturelle. L'ouvrier, à l'usine ou au cabaret, est sans cesse exposé à la contamination tuberculeuse, le paysan ne la rencontre qu'exceptionnellement, à moins qu'elle ne lui vienne de la ville ou du centre industriel voisin.

Il faut bien avouer que dans beaucoup d'ateliers les *conditions hygiéniques* sont loin d'être parfaites. Dans les uns, l'ouvrier est exposé à respirer des poussières ou des vapeurs franchement toxiques, de plomb, de mercure, d'arsenic, de sulfure de carbone, etc., ou bien des particules de silice, de laine, de coton, de fer, de charbon simplement irritantes pour les voies respiratoires, mais capables d'aider à la pénétration des bacilles.

Dans d'autres la chaleur est excessive ou l'humidité extrême. Enfin il y a les mines où les ouvriers passent une partie de leur existence dans l'obscurité, soustraits à l'action vivifiante du soleil et de la lumière.

Si l'on joint à cela un salaire insuffisant, un travail trop prolongé, un logement défectueux et des habitudes d'intempérance, on conçoit que l'organisme s'affaiblisse et n'oppose qu'une résistance imparfaite à l'action des bacilles tuberculeux.

On plaint souvent l'ouvrier de la grande industrie, mais on s'occupe beaucoup moins de celui de la *petite industrie*, de celui qui travaille chez lui ou dans de petits ateliers de famille. Celui-là, semble-t-il, a la liberté; son outillage étant simple et peu coûteux, il peut devenir patron; il associe sa femme et ses enfants à ses occupations, et cela sans quitter son foyer. Mais quelle misère se cache sous ces dehors aimables! Ce mode de travail constitue ce qu'en Amérique on appelle le *sweating system*, le système de la sueur.

Jetez un coup d'œil sur l'atelier d'un petit ébéniste. J'emprunte ce tableau, véritable instantané photographique, à l'Office du travail : « Voici, au faubourg Saint-Antoine, une pièce rectangulaire, toute tapissée par les serre-joints et les presses. A gauche, une sorbonne où l'on ne fait du feu que lorsqu'on colle et qui laisse, en tout autre temps, le froid pénétrer à sa guise. Trois établis au fond. Le patron à visage amaigri de phtisique, à côté de lui un apprenti, tout auprès un ouvrier. La journée est de douze ou treize heures. A eux deux, le patron et l'apprenti arrivent à se faire 6 fr. 50 par jour, l'ouvrier gagne en moyenne 3 francs par jour. » Avec cela il faut vivre et faire vivre la famille.

Avez-vous traversé quelquefois un atelier de confectionneuses? Vous y avez vu des femmes, des jeunes filles, les unes encore saines, les autres déjà malades, assises côte à côte dans une pièce beaucoup trop petite pour le nombre de personnes qu'elle contient. Là on travaille sans relâche, douze heures et plus pendant la saison. C'est le surmenage dans une atmosphère étouffante; les soirs d'hiver on est forcé d'ouvrir les fenêtres sans souci des rhumes ni de la phtisie, car il faut respirer! Ce tableau, c'est celui de la petite industrie familiale, c'est celui de l'ouvroir, celui que vous aurez sans cesse sous les yeux si vous prenez la peine d'explorer le monde où l'on travaille.

Là pas de lois efficaces pour réglementer l'hygiène, pour limiter la durée du labeur, pour pro-

téger les femmes et les enfants. On travaille autant qu'on peut, parce que les salaires sont minimes, et ce n'est souvent qu'en rognant sur les nuits qu'on arrive à vivre.

Et ces *petits ateliers* tendent à se multiplier. Des travaux de lingerie, de confection, de broderie sont aux mains des femmes des champs. Celles-ci au début acceptent ces travaux pour occuper leurs loisirs, puis elles s'y consacrent tout entières, travaillant douze et quatorze heures pour gagner, si elles sont habiles, 1 franc ou 1 fr. 25 par jour. Ces ateliers sont établis dans les villages par les grands magasins et les ouvrières sont recrutées par des intermédiaires qui retiennent une bonne part des salaires. Tout d'abord cet argent si péniblement gagné doit être un appoint au budget familial, mais bientôt il devient le plus clair du revenu. Faut-il s'étonner maintenant que la tuberculose envahisse les campagnes comme les villes?

Je viens de vous dire un mot des *salaires*. Faut-il insister sur ce point ? Le salaire moyen de l'ouvrier français est de 4 fr. 20 soit 6 fr. 15 dans le département de la Seine, 3 fr. 90 en province, celui de l'ouvrière est de 3 francs à Paris et de 2 fr. 10 en province. Mais n'oubliez pas qu'il y a des dimanches, des fêtes et des jours de chômage. Comment vivre, se loger, se nourrir, se vêtir, se chauffer et s'éclairer dans une grande ville comme Paris, avec d'aussi maigres budgets? M. d'Haussonville l'a recherché. « Voici dit-il, une ouvrière qui gagne 600 francs par an, elle est parmi les heureuses. Elle dépense 160 francs pour son loyer, environ 110 francs pour son entretien et consacre à sa nourriture 0 fr. 90 par jour. Son budget est en équilibre. Il reste même 0 fr. 50 par an pour l'imprévu. » Comment, dans ces conditions, une ouvrière peut-elle n'être pas tentée à certains moments de se souvenir qu'elle est femme?

Le nombre *des femmes et des enfants* occupés dans l'industrie est considérable. Que va devenir l'enfant de treize ans enfermé dans un atelier où, comme un adulte, il travaillera dix heures par jour? Quelle résistance opposera-t-il aux chances de contamination qui se présenteront chaque jour? Il suffit d'assister dans les conseils de revision, au défilé des conscrits d'un centre industriel pour voir à quel degré de dystrophie et de misère physiologique peut conduire ce genre d'existence.

Le travail de la femme n'a pas des résultats moins lamentables. La femme partie pour l'usine, la maison est vide, les enfants sont à la crèche ou à l'école; à l'heure du repas, rien n'a été préparé. Que sera ce repas? je préfère laisser la parole à un médecin qui a vécu au milieu des ouvriers, le docteur Courgey (d'Ivry) : « L'homme rentre, la femme le suit; on achète un morceau de charcuterie, on monte une bouteille de vin, une portion de chez le restaurateur, puis on pénètre au logis glacé. Le ménage n'est pas fait, la chambre est en désordre et malpropre. On quitte la table, qui n'a pas été mise et qui reste sale, pour retourner à l'atelier et rentrer le soir, allumer le feu et préparer le dîner. Pendant ce temps, le mari attend chez le marchand de vin. Il rentre ou ne rentre pas, se déplaît chez lui, sans savoir pourquoi, ne se rendant pas compte qu'il déserte son intérieur parce qu'il manque d'attrait et de confortable et, petit à petit, il prend l'habitude du cabaret. »

L'*alcoolisme* qui prend l'ouvrier au sortir du travail est en grande partie la conséquence du notre régime économique. Ne pouvant satisfaire son besoin de sociabilité, dans son intérieur dénué et misérable, l'ouvrier va au cabaret. « Là, pour quelques sous, il est le bienvenu et avec quelques verres à peine il peut s'évader un moment de la vie de souffrance et de privations dans laquelle demain le rejettera. » Or l'alcool est un poison phtisiogène. « L'alcoolisme, dit Landouzy, fait le lit de la tuberculose. » Son rôle dans l'étiologie de la phtisie est aujourd'hui prouvé par la clinique et par la médecine expérimentale. Au dernier congrès, M. Achard a donné une fois de plus la démonstration de cette influence néfaste. Les brasseurs de Munich et les garçons de cabaret de Londres paient à la tuberculose un tribut énorme. L'abus de l'alcool n'influe pas seulement sur l'éclosion de l'infection bacillaire, presque toujours il précipite sa marche. Aussi, demandez aux médecins de campagne qui voient le nombre des phtisiques s'accroître et la maladie devenir plus maligne et plus rapide d'année en année, à mesure que l'industrie se développe davantage dans leurs bourgades, quelle est la cause de l'extension et de l'aggravation du fléau. Tous répondent : C'est l'alcoolisme !

Et ce n'est pas seulement l'ivrogne qui se trouve dégradé, débilité et amoindri dans sa résistance; c'est toute la famille dont son vice augmente fatalement la misère et les privations.

Le cabaretier, ce grand électeur auquel les pouvoirs se gardent bien de toucher, est à notre époque un agent redoutable de dissolution sociale.

Toutes ces causes de déchéance s'enchaînent et s'ajoutent les unes aux autres. C'est souvent parce qu'il est mal logé que l'ouvrier prend l'habitude du cabaret. Or les *logements* insalubres sont un des facteurs étiologiques de la tuberculose. Leur rôle a été mis en lumière dans ces dernières années et peut-être un peu exagéré par les travaux de M. Julliérat et de M. Strauss.

On a voulu faire de la phtisie une question de logement, on a dit que la mortalité par tuberculose était en raison directe des étages et en raison inverse de la dimension des cours et courettes. Il est certain que les masures aux façades noircies, aux murs suintants de certains quartiers pauvres sont bien faites pour recéler les germes morbides; cependant si on transportait les locataires qui les habitent dans des logements plus sains mais aussi encombrés, la tuberculose ne les y suivrait-elle pas? Des statistiques récentes faites par Romberg et Hadicke (de Marbourg) montrent que les maisons les plus sordides et les moins aérées ne paient pas toujours à la phtisie un plus lourd tribut que certaines maisons neuves. Aux derniers étages où l'air et la lumière devraient pénétrer plus largement, la tuberculose est plus commune qu'au troisième et au quatrième étage. Est-ce parce que ces étages sont occupés par des domestiques qui se sont contaminés aux étages inférieurs ? Avouez qu'il n'en est pas ainsi dans les maisons ouvrières; c'est plutôt parce que la misère

se réfugie aux étages élevés et les moins coûteux.

Certes il faut donner aux maisons de l'air et de la lumière; il faut que le soleil, ce grand microbicide, puisse pénétrer partout; il faut, si vous voulez, qu'on modifie l'impôt des portes et fenêtres afin que les architectes ne mesurent plus aussi parcimonieusement aux pauvres le jour auquel ils ont droit; mais ne nous illusionnons pas : il ne suffira pas de loger plus confortablement les malheureux pour éteindre chez eux la tuberculose. Il faudrait avant tout arriver à diminuer l'encombrement; or c'est ce qui n'est pas toujours réalisé même dans les types les plus récents de maisons à bon marché. La présence de plusieurs personnes dans une même chambre est toujours dangereuse. On y respire un air putride contenant de l'ammoniaque et de l'hydrogène sulfuré qui prend à la gorge quand on entre le matin. Comment éviter la contamination des enfants ou des individus débiles dans une pièce unique où, au milieu de quatre ou cinq autres personnes, un phtisique qui tousse et qui crache, travaille jusqu'à son dernier souffle? Il y a des maisons maudites où se succèdent des familles de tuberculeux; là le bacille semble régner en maître. Dans de pauvres masures de la rue Clodion à Nancy, cinq immeubles ont fourni dans l'espace de dix ans 31 décès par tuberculose. Ces maisons ne sont pourtant ni plus sales ni moins aérées que les maisons voisines; elles ont été infectées et elles restent infectées.

Mais l'hygiène coûte cher. Pour diminuer les risques de tuberculose dans la population ouvrière, il faudrait que les logements fussent confortables, vastes et bien aérés, que l'alimentation fût réparatrice, que les usines et les ateliers fussent sains, que le travail y fût restreint et largement rémunéré. Voilà le desideratum; mais comme nous sommes encore loin de sa réalisation! Est-il possible de demander aux chefs d'industrie d'augmenter les salaires, de construire des maisons et d'assurer des retraites à leurs ouvriers, alors que la concurrence étrangère les force à vendre leurs produits à des prix de moins en moins élevés?

Quand on passe en revue les conditions économiques qui facilitent le développement de la tuberculose, il y a une image qui revient sans cesse, obsédante et lugubre : celle de la misère. La misère est la mère de la phtisie. Et ce n'est pas seulement sur l'ouvrier des villes et des campagnes qu'elle s'appesantit. Nous la retrouvons sous l'habit râpé du petit employé qui, pour un salaire infime passe ses journées, enfermé dans l'atmosphère étouffée d'un bureau, d'un magasin ou même d'une banque. Prolétaire en redingote, il est forcé de se vêtir d'une façon convenable, d'avoir une certaine tenue, alors qu'il vit chichement dans son pauvre logis. Elle existe aussi, cette misère, chez les petits instituteurs, chez les élèves des écoles, où souvent les plus pauvres et les plus travailleurs sont frappés les premiers. La tuberculose, dit Casimir-Perier, se développe dans le monde où l'on pâtit. Dans les quartiers pauvres elle fait dix fois plus de victimes que dans les riches. Dans les quartiers de Plaisance et de Javel, il meurt chaque année 104 tuberculeux sur 10000 habitants, alors qu'il en meurt 11 dans le quartier des Champs-Élysées et 20 dans celui de la Madeleine. A Hambourg, parmi les contribuables dont le revenu dépasse 3500 marks la mortalité par tuberculose est de 10 p. 10000. Elle monte à 39,5 quand le revenu est de 900 à 1200 marks. Elle atteint 60 quand le revenu est inférieur à 900 marks. La tuberculose est donc bien la maladie de misère; c'est le mal qu'on n'atteindra dans sa source qu'en augmentant le bien-être de ceux qui pâtissent; à ce point de vue elle est essentiellement une maladie sociale.

Il y a des misères que la fortune ne suffit pas à conjurer et qui habitent les palais aussi bien que les bouges. La misère du riche, c'est surtout la misère physiologique et ses causes sont nombreuses. Ici, permettez-moi d'évoquer les leçons de mon maître Peter, leçons qu'on a souvent mises à profit, sans toujours les citer. Le riche comme le pauvre peut souffrir de la faim; il peut mourir d'inanition.

Voyez le malheureux qui est atteint d'un rétrécissement de l'œsophage. Ne pouvant faire pénétrer dans son estomac que des quantités insuffisantes de liquide, il est réduit à recourir aux lavements alimentaires. Il s'émacie, il se décharne; finalement il meurt de faim et souvent aussi de phtisie. Les dyspepsies graves et l'ulcère de l'estomac peuvent avoir la même terminaison. A chaque instant on nous présente des jeunes filles amaigries, squelettiques. Elles sont entourées de parents qui les supplient de manger; rien ne leur manque, mais les plats les plus appétissants ne leur inspirent que du dégoût; elles sont incapables de se nourrir. En proie à l'anorexie nerveuse, dont on ne triomphera souvent qu'en les sortant de leur milieu et en les isolant, elles maigrissent, s'affaiblissent, se refroidissent, et un beau jour, elles se tuberculisent.

L'enfant dont la trachée est plus ou moins rétrécie parce qu'il a subi l'opération de la trachéotomie a des chances pour devenir plus tard un phtisique; il en est de même de celui qui a un rétrécissement de l'artère pulmonaire. Chez l'un, c'est l'air qui n'arrive plus au poumon en quantité suffisante; chez l'autre, c'est le sang; chez les deux, l'hématose est imparfaite. L'insuffisance de la ventilation pulmonaire résulte souvent d'une lésion matérielle des conduits aériens, je pourrais vous citer entre autres, celles que produisent chez les enfants les végétations adénoïdes et, chez l'adulte, l'hypertrophie de la pituitaire; mais elle provient aussi d'habitudes ou de nécessités fâcheuses. La claustration, le séjour prolongé dans l'air confiné d'un bureau, d'un cabinet, d'une école, d'une chambre à coucher, la réalisent tout aussi bien que le misérable atelier du petit industriel. Elle se retrouve quand une infirmité ou une maladie nerveuse vient empêcher la locomotion. Et ce ne sont pas là les seules causes de déchéance que je pourrais invoquer. Faut-il parler du surmenage, des chagrins, des préoccupations; faut-il citer toutes les lésions d'organes, tous les troubles fonctionnels, toutes les tares, héréditaires ou acquises, qui, en af-

faiblissant l'organisme, le livrent sans défense à l'action du bacille de Koch?

Le riche comme le pauvre a des faiblesses, des habitudes fâcheuses et des vices; on ne devient pas alcoolique seulement chez le marchand de vins et la syphilis ne respecte aucune caste. Sans doute l'individu qui est bien logé, bien nourri, qui vit dans de bonnes conditions de propreté, de salubrité et d'aisance, a moins d'occasions que l'ouvrier de trouver sur son chemin un germe pathogène; mais peut-on être certain, dans les conditions actuelles de la vie, de voir l'immunité durer toujours, faute de bacille? Ce microbe est tellement répandu qu'un jour finit par venir où il se rencontre et, trouvant la brèche ouverte, pénètre dans l'organisme sans défense.

Autrefois, on ne voyait guère dans la phtisie que le résultat d'une inflammation mal venue. Depuis les travaux de Villemin et de Koch qui nous ont révélé son caractère spécifique et son microbe, nous savons qu'il faut, dans son étiologie, faire une large place au bacille; mais l'observation de chaque jour nous démontre que les causes adjuvantes qu'on était tenté de reléguer au second plan ont, elles aussi, une importance considérable. Pour nous, comme pour nos maîtres, la tuberculose est et restera une maladie de misère.

Quand on parcourt les statistiques publiées dans tous les pays, on trouve à chaque pas des chiffres inattendus et paradoxaux. C'est que rien n'est simple dans la nature. Il y a encore, dans la genèse et dans les modes de transmission de la tuberculose, bien des détails que nous ne connaissons pas à fond et qui s'éclaireront peu à peu, à mesure que nous avancerons dans nos recherches; je pourrais vous citer le chapitre des prédispositions; mais il y a un point sur lequel tout le monde est d'accord, c'est que la phtisie est moins à craindre à la campagne qu'à la ville. Le médecin peut donc joindre sa voix à celles des économistes pour souhaiter la fin de l'exode rural et pour conseiller le retour aux champs.

Permettez-moi de vous citer un fait qui est frappant et dont je suis témoin depuis quinze ans.

A l'hospice des Enfants-Assistés, nous recevons chaque année un nombre considérable de petits malheureux abandonnés par leurs parents. On les dissémine dans les campagnes où ils grandissent et forment une population totale de 50000 sujets environ. En 1903, sur 49728 enfants, 148 ont été reconnus atteints de tuberculose pulmonaire. Dans le premier semestre de 1904, sur 51478, 107 seulement en ont présenté des signes. La proportion de cette morbidité est de 29 p. 10000 dans le premier cas et de 20 seulement dans le second. Ces chiffres, bien qu'ils n'aient qu'une valeur relative, prouvent qu'un nombre très faible de ces enfants succombe à la phtisie. Or, il ne faut pas oublier que ces sujets sont très souvent des rejetons de phtisiques, qu'ils sont venus au monde dans des conditions déplorables et que beaucoup d'entre eux ont pâti. Cela démontre donc que des enfants, même prédisposés, disséminés dans les campagnes et élevés dans des conditions à peu près satisfaisantes, deviennent rarement phtisiques. C'est ce qu'a compris M. Grancher qui, se basant sur des faits de ce genre, a institué son œuvre de prophylaxie antituberculeuse des enfants.

Mais voici un autre fait, non moins frappant. Quand ces mêmes enfants sont retirés de la campagne pour être placés dans des écoles professionnelles, de filles ou de garçons, ils ne conservent plus la même immunité relative, ils se tuberculisent en assez grand nombre et ces tuberculeux entrent pour une part importante dans les chiffres que je viens de citer. Ils ont trouvé dans ces écoles, l'atmosphère de l'atelier, l'air confiné et l'encombrement, ils y ont rencontré aussi des causes de contamination, soit chez leurs camarades déjà malades, soit même chez leur maîtres. En 1892, sur 18000 enfants disséminés dans les campagnes, je n'avais noté que 19 phtisiques.

Les chiffres que j'ai cités jusqu'à présent étaient presque tous désolants. Je vais maintenant en rapporter quelques-uns qui nous donnent un encouragement précieux.

En Angleterre, sur un million d'habitants, il meurt, en une année 1358 individus. Il en meurt 1767 en Belgique, 2245 en Allemagne, 3023 en France et 3986 en Russie.

En Angleterre la mortalité par tuberculose baisse progressivement. Elle était de 25 p. 10000 habitants de 1858 à 1866; elle est descendue à 16 de 1866 à 1890 et à 13 de 1894 à 1897. A Londres, dans une grande ville, elle ne dépassait pas 16 en 1902.

Pendant le même temps, elle tombait en Prusse de 31 à 22, en Saxe de 24 à 22; au Massachussetts elle diminuait d'un quart. En France, la baisse est à peine appréciable, cependant elle tend à s'accentuer depuis trois ans.

L'Angleterre est cependant le pays le plus industriel qui soit au monde; son climat brumeux et humide prédispose aux catarrhes des voies respiratoires et elle est ravagée, elle aussi, par l'alcoolisme. Comment a-t-elle le bonheur de voir diminuer la tuberculose?

Cela tient à plusieurs raisons qu'il est bon de citer, parce qu'elles peuvent nous guider dans la lutte antituberculeuse.

D'abord, l'Angleterre a fait beaucoup de frais pour la salubrité publique (3 milliards de 1875 à 1890); elle a une législation sanitaire très rigoureuse et de nombreux agents qui ont le droit de faire détruire les objets contaminés en indemnisant les propriétaires.

D'autre part elle a beaucoup fait pour le bien-être de la population ouvrière. De bonne heure elle s'est occupée de la destruction des maisons insalubres et de la construction de maisons d'ouvriers ou de logements à bon marché; les particuliers, les sociétés privées, les sociétés de bienfaisance, les villes elles-mêmes se sont mises à bâtir. L'ouvrier anglais a un salaire sensiblement plus élevé que le nôtre; il a par conséquent plus de bien-être et se nourrit mieux. Il travaille moins longtemps que l'ouvrier français et sa situation économique est préférable. Le service obligatoire qui, tous les ans, nous fournit plus de 6000 tuberculeux, n'existe pas en Angleterre.

Enfin, dans ce pays, comme en Suède, la lutte contre l'alcoolisme est très active et donne déjà des résultats absolument remarquables.

La conclusion est facile. Quand l'hygiène sera plus sévère; quand elle arrivera à diminuer les chances de contamination, grâce à la suppression des crachats, des viandes, du lait, des objets infectés par le bacille de Koch; quand les logements seront plus salubres; quand ceux qui travaillent seront mieux payés, mieux nourris, moins fatigués et moins alcooliques, quand le paysan restera dans son village la tuberculose perdra du terrain.

Pour arriver à ce résultat, il faut l'entente de toutes les bonnes volontés, il faut que les économistes et les médecins ne se lassent pas de montrer au peuple et aux pouvoirs publics tous les progrès qui restent à accomplir.

MÉDECINE PRATIQUE

PROCÉDÉ D'EXAMEN DU LARYNX ET DU CAVUM NASOPHARYNGIEN CHEZ LES SUJETS HYPERESTHÉSIQUES

Par Jacques FOURNIÉ,
Médecin-adjoint du service d'oto-laryngologie à l'hôpital Péan (1).

La réflectivité bucco-pharyngée est souvent un obstacle insurmontable à l'examen du larynx et du cavum naso-pharyngien. Jusqu'ici, on anesthésiait le voile du palais, sans grand succès, par méconnaissance du point de départ, *pratiquement unique*, du réflexe nauséeux tactile (glossopharyngien et *laryngé supérieur*).

C'est ce point de départ qu'il faut annihiler en portant, dans les fossettes glosso-épiglottiques, un porte-coton *pharyngé*, imprégné d'une solution de cocaïne à 1/10. Ainsi se trouve annihilée l'action des tiraillements qui viennent de partout réveiller la sensibilité de cette région: réflexes psycho- ou sensitivo-moteurs, sollicitations mécaniques telles que la compression ou la traction de la langue par le spécialiste et *par le miroir* qui soulève le voile et les piliers.

Les premières applications de l'anesthésique doivent être faites rapidement, les suivantes sont assez vite tolérées. En cinq à dix minutes, le sujet le plus difficile se laisse examiner très facilement.

Dans beaucoup de cas, il n'est pas nécessaire de pousser à fond cette anesthésie et trois ou quatre minutes suffisent pour se débarrasser d'une langue un peu rétive ou d'un voile qui se contracte.

Dans les interventions d'amygdales enchâtonnées, un peu longues parfois, ce procédé, employé exclusivement, ou joint à l'anesthésie amygdalienne si on la croit utile, facilite beaucoup la tâche de l'opérateur.

FORMULAIRE

POTION AU BROMOFORME POUR L'ADULTE (Rauzier.)

Bromoforme	1 gr. à	1g50
Huile d'amandes douces		15 grammes.
Gomme arabique		10 —
Sirop de Tolu		30 —
Eau		75 —
Teinture d'aconit	x à	xv gouttes.

(1) Communication à la Société parisienne de laryngologie, 10 nov. 1905, résumée par l'auteur.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1905)

Séance de rapports, comme les précédentes, comme celles qui suivront jusqu'à la fin de l'année, c'est-à-dire séance nulle au point de vue scientifique; MM. les rapporteurs ne se donnent même pas la peine de se faire entendre; bien que de la maison, ils semblent en ignorer la déplorable acoustique; il ne reste donc plus qu'à causer de choses et d'autres avec son voisin; c'est ce qu'on fait dans la salle, c'est ce qu'on fait au banc des journalistes, c'est ce qu'on ne fait pas dans le public puisqu'il n'y en a plus.

Ceux qui, comme nous, ont assisté aux belles séances d'antan de la rue des Saints-Pères, ne voient pas sans quelque tristesse cette déchéance de notre Académie de médecine. Espérons pour les quelques membres... *rari nantes*, qui occupent encore leurs fauteuils vers quatre heures, que les comités secrets, dont on n'entend même pas la déclaration (ce qui nous fait rester à nos places alors que nous devrions les quitter), offrent plus d'intérêt que les séances publiques.

Après des rapports de prix murmurés par MM. Bureau, Netter, Poirier, Le Dentu et Roux, nous n'avons rien entendu d'une communication de M. de Font-Réaulx sur un sujet d'oculistique. Il s'agit, paraît-il, d'une **étude critique sur le traitement de la myopie par l'ablation du cristallin.**

L'extraction du cristallin transparent chez les myopes a eu ses enthousiastes. Par contre, Donders la traitait de téméraire et de criminelle. Cet enthousiasme a été exagéré et les indications de cette opération radicale sont assez restreintes, et ses bénéfices chèrement achetés.

La rétraction est immédiatement abaissée et l'acuité visuelle accrue du double ou du triple. Mais la vision rapprochée reste défectueuse; les sujets atteints de myopie double, qui n'ont fait opérer qu'un de leurs yeux, préfèrent se servir de l'œil intact pour lire, écrire ou coudre. D'autre part la marche des maladies concomitantes du fond de l'œil n'est pas enrayée, et il semblerait même que le décollement de la rétine soit plutôt hâté.

L'auteur conclut qu'il ne faut opérer que les myopies très fortes (de 20 dioptries et au-dessus) et qu'il faut tenir grand compte des besoins professionnels du sujet avant de s'y résoudre. L'opération, semble-t-il, est à conseiller, par exemple, aux gardiens de sémaphore et à refuser aux graveurs.

M. Gariel présente un travail très important de M. Marage (de Paris), sur **la mesure et le développement de l'audition.**

C'est le résumé des travaux que l'auteur a commencés il y a dix ans au laboratoire de Marey.

M. Marage montre, par de nombreux tracés résumant plus de 400 observations, que l'on peut arriver à diagnostiquer le siège de la lésion auriculaire et à développer l'audition dans des proportions plus ou moins grandes suivant les différents cas : otorrhées, otites scléreuses ou surdi-mutité.

M. Marage a su appliquer les procédés scientifiques de la physique biologique au traitement des affections dont l'évolution avait été regardée pendant longtemps comme fatale.

M. Robin présente à l'Académie un travail original de M. Pénières, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse, intitulé : **Le rhumatisme, pathogénie et traitement.**

Pour l'auteur, le rhumatisme serait dû à une auto-intoxication provoquée par l'introduction, dans le sang, d'une toxine, d'un ferment analogue au fibrin-ferment de la coagulation du

sang, étudié et isolé par Schmidt. Ce ferment serait éliminé par les urines au fur et à mesure de sa formation, au même titre que les autres toxines contenues dans l'urine normale. Grâce à son élimination, l'organisme ne ressent pas les effets de sa virulence. Mais qu'une lésion vienne à se produire dans la muqueuse de l'appareil génito-urinaire, le drame éclatera, l'empoisonnement rhumatismal frappera l'individu, parce que ce poison aura été résorbé et sera entré dans le sang. La chute de l'épithélium des voies urinaires qui sert de défense à l'organisme contre l'invasion des poisons urinaires, en ouvrant les bouches de l'absorption, aura préparé cette auto-intoxication.

Voilà pourquoi les néphrites épithéliales, les urétérites, les cystites, les uréthrites servent souvent de préface au rhumatisme.

Cette conception nouvelle du rhumatisme conduisait tout droit à une thérapeutique nouvelle. Il fallait restaurer les épithéliums et favoriser l'élimination des toxines. L'auteur y est parvenu à l'aide d'antiseptiques légers et très digestibles qu'il a découverts dans les résines du piper-cubeba et du genièvre. Son travail fourmille d'observations de rhumatismes de toutes catégories qui ont été traités victorieusement par la médication nouvelle, qui a le grand avantage d'être rapide dans ses effets et exempte de tout danger, voire même de tout inconvénient.

LIVRES NOUVEAUX

Les tumeurs de l'encéphale. Manifestations et chirurgie (1), par le docteur H. Duret, ex-chirurgien des hôpitaux des Paris, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté libre de Lille.

C'est une œuvre considérable que vient de publier le professeur Duret et qu'il était particulièrement qualifié pour écrire.

Dans une première partie, l'auteur étudie le syndrome clinique des tumeurs cérébrales, en donnant une grosse importance à l'œdème de la papille; il en discute immédiatement la pathogénie, et montre que, si le facteur qui prime tout est la compression cérébrale, il en est d'autres dont l'action n'est pas négligeable : toxi-infection néoplasique, œdème, irritation, hyperhémie. Le deuxième chapitre de cette première partie est consacré à l'étude séméiologique générale des troubles intellectuels, moteurs, sensitifs, sensoriels, qui pour ne pas faire partie intégrante du syndrome des tumeurs cérébrales, y sont cependant très fréquentes. L'étude de quelques moyens d'exploration, percussion et auscultation, ponction lombaire et cytodiagnostic, radioscopie et radiographie, termine ce chapitre.

La seconde partie est consacrée aux manifestations localisées des tumeurs cérébrales et les tumeurs des lobes frontaux, de la région rolandique ou sensitivo-motrice, du lobe pariétal, du lobe occipital, du lobe temporo-sphénoïdal, de la face interne ou médiane, des hémisphères, des corps calleux, des ganglions intra-corticaux, des tubercules quadrijumeaux et de la glande périnéale, les tumeurs du cervelet, les tumeurs de l'apophyse, des trois étages de la base du crâne, tumeurs osseuses, tumeurs nerveuses ou ganglionnaires (ganglion de Gasser) sont étudiées avec soin. C'est avec les tumeurs de la zone cérébrale postérieure que l'auteur étudie les tumeurs péri-bulbo-protubérantielles, les distinguant des tumeurs interstitielles de ces régions; de nombreuses figures sont annexées à cette étude de localisation.

La troisième partie est consacrée au diagnostic et l'auteur fait successivement le diagnostic séméiotique, insistant sur la marche à suivre dans l'étude clinique d'une tumeur cérébrale. Il fait ensuite le diagnostic différentiel avec les maladies aiguës et chroniques de l'encéphale, les psychoses, les maladies générales à symptômes cérébraux (urémie, saturnisme, artério-sclérose, etc.). Au diagnostic différentiel fait suite le diagnostic topographique, enfin le diagnostic de la nature du néoplasme, et l'auteur étudie la différenciation des tuberculomes, des syphilomes, des kystes simples et hydatiques, des tumeurs communes (angiomes, sarcomes), des tumeurs bénignes et des tumeurs congénitales.

La quatrième partie consacrée à la chirurgie des tumeurs de l'encéphale, après un aperçu historique intéressant, fait l'étude attentive des indications des deux méthodes, curative ou palliative. L'auteur décrit ensuite en détail et à l'aide de nombreuses figures, l'exécution des deux temps opératoires, qu'on peut d'ailleurs faire distincts : la trépanation préliminaire et l'ablation de la tumeur, en donnant tous les procédés y compris les plus récents. Il termine par l'étude en tableau de 400 opérations de tumeurs cérébrales, dont il dépouille ensuite les résultats.

Ce livre, par la valeur des idées et des documents qu'il contient, est aussi utile aux neurologistes qu'au chirurgien : c'est le travail le plus important en France sur cette question, dans l'histoire de laquelle il deviendra certainement un jalon.

CHEVRIER.

(1) In-8° de 835 p. avec 297 fig. dans le texte. — Prix : 20 francs. — Paris, F. Alcan.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ACCIDENT DU TRAVAIL

La quatrième chambre du tribunal civil, présidée par M. Duchauffour, vient de juger qu'un jeune ouvrier imprimeur, qu'un accident, au cours de l'exercice de sa profession, avait rendu apte à entrer à la chapelle Sixtine ou à s'offrir au sultan comme gardien du sérail, n'avait droit à aucune des indemnités forfaitaires prévues par la loi de 1898 sur les accidents du travail.

« Attendu, dit le jugement, que les seules incapacités qui, d'après la loi du 9 avril 1898, peuvent donner droit à une rente sont celles qui entraînent une diminution de salaire;

Que les lésions subies par le jeune V... laissent à ce jeune homme une capacité entière pour les travaux de sa profession... »

C'est l'opinion du professeur Berger, consulté par le tribunal, et qu'avait spirituellement combattue Me Jean Porée, qui a prévalu. (*Le Temps*.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 131. — SAMEDI 18 NOVEMBRE 1905. 78e ANNÉE. SAMEDI 18 NOVEMBRE 1905. — N° 131.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois . **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

AVIS

Nous prévenons nos lecteurs que la Poste est **seule responsable** *des nombreuses irrégularités qui se produisent en ce moment dans la distribution du journal.*

Nous prions instamment nos abonnés de bien vouloir continuer à nous adresser leurs plaintes afin que nous puissions les transmettre à l'administration des Postes.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
La rubéole, par M. Augustin SAILLANT.
MÉDECINE PRATIQUE
Sur un perfectionnement dans la technique des injections mercurielles solubles.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de chirurgie.
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — M. le docteur Achalme est nommé directeur du laboratoire colonial de l'École des hautes études, près le Muséum d'histoire naturelle.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décret du 9 novembre 1905, les médecins stagiaires dont les noms suivent out été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe, pour prendre rang du 1er novembre 1005, et par décision ministérielle du même jour, ont été affectés, savoir :

MM. Florence, au 3e d'infanterie coloniale à Rochefort; — Niel, au 4e d'infanterie coloniale à Toulon; — Cazeneuve, au 7e d'infanterie coloniale à Rochefort; — Noirclaude, au 8e d'infanterie coloniale à Toulon; — Salenson, au 3e d'artillerie coloniale à Toulon.

MARINE. — M. le médecin de première classe Porquier est désigné pour embarquer sur le croisseur cuirassé *Léon-Gambetta*.

CONFÉRENCE. — M. le professeur Grancher fera le jeudi 23 novembre à 9 heures du soir, 5, rue Las-Cases, une conférence sur « le diagnostic précoce de la tuberculose par l'auscultation ».

Cette conférence, organisée par la Société des médecins-inspecteurs des écoles de la ville de Paris, a pour objet d'attirer l'attention des médecins scolaires sur cette méthode de dépistage de la tuberculose dont l'application dans toutes les écoles permettrait de sauver des milliers de vies humaines et de faire d'enfants chétifs des êtres robustes et sains.

HOPITAL BEAUJON. — Tous les vendredis, à dix heures, à partir du 1er décembre, *démonstrations de dermatologie*, à l'amphithéâtre de la clinique du professeur Debove, par M. E. Jeanselme, professeur agrégé, médecin des hôpitaux.

CLINIQUE NATIONALE OPHTALMOLOGIQUE DES QUINZE-VINGTS. — CONFÉRENCES D'OPHTALMOLOGIE. — MM. les docteurs Trousseau, Chevallereau, Kalt et Valude commenceront, le mardi 28 novembre, à une heure, des leçons cliniques qu'ils continueront les mardis suivants à la même heure.

Les leçons seront faites successivement par les quatre médecins de la clinique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire de clinique médicale, par MM. les docteurs G.-M. DEBOVE, doyen de la Faculté de médecine de Paris, professeur de clinique médicale, médecin des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, et A. SALLARD, ancien interne des hôpitaux. Gr. in-8 de XVI-1296 p., avec 275 fig. dans le texte; relié toile. — Prix : 25 francs. — Paris, Masson et Cie.

Introduction à la pathologie générale, par le docteur LE DANTEC. Gr. in-8. — Prix : 15 francs. — Paris, F. Alcan.

De l'emploi rationnel des farines dans l'alimentation du nourrisson, par le docteur ROUX. In-8. — Prix : 2 francs. — Paris, J. Rousset.

Mines de houille rendues réfractaires à l'ankylostome par les eaux salées de filtration, par le docteur MANOUVRIEZ. In-8. — Paris, J. Rousset; Valenciennes, Lemaître.

Comment on défend ses intestins, par le docteur Henry LABONNE. In-8 de 56 p. — Prix : 1 franc. — Paris, Édition médicale.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANCAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives générales de médecine. — (N° 45, 7 nov. 1905.) C. FLEIG : L'acide formique a-t-il une action toni-musculaire? (*fin.*) — P.-Ch. PETIT : Les jardins ouvriers de Paris et de la banlieue.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 11, nov. 1905.) MALAFOSSE : Contribution à l'étude du traitement mercuriel intensif dans les accidents graves de la syphilis par les injections de sel soluble. — TANTON : Note sur un procédé simple, pratique et peu coûteux de stérilisation du catgut. — DETTLING : Fièvre paludéenne à forme bilieuse hémoglobinurique; injections intra-musculaires de quinine en solution dans le sérum artificiel. — ANTONY et DOPTER : Mort subite par hémorragie cérébrale; lésions vasculaires athéromateuses consécutives à une fièvre typhoïde contractée deux ans auparavant. — SIMON : Un cas d'empoisonnement aigu par le sublimé. — DUVAL : Fracture non consolidée de l'olécrâne et luxation non réduite du radius. — BARBIÈRE : Gangrène de la jambe par artérite infectieuse de la poplitée : amputation de la cuisse.

Bulletin médical. — (N° 85, 4 nov. 1905.) TREILLE : Argumentation contre l'interdiction de l'emploi du blanc de céruse.—René GRENIER : Le « pneumothorax des conscrits » observé trois fois (une fois à gauche, puis deux fois à droite) chez le même sujet. — (N° 86, 8 nov.) KIRMISSON : Le plan général des études médicales.

Écho médical du Nord. — (N° 45, 5 nov. 1905.) CARLIER : Les dangers de la ponction sus-pubienne de la vessie. — F. MALMÉJAC : Épuration de l'eau par l'iode. — J. DRUEBERT : Hystérectomie abdominale pour infection par suite de rétention placentaire datant de deux mois dans un utérus fibromateux.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. (N° 45, 5 nov. 1905.) ROCAZ : Des œdèmes au cours des gastro-entérites infantiles. — M. CAVALIÉ : L'enseignement dentaire et la profession de dentiste en Suisse, en Allemagne, en Autriche-Hongrie et en Angleterre (*suite*).

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 45, 5 nov. 1905.) J. ABADIE et H. GRENIER DE CADENAT : Les rapports sociaux de la tuberculose et de l'alcoolisme à Bordeaux. — R. CRUCHET : Pédiâtries d'Amérique et d'Allemagne.

Journal des praticiens. — (N° 44, 4 nov. 1905.) Paul RECLUS : Traitement des blessures par revolver.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 44, 4 nov. 1905.) H. LAVRAUD : Polypes du larynx et épiglotte en V.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 42, 19 oct. 1905.) VAN RYN : La fièvre des tuberculeux et son traitement. — (N° 43, 26 oct.) BOYER : Du rôle des ganglions des vaisseaux lymphatiques du cou dans la pathogénie des affections oto-rhino-pharyngo-laryngiennes; de l'examen et du traitement externe du cou. Quelques observations. — (N° 44, 2 nov.) MABILLON : Nos sthétoscopes au point de vue acoustique. — DEBRAY : Du travail dans la thérapeutique des maladies mentales. — G. BOUCHÉ : Le traitement des épileptiques en colonie.

Languedoc médico-chirurgical. — (N° 10, 25 oct. 1905.) DESTARAC : Hémorragie utérine dans les fausses métrites, leur traitement électrique.

Lyon médical. — (N° 43, 22 oct. 1905.) PATEL : De la cure alimentaire des fistules biliaires de la vésicule. — MAURICE : La neurasthénie et les passions déprimantes. — (N° 44, 29 oct.) F. MOUISSET : Dangers de la suralimentation chez les tuberculeux. — J. BERTIER : Tachycardie paroxystique au cours de la tuberculose pulmonaire. — (N° 45, 5 nov.) WEILL et PÉHU : De la méningite tuberculeuse à forme délirante chez l'enfant. — CARLE : De l'emploi du tuménol dans quelques dermatoses; étude critique.

Marseille médical. — (N° 20, 15 oct. 1905.) LIVON : Technique physiologique. — F. GAVARD et M. GAVARD : Hématurie d'origine sarcoptique. — (N° 21, 1er nov.) BOINET : Anévrisme de la partie postérieure de la crosse de l'aorte. — BIDON : Marche à suivre pour l'examen et l'internement d'un aliéné (*à suivre*).

Montpellier médical. — (N° 42, 15 oct. 1905.) G. RAUZIER : Traitement des bronchites aiguës. — J. VIRES : Pathologie et thérapeutique générale des épilepsies (*suite*). — (N° 43, 22 oct.) SOUBEIRAN : Imperforation ano-rectale et spina bifida lombo-sacré. Création d'un anus périnéal et ablation du spina bifida au dernier jour. Guérison. Hydro-céphalie consécutive. — J. VIRES : Pathologie et thérapeutique générales des épilepsies (*suite*). — (N° 44, 29 oct.) ESTOR : La tuberculose du tarse chez l'enfant.

Nord médical. — (N° 266, 1er nov. 1905.) S. BAUDRY : Simulation et aggravation volontaires des blessures de l'œil à la suite d'accidents du travail. — COURTELLEMONT : De la valeur du *Spirochæte pallida* dans le diagnostic de la syphilis. — PINCHART et BUTRUILLE : Cardiopathie et grossesse. — MILLAT : Nouveaux cas d'entéro-colite traités par la voltaïsation.

Presse médicale. — (N° 89, 4 nov. 1905.) DIEULAFOY : Paralysies des nerfs moteurs de l'œil chez les diabétiques. — P. SOLLIER : Héroïne et héroïnomanie. — (N° 90, 8 nov.) Paul COURMONT : Le séro-pronostic des pleurésies tuberculeuses. — F. JAYLE : La septicémie des plaies par auto-infection et son traitement par le sérum de cheval chauffé.

Province médicale [*nouvelle série*]. — (N° 1, 4 nov. 1905.) PITRES : Des anesthésies co-organiques dans les lésions traumatiques des nerfs périphériques. — JABOULAY : Myxosporidies et tumeurs de l'homme.

Revue générale des sciences pures et appliquées. — (N° 20, 30 oct. 1905.) Ch. RICHET : Le problème ou le préjugé des races. — A. GUYOT : Les dérivé γ-arylès de l'anthracène et de son dihydrure. — A. LÉTIENNE : Revue annuelle de médecine.

Revue médicale de l'Est. — (N° 21, 1er nov. 1905.) Louis MICHEL : Hernies du diverticule de Meckell. — J. SCHMITT : Le traitement salicylé du rhumatisme articulaire aigu.

Revue neurologique. — (N° 19, 15 oct. 1905.) Mario BERTOLOTTI : Etude sur la handiculatio automatique. Contribution à l'étude des mouvements associés. — SOUKHANOFF : Sur la forme stationnaire de la démence paralytique. — (N° 20, 30 oct.) CRUCHET : Hémispasme facial périphérique post-paralytique. — A. GAUSSEL : Le noyau mésocéphalique des oculogyres (dextrogyre et levogyre).

Revue scientifique. — (N° 19, 4 nov. 1905.) MOLISCH : La production de lumière par les plantes.

Semaine gynécologique. — (N° 45, 7 nov. 1905.) R. PICHEVIN : Fibromyome et intervention sanglante dans l'état gravidique.

Semaine médicale. — (N° 45, 5 nov. 1905.) DE MAURANS : Comment on meurt dans l'anesthésie générale par la scopolamine-morphine.

Tribune médicale. — (N° 44, 4 nov. 1905.) BROCA : Les déviations ostéo-articulaires des adolescents. — MAUCLAIRE : De la position déclive appliquée au traitement de quelques variétés d'abcès froids.

REVUE GÉNÉRALE

LA RUBÉOLE

Par M. Augustin SAILLANT,
Interne des hôpitaux de Paris.

I

Historique. — La rubéole, jusqu'à ces dernières années, à traversé deux périodes distinctes; une troisième vient de s'ouvrir qui cherche à démembrer cette fièvre éruptive tout en lui conservant l'autonomie qu'elle avait mis si longtemps à conquérir.

En effet, pendant une première période qui ne prit fin qu'en 1881, la rubéole passa inaperçue, confondue dans le groupe des autres fièvres éruptives. Elle était connue pourtant, si l'on en croit certaines chroniques : Ali-Abbas, médecin arabe qui écrivait en 1492, en aurait fait mention; Baillou aurait laissé une remarquable description de la « rubiolœ » affection susceptible de provoquer l'avortement. Il semble toutefois qu'il faille ajouter peu de créance aux ouvrages antérieurs à Sydenham, le père de la rougeole et de la scarlatine. Et même, si Stœber (de Strabourg), Barrier, Danis ont posé à propos de la rubéole le problème d'une affection distincte, il faut arriver au Congrès de Londres pour voir résoudre la question d'une façon satisfaisante. Il serait injuste néanmoins de passer sous silence les travaux d'Emminghauss, de Meigs et Pepper et ceux de Robinson James.

A dater du Congrès de Londres (1881), qui consacre officiellement l'autonomie de la rubéole, s'ouvre une période très riche en documents. Delastre à Lyon, Longuet à Paris publient chacun une monographie renfermant, outre une bibliographie complète, une description exacte de la nouvelle fièvre éruptive, dans l'*Année médicale* (1883) Sévestre condense les notions acquises jusque-là. Puis Trastour (de Nantes) met en relief les adénopathies précoces; Desnos et Desplats portent la question de la rubéole devant la Société médicale des hôpitaux de Paris; Morel-Lavallée lui fait une place à part dans un remarquable travail sur les *Roséoles*. En province Arnozan, puis Rocque lui consacrent des leçons cliniques. A l'étranger Griffith, Towsend, Loeb, Rott accumulent des observations d'où ressort la physionomie polymorphe de la maladie; Kite, Cheadle parlent de formes graves. En 1890 Talamon écrit deux articles très documentés sur le diagnostic de l'affection dont il avait, un des premiers, défendu l'autonomie; et, cependant que Juhel-Renoy et Sevestre précisent, à la faveur d'épidémies développées dans des pensions, la durée d'incubation de la rubéole, Lazard puis Didier lui consacrent leur thèse inaugurale.

Admise par tous, diagnostiquée journellement, la rubéole n'a plus de littérature juqu'en 1900. A ce moment Dukes (de Rugby) remet au jour une affection décrite en 1887 par Filatow et qu'il désigne sous le nom de *Fourth disease* (quatrième maladie), en la séparant de la rubéole. Des discussions surgissent à propos de cette scission, discussions favorisées par l'épidémie récente au cours de laquelle nous avons été à même d'observer de nombreux malades tant en ville que dans le service de notre maître M. le docteur Sevestre; elles méritent d'être reprises à propos des articles publiés par M. Cheinisse dans la *Semaine médicale*.

II

Etiologie. — La rubéole est une maladie contagieuse, épidémique, dont le microbe reste inconnu; elle confère l'immunité.

Sa contagiosité, comme l'a écrit Lazard, est à peu près la même que celle de la rougeole, c'est-à-dire que la période contagieuse commence avec l'invasion de la maladie et qu'elle ne se prolonge vraisemblablement pas au delà du septième jour; Sevestre est très affirmatif sur ce dernier point : « Une fois la maladie terminée le rubéoleux n'est plus contagieux et il peut d'emblée être admis au milieu des autres enfants. » Nouvelle similitude avec la rougeole, si l'on a pu constater des cas de contagion à distance par l'intermédiaire d'objets ayant appartenu au malade ou de personnes l'ayant approché, ces cas sont très rares et le contact direct semble indispensable à la transmission.

La rubéole n'existe guère à l'état endémique, sauf dans les grandes villes; elle est épidémique et l'on admet généralement que les épidémies se développent surtout en hiver et au printemps. Ces épidémies sont le plus souvent localisées; elles frappent un pensionnat à Bordeaux (Arnozan), une institution ou un collège à Paris (Juhel-Renoy, Sevestre); parfois elles se généralisent à une ville tout entière, telles les épidémies de Milan, de Genève, de Londres; enfin un pays peut être envahi (épidémie de Hollande 1859).

Comme la scarlatine et la rougeole dont elle est loin d'avoir la fréquence, la rubéole s'attaque surtout aux enfants et particulièrement à la seconde enfance, sans que les adultes soient d'ailleurs à l'abri. Le sexe ne paraît pas avoir d'influence.

Il semble en outre que, depuis qu'elle est mieux connue, la maladie se rencontre aussi fréquemment en France qu'en Allemagne, en Angleterre et en Belgique.

Nous ajouterons qu'une première atteinte confère l'immunité, sans qu'il s'agisse là d'une règle plus absolue que pour les autres fièvres éruptives; et nous rappellerons à ce propos que, dans leur article où ils proclament comme un caractère primordial de la rubéole la possibilité de récidives, Bourneville et Bricon confondent dans un groupe unique la rubéole et la roséole saisonnière de Trousseau.

L'*agent pathogène* de la rubéole n'est pas connu; Edwards et Farned ont trouvé des micrococci dans le sang des rubéoleux, mais ils ne les ont pas cultivés et ils n'ont tenté aucune inoculation.

Avec Lazard, nous dirons seulement, au point de vue de l'*anatomie pathologique*, que les lésions sont probablement les mêmes que dans la scarlatine et la rougeole : hyperémie du corps papillaire avec exsudation entre le chorion et l'épiderme.

III

Symptomatologie. — « Le plus souvent, un enfant en bonne santé se réveille le matin un peu fatigué; dans le cours de la journée un léger mouvement fébrile se montre, sans cependant troubler les jeux ni la gaîté de l'enfant; souvent il vomit une ou deux fois, ses conjonctives oculaires sont un peu rouges, le nez un peu enchiffrené. Au bout de douze à vingt-quatre heures apparaît au cou et à la face une éruption de taches rouges, saillantes, plus ou moins confluentes, coïncidant avec des plaques érythémateuses variables sur les membres; en même temps le cou est gonflé, les ganglions augmentent de volume, roulent sous le doigt et sont légèrement douloureux; la gorge est le siège d'une légère angine rouge ou pultacée. L'éruption, complète en douze heures, s'efface en deux ou trois jours; l'enfant conserve son appétit, et son état général n'est en rien modifié. Les ganglions disparaissent les derniers, seules traces de l'éruption disparue, et l'enfant est guéri dans l'espace d'une semaine. » Telle est la description d'ensemble donnée par Didier dans sa thèse. Elle peint assez bien l'aspect ordinaire de la maladie; quelques points seulement sont à retoucher et nous le ferons en étudiant successivement les trois périodes de la rubéole : période d'incubation, période d'invasion et période d'éruption.

Période d'incubation. — La durée de cette période a été diversement fixée par les auteurs; on peut dire en tous cas qu'elle est plus longue que celle de la scarlatine et qu'elle n'a pas la fixité de celle de la rougeole. En prenant une moyenne, après avoir compulsé les diverses observations tant anciennes que modernes, on arrive au chiffre de 15 ou 16 jours qu'avait fixé Sevestre; les chiffres extrêmes étant 10 et 21 jours. C'est le chiffre que nous avons trouvé le plus souvent dans les cas que nous avons observés nous-même. Cette période est d'ailleurs silencieuse et rien ne fait prévoir la maladie qui va éclater.

Période d'invasion. — Parfois même la période d'invasion fait défaut et l'éruption apparaît d'emblée. Mais quelques prodromes sont de règle. On trouve signalés par Thomas de véritables rashs prodromiques qui doivent être bien rares. Plus ordinairement il s'agit d'un malaise général, d'une sensation de courbature qu'accusent les grands enfants; parfois on observe un ou deux vomissements. Mais il est deux signes d'invasion très fréquents, sinon constants, sur lesquels il convient d'insister : leur constatation n'est possible que dans les cas épidémiques, mais elle permet alors un isolement précoce qui a son importance. Nous voulons parler de la *tuméfaction ganglionnaire* et de l'*élévation thermique*.

Le premier, Trastour (de Nantes) a signalé la valeur des *adénopathies* comme prodrome précoce de la rubéole; il rapporte que dans un pensionnat de jeunes filles où régnait l'épidémie, on avait pris l'habitude de tâter chaque matin le cou des élèves pour s'assurer qu'il n'y avait pas de nouvelles malades. Dupré a même vu, dès cette période, l'adénopathie étendue aux diverses régions du corps. Glover, en 1886, est revenu sur ce symptôme du début et il a insisté sur sa valeur.

La constatation d'une *élévation thermique brusque* en a peut-être autant; elle n'est pas absolument constante, mais elle mérite plus que d'être signalée en passant comme on le fait d'ordinaire. Voici comment les choses se passent : la température prise à quatre heures est à 37 degrés; à cinq ou six heures l'enfant se plaint d'une sensation de chaleur subite avec ou sans frissons et le thermomètre indique une ascension à 39 ou 40 degrés; le malade est isolé et le lendemain matin la température est retombée à 37, mais une éruption s'est déclarée dans la nuit. Ce signe prodromique a rarement fait défaut dans les cas que nous avons vus et à mainte reprise il nous a permis de pratiquer un isolement hâtif.

Que ces signes existent ou fassent défaut, la durée de cette période d'invasion est très courte, quelques heures à vingt-quatre au maximum. Chantemesse a rapporté à la Société médicale des hôpitaux un cas de rubéole (?), dans lequel l'éruption n'est apparue que le sixième jour, précédée par les manifestations du côté des muqueuses; le cas est exceptionnel, tant par la durée de l'invasion que par l'existence hâtive des catarrhes qui régulièrement accompagnent ou suivent l'éruption et ne la précèdent point comme dans la rougeole. C'est tout au plus, en effet, si dans quelques cas on a observé un peu de toux et une congestion très légère des muqueuses conjonctivales.

Période d'éruption. — Souvent l'éruption se déclare brusquement, premier symptôme d'une maladie qu'elle constituera parfois à elle seule. Essentiellement variable d'allures comme d'aspect, elle peut débuter par n'importe quelle partie du corps : Murchison et Balfour l'ont vue apparaître sur les bras et le sternum; Brocq sur les jambes; comme Rott nous avons été témoin de cas qui atteignaient d'abord le dos et la poitrine, puis le cou et le visage; Hemming enfin a vu l'éruption s'étendre d'emblée à la totalité du corps. Mais, dans presque tous les cas, l'éruption commence à la face, sur les joues, autour du nez et des lèvres; parfois c'est derrière les oreilles ou à la partie antéro-externe du cou.

De là elle s'étend rapidement au cuir chevelu, aux épaules, au thorax, aux membres en suivant de préférence le *côté de la flexion*; dans l'espace d'une journée tout le tégument externe est envahi. Seules la plante des pieds et la paume des mains sont toujours épargnées; mais assez souvent l'exanthème laisse indemne toute une région du corps et nous avons vu des cas vérifiant la proposition de Jaccoud qui affirmait que « si la face n'est pas prise au début elle ne le sera pas dans la suite ».

En douze à vingt-quatre heures l'éruption a atteint son acmé, procédant le plus souvent en une seule poussée, rarement en poussées successives.

Le *polymorphisme* est le caractère dominant de cette éruption et Longuet écrit que, « suivant les cas et les épidémies, l'éruption se rapproche *ici de la rougeole, là de la scarlatine*, ailleurs de l'érythème simple et papuleux. » Et Alliot dans sa thèse croit utile de décrire quatre types d'exanthème rubéoli-

que : morbilleux, scarlatineux, mixte et ponctué; Harrison, Griffith, puis Guinon n'en décrivent que deux, le type morbilliforme et le type scarlatiniforme.

En lisant les descriptions des auteurs qui ont minutieusement étudié l'éruption, il semble que comme type commun, classique, on ne doive décrire que la *forme mixte* dans laquelle s'associent l'éruption de la scarlatine et celle de la rougeole; il convient néanmoins de faire une place à des formes moins fréquentes où l'élément érythémateux ou papuleux prédomine nettement.

Talamon a fort bien dépeint l'éruption ordinaire. « L'éruption de la rubéole est polymorphe et papuleuse. A la face, sur le cou et les épaules, les papules peuvent rester isolées tout en se rapprochant plus ou moins; elles sont légèrement saillantes et présentent des bords irréguliers. Sur le tronc, et en particulier sur le dos et les reins on observe une rougeur diffuse, écarlate, foncée. Sur les membres, l'exanthème est formé de grands placards, semblables aux placards de la rougeole confluente, d'une rougeur sombre au centre, qui va en décroissant à la périphérie, habituellement saillants et à bords irréguliers et serpigineux, déchiquetés. » Toutefois, dans l'épidémie observée à Lyon par le professeur Bondet « la teinte érythémateuse domine à la face et au cou; puis, en s'éloignant de la face, on trouve de larges taches diminuant peu à peu d'étendue et devenant aux membres de petites taches rouges, presque sans élevure de la peau et séparées par des espaces sains ».

Nous répétons que, dans certains cas, l'éruption rappelle de plus ou moins près *celle de la rougeole*, en d'autres cas *celle de la scarlatine* et un examen attentif permet seul de découvrir les maculo-papules de la rubéole. Bien plus, l'éruption peut simuler d'abord la rougeole puis tourner à la scarlatine : « les taches, irrégulières, formées par des groupes de petites papules d'un rouge vif, sont disposées en croissants comme celles de la rougeole; légèrement saillantes au début, elles ne tardent pas à s'affaisser et à perdre la netteté de leurs contours, la rougeur devient moins vive et uniforme comme celle de la scarlatine » (T. Smith).

Quel que soit le type de l'éruption, sa *couleur* reste bien spéciale et tous les auteurs l'ont notée : les taches et les placards sont d'un rouge plus vif que dans la rougeole (Robinson), rose très coloré (Klaatsch), rouge vif (W. Squire), de teinte pourprée (Cheadle), parfois même livide, ecchymotique (Leflaive, Lazard); chez deux de nos malades l'éruption était franchement ecchymotique.

Cette éruption ne s'accompagne pas, sauf parfois au visage, de gonflement des téguments; mais « elle donne lieu à une sensation de cuisson fort désagréable, quoique supportable, à des démangeaisons quelquefois vives ».

La durée de l'exanthème n'excède pas en moyenne deux à cinq jours; il pâlit, puis s'efface sans laisser de traces, sauf une légère pigmentation passagère dans les cas où l'éruption a été très colorée.

La *desquamation* fait le plus souvent défaut; toujours absente pour Roque, elle se réduit, quand elle existe, à un très léger furfur, plus fin que celui de la rougeole et qu'on ne trouve souvent qu'à la face et à la partie supérieure de la poitrine. Jamais les pieds ni les mains n'ont desquamé, mais dans quelques cas on a vu la chute de grands lambeaux épidermiques au niveau du ventre (Lewis Smith) ou de la face (Guinon).

Talamon, Delastre et d'autres ont signalé l'apparition de nouvelles poussées de taches érythémateuses après cinq et dix jours; survenant le plus souvent sous l'influence de la chaleur ou du froid, elles conservent l'aspect polymorphe de l'éruption primitive; ou bien, après avoir présenté une prédominance de larges placards érythémateux, l'éruption se reproduit sous forme de papules plus petites, morcelées en demi-cercles comme celles de la rougeole. D'ordinaire ces poussées secondaires sont discrètes et très fugaces.

La rubéole a son *énanthème*, ses catarrhes; c'est à tort qu'on l'a dénommée « rubeola sine catarrho », car, d'après Talamon, « l'absence de catarrhes différencie la roséole et non la rubéole... ceux-ci ne font probablement jamais défaut pour peu qu'on y prête attention et leur intensité a paru en rapport avec l'intensité même de l'exanthème cutané. » En tous cas, l'énanthème ne précède pas l'éruption de plusieurs jours comme dans la rougeole, il lui est contemporain ou, plus souvent, il retarde sur elle; d'après W. Squire il n'y a jamais de catarrhes avant le troisième jour.

Toutes ces manifestations muqueuses sont d'ailleurs de peu d'intensité. Le catarrhe oculaire est généralement le plus net; il produit un peu de larmoiement avec injection des conjonctives. Assez souvent on note des éternuements, de l'enchiffrènement et un coryza léger; mais l'hyperémie muqueuse ne descend pas comme dans la rougeole pour gagner le larynx et les bronches. La stomatite n'est pas rare et nous avons observé les taches de Koplick au second jour d'une éruption de rubéole : nouvelle preuve du peu de valeur de ce signe dans la rougeole. Jamais la langue ne se dépouille, ni ne présente l'aspect framboisé de la scarlatine; d'après Roque, recouverte d'un enduit saburral sur lequel tranche le piqueté des papilles hypertrophiées, elle aurait un aspect caractéristique. Le voile du palais n'offre pas le piqueté sur lequel a insisté Sevestre dans la rougeole, mais une rougeur qui affecterait, d'après Rott, d'après Gillet, la forme de traînées alternativement pâles et foncées. La luette, le fond du pharynx sont rouges d'une rougeur moins pointillée que dans la rougeole, moins intense que dans la scarlatine; la tuméfaction des amygdales, devenues douloureuses, gêne la déglutition, mais il n'y a pas d'exsudat à leur surface; tout au plus a-t-on cité quelques cas d'angines folliculaires. Enfin l'otalgie est assez fréquente.

Au total, la rougeur du voile, de la luette et des tonsilles ne rappelle pas la scarlatine, les modifications oculo-palpébrales et bronchiques ne rappellent pas la rougeole (Delastre) et la formule est fausse qui dit que la rubéole réalise « le catarrhe de la rougeole combiné avec l'angine de la scarlatine ».

Aux catarrhes de la rubéole Talamon a voulu rattacher les *adénopathies cervicales*, dont l'existence

est un signe précieux de diagnostic; apparaissant avant les catarrhes, s'étendant à des régions qui ne reçoivent pas les lymphatiques des muqueuses hyperémiées, elles doivent être regardées comme indépendantes. Mais, l'engorgement ganglionnaire demeure un symptôme capital et presque pathognomonique de la rubéole : il précède et suit l'éruption. Nous avons déjà mentionné son existence à peu près constante pendant la période d'invasion; à la période d'éruption il ne fait jamais défaut. Les ganglions sous-maxillaires sont les plus fréquemment atteints et après eux ceux de la région parotidienne, les ganglions périauriculaires, la chaîne du sterno-mastoïdien et les ganglions de la nuque; il est rare que ceux de l'aîne et ceux de l'aisselle ne soient pas tuméfiés. Le volume de ces ganglions varie de celui d'un pois à celui d'une noisette; ils restent isolés, roulent sous le doigt et sont légèrement douloureux à la pression. Didier a vu dans certains cas des adénites très volumineuses, embrassant le cou à la façon d'un carcan et rendant les mouvements impossibles. L'engorgement ganglionnaire persiste en général un septenaire, diminue progressivement et disparaît. — On a écrit que les ganglions rubéoliques pouvaient persister, devenir tuberculeux et suppurer; il s'agit alors de ganglions scrofuleux, antérieurs à la rubéole, découverts à son occasion et qui suivent ultérieurement leur marche naturelle. Nous dirons à ce propos que certains auteurs, Lazard entre autres, n'accordent aux adénopathies qu'une valeur relative, « les enfants des villes, sujets lymphatiques, faisant à tout propos des poussées vers leurs ganglions. » Assurément il ne faut pas, chez un enfant dont les antécédents sont ignorés, baser son diagnostic uniquement sur la coexistence d'une éruption et d'un engorgement ganglionnaire; il n'en reste pas moins que l'adénopathie *généralisée, précédant, accompagnant et suivant l'éruption pour disparaître quelques jours après elle*, est un symptôme d'une valeur considérable.

Les *signes généraux sont ordinairement peu marqués* dans la rubéole. La fièvre de la période d'invasion tombe dès que s'installe l'éruption; parfois cependant la température se maintient aux environs de 38 degrés pendant deux ou trois jours, mais cette élévation ne survit pas à l'éruption. Nous n'avons jamais observé la fièvre élevée avec agitation et délire qui a marqué certaines épidémies. L'état général reste bon et les enfants conservent leur appétit et leur bonne humeur. Les urines sont normales, sans albumine; Arnozan a remarqué une augmentation dans l'élimination des phosphates; Gumplowicz a toujours trouvé la diazo-réaction négative.

IV

Evolution. Pronostic. — Au total la maladie ne dure pas plus d'un septenaire. L'éruption disparue la guérison est complète; il faut rappeler cependant qu'il peut se produire des poussées successives apparaissant huit à dix jours après l'éruption primitive et même qu'on en a vu survenir si tardivement, après quinze et vingt jours, qu'elles ont pu être considérées comme de véritables *rechutes*.

Le PRONOSTIC est donc essentiellemeut bénin; d'autant plus bénin qu'on ne signale guère de COMPLICATIONS.

D'après Tonge Smith, « la seule complication un peu à redouter est ce qu'on pourrait appeler l'*angine secondaire :* parfois, vers le quatrième ou le cinquième jour, la gorge du malade devient très rouge, tuméfiée et excessivement douloureuse; la voix est altérée, la déglutition presque impossible et la salivation continuelle; la température peut monter à 40 degrés; cette complication, plus effrayante que grave, se dissipe d'ordinaire sans ulcération ni abcès. »

D'autres auteurs signalent la pleurésie purulente (Trastour), la bronchopneumonie dont nous avons observé un cas; enfin l'albuminurie. D'après Guinon, la rubéole pourrait laisser derrière elle, chez les prédisposés, du coryza chronique, de l'hypertrophie des amygdales et des ganglions.

Enfin nous devons rappeler qu'à l'étranger on aurait observé une FORME GRAVE de la rubéole ayant amené des cas de mort; nous nous empressons d'ajouter que, sur les quatre morts de Cheadle qui parle surtout de cette forme grave, trois avaient antérieurement une pleurésie purulente, le quatrième était atteint de tétanie.

V

Diagnostic. — En tête de ce chapitre, il est utile de résumer les caractères primordiaux de la rubéole : incubation prolongée, invasion précipitée, ascension thermique passagère marquant le début des adénopathies, polymorphisme de l'éruption, catarrhes légers ne précédant pas l'exanthème, absence, en tous cas peu d'intensité de la desquamation limitée à la face et à la partie supérieure du thorax, absence de phénomènes généraux et pulmonaires, pas d'albuminurie.

Ces signes capitaux permettront de distinguer la rubéole des deux fièvres éruptives qui prêtent le plus souvent à confusion, la rougeole et la scarlatine, et de faire justice des théories qui ne voyaient dans la rubéole qu'une rougeole ou une scarlatine atténuée ou encore une hybride de ces deux maladies.

Il est certain que beaucoup de *rougeoles* et la presque totalité des cas étiquetés *récidive de rougeole* ne sont que des rubéoles méconnues. Sans doute l'erreur n'est pas permise quand on observe la rougeole dès la période prodromique : l'ascension thermique à 38 degrés qui marque le début de l'invasion morbilleuse, suivie de deux jours d'apyrexie pendant lesquels apparaissent des catarrhes, puis une nouvelle ascension à 40 degrés annonçant l'éruption, indiquent nettement la rougeole. Mais souvent l'enfant arrive en pleine éruption avec des catarrhes légers; s'agit-il d'une rougeole ou d'une rubéole? La stomatite et le Köplick ont peu de valeur, mais le piqueté du voile, la toux férine, la laryngite et la bronchite sont caractéristiques de la rougeole; celle-ci n'a pas de ganglions, sauf parfois au niveau du cou, jamais aux aînes ni aux aisselles; elle n'a pas d'angine; son éruption est papuleuse et ne comporte pas de placards érythémateux comme celle de la

rubéole qui est d'ailleurs d'un rouge plus vif; enfin la rougeole ne transmet que des rougeoles.

Dans l'épidémie de rubéole qui vient de sévir à Paris, l'éruption a surtout revêtu le type scarlatiniforme et c'est à la *scarlatine* que sont imputables la plupart des erreurs; et ici encore il faut faire rentrer dans la rubéole nombre de cas donnés comme *récidives de scarlatine.* La température a une valeur diagnostique minime, beaucoup de scarlatines évoluant sans fièvre marquée. En revanche, si la scarlatine n'a pas de catarrhes, elle a une langue qui se dépouille et devient framboisée; une angine intense; une éruption diffuse, d'aspect granité, sans éléments papuleux, qui respecte le visage et que suit une desquamation en grandes lamelles, d'aspect tout à fait caractéristique au niveau des mains et des pieds.

L'*association* possible sur un même sujet de la rougeole et de la scarlatine donne une éruption qui pourrait prêter à erreur; c'est de là qu'est née la théorie qui fait de la rubéole une hydride des deux autres fièvres éruptives. Mais les deux éruptions ne sont pas seules associées; on rencontre en même temps l'union des exanthèmes si particuliers de la rougeole et de la scarlatine, leurs phénomènes généraux, leurs complications; de plus, l'association de ces deux fièvres éruptives a toujours présenté une gravité exceptionnelle qui contraste singulièrement avec la bénignité constante de la rubéole.

Il serait plus difficile, d'après Didier, de séparer la rubéole de la *roséole estivale*, dite encore idiopathique, décrite par Trousseau. Il semble pourtant, bien que nombre d'auteurs les ait confondues, que les deux maladies soient très différentes. « L'exanthème de la roséole apparaît d'emblée sur tout le corps; il est caractérisé par des taches d'un rose pâle, arrondies ou ovalaires, distinctes et isolées les unes des autres; ce sont des *macules* sans saillie à la surface de la peau, qui s'effacent aussitôt à la pression du doigt; plus larges que les papules initiales de la rougeole, d'une couleur plus claire, elles ne présentent pas l'aspect morcelé, déchiqueté, en demi-cercles de l'éruption morbilleuse. Elles sont très fugaces et disparaissent en un ou deux jours, sans desquamation consécutive; elles peuvent reparaître par poussées successives pendant six ou sept jours, mais en général l'éruption se fait en une seule poussée qui apparaît et disparaît en trente-six à quarante-huit heures. C'est là toute la maladie, accompagnée d'une fièvre légère qui oscille entre trente-huit et trente-neuf degrés. Il n'y a jamais, dit Trousseau, ni larmoiement, ni coryza, ni toux » (Talamon). La maladie récidive d'ailleurs aisément et c'est d'elle que Borsieri écrivait : « Qui semel iis laboravit, facile iterum pluriesque prehenditur. »

Le *rose-mill de Gubler* avec éruption d'aspect scarlatiniforme et catarrhe bucco-pharyngien s'éloigne encore plus de la rubéole.

Les rashs de la *variole* et de la *vaccine* pourraient être au début confondus avec l'exanthème rubéolique; l'évolution ultérieure lèverait bientôt les doutes.

Dans le groupe considérable des *roséoles secondaires* (puerpérales, blennorragiques, cholériques, typhiques, rhumatismales), seule la *roséole syphilitique*, à cause de la coexistence des ganglions et de l'éruption, peut simuler la rubéole. Toutefois, en dehors de la notion du chancre récent, on aurait la présence des plaques muqueuses, la teinte spéciale de l'éruption d'abord « d'un beau rose fleur de pêcher », puis « rose triste », enfin rose sale; sa localisation aux faces latérales du thorax et aux flancs, le visage étant exceptionnellement atteint, les pieds et les mains ne l'étant jamais; enfin sa durée beaucoup plus longue que celle de la rubéole.

Le *pityriasis rosé de Gibert* ou roséole squameuse de Fournier ne rappelle guère la rubéole : apyrétique, localisé au thorax et à la racine des membres, avec ses « médaillons » caractéristiques, il dure de quatre à six semaines et desquame fortement.

Les plaques de l'*érythème polymorphe* font une saillie plus étendue et beaucoup plus considérable que les plaques rubéoliques.

Signalons simplement les *érythèmes pudiques* essentiellement transitoires.

Il reste enfin tout un groupe de *roséoles médicamenteuses* ou *toxiques* généralement faciles à distinguer de la rubéole. Nous n'insisterons pas sur le diagnostic des éruptions qui traduisent l'absorption des balsamiques, de l'iodure, des sels de quinine ou du chloral; outre qu'elles sont le plus souvent apyrétiques, ces roséoles respectent généralement les muqueuses et frappent surtout les membres du côté de l'extension.

Le côté de l'extension et particulièrement le voisinage des articulations est aussi le siège préféré des éruptions consécutives aux injections de *sérum antidiphtérique* qui, dans leurs diverses formes, respectent généralement le visage, sont très variables d'aspect d'un moment à l'autre, s'accompagnent souvent de douleurs articulaires et apparaissent d'ordinaire treize à quatorze jours après l'injection.

Signalons simplement les *érythèmes toxiques d'origine alimentaire* qui ne prêtent guère à confusion.

Il ne nous reste plus qu'à examiner s'il y avait opportunité à créer, à côté de la rubéole, deux nouvelles catégories pour une *quatrième* et une *cinquième fièvres éruptives.*

Les caractères de la *fourth disease*, maladie de Filatow-Dukes ont été minutieusement décrits par M. Romme dans la *Presse médicale.* « On trouve dans la fourth disease une période d'incubation qui varie entre neuf et vingt et un jours,... la période prodromique fait généralement défaut et, quand elle existe, sa durée ne dépasse pas quelques heures. On peut donc dire que dans l'énorme majorité des cas le premier symptôme de la maladie est constitué par l'éruption qui en quelques heures envahit tout le corps, y compris la face. L'exanthème est formé par un petit pointillé rose pâle, très serré, à peine surélevé. La gorge est rouge, tuméfiée; mais la langue, qui paraît légèrement chargée, n'offre pas l'aspect framboisé caractéristique de la scarlatine. Les conjonctives sont injectées et les ganglions du cou et de la nuque, parfois ceux des aines et des aisselles, sont tuméfiés. L'état général est à peine altéré. Bientôt l'exanthème pâlit et sa disparition est suivie d'une

desquamation qui dure huit à quinze jours. Généralement l'enfant peut se lever au bout de quatre ou cinq jours et l'isolement peut être levé au bout de quinze jours ou trois semaines. » Telle est l'affection que Filatow avait décrite sous le nom de *rubéole scarlatineuse*; Dukes sous le nom de *fourth disease* et que M. Cheinisse propose de dénommer *scarlatinéole* ou mieux *pseudo-scarlatine épidémique*. La dénomination proposée par Filatow nous paraît préférable : en effet la desquamation, donnée comme constante, mise à part, il est difficile d'imaginer description plus exacte de la rubéole à type scarlatiniforme, cette rubéole qui a sévi tout particulièrement dans l'épidémie récente et que nous avons vue évoluer à l'hôpital Bretonneau de pair avec la rubéole morbilliforme, *l'une se transformant en l'autre en changeant de sujet*.

La question du *megalerythema epidemicum* nous paraît toute différente. Faute d'expérience personnelle nous ne pouvons que donner la description de cette maladie, en ajoutant que d'après cette description même l'affection semble mériter une place à part à côté des trois autres fièvres éruptives. « Cette maladie revêt toujours la forme épidémique et s'associe d'ordinaire à une épidémie de rougeole ou de rubéole. Elle atteint généralement les enfants entre quatre et douze ans. L'incubation varie de six à quatorze jours (Escherich), tandis que celle de la rubéole est de dix-sept à vingt-quatre jours.

L'affection débute quelquefois par des prodromes (malaise général, sensation de fatigue, mal de gorge, etc.), mais plus ordinairement d'emblée par l'éruption au milieu d'un bon état général.

L'éruption porte uniquement sur la peau; les muqueuses restent parfaitement indemnes. Elle débute par la face, les joues surtout où la peau est rouge et chaude mais non prurigineuse. L'éruption est nettement limitée en avant par les sillons naso-labiaux; en arrière, elle se termine par une limite festonnée en avant des oreilles. Le menton et le pourtour de la bouche restent pâles.

D'autres fois, il s'agit de grosses taches rose pâle ou rouge violacé dont le centre œdématié est saillant qui durent quarante-huit heures, puis s'affaissent au centre, deviennent gris brunâtre pour disparaître sans cicatrice ni desquamation, ni pigmentation.

Une éruption analogue se produit sur les membres : elle se développe de la racine vers l'extrémité, de sorte que les mains et les pieds sont atteints les derniers; elle siège de préférence à la face externe des bras et des cuisses, elle y forme des taches beaucoup plus grandes que sur le visage et peut y atteindre la dimension de la paume de la main. La régression des placards se faisant du centre à la périphérie, il en résulte qu'à la période de régression on voit, sur les cuisses, par exemple, des anneaux rouges plus ou moins grands, à centre pâle où la peau est normale. Les anneaux s'amincissent progressivement et ne sont bientôt plus représentés que par un mince liséré rouge qui disparaît à son tour.

Le tronc est généralement indemne. Quelquefois on y voit des taches discrètes sur la poitrine et le dos.

L'éruption constitue toute la symptomatologie. La langue est quelquefois un peu chargée, mais c'est tout. Pas d'engorgement ganglionnaire. Pas de catarrhe des muqueuses.

Pospischill a décrit à cet érythème deux variétés : scarlatinoïde et morbilloïde.

La durée totale de la maladie est de six à dix jours. On observe quelquefois des rechutes » (Milian).

Au total, nous conclurons de ce long chapitre de diagnostic que la rubéole morbilliforme ou scarlatiniforme, fièvre éruptive autonome, se distingue par des caractères cliniques tranchés de la roséole de Trousseau, de la rougeole et de la scarlatine; la fourth disease n'est qu'une forme de la rubéole, mais le magalerythema epidemicum paraît une maladie spéciale dont la physionomie n'a encore été qu'ébauchée.

VI

Traitement. — Le traitement consistera uniquement en soins hygiéniques : repos au lit, boissons tièdes, application de poudre de talc contre le prurit.

L'isolement sera rigoureux, comme pour les autres fièvres éruptives. Didier exige une quarantaine de vingt jours, une désinfection sérieuse dans un bain antiseptique, la fermeture et la désinfection de l'école où aura éclaté une épidémie. Ce sont là, Sevestre l'a montré, précautions exagérées; il suffira d'isoler le malade pendant dix à douze jours à partir de l'apparition de l'exanthème et la désinfection des locaux, toujours à conseiller, ne sera pas indispensable.

BIBLIOGRAPHIE

On trouvera l'indication des travaux antérieurs à 1883 dans le mémoire de Delastre. *Contribution à l'étude de la rubéole*, Th. de Lyon, 1883, et dans la Revue générale de Longuet. Sur la rubéole, *Union méd.*, 1883.

1883. Duhring. *Traité des maladies de la peau*, trad. Barthélemy. — Jaccoud. *Pathologie interne*. — Pellereau. Roseola and measles in Mauritius, *The Practitioner*, sept. et nov. — Sevestre. *Année méd.* — Tonge Smith. Rubeola so called german measles, *The Lancet*.

1884. Bourneville et Bricon. De la roséole idiopathique ou rubéole, *Progrès méd.* — Trastour (de Nantes). A propos de la rubéole, *Union méd.* — Daga. Notes sur la rubéole, *Union méd.* — Lubanski. Contribution à l'étude de la rubéole, *Ibid.* — W. Edwards. A contribution to the clinical study of rötheln, *Amer. Journ. of the med. sc.*

1885. Klaatsch. Uber Rötheln, *Zeits. f. klin. Med.* — G. Byrd Harrison. Rötheln, *The Amer. Journ. of obstet.*

1886. Glover. Sur un prodrome précoce de la rubéole, *The Lancet*. — J. Ryle. *The Brit. med. Journ.*, p. 1334. — Comby et Dupré. Un cas de rubéole, *France méd.* — Desplats. Note sur une épidémie de rubéole observée à Lille, Soc. méd. des hôpit., 23 juillet. — Desnos. De la rubéole, Soc. méd. des hôpit., 13 août.

1887. L. Wolberg. Rubéole suivie de rougeole, *Berl. klin. Wochens.*, 13 déc. — Atkinson. On the rubeola, *Amer. dermat. Assoc.* et *Amer. Journ. of the med. sc.* — Griffith. Étude sur 150 cas de rubéole, *New York med. record*. — Morel-Lavallée. Etude générale sur les roséoles, *Gaz. des hôpit.* — Brocq. *Arch. de dermat. et de syphil.*

1888. Rehn. Épidémie de rubéole, *Jahrb. f. Kinderh.* — Bonnet. Note sur l'épidémie rubéolique observée dans la Drôme en 1887, *Gaz. hebd. de Montpellier*, n° 15. — Crozer Griffith. On the rubeola or rötheln, *The med. record* et *Ann. of dermat.* — Henry Davis. Id., *Brit. med. Journ.* — J. A.

KITE. Un cas de rubéole chez une primipare nouvellement accouchée, *Boston med. Journ.*

1889. ARNOZAN. Une épidémie de rubéole, *Journ. méd. de Bordeaux.* — BOURDEL. Sur deux cas de diagnostic difficile à propos des fièvres éruptives, Soc. médico-prat., 13 mai. — JACCOUD. De la rubéole, *Journ. de méd. et de chir. prat.*

1890. TOWSEND. Rötheln with measles, *Arch. of ped.* — TALAMON. Rubéole et roséole, *Méd. moderne*, n° 16; — Rougeole et rubéole, *Ibid.*, n° 23. — CASTAN. *Épidémie de rubéole*, Montpellier. — CORRIVEAUD. Ibid., *Journ. méd. de Bordeaux.* — LAZARD. *La rubéole en 1890*, Th. de Paris. — GALLIARD. Quelques cas de rubéole, Soc. clin. de Paris, 12 juin. — HALLOPEAU. Ibid., *ibid.*, 23 oct. — ROQUE. De la rubéole, *Province méd.*, n° 21. — WIDOWITZ. De l'individualité de la rubéole, *Wien. med. Presse.* — LOEB. Diagnostic de la rougeole et de la rubéole, *Jahrb. f. Kinderh.* — JUHEL-RENOY. De la rubéole, Soc. méd. des hôpit. et *Gaz. des hôpit.*

1891. PERRIN. De la rubéole, *Marseille méd.* — GRIFFITH. *The med. record*; — Casuistiches und historiches über Rötheln, *Jahrb. f. Kinderh.*, 3 avril. — Ch. ELOY. Les adénopathies cervicales morbilleuses, *Revue gén. de clin. et thérap.* — N. S. MANNING. The antheak of rötheln, *Med. press*, London. — DIDIER. *Contribution à l'étude de la rubéole*, Th. de Paris. — DIAGONNIS. Sur la rubéole et son traitement, *Bull. de thérap.* — LEFLAIVE. La rubéole, *Gaz. des hôpit.*

1892. HARRINGTON. *Med. news*, Philadelphie. — HARRISON. *Brit. Journ. dermat.*, London. — MEREDITH. *The Lancet.* — FAVIER. Étude sur la rubéole, *Revue de méd.* — ALLIOT. *Contribution à l'étude de la rubéole*, Th. de Bordeaux. — PERRIN. Quelques cas de rubéole, *Marseille méd.* — LEFLAIVE. La rubéole, *Bulletin méd.*, 14 oct.

1893. WILISCHANIN. *Saint-Pétersbourg med.* — PUTNAM. *Boston med.* — GILLET. Rubéole légère, *Revue des mal. de l'enf.* — SEVESTRE. Une épidémie de rubéole, Soc. méd. des hôpit.

1894. MICHAELIS. *Kind. Artz.*, Leipzig.

1897. N. FILATOW. *Vorlesungen über acute Infections Krankheiten im Kindesalter* (trad. du russe), Vienne.

1898. FROCHHEIMER. *Twentieth cent. Pract.*, New-York.

1900. KOPLICK. *Arch. f. Kind.*, Stuttgard. — JESSNER. *Heilk. Wien.*, Leipzig. — LANG. *Piladelph. med. Jotrn.* — TOBEITZ. *Arch. f. Kinderh.*, Stuttgard. — C. DUKES. On the confusion of two different diseases under the name of rubella, *Lancet.* — A. RENAUD. *La leucocytose dans la rougeole*, Th. de Lausanne.

1901. GUINON. Ce que valent les signes prodromiques de la rougeole, *Revue des mal. de l'enf.*, avril.

1902. J. J. WEAVER. The fourth disease, *Brit. med. Journ.* — GRIFFITH. Rubella and the fourth disease, *Philadelphia med. Journ.* — MARSDEN. Fourth disease, *Lancet.*

1903. PLANTENGA. La leucocytose de la rougeole et de la rubéole, *Arch. de méd. des enf.*

1904. ROMME. La fourth disease, ou maladie de Dukes-Filatow, *Presse méd.*, n° 90.

1905. POYNTON. A clinical lecture on some points in the differential diagnosis of scarlat fever, German measles and measles, *Brit. med. Journ.*, n° 2301. — VARIOT. A propos de l'épidémie actuelle de rubéole, Soc. de pédiat., 18 avril. — L. CHEINISSE (de Paris). L'identité de la « quatrième maladie » avec la « rubéole scarlatineuse ». Une cinquième maladie éruptive : le mégalérythème épidémique, *Semaine méd.*, 29 mars et 3 mai 1905. (Ces articles contiennent une bibliographie de la « fourth disease » et du « mégalérythème. »)

Dictionnaire de médecine et de chirurgie. — *Traité des maladies de l'enfance* de Grancher. — *Traités de médecine*, etc.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

MÉDECINE PRATIQUE

SUR UN PERFECTIONNEMENT DANS LA TECHNIQUE DES INJECTIONS MERCURIELLES SOLUBLES

M. Danlos a apporté à la Société de thérapeutique (8 nov.) un perfectionnement dont le mérite revient à M. Midy.

On sait que l'un des défauts principaux des injections mercurielles solubles est la douleur qu'elles provoquent. M. Midy s'est efforcé d'y apporter remède et y est presque arrivé avec une formule basée sur l'emploi d'un analgésique sans incompatibilité avec les iodures doubles alcalins mercuriques :

Biiodure d'hydrargyre......	1	centigramme.
Iodure de sodium...........	1	—
Subcutine.................	5	—
Chlorurure de sodium.......	2	—
Eau ozonée stérilisée.......	1	—

Ce liquide injectable est conservé dans des ampoules de 1 à 2 centimètres cubes.

La subcutine qui constitue l'élément analgésique est la combinaison d'un amène aromatique, l'anesthésine, avec l'acide phénolsulfonique.

Avec cette solution, trois élèves du service de M. Danlos, à l'hôpital Saint-Louis, ont fait le chiffre respectable d'au moins 420 injections; ils sont arrivés aux conclusions suivantes :

Ces injections sont indolores. Le plus souvent on constate un simple engourdissement immédiat qui, débutant au voisinage de la piqûre, gagne rapidement la cuisse et le mollet. Cet engourdissement qui n'empêche nullement le malade de vaquer à ses occupations dure, chez les hommes, vingt minutes à une demi-heure; chez les femmes, deux ou trois heures. Dans quelques cas, chez des sujets particulièrement nerveux, il y a eu un peu de douleur vraie, mais jamais de nodosité ni d'abcès.

Comme contre-partie, on a fait de temps à autre, à l'insu des malades, des piqûres avec la solution d'iodure double ordinaire, et toujours celles-ci se sont montrées douloureuses. Même constatation chez deux sujets qui avaient été traités antérieurement par des injections d'iodure double sans anesthésique.

La conclusion qui ressort de ces faits est la supériorité de la formule de M. Midy sur celles que nous connaissions jusqu'à présent.

Les injections doivent être intra-musculaires.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 15 NOVEMBRE 1905)

Du traitement du cancer du gros intestin par l'entéro-anastomose. — La discussion se poursuit sur cette intéressante question : M. TERRIER rapporte 11 cas de sa pratique personnelle. Le premier date du mois de novembre 1899. Il s'agissait d'un néoplasme adhérent du côlon transverse. M. Terrier pratiqua une iléo-rectostomie. Le malade survécut vingt-sept mois.

2° Néoplasme du côlon ascendant, anastomose entre l'iléon et le côlon transverse, opération pratiquée en 1900, survie de douze mois;

3° Cancer du côlon descendant, anostomose de l'iléon avec l'anse sigmoïde, survie de six mois;

4° Néoplasme de l'S iliaque, phénomènes d'occlusion aiguë,

anus contre nature, puis, secondairement, anastomose entre le côlon transverse et le rectum. M. Terrier a perdu de vue ce malade;

5° Néoplasme du cæcum, iléo-sigmoïdostomie, guérison opératoire;

6° Néoplasme du côlon transverse, iléo-sigmoïdostomie, guérison opératoire;

7° Cas analogue au précédent, même intervention, survie de dix mois;

8° Néoplasme de l'angle du côlon transverse et du côlon descendant, iléo-rectostomie, mort par péritonite;

9° Cancer étendu du côlon transverse, iléo-sigmoïdostomie, mort; à l'autopsie on reconnaît que le cancer s'étend jusqu'à l'os iliaque, que le rein gauche est également atteint;

10° Phénomènes d'étranglement interne, dégénérescence du péritoine, jéjuno-sigmoïdostomie, opération très laborieuse et difficile, mort au quatrième jour de péritonite aiguë;

12° Il s'agit d'un malade opéré par MM. Terrier et Montprofit, à Angers; cancer de la partie supérieure du rectum, entéro-anastomose latérale pratiquée très bas, suites opératoires très bonnes, phénomènes d'obstruction nécessitant, huit mois après, l'établissement d'un anus contre nature, survie de douze mois.

Dans la plupart de ces cas, M. Terrier a pratiqué l'anastomose latérale; pour M. Terrier, c'est l'entéro-sigmoïdostomie qui est l'opération de choix. En cas d'occlusion, il lui semble préférable de pratiquer d'abord un anus contre nature. Toutefois l'occlusion n'est pas, par elle-même, une contre-indication à l'anastomose. Dans trois cas, M. Terrier l'a pratiquée d'emblée. Selon lui, c'est surtout dans les cas de cancers circonscrits, annulaires, qu'il convient de remplacer l'anus artificiel par l'anastomose. C'est à l'iléo-sigmoïdostomie qu'il donne la préférence quand cette opération est facilement praticable.

M. Guinard reconnaît avec MM. Quénu et Hartmann que l'anus iliaque est souvent très bien supporté et constitue une bonne opération. Il en possède un cas qui date de quatre ans et le malade demande à être débarrassé de son infirmité. Parmi les cas rapportés par M. Demoulin, dans son rapport, il en est deux qui appartiennent à M. Guinard, il n'y reviendra pas. Depuis, M. Guinard a eu l'occasion de pratiquer quatre nouvelles anastomoses. Comme M. Terrier, c'est l'anastomose iléo-sigmoïdienne qu'il considère comme l'opération de choix. Voici le résumé de ces quatre cas :

Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de cinquante-trois ans qui était atteint d'un cancer de la valvule iléo-cæcale. M. Guinard fit une anastomose entre l'iléon et le rectum. Cette anastomose est souvent plus facile que l'iléo-sigmoïdienne. Il est vrai que ces malades, après cette opération, ont des selles diarrhéiques. Mais ils ne s'en plaignent pas, préférant cet inconvénient à la constipation opiniâtre dont ils sont généralement atteints avant l'intervention. Ce malade eut, par la suite, une fistule intestinale résultant, non de l'opération, mais bien de l'envahissement de l'intestin grêle par le néoplasme. Il est mort de cachexie.

Dans le second cas, il s'agit d'une jeune femme de vingt-sept ans, qui avait été opérée d'un gros kyste ovarique à pédicule tordu, qui avait été prise d'occlusion intestinale aiguë; on fit la laparotomie, on trouva des nodosités tuberculeuses jusque sur l'appendice qui fut enlevé, de gros ganglions, des ulcérations tuberculeuses du rectum; M. Guinard pratiqua une anastomose iléo-rectale.

La troisième observation est celle d'un homme de vingt-huit ans, qui portait un cancer de l'anse oméga. M. Guinard en pratiqua l'ablation et fit une anastomose cæco-rectale. Le malade succomba quarante-huit heures après.

Dans le quatrième cas, il s'agit d'un néoplasme du côlon, au niveau de l'anse oméga; M. Guinard pratiqua une anastomose colo-rectale. Le malade a survécu dix-sept mois.

En résumé, sur 6 cas, M. Guinard compte 3 morts et 3 guérisons. Les 3 morts se rapportent à des cas d'obstruction aiguë. Il ne faut pas hésiter à proposer, chez ces malades, l'anus artificiel, quitte à pratiquer plus tard l'anastomose. En somme, pour M. Guinard, l'anastomose aurait surtout un avantage moral sur l'anus artificiel qui constitue toujours une triste infirmité, mais au point de vue de la survie, il ne croit pas qu'elle soit plus longue après l'anastomose qu'après l'anus contre nature. Quand un malade auquel on a pratiqué un anus iliaque se trouve à peu près satisfait de la situation, il n'y a pas lieu de lui proposer une anastomose secondaire. M. Quénu a même soutenu que la survie était plus longue après l'anus artificiel qu'après l'anastomose. C'est possible; mais M. Guinard aimerait mieux ne vivre que douze mois avec une anastomose que quinze mois avec un anus contre nature.

Au point de vue de la technique de l'anastomose entéro-rectale, M. Guinard préfère la suture à l'emploi de bouton de Murphy. Après l'emploi de celui-ci, il semble que la mort post-opératoire soit plus à craindre.

Une contre-indication formelle de l'anastomose, selon M. Guinard, est l'adhérence du néoplasme à la vessie. Dans ces cas, il faut se résigner à recourir à l'anus artificiel. C'est aussi à l'anus qu'il faut recourir dans les cas d'occlusion aiguë, quitte à pratiquer l'anastomose secondairement. Il faut, dit M. Guinard, séparer les cas d'anastomose du gros intestin avec le gros intestin des cas d'anastomose de l'intestin grêle avec le gros intestin. Dans les premiers cas, il faut faire des bouches très larges et ne jamais recourir au bouton. Dans les cas d'occlusion chronique, il faut faire l'anastomose iléo-sigmoïdienne ou l'anastomose iléo-rectale suivant le siège plus ou moins élevé du néoplasme.

Quoi qu'il en soit, avec les anastomoses pratiquées dans ces conditions, on arrivera à restreindre la nécessité de cette infirmité qu'on appelle l'anus artificiel.

M. Quénu fait deux rapports : l'un sur un cas de **grossesse extra-utérine**, adressé par M. Barnsby (de Tours); l'autre sur un cas de **cholédoco-entérostomie**, par M. Brin (d'Angers). A propos de ce dernier fait, M. Quénu discute les diverses opérations sur les voies biliaires. Nous y reviendrons.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 132. — MARDI 21 NOVEMBRE 1905. 78e ANNÉE. MARDI 21 NOVEMBRE 1905. — N° 132.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Blessure de la moelle. Syndrome de Brown-Séquard (avec 2 fig.), par M. Couteaud.
Sur une forme rare de néoplasme de l'estomac à marche rapide, chez une jeune fille de vingt-sept ans, par M. La Mouche.
MÉDECINE PRATIQUE
L'iode et les iodiques.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Société médicale des hôpitaux.
Société de biologie.
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Le concours de l'Internat vient de se terminer par la nomination de MM. Desqueyroux, Lautier, Calmettes, Cléjat, Aubert, Teulières, Parcellier, Peyre, Chauvet, internes titulaires.

Le nombre des internes provisoires à admettre parmi les candidats classés à la suite n'est pas encore fixé.

— Les récompenses de l'année scolaire 1904-1905 se bornent aux deux nominations suivantes :

Prix Delord (440 francs) : MM. Poloquy, interne de deuxième année.

Prix du docteur Levieux (une trousse) : M. Denis, interne de troisième année.

— Rouen. — Le concours de l'Internat s'est terminé par la nomination de MM. Montpeurt, Lefrançois, Fidelin et Assire.

— Lyon. — Le concours pour la nomination de pharmaciens adjoints des hôpitaux de Lyon s'est terminé le vendredi 10 novembre par la nomination de MM. Paul Philippe, André Roux, Joseph Devaux, Olivain, Poyet, André Cazenave, Sommier, Emile Barbassat, Albert Pache, Joseph Picon, titulaires.

MM. Carraz, Jacquard, Merle, Jourdain, Plottain, Maréchal, Jurain, Charrier, Prat, Trioulet, Curtil, Brun, Guerpillon, Gerbier, Brochot, suppléants.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Le concours de l'adjuvat vient de se terminer par la nomination de MM. Bourrut-Lacouture, Valleteau de Mouillac et Benoit-Gonin, titulaires ; M. Mathieu, suppléant.

— Lyon. — Le concours du prosectorat s'est terminé par la nomination de MM. Muller, Leriche et Cavaillon.

MÉDECINS SANITAIRES MARITIMES. — A la suite des examens qui ont eu lieu à Marseille les 6 et 7 novembre courant, sont nommés médecins maritimes : MM. les docteurs Alombert-Goget, André, Aubert, Benoit, Brun, Carbonell, Crémieux, Dodier, Dubos, Duchamp, Glatard, Maury, Migzoni, Paulet, Péduran, Perrot, Roche, Tardieu.

MARINE. — M. le médecin de deuxième classe Roux, du port de Toulon, est désigné pour servir à la prévôté du 5e dépôt des équipages de la flotte.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Rollin (de Paris) est nommé chevalier du Mérite agricole.

ŒUVRE DE LA TUBERCULOSE HUMAINE. — Dispensaire antituberculeux de Nice. — Le dispensaire antituberculeux de Nice que dirige son dévoué fondateur le docteur Pégurier, assisté de nos excellents confrères Durandeau, Gilli et Mignon, vient de publier son rapport pour l'exercice 1904-1905. Il en résulte que le chiffre des malades traités va en augmentant d'une façon considérable.

Depuis moins de trois ans cette fondation humanitaire a pu soigner et assister gratuitement 1 144 phtisiques pauvres ; dans le même espace de temps le nombre total des consultations s'est élevé au chiffre de 5 419.

Ce beau résultat, tout à l'éloge du dévouement de nos confrères, ne peut qu'encourager les bienfaiteurs qui ont fait vivre jusqu'ici le dispensaire antituberculeux de Nice.

ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE PARIS. — Le comité de cette association nous prie d'informer nos lecteurs que depuis le 1er novembre 1905 la *Revue de déontologie* a cessé d'être l'organe de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort : de notre collaborateur et ami Louis Roche (de Paris), ancien interne des hôpitaux, oculiste en chef de la Compagnie des chemins de fer de l'Ouest. Ses obsèques ont eu lieu à Niort. Nous prions sa famille de recevoir l'assurance de notre très attristée sympathie ; — de celles de MM. les docteurs Baraban, adjoint au maire de Nancy, professeur à la Faculté de médecine ; Joly (de Neufchâtel en Bray), Gosselin (de Caudebec-les-Elbeuf), et de M. Marius Craisson, étudiant en médecine à Marseille.

(*Voir la suite des* Nouvelles, *p. 1580.*)

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANCAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 10, oct. 1905.) THIBIERGE, RAVAUT et L. LE SOURD : Études de vénéréologie expérimentale. II. Le chancre simple expérimental de la paupière chez les singes macaques. — DESGREZ-AYRIGNAC : Étude de la nutrition dans les dermatoses. II. Interprétation des résultats urologiques. — Ch. AUDRY : Note préliminaire sur l'administration du mercure par la voie rectale.

Bulletin médical. — (N° 87, 11 nov. 1905.) MAUCLAIRE : Des luxations traumatiques de la mâchoire inférieure. — (N° 88, 15 nov.) SIMONIN : L'eau des casernes et la fièvre typhoïde.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIII, n° 17, 26 oct. 1905.) Richard C. CABOT et Edwin A. LOCKE : De l'organisation d'un service de clinique médicale (avec 2 tableaux). — William ROLLINS : Notes sur l'usage de l'éther en médecine. Le traitement de la neurasthénie par les bains intermoléculaires d'éther polarisé (avec 3 figures). — Francis B. CARLETON : La cataphorèse mercurielle dans les maladies des femmes avec le compte rendu d'observations cliniques.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 44, 4 nov. 1905.) PESCI : Expériences cliniques sur la digalène et particulièrement sur l'importance sous forme d'injections intraveineuses.

Écho médical du Nord. — (N° 46, 12 nov. 1905.) L. DUBAR : Abcès de la chambre antérieure de l'œil.

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 109, 10 sept. 1905.) Alfredo PERUGIA : Infantilisme avec atrophie des organes génitaux. — R. SABATUCCI : Suppurations et tétanos par injections hypodermiques. — Giorgio POLLIO et Arturo FONTANA : La présence du spirochète de Schaudinn dans l'acné syphilitique du cuir chevelu. — Alvise Dal VESCO : Deux cas de corps étrangers de l'œsophage extraits par la voie buccale pendant la radioscopie. — Paolo FIORI : L'airol dans la pratique chirurgicale, spécialement au point de vue de la cure des diverses formes de tuberculose. — Aurelio ROSSI : Craniectomie pour fracture compliquée du frontal avec épilepsie corticale. — E. BRACCHI : Un cas d'ophidisme guéri par le permanganate de potasse. — Alfredo BALDOCCI : Exanthème consécutif à l'emploi du cacodylate de soude. — (N° 112, 17 sept.) B. MARIOTTI : La cryoscopie des urines dans les maladies infectieuses. — Gioachino GASARDI : Prophylaxie de la malaria. — Eriberto AIEVOLI : Les canaux anormaux du pénis. — J. BRUSCHI : Lésion transversale complète de la moelle épinière par plaie d'arme à feu. — Tomaso CARPENTIERI : Ligature du canal de Wirsung. — (N° 115, 24 sept.) Luigi FERRIO : Les rapports entre la péricardite et les lésions valvulaires de l'aorte. — Prof. Dario MARAGLIANO : Un nouveau danger de l'opération de Talma. — G. B. BURZAGLI : La possibilité de remédier à l'insuffisance de la sécrétion lactée chez la femme. — Vincenzo TORRESI : Contribution clinique au diagnostic et au traitement de l'œdème malin et de la pustule maligne. — (N° 118, 1er oct.) Torindo SILVESTRI : Ataxie aiguë, astasie abasie consécutive à une angine non diphtérique. — G. MATTIROLO : Artérites diplococciques et gangrènes des extrémités. — (N° 121, 8 oct.) Ferruccio SICURANI : Deux cas de néoplasie maligne du rein. — M. LUZZATTO : Un cas de fièvre typhoïde subcontinue. — Giuseppe DE FRANCHIS : Pseudarthrose guérie par le massage. — Benedetto FORMIGGINI : Contribution à l'étude des traumatismes du thorax. — (N° 124, 15 oct.) Giuseppe GASPARINI : Un cas de pneumothorax sous-phrénique. — Cesare ORTOLI : Les réflexes abdominaux dans la fièvre typhoïde. — Corrado GIGLIO : L'eau oxygénée et ses applications médicales. — E. Stefano D'ESTE : Une éventualité rare comme cause d'erreur dans le diagnostic de la hernie crurale. — Ferruccio BINDI : Ascite par cirrhose hépatique guérie par l'opération de Talma. — (N° 127, 22 oct.) Prof. Guido TIZZONI et Alessandro BONGIOVANNI : Encore à propos du traitement de la rage par les rayons du radium et de leur mécanisme. — Enrico BELLIBONI : La pression sanguine chez les tuberculeux. — A. DE BLASI : Les suppurations de l'oreille. — Cesare PROVERA : Un cas de luxation périnéale de la hanche. — (N° 130, 29 oct.) GHEDINI : A propos de certaines pleurésies métapneumoniques. — VIVALDI et TONELLO : Helminthes et fièvre typhoïde. — Gianmaria FRATINI : Notes cliniques relatives à l'étiologie et à l'évolution du tabes. — Nicolino FEDERICI : Contribution expérimentale au choix des antiseptiques. — A. MONTINI : L'intervention chirurgicale dans les péritonites septiques. — Nicolo MARINI : A propos d'un cas de purpura rhumatoïde avec néphrite. — (N° 133, 5 nov.) Cesare Scavonetto MATTERAZZI : Importance des corps de Negri pour le diagnostic pratique de la rage. — A. GERMANI : Contribution à l'étude clinique et séméiologique de la sténose mitrale, notamment en ce qui concerne le redoublement du second bruit, comme le symptôme le plus caractéristique du vice cardiaque. — Germano CORSINI : Le goitre héréditaire et son influence sur le développement psychique de l'individu. — Giuseppe CECCHERELLI : Le chloroforme Roche. — Arbace PIERI : Les effets de l'extirpation du ganglion cœliaque. — Arturo Aly BELFADEL : Le nitrate d'argent dans le traitement de la pneumonie franche. — Giovanni VETRANO : L'hystérie en médecine légale. — Giuseppe STELLA : Contribution à l'histoire clinique des bronchopneumonies à caractère épidémique.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 46, 12 nov. 1905.) SABRAZÈS et L. LETESSIER : Procédé de coloration de la névroglie. — GALTIER : Considérations sur l'élimination urinaire dans le délire alcoolique. — M. CAVALIÉ : L'enseignement dentaire et la profession de dentiste en Suisse, en Allemagne, en Autriche-Hongrie et en Angleterre (*suite*). — LAFITE-DUPONT et ROCHER : Bronchoscopie supérieure pour l'extration d'un noyau de prune de la bronche droite.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 46, 12 nov. 1905.) R. SAINT-PHILIPPE : Du rachitisme et de sa prophylaxie par les gouttes de lait.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 45, 9 nov. 1905.) VAN LINT : La névrite optique héréditaire.

Medical Record. — (Vol. LXVIII, n° 17, 21 oct. 1905.) J. BODINE : Pladoyer pour l'anesthésie locale dans la cure radicale de la hernie inguinale basé sur l'étude de 300 cas. — VON RAITZ : Etiologie du tabès ; ses conséquences sociales, légales et thérapeutiques. — FONT WAYNE : Troubles oculaires en relation avec le développement de la puberté. — Edward MC-INTOSH : Diagnostic du carcinome de l'estomac. — ASCHCROFT : La méthode de Whitman dans le traitement de la fracture du col du fémur. — (N° 18, 28 oct.) — Samuel ALEXANDER : Observations sur l'étiologie et le traitement des abcès périnéaux ainsi que des suppurations péri-urétrales siégeant au-dessus du ligament triangulaire. — Philipp KERRISON : Les indications opératoires dans la mastoïdite aiguë. — Lee FRANKEL : Les convalescents ; les soins qu'ils comportent au point de vue médical. — D. ENGLISH : Traitement de la fièvre typhoïde.

(Voir la suite, p. 1582.)

BLESSURE DE LA MOELLE

SYNDROME DE BROWN-SÉQUARD

Par le docteur COUTEAUD,

Médecin en chef de première classe de la marine,
Correspondant de la Société de chirurgie.

Le 19 décembre 1904, un soldat d'artillerie coloniale reçoit, dans une rixe, un coup de couteau à la région postéro-inférieure du cou. On l'apporte dans la nuit, complètement ivre, à l'hôpital maritime de Cherbourg, où le médecin de garde lui donne les premiers soins; il constate une hémorragie très abondante venant d'une plaie linéaire, médiane, légèrement oblique de haut en bas et de gauche à droite, de 4 centimètres d'étendue, s'enfonçant entre les deux premières vertèbres dorsales.

Le matin, le médecin principal Barbolain me montre le blessé. C'est un homme de trente-deux ans, de bonne musculature, bien conservé malgré plusieurs séjours aux colonies. Il présente une paralysie motrice du membre inférieur droit, une hypoesthésie du membre inférieur gauche, de l'engourdissement du membre supérieur droit et une diminution dans la force de préhension de la main de ce côté. Ces phénomènes ont déjà été observés une heure après l'accident par le médecin de garde, le docteur Janicot, qui a noté une exagération manifeste du réflexe rotulien droit. Pas de paralysies viscérales, pas de troubles oculo-pupillaires, respiration normale, miction spontanée; la température axillaire est à 36°6 et le pouls à 55 (le pouls normal était de 70).

La sonde cannelée fait constater une dénudation de l'apophyse épineuse de la première vertèbre dorsale dans toute l'étendue de son bord inférieur. Le médecin traitant ne poursuit pas plus loin cette exploration, s'abstient de toute intervention et panse la plaie à la gaze iodoformée.

Le diagnostic posé est : section de la moitié droite de la partie inférieure de la moelle brachiale ou de la partie supérieure de la moelle dorsale.

Le lendemain, abolition de tous les réflexes de la moitié inférieure du corps, à droite comme à gauche; le membre inférieur droit est désagréablement impressionné par le froid et, comparé avec celui de gauche, donne manifestement une impression de froid. On note des traces d'albumine dans les urines, de la constipation, des douleurs dans le cou et la tête, une température un peu élevée (37°4), un pouls dur, lent, solennel, à 55. Cependant rien d'inquiétant ne se manifeste, les phénomènes nerveux restent tels quels, sauf l'apparition d'une hyperesthésie du côté paralysé, c'est-à-dire depuis le mamelon droit jusqu'au membre inférieur inclusivement.

La paralysie motrice date du moment de l'accident, le lundi 19; or, ce fut seulement le samedi 24 qu'on constata une hémi-anesthésie gauche comprenant tous les modes de sensibilité et occupant la moitié inférieure du tronc et le membre inférieur gauche. On peut dire que le syndrome de Brown-Séquard ne s'est manifesté pleinement qu'au bout de cinq jours, comme s'il s'était accompli en deux phases distinctes. A ce moment la sensibilité des membres supérieurs est entière, il y a diminution de l'hyperesthésie signalée à droite, et un réveil de la motilité du même côté se traduisant par la possibilité de fléchir la jambe sur la cuisse et un commencement de rotation des membres pelvi-trochantériens.

La plaie, d'abord grisâtre et sans tendance à la guérison, est touchée au chlorure de zinc et pansée à l'eau oxygénée jusqu'au 1er janvier 1905, date de sa guérison.

Le 25 janvier, le blessé marche avec un bâton et monte tout seul un escalier pour se faire électriser. Le réflexe rotulien droit est redevenu exagéré comme au premier jour. L'hémi-anesthésie gauche persiste avec un peu de paresse rectale. Le traitement a consisté en manœuvres de massage et d'électrothérapie.

Le 15 février 1905 l'homme part pour un congé de convalescence de six mois à l'expiration duquel il rentre à l'hôpital maritime. Je le revois dans mon service au mois d'octobre. La santé générale est bonne, mais l'état de la motilité et de la sensibilité ne s'est pas modifié depuis la sortie de l'hôpital. Il marche en traînant quelque peu la jambe et se fatigue rapidement, ne pouvant guère dépasser 1 kilomètre sans se reposer; cette paralysie motrice ne s'accompagne d'aucune hyperesthésie. Les réflexes inférieurs (abdominal, crémastérien, achilléen, plantaire) sont abolis à gauche et à droite à l'exception du patellaire qui est resté exagéré à droite et à peu près nor-



Fig. 1.
Les parties teintées marquent les zones d'anesthésie. — Hémianesthésie gauche et anesthésie partielle de l'aisselle droite.

Fig. 2.
Hémianesthésie gauche. — Anesthésie partielle scapulaire droite. — Le trait noir supérieur indique la cicatrice de la plaie.

mal à gauche. La sensibilité est abolie dans tous ses modes dans la moitié gauche du corps, à partir d'une ligne sise entre l'ombilic et le mamelon avec une délimitation supérieure à peu près horizontale en avant mais plus irrégulièrement dessinée en arrière comme le montre la photographie.

L'hémianesthésie du tronc n'arrive pas en arrière jusqu'à la

ligne médiane; il existe le long des apophyses épineuses du côté anesthésié une bande verticale de sensibilité de 2 centimètres de largeur. En outre, on observe une zone d'anesthésie dans la région scapulaire postérieure, deltoïdienne et axillaire du côté droit (opposé à l'anesthésie). La moitié gauche des organes génitaux externes et tout le membre inférieur gauche sont anesthésiés; les excoriations nombreuses et les traces de contusions en ces points témoignent assez des heurts inconscients subis par le sujet.

La miction se fait normalement; défécation paresseuse, le plus souvent impossible sans lavement; le malade prétend avoir conservé l'exercice de ses fonctions génitales.

Il y a de l'anesthésie pharyngée, mais probablement préexistante au traumatisme. En effet, en enfonçant le doigt dans le pharynx, on sent une saillie osseuse résultant d'une luxation incomplète d'une vertèbre cervicale survenue au Soudan quatre ou cinq ans auparavant.

Acuité visuelle normale, rien aux pupilles; peut-être y a-t-il un léger rétrécissement du champ visuel.

Le membre inférieur droit présente une légère diminution de volume sans relation vraisemblable avec la lésion médullaire, car elle fut constatée le lendemain de l'accident; elle ne peut être attribuée qu'à une entorse double subie à dix-huit ans et dont les malléoles portent encore les traces (1).

Dix mois après sa blessure l'homme repart en congé pour attendre sa libération du service.

Pour compléter l'histoire de ce malade voici quelques renseignements complémentaires sur ses antécédents en dehors des traumatismes déjà signalés. Il a sept frères ou sœurs bien portants; une sœur est morte du diabète à vingt-trois ans. Il a eu la fièvre typhoïde à dix-neuf ans; pendant huit ans de séjour passés aux colonies il a contracté la fièvre paludéenne au Soudan, et une néphrite *a frigore* à Madagascar (1901). Mentalité ordinaire, instruction élémentaire, profession de mécanicien.

Il s'agit bien, dans ce cas, du syndrome de Brown-Séquard provoqué par une section plus ou moins complète de la moitié droite de la moelle à la limite des deux premiers segments thoraciques (moelle dorsale et brachiale) avec quelques lésions radiculaires. Peut-être l'hémorragie intra-rachidienne a-t-elle joué un rôle fugace dans les manifestations sensitivo-motrices produites. Le syndrome de Brown-Séquard a pu aussi être modifié dans sa pureté par les antécédents morbides du blessé. Ce qui est à retenir de cette observation c'est que le syndrome ne s'est établi dans sa plénitude que cinq jours après la lésion de la moelle : hémi-paralysie motrice directe d'emblée, hémi-anesthésie croisée tardive. Tandis que la paralysie guérissait rapidement, l'anesthésie ne s'est en rien amendée dans les dix mois qui ont suivi l'accident.

L'hyperesthésie du début dans le côté paralysé rentre dans le syndrome classique; en revanche, contrairement à la règle, ce côté présentait un abaissement de température marqué. Il n'y a eu aucun trouble trophique à signaler, et il est logique d'attribuer à des lésions anciennes la faible diminution de volume de la cuisse et l'anesthésie pharyngée qu'on eût pu mettre sur le compte de l'hystérie.

Le premier médecin traitant du blessé ne crut pas devoir intervenir chirurgicalement et il semble bien que la tournure des événements lui a donné raison. Le couteau vulnérant était probablement propre ou s'essuya dans son trajet cutanéo-musculaire puisque aucune infection ne s'ensuivit.

Une intervention eût été de rigueur à la moindre alerte de méningite spinale.

En somme, la guérison du sujet, sans être absolument complète, est compatible avec une certaine activité et lui permettra de se consacrer à un travail exigeant plus d'attention que de mouvement. Il va reprendre sa profession de mécanicien.

(1) Les troubles trophiques signalés dans le syndrome de Brown-Séquard affectent toujours le côté anesthésié.

HOPITAL GÉNÉRAL DE DIJON

(Service de M. Deroye, professeur de clinique médicale.)

SUR UNE FORME RARE DE NÉOPLASME DE L'ESTOMAC A MARCHE RAPIDE CHEZ UNE JEUNE FILLE DE VINGT-SEPT ANS

Par le docteur LA MOUCHE,

Chef de clinique médicale, médecin consultant à Vichy.

Le 25 mars 1905 entre, salle J.-B. Morlot, la nommée Marie V..., âgée de vingt-sept ans, qui souffre de l'estomac depuis le mois d'octobre 1904; précédemment, sa santé a toujours été excellente; elle ne présente pas d'antécédents héréditaires, son père et sa mère sont bien portants. Elle raconte qu'antérieurement à son entrée elle avait à l'estomac des douleurs paroxystiques suivies de vomissements qui amenaient la sédation de ses douleurs; elle les compare à des crampes violentes, occupant surtout le creux épigastrique, mais n'accuse à aucun moment ni brûlures, ni sensation de transfixion. Le confrère qui l'a vue l'a mise, sans résultats, à diverses poudres, au charbon, au bicarbonate de soude, qui ne lui ont produit aucun effet; seule l'infusion de camomille l'a quelque peu soulagée à un moment donné. Il est très difficile d'avoir de cette malade des renseignements précis; elle répond très inexactement aux questions qu'on lui pose, mais on apprend cependant qu'elle a eu de petites hématémèses, que la diarrhée fétide qu'elle présente continuellement depuis le début de sa maladie a quelquefois été noirâtre, que ses vomissements étaient seulement alimentaires, et qu'elle ne vomissait pas lorsqu'elle ne prenait rien. Cette malade ne paraît pas très amaigrie et présente plutôt l'aspect d'une chloro-anémique dont la décoloration pourrait être mise sur le compte du manque de nourriture, cette femme refusant systématiquement toute nourriture pour éviter souffrances et vomissements. Elle présente, de plus, les stigmates d'un nervosisme accentué : plaques d'anesthésie, zones d'hyperesthésie, absence des réflexes pharyngien et conjonctival, hyperesthésie ovarienne.

L'examen local de cet estomac est des plus difficiles; la malade réagit très violemment à chaque tentative et contracte vigoureusement ses grands droits. Le palper, qui est pratiqué à plusieurs reprises, ne permet pas de déceler la moindre

tumeur; il montre cependant un estomac qui paraît dilaté, basculé, sa limite inférieure atteignant dans l'hypocondre gauche deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

L'examen de l'abdomen et des autres organes ne révèle rien d'anormal.

Au commencement du mois d'avril, les douleurs stomacales n'ont pas changé; elles sont devenues cependant intermittentes ainsi que les vomissements, la malade souffrant infiniment moins à certaines périodes pendant lesquelles elle ne vomit pas, puis, sans cause apparente, rentrant brusquement dans les douleurs et l'intolérance gastriques. A un moment donné, on met la malade à la diète absolue et on l'alimente par des lavements d'eau et des lavements alimentaires; on ne laisse rien entrer dans son estomac, et tout rentre dans l'ordre. Dès qu'on essaie de l'alimenter à nouveau, les douleurs et les vomissements réapparaissent. Injections de sérum. Des compresses chaudes amènent une légère sédation, d'ailleurs sans durée. On engage, à plusieurs reprises, la malade à se laisser opérer, mais à chaque tentative elle oppose un énergique refus.

Température toujours normale. Rien dans les urines. Pas d'œdèmes.

L'état général de la malade ne fait que s'aggraver; sans maigrir beaucoup, elle se décolore de plus en plus et prend la teinte un peu jaune paille; elle présente toujours par intermittences des phénomènes de rétention et d'intolérance, sa diarrhée fétide continue, et elle meurt le 21 avril dans un état d'asthénie des plus accentués. Pendant toute la durée de son séjour dans le service, elle n'a présenté qu'une fois une légère hématémèse et jamais de mélæna.

A l'autopsie, on trouve un estomac dilaté et basculé dans l'hypocondre gauche, et l'on sent au niveau du pylore une tumeur qui, l'estomac une fois ouvert, se présente sous la forme d'un champignon blanc grisâtre, de même teinte que la muqueuse, pédiculé, un peu plus large qu'une pièce de 5 francs. Ce champignon est exactement implanté dans l'antre prépylorique et très mobile sur son pédicule. Le scalpel l'entame facilement et la tranche de section, blanchâtre, ne laisse sourdre aucun liquide. Le pylore est normal et perméable; le reste de l'estomac ne présente macroscopiquement rien de particulier. Pas de ganglions. Rien ailleurs; tous les autres organes sont sains.

L'examen microscopique montre que l'on est en présence d'un adénome polypeux à cellules normales; car la membrane basale n'est pas envahie, non plus que la muscularis mucosæ.

Cette observation est intéressante en ce qu'elle nous montre :

1° Le développement d'un cancer de l'estomac chez un sujet de vingt-sept ans, sans antécédents héréditaires, ce qui est un fait relativement très rare;

2° Un néoplasme d'une nature particulière et peu commune, l'adénome polypeux;

2° La rapidité de l'évolution qui semble être en contradiction avec la nature même de la tumeur, puisqu'elle est considérée généralement comme de nature bénigne et de longue durée;

4° Le développement de l'adénome polypeux chez un sujet jeune (vingt-sept ans) alors qu'on l'a plutôt trouvé chez des gens âgés, à ce point que M. Ménétrier a pu remarquer sa coïncidence fréquente avec l'athérome;

5° Une manifestation unique de l'adénome polypeux, non seulement dans l'estomac, ce qui semble déjà extraordinaire, puisque habituellement il se manifeste par des tumeurs multiples et que pour cette raison on lui a donné le nom de polyadénome, mais encore partout ailleurs. Nous nous sommes souvenu, en effet, que M. Ménétrier avait signalé l'association très fréquente de l'adénome gastrique avec d'autres néoplasies, et nulle part nous n'avons rien trouvé, malgré les recherches les plus minutieuses;

6° Enfin, cette particularité curieuse, qui explique les phénomènes de sténose intermittente, que la tumeur, très mobile sur son pédicule, faisait obturateur sur l'orifice pylorique, et qu'elle l'obturait d'autant plus que la pression était plus forte ; c'est-à-dire qu'il n'y avait plus de liquide dans l'estomac. Le vomissement débarrassait la malade, car l'obstacle se trouvant libre disparaissait, et l'estomac redevenait perméable pour un moment. Il est même probable que la position de la malade devait influer sur l'obturation de l'orifice pylorique, et la faciliter ou l'empêcher dans certains cas.

MÉDECINE PRATIQUE

L'IODE ET LES IODIQUES

Presque tous les dérivés de l'iode ont été employés dans un but thérapeutique. L'iode métallique est utilisé, soit en nature, soit en vapeurs, soit en solution aqueuse sous forme de bains. Parmi les iodures métalliques, nous signalerons l'iodure de mercure, médicament surtout mercuriel, l'iodure de plomb, assez fréquemment employé autrefois sous forme de pommade, les iodures de soufre et d'arsenic qui sont la base de la pommade de Biett, qui sert au traitement de diverses affections cutanées, les iodures de potassium, de strontium, de sodium, de lithium, de calcium, d'ammonium, etc.

Ces différents composés iodés ont été préconisés dans le traitement des affections les plus diverses : goitre, scrofule, tumeurs, syphilis, goutte, rhumatisme, maladies nerveuses; mais c'est surtout à titre de topique que l'on utilise le plus fréquemment l'iode et ses dérivés. Les formules suivantes, que nous empruntons au très intéressant travail que M. le professeur Pouchet vient de faire paraître sur l'*Iode et les iodiques* (1), donnent une idée du mode d'emploi des principales préparations.

TEINTURE D'IODE

Iode métallique............	1 gramme.
Alcool à 90 degrés..........	12 —

GLYCÉRINE CAUSTIQUE DE HÉBRA

Iode métallique .... 1 à	5 grammes.
Iodure de potassium........	5 —
Glycérine................	10 —

LINIMENT VÉSICANT

Iode métallique	10 grammes.
Iodure de potassium	4 —
Camphre................	2 —
Alcool à 60 degrés..........	60 —

(1) Paris, O. Doin édit., 1906.

BAIN IODÉ

Iode métallique	10	grammes.
Iodure de potassium	20	—
Eau	250	—

Ajouter à quantité d'eau suffisante pour un bain.

MIXTURE POUR TAMPON VAGINAL

Teinture d'iode } ââ	40	grammes.
Tannin de noix de galles. }		
Glycérine	150	—

Quantité suffisante pour imbiber un tampon d'ouate qui sera renouvelé matin et soir.

COLLODION IODÉ

Iode métallique	1	gramme.
Collodion ordinaire	30	—

GARGARISME IODÉ

Teinture d'iode } ââ	10	grammes.
Glycérine }		
Décocté de roses de Provins	200	—

LIQUIDE POUR INJECTION DANS LES CAVITÉS SÉREUSES

Teinture d'iode 20 à	40	grammes.
Iodure de potassium	4	—
Eau distillée	100	—

LIQUIDE POUR INJECTION DANS LES CAS DE MÉTRORRAGIES

Teinture d'iode	15	grammes.
Iodure de potassium	0g50	centig.
Eau distillée	30	grammes.

LAVEMENT ANTIDYSENTÉRIQUE

Iode métallique	0g50	centig.
Iodure de potassium	1	gramme.
Eau distillée	60	—

Ajouter à un lavement amidonné ou gommeux.

SOLUTION DE LUGOL

Iode métallique	0g20	centig.
Iodure de potassium	0g40	—
Eau distillée	1000	grammes.

Solution faible, pour l'usage interne, coupée avec du lait, par verres.

Iode métallique	1	gramme.
Iodure de potassium	1	—
Eau distillée	2	—

Solution forte, caustique, réservée pour l'usage externe.

EMPLATRE IODURÉ

Iode métallique 0g50 à	1	gramme.
Iodure de potassium	5	—
Emplâtre diachylon } ââ	25	—
Emplâtre de ciguë }		

POMMADE IODURÉE

Iode métallique	1	gramme.
Iodure de potassium	4	—
Axonge benzoïnée	30	—

POMMADE DE BIETT

Iodure de soufre	1g50	centig.
Iodure d'arsenic	0g15	—
Axonge benzoïnée	30	grammes.

SIROP DE RAIFORT IODÉ

Iode métallique	1	gramme.
Alcool à 90 degrés	15	—
Sirop de raifort	985	—

Deux centigrammes d'iode par cuiller à soupe.

SIROP IODOTANNIQUE

Iode métallique	2	grammes.
Tannin à l'alcool	4	—
Eau distillée	360	—
Sucre blanc	640	—

Vingt grammes (ou une cuillerée à soupe) de ce sirop représentent sensiblement 4 centigrammes d'iode (1).

MIXTURE IODURÉE

Teinture d'iode	3	grammes.
Sirop antiscorbutique } ââ	30	—
Sirop de quinquina }		
Vin de quinquina	140	—

POTION IODURÉE (ASTHME)

Iodure de potassium }		
Teinture de lobélie } ââ	10	grammes.
Teinture de polygala }		
Extrait d'opium	0g10	centig.
Eau distillée	300	grammes.

LAIT IODURÉ MIXTE

Iodure de potassium } ââ	0g50	centig.
Bromure de potassium }		
Chlorure de sodium	1	gramme.
Sucre vanillé	10	—
Crême fraîche	100	—

FORMULE GÉNÉRALE POUR L'EMPLOI DES IODURES DE POTASSIUM, STRONTIUM, SODIUM, AMMONIUM, CALCIUM

Solution.

Iodure métallique	20	grammes.
Eau distillée	300	—

Un gramme d'iodure par cuiller à soupe.

L'iodure de baryum est toxique à cause du baryum et ne doit s'employer qu'à doses faibles : 10 à 15 centigrammes. Il semble un médicament peu recommandable.

Ce n'est pas tout que de savoir la posologie de l'iode et de ses dérivés, il faut en connaître leurs incompatibilités.

Tout d'abord, les acides sont, pour la plupart, capables de décomposer les iodures et, par une réaction secondaire, de mettre l'iode en liberté. Il en est de même de l'eau oxygénée, des peroxydes, de la paraldéhyde.

D'une façon générale, tous les sels des métaux lourds sont incompatibles avec les iodures. La chose est surtout importante à connaître pour les sels mercuriels. L'iode s'élimine, on le sait, par la salive, la sueur, les larmes, sous forme d'iodures alcalins. Si, chez un sujet soumis au traitement ioduré, on pratique des insufflations conjonctivales de poudre de calomel, il se produit, par double décomposition, de l'iodure mercu-

(1) Mouiller le tannin avec un peu d'alcool, puis le dissoudre dans les 360 grammes d'eau distillée, placer la solution au bain-marie dans une capsule de porcelaine, y ajouter l'iode finement pulvérisé, maintenir une température voisine de 60 degrés, en agitant jusqu'à ce que le liquide ne bleuisse plus le papier amidonné, signe que l'iode s'est complètement combiné avec le tannin, ajouter le sucre, et faire un sirop par simple solution.

reux et un chlorure alcalin. L'iodure mercureux, en présence d'un excès d'iodure alcalin, est décomposé à son tour en mercure réduit et en iodure mercurique, dont l'action est extrêmement irritante pour les membranes oculaires. Ces mêmes phénomènes, mais alors localisés aux téguments, peuvent survenir chez des sujets soumis au traitement iodurè et chez lesquels on pratiquait en même temps des frictions mercurielles.

Les solutions d'iodures alcalins possèdent encore la propriété de précipiter les solutions d'un certain nombre d'alcaloïdes : sulfate neutre de quinine (improprement appelé sulfate acide) et sulfate de spartéine, particulièrement. Il y a encore incompatibilité entre les iodiques et les préparations galéniques riches en tannin, telles que teintures, et, surtout, extraits. L. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1905)

Pourquoi certains sourds-muets entendent mieux les sons graves que les sons aigus, par M. MARAGE. — Chez certains sourds-muets, on ne se trouve pas en présence d'une véritable audition, mais simplement d'un ébranlement sans signification musicale, et la sensation qu'ils éprouvent et qu'ils ne peuvent exprimer puisqu'ils n'ont jamais entendu, n'est pas de l'audition, mais un phénomène de tact.

Au point de vue pratique, cette remarque est importante, car la forme de courbe de l'acuité auditive permettra immédiatement de faire une sélection et d'éliminer, dans les écoles, les sourds-muets qui ne devront pas être soumis aux exercices acoustiques.

Activation du suc pancréatique par les sels de calcium, par M. DELEZENNE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 17 NOVEMBRE 1905)

Épidurite purulente lombaire à bacilles d'Eberth, au cours de la convalescence d'une fièvre typhoïde. — MM. RAYMOND et SICARD présentent un homme de quarante-cinq ans, guéri, après une laminectomie des troisième et quatrième vertèbres lombaires, d'une paraplégie très douloureuse des membres inférieurs. Les phénomènes paralytiques avaient persisté durant près de trois mois et étaient survenus dans la convalescence d'une fièvre typhoïde légitime, à réaction de Widal positive. La ponction lombaire permit de s'assurer de la présence de pus à bacilles d'Eberth au niveau de l'espace épidural, localisation confirmée au cours de l'opération. Le liquide céphalo-rachidien et la moelle n'avaient pas été infectés, et c'est à la compression seule, par le pus, des racines nerveuses que l'on devait rapporter cette paraplégie si douloureuse.

Cette observation montre une fois de plus la valeur diagnostique de l'exploration lombaire par l'aiguille à ponction, et elle ajoute une localisation nouvelle de suppuration éberthienne post-dothiénentérique à la liste de celles déjà classiquement connues.

M. A. MARIE, médecin en chef de Villejuif, présente à la Société un malade atteint de **paralysie générale à forme démente**, en demi-rémission, consécutivement à un traitement spécifique nécessité par une gomme syphilitique du voile du palais.

Ce malade n'avait aucune connaissance de ses antécédents spécifiques et nie encore de bonne foi l'avoir jamais contracté; c'est un cas de plus de paralysie générale chez un spécifique, ayant présenté des accidents tertiaires en même temps que des accidents de méningo-encéphalite diffuse. Il est curieux de noter la syphilis confirmée par une gomme en évolution chez un malade qui, sans cela, eût été porté comme paralytique non spécifique sur ses affirmations formelles confirmées par son entourage.

Il est curieux également de constater une réunion relative dans la méningo-encéphalite à la suite de la guérison de la gomme par le traitement spécifique.

Bromisme, état de mal épileptique et déchloruration. — MM. Jules et Roger VOISIN et A. RENDU attirent l'attention de la Société sur les phénomènes que présentèrent 15 malades adultes épileptiques de leur service au cours d'un régime déchloruré avec conservation de leur dose habituelle de 4 grammes de bromure de potassium.

Dès le début du traitement les accès et les vertiges diminuèrent considérablement pendant le mois où fut institué ce régime; 11 accès et 12 vertiges furent constatés au lieu de 272 accès et 198 vertiges signalés dans le mois précédent. Mais des symptômes d'ordre divers apparurent. Dès le dixième jour on put constater des *phénomènes d'intoxication par le brome* de nature et d'intensité variables mais constants chez toutes les malades, abolition du réflexe pharyngien, apparition de l'acné, disparition du réflexe cornéen dans un cas sur 15, somnolence et titubation. Certaines d'entre elles présentèrent de plus des *troubles mentaux particuliers* : dépression mélancolique avec crises de larmes, confusion mentale avec hallucinations multiples et périodes d'excitation alternant avec des périodes de calme. Ces troubles mentaux sont analogues à ceux observés précédemment (voir *Gaz. des hôpit.*, 1904, p. 1429). Lors de cette première expérience les auteurs avaient cru pouvoir les attribuer à la dénutrition évidente chez leurs malades et ils avaient insisté sur le rôle important de l'achlorurie. Il n'y avait alors aucun phénomène de bromisme, pas d'abolition du réflexe pharyngien. Dans l'expérience actuelle les troubles mentaux ne peuvent être mis sur le compte de la dénutrition puisque les malades ont bien supporté la suppression du sel et ont même, en majorité, augmenté de poids. Ce délire, dont les malades gardaient le souvenir, est considéré par les auteurs comme étant un délire de dégénérescence mentale, et ils admettent que la dénutrition la première fois, l'intoxication bromique dans l'expérience actuelle, ont été des causes différentes d'un même complexus symptomatique, la suppression de chlorure de sodium rendant dans les deux cas les substances toxiques plus actives.

Chez 5 malades apparut un *état de mal épileptique* modifié dans sa symptomatologie par suite du défaut de réaction des centres nerveux. Les attaques convulsives du début faisaient défaut et d'emblée la malade présentait l'aspect clinique d'un état de mal à son dernier période. La température était élevée de 39 à 40 degrés; le coma était profond, les troubles trophiques et vaso-moteurs très accentués. De temps en temps en examinant la malade avec attention on remarquait quelques secousses musculaires localisées.

Une malade succomba. Dans les cas de guérison on vit des attaques franches convulsives précéder cette guérison. Enfin, dans un cas, un délire épileptique d'opposition avec élévation de la température constitua ce que les auteurs appellent un équivalent d'état de mal.

L'hyperthermie constatée pendant ces accidents permet de les séparer nettement de l'état comateux bromique qui s'accompagne d'hypothermie.

La suppression de la réflectivité de la moelle par suite de cette bromuration a nécessité une médication énergique : injections de sérum artificiel, injections d'éther, bains froids et suppression du bromure de potassium.

M. Toulouse dit que les accidents observés par M. Voisin ne le surprennent pas. Il a dit, à maintes reprises, que la dose de 4 grammes était très élevée, dans l'hypochloruration, et que l'on risquait des accidents graves. Il faut donc ne l'employer que dans des cas spéciaux et étroitement surveillés. Quant aux états comateux qui sont survenus dans les observations de M. Voisin, ils sont d'après son expérience personnelle le stade ultime de l'intoxication bromique. Et à son avis l'épilepsie n'a rien à voir avec ces accidents.

Cholécystite aiguë chez une convalescente de fièvre typhoïde. — MM. Galliard et Souligoux rapportent l'observation d'une femme de vingt-six ans qui entra à Lariboisière le 14 janvier pour une fièvre typhoïde d'intensité moyenne qui fut suivie d'une petite rechute. Le 10 mars elle ressentit une douleur vive au niveau de la région cystique qui fit penser à une cholécystite; celle-ci fut opérée seulement le 7 avril. La vésicule biliaire était pleine de bile et de pus. La malade guérit complètement.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 18 novembre 1905)

Nouvelle série d'infections paratyphoïdes et remarques sur la date d'apparition et la persistance de l'agglutination plusieurs années après l'infection. Nouveaux cas d'ictère dus à des infections paratyphoïdes. — MM. A. Netter et Ribadeau-Dumas, chez 23 typhoïdiques ou paratyphoïdiques, ont pu déceler 17 cas nouveaux d'infections dont 12 par le bacille A de Brion et Kayser, 4 par le bacille de Gartner et 1 par le bacille de Conradi. Dans les infections dues au bacille paratyphique A, les résultats d'agglutination positifs apparaissent souvent de bonne heure. Chez 9 malades, l'examen a été pratiqué avant la fin du premier septenaire, huit fois l'examen leur a donné les chiffres respectifs de 1 p. 100 et de 1 p. 400 dès le deuxième jour. Le pouvoir agglutinant persiste longtemps dans le sang des paratyphoïdiques convalescents; dans leurs cas, trente mois ou même six ans après la maladie, les auteurs trouvent encore par le paratyphique A des agglutinations de 1 p. 30 et 1 p. 40. Enfin, parmi les cas qu'ils apportent, quelques-uns d'entre eux avec ictère ou subictère viennent à l'appui de leur précédente communication.

Conditions histologiques de la transmission des maladies de la mère au fœtus. — Pour MM. Nattan-Larrier et H. Brindeau, dans le placenta normal, les vaisseaux fœtaux n'étant séparés des lacs sanguins maternels que par une mince couche plasmodiale, au cours des maladies maternelles, il peut se produire des ectasies capillaires si marquées, dans la villosité, que des ruptures vasculaires peuvent se produire, maintenant une libre communication entre le sang fœtal et les milieux maternels. D'autre part, au cours des infections maternelles telles que la syphilis, le plasmode s'altère et les leucocytes maternels pénètrent librement dans la villosité fœtale.

Autres communications :

Extirpation et replantation de la glande thyroïde avec réversion de la circulation. — MM. Carrel et Guthrie;

Mécanisme de la régénération des nerfs. — M. S.-R. Cajal;

Le bacille dysentérique, type Flexner, dans la dysenterie des enfants. — M. B. Auché et Mlle Campana;

L'oxygène et l'acide carbonique respiratoires sous l'influence des injections d'eau de mer. — MM. Gautrelet et Soulé (1).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(suite)

Statistique. — Le service de la statistique a compté, pendant la quarante-cinquième semaine, 889 décès, au lieu de 921 pendant la semaine précédente (moyenne 886). L'état sanitaire est donc normal.

La fièvre typhoïde a causé 3 décès (moyenne 9). Le nombre des cas nouveaux est de 47, au lieu de la moyenne 51.

La variole a causé 2 décès, au lieu de 1 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 14, au lieu de 8 pendant la semaine précédente (moyenne 28).

La rougeole a causé 6 décès, au lieu de 2 pendant la semaine précédente, la moyenne est de 4; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 166, au lieu de 131 et 82 précédemment. La scarlatine n'a causé aucun décès (moyenne 2); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 63, il s'élevait à 50 pendant la semaine précédente, la moyenne est 51. La coqueluche a causé 4 décès (moyenne 2). La diphtérie a causé 5 décès (moyenne 8); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 65, au lieu de 48 pendant la semaine précédente, et de la moyenne 79.

La diarrhée infantile a causé 18 décès de 0 à 1 an, au lieu de 20 pendant la semaine précédente (moyenne 25).

En outre, 21 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 135 décès, au lieu de 147 pendant la semaine précédente (moyenne 142). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 3 décès (moyenne 9); bronchite chronique, 18 (moyenne 22); pneumonie, 30 (moyenne 33); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 84 (moyenne 78), dont 39 sont dus à la congestion pulmonaire et 40 à la broncho-pneumonie.

En outre, 1 décès a été attribué à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 185 décès; la méningite tuberculeuse, 17; la méningite simple, 17; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 21 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 48 décès; les maladies organiques du cœur, 64 (moyenne 61); le cancer, 66; la hernie et l'obstruction intestinale, 9; la cirrhose du foie, 10; la néphrite, 17; enfin, 37 vieillards sont morts de débilité sénile.

(1) Ces deux dernières communications ont été faites à la Réunion biologique de Bordeaux, nov. 1905.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 27 NOVEMBRE AU 2 DÉCEMBRE 1905)

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 27 novembre, à une heure. — 5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Legueu et Duval (Pierre); — (2e série) : MM. Tuffier, Gosset et Proust; — (2e partie) : MM. Roger, Legry et Labbé (Marcel); — M. Cunéo, suppléant.

Mardi 28 novembre, à une heure. — 5e (1re partie), *Charité* : MM. de Lapersonne, Marion et Auvray; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Thiroloix et Renon; — (2e série) : MM. Ménétrier, Vaquez et Gouget; — M. Carnot, suppléant.

Mercredi 29 novembre, à une heure. — 3e (2e partie, oral) : MM. Achard, Teissier et Balthazard; — M. Branca, suppléant.

Jeudi 30 novembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Pouchet, Méry et Guiart.

4e : MM. Chantemesse, G. Ballet et Vaquez; — M. Launois, suppléant.

Vendredi 1er décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Segond, Cunéo et Proust.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Desgrez et Claude.

2e (1re série) : MM. Gautier, Gley et Branca; — (2e série) : MM. Ch. Richet, Retterer et Broca (André).

4e : MM. Pouchet, Balthazard et Macaigne; — M. Teissier, suppléant.

5e (1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Delens et Mauclaire; — (2e série) : MM. Reclus, Broca (Aug.) et Duval (Pierre); — M. Gosset, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Wallich et Potocki; — M. Lepage, suppléant.

Samedi 2 décembre, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Brindeau; — M. Maillard, suppléant.

THÈSES

Mercredi 28 novembre 1905, à une heure. — M. Goulden. Contribution à l'étude de la physiologie du cœur isolé. (MM. Ch. Richet, président; Gaucher, Gley et Macaigne.) — M. Lehman. Recherches sur l'action thérapeutique du radium. (MM. Gaucher, président; Ch. Richet, Gley et Macaigne.) — M. Pasturaud. Le curetage à la clinique Baudelocque 1890-1905. Nombre. Indications. Résultats. (MM. Pinard, président; Segond. Delens et Lepage.) — M. Aloncle. De la cure radicale de l'anévrisme artériel poplité par l'extirpation. (MM. Segond, président ; Pinard, Delens et Lepage.) — M. Billac. Contribution à l'étude des adénomes diverticulaires de l'ombilic. (MM. Segond, président; Pinard, Delens et Lepage.) — M. Pouliquem. La rachistovaïnisation. (MM. Segond, président; Pinard, Delens et Lepage.) — M. Graux. Application de la cryoscopie à l'étude des eaux minérales. (MM. Landouzy, président; Roger, Desgrez et Marcel Labbé.) — M. Lamorlette. Sur les résultats éloignés du traitement par l'électricité de la constipation habituelle et de la colite muco-membraneuse. (MM. Landouzy, président; Roger, Desgrez et Marcel Labbé.) — M. Puy. De la fièvre chez les tuberculeux. (MM. Landouzy, président; Roger, Desgrez et Marcel Labbé.) — M. Ouvry. Contribution à l'étude clinique des œdèmes familiaux. (MM. Brissaud, président; Déjerine, Legry et Claude.) — M. Geffroy. Des modifications de volume de la rate au cours de la variole. (MM. Brissaud, président; Déjerine, Legry et Claude.) — M. Jacqueau-Descoust. La médecine au théâtre dans les temps modernes. (MM. Brissaud, président; Déjerine, Legry et Claude.) — M. Jullich. Contribution à l'étude des formes cliniques de l'ulcère d'estomac chronique et récidivant. (MM. Brissaud, président; Déjerine, Legry et Claude.)

Jeudi 30 novembre 1905, à une heure. — M. Horteloup. Contribution à l'étude des othématomes. (MM. Guyon, président; de Lapersonne, Poirier et Schwartz.) — M. Gillet. Contribution à l'étude la phlébite primitive des veines ophtalmiques avec propagation aux sinus. (MM. de Lapersonne, président; Guyon, Poirier et Schwartz.) — M. Ferte. Contribution à l'étude de la rectococcypexie et de la myorraphie des releveurs dans le prolapsus rectal. (MM. Poirier, président: Guyon, de Lapersonne et Schwartz.) — M. Levêque. Contribution à l'étude de quelques complications bucco-dentaires d'origine grippale. (MM. Brouardel, président; Dieulafoy, Thiroloix et Jeanselme.) — M. Foy. Surdité verbale congénitale. (MM. Dieulafoy, président; Brouardel, Thiroloix et Jeanselme.) — M. Meygret. La pathogénie du doigt hippocratique. (MM. Dieulafoy, président; Brouardel, Thiroloix et Jeanselme.) — M. Guillaumin. Contribution à l'étude de la gangrène des extrémités dans les affections cardiaques. (MM. Cornil, président; Gilbert, Bezançon et Carnot.) — M. Auzols. De l'emploi de la gélatine dans la diarrhée. (MM. Gilbert, président; Cornil, Bezançon et Carnot.) — M. Rousselot. Contribution à l'étude des purgatifs azotés. (MM. Gilbert, président; Cornil, Bezançon et Carnot.) — M. Saintot. L'endométrite et les lésions annexielles de la fibromyomatose utérine. (MM. Le Dentu, président; Berger, Faure et Morestin.) — M. Compayré. Consolidation vicieuse des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus chez l'enfant. (MM. Le Dentu, président; Berger, Faure et Morestin.) — M. Boulouneix. Contribution à l'étude de la prostatectomie transvésicale. (MM. Berger, président; Le Dentu, Faure et Morestin.) — M. Schaeffer. Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique, de l'évolution et du traitement de la lithiase salivaire. (MM. Berger, président; Le Dentu, Faure et Morestin.) — M. Boidard. Sur la démence précoce. Considérations cliniques et pronostiques avec observations personnelles. (MM. Joffroy, président; Raymond, Troisier et Dupré.) — M. Hercouet. Le sommeil dans les tumeurs cérébrales. (MM. Raymond, président; Joffroy, Troisier et Dupré.) — M. Varet. Les pseudo-paralysies alternes. Les syndromes alternes vrais. (MM. Raymond, président; Joffroy, Troisier et Dupré.) — M. Dutreix. La ponction lombaire chez le nouveau-né. (MM. Budin, président; Bar, Demelin et Brindeau.) — M. Brau. Contribution à l'étude de l'accouchement dans les bassins rétrécis. A quel moment doit-on faire l'opération césarienne? (MM. Budin, président; Bar, Demelin et Brindeau.) — M. Rondeau. Des rapports du rachitisme congénital et de l'achondropexie. (MM. Budin, président; Bar, Demelin et Brindeau.) — M. Roux. De la rétention intra-utérine de l'œuf mort dans la première moitié de la grossesse. (MM. Budin, président; Bar, Demelin et Brindeau.)

SUITE DES SOMMAIRES

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 45, 7 nov. 1905.) Keppler : Le traitement des affections inflammatoires de la tête et du visage par l'hypérémie de la stase. — Conradi et Kurpzuweil : Importance des substances bactériennes empêchantes pour la physiologie et la pathologie de l'intestin. — Magnus Levy : Sur la participation du glycocolle à la constitution de l'acide hippurique. — Morawitz : Sclérose multiple, sous l'aspect de myélite transverse. — Staubli : Sur un cas de septicémie double. — Jakobitz : Sur la méningite épidémique. — Jauke : Sur la découverte du cytorrhyctis. — Luigel : Prophylaxie de la fièvre puerpérale. — Schroen : Sur la fixation de la quantité d'air pulmonaire d'après la méthode du professeur Stumpf. — Silberstein : Un cas de shies après la scarlatine. — Hertzka : Sur la durée de la cure de Karlsbad dans la lithiase biliaire.

Presse médicale. — (N° 91, 11 nov. 1905.) Lermoyez : L'examen fonctionnel du nez. Rhinométrie, olfactométrie. La rhinométrie clinique. — A. Paris et A. Dobrovici : Glycosurie alimentaire et syphilis secondaire. — (N° 92, 15 nov.) H. Roger : Le tube digestif. — Comby : Alimentation dans les gastro-entérites infantiles.

Policlinico. — *Section chirurgicale.* — (Fasc. 9, sept. 1905.) Prof. Roncali : L'intervention chirurgicale et la question de la responsabilité juridique dans les cas de neuro-psychoses post-traumatiques. — Gerolamo Gatti : L'anastomose intertesticulaire après la section d'un canal déférent. — V. Gandioni : La cure chirurgicale dans la néphrite. — (Fasc. 10, oct.) Prof. Roncali : L'intervention chirurgicale et la question de la responsabilité juridique dans les cas de neuro-psychoses post-traumatiques. — Isaia : L'action antiseptique de l'isotachiol. — Frascella : Les interventions chirurgicales dans les sténoses cicatricielles basses de l'œsophage invincibles par la voie haute. Cathétérisme rétrograde au moyen d'une spirale métallique. — Cimoroni : Les kystomes de l'ovaire. — *Section médicale.* — (Fasc. 10, oct.) Fabio Rivolta : Le diagnostic différentiel entre les exsudats et les transsudats par l'épreuve de l'acide acétique très dilué. — Antonio Grollo : Diagnostic différentiel entre le transsudat et l'exsudat au moyen de l'épreuve et de la contre-épreuve hémolytique. — Ettore Tedeschi : Recheaches hématologiques dans les pleurésies. — (Fasc. 11, nov.) Vittorio Ascoli : Hémorragies méningées spontanées. — Fabio Rivolta : Le diagnostic différentiel entre les exsudats et les transsudats par l'épreuve de l'acide acétique très dilué. — Samuele Sereni : La présence et la distribution de la graisse dans les divers éléments cellulaires du pancréas. — N. Pende : Contribution à la physiopathologie du pancréas, surtout en ce qui regarde les îlots de Langerhans. — Emilio di Mattei : L'examen du pancréas dans l'asphyxie mécanique.

Revue de chirurgie. — (N° 11, 10 nov. 1905.) F. Gross et L. Sencert : Lésions du squelette chez un castrat naturel (6 fig.). — L. Ombrédanne : Le broiement des calculs du cholédoque (cholédoco-lithotripsie). — Perrone : Appendicite et fièvre typhoïde, appendicite para-typhoïde de Dieulafoy (4 fig.).

Revue scientifique. — (N° 20, 11 nov. 1905.) Ch. R. Eastman : Les idées grecques sur le volcanisme. — Jules Gaultier : Les méthodes graphiques dans les sciences. Le cadastre. — R. Laufer : Les résultats du congrès international de la tuberculose et nos connaissances actuelles sur la prophylaxie et l'assistance antituberculeuses.

Riforma medica. — (N° 36, 9 sept. 1905.) Paolo Fiori : De l'influence qu'exerce la ligature des jugulaires sur les résultats de celle des gros troncs artériels du cou. Étude expérimentale. — Domenico Biondi : Conséquences et traitement du rein mobile. — Claudio Fermi : Contribution à l'étude de certaines questions relatives à la rage. — A. Bartolomeo Gianasso : Un cas de myxœdème congénital. — (N° 37, 16 sept. 1905.) Eugenio Delfino : Les tumeurs primitives des bourses séreuses. — Augusto Plessi : Les effets produits par les bandages compressifs des membres inférieurs sur la sécrétion de l'urine, la pression cardio-vasculaire et le pouls. — E. de Magistris : Note histologique sur un cas de sclérose du pancréas. — Aleardo Salerni : Paralysie faciale périphérique consécutive à une tumeur. — Carlo Mastri : Sérum de Behring et érysipèle. — (N° 38, 23 sept.) Bucco Menotti : Contribution à la physiopathologie de l'acidité et de la teneur en chlorures de l'urine. — Oreste Cignozzi : Un cas de laparotomie paracholécystique libératrice. — G. C. Mirano : L'action de la caféine sur la pression et sur le pouls. — Aldo Cernezzi : Mastoïdite gauche à streptocoques, thrombophlébite du sinus latéral gauche. — (N° 39, 30 sept.) M. Dardanelli : Contribution à la résection intestinale primaire dans les hernies gangrénées avec suppuration péri-herniaire. — Michele Landolfi : Contribution à l'étude des rumeurs musicales ou phénomène de Capozzi. — Alcide Loffranchi : La gastroptyxie dans la dilatation de l'estomac. — (N° 40, 7 oct.) Cesare Serra : La situation du parasite de la malaria. — M. Pergola : Contribution clinique à l'emploi du sérum antitétanique comme préventif et curatif. — Enrico Cartolari : La gastro-entéroplégie post-opératoire. — Torindo Silvestri : Les œdèmes préascitiques dans la cirrhose hépatique. — M. Dardanelli : Contribution à la résection intestinale primaire dans les hernies gangrénées avec suppuration périherniaire. — (N° 41, 14 oct.) Oreste Cignozzi : La cholécystolithiase et son traitement. — Gino Migliorini : Observations relatives au traitement des adénites inguinales consécutives à une ulcération vénérienne. — Niccola Giannettasia : Contribution clinique à la chirurgie des voies biliaires. — (N° 42, 21 oct.) Alessandro Bongiovanni : Les corps de Negri et l'infection rabique par virus fixe à évolution lente. — Luigi Leto : La symbiose syphilido-tuberculeuse du nez. — Oreste Cignozzi : La cholécystolithiase et son traitement. — (N° 43, 28 oct.). Alfredo Rossi : Observations et recherches bactériologiques sur certains cas d'infection typhique, notamment en ce qui concerne la mise en évidence des anticorps immunisants dans le sérum sanguin. — Natale Palermo : Une nouvelle hypothèse sur la pathogénie de l'ulcère simple de l'estomac. — Oreste Cignozzi : La cholécystolithiase et son traitement (*suite*).

Therapie der Gegenwart. — (N° 11, nov. 1905.) P. Klemperer : Etiologie et thérapie de l'artério-sclérose. — A. Rittershaus : Injections intraveineuses de collargol dans l'érysipèle. — Wilhelm Sobernheim : Affections organiques syphilitiques tertiaires fébriles. — Fritz König : Que doit conseiller le médecin dans la pratique des campagnes en ce qui a trait aux opérations du cæcum?

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 44, 2 nov. 1905.) Jellinek : La mort par l'électricité. — Bartel : Tuberculose du cobaye et du lapin pendant l'allaitement. — Zucker : Sur la dyphtérie pendant les dix dernières années, et sur la mortalité par cette maladie. — Zucker : Sur les effets du sérum antidiphtérique, dans les cas de récidives de la maladie et d'injections nouvelles. — Scheiber : Sur la prophylaxie de la diphtérie. — Zuppinger : Sur la sérothérapie de la scarlatine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 133. — JEUDI 23 NOVEMBRE 1905. 78e ANNÉE. JEUDI 23 NOVEMBRE 1905. — N° 133.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Traitement de l'endométrite cervicale. Procédés. Instrumentation (avec 6 fig.), par M. Paul Petit.
Pneumonie sèche, chez un adulte robuste, non alcoolique (avec 1 tracé), par M. Bonnette.
MÉDECINE PRATIQUE
Une nouvelle formule d'injection hypodermique associant le camphre à la caféine, par M. A. Claret.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine.
FORMULAIRE
Poudre contre le coryza.
LIVRES NOUVEAUX
NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)
Paraplégies (suite).
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecine. — Le concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année (année 1905-1906) aura lieu le lundi 12 mars 1906, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'Administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures du 2 au 13 janvier 1906 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au service du personnel au plus tard le 13 janvier 1906, à trois heures, dernier délai.

— Concours de chirurgie et d'accouchement. — Le concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année (année 1905-1906) aura lieu le jeudi 8 mars 1906, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'Administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures du 2 au 13 janvier 1906 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au service du personnel au plus tard le 13 janvier 1906, à trois heures, dernier délai.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours pour le clinicat. — *Chirurgie.* — Ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. Alglave, chef de clinique, Abel Desjardins, chef de clinique adjoint.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Nancy. — *Prix de la Faculté.* — Deuxième année : Prix d'anatomie et d'histologie, M. Fritsch (de Strasbourg); mention très honorable, M. Arnould, de Saint-Maurice (Vosges); — prix de physiologie, M. Reyel (de Blainville-sur-l'Eau); mention très honorable ex-æquo, MM. Aweng (de Styring-Wendel) et Fritsch, déjà nommé.

Quatrième année : Prix de médecine, M. Parisot (de Nancy); — prix Bénit, dit de l'Internat, M. Lucien (de Châlons-sur-Marne); mention très honorable, M. Collin (de Frouard); — prix Albert Heydenreich-Victor Parisot, ex-æquo, MM. Blum (de Charmes) et Collin, déjà nommé; — prix Ritter, M. Robert (de Baccarat); — prix de thèse, M. Dupond (de Dijon); mention très honorable, M. Antonion (de Xanthy); mentions honorables, MM. Canel (de Mirecourt); Forthomme (de Harville); Halimbourg (de Verdun); Humbert (de Provenchères); Job (de Lunéville); Lévy (de Nancy); Long-Prez et Savoff (de Drianow, Bulgarie).

LE CENTENAIRE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS. — Lundi dernier, la Société médico-chirurgicale de Paris a célébré le centième anniversaire de sa fondation sous la présidence du professeur Debove, doyen de la Faculté, de M. Huchard, président d'honneur, et de M. Desnos, président de la Société.

On remarquait dans l'assistance MM. Liard, vice-recteur; Guéniot, Schwartz, Motet, Blanchard, Quénu, Sevestre, Peyrot, Pédebidou.

Après des allocutions très applaudies de MM. Desnos et Huchard, le docteur Roche, archiviste de la Société, a lu une notice historique fort remarquable sur la « Médico-chirurgicale ». Puis la séance a été levée après un discours tres goûté du professeur Debove.

Le soir un banquet réunissait les membres de la Société à l'Elysée-Palace sous la présidence de M. Bienvenu-Martin, ministre de l'Instruction publique.

EXPOSITION HYGIÉNIQUE SANITAIRE DE MILAN 1906. — A l'occasion du Congrès national italien de la lutte sociale contre la tuberculose, il sera organisé une Exposition internationale des moyens de lutte sociale contre la tuberculose.

Les objets à exposer, quel que soit leur pays d'origine, seront répartis en quatre classes :

I. Diffusion et étiologie de la tuberculose ;

II. Prophylaxie de la tuberculose ;

III. Institutions d'assistance des tuberculeux ;

IV. Législation et lutte antituberculeuse.

Les demandes d'espace devront être adressées à la Commission d'organisation de la section d'hygiène de l'Exposition de Milan 1906 (place Paolo-Ferrari, 4) avant le 3c novembre 1905.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'ANTHROPOLOGIE ET D'ARCHÉOLOGIE PRÉHISTORIQUES. (XIII[e] SESSION. MONACO, 16-21 AVRIL 1906.) — *Protecteur : S. A. S. le prince Albert I[er].* — Les questions suivantes sont proposées par le comité :

PREMIÈRE PARTIE. — *Le préhistorique dans la région de Monaco.*

1° Grottes des Baoussé-Roussé (stratigraphie et paléogéographie ; paléontologie, anthropologie et archéologie). — Le type humain de Grimaldi (négroïde) et ses survivances.

2° L'époque néolithique.

3° Les enceintes dites ligures.

DEUXIÈME PARTIE. — *Questions générales.*

1° Etude des pierres dites utilisées ou travaillées aux temps préquaternaires.

2° Classification des temps quaternaires au triple point de vue de la stratigraphie, de la paléontologie et de l'archéologie.

3° Documents nouveaux sur l'art des cavernes.

4° Etude des temps intermédiaires entre le paléolithique et le néolithique.

5° Origine de la civilisation néolithique. Les premières céramiques.

6° Géographie des civilisations de Hallstatt et de La Tène.

7° Les civilisations proto-historiques dans les deux bassins de la Méditerranée (Egéen, Minoen, Mycénien, etc.).

8° Les industries de la pierre en Asie, en Afrique et en Amérique.

9° Unification des mesures anthropologiques.

Des excursions seront organisées, notamment aux grottes des Baoussé-Roussé et à quelques enceintes préhistoriques, où des fouilles pourront être pratiquées en présence des Congressistes.

Parmi les fêtes qui seront données à l'occasion du congrès, nous sommes autorisés à mentionner dès maintenant :

1° Une réception au palais de Monaco par S. A. S. le prince Albert I[er] ;

2° Un feu d'artifice qui sera tiré sur la baie de Monaco ;

3° Une représentation de gala au théâtre du casino de Monte-Carlo.

Les communications et les souscriptions (15 francs) doivent être adressées au secrétaire général, M. le docteur Verneau, 61, rue Buffon, à Paris, jusqu'au 15 décembre ; passé cette date les souscriptions doivent être adressées au trésorier, M. Henri Hubert, 74, rue Claude-Bernard, à Paris.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — CONFÉRENCES DE PRATIQUE MÉDICALE (THÉRAPEUTIQUE ET DÉONTOLOGIE). — M. P. Legendre recommencera ses conférences le samedi 2 décembre 1905, à dix heures et demie du matin.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE L'HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. le docteur Maygrier, professeur agrégé, commencera ses leçons de clinique obstétricale à l'hôpital de la Charité (amphithéâtre Potain), le jeudi 7 décembre 1905, à dix heures précises du matin, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANCAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale expérimentale et clinique. — (N° 177, 10 nov. 1905.) H. BECQUEREL : L'analyse du rayonnement des corps radio-actifs. — Stéphane LEDUC : Guérison d'un tic douloureux de la face datant de trente-cinq ans par trois séances d'introduction de l'ion salicylique. — H. BORDIER et J. GALIMARD : Sur la régénération de la récupération du platino-cyanure de baryum des écrans bruns. — J. BELOT : Nouveau modèle de localisation pour radiothérapie ; nouvelles étoffes protectrices. — BÉCLÈRE : La radiologie médicale aux médecins.

Archives générales de médecine. — (N° 46, 14 nov. 1905.) Ed. CHAPELLIER : Contribution à l'étude sur la diminution passagère de l'ouïe au cours des oreillons.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIII, n° 18, 2 nov. 1905.) Theobald SMITH : Les rapports des maladies de l'homme avec l'existence des animaux. — John LOVETT MORSE et Fred. T. MURPHY : Un cas de sténose pylorique chez un nouveau-né (avec 4 fig.). — C. A. DREW : De l'utilité dans les asiles de la séparation des aliénés criminels des autres détenus. — Benjamin BRABSON CATZ : Le traitement du rhumatisme musculaire par le mouvement.

Bulletins et mémoires de la Société anatomique de Paris. — (N° 7, juillet 1905.) LAUNOIS et VILLARET : Malformations congénitales des valvules sigmoïdes (aorte et artère pulmonaire).

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 18, 15 nov. 1905.) DIGNES : Les récentes découvertes et leur influence sur l'électrothérapie (*suite*).

Bulletin médical. — (N° 89, 18 nov. 1905.) DESTOT : La dislocation du carpe.

Journal des praticiens. — (N° 45, 11 nov. 1905.) BOISSARD : Des grossesses répétées chez les albuminuriques. — LE FUR : Vue d'ensemble sur le Congrès d'urologie. — (N° 46, 18 nov.) A. BROCA : Furoncle de l'oreille avec lymphangite. — Arthur BOURCART : La colonie horticole (agricole) dans la lutte contre la tuberculose.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 45, 11 nov. 1905.) C. LAPOUTRE : Note sur deux cas de luxation de l'astragale. — D. AUGIER : Sarcome utérin à cellules polymorphes et à cellules géantes.

Nord médical. — (N° 267, 15 nov. 1905.) CARRIÈRE : Règles et lois générales de la thérapeutique. — P. JOIRE : Des modifications que subit la force nerveuse extériorisée relativement à l'état de santé des sujets.

Pédiâtrie pratique. — (N° 22, 25 nov. 1905.) A. LEY : La ponction lombaire chez l'enfant. — G. THIRION et A. LE GLAND : Congestion rénale aiguë avec anasarque suivie de mort chez un enfant. — CORDIER : Quelques nourrissons malades traités par le babeurre.

Presse médicale. — (N° 93, 18 nov. 1905.) J.-F. FAURE : Technique de l'extirpation des tumeurs malignes du maxillaire supérieur. — L. DEVAL : Sur les variations de composition du lait de femme.

Procès-verbaux de l'Académie royale de médecine de Belgique. — (Séance du 28 oct. 1905.) J.-H. KEIFFER : Recherches sur la localisation et le mode de développement des myomes de l'utérus humain. — M. HERMAN : Les agglutinines sèches dans le diagnostic des maladies infectieuses.

TRAITEMENT
DE
L'ENDOMÉTRITE CERVICALE
PROCÉDÉS — INSTRUMENTATION

Par le docteur Paul PETIT.

J'entends n'envisager que l'endocervicite pure, sans addition de lésions dépendantes de la cervicite externe, telles que la plaque catarrhale de l'ectropion, c'est-à-dire cette forme clinique ordinairement réservée aux nullipares, presque toujours d'origine blennorragique et qui s'allie si volontiers à la sténose, à la conicité du col et à l'antéflexion.

Chacun prétend la guérir par des procédés très différents; mais la grosse affaire pour s'entendre est de donner le même sens aux mêmes mots : or beaucoup de ces guérisons données pour constantes ne sont en réalité que de très notables améliorations. Autre chose est de modifier, de diminuer le catarrhe, voire de l'arrêter pour un temps, et d'assécher définitivement, sans nuire à leur fonction, ces cols qui suintent les glaires que vous savez.

Faut-il rappeler toutes les difficultés du problème? Etroitesse du conduit cervical, ramification des glandes, siège intramusculaire de leurs culs-de-sac, densité de l'écoulement, état constitutionnel du sujet, recrudescences dues aux règles, aux rapports sexuels, aux fatigues, réinfection par une vaginite méconnue et trop souvent, hélas! par le retour au coït virulent, cause primitive du mal. Qu'attendre du traitement le plus rationnel, si l'on ne se met en garde contre l'égoïsme bestial du sexe dominateur? On l'oublie trop souvent et ce tampon vaginal, dont se contentaient nos pères, a tout au moins, à ce point de vue, un rôle occlusif qui n'est pas négligeable.

Parmi les topiques conseillés pour le traitement de l'endocervicite, le néofilhos, sous l'impulsion de M. Richelot, accapare actuellement et non sans raison les faveurs du public médical; mais j'ai inutilement cherché, dans les discussions relatives à son emploi, une différenciation, pourtant nécessaire, entre les résultats qu'il donne dans l'endocervicite pure et ceux qu'on en tire dans l'endocervicite liée à la plaque catarrhale de l'ectropion. J'espère n'être pas contredit par M. Richelot en avançant que c'est surtout pour cette dernière forme qu'il préconise son procédé, et qu'il a décrit, non sans art, ces séances de sculpture qui peu à peu rendent au col l'aspect et la consistance de sa virginité.

Il est certain qu'ici les résultats sont remarquables, mais ici la plaque catarrhale est presque tout : du fait même de l'ectropion, l'endométrium cervical est réduit à rien, et l'on a beau jeu pour pénétrer, au centre de la lésion, jusqu'à l'orifice interne, à travers un canal largement perméable de quelques millimètres. On comprend qu'en pareilles conditions, l'application de ce puissant escarotique soit facile, efficace, le plus souvent indolore et sans inconvénient consécutif tel que l'atrésie.

Mais, pour l'endocervicite pure, c'est autre chose : il faut parfois, avant chaque séance, dilater un canal long de 2 à 3 centimètres; parfois l'application est douloureuse, provoque des lipothymies, une ménorragie consécutive tout à fait indépendante de la chute de l'escare; enfin et surtout (quoique je doive à la vérité de dire que sur un bon nombre de cas je ne l'ai pas constatée), on ne peut être aussi rassuré contre l'atrésie consécutive, étant données les conditions anatomiques, que lorsqu'il s'agit d'ectropion. Il faut bien savoir que l'atrésie dépendant des caustiques demande au moins six mois, en général, pour se révéler : or, au bout de ce laps de temps, la plupart des malades traitées échappent à notre surveillance.

Le caustique Filhos ne peut donc, au moins pour l'endocervicite pure, nous faire oublier certains procédés déjà connus, et nous en faire négliger le perfectionnement.

Dans la période aiguë de l'endocervicite il est entendu que toute intervention directe et active sur le col ne peut que déterminer des poussées circumutérines, mais étant donnés les excellents résultats que donnent les grands lavages de l'urètre chez l'homme, il est à croire qu'ici l'on aurait également à se louer des irrigations intracervicales continues ou suffisamment répétées. Le tout est de les rendre pratiques et je voudrais que l'on essayât, en ce sens, de la pince que j'ai fait construire, il y a déjà longtemps, pour l'irrigation continue au cours des opérations sur le col et le vagin.

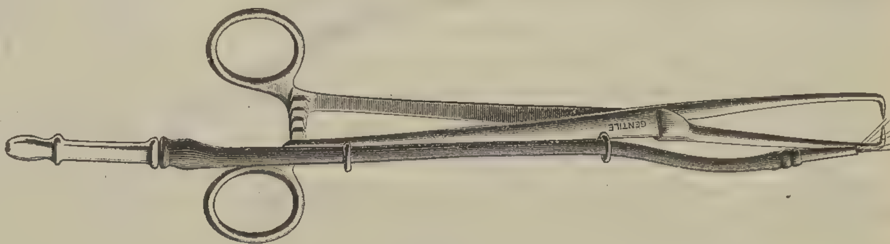


Fig. 1.

C'est une pince à abaissement ordinaire, à l'un des mors de laquelle est simplement soudé un ajutage métallique creux qui se raccorde au tube de l'injecteur. Pour l'irrigation intracervicale, il suffit de fixer cette pince sur la lèvre inférieure du col, en ayant soin d'introduire assez avant dans son calibre le mors portant l'ajutage en question. Les anneaux sont immobilisés hors la vulve avec un bandage en T. L'instrument placé le matin, après une large injection du vagin et de la cavité cervicale, est retiré le soir et remplacé pour la nuit par un tamponnement avec glycérine ichtyolée ou autre. Il permet de faire durant le jour, sans bouger la malade du lit et par les soins d'une infirmière sans habileté, de l'irrigation continue ou répétée de la cavité du col sans forcer l'orifice interne. La crainte d'une inoculation de voisinage par piqûre de la pince en terrain septique, n'a pas sa raison d'être du fait de l'abstersion préalable du col et des irrigations consécutives. Le tout est d'avoir des malades dociles. La pince est d'ail-

leurs bien supportée plusieurs jours de suite. Si le débit se fait mal, c'est que l'orifice du tube métallique est insuffisant ou qu'il butte contre la paroi antérieure du conduit cervical, ce qui se voit surtout quand la vulve s'ouvre trop bas ou se trouve agrandie par la rupture du périnée. Bien entendu, cet instrument n'a suffi à me donner aucune guérison ; mais je crois, d'après quelques observations purement cliniques, qu'il peut contribuer à raccourcir la période virulente de la maladie. M. Doyen a écrit avec raison que l'on guérirait facilement la blennorragie masculine si l'on pouvait conseiller à tout blennorragique la taille hypogastrique pour le soumettre aisément à l'irrigation continue. Pour la blennorragie cervicale chez la femme ce desideratum est le même et l'instrument très simple que je présente me paraît déjà y répondre, bien qu'il puisse gagner à être perfectionné. Je recommande un modèle léger et un débit suffisant.

Passons à l'endocervicite chronique. On se trouve encore bien, à l'heure actuelle (soit d'emblée, quand l'écoulement est peu abondant, presque fluide, soit pour parfaire le résultat obtenu avec d'autres procédés), de badigeonnages ou d'instillations avec des liquides cathérétiques ou caustiques.

Pour l'instillation limitée au col utérin et surtout pour l'instillation intravésicale chez la femme (bien supérieure au grand lavage en cas de cystite), je me sers d'un instrument métallique construit d'après l'explorateur à boucle perforée de Guyon destiné à l'urètre masculin.

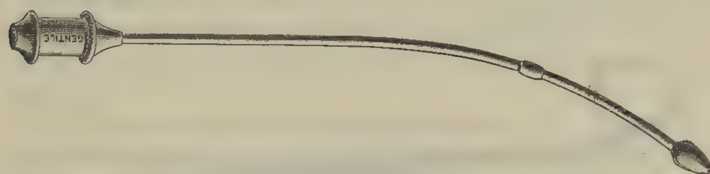


Fig. 2.

Mais nous savons que les instillations conduites dans toute la longueur du canal utérin, du fond vers l'orifice externe, même avec des canules à jet récurrent, telles que celle de Braun, exposent à des inconvénients regrettables ; j'ai constaté plusieurs fois, pour ma part, des lipothymies, des douleurs périutérines avec péritonisme, alors pourtant que la petite intervention en cause avait été conduite avec les précautions classiques D'autre part, si on la remplace par de simples badigeonnages avec porte-ouates de divers modèles, il arrive, si l'utérus n'est pas ou ne demeure pas suffisamment dilaté, que la ouate, s'étant en grande partie essorée et s'étant enduite de mucus dans la traversée du col, ne porte plus guère de liquide modificateur au contact de l'endométrium corporéal. Le badigeonnage appuyé a cependant sur l'instillation l'avantage de faire mieux pénétrer le topique dans l'intérieur des glandes, de n'en point laisser derrière lui, dans le canal utérin, qui puisse prolonger l'action cherchée ou franchir l'ostium uterinum du fait d'une contraction utérine. Or on bénéficiera des avantages de ces deux procédés, badigeonnage et instillation, tout en écartant leurs inconvénients, en usant de mon *instillateur porte-ouate*.

Il consiste en une canule ouverte seulement à l'ex-

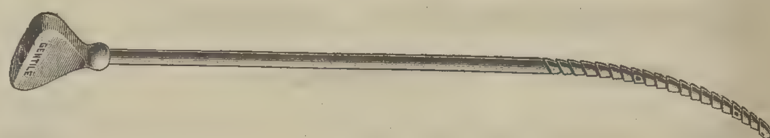


Fig. 3.

trémité qui doit s'adapter à la seringue et superficiellement creusée au voisinage de l'autre d'un pas de vis sur lequel s'enroule de l'ouate. Ce pas de vis est en communication avec le canal intérieur par un certain nombre de trous. L'instrument, garni de ouate sèche, étant introduit jusqu'au fond de l'utérus, on y fixe une seringue de 3 ou 4 centimètres cubes, pleine du liquide choisi, et l'on actionne doucement le piston jusqu'à apparition d'une gouttelette au niveau de l'orifice externe. On a alors, sur toute la longueur du conduit utérin, une colonne de ouate uniformément et complètement imbibée du liquide en question, sans aucun danger de rétention.

Je me sers surtout de cet instrument pour parfaire le traitement d'une endométrite totale avec la teinture d'iode, la créosote, ou pour l'attaquer d'emblée par le chlorure de zinc, suivant la méthode de Rheinstœdter. Cette méthode qui n'est pas assez connue et demeure recommandable en cas d'endométrite totale, quand la femme se refuse aux procédés d'exérèse (curage du corps utérin, évidement du col), consiste à introduire d'emblée jusqu'au fond de l'utérus, sans mouvements de va-et-vient qui rendraient l'application pénible et auxquels s'oppose, d'ailleurs, la contraction presque instantanée de l'organe, un applicateur quelconque garni de ouate imbibée de solution de chlorure de zinc à 50 p. 100. Le tout pour réussir et n'avoir pas d'atrésie consécutive consiste à suivre à la lettre ces deux recommandations : ne pas prolonger l'application plus d'une minute, montre en main, et ne pas la renouveler avant la chute de l'escare, c'est-à-dire une dizaine de jours environ.

Qu'on me permette, ici, une courte digression :

Les désastres inhérents à la méthode de Dumontpallier ont porté les gynécologistes à rejeter d'une façon presque absolue l'emploi du chlorure de zinc pour traiter l'endometrium, ce qui est une exagération. Il est certain que, dans la période d'activité sexuelle, le fameux crayon à demeure est complètement à rejeter, qu'il faut même se garder d'attouchements prolongés avec la solution concentrée, ou même très courts avec des solutions relativement faibles (à 1/5, 1/10) si l'on a pratiqué au préalable le curetage. Mais s'il s'agit d'arrêter, chez de vieilles femmes, des hémorragies souvent profuses, uniquement dues à l'artério-sclérose utérine ou à l'endométrite exulcéreuse et atrophique, d'une part on obtiendra un succès complet avec une solution saturée de chlorure de zinc, alors que le curetage est insuffisant et que l'hystérectomie dépasse le but et, d'autre part, que risque-t-on ? Un peu de rétention, de pyométrie ? Mais outre que cet acci-

dent n'est pas comparable à la dysménorrhée terrible et tenace que provoque, avant la ménopause, le chlorure de zinc manié trop largement, je crois qu'on doit l'éviter en veillant à ce que l'action caustique soit uniformément répartie sur toute la longueur du canal utérin. Je n'ai eu qu'à me féliciter pour ma part du tamponnement méthodique de la cavité utérine, pendant vingt-quatre heures, avec une mèche imprégnée de solution de chlorure de zinc à 50/100, puis essorée, non seulement pour les hémorragies dues à l'artério-sclérose utérine, après la ménopause, mais pour les hémorragies d'origine fibromateuse chez des femmes de tout âge, alors que l'hystérectomie étant reconnue nécessaire, l'état d'anémie de la malade commandait tout d'abord une hémostase absolue et prolongée, avant de lui faire courir les risques de l'intervention radicale.

Mais je reviens à mon sujet :

Quand l'abondance et la densité de l'écoulement catarrhal dénonce une hyperplasie marquée des glandes intra-cervicales, il est inutile de s'arrêter aux petits moyens. Les badigeonnages, les instillations deviennent insuffisants, même en y joignant la dilatation progressive, les grands lavages, le drainage. Mais je ne puis m'empêcher de signaler en passant les résultats curieux que l'on peut obtenir pour le catarrhe cervical, même très prononcé, de l'emploi de la levure de bière fraîche en pansements vaginaux. Landau, qui l'a préconisé le premier, affirmait, il y a environ huit ans, qu'il avait obtenu 20 succès complets et durables sur 40 cas. Je l'ai essayé derrière lui sur 25 malades : dans 7 cas j'ai complètement échoué et pour les 18 autres j'ai obtenu quelques succès durables et des améliorations très sensibles. Il est probable que l'inégalité de ces résultats tient à des causes très nombreuses, les unes communes à tout traitement de la cervicite et dont j'ai parlé, les autres plus spéciales et dépendant de la pureté, de la fraîcheur, du mode d'emploi mais avant tout peut-être de la race des levures employées et de la nature des microorganismes auxquels on les oppose. Pour user, non pas au petit bonheur, mais scientifiquement des pansements de levure et en tirer des résultats, sinon assurés, au moins comparables, il faudrait donc tout d'abord n'utiliser que des levures fraîches, *homogènes* (c'est-à-dire relevant d'une seule race) et choisies spécialement en vue des organismes à combattre. Ce n'est pas tout : 1° Il serait *utile*, au point de vue de l'activité de la fermentation intra-vaginale, de préférer les levures de fermentation haute et de rechercher le meilleur liquide de dilution qui théoriquement ne paraît pas être la bière ou l'eau sucrée, mais un liquide tenant en solution et dans les proportions voulues, un sel ammoniacal, certains sels minéraux et du sucre; 2° il serait *prudent* de s'assurer non seulement de l'*homogénéité*, mais de la *pureté*, c'est-à-dire de l'asepsie de la levure choisie, attendu que pour peu qu'elle ne soit pas en très bon état de concurrence vitale, elle n'exercera pas son action d'arrêt, et que d'ailleurs cette action pourra ne pas comprendre tel germe pathogène qui s'y trouvera mélangé; 3° il serait non moins prudent, même en cas de pureté absolue de la levure, de l'additionner d'un antiseptique dont elle puisse prendre au préalable l'accoutumance, attendu qu'il est prouvé que certaines levures prolongent de façon très appréciable la vitalité de certains microorganismes, accroissent même leur virulence, et que, par suite, la symbiose d'une levure donnée avec tel microorganisme du conduit génital peut aller diamétralement à l'encontre du résultat cherché.

Comme on le voit, le problème est intéressant mais singulièrement complexe : et ainsi en sera-t-il de toute tentative pour utiliser en thérapeutique ou en hygiène la *symbiose antagoniste* des germes.

D'une façon générale, en face d'une endo-cervicite prononcée, profluente, il faut en venir à la destruction de la couche musculo-glandulaire.

J'ai dit ce que je pensais du Neofilhos et je n'en ai pas dit trop de mal. Je donne cependant la préférence à l'exérèse chirurgicale et désire exposer en terminant comment je la pratique.

Les curettes ordinaires, même en les aidant du hersage, sont impuissantes à entamer suffisamment le muscle.



Fig. 4.

En voici une assez courte, à boucle brusquement coudée, à dos très épais, concave sur le plat à la façon d'un rasoir dont elle a le tranchant, et qui, manœuvrée comme il convient, c'est-à-dire en lui donnant pour appui le doigt, ou une valve, qu'on applique en un point opposé de la surface vaginale du col, permet de détacher de véritables copeaux musculo-muqueux dont on achève l'abrasion aux ciseaux. Nous réclamons, M. Bonnet et moi, la paternité de ce modeste instrument, dont nous avons donné le modèle il y a une dizaine d'années et que l'on a attribué depuis, si peu qu'il vaille, à un autre.

Je crois qu'on peut obtenir mieux encore en adoptant et modifiant quelque peu le procédé d'évidement de Bouilly.

Dans ce procédé, on enlève, au bistouri, en dedans du col, en avant et en arrière, un lambeau épais de quelques millimètres, de façon à creuser deux gouttières se regardant par leur concavité; mais les deux ponts de tissu que l'on conserve, dans leur intervalle, sur les parties latérales, pour prévenir l'atrésie, renferment tout autant de glandes malades que les fragments supprimés.

En faisant l'exérèse totale, cylindrique, suffisamment profonde, c'est-à-dire, à 3 ou 4 millimètres de la surface muqueuse, non seulement on assure mieux la guérison, mais l'expérience m'a prouvé que l'on n'a pas davantage à craindre la soudure des surfaces cruentées, si l'on prolonge assez longtemps dans la suite, les pansements intracervicaux. Il est probable même que la muqueuse est régénérée par les culs-de-sac épithéliaux qui échappent à l'action du bistouri.

L'évidement cylindrique étant fait, quel aspect prend le col sur le moment même et dans la suite?

Tout d'abord son épaisseur étant notablement diminuée, il pend comme une loque, laisse facilement étaler sa surface cruentée, assez pour extérioriser l'orifice interne, et il semble que jamais l'organe ne reprendra son apparence normale. Il faut maintenir autant que possible cet étalement, cette béance du col, pendant une quinzaine, à l'aide de gaze imprégnée de glycérine créosotée à 1/5 ou de solution saturée d'acide picrique et laver largement, à chaque renouvellement de pansement, c'est-à-dire environ tous les deux jours, avec une solution alcaline (par exemple 2 cuillerées à bouche de liqueur de Labarraque par litre d'eau ou bien solution d'hypochlorite de chaux à 10 p. 1000). Peu à peu, sur le pansement intracervical, le col se rétracte, et très peu de jours après en avoir été libéré, il reprend non seulement sa forme, mais même une épaisseur quasi normale, comme s'il l'avait récupérée par une sorte de travail d'intussusception, si bien que si l'on n'a pas assisté à l'exérèse, il est difficile de se rendre compte qu'elle a eu lieu. Les règles se rétablissent sans douleur et j'ai accouché une de mes opérées sans incident.

Mais, dira-t-on, et le résultat thérapeutique? Dans quelques cas, malgré tous mes soins, je n'ai obtenu que des résultats imparfaits, que beaucoup, il est vrai, qualifieraient de guérisons, mais le plus souvent j'ai pu me réjouir d'un succès complet et durable, et comme les cas étaient équivalents, je suis porté à croire que le procédé est bon et que je ne l'ai pas toujours aussi bien appliqué ou que certaines malades se sont réinfectées.

Il est indispensable que le segment excisé atteigne les limites de l'orifice interne et qu'il soit taillé très régulièrement, sur une épaisseur de 3 à 4 millimètres. On n'y arrive bien qu'en prenant pour conducteur une bougie d'Hégar préalablement introduite dans l'utérus, comme l'indique M. Pouey pour son excellent procédé d'amputation du col : l'évidement dont je parle n'en est en somme que le premier temps. Mais la bougie étant maintenue par l'opérateur dont l'autre main est armée du bistouri, il faut encore, pour abaisser et diriger convenablement le col, deux pinces à abaissement, l'une en avant et l'autre en arrière : le champ opératoire est encombré et l'opérateur ne laisse pas que d'être gêné pour la conduite régulière et rapide de l'évidement. Aussi ai-je imaginé de réunir, en un seul instrument que je dénomme *pince porte-mandrin*, les deux pinces à abaissement et la bougie.

Le mandrin étant introduit, après dilatation préalable, au delà de l'orifice interne, le mors supérieur de la pince fixe, sur lui, la lèvre antérieure du col et, le mors postérieur, la lèvre correspondante. L'opérateur, saisissant de la main gauche les anneaux de l'instrument ainsi solidarisé avec le col, peut manœuvrer celui-ci à sa guise et même se passer d'aide s'il se sert d'une valve à poids. Pour être sûr de ne pas dépasser l'orifice interne, on peut, au préalable, mesurer la longueur du conduit cervical à l'hystéromètre et la reporter sur un bistouri dont le tranchant est écourté à volonté à l'aide d'une glissière.

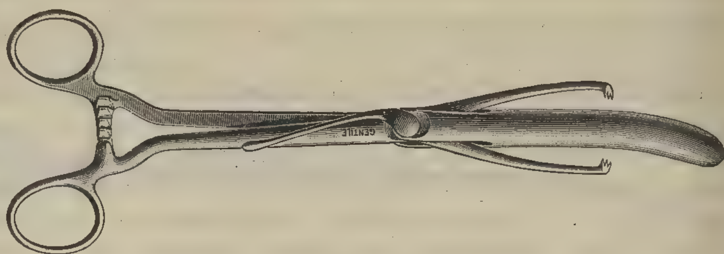


Fig. 5.

L'instrument plongeant du premier coup dans le col jusqu'à la glissière, parallèlement au mandrin et à 3 ou 4 millimètres de sa surface, chemine, par des mouvements de va et vient antéro-postérieurs, autour de lui, de façon à maintenir toujours la section au même niveau, en hauteur et en épaisseur. On taille ainsi un cylindre musculo-muqueux très régulier, contenant la majeure partie des tissus malades. La pince conductrice étant enlevée, on divise le cylindre en deux valves, antérieure et postérieure, et il ne reste plus qu'à séparer ces deux valves du pourtour de l'orifice interne, auquel elles attiennent encore. On donne ce dernier trait de bistouri perpendiculairement à l'axe du col, de façon à obtenir un éperon, comme dans l'opération de Schröder, si, le col étant trop volumineux, on désire terminer par une suture circulaire, à la façon de Pouey; si au contraire, comme dans les cas que nous envisageons, le col ayant tout juste la longueur voulue, on veut remplacer la suture par le tamponnement intra-utérin, il est préférable, pour le faciliter, de tailler en biseau de telle façon que la surface cruentée se continue sans ressaut avec la surface de l'endometrium corporéal.



Fig. 6.

Je ne puis m'empêcher de rappeler que ce qui fait le grand avantage du procédé trop peu connu, trop peu usité de Pouey (qu'on se borne à l'évidement cylindrique ou que l'on complète cet évidement par la suture circulaire), c'est l'absence de section bilatérale du col. C'est surtout de cette section, qui rompt complètement le système des fibres sphinctériennes du col, que dépendent, pour peu qu'un catgut cède trop tôt, les rétractions et déformations consécutives qui sont trop souvent à déplorer, tant au point de vue esthétique que fonctionnel, à la suite de l'opération classique de Schröder.

FORMULAIRE

POUDRE CONTRE LE CORYZA

Stovaïne	1 gramme.
Menthol	0g50
Acide borique pulvérisé	ãã 15 grammes.
Sous-nitrate de bismuth	ãã 15 grammes.

PNEUMONIE SÈCHE

CHEZ UN ADULTE ROBUSTE NON ALCOOLIQUE

Par le docteur BONNETTE,
Médecin-major de deuxième classe.

La pneumonie lobaire aiguë, comme toute maladie infectieuse, varie avec les qualités virulentes du germe, avec les conditions physiologiques et pathologiques de l'organisme atteint.

Mais, si le point de côté manque souvent dans la pneumonie centrale, la toux dans la pneumonie des vieillards et des alcooliques, les crachats dans celle des enfants et des sujets adynamiques, il est exceptionnel de voir une pneumonie aiguë évoluer régulièrement sans expectoration, chez un adulte robuste non alcoolique.

Aussi, après l'observation de pneumonie sèche décrite par M. Galliard, chez un jeune homme de vingt et un ans, nous n'hésitons pas à publier un cas semblable de *cette affection rare, en dehors de la vieillesse et de l'enfance* (Galliard).

G. P..., officier, trente-huit ans, constitution robuste, pas de syphilis, pas d'alcoolisme. Antécédents palustres, arthritique, léger emphysème pulmonaire, tendance à l'obésité.

Dans les premiers jours du mois de mai, cet officier éprouve quelques malaises vagues, caractérisés par de l'inappétence, de la céphalalgie, de la courbature, de légers mouvements fébriles, mais il continue, malgré tout, son service.

Dans la nuit du 14 au 15 mai, P... est brusquement pris de fièvre intense (température, 40°1), d'insomnie, d'agitation, de phénomènes généraux graves.

Le lendemain la peau est chaude et mordicante, par places sueurs profuses. L'abdomen est souple, nullement ballonné, pas de diarrhée, d'épistaxis, de gargouillement à la fosse iliaque droite, une selle moulée la veille. La langue est légèrement saburrale mais humide, pas de fuliginosités, ni d'herpès labial, ni d'angine.

Dans la poitrine quelques râles sibilants disséminés. Gêne respiratoire légère, attribuée à son emphysème pulmonaire.

Les bruits du cœur sont précipités mais normaux. Ils paraissent lointains parce qu'une lame de poumon recouvre cet organe. Pas de souffle aux orifices.

Rate et foie normaux.

Pas d'obnubilation intellectuelle.

Les urines sont rares et fortement colorées, pas d'albumine.

Le 16 mai, la fièvre persiste (T. 39°8, P. 124, R. 30).

La gêne respiratoire et l'embarras gastrique vont en augmentant. Après une nuit mauvaise, agitée, les bains froids sont mis en œuvre, mais cette balnéation ne produit qu'une faible détente, suivie bientôt d'une exaltation hyperthermique et d'une anhélation encore plus forte. A la percussion, on constate, le 17, une légère submatité en arrière et à droite, pas de souffle, pas de point de côté (T. 40°2, P. 130, R. 36).

Le 18, les phénomènes pulmonaires semblent dominer la scène. A la percussion, une zone de matité assez étendue au niveau de la pointe de l'omoplate droite, à l'auscultation, un *souffle tubaire assez fort*, se transmettant à l'oreille au milieu d'une bouffée de râles crépitants fins. Bronchophonie, vibrations thoraciques plus fortes, dyspnée intense, *pas de toux ni d'expectoration.*

Le diagnostic de pneumonie lobaire aiguë est porté, quoique le point de côté, la toux, les crachats pathognomoniques manquent ici.

Suppression des bains, révulsion locale, toniques.

Les deux jours suivants, le souffle tubaire diminue d'intensité, les râles crépitants persistent mais tendent à devenir sous-crépitants. Pas de toux, pas d'expectoration.

Le 21 et le 22, les phénomènes pulmonaires s'amendent rapidement, mais l'état général s'aggrave : le malade, en effet, est atteint de prostration, de dyspnée, de délire et surtout d'asthénie cardiaque, due à une myocardite infectieuse très prononcée. Le pouls est précipité, filiforme, misérable ; le cœur fait des faux-pas.

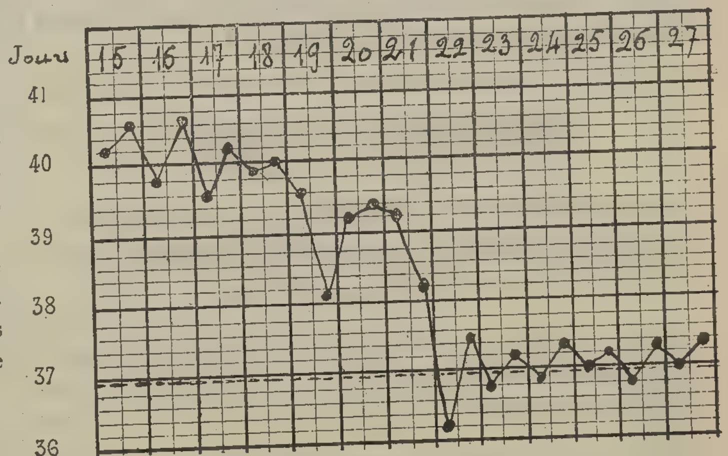
Dans la nuit du 22 mai, cet officier tombe dans une violente crise d'asystolie : refroidissement généralisé aux membres, au nez, à la langue ; la face et les lèvres sont livides, l'obnubilation est complète, le pouls est imperceptible et le choc de la pointe est très vaguement perçu.

Grâce à une révulsion énergique, à l'injection des stimulants cardiaques, à une faible saignée (le sang sort en bavant), suivie d'une injection de sérum artificiel faite en pleine veine, cette crise est lentement conjurée et P... sort enfin de ce collapsus cardiaque, provoqué par la myocardite et la chute brusque de la température.

Dès ce moment, l'état général s'améliore rapidement, la convalescence s'affirme, malgré un faible épanchement pleurétique, qui apparut sournoisement à la base du poumon droit et se résorba lentement, en laissant là quelques adhérences.

Après deux mois de convalescence, ce malade est complètement guéri et a pu reprendre son service.

Pneumonie sèche ayant évolué en un septenaire sans toux et sans expectoration.



Cette forme anormale de pneumonie lobaire aiguë chez un sujet vigoureux non diathésique est rare et présente quelque intérêt :

1° *Par l'absence complète de certains symptômes habituels* : le frisson, le point de côté et en particulier la toux et l'expectoration. Seuls, en effet, les signes stéthoscopiques ont dévoilé la présence de cette lésion pulmonaire ;

2° *Par l'apparition tardive du souffle tubaire* (matin du quatrième jour), ce qui en présence d'une fièvre élevée et continue a fait porter, chez un ancien colonial, tour à tour le diagnostic d'accès palustre et de fièvre typho-malarienne ;

3° *Par les phénomènes inquiétants de myocardit infectieuse*, d'asthénie cardiaque, phénomènes qu

ont été si heureusement combattus par l'éther, la spartéine et la saignée-transfusion;

4° Enfin *par la défervescence brusque*, qui a provoqué ce collapsus final sur lequel Wunderlich a tout particulièrement insisté.

En résumé, le symptôme dominant de cette affection a été la fièvre : fièvre qui a subitement débuté par 40 degrés, qui a régulièrement suivi le cycle de la pneumonie franche et qui a brusquement cédé par « lysis », au bout d'un septenaire.

Dans le cours de ce processus fébrile, de cette infection générale, a apparu tardivement (quatrième jour) une lésion locale, anatomique, caractéristique de la pneumonie lobaire aiguë.

Aussi, devant ce retard de la localisation pulmonaire, devant cette dissociation des phénomènes généraux et locaux, nous n'hésitons pas à voir là un exemple typique de cette *fièvre pneumonique*, qu'a défendue l'École de Montpellier et qu'a vivement combattue l'École organicienne, anatomo-pathologique de Paris.

Ce sont ces cas indéniables qui avaient autorisé Traube, Ziemssen, Cohnheim, Jurgensen, Lancereaux (*Rev. gén. de clin. et de thérap.*, 1894) à regarder la pneumonie comme une maladie infectieuse générale, *dont les agents se fixeraient ultérieurement dans le poumon*, et à faire revivre ainsi l'ancienne idée hippocratique de « fièvre pneumonique ».

Malheureusement ces pneumonies sèches, ces affections à symptomatologie incomplète nous rappellent trop les pneumonies bâtardes, observées dans les récentes épidémies de grippe, pour que nous ne songions pas ici à incriminer ce facteur infectieux, quoique l'état sanitaire de la garnison fût excellent à cette période de l'année.

MÉDECINE PRATIQUE

UNE NOUVELLE FORMULE D'INJECTION HYPODERMIQUE ASSOCIANT LE CAMPHRE A LA CAFÉINE

Par le docteur A. CLARET (1).

A côté de la caféine et parallèlement à elle, le camphre a pris, depuis quelques années surtout, une place en vue parmi les médicaments toniques généraux, toni-cardiaques et diaphorétiques.

Sans exposer en détail les communes indications de ces deux médicaments, établies et exposées maintes fois par nos maîtres, je crois exprimer une vérité banale en disant que tout praticien peut avoir à les employer simultanément et synergiquement dans les états adynamiques dépendant des maladies générales infectieuses ou des cardiopathies. — Or ces deux médicaments synergiques se présentent actuellement, particulièrement en ce qui concerne les injections hypodermiques, sous des formes dissemblables et incompatibles : la caféine en solutions aqueuses, le camphre sous forme d'huile camphrée. De là, pour leur emploi concordant et simultané, des difficultés et des complications, tenant à la préparation de deux solutions, à la nécessité de pratiquer deux piqûres, aux deux seringues qu'il est préférable d'employer pour des masses d'injection aussi dissemblables, je n'insiste pas. Il m'a donc paru intéressant de réaliser une solution injectable fournissant au praticien les deux médicaments réunis à leur dose thérapeutique ordinaire.

(1) Communication à la Société de thérapeutique.

Cette solution se prépare de la manière suivante :

A 3 centimètres cubes de glycérine pure stérilisée ajoutez :

1 centimètre cube de la solution :

Caféine.................
Salicylate (et non benzoate) de Na................ } *ãã* 0g25 centigr.
Eau distillée q. s. p........... 1 cent. cube.

Ajoutez enfin :

Alcool camphré à 1 p. 10........... 1 gramme.

ou :

Alcool camphré à 1 p. 10......... 1cc25

La solution ainsi obtenue contient, sous un volume de 5 centimètres cubes, environ 0g25 de caféine et 0g10 de camphre, doses habituellement employées de ces deux médicaments. Elle se conserve parfaitement limpide pendant longtemps (plusieurs mois). Injectée à diverses reprises à des cobayes, elle n'a pas causé d'abcès au point injecté.

J'ai ensuite expérimenté sur moi-même son emploi et j'ai pu constater qu'elle produit, comme toutes les solutions de caféine, une douleur assez vive, localisée, douleur qui disparaît d'ailleurs assez rapidement.

Le seul reproche sérieux qui puisse, je crois, être adressé à cette formule se rapporterait à son volume de 5 centimètres cubes. Je ne pense pas qu'il ait beaucoup de poids à l'heure actuelle où les progrès de la technique nous ont donné les ampoules auto-injectables de toutes contenances et où la sérothérapie a doté tout praticien de seringues de 10 et 20 centimètres cubes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 21 NOVEMBRE 1905)

Statistique de la santé à Paris et à Berlin. — Une seule communication, d'ailleurs intéressante et tristement instructive, celle de M. Lowenthal sur la santé comparée de Paris et de Berlin. Qu'on en juge par les chiffres suivants que nous empruntons à ce travail :

Sur 1 000 hommes mariables (célibataires, veufs et divorcés âgés de plus de vingt ans), on compte à Paris 71,2 mariés, contre 85 à Berlin; sur 1 000 femmes mariables (célibataires, veuves et divorcées âgées de plus de quinze ans), on compte à Paris, 43,4 mariées, contre 48,5 à Berlin. Par contre, les mariages tardifs, et par suite improductifs, sont plus fréquents à Paris; c'est ainsi que, sur 1 000 mariages, on compte à Paris 46,5 femmes âgées de cinquante ans, contre 26,4 seulement à Berlin.

La natalité légitime de Paris (15,9 p. 1 000) est de 40 p. 100 inférieure à celle de Berlin (22 p. 1 000); la natalité illégitime de Berlin (3,8 p. 1 000) est de 65 p. 100 inférieure à celle de Paris; la natalité totale de Paris (22,2 p. 1 000) est inférieure de 15 p. 100 à celle de Berlin (25,8 p. 1 000). Si l'on rapporte les naissances légitimes, non pas à la population totale, mais, ce qui est plus rationnel, uniquement aux femmes mariées âgées de quinze à cinquante ans, on arrive à évaluer cette

natalité à Paris (98 p. 1000) de 50 p. 100 inférieure à celle de Berlin (146,2 p. 1000). A Paris comme à Berlin, et plus encore à Berlin, la natalité des femmes mariées tend à baisser : dans la période 1891-1900, cette baisse se chiffre par 5 p. 100 à Paris et 20 p. 100 à Berlin et doit être attribuée aux pratiques de malthusianisme qui sévissent aussi bien à Berlin que dans les grands centres urbains, alors que la population rurale de la Prusse y reste réfractaire; en France, au contraire, le malthusianisme règne aussi bien dans les villes que dans les campagnes, comme le démontre le tableau suivant :

Sur 1000 habitants les naissances se chiffrent, en France, en 1902, de la façon suivante : dans la capitale 22,2 p. 1000, dans les villes 22,3 p. 1000, dans les campagnes 21,3 p. 1000, au total 21,7 p. 1000.

En Prusse, pour la capitale 25,8, pour les villes 33,3, pour les campagnes 39,8, au total 37.

Ces chiffres se passent de commentaires.

Les décès enregistrés à Paris sont classés par le service de la statistique de la Ville en deux catégories :

a. Décès des habitants domiciliés à Paris (1902, 49 p. 1000);

b. Décès des personnes dont le domicile légal se trouve hors de Paris (4103 en 1902).

Seule, la première catégorie figure dans la mortalité générale de Paris; les décès formant la seconde catégorie sont rapportés pour ceux des décédés dont le domicile se trouve dans le département de la Seine, et ils forment l'immense majorité aux agglomérations respectives.

Ce procédé ne serait rationnel que si la Ville de Paris tenait compte dans ses registres mortuaires et faisait figurer dans sa mortalité générale les décès de ceux de ses habitants qui, par milliers, meurent tous les ans hors de la capitale : dans les villes d'eaux, stations de mer, sanatoria, campagnes (les enfants en nourrice, par exemple), et tout particulièrement dans les nombreux établissements privés et publics, tels que hôpitaux, hospices, asiles, maisons de santé, cliniques particulières, prisons, etc., situés soit dans la banlieue parisienne, soit hors du département de la Seine (Nanterre, Villejuif, Issy, Bicêtre, Angicourt, Berck-sur-Mer, Villers-Cotterets, etc., etc.). Il n'en est rien : Paris se décharge volontiers des décès qui ne lui appartiennent pas, mais refuse de se charger des décès que de droit il peut revendiquer. C'est ainsi, par exemple, qu'en 1901 Paris s'attribue une mortalité de 18,3 p. 1000, mais octroie au Kremlin-Bicêtre, Villejuif et Nanterre, remplis de malades, infirmes et vieillards d'origine parisienne, le taux respectif de mortalité de 57,6; 60,1 et 34,6 p. 1000.

Autre cause d'erreurs : à Berlin, si l'industrie nourricière est inconnue, la mortalité générale comprend la totalité des décès infantiles : à Paris, au contraire, sur 61000 nouveau-nés, 30000, soit environ la moitié, quittent la ville pour la campagne; leurs décès ne figurent pas sur les registres mortuaires de Paris, mais sur ceux des campagnes. En tenant compte de ces décès et de la totalité des décès enregistrés à Paris, la mortalité générale de la Ville de Paris, pour la dernière période quinquennale, peut être évaluée à 23 p. 1000 (chiffre officiel, 19,5 p. 1000), contre 17,8 p. 1000, mortalité générale de Berlin. En prenant en considération la différence des taux de natalité, l'intensité de mortalité (ou les chances de mort) est de 45 p. 100 plus basse à Berlin qu'à Paris.

1° La mortalité fièvre typhoïde de la ville de Berlin est de 475 p. 100 plus basse que celle de la ville de Paris;

2° La mortalité variole est de 1555o p. 100 plus basse;

3° La mortalité fièvre puerpérale est sensiblement égale;

4° La mortalité tuberculose de 90 p. 100 plus basse.

Les terribles ravages qu'exerce à Paris la tuberculose peuvent être attribués, d'une part à la malpropreté de la voirie parisienne, particulièrement prononcée dans les quartiers ouvriers, et, d'autre part, aux maisons et logements insalubres. Rien n'est plus déplorable que le système adopté par notre municipalité et qui consiste, lorsqu'on démolit un foyer pestilentiel, à déplacer là pestilence et non pas à la supprimer.

Les choses se passent tout autrement à Londres. En Angleterre, en effet, la loi impose aux municipalités le soin de procurer, en cas d'expropriation, des locaux *salubres* à la moitié au moins des locataires expropriés. Une autre loi incite ces municipalités à acquérir pour leur propre compte, au lieu de les abandonner, les maisons délabrées insalubres et à construire à leur place des habitations ouvrières saines et salubres. La municipalité de la ville de Londres s'est engagée résolument dans la voie tracée par la législation anglaise.

L'assainissement, tel qu'il se pratique, est réel; tel qu'il se pratique à Paris, il n'est qu'apparent, illusoire.

D'où cette conséquence : alors qu'à Paris la tuberculose augmente ses ravages, à Londres sa mortalité a baissé, dans la période de 1871-1901, de 21,1 à 17,1 p. 1000.

En résumé, les conditions démographiques de Paris sont aussi peu satisfaisantes que son état sanitaire est déplorable. Paris, de même d'ailleurs que l'immense majorité de nos villes, contribue puissamment au dépeuplement de la France, non seulement par le taux bas de sa natalité, mais encore et surtout par sa haute mortalité, de beaucoup plus haute que l'indiquent ses statistiques.

Nous avons vu plus haut comment et à l'aide de quel procédé de comptabilité la ville de Paris arrive à décharger son budget mortuaire annuel de plusieurs milliers de décès.

En présence de l'optimisme général de ce système d'évaluation, nous croyons accomplir œuvre utile en faisant connaître la vérité, aussi triste et aussi humiliante qu'elle soit pour la ville lumière et pour la France elle-même.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de thérapeutique (1), par le docteur Bourget, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Lausanne, et le docteur Rabow, professeur honoraire de l'Université de Lausanne.

Voilà un excellent *Précis de thérapeutique* conçu en vue des praticiens et de façon à leur être utile; il ne s'égare pas, en effet, comme tant d'autres, parmi des expériences multiples et souvent contradictoires qui laissent le lecteur désorienté. A propos de chaque substance, il indique les propriétés que l'usage lui a effectivement reconnues, *consensu omnium*. C'est bien là ce qu'il faut au médecin qui, au moment d'employer un médicament, veut en revoir rapidement les effets principaux sur les divers appareils. Les généralités pharmaceutiques qui ouvrent le livre sont nettes, précises et pratiques; à la fin de l'ouvrage, on trouvera des notions sur les nouveaux médicaments, avec leurs doses, et un chapitre très bien fait sur la pharmacie du médecin de campagne. La table des doses maxima, pour chaque prise et par jour, est établie d'après les pharmacopées suisse et allemande, ce qui permet au lecteur français de comparer facilement avec la nôtre. Nous sommes heureux de recommander ce *Précis de thérapeutique*, qui rendra sûrement des services à tous ceux qui le consulteront. A. Gaullieur l'Hardy.

(1) In-8 de 366 p. avec nomb. fig. et 1 pl. color. — Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin; Lausanne, Th. Sack.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

PARAPLÉGIES [1]

SÉMÉIOLOGIE. — Adoptant la classification de M. Déjerine (loc. cit.), nous étudierons successivement la paraplégie au cours des affections : 1° non systématisées ; 2° systématisées du système nerveux.

I. Affections non systématisées. — Elles peuvent être *périphériques* ou *centrales*.

PÉRIPHÉRIQUES, ce sont les polynévrites de cause toxique (alcoolisme, saturnisme, oxyde et sulfure de carbone, arsenic, etc.), dyscrasique (diabète, cancer), ou infectieuse (diphtérie, coqueluche, fièvre typhoïde, paludisme, tuberculose, etc.).

Ces paralysies d'origine névritique se manifestent par des troubles divers de la motilité, de la sensibilité, des réactions électriques (v. classiques), mais *elles présentent toutes le caractère flaccide*. L'affection avec laquelle elles peuvent être le plus facilement confondues est la *poliomyélite antérieure aiguë* qui, elle aussi, peut donner lieu à une paraplégie flasque. Pour différencier ces deux affections, on examinera successivement (v. Raymond, loc. cit.) : *a*. le *mode de début* et l'*évolution des accidents* : dans la poliomyélite, en deux, trois, quatre jours, la paralysie atteint son apogée ; elle frappe généralement les deux membres inférieurs, intéresse des muscles synergiques, atteint de préférence la racine des membres. Dans la polynévrite, la paralysie met beaucoup plus de temps à atteindre son apogée ; souvent elle affecte une disposition irrégulière et se localise de préférence aux extrémités des membres ; *b*. à la *période d'état*, dans la poliomyélite, la paralysie motrice, une fois parvenue à son acmé, rétrograde : elle se retire d'un certain nombre de muscles qui reviennent à l'état normal pour se cantonner à quelques autres, qui sont voués à une atrophie définitive. L'évolution de la polynévrite est beaucoup plus irrégulière. Dans la première, il n'y a que des troubles moteurs ; dans la seconde, ces troubles s'accompagnent souvent d'ataxie. Dans la poliomyélite, l'exploration électrique des muscles permet de prévoir lesquels sont voués à une atrophie irréparable, lesquels récupéreront leur intégrité fonctionnelle [Duchenne] (2). Les troubles des réactions électriques, dans la poliomyélite, sont beaucoup plus en rapport que dans la polynévrite avec le degré de la paralysie (Erb) ; *c*. à la *période atrophique*, la paralysie est plus proportionnelle à l'atrophie dans la poliomyélite que dans la polynévrite ; *d*. les *réflexes tendineux* sont, dans celle-là, proportionnels au degré de contractilité des muscles ; les réflexes cutanés ne sont jamais exagérés ; dans celle-ci, il n'y a pas de rapport constant entre l'état des réflexes tendineux et l'état de la contractilité des muscles. Parfois, les réflexes cutanés sont exagérés ; *e*. les *troubles sensitifs*, très importants, prépondérants dans la polynévrite, sont secondaires, effacés dans la poliomyélite ; *f*. les *troubles moteurs* sont plus accusés dans celle-ci que dans celle-là ; *g*. les *troubles de l'innervation encéphalique* (paralysies des nerfs craniens, troubles psychiques), fréquents dans la polynévrite, manquent dans la poliomyélite ; *h*. enfin, la poliomyélite antérieure aiguë ne récidive jamais, tandis que dans la polynévrite les rechutes sont fréquentes. Telles sont les principales différences entre les paraplégies par polynévrite et celles par poliomyélite. Mais il y a des cas intermédiaires (*cellulo-névrite*, Erb).

Dans les AFFECTIONS CENTRALES, les paraplégies peuvent être attribuées : *a*. à un *traumatisme* direct ou indirect (fractures, luxations vertébrales). La paraplégie débute brusquement ; elle peut être totale d'emblée (*choc de la moelle*, Vulpian). La lésion a-t-elle complètement détruit la moelle, la paralysie reste flasque et aboutit souvent à la mort ; dans le cas contraire, la paraplégie, d'abord flasque, devient ultérieurement spasmodique. La lésion est-elle unilatérale, on observe le syndrome de Brown-Séquard ; *b*. à une *compression*. Très fréquentes, les paraplégies par compression médullaire sont habituellement dues à une lésion de la colonne vertébrale : mal de Pott (carie osseuse, pachyméningite, abcès froid), cancer ; plus rarement, à une tumeur intra-rachidienne. Le plus souvent spasmodiques, elles sont quelquefois flaccides, en cas de compression complète. Elles se traduisent : α. par des signes d'ordre médullaire, quelconques ; β. par des signes extra-médullaires dus à la compression des racines, et consistant : 1. en troubles trophiques cutanés et musculaires ; 2. en *pseudo-névralgies*. Caractérisées par l'absence de points douloureux exagérés à la pression, l'association de troubles trophiques et moteurs, la non-systématisation à un seul nerf, l'unilatéralité dans les cas de compression unilatérale, elles sont particulièrement intenses dans le cancer vertébral, où elles s'expliquent par l'affaissement des vertèbres et la compression des nerfs dans le trou de conjugaison (*paraplégie douloureuse des cancéreux*). Dans le mal de Pott, la paraplégie peut rétrocéder et guérir.

A côté de ces compressions *lentes*, il existe des compressions *brusques*, dues à la rupture d'une collection liquide intra-rachidienne, qui donnent lieu, même en cas de compression légère, à une paraplégie flaccide complète, mais momentanée. Ces compressions brusques sont particulièrement graves lorsqu'elles atteignent la moelle cervicale.

c. Les *paraplégies par myélomalacie* sont habituellement liées à une artérite infectieuse (fièvre typhoïde, par exemple). La plus fréquente est la *paraplégie syphilitique*. Habituellement spasmodique, cette paraplégie apparaît surtout de quatre à dix ans après le chancre ; elle peut être très précoce. Les uns la croient surtout fréquente dans les syphilis bénignes, les autres, dans les syphilis graves. Elle peut frapper des spécifiques s'étant bien traités.

La paraplégie syphilitique peut être due à une carie spécifique des vertèbres, fait exceptionnel. Le plus souvent elle relève de lésions méningo-médullaires : les méninges se soudent et forment virole (*pachyméningite spinale syphilitique*), ou présentent des gommes ou des lésions vasculaires prédominantes (*méningite syphilitique*). Ces lésions s'étendent bientôt à la moelle. Celle-ci n'est d'abord qu'insuffisamment irriguée. Mais, plus tard, lorsque les lésions artérielles ont abouti à la thrombose, son tissu se ramollit et se nécrose. Quelquefois les lésions médullaires (gommes, foyers de ramollissement) existent seules.

Cliniquement, on peut observer les aspects les plus divers selon le siège, la nature, l'étendue des lésions. Tantôt l'évolution est *lente et progressive*, la maladie débutant par des troubles sensitifs et de la raideur des membres inférieurs, et des troubles sphinctériens, la paralysie s'installant progressivement, d'abord flasque, puis spasmodique ; tantôt la maladie, parfois annoncée par des prodromes qui tous « traduisent l'insuffisance et l'irrégularité de la circulation médullaire » (Déjerine), *débute brusquement*, ou même subitement, à la suite d'un ictus (apoplectique) ou sans ictus.

Dans la plupart des cas, la paralysie est d'abord flasque et s'accompagne de troubles divers de la sensibilité ; puis, peu à peu, elle devient spasmodique. Pour les détails, v. Déjerine, loc. cit., et Lamy, *Syphilis des centres nerveux*, Collect. Léauté. Le malade garde le lit, si la contracture est très accusée ; si la contracture est de moyenne intensité, il peut marcher (forme d'Erb). La paraplégie syphilitique, dont les formes varient suivant le siège, le mode de début, la prédominance des troubles sensitifs (1) peut : ou guérir complètement en quelques semaines (*p. fonctionnelle*, Sottas), ou aboutir à la mort par phénomènes de décubitus ou par troubles bulbaires, ou, plus fréquemment, persister indéfiniment : elle représente alors la seule manifestation nerveuse de la syphilis. *(A suivre.)*

(1) Le syndrome de Brown-Séquard s'observe assez fréquemment.

(1) Suite. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1905, nos 124, p. 1486, et 127, p. 1521.

(2) Dans les premiers, la contractilité faradique disparaît.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 134. — SAMEDI 25 NOVEMBRE 1905. 78e ANNÉE. SAMEDI 25 NOVEMBRE 1905. — N° 134.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
La linite plastique de Brinton, par M. Maurice Brelet.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de chirurgie.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Par qui sont dus les honoraires.
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT EN MÉDECINE. — La composition écrite du concours de l'Internat aura lieu à la date fixée, le lundi 18 décembre 1905, à midi, dans la salle Saint-Jean, à l'Hôtel de Ville (entrée par la rue Lobau, porte du côté de la rue de Rivoli).

Seront seuls admis dans la salle les candidats porteurs du bulletin spécial qui leur aura été délivré par l'Administration au moment de leur inscription au concours.

Les candidats devant, à leur entrée dans la salle, recevoir un numéro leur indiquant la place qu'ils doivent occuper, sont invités à se présenter dès onze heures et demie.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Peringuey (de Bordeaux), Deléage (de Vichy), Gondoin (d'Argentan), Lautier (de Vans), Arluison (d'Eurville), Guyot (de Dammartin), Laurent (de la Rochelle), Gascon (de Redon), Heiser (de Paris), Braillon (de Bresle), Guidernoni (d'Allanche), Veilleau et Dubost (de Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Garat (de Bayonne), Scheydt (de Cette), Vanel (d'Issy-les-Moulineaux), Pamart (de Gonesse), Rodie-Talbère (d'Agen), Guedy (de Sétif), Domer et Meillon (de Cauterets), Dubief (de Paris), Colat (de Campan), Crouzillac (de Toulouse), Mougeot (de Saint-Dizier), Testevuide (de Bourbonne), Delétang (d'Arcy-sur-Cure), Debord (de Lubersac), Loppé (de Saint-Mards-en-Othe), Roger (de Paris), Couchars (de Périers), Leconte (de Coutances), Verhaeghe (de Lille), Dubois (de la Rochelle), Biard (de Paris), Yvonnet (de Saint-Julien-l'Ars), Pouzol (de Volvic), Peaucellier (d'Amiens), Cordon (des Ponts-de-Cé), Moutier (d'Angers) et Grasset (de Tours).

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT TARNIER (SERVICE DU PROFESSEUR P. BUDIN). — Tous les mardis, à neuf heures, leçons de clinique obstétricale. Tous les samedis, à neuf heures, à partir du 2 décembre, leçons sur l'allaitement et l'hygiène du nourrisson.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. L. Mangin, professeur, commencera son cours de botanique (classification et familles naturelles des cryptogames), le lundi 27 novembre 1905, à dix heures du matin, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie, et le continuera les mercredis et lundis suivants, à la même heure.

Le professeur traitera d'abord de la classificaiion des ascomycètes. Il abordera ensuite l'étude des algues : organisation, classification, en insistant spécialement sur leur répartition en profondeur et en surface, sur leur rôle et leur utilité. Quelques leçons seront consacrées à l'étude du phytoplankton et de ses diverses modalités.

Les dernières leçons du cours seront consacrées à l'examen d'un certain nombre de parasites des plantes potagères.

Le cours sera complété par des excursions et des épreuves pratiques qui seront ultérieurement annoncées.

— M. Ph. van Tieghem, professeur, membre de l'Institut, commencera son cours de botanique (organographie et physiologie végétale), le samedi 2 décembre 1905, à neuf heures du matin, dans la galerie de minéralogie, et le continuera les mardis, jeudis et samedis de chaque semaine, à la même heure.

Après avoir résumé d'abord les caractères communs à tous les êtres vivants qui font le sujet de la botanique générale, le professeur, qui a étudié l'année dernière la morphologie du corps adulte de la plante, exposera cette année la morphologie de sa multiplication, de sa reproduction et de son développement.

Les leçons du jeudi seront des leçons pratiques et auront lieu au laboratoire de botanique, rue de Buffon, 61.

Etudes de Me Paul GAILLARD, avocat-défenseur à Constantine, rue Négrier, n° 5, Bazar Narboni, et de Me Auguste BOYER, notaire, même ville, place d'Aumale, n° 1.

ADJUDICATION

Le lundi 4 décembre 1905, à deux heures de relevée, en l'étude dudit Me Boyer, notaire à Constantine (Algérie) :

D'UNE

PHARMACIE

Exploitée à Constantine, rue Caraman, n° 2, par feu M. H. Durili, comprenant le magasin annexe de fournitures et appareils photographiques appelé « PHOTO-HALL »; ensemble la clientèle et l'achalandage, le matériel et le mobilier industriel servant à l'exploitation : toutes les marchandises en magasin ou en entrepôt au jour de l'entrée en jouissance et le droit aux baux.

Mise à prix : 40000 francs.

Cautionnement pour enchérir : 5000 francs. — Facilité de surenchérir d'un sixième dans la huitaine de l'adjudication par déclaration en l'étude de Me Boyer, notaire. — Chiffre moyen d'affaires pendant les années 1904 et 1905, donné à titre de renseignement : 50000 francs.

Pour renseignements, s'adresser : 1° à Me Paul GAILLARD, défenseur poursuivant; 2° à Me BOYER, notaire, dépositaire du cahier des charges; 3° et à M. Henry FOURÉ, élève en pharmacie, administrateur provisoire.

REVUE GÉNÉRALE

LA LINITE PLASTIQUE DE BRINTON

Par M. Maurice BRELET,
Interne des hôpitaux de Paris.

Brinton a proposé, en 1862, le terme de linite plastique pour désigner une affection chronique de l'estomac, assez rare, et caractérisée moins par des symptômes cliniques que par un aspect anatomo-pathologique : macroscopiquement, d'après Brinton, les parois gastriques sont épaisses, uniformément infiltrées dans leurs différentes tuniques par un tissu dur, demi-élastique, et fibreux ; au microscope la masse fibreuse, mélangée avec les tissus normaux de l'estomac, apparaît composée de filaments ondulés plus ou moins distincts. Cette lésion, Brinton ne voulait pas la ranger parmi les gastrites chroniques ; elle lui semblait pouvoir être plutôt rapprochée des cirrhoses. La dénomination « linite plastique » a eu l'heureuse chance d'un destin favorable et elle est restée dans la littérature médicale en même temps que le nom de Brinton. On ne peut s'empêcher de remarquer à ce propos que la maladie de Brinton était connue et avait été fort bien décrite avant lui, en particulier par Andral et Cruveilhier ; et que d'autre part, les mots de linite plastique n'ont qu'une assez vague signification, car le mot linite rappelle un aspect histologique d'importance très secondaire, le réseau filamenteux du tissu cellulaire qui engaine les vaisseaux pouvant, dit Brinton, en raison de son apparence, être désigné par le terme *linitis* (tiré du grec λινὸν, rete ex lino factum) ; et le mot *plastique* (de πλαστίκος, apte à former) vise le processus d'hypertrophie et d'épaississement des parois gastriques.

Quoi qu'il en soit, ce vocable mérite d'être conservé au moins provisoirement ; tous les auteurs n'étant pas d'accord sur la nature de la linite plastique et sur la place qu'elle doit occuper dans le groupe des affections chroniques de l'estomac.

I

Anatomie pathologique. — Il existe deux formes anatomiques de linite plastique ; tantôt la lésion occupe tout ou presque tout l'estomac, tantôt elle est restée circonscrite à une région, le plus souvent alors au voisinage du pylore.

Bien qu'il soit plus logique de décrire d'abord la forme circonscrite qui peut ensuite par son extension progressive envahir presque tout l'estomac, il est préférable d'étudier immédiatement la forme totale, celle-ci étant beaucoup plus caractéristique.

L'estomac a parfois conservé ses dimensions ordinaires, mais le plus souvent il est petit, rétracté, caché et immobilisé sous le foie par des adhérences ; sa forme est celle d'un ovoïde irrégulier, Snellen le compare à une petite courge. La teinte est grisâtre, opaque, la tunique péritonéale ayant une couleur sombre très particulière. Cet estomac ne s'affaisse pas, son poids et sa densité sont augmentés ; la consistance en est dure, comme cartilagineuse, aussi résiste-t-il à la pression, se laissant à peine déprimer et reprenant sa forme comme un corps élastique. La capacité gastrique est assez variable, dans la plupart des cas très diminuée, réduite souvent à tel point que l'estomac peut à peine contenir 150 à 200 centimètres cubes de liquide.

A la section, on a la sensation d'une dureté extrême de la paroi dont le tissu crie sous le scalpel ; après section, la paroi reste tendue comme celle d'une artère et présente un épaississement plus ou moins considérable atteignant, dans beaucoup de cas, deux à trois centimètres ; c'est presque toujours dans la région pylorique que l'épaisseur de la paroi gastrique est à son maximum. Sur la surface de section, le tissu pathologique apparaît « fibreux, blanc nacré ou grisâtre ; suivant qu'il est plus ou moins dense, il rappelle le tissu tendineux ou le tissu cellulaire sous-cutané des œdèmes chroniques » (Bouveret). Les différentes tuniques de l'estomac (celluleuse, musculaire, muqueuse) ont pris un air de ressemblance anormal ; on devine, même à un examen à l'œil nu, la présence dans toutes ces tuniques d'une même substance dont l'infiltration uniforme est un des principaux caractères de la lésion (Brinton).

La *muqueuse* gastrique est pâle, anémiée, plus rigide et plus adhérente qu'à l'état normal : on y remarque parfois des petites élevures, des mamelons, formés par suite de l'inégale hypertrophie des couches sous-jacentes, quelquefois des plaques ardoisées, grisâtres ou ecchymotiques, voire même des ulcérations ; ces dernières ont été attribuées par Pilliet à des troubles circulatoires dus à la compression des vaisseaux pas le tissu néoformé. Hoche a insisté récemment sur la fréquence des ulcérations ou des abrasions de la muqueuse avec cicatrices d'anciens ulcères, et d'après lui, beaucoup de cas de linite doivent être rattachés à l'évolution d'ulcères chroniques à marche torpide.

C'est dans la *sous-muqueuse* que l'on trouve le maximum des lésions ; elle est très hypertrophiée, présente un aspect blanc et nacré ; son tissu est devenu dur. De sa face externe partent des tractus qui pénètrent à travers la couche musculaire pour aller jusqu'au tissu sous-péritonéal.

La *couche musculaire* est aussi hypertrophiée. Enfin *le tissu cellulaire sous-péritonéal* est plus ou moins scléreux, très altéré d'après Brinton, moins épaissi que la sous-muqueuse d'après d'autres observateurs. Le péritoine peut présenter des altérations sur lesquelles nous aurons à revenir.

Que la lésion gastrique soit diffuse ou circonscrite, l'aspect macroscopique et l'état des différentes tuniques sont les mêmes. Mais, dans la forme circonscrite, l'induration fibroïde n'existe qu'en une région limitée de l'organe, le reste de la paroi ayant conservé son épaisseur et sa souplesse normales. La linite circonscrite a été signalée au cardia (Formad, Lyonnet, Petibon), à la petite courbure (Henrot) à la grosse tubérosité (Viti) ; ces faits sont exceptionnels, le plus souvent la linite localisée occupe la région pylorique, c'est la *maladie fibroïde du pylore* (Habershon) la *sténose hypertrophique du pylore* (Tilger et Boas). Dans ces cas, la tumeur examinée du côté de l'esto-

mac se présente sous la forme d'un entonnoir largement ouvert; du côté de l'intestin, l'épaississement s'arrête en général brusquement et on trouve souvent dans les observations la saillie du pylore dans le duodénum comparée à celle du museau de tanche dans le vagin (Tourlet). Le calibre du canal pylorique est alors plus ou moins rétréci; et l'estomac habituellement dilaté. Quelques auteurs rapprochent de cette linite plastique localisée au pylore certains cas de sténose pylorique observés chez les nouveau-nés et les nourrissons; nous aurons à voir, à propos des examens histologiques, ce qu'il faut penser de ce rapprochement.

Les *ganglions*, au voisinage de l'estomac atteint de linite, sont petits et rétractés (Hanot et Gombault), lardacés, avec une surface de section ayant le même aspect que la coupe de la sous-muqueuse (Bret et Paviot).

La linite plastique est souvent accompagnée de lésions plus ou moins étendues du *péritoine sus-ombilical* et résultant d'un processus de péritonite chronique. Wilks et Brinton avaient noté ces modifications de la séreuse péritonéale. Hanot et Gombault ont attiré l'attention sur elles et les ont décrites sous le nom de *rétro-péritonite calleuse*. Il est assez difficile de dire exactement leur fréquence; sur 47 observations de linite plastique, il en est 17 dans lesquelles l'état du péritoine n'est pas mentionné, 9 avec péritoine reconnu sain et 21 avec péritonit chronique. Cette proportion de 21 sur 30, et même de 21 sur 47, si l'on veut admettre que le péritoine était indemne quand son état n'est pas mentionné, des altérations un peu notables n'ayant pas dû passer inaperçues, cette proportion montre l'importance et la fréquence de la rétro-péritonite calleuse. Dans les cas les plus typiques, l'épiploon gastro-hépatique et le grand épiploon sont rétractés, épaissis, formant des brides fibreuses et résistantes; l'épaississement conjonctif remonte jusqu'au hile du foie, entourant la veine porte et le canal cholédoque, dont le calibre peut être ainsi rétréci; il existe souvent de la périhépatite et de la périsplénite. Tout le tissu conjonctif de l'arrière-cavité des épiploons est épaissi, ce qui contribue à immobiliser l'estomac, à faire une induration diffuse, englobant dans une masse unique la petite courbure, le pylore, la première portion du duodénum, ainsi que le tissu cellulaire situé en arrière de ces différentes parties. Le mésentère lui-même peut présenter des bosselures, au milieu desquelles Henrot a vu dans un cas deux chylifères très dilatés, entourés d'une gangue fibreuse. Enfin la péritonite chronique peut parfois s'étendre jusqu'au petit bassin (Bouveret).

On trouve quelquefois dans l'*intestin*, le plus habituellement au côlon transverse et exceptionnellement à l'intestin grêle, des zones plus ou moins étendues, dont la longueur peut atteindre 15 centimètres, et qui présentent une induration fibroïde analogue à celle de l'estomac et réduisant plus ou moins le calibre de l'intestin.

Enfin, il faut signaler qu'il existe parfois dans le foie, dans la colonne vertébrale, dans les ovaires, des lésions ayant aussi un aspect fibreux et dont la signification histologique présentera le plus grand intérêt.

II

Examen microscopique. — L'aspect de la *muqueuse* gastrique est assez variable, et cette muqueuse peut même, dans certains cas, rester relativement saine. Souvent, les altérations microscopiques sont telles que Hanot et Gombault les ont décrites : la muquense épaissie est envahie progressivement de ses couches profondes vers les couches superficielles par le tissu conjonctif parti de la sous-muqueuse; l'épithélium des glandes gastriques a subi les transformations habituellement rencontrées dans la gastrite chronique. La couche profonde de la muqueuse peut renfermer des groupes de cellules, abondants ou rares, ayant des formes variées et des orientations diverses. Hanot et Gombault considèrent ces groupes de cellules non comme des alvéoles de cancer, mais comme des glandes de l'estomac modifiées et déviées de leur direction par le fait de la sclérose des couches sous-jacentes. Dans d'autres cas, les culs-de-sac glandulaires sont absolument normaux, mais on voit s'insinuer à travers la muscularis mucosæ et parvenir jusque dans la sous-muqueuse des traînées de cellules épithélioïdes qui sont des lymphatiques d'après Pilliet et Brissaud. Bret et Paviot ont constaté plusieurs fois des altérations de la muqueuse très différentes des précédentes : il n'existait pas dans ces cas d'inflammation interstitielle, mais bien une hypergénèse des éléments épithéliaux et l'on voyait, dans le chorion, à la base des tubes glandulaires, des traînées diffuses de cellules épithéliales atypiques, avec absence à peu près absolue de réaction du tissu conjonctif interglandulaire. Hoche a observé aussi des proliférations glandulaires profondes et des éléments épithéliaux polymorphes atypiques, parfois au voisinage de cicatrices d'ulcères. En résumé, on trouve tantôt des lésions de gastrite chronique interstitielle, tantôt une cancérisation de la muqueuse avec ou sans ulcère chronique.

L'étude microscopique de la *sous-muqueuse* prête moins à discussion; on y reconnaît les altérations caractéristiques qui ont fait désigner la linite sous le nom de sclérose hypertrophique sous-muqueuse. Cette tunique est considérablement épaissie par des faisceaux de tissu fibreux, denses, volumineux, très développés autour des vaisseaux, les entourant comme d'un réseau de lin; ces faisceaux dirigés dans tous les sens ont parfois un aspect ondulé ou en tourbillon; ils forment des nappes épaisses de tissu conjonctif diversement entrecroisées. Notons que, dans un cas, Garret a vu dans la sous-muqueuse d'innombrables cellules avec noyaux allongés en bâtonnet et par places un aspect un peu fasciculé, si bien que ce cas qui était macroscopiquement une limite plastique devait prendre place, de par l'histologie, dans le groupe des sarcomes fusiformes, des cancers conjonctifs sous-muqueux.

La tunique *musculaire* apparaît au microscope hypertrophiée et par l'hyperplasie de ses fibres musculaires et par la présence de travées fibreuses qui les parcourent en dissociant les faisceaux musculaires; ces travées fibreuses unissent la sclérose sous-muqueuse aux lésions du *tissu cellulaire sous-*

péritonéal qui ont le même aspect que celles de la sous-muqueuse.

Telles sont les altérations microscopiques de la linite plastique, que celle-ci ait envahi presque tout l'estomac ou qu'elle soit localisée soit au pylore soit en une autre région. Un peu différentes sont celles de l'hypertrophie musculaire du pylore observée chez le nouveau-né et le nourrisson; dans sa forme typique, la lésion a plutôt un siège intra-musculaire; cependant le tissu conjonctif est parfois notablement augmenté de volume, et l'hyperplasie est alors surtout constituée par l'exubérance du tissu conjonctif (Hirschprung). Aussi M. Brissaud établit-il un parallèle anatomique entre la linite plastique de l'adulte et l'hypertrophie musculaire du pylore chez le nouveau-né, tandis que Weil et Péhu déclarent faire une séparation radicale entre ces deux lésions.

Les *ganglions* présentent au microscope, d'après Hanot et Gombault, les caractères de l'inflammation chronique. Mais, dans certains cas, on y a trouvé des éléments cancéreux (Bret et Paviot, Danel). Les altérations du *péritoine* sont histologiquement de nature conjonctive (Hanot et Gombault), parfois néoplasique (Bret et Paviot).

Les lésions de l'*intestin* qui peuvent coexister avec la linite plastique sont, comme celles de l'estomac, essentiellement fibreuses ; on peut rencontrer cependant, dans le tissu fibreux néoformé, l'aspect d'un cancer épithélial à forme squirrheuse. De ce fait à la généralisation, la transition est insensible; aussi a-t-on trouvé des nodules histologiquement cancéreux au foie (Dubujadoux, Rivet), aux ovaires (Bret et Paviot), au rectum (Schacher), dans le corps des vertèbres lombaires (Petibon).

III

Nature et pathogénie. — Cette description anatomo-pathologique un peu longue était nécessaire pour expliquer les difficultés en présence desquelles on se trouve à propos de la nature et de la pathogénie de la linite plastique. Les opinions très nombreuses émises à ce sujet peuvent être rangées en deux groupes, selon que la linite est considérée comme distincte ou non du cancer squirrheux de l'estomac.

I. *La linite plastique n'est pas un cancer de l'estomac.* — C'est la théorie la plus ancienne, celle d'Andral, de Bricheteau, de Cruveilhier et de Brinton. Hanot et Gombault l'ont soutenue par des arguments tirés de l'état des ganglions, du péritoine et de l'estomac lui-même. Ils font remarquer que l'atrophie cicatricielle de la muqueuse et l'absence d'ulcérations ne sont pas en faveur du cancer; quant aux amas cellulaires rencontrés dans le tissu conjonctif et qui pourraient à la rigueur être considérés comme représentant des alvéoles du cancer, Hanot et Gombault les en distinguent parce que les cellules sont très adhérentes à la paroi : parce que, dans chaque cavité, elles affectent toutes la même forme et les mêmes dimensions; enfin parce que de ces cellules, les unes sont petites, ratatinées, en voie de destruction, les autres rappellent les cellules à pepsine des glandes gastriques; on n'y rencontre pas de formes cellulaires atypiques. Ces idées furent généralement adoptées en France et à l'étranger jusqu'à ces dernières années et Tourlet les a encore défendues récemment dans sa thèse (1902).

Mais si la linite plastique n'est pas un cancer de l'estomac, quelle est sa pathogénie? Les théories sont nombreuses pour expliquer cette singulière affection. Wilks (1858) avait émis l'hypothèse de l'*origine péritonéale* du processus scléreux, « d'une inflammation primitive du péritoine déterminant secondairement l'altération des tissus sous-jacents. » Cette théorie ne saurait s'appliquer à toutes les linites, la péritonite chronique n'existant pas toujours.

Leube, Jaccoud, Damaschino font de la linite plastique un cas particulier de la *gastrite chronique*. Hanot et Gombault intitulent leur mémoire : « Etude sur la gastrite chronique avec sclérose sous-muqueuse hypertrophique et rétro-péritonite calleuse. » On leur a objecté que la muqueuse n'est souvent pas très altérée et que la gastrite chronique est d'une fréquence extrême tandis que la linite plastique est très rare.

Bouveret croit avoir trouvé la cause de ces indurations hypertrophiques dans une *oblitération plus ou moins étendue des voies lymphatiques*; il établit une analogie avec l'œdème chronique et induré du tissu cellulaire sous-cutané ; cette hypothèse expliquerait le début des lésions dans les tissus sous-séreux et sous-muqueux, ainsi que l'extension possible à d'autres parties du tube digestif.

Huchard a relaté un cas dans lequel les lésions de l'estomac pouvaient être mises sur le compte de l'*artério-sclérose*. Dans une observation de Pedrazzini, la même pathogénie est invoquée.

Enfin, tout récemment (1905), Poncet et Leriche ont attiré l'attention sur le rôle possible de la *tuberculose* dans la pathogénie de la linite plastique, la tuberculose pouvant être l'origine de lésions inflammatoires à tendance scléreuse sur tous les tissus de l'économie.

II. *La linite plastique est un cancer de l'estomac.* — Rokitansky avait jadis rangé les hypertrophies sous-muqueuses de l'estomac dans le groupe des cancers fibreux (1859). Cette théorie a été reprise par Garret (1892); dans sa thèse, inspirée par M. Bard, il rapporte une observation de linite plastique macroscopique qui était histologiquement un sarcome fusiforme et il est persuadé que, sous le nom de linite plastique, les auteurs ont rangé des lésions, les unes inflammatoires, les autres néoplasiques. Mais c'est surtout dans le mémoire de Bret et Paviot (1894), que l'on trouve des « faits nouveaux tendant à prouver la nature cancéreuse et épithéliale de la linite plastique »; ces auteurs rapportent des observations personnelles très longuement étudiées dans lesquelles on trouva à l'autopsie non seulement des lésions cancéreuses de l'estomac, mais encore des ganglions, un mésentère, un côlon transverse avec des lésions cancéreuses, voire même dans un cas une tumeur double des ovaires de nature épithéliale. Et pour ces auteurs la linite plastique est un cancer à cellules essentiellement métatypiques

dans l'estomac, mais dont la nature vraie est nettement démontrée quand on retrouve dans des généralisations les cellules typiques de son point de départ gastrique et épithélial.

Depuis le mémoire de Bret et Paviot, la plupart des observations publiées confirment cette interprétation (Hoche, Cunéo, Gayet et Patel, Schacher, Danel, Rivet). La linite plastique semble donc de plus en plus devoir être considérée comme une forme spéciale de cancer squirrheux avec réaction fibreuse excessive; le nombre des linites reconnues cancéreuses augmente à mesure que l'on est mieux averti de la nécessité de multiplier les examens histologiques et de « réduire en coupes tout le tissu pathologique, si l'on veut être assuré de ne pas avoir négligé et partant méconnu les lésions les plus importantes et les plus caractéristiques » (Hoche).

IV

Etiologie. — L'étude étiologique de la linite plastique ne fournit aucun élément qui puisse en éclairer la pathogénie. Elle est un peu plus fréquente chez l'homme que chez la femme. L'âge auquel apparaissent les premiers symptômes est des plus variables; toutefois on peut observer la linite chez des sujets jeunes n'ayant pas encore atteint l'âge habituel du cancer; ainsi on a vu des linites chez des malades de vingt à trente ans, mais plus souvent ce sont des malades ayant dépassé quarante-cinq ans.

L'alcoolisme chronique est fréquemment signalé dans les antécédents des malades; cependant, d'après la plupart des auteurs, son rôle est sans grande importance dans le développement de l'affection.

Quelques malades atteints de linite plastique étaient en même temps des tuberculeux; cette coïncidence, Hanot et Gombault, qui l'avaient déjà notée, l'expliquent en supposant que la phtisie avait trouvé dans la maladie stomacale une cause occasionnelle; et, d'après eux, la nature du rapport à établir entre la phtisie et la linite échappe encore complètement. Les travaux récents de Poncet et Leriche remettent à l'étude le problème des relations entre la linite et la tuberculose.

La syphilis n'est que très exceptionnellement mentionnée dans les cas de linite. Son rôle n'est pas démontré; il faut d'ailleurs se rappeler que, si la syphilis peut déterminer des lésions gastriques ressemblant macroscopiquement à la linite (Hayem), on y retrouve, au microscope, des nodules périvasculaires et des gommes microscopiques; ce n'est plus de la linite plastique, c'est de la syphilis gastrique.

Enfin, on a signalé l'influence possible d'une contusion à la région épigastrique (Snellen), de traumatismes professionnels répétés du creux épigastrique (Hare, Schacher).

V

Symptômes. — Il est difficile de décrire les symptômes de la linite plastique et pour cause : dans un grand nombre d'observations, le tableau clinique n'est indiqué qu'en quelques lignes; dans les observations plus détaillées, la symptomatologie est le plus souvent banale, rappelant au début celle d'une gastrite chronique, évoquant dans la suite l'idée d'un cancer gastrique. Nous sommes presque dépourvus, à l'heure actuelle, de symptômes sinon spéciaux tout au moins se présentant avec un aspect un peu particulier; le diagnostic de linite plastique n'a guère été fait avant l'intervention chirurgicale ou l'autopsie, et tout récemment M. Bard écrivait : « Les auteurs s'accordent à déclarer qu'il est impossible de la reconnaître pendant la vie; en réalité, s'il en est ainsi, c'est parce que son étude clinique est encore à faire. » Ce chapitre des symptômes sera donc court, et nous insisterons presque exclusivement sur quelques particularités qui ont été décrites comme plus spéciales à la linite, et qui peuvent permettre, soit d'en affirmer le diagnostic, soit d'en tenir compte dans une discussion de diagnostic différentiel.

La linite plastique peut exister sans symptômes et n'être qu'une trouvaille d'autopsie ; Brinton semble même considérer ces faits comme les plus fréquents, mais on reconnaît, à la lecture des observations, que, dans la majeure partie des cas, l'attention a été attirée pendant la vie sur les fonctions gastriques.

Le début de l'affection est lent, insidieux; ce sont, pendant plusieurs mois ou plusieurs années, les phénomènes habituels de la gastrite chronique. Quelquefois les douleurs sont très violentes, les symptômes rappellent ceux de l'ulcère gastrique; certains faits cliniques correspondent donc aux constatations anatomo-pathologiques de Hoche, qui donne un grand rôle à l'ulcère chronique dans le développement des linites plastiques.

Peu à peu, les troubles digestifs s'accentuent; l'appétit peut être conservé (symptôme important, d'après certains auteurs), mais le plus souvent il est diminué; l'anorexie élective est assez exceptionnelle. Le malade se plaint de douleurs dans la région épigastrique; ces douleurs spontanées se propagent vers les hypocondres, parfois jusque dans les régions lombaire et dorsale, sans doute par suite d'un certain degré de péritonite sous-diaphragmatique (Bouveret). Les douleurs peuvent être réveillées par la palpation; elles sont quelquefois exagérées par l'ingestion des aliments.

Les vomissements existent dans presque tous les cas; ils sont alimentaires ou glaireux. Le moment de leur apparition après le repas est assez variable; on les signale tantôt suivant presque immédiatement l'ingestion des aliments, tantôt tardifs. Mais il semble que, dans beaucoup de cas de linite plastique diffuse, les vomissements suivent de peu le repas. Bard et son élève Garret insistent sur ce caractère des vomissements et l'expliquent par l'influence de la tumeur en nappe occupant la presque totalité de la sous-muqueuse, influence qui doit être beaucoup plus grande sur le muscle stomacal que celle d'une tumeur localisée. Parfois même, ces vomissements surviennent si rapidement après le repas qu'ils en imposent pour des régurgitations œsophagiennes (Bard). Le malade de Garret, se courbant en deux et en avant, pouvait, après le repas, faire remonter les aliments jusqu'à la bouche. Le vomissement alimentaire presque immédiat est également

signalé dans une observation récente de Roux et expliqué par l'intolérance d'un estomac qui ne peut même plus fonctionner comme entonnoir rigide. C'est donc un phénomène intéressant sur lequel l'attention doit être attirée; cette apparition précoce du vomissement, cette apparence de régurgitation œsophagienne, serait un symptôme de grande valeur pour le diagnostic de la linite plastique.

La gastrorragie, se révélant par des hématémèses ou du mélæna, est assez rare, ce qui se conçoit, étant donné l'absence habituelle des ulcérations de la muqueuse. L'hémorragie gastrique est notée en moyenne 1 fois sur 6 et elle n'est jamais très abondante.

L'état des fonctions intestinales, en cas de linite plastique, a été peu étudiée. Combe signale que la linite peut s'accompagner d'entérite chronique glaireuse ou muco-membraneuse.

A l'examen du malade, on trouve, environ 1 fois sur 2, une tumeur à la région épigastrique. Le siège et les caractères de la tumeur sont très variables. Hanot et Gombault la décrivent comme une masse plus ou moins volumineuse que le palper reconnaît facilement au creux épigastrique et qui même, parfois, fait une saillie très appréciable au premier coup d'œil; cette masse est plus volumineuse que ne sont d'ordinaire les cancers de l'estomac. Dans d'autres cas, la tumeur est oblongue, cylindrique, disparaissant à gauche sous les fausses côtes. Le malade de Garret présentait une tumeur volumineuse donnant la sensation d'un sac à parois solides inclus dans l'abdomen. L'infiltration scléreuse des parois gastriques permettrait quelquefois de percevoir la courbure de l'estomac, sous forme d'une saillie arrondie, à la partie moyenne ou supérieure de la région épigastrique (Mathieu). Très souvent, la tumeur est peu mobile; cependant la mobilité peut-être telle qu'elle rappelle une tumeur de la rate (cas de Hare). Les renseignements fournis par la percussion sont sans grande valeur; Hare trouva une certaine sonorité au niveau de la plus grande partie de la tumeur; Chaput note que, dans un ventre partout très sonore, la sonorité est moins accusée au niveau de la saillie, et devient de la matité quand le malade a bu. Quelquefois on ne sent pas une véritable tumeur, mais plutôt un épaississement uniforme de l'estomac (Brinton); et quand, la main placée sur le creux de l'estomac, on prie le malade de faire de grandes inspirations, on sent sous le doigt une espèce de frottement qui semble produit par un estomac dont les parois auraient été indurées (Trousseau).

Bard considère comme un caractère clinique essentiel de la linite la diminution considérable de la capacité stomacale, pouvant être révélée par la difficulté de supporter une faible réplétion de l'estomac. Dans le même ordre d'idées, Roux signale la difficulté à l'insufflation de l'estomac; à l'insufflation buccale on ne voit pas de voussure. Ces signes s'expliquent facilement si l'on se rappelle les caractères anatomiques de la lésion; ils peuvent avoir une grande importance.

La présence de ganglions à distance dans le creux sus-claviculaire a été constatée une fois (Lyonnet); il s'agissait d'une linite cancéreuse; il n'est donc pas étonnant que le système ganglionnaire ait été envahi. Mais l'absence des ganglions sus-claviculaires doit cependant être considérée comme la règle dans la linite plastique.

Privé plus ou moins d'appétit, souffrant et vomissant, le malade, atteint de linite, est naturellement dans un état général précaire. Il est pâle, émacié. Bouveret décrit le malade cachectique, ressemblant à celui qui est atteint d'un cancer de l'estomac. L'anémie peut devenir extrême, rappelant l'anémie pernicieuse progressive (Nothnagel). Cependant, d'après certains auteurs, on ne constate pas la teinte jaune paille des cancéreux; un malade de Trousseau avait même conservé une fraîcheur de teint remarquable, et M. Bard insiste sur l'absence plus ou moins complète de cachexie caractérisée.

A l'examen des urines, on constate la diminution de l'urée; mais on sait (A. Robin) que le chiffre d'urée est en rapport avec l'état de la nutrition et de l'alimentation, et que par suite cette constatation n'a pas grand intérêt. Quant à l'examen du suc gastrique, il n'a été pratiqué que rarement; on a noté presque toujours une diminution considérable et même l'absence complète d'acide chlorhydrique libre (Tourlet).

Nous venons de décrire les symptômes de la linite plastique ayant envahi tout ou presque tout l'estomac; dans ces cas, le maximum des lésions est pour ainsi dire toujours au voisinage du pylore; mais, comme l'ont fait remarquer Hanot et Gombault, la sténose pylorique peut alors exister, et existe sans être accompagnée de dilatation gastrique, parce que l'infiltration de la paroi rend la cavité inextensible. Si la lésion est restée localisée au pylore, on peut voir le tableau clinique habituel de la sténose pylorique avec dilatation. Ce qui est particulier aux sténoses par linite plastique, c'est la lenteur de leur évolution (Tourlet). Quant à la tumeur du pylore, Brissaud lui assigne les caractères suivants : elle n'est ni bosselée, ni limitée nettement; elle donne la sensation d'un simple épaississement de la paroi gastrique; à l'inverse de ce qu'on voit si souvent dans le cancer du pylore, la tumeur garde indéfiniment sa localisation première; elle n'abandonne jamais l'hypocondre droit.

Nous ne ferons que rappeler, à propos de ces formes pyloriques de la linite plastique, que certains auteurs en ont rapproché la sténose du pylore par hypertrophie musculaire chez le nouveau-né et le nourrisson; nous croyons inutile de décrire ici cette dernière affection, qui d'ailleurs a été longuement étudiée dans une Revue générale récente par Weill et Péhu (*Gaz. des hôpit.*, 1901, n°s 112 et 115).

VI

Marche. Durée. Complications. — La linite plastique, qu'elle soit diffuse ou localisée, a une évolution progressive et fatale; cependant, Garret a signalé la possibilité, au moins dans les premières périodes, de rémissions plus ou moins longues. La durée totale de la maladie est difficile à préciser, car, les troubles digestifs existant souvent depuis plusieurs années,

il est presque impossible de fixer la date du début; cette durée totale semble être en moyenne de deux à trois ans. Dans certains cas, elle a été de sept ou huit ans, et même de dix à quinze ans (Lebert, Boas).

Mais des complications peuvent survenir qui précipitent le dénouement.

De ces complications, la plus fréquente est la péritonite chronique; elle est même d'une fréquence anatomo-pathologique et clinique telle qu'elle est souvent décrite dans les symptômes de la maladie et que Tourlet distingue à la linite deux périodes selon que la lésion est limitée à l'estomac ou qu'elle a envahi le péritoine. Le symptôme capital de cette rétro-péritonite calleuse est l'ascite, résultant de la seule inflammation péritonéale ou reconnaissant pour cause le rétrécissement du calibre de la veine porte à l'épiploon gastro-hépatique ou au hile du foie. Brinton disait avoir été frappé de la rareté de l'ascite, il est impossible de souscrire à cette opinion, car en parcourant les observations de linite actuellement publiées, on trouve l'ascite signalée dans un cas sur trois. La symptomatologie rappelle alors celle d'une cirrhose de Laënnec ou d'une péritonite tuberculeuse; et l'erreur est d'autant plus difficile à éviter que l'exploration de l'estomac est presque impossible dans l'abdomen distendu par du liquide. Avec l'ascite, on remarque une plus grande fréquence des vomissements, l'œdème des membres inférieurs, une cachexie plus rapide.

Une autre conséquence possible de la péritonite calleuse est la compression des voies biliaires dans le petit épiploon suivie ou non d'ictère. Hanot et Gombault ont constaté l'oblitération du cholédoque chez un malade qui n'avait pas eu d'ictère et ils expliquent l'absence de ce symptôme par la diminution de la sécrétion biliaire.

Les lésions du côlon transverse ou de l'intestin grêle, qui accompagnent parfois la linite plastique, peuvent, qu'elles soient d'ailleurs scléreuses ou néoplasiques, entraîner la mort après accidents d'obstruction intestinale.

Enfin la terminaison fatale est parfois hâtée par le fait de généralisations cancéreuses, telles que cancer des ovaires, cancer du rectum avec fistule recto-vaginale.

VII

Pronostic. — Le pronostic de la linite plastique est toujours très grave; les facteurs de gravité, ayant une influence sur la rapidité de l'évolution, semblent être l'étendue des lésions gastriques et la coexistence de rétro-péritonite calleuse. La fréquence de la nature cancéreuse de la linite, démontrée par les travaux récents, contribue encore à assombrir le pronostic.

VIII

Diagnostic. — La linite plastique est, en résumé, dans la plupart des cas, une affection lente de l'estomac, avec diminution de l'appétit, vomissements, douleurs, émaciation, avec ou sans tumeur, mais sans hématémèses abondantes, sans cachexie cancéreuse bien caractérisée. Nous ne trouvons guère dans ses symptômes les éléments d'un diagnostic positif, aussi, comme nous l'avons dit, ce diagnostic n'est presque jamais fait.

Si les vomissements surviennent aussitôt après l'ingestion des aliments, ils peuvent faire penser à une sténose œsophagienne, mais il suffit alors de pratiquer le cathétérisme de l'œsophage pour constater que le calibre n'en est nullement rétréci.

Le plus souvent c'est avec le cancer gastrique que la linite est confondue; et on peut même se demander alors s'il y a véritablement erreur de diagnostic, puisque la plupart des linites sont en réalité des cancers. Toutefois, l'âge du malade, la lenteur de l'évolution, l'absence ou le peu d'importance des hématémèses, l'absence de ganglions à distance, la conservation relative de la fraîcheur du teint sont des symptômes de linite que l'on a, dans une certaine mesure, opposés à ceux du cancer. Mais, à leur dernier période, les deux affections sont difficiles à distinguer; la linite devient une forme clinique du cancer de l'estomac.

Si la linite, localisée au pylore, a déterminé le syndrome habituel des sténoses pyloriques, il est, dans la plupart des cas, facile de reconnaître l'existence d'une sténose; quant au diagnostic de la nature de cette sténose il présente au contraire le plus souvent de très grandes difficultés. Rien ou presque rien n'a été décrit comme spécial aux sténoses par linite, si ce n'est peut-être la lenteur de l'évolution, la régularité et la fixité de la tumeur.

La présence de symptômes péritonéaux tels que l'ascite conduit souvent à une erreur de diagnostic, et nous savons combien l'ascite est fréquente dans la linite. C'est alors qu'on croit à une cirrhose atrophique de Laënnec, à une péritonite tuberculeuse ou à un cancer du péritoine. La ponction et l'évacuation du liquide en rendant possible l'exploration de l'abdomen, permettent parfois de reconnaître le siège et la nature des lésions viscérales ou péritonéales que laissait soupçonner la présence de l'ascite.

IX

Traitement. — Le traitement médical de la linite plastique ne peut être que symptomatique. Aussi a-t-on eu recours au traitement chirurgical, dans un certain nombre de cas, encore trop peu nombreux pour que les indications puissent être posées d'une façon précise et les résultats appréciés à leur juste valeur. Si la linite est localisée au pylore, la pylorectomie est naturellement indiquée (observation de Brissaud, survie de deux ans; observation de Tourlet, malade en bon état dix mois après l'opération). Les lésions sont-elles plus étendues, la gastrectomie (observations de Hoche, de Gayet et Patel) et la gastro-entérostomie (observation de Roux) ont chacune leurs indications tirées de l'examen de l'estomac et de l'état général du malade. Lorsque la linite plastique sera mieux connue et diagnostiquée d'une façon plus précoce, elle pourra sans doute bénéficier dans une certaine mesure des progrès de la chirurgie gastrique.

BIBLIOGRAPHIE

ANDRAL. *Précis d'anatomie pathologique*, t. I.

BARD. Les formes cliniques du cancer de l'estomac, *Sem. méd.*, 24 août 1904, p. 265. — BOAS. Ueber hypertrophische pylorusstenose (stenosirende Gastritis) und deren Behandlung, *Arch. f. Verdauungskrankheiten*, 1898. — BOUVERET. *Traité des maladies de l'estomac*, 1893. — BRET et PAVIOT. Contribution à l'étude de la linite plastique. Faits nouveaux tendant à prouver sa nature cancéreuse épithéliale, *Rev. de méd.*, 10 mai 1894, p. 384. — BRICHETEAU. *Clinique de l'hôpital Necker*, Paris, 1834. — BRINTON. *Traité des maladies de l'estomac* (traduit par Riant, Paris, 1870). — BRISSAUD. Linite plastique; pylorectomie; guérison, *Sem. méd.*, 5 déc. 1900, p. 415.

CHAPUT. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1896, p. 21. — CHAPUT et PILLIET. Linite hypertrophique non cancéreuse, *Bull. de la Soc. anat.*, 1896, p. 154. — COMBE. *Traitement de l'entérite muco-membraneuse*, Paris, 1905. — CRUVEILHIER. *Anatomie pathologique*, 1835, t. III. — CUNÉO. Cancer de l'estomac simulant la linite plastique, *Bull. de la Soc. anat.*, 1901, p. 532,

DAMASCHINO. *Leçons sur les maladies des voies digestives*, 1888. — DANEL. Linite plastique localisée, *Journ. des sc. méd. de Lille*, 13 et 20 fév. 1904. — DEGUY. *Bull. de la Soc. anat.*, avril 1896. — DUBUJADOUX. Sur une variété de cirrhose encore inédite accompagnant la gastrite chronique avec sclérose sous-muqueuse hypertrophique, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1883, p. 198.

FORMAD. Cirrhose chronique hypertrophique de l'estomac avec ulcère et dégénérescence colloïde de la muqueuse gastrique, *Journ. of amer. assoc.*, 1887, et *Rev. des sc. méd.* de Hayem, 1888, t. XXXI, p. 552. — GARRET. *Contrib. à l'étude des néoplasmes de l'estomac. Du cancer conjonctif sous-muqueux*, Th. de Lyon, déc. 1892. — GAYET et PATEL. Un cas de gastrectomie totale pour linite plastique, *Ach gén. de méd.*, 29 mars 1904, p. 769.

HABERSHON. *Diseases of the stomach*, Londres 1869. — HANOT et GOMBAULT. Etude sur la gastrite chronique avec sclérose sous-muqueuse hypertrophique et rétro-péritonite calleuse, *Ach. gén. de physiol.*, 1882, p. 412. — HARE. *Trans. of the path. soc. med.*, 1853. — HAYEM et LION. *Traité de méd. et de thérap.*, art. ESTOMAC, t. IV, p. 462. — HAYEM. De la syphilis stomacale, *Presse méd.*, 18 fév. 1905. — HENROT. Transformation fibreuse de la tunique musculaire de l'estomac, d'une partie du petit et du gros intestin, *Union méd. et sc. du Nord-Est*, 1878. — HIRSCHPRUNG : Fälle von angeborener Pylorusstenose beobachtet bei Säuglingen, *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1891. — HOCHE. Etude sur la linite plastique. Fréquence probable de son origine post-ulcéreuse et de sa nature épithéliomateuse, *Rev. de méd.*, nov. et déc. 1903. — HUCHARD. *Traité des mal. du cœur et de l'aorte*, 1899, p. 132; — Les faux cancers de l'estomac, *Bull. méd.*, 1894, p. 243.

LEBERT. *Die Krankeiten des Magens*, Tübingen 1878. — LEUBE. *Ziemssen's Handbuch der Pathologie und Therapie*, Leipzig, Bd. VII. — LYONNET. Linites cancéreuses, *Lyon méd.*, 28 mars 1897.

MATHIEU. *Traité de médecine*, t. IV, p. 339.

NOTHNAGEL. Cirrotische Verkleinerung des Magens und schwund der Labdrüsen, *Deuts. Arch. f. klin. Medicin*, 1879, Bd. XXIV.

PEDRAZZINI. Gastrite ipertrofica sottomucosa (linite plastica di Brinton), *Gaz. méd. lomb.*, Milan 1898. — PETIBON. *Contribution à l'étude de la gastrite scléreuse hypertrophique; ses rapports avec le cancer*, Th. de Paris, 1895. — PILLIET. Cas de sclérose sous-muqueuse avec hypertrophie musculaire de la portion pylorique de l'estomac, *Bull. de la Soc. anat.*, 1889, p. 538. — PILLIET et SAKORRAPHOS. Gastrite sous-muqueuse hypertrophique avec rétro-péritonite calleuse, *Bull. de la Soc. anat.*, 1892, p. 288. — PILLIET. Observation d'érosion avec cirrhose gastrique, *Bull. de la Soc. anat.*, 1891, p. 703. — PONCET et LERICHE. Tuberculose inflammatoire, ses localisations multiples, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 30 mai 1905, p. 532.

RIVET. *Bull. de la Soc. anat.*, juin 1905, p. 490. — ROBIN (Albert). *Les maladies de l'estomac*, Paris 1901, p. 1048. — ROKITANSKY. *Anatomie pathologique*, 1859, t. III. — ROUX. Linite plastique sans néoplasme, *Revue méd. de la Suisse romande*, 20 janv. 1905, p. 53.

SCHACHER. *Une observation de prétendue linite plastique*, Th. de Paris, mai 1905. — SOUPAULT. *Traité des maladies de l'estomac*, Paris 1906, p. 491.

THAON. Les sténoses pyloriques, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 22 et 29 nov. 1902. — TILGER. Ueber die stenosirende Pylorushypertrophie, *Virchow's Archiv*, 1893, Bd. CXXXII. — TOURLET. *Contribution à l'étude de la linite plastique*, Th. de Paris, 1902. — TROUSSEAU. *Cliniques*, t. III, p. 74.

VITI. Contribuzione allo studio anatomo-pathologico della cirrosi gastrica, *Boll. soc. di sc. med.*, 1887, V.

WEILL et PÉHU. Les sténoses pyloriques chez le nouveau-né et le nourrisson, *Gaz. des hôpit.*, 29 sept. et 5 oct. 1901. — WILKS. Malignant fibroïd diseases of the stomach, *Transact. path. soc.*, London 1858.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 22 NOVEMBRE 1905)

Dilatation aiguë de l'estomac post-opératoire. — Une discussion s'est ouverte à la Société sur cette question. Elle a été soulevée par M. LEGUEU à l'occasion de deux faits de sa pratique dans lesquels il s'agissait d'opérations juxta-abdominales, qui ont été suivies de gonflement considérable de l'estomac avec accidents graves, élévation du pouls à 130 et 140, suffocation, rejet de liquide noirâtre, s'étant terminés dans le premier cas par la mort sans traces d'infection; dans le second cas la guérison a été obtenue par des lavages répétés de l'estomac. Il s'agissait dans les deux cas d'opérations sur les reins. M. Legueu rapproche de ces faits, qui lui sont personnels, deux faits analogues de M. Chenavaz. Au cours de cette communication, il insiste particulièrement sur ce fait qu'il s'agit d'accidents n'ayant rien à voir avec l'infection et probablement déterminés par un réflexe du plexus solaire. M. Legueu insiste également sur les bons effets, dans ces cas, du lavage immédiat de l'estomac. On constate tout de suite après une amélioration considérable dans l'état du malade; le pouls s'abaisse aussitôt, le malaise disparaît et les malades eux-mêmes se déclarent très soulagés.

M. REYNIER rappelle avoir soulevé cette question au Congrès de chirurgie de 1897. Les faits de MM. Chenavaz et Legueu ne font que confirmer ceux qu'il a publiés. Dès cette époque, il insistait sur l'importance de reconnaître ces cas de dilatation aiguë de l'estomac après certaines opérations abdominales ou juxta-abdominale; en effet, si on hésite, si on attend, c'est la mort des malades qui peut en résulter, comme cela eut lieu dans un cas de M. Reynier, dans un cas de M. Chenavaz et dans un cas de M. Legueu. M. Chenavaz, comme M. Legueu, instruits par un premier cas mortel, n'ont pas manqué, dans un second cas, de recourir immédiatement à la sonde et ils ont sauvé leurs malades. En effet, dit M. Reynier, nous avons dans le lavage de l'estomac un moyen souverain de sauver et de soulager immédiatement les malades atteints de ces accidents. Quand un malade ayant subi une opération abdominale ou juxta-abdominale, quarante-huit heures après l'opération, présente un pouls précipité, un

facies péritonéal, du hoquet, des régurgitations noirâtres, recourez immédiatement au lavage de l'estomac, si grave que paraisse l'état du malade; aussitôt après ce lavage, vous verrez le facies changer, le pouls tomber, les souffrances cesser. M. Reynier est tellement convaincu de l'utilité de ce lavage, que, dans son service, il est pratiqué systématiquement, non seulement par les internes, mais aussi par les surveillantes. L'efficacité de ce lavage est tel que toujours les malades remercient ceux qui l'ont fait, tant ils se trouvent soulagés.

M. Reynier fait suivre ces réflexions d'une liste d'opérés chez lesquels on a pratiqué un lavage stomacal et qui tous s'en sont trouvés fort bien.

L'emploi du tube Faucher rend aussi de grands services dans les cas de vomissements bilieux rebelles, consécutifs à certaines chloroformisations; il en est de même dans les cas de péritonites franches, de paralysies de l'estomac ou de l'intestin, d'appendicites, etc. De ces faits cliniques, M. Reynier rapproche les expériences qu'il a faites sur les chiens et dont il a communiqué les résultats à l'Académie de médecine. En liant, chez un chien, l'estomac au niveau du cardia et au niveau du pylore, on détermine une dilatation aiguë qui exerce sur le cœur une action réflexe telle que la tension vasculaire se trouve singulièrement diminuée. Comme M. Legueu, M. Reynier admet donc que ces dilatations aiguës de l'estomac peuvent résulter d'une action réflexe sur le plexus solaire. Les observations cliniques, comme les faits expérimentaux, semblent bien le prouver.

M. Routier, comme ses collègues, a vu souvent se produire ces cas de dilatation aiguë de l'estomac post-opératoire, avec tous les symptômes que viennent de rappeler MM. Legueu et Reynier. Mais contrairement à ces collègues, M. Routier est bien convaincu qu'il s'agit là de phénomènes de septicémie.

C'est aussi l'avis de M. Walther qui ne voit là que des accidents infectieux. Quant au lavage de l'estomac, il y a bien longtemps qu'il en connaît les bons effets dans ces cas. Il se rappelle, étant interne, avoir entendu M. Bouchard, dans une leçon, le préconiser pour combattre l'occlusion intestinale.

Nous sommes tous d'accord sur ce point, ajoute M. Walther, et tous nous recourons immédiatement à la sonde stomacale en présence de ces accidents de dilatation stomacale aiguë post-opératoire. Ces lavages doivent être répétés jusqu'à l'évacuation complète des liquides contenus dans l'estomac. Sur ce point de pratique, tout le monde est d'accord. Reste le côté théorique de la question soulevée par M. Legueu : ces accidents constituent-ils une entité morbide, une complication isolée post-opératoire? M. Walther ne le pense pas et, pour lui, il s'agit d'infection, de septicémie plus ou moins atténuée.

M. Terrier partage l'avis de M. Walther sur la nature infectieuse de ces accidents. Quant au conseil que donne M. Reynier de laver immédiatement l'estomac dans ces cas, c'est là un conseil empreint d'une certaine naïveté; il est bien évident que chaque fois que l'estomac est plein, il faut le vider quels que soient les réflexes mis en cause, les théories invoquées; chaque fois qu'un opéré quelconque a des vomissements noirâtres, il faut lui laver l'estomac. L'effet en est tel que les malades eux-mêmes redemandent ce lavage chaque fois qu'ils en sentent le besoin. C'est donc là un fait de pratique sur lequel tous les chirurgiens doivent tomber d'accord. Quant aux théories tentées pour expliquer cette action thérapeutique, M. Terrier laisse aux physiologistes le soin de les rechercher.

M. Legueu connaît, comme ses collègues, ces accidents infectieux se traduisant par des troubles gastriques, les vomissements noirs, etc., mais à côté de ces troubles infectieux, il y a des accidents de dilatation aiguë de l'estomac dans lesquels l'infection n'est pour rien et qui constituent une complication particulière de certaines opérations. C'est uniquement sur ces accidents, rares mais réels, que M. Legueu a voulu attirer l'attention de ses collègues.

M. Delbet partage l'opinion que vient de défendre M. Legueu. Il rappelle que, dans les premiers temps où on pratiquait des gastro-entérostomies, on observait parfois ces accidents qu'on a confondus avec le circulus viciosus. Il faut donc compter avec ces cas de dilatation aiguë de l'estomac, cas sur lesquels M. Legueu a eu raison d'appeler l'attention de la Société de chirurgie.

M. Quénu pense que M. Reynier a eu tort de confondre des faits distincts, c'est-à-dire des faits de septicémie atténuée avec ces faits rares de dilatation aiguë de l'estomac dans lesquels la septicémie ne saurait être invoquée. M. Quénu est donc de l'avis de MM. Legueu et Delbet. Il a observé deux cas très nets qui peuvent être rapprochés de ceux de MM. Legueu et Chenavaz : une femme, à laquelle il a fait une laparotomie, est prise le quatrième jour d'étouffement, de dilatation gastrique, de ballonnement du ventre, de fréquence du pouls; M. Quénu se contenta d'introduire le tube de Faucher dans l'estomac, sans lavage; des gaz s'échappent par la sonde et la malade est aussitôt soulagée; dans un autre cas, il s'agissait d'une cure radicale de hernie, les choses se passèrent de la même façon. Ce sont là deux faits dans lesquels la septicémie n'a été pour rien.

Cette discussion se poursuivra dans la prochaine séance. Nous verrons ce qu'elle nous apprendra au point de vue de l'origine de ces accidents, de la part plus ou moins grande qu'y prend l'infection. Quant au côté pratique de cette question, au lavage de l'estomac appliqué au traitement de ces accidents, M. Terrier a eu raison, après M. Reynier, de dire qu'elle était loin d'être nouvelle. Il aurait même pu ajouter qu'elle date de l'époque même de l'invention du tube de Faucher. Faucher avait été interne de Péan et ce fut très peu de temps après qu'il inventa son tube. Il s'empressa de faire part de sa découverte à son maître et, à partir de ce moment, chez toutes les opérées de tumeurs abdominales, qui présentaient le moindre accident, la plus petite menace d'infection, on pratiquait immédiatement le lavage de l'estomac et bien des malades ont été sauvées par ces lavages répétés de l'estomac qui étaient de pratique courante dans la maison de santé où Péan pratiquait ses laparotomies.

Passons aux présentations :

Tumeur maligne de l'amygdale. — M. Routier présente un malade chez lequel, en juin dernier, il a enlevé un énorme appendice en voie de dégénérescence fibromateuse. Ce malade, en septembre, a présenté une hypertrophie considérable d'une amygdale qui a été enlevée dans une clinique. Cette amygdale a repoussé et s'accompagne de ganglions du voisinage. M. Routier consulte ses collègues.

M. Sébileau pense qu'il s'agit d'un sarcome de l'amygdale, tumeur extrêmement grave, facile à enlever, mais sujette à récidive immédiate; malgré tout il conseille à M. Routier d'opérer.

M. Delbet jette un voile d'atténuation sur la gravité du pronostic de M. Sébileau relativement à cette tumeur. Il en a opéré une semblable chez un homme de soixante-dix-sept ans, il y a dix ans, et la tumeur n'a pas encore récidivé.

Kyste hydatique du poumon. — M. Tuffier présente un malade qu'il a opéré, en 1903, d'un énorme kyste hydatique du poumon.

Appareil de marche. — M. Delbet présente un malade atteint de fracture de cuisse et traité par l'appareil de marche.

Corps étrangers du tube digestif. — M. Hartmann montre deux pièces de dix centimes qui ont été avalées et rendues naturellement par un enfant.

M. Guinard rapporte à ce propos le fait d'un petit garçon qui avait avalé une pièce de deux sous; la radiographie montre cette pièce dans l'estomac. On conduit cet enfant à l'hôpital Beaujon, on prend l'omnibus. Arrivé à l'hôpital, l'enfant rend

la pièce par les voies naturelles. Le voyage en omnibus avait fait descendre la pièce.

Sous ce titre « la dernière étape de la migration d'une pièce de deux sous », M. Felizet raconte l'histoire d'un enfant qui avait avalé cette pièce. Elle avait quitté l'estomac et pendant plusieurs jours on la chercha sans succès dans les selles. L'enfant fut pris de phénomènes d'occlusion. M. Felizet fut appelé, pratiqua le toucher rectal et trouva la pièce de deux sous formant une véritable valve au-dessus du sphincter; il la fit basculer et aussitôt la pièce sortit, avec impétuosité, accompagnée de gaz et de matières.

M. Felizet ajoute que les faits semblables à celui de M. Hartmann courent les hôpitaux d'enfants. Ces sous avalés et rendus par l'anus sont de la « monnaie courante » dans nos hôpitaux, dit M. Felizet.

C'est aussi l'avis de M. Broca qui a vu, comme M. Felizet, un bouton qui avait été avalé et qui formait un bouchon à l'anus, ce qui avait donné lieu à des symptômes d'occlusion intestinale.

M. Terrier a vu, dans le service de M. Montprofit, à Angers, un enfant qui avait avalé un palet de jeu de tonneau; le palet était dans l'estomac et l'enfant présentait des signes d'intoxication plombique. M. Montprofit pratiqua une gastrotomie, retira la pièce et l'intoxication plombique disparut.

M. Monod présente un petit morceau de bois pointu qui ne fut pas aussi bien toléré que les pièces de monnaie dont on vient de parler. En effet, il détermina une perforation intestinale et une péritonite mortelle.

M. Felizet, étant interne, a ouvert un abcès de l'aine dans lequel il trouva une patte d'écrevisse qui avait été avalée par l'enfant et qui avait causé une perforation, une typhlite et finalement un abcès de l'aine où on la trouva.

Enfin, M. Schwartz cite un cas dans lequel un dentier fut avalé et rendu par l'anus.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

PAR QUI SONT DUS LES HONORAIRES

Le docteur X..., chirurgien des hôpitaux, avait assigné devant la première chambre du tribunal civil M. D..., tailleur à Paris, pour s'entendre condamner à lui payer 1400 francs, montant de ses honoraires pour l'opération du trépan pratiquée sur sa sœur.

Par l'organe de son avocat, Me Charles Leboucq, M. D... a exposé au tribunal que le 1er février 1903 sa sœur s'était tiré trois coups de revolver dans la tête au cours d'une visite qu'elle lui faisait; que s'il avait fait appeler le docteur X..., c'était par humanité pure et que, dès lors, la question des honoraires ne le regardait pas.

Me Lantzenberg, au nom du docteur X..., répondait que la responsabilité de M. D... était engagée; que c'était lui qui avait appelé le chirurgien, choisissant intentionnellement un maître pour être plus sûr du prompt rétablissement de sa sœur, et que, dans ces conditions, — l'opération ayant du reste admirablement réussi, — M. D... devait être condamné à payer les honoraires, d'ailleurs excessivement modérés, qui étaient réclamés.

C'est la thèse que le tribunal a admise.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANCAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives générales de médecine. — (N° 47, 21 nov. 1905.) Justin de Lisle : Nouvelles recherches sur le microbe de la syphilis. — Louis Morel : Trois interventions d'urgence pour fractures du crâne avec symptômes de localisation. — Ferran : Etudes sur le saprophytisme des bacilles tuberculogènes et sur la vaccination antituberculeuse.

Bulletin médical. — (N° 90, 22 nov. 1905.) Grancher . L'œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 45, 11 nov. 1905.) Schildbach : La méthode de Riglea pour la recherche des pigments biliaires dans l'urine.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 45, 9 nov. 1905.) Mendel : Traitement des psychoses fonctionnelles. — Bail : Recherches sur la propriété bactéricide du sérum. — Tietze : Progrès dans le traitement chirurgical des maladies de l'intestin. — Croce : Remarques sur un cas de blessure étendue des lobes frontaux droit et gauche. — Gerson : Une simplification du corset plâtré élastique mobile. — Ringalb : Cytoscopie et lithotritie dans les différentes positions du corps. — Hanel : Le sérum antistreptococcique d'Aronson dans la septicémie puerpérale.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 46, 18 nov. 1905.) Guérillon : Tumeur d'aspect ganglionnaire constituée par un lobule aberrant d'un goitre colloïde kystique.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 46, 16 nov. 1905.) Monteuuis : Les bains d'air et de lumière dans la pratique journalière.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 46, 14 nov. 1905.) Tiegel : Sur la technique de la suture du poumon. — Bergell et Liepmann : Sur les ferments du placenta. — Herxheimer et Löser : Sur la structure du spirochæte pallida. — Roith : Sur la narcose combinée par le scopolamine-morphine-chloroforme. — Danielsen : Expériences polycliniques avec le nouvel anesthésique local novocaïne. — Schmidt : Sur la novocaïne de Höchst. — Saar : Sur la valeur du traitement augoustan dans le traitement de la blennorragie de l'homme. — Adler : Sur les kystes du mésentère. — Hahn : Kyste du mésentère intéressant à diagnostiquer. — Keppler : Traitement des affections inflammatoires de la tête et du visage par l'hyperémie de stase. — Conradi et Kurpjuweit : Sur l'importance des substances bactériennes empêchantes pour la physiologie et la pathologie de l'intestin.

Revue médicale de l'Est. — (N° 22, 15 nov. 1905.) Zilgien : De l'importance des symptômes hystériques dans l'étude de la pathogénie et du diagnostic de la sclérose en plaques. — Marc Barthélemy : Considérations sur les arthrites chroniques et en particulier le rhumatisme noueux, à propos d'un cas de polyarthrite déformante progressive (*à suivre*).

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 45, 9 nov. 1905.) Spitzer : Traitement étiologique de la syphilis. — Brandweiner : Tentatives d'immunisation active contre la syphilis. — Oppenheim et Sachs : Sur la découverte de spirochètes dans les produits syphilitiques et autres. — Sperk : Organisation et fonctionnement de l'union pour la protection des nourrissons à Vienne. — Jellinck : La mort par l'électricité.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 135. — MARDI 28 NOVEMBRE 1905. 78e ANNÉE. MARDI 28 NOVEMBRE 1905. — N° 135.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

PREMIER-PARIS
TRAVAUX ORIGINAUX
Sur deux cas de leucémie aiguë, par M. Lucien Rivet.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Société médicale des hôpitaux.
Société de biologie.
ANALYSES
Médecine : Du tonus et des réflexes dans les sections et compressions supérieures de la moelle.
Médecine expérimentale : Inoculation de produits syphilitiques au bord libre de la paupière chez les singes macaques.
CORRESPONDANCE
Curieuse observation.
FORMULAIRE
Traitement du coryza aigu.
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Paris, le 27 novembre 1905.

Une pièce de théâtre vient de mettre en scène « le chirurgien de service » des hôpitaux. On y montrait l'interne, enchaîné par le règlement, assistant impassible à la mort d'une malade qu'une intervention urgente eût pu sauver. Le chirurgien de garde, seul pour assurer le service de tout Paris, arrivait la cigarette aux lèvres quand tout était fini.

Le directeur de l'Administration de l'Assistance publique a déjà fait justice des allégations fausses contenues dans cette pièce, mais néanmoins le Conseil municipal s'est ému et la réforme du service de garde est à l'ordre du jour.

Un seul chirurgien de garde pour une ville de trois millions d'habitants! Un seul homme pour porter secours à tous les accidents survenus sur la voie publique de Paris! Il est facile de deviner toutes les conclusions qu'on peut tirer de pareilles prémisses!

Or la thèse ainsi présentée est spécieuse; le chirurgien de service n'est appelé et ne doit être appelé que pour les cas graves nécessitant une intervention chirurgicale. Chaque hôpital a son service de garde installé qui porte remède aux fractures, luxations, plaies de toutes sortes, hernies étranglées, etc.

Le rôle du chirurgien se trouve ainsi singulièrement réduit et si, dans le cours d'une année, le chirurgien de service se trouve appelé cinq ou six fois par vingt-quatre heures, c'est une rarissime exception. Que l'on consulte les chirurgiens qui ont pendant huit à dix ans assuré le service de garde avant d'être nommés chefs de service, ils répondront qu'il est bien exceptionnel qu'ils aient été appelés plus de trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures, et qu'ils n'ont pas conservé le souvenir d'être arrivés trop tard.

Néanmoins, il est des cas où l'intervention s'impose urgente et sans délai. C'est pour ces cas rares que l'on propose la création de trois centres hospitaliers d'urgence où seraient transportés les blessés recueillis sur la voie publique. *A priori*, on applaudit à cette création, très coûteuse d'ailleurs, mais on reste séduit par cette idée consolante que dans trois coins de Paris, nuit et jour, un service chirurgical veille à la sécurité publique.

A la réflexion, la réforme apparaît moins satisfaisante.

En effet, il faut admettre que les 9/10 des interventions d'urgence n'ont qu'une urgence relative, c'est-à-dire ne réclament pas une exécution dans l'heure qui suit l'arrivée à l'hôpital, que la plupart sont du ressort de l'interne de garde, et qu'il est inhumain de faire traverser tout Paris à ces blessés qu'on peut fort bien soigner à l'hôpital voisin.

Ce n'est donc que pour un très petit nombre de cas que la véritable urgence s'imposera : plaie du cœur, plaie d'un gros vaisseau, plaie d'un viscère. Or, justement dans ces cas d'urgence extrême, nous ne voyons pas, sans une certaine appréhension, ces blessés transportés à travers Paris sur un diagnostic d'agent, à l'hôpital d'urgence, alors qu'à côté il y a un hôpital tout installé, et nous préférerions voir le chirurgien se déranger pour aller trouver le blessé, que le blessé être transporté pour aller trouver le chirurgien.

En pratique, quand un blessé grave arrive à l'hôpital, l'interne de garde le voit de suite, et pendant qu'on téléphone au chirurgien de service, il le fait transporter à la salle d'opérations et le prépare.

Une autre objection peut être faite également à la création de ces centres hospitaliers centralisant la chirurgie d'urgence. Que fera-t-on d'un malade, couché déjà dans un hôpital et dont l'affection nécessite tout à coup une intervention rapide? Supposons la rupture d'une grossesse extra-utérine. Transportera-t-on cette malade déjà hospitalisée dans un autre hôpital, alors qu'il suffirait d'appeler un chirurgien de garde pour l'opérer, dans l'hôpital où elle est déjà? Enfin, il est évident que la création de centres hospitaliers d'urgence ne saurait

supprimer le service de garde actuel, qui devrait persister malgré tout.

Mais, dira-t-on, si le chirurgien de service est occupé dans un autre hôpital? Alors, qu'il y ait un deuxième chirurgien désigné à qui l'on s'adressera si le premier est occupé. Avec les renseignements que la statistique nous fournit, on peut dire que ce deuxième chirurgien, adjoint au premier, ne sera demandé que très exceptionnellement, et que le service de garde ainsi doublé s'effectuera à la satisfaction de tous.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

LE ROI DE PORTUGAL AU MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — Mercredi dernier, dom Carlos, accompagné du président de la République, a fait une visite officielle au Muséum. La réception a eu lieu dans le grand amphithéâtre qui avait reçu à cette occasion une décoration somptueuse.

M. Perrier, directeur du Muséum, a souhaité la bienvenue au roi qui est un ornithologiste distingué et a fait à diverses reprises au Muséum des dons précieux.

Après une fort aimable réponse de dom Carlos, M. Becquerel a fait une conférence sur l'uranium.

Après lui Mme Curie a parlé du radium, M. Lippmann de la photographie en couleurs, M. Lacroix des nuées ardentes de la Martinique. Enfin M. Moissan a fait une démonstration de son four électrique et a fabriqué quelques parcelles de diamant.

Ces courtes conférences dont la plus longue n'a pas atteint dix minutes ont été fort goûtées de notre hôte royal.

HOPITAUX DE PROVINCE. — ANGERS. — Après concours, M. le docteur Launay vient d'être nommé médecin-adjoint des hôpitaux d'Angers.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — M. Jules Sébilleau, ancien interne des hôpitaux de Nantes et de Paris, est nommé chef de clinique médicale à l'école de Nantes.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — La médaille d'honneur des épidémies est décernée aux personnes ci-après désignées en récompense du dévouement dont elles ont fait preuve à l'occasion de maladies épidémiques.

Médaille d'or (étranger). — M. le docteur Schneider, médecin principal de première classe, officier de la Légion d'honneur, en mission auprès de S. M. le shah de Perse.

Médaille d'argent. — M. le docteur Bussière, médecin-major du corps de santé des colonies, médecin des consulats de France et de Russie.

ACADÉMIE DES SCIENCES MORALES ET POLITIQUES.—Les auteurs des mémoires ayant obtenu des récompenses dans le concours Beaujour (mesures contre l'acoolisme) sont :

Les docteurs Viaud, à Agon (Manche), auquel est attribuée une somme de 2500 francs, et le docteur Plicque, secrétaire de la direction de l'hygiène et de l'assistance publiques au ministère de l'Intérieur, qui bénéficie d'une récompense de 1000 francs.

INTERDICTION DE SÉANCES D'HYPNOTISME. — Un prestidigitateur devait commencer hier soir, à Marseille, une série de séances d'hypnotisme et de suggestion, au grand théâtre de cette ville. Sur l'avis de la commission scientifique et du comité médical — qui considèrent que ces expériences, d'un genre spécial, ont pour résultat d'éveiller des névroses latentes et d'aggraver parfois des névroses déclarées — M. Chanot, maire de Marseille, a purement et simplement interdit les représentations annoncées.

UN NOUVEAU JOURNAL. — Nous venons de recevoir le premier numéro d'un nouveau journal : *Le Médecin praticien*, qui paraît le 5 et le 20 de chaque mois, sous la direction de M. Wicart, interne des hôpitaux — Nos meilleurs vœux à notre nouveau confrère.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la quarante-sixième semaine, 765 décès, au lieu de 889 pendant la semaine précédente (moyenne 886). L'état sanitaire est donc satisfaisant.

La fièvre typhoïde a causé 6 décès (moyenne 9). Le nombre des cas nouveaux est de 32, au lieu de la moyenne 47.

La variole n'a causé aucun décès, au lieu de 2 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 16, au lieu de 14 pendant la semaine précédente (moyenne 28).

La rougeole a causé 7 décès, au lieu de 6 pendant la semaine précédente, la moyenne est de 4; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 262, au lieu de 166 et 131 précédemment. La scarlatine a causé 1 décès (moyenne 2); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 49 il s'élevait à 63 pendant la semaine précédente, la moyenne est 51. La coqueluche a causé 1 décès (moyenne 2). La diphtérie a causé 2 décès (moyenne 8); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 54, au lieu de 65 pendant la semaine précédente, et de la moyenne 79.

La diarrhée infantile a causé 18 décès de 0 à 1 an, chiffre identique à celui de la semaine précédente (moyenne 25).

En outre, 19 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 113 décès, au lieu de 135 pendant la semaine précédente (moyenne 142). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 6 décès (moyenne 9); bronchite chronique, 15 (moyenne 22); pneumonie, 32 (moyenne 33); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 60 (moyenne 78), dont 26 sont dus à la congestion pulmonaire et 21 à la broncho-pneumonie.

En outre, 1 décès a été attribué à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 159 décès; la méningite tuberculeuse, 15; la méningite simple, 15; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 11 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 53 décès; les maladies organiques du cœur, 53 (moyenne 61); le cancer, 61; la hernie et l'obstruction intestinale, 9; la cirrhose du foie, 9; la néphrite, 29; enfin, 38 vieillards sont morts de débilité sénile.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Delmas (de Paris).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — DÉLIVRANCE PAR LES BUREAUX SUCCURSALES DE LA COMPAGNIE P. L. M. DE BILLETS SIMPLES, BILLETS D'ALLER ET RETOUR, BILLETS PRIS A L'AVANCE. — Les bureaux succursales de la Compagnie, à Paris, délivrent, pour toutes les gares de son réseau, des billets simples (plein tarif, demi-tarif, tarif militaire) et des billets d'aller et retour de toutes classes.

Les bureaux succursales sont situés : rue Saint-Lazare, 88, rue des Petites-Ecuries, 11; rue de Rambuteau, 6; rue de Rennes, 45; rue Saint-Martin, 252; place de la République, 16; rue Sainte-Anne, 6; rue Tiquetonne, 64. Ils délivrent également, et à l'avance, par séries de 20 avec une réduction de 10 p. 100 sur le prix ordinaire des places, des billets de 1re, 2e et 3e classes pour les gares de la banlieue de Paris situées jusqu'à Fontainebleau et Corbeil inclusivement. Ces billets peuvent être utilisés dans les deux sens (aller ou retour).

SUR DEUX CAS DE LEUCÉMIE AIGUE

Par Lucien RIVET,
Interne des hôpitaux de Paris.

Depuis que, avec M. Bensaude, il nous a été donné d'étudier un cas de leucémie aiguë (1), nous avons pu observer, dans les services de nos maîtres M. Hayem et M. Chauffard, deux nouveaux cas de cette affection. L'un de nos malades n'a été observé que quelques heures; l'autre, arrivé à l'hôpital *in extremis*, nous a fourni l'occasion de pratiquer une autopsie complète. Tous deux nous ont permis de noter quelques particularités intéressantes.

Observation I. — Jeune homme de vingt-deux ans, entré le 24 janvier 1905 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Bazin, service de M. le professeur Hayem.

Sans antécédents pathologiques notables, le malade, marié, a un enfant et en attend un second. Il a mené depuis plusieurs mois une existence assez misérable et depuis deux mois s'est beaucoup affaibli; il a cependant bon appétit et les digestions sont bonnes. Depuis un mois, il a des hémorragies gingivales répétées, mais peu abondantes.

A son arrivée à l'hôpital, le 24 janvier, on se trouve en présence d'un malade très pâle et très amaigri. Les gencives sont fongueuses, avec traces d'hémorragies récentes. La peau, très pâle, présente des pétéchies disséminées sur les membres inférieurs et l'abdomen. Le foie est très volumineux; la rate, très grosse également, dépasse le rebord des fausses côtes de quatre bons travers de doigt.

La température est de 38°4.

L'*examen du sang* est immédiatement pratiqué; il donne les résultats suivants :

Sang frais : très fluide. Caillot extrêmement peu rétractile, avec à peine quelques gouttes d'un sérum pâle surnageant au bout de vingt-quatre heures.

Numération :

Globules rouges	1 612 000
Globules blancs	4 960

Pourcentage :

Polynucléaires	7,75
Mononucléaires clairs	72,75
Lymphocytes	17,25
Éosinophiles	0,25
Hématies nucléées	2

Ce pourcentage a été fait sur 400 éléments. Parmi eux, on ne put trouver qu'un myélocyte, du type neutrophile. Sur les 8 hématies nucléées, 3 répondaient au type mégaloblastique, les autres étaient des normoblastes. Poïkilocytose très marquée.

Cet examen du sang ayant été fait à une heure tardive, le dosage de l'hémoglobine fut remis au lendemain. Malheureusement le malade, d'une mentalité très rudimentaire, quittait le service quelques heures après, à la suite d'une discussion avec un voisin, et nous n'avons pu savoir ce qu'il est devenu.

Obs. II (2). — M... (Albine), cuisinière, âgée de vingt-six ans, entrée le 22 juillet 1905 à l'hôpital Cochin dans le service de M. le docteur Chauffard, salle Delpeuch, n° 7.

La malade est amenée à l'hôpital très affaissée, avec une dyspnée intense, qui rend l'interrogatoire très pénible; aussi sommes-nous fort peu documenté sur ses antécédents.

Elle a eu dans sa jeunesse plusieurs maladies sérieuses, mais sur lesquelles elle ne donne aucun renseignement précis.

Depuis trois mois environ, elle s'est rapidement affaiblie et a commencé à présenter une grande pâleur, avec, par moments, des accès d'oppression.

Il y a deux mois, elle a été soignée à l'hôpital Broussais; elle avait alors une maladie de la gorge, pour laquelle on aurait pratiqué une petite intervention.

Depuis, elle a continué tant bien que mal à travailler, et n'a interrompu ses occupations que depuis quelques jours. En présence de son état de faiblesse croissante, elle va consulter M. le docteur Mouls, qui l'envoie dans le service.

A son entrée, on est immédiatement frappé de son état de pâleur extrême; la malade n'est pas amaigrie, mais les téguments sont complètement décolorés, avec bouffissure de la face et des paupières, œdème des membres inférieurs. Joint à l'état fébrile de la malade, cet aspect fait immédiatement songer à la leucémie aiguë.

La dyspnée est intense; 34 inspirations à la minute; à l'auscultation du *poumon*, on note du côté gauche un souffle très fort, au sujet duquel on discute entre un souffle pneumonique ou un souffle de compression bronchique.

Rien au cœur, sinon un léger souffle extracardiaque.

Le *foie* déborde les fausses côtes de deux bons travers de doigt.

La *rate*, appréciable à la percussion, se dérobe à la palpation.

La température, de 38°8 le matin, monte le soir à 39°2. Le pouls est à 110.

Les *urines* recueillies dans les vingt-quatre heures sont analysées par M. Bagros, interne en pharmacie, qui nous communique les résultats suivants :

Volume	1 125
Couleur	jaune ambré.
Réaction	alcaline.
Densité	1 015

	Par litre.	Par 24 heures.
Urée	21,71	24g42
Chlorures	1,053	1,184
Phosphates	2,21	2,48
Acide urique	0,28.	0,321
Albumine		traces.
Glucose		néant.
Pigments biliaires		néant.
Urobiline		traces.
Indican		néant.

L'*examen du sang* nous donne les chiffres suivants :

Globules rouges	684 000
Richesse globulaire	738 768
Valeur globulaire	1,08
Globules blancs	4 800

Pourcentage (sur 600 éléments) :

Polynucléaires neutrophiles	3
Mononucléaires clairs (grands et moyens)	65,3
Mononucléaires opaques (lymphocytes)	29,5
Hématies nucléées	1,33

En outre, sur les 600 éléments se trouvaient quelques très

(1) Bensaude et Rivet. Sur un cas de leucémie aiguë pseudo-scorbutique, *Bull. méd.*, 21 déc. 1904.

(2) C'est à ce cas que font allusion MM. Chauffard et Læderich dans leur récent article sur l'anémie pernicieuse, *Revue de méd.*, 10 sept. 1905, p. 663.

rares cellules de Türck, 2 myélocytes éosinophiles, 1 myélocyte neutrophile, et un seul polynucléaire éosinophile. Les hématies nucléées se répartissaient ainsi : 3 mégaloblastes, 4 normoblastes, une hématie nucléée en karyokinèse. Poïkilocytose.

Les hématoblastes sont extrêmement rares. Le *caillot est rétractile*, mais ne laisse transsuder que peu de sérum dans l'éprouvette.

Le même jour, nous ensemençons, dans un ballon d'eau peptonée, 10 centimètres cubes de sang pris dans la veine au pli du coude; cet ensemencement reste absolument stérile.

On institue le traitement suivant : huile camphrée, caféine, inhalations d'oxygène, sérum.

La nuit est très mauvaise, la malade est très agitée et délirante. Le 23 juillet, au matin, la température est à 38°2; le pouls à 120; la dyspnée est extrême, 56 inspirations à la minute. Les extrémités sont algides, la malade couverte de sueurs froides; la mort survient, en pleine connaissance, à une heure de l'après-midi.

L'*autopsie* est pratiquée le 25 juillet.

Les *poumons* ne présentent pas traces de foyer pneumonique. Le gauche pèse 890 grammes; on y voit des zones emphysémateuses. Le droit présente un état œdémateux : de ce côté on note un épanchement gélatiniforme de la plèvre, assez peu abondant du reste, avec quelques adhérences pleurales anciennes au sommet.

Les divers groupes de *ganglions trachéobronchiques* sont très développés et anthracosés, spécialement au niveau du hile gauche. Certains sont énormes et quelques-uns calcifiés.

Le *péricarde* contient un peu de liquide citrin; le cœur, assez surchargé de graisse, pèse 412 grammes, il ne présente aucune lésion valvulaire.

Le *foie* pèse 2350 grammes; à la coupe, il a un aspect un peu graisseux, il est friable.

La *rate*, assez ferme, pèse 330 grammes, sans altération appréciable macroscopiquement.

Le *rein droit*, mou, un peu congestionné, pèse 152 grammes; le gauche, blanc et mou, pèse 170 grammes.

Le *pancréas* pèse 130 grammes. La chaîne ganglionnaire splénique est extrêmement développée, surtout au niveau de la tête du pancréas. On trouve également de très nombreux et volumineux ganglions mésentériques.

Rien à signaler au niveau des autres organes.

Examen histologique. — *Foie.* — L'architecture du lobule est bien conservée et la cellule hépatique semble à peu près normale. Au niveau des espaces portes on trouve des formations lymphomateuses, qui se prolongent un peu à la périphérie des lobules; d'autres agglomérations leucocytaires, plus petites, existent au niveau des veines sushépatiques. Toutes ces formations sont constituées par des mononucléaires à grand noyau clair; on y remarque aussi quelques hématies nucléées, mais pas de polynucléaires. Ces lymphomes sont incomparablement moins développés que ceux que nous avions vus avec M. Bensaude. Néanmoins on voit d'assez nombreux leucocytes mononucléaires dissociant les travées hépatiques.

Rein. — Très altéré. Au niveau de très nombreux tubes les épithéliums sont dégénérés et les noyaux ont perdu leurs affinités colorantes. Agglomérations lymphomateuses très rares et peu importantes. Sclérose diffuse. Rien à noter au niveau des *capsules surrénales.*

Le *pancréas* semble normal, les altérations cadavériques mises à part. L'*estomac* présente par places quelques amas lymphocytiques sous et entre les parties profondes des tubes glandulaires. L'examen histologique du *sommet du poumon droit* ne nous a décelé aucune lésion tuberculeuse nette; par places, de larges bandes scléreuses, en d'autres points des traînées de mononucléaires.

Rate. — La structure générale est conservée. Les corpuscules de Malpighi et les cordons folliculaires sont très nets, mais petits, entourant des artérioles à parois épaisses. Ces corpuscules sont constitués à peu près uniquement par des lymphocytes normaux. Mais la pulpe, par endroits très congestionnée, contient un très grand nombre d'éléments analogues au mononucléaire du sang, et un assez grand nombre d'hématies nucléées, quelques-unes présentant même un noyau en karyokinèse; pas de polynucléaires. Enfin l'examen de préparations colorées au triacide nous a décelé l'existence d'un certain nombre de myélocytes neutrophiles et de quelques myélocytes éosinophiles. L'ensemble de cette réaction myéloïde constatée au niveau de la rate nous a semblé tout à fait disproportionné avec les chiffres donnés par l'examen du sang (1). En somme, réaction myéloïde nette, et atrophie des follicules qui se laissent envahir à la périphérie par les grandes cellules mononucléées de la pulpe; pas de lésions tuberculeuses.

Ganglions mésentériques. — Sur les préparations colorées à l'hématéine-éosine, on distingue au premier abord et à l'œil nu des zones colorées d'une façon massive par l'éosine et d'autres colorées par l'hématéine; d'une façon générale, les secondes sont à la périphérie, alors que les premières occupent les parties centrales du ganglion. Au microscope, à un faible grossissement, on voit que ces parties rouges correspondent à des zones totalement désintégrées, entourées de bandes de tissu fibreux; les portions environnantes représentent ce qui reste du tissu ganglionnaire. Les follicules très étalés sont constitués presque uniquement par des lymphocytes; dans les sinus, on trouve une prédominance de grands mononucléaires clairs. En plus, quelques hématies nucléées, de très rares polynucléaires; enfin, un assez grand nombre de fort belles cellules géantes avec noyaux en couronne ou en croissant. L'étude de préparations colorées par la méthode de Ziehl montre la présence de bacilles de Koch absolument typiques. Ce qui domine donc ici, ce sont les lésions tuberculeuses, lésions anciennes, arrivées au stade de caséification. Les follicules sont refoulés, mais sensiblement normaux, très différents à ce point de vue de ceux des groupes suivants :

Ganglions trachéo-bronchiques : très anthracosés et très altérés; les follicules sont très réduits, constitués par des lymphocytes et quelques grands mononucléaires clairs; entre eux, on trouve presque uniquement ces grands mononucléaires clairs, et quelques rares polynucléaires. Par places, on voit une sorte de caséification; nous n'avons cependant pu trouver au niveau de ces ganglions ni cellules géantes, ni bacilles de Koch.

Ganglions périphériques (aine, aisselle) : très altérés. Les follicules difficiles à distinguer contiennent un certain nombre de grands mononucléaires clairs. Ceux-ci prédominent dans

(1) Cette réaction myéloïde, qui a été signalée déjà au niveau de la rate par Parkes Weber et par MM. Jeanselme et Weill, ne s'observe, d'après M. Aubertin, que dans les cas à évolution relativement lente, lorsque le processus histologique de la leucémie aiguë a eu le temps d'évoluer et d'aboutir à la formation de tissu myéloïde.

les autres points. En outre, on y voit quelques rares hématies nucléées, quelques polynucléaires, des éosinophiles. Larges bandes de sclérose, et, par places, des zones nécrosées, avec quelques cellules géantes; quelques thromboses microbiennes.

Certains de ces ganglions périphériques sont très riches en tissu fibreux, et dans l'un on peut même voir des follicules encerclés complètement par de larges bandes scléreuses; dans ce même ganglion, on voit quelques hématies nucléées, un assez grand nombre de polynucléaires et de grands mononucléaires à protoplasma non granuleux fortement éosinophile.

En somme, tout le système ganglionnaire est très altéré et présente des lésions complexes. La tuberculose semble évidente dans tous les groupes ganglionnaires. Dans les ganglions mésentériques, elle prédomine et présente sa forme caséeuse. Ailleurs, on trouve surtout du tissu fibreux, et les follicules ganglionnaires ont perdu totatement leur aspect normal : on n'y voit plus de centre clair, mais des mononucléaires clairs mélangés à des lymphocytes, et les modifications sont si intenses qu'on ne reconnaît que difficilement ces follicules, d'après leur topographie par rapport au reste du ganglion.

Amygdales. — Lésions de même ordre que celles des ganglions. On y voit également du tissu de sclérose très abondant, et de grands éléments mononucléés situés surtout dans les sinus. Les altérations semblent en grande partie subordonnées à l'affection de la gorge qui avait nécessité chez la malade une intervention.

Moelle des os. — La moelle, prise au niveau de la diaphyse fémorale, est rouge. Histologiquement, sur la même coupe, elle présente deux aspects différents juxtaposés : par places, elle a encore une disposition vaguement trabéculaire, mais les aréoles graisseuses sont rares, et les trabécules qui les séparent, très larges, sont occupées presque exclusivement par des globules rouges, avec quelques leucocytes. A côté de ces points hémorragiques très limités, sont de vastes nappes où l'on ne trouve plus trace de vésicules adipeuses : on y voit, baignant dans une substance amorphe abondante, des hématies, et de très nombreux éléments de la série blanche, tassés surtout autour des vaisseaux. Les éléments blancs sont des mononucléaires de toutes les variétés : mononucléaires clairs, lymphocytes, mononucléaires à granulations éosinophiles et neutrophiles; pas de polynucléaires; myéloplaxes extrêmement rares; quelques hématies nucléées. Parmi ces éléments, celui qui domine de beaucoup est le mononucléaire clair, à tel point que sur nos frottis de moelle colorés au tri-acide, il faut parfois parcourir plusieurs champs d'immersion remplis de ces mononucléaires pour arriver à trouver un myélocyte. Voici du reste les résultats des pourcentages, que nous avons pratiqués sur 400 éléments sur frottis et sur coupes.

Sur frottis :

Mononucléaires clairs	90,25
Lymphocytes	7,50
Myélocytes neutrophiles	1
Myélocytes éosinophiles	0,25
Hématies nucléées	1

Sur coupes :

Mononucléaires clairs	90,75
Lymphocytes	5,75
Myélocytes neutrophiles	2
Myélocytes éosinophiles	0,25
Hématies nucléées	0,75
Polynucléaires	0,50

Les résultats fournis par ces deux méthodes d'étude se sont donc montrés sensiblement concordants (1).

En somme, il s'agit là de deux cas de leucémie aiguë, pour lesquels notre diagnostic est suffisamment légitimé par l'examen du sang : dans les deux cas, nous avons retrouvé la prédominance caractéristique de ce mononucléaire clair si spécial à la leucémie aiguë, qu'a bien décrit Fränkel, et sur lequel tous les auteurs récents ont à nouveau insisté. Cliniquement, ces deux cas étaient cependant bien différents, puisque le premier rappelait un purpura hémorragique grave, alors que le second réalisait le tableau des anémies dites pernicieuses. C'est que ces diverses affections, anémies pernicieuses, purpuras hémorragiques, leucémies aiguës, constituent diverses branches d'une même grande famille pathologique, et, si chacune d'elles a quelques caractères spéciaux, elles n'en ont pas moins un certain nombre de caractères fondamentaux communs.

M. Hayem a depuis longtemps insisté sur ces caractères communs, que nous pouvions relever déjà chez le malade observé précédemment avec M. Bensaude. Le terme de leucémie, ainsi qu'on l'a souvent fait observer, serait dans les cas qui nous occupent, absolument impropre si l'on n'entendait désigner ainsi que l'accumulation considérable de leucocytes dans le sang, élément dans l'espèce tout à fait accessoire, et qui faisait défaut dans nos deux cas. En réalité, suivant l'expression de M. Chauffard, il s'agit de maladies « totius cruoris », et, ainsi que cet auteur le faisait récemment remarquer avec M. Læderich (2), « si l'état des globules blancs dicte le diagnostic, l'état des globules rouges n'a pas une moindre importance, et il commande le pronostic. Dans beaucoup de ces cas les malades meurent bien plus par la cellule rouge du sang que par la cellule blanche. » La plupart des cas publiés de leucémie aiguë et les nôtres en particuliers, plaident absolument en ce sens, par leurs caractères hématologiques principaux : anémie globulaire considérable, poïkilocytose avec prédominance de grands globules, augmentation de la valeur globulaire, présence de globules rouges à noyau et spécialement de mégaloblastes, diminution considérable dans le nombre des hématoblastes ; tous caractères généralement attribués aux anémies pernicieuses.

Un dernier caractère hématologique dont M. Hayem a montré la valeur dans ce groupe de maladies est fourni par l'étude de la rétractilité du caillot. M. Hayem a indiqué l'importance pronostique et diagnostique de l'*irrétractilité du caillot*, jointe à la rareté extrême des hématoblastes dans les anémies pernicieuses et le purpura hémorragique. La recher-

(1) Nous remercions vivement M. le docteur Aubertin d'avoir bien voulu examiner nos préparations et nous donner son avis.

(2) Chauffard et Læderich. Etude sur quelques formes cliniques de l'anémie pernicieuse. Formes curables; formes secondaires; forme ictérique, *Revue de méd.*, 15 sept. 1905.

che de ce caractère s'impose donc dans la leucémie aiguë; elle n'a été pratiquée que dans un nombre de cas très restreint. Il semble cependant, ainsi que nous avons pu le constater, que le caillot soit irrétractile dans les formes hémorragiques (1), alors qu'il pourrait être rétractile dans les autres cas (2), telle notre deuxième observation.

Bien que le nombre absolu des leucocytes ne soit qu'un élément accessoire dans la leucémie aiguë, cependant le plus grand nombre des cas s'accompagne d'une certaine leucocytose. Or, dans nos deux cas, il y avait leucopénie. Certains auteurs ont dit que cette leucopénie était due, dans la leucémie aiguë, à un épisode infectieux intercurrent ou terminal. Il nous est difficile de nous prononcer dans nos deux cas, n'ayant pu observer nos malades que fort peu de temps. Cependant, cette explication semble applicable à notre deuxième malade ; nous comprendrions difficilement en effet l'existence des formations lymphomateuses que nous avons pu constater spécialement dans le foie, si nous n'admettions que la leucopénie terminale avait été précédée d'un stade de leucocytose.

La *nature* de la leucémie aiguë a donné lieu à de nombreuses discussions. Au premier abord, la formule leucocytaire fait songer à une leucémie lymphatique, et beaucoup considèrent cette affection comme la forme aiguë de la leucémie lymphatique. Mais la morphologie si spéciale du mononucléaire de la leucémie aiguë fit émettre à MM. Gilbert et Weill l'hypothèse qu'il s'agit d'une affection en réalité plutôt myélocytaire. Tout récemment, M. Ch. Aubertin (3) a exposé cette théorie et l'a appuyée sur des arguments multiples, que nous avons pu retrouver ici : réaction myéloïde au niveau de la rate, lésions très marquées de la moelle osseuse, présence dans le sang d'hématies nucléées, de quelques myélocytes et surtout de ces cellules spéciales qui ne sont, d'après M. Aubertin, que des cellules primordiales d'origine médullaire, traduisant une prolifération hâtive et imparfaite d'éléments qui ont à peine le temps d'aboutir à leur forme jeune. Pour ces mêmes raisons nous pourrions dire, suivant la classification d'Ehrlich, de MM. Vaquez et Aubertin, que les syndromes anémiques de nos deux observations appartiennent au type métaplastique.

L'allure clinique de la leucémie aiguë lui fait généralement attribuer comme cause une toxi-infection. Nous avons donc dans notre deuxième cas orienté dans ce sens notre enquête étiologique. L'interrogatoire n'a pu nous donner aucun éclaircissement ; l'affection de la gorge dont la malade avait souffert deux mois auparavant semble bien ne pas avoir marqué le début de sa maladie, mais n'en avoir été qu'un épisode. L'ensemencement du sang est resté complètement stérile. Par contre, les résultats de l'autopsie et l'examen histologique nous ont révélé une infection indiscutable : la *tuberculose*. Aux poumons, pas de lésions évidentes, en dehors de quelques anciennes adhérences pleurales au niveau d'un sommet. Par contre, les ganglions trachéobronchiques étaient très développés, certains calcifiés; l'examen microscopique devait nous révéler dans tous les groupes ganglionnaires des lésions de tuberculose, avec de fort belles cellules géantes et d'assez nombreux bacilles de Koch.

Or dans le cas que nous avons précédemment publié avec M. Bensaude, un examen minutieux des divers organes a révélé à M. le professeur Hayem l'existence de tubercules avec cellules géantes dans la rate et la paroi de l'estomac, lésions au niveau desquelles nous n'avons cependant pu découvrir le bacille de Koch.

Cette double constatation de la tuberculose dans la leucémie aiguë nous amène à nous demander s'il ne faut pas voir là un facteur étiologique de cette affection. Ceci n'a rien pour nous surprendre : nous savons en effet le rôle important que joue la tuberculose dans l'étiologie de ces affections si voisines dont nous parlions tout à l'heure : l'anémie pernicieuse et le purpura hémorragique. Nous-même avons récemment rapporté avec M. Pater (1) un cas d'anémie pernicieuse secondaire au cours de la tuberculose pulmonaire chronique. Avec M. Bensaude (2) nous avons noté la fréquence de la tuberculose chez les malades atteints de purpura hémorragique, et l'étude d'un grand nombre de cas nous a montré que chez les tuberculeux le purpura hémorragique marque d'ordinaire l'apparition d'une poussée aiguë au cours d'une tuberculose ancienne et souvent latente. N'y a-t-il pas lieu dès lors de considérer la tuberculose comme capable de jouer un rôle important parmi les facteurs étiologiques de la leucémie aiguë, comme parmi ceux des anémies pernicieuses et des purpuras hémorragiques, qui sont des affections si voisines? Nos constatations viennent à l'appui de cette hypothèse, mais nous ne saurions affirmer une conclusion basée seulement sur ces deux faits isolés. A plus forte raison ne voudrions-nous pas discuter quel pourrait être le rôle exact de la tuberculose dans la pathogénie de la leucémie aiguë. Cependant l'examen histologique de notre dernier cas montre d'une façon évidente que les lésions tuberculeuses de tout l'appareil ganglionnaire étaient des lésions anciennes, préexistant certainement à la leucémie aiguë. Il nous semble donc logique d'admettre dans ce cas particulier une des hypothèses suivantes : ou bien le rôle de la tuberculose s'est borné à celui d'une simple cause prédisposante ; ou bien le bacille de Koch agissant localement sur les ganglions et à distance sur la moelle osseuse, aurait déterminé le

(1) Cas Hayem et Bensaude (Soc. méd., 13 fév. 1903), Jeanselme et Weill (Soc. méd., 19 fév. 1904), Bensaude et Rivet (loc. cit.).

(2) Gilbert et Weill. *Arch. de méd. expérim.*, mars 1899, Obs. I, p. 165.

(3) Ch. Aubertin. Origine myélogène de la leucémie aiguë, *Semaine méd.*, 14 juin 1905.

(1) Pater et Rivet. Un cas d'anémie pernicieuse symptomatique au cours de la tuberculose pulmonaire chronique, *Tribune méd.*, 22 avril 1905.

(2) Bensaude et Rivet. Les formes chroniques du purpura hémorragique. Rapports de certains cas avec la tuberculose, *Arch. génér. de méd.*, janvier 1905.

syndrome hématologique de la leucémie aiguë à l'occasion d'une poussée aiguë au cours d'une tuberculose chronique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1905)

Influence des hautes altitudes sur la nutrition générale. — MM. Guillemard et R. Moog ont fait, au mois de juillet dernier, à Chamonix et au Mont-Dore, une série d'observations sur l'influence qu'exerce l'altitude sur les échanges nutritifs. Ils ont constaté les phénomènes suivants : diminution des oxydations, diminution de la diurèse, rétention d'éléments fixes. Cette action se fait sentir brusquement en même temps que se produit le changement d'altitude, puis, du quatrième au huitième jour suivant, on constate un retour progressif vers la normale.

La rate et la sécrétion biliaire. — M. N.-C. Paulesco a fait un grand nombre d'expériences qui lui ont montré que la bile vésiculaire des chiens dératés ne diffère pas d'une façon notable, quant à sa composition, de la bile vésiculaire des chiens sains ayant leur rate intacte.

Chez le même chien il n'y a pas de différence notable et constante entre la composition de la bile avant et après la splénectomie.

Il pense donc que, dans les conditions de ses expériences, la *rate n'exerce aucune influence manifeste sur la formation de la bile*.

Recherches sur la formation de l'hémoglobine chez l'embryon. — MM. L. Hugounenq et Albert Morel.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 24 NOVEMBRE 1905)

Névrodermite à forme de lichen au cours d'une myélite. — M. Dufour présente un malade qui est atteint, à la face postéro-supérieure de la cuisse gauche, d'un placard rouge, douloureux et légèrement surélevé, de la largeur de la paume de la main. Les lésions cutanées, qui datent de quatre jours, sont en voie de régression spontanée. Elles succèdent à des placards de même nature dont on voit encore la trace sur la face interne des cuisses, et qui ont laissé à leur suite un certain degré de lichénisation de la peau. La plaque actuelle a comme caractères, en outre de sa couleur, son extrême hyperesthésie. Ce sont les phénomènes douloureux développés à son niveau qui ont engagé ce malade à consulter. Le premier diagnostic porté a d'ailleurs été une erreur, puisqu'on le crut atteint d'érysipèle. Mais l'intérêt de la maladie consiste dans le trouble nerveux que l'on rencontre chez le sujet et qui commande très vraisemblablement l'affection cutanée. Cet homme a en effet les symptômes d'une myélite à type de paraparésie, et l'on ne peut s'empêcher de voir entre les deux lésions médullaire et cutanée un rapport de cause à effet. Ce cas vient corroborer l'opinion défendue par MM. Jacquet, Darier, Verdalle, Gasne et Chiray sur les relations qui existent entre le développement de certains lichens et l'état du système nerveux.

Notes cliniques et étiologiques sur les infections paratyphoïdes, par MM. Sacquépée et Chevrel. — Voici les conclusions d'un travail lu à la Société par M. Vincent :

I. La cause la plus fréquemment incriminée des infections paratyphoïdes est l'ingestion d'eaux de boisson contaminées; divers exemples le démontrent (épidémies de Tours et de Fontevrault). On a parfois soupçonné une infection par la viande;

II. La fièvre paratyphoïde est plus fréquente pendant la saison estivo-automnale; elle est généralement plus grave en automne;

III. L'inoculation varie de cinq à quinze jours environ;

IV. Il existe deux formes cliniques communes : l'une, forme sévère ou typhique, simule la dothiénentérie, dont la distinguent mal quelques particularités cliniques (entre autres le début brusque, l'hypertrophie du foie, la constipation); l'autre, forme bénigne, rentre dans le cadre des embarras gastriques fébriles;

V. Le diagnostic ne peut être porté qu'à l'aide des procédés de laboratoire.

M. Variot lit une note sur l'**action du citrate de soude.**

La Société se réunit, à cinq heures et demie, en comité secret.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1905)

Les processus sécrétoires dans la substance corticale de la glande surrénale. — MM. Léon Bernard et Bigart étudient, chez l'homme et le cobaye, les phases histologiques des deux processus sécrétoires dont cette substance est le siège, processus dont l'un aboutit à la formation de graisse dite la bile, l'autre à la formation de pigments.

Cultures des bacilles typhique, paratyphiques et coli sur milieux métalliques. — Pour MM. Sacquépée et Chevrel, les bacilles paratyphiques cultivés sur milieux métalliques donnent des réactions de coloration comparables aux résultats obtenus sur ces mêmes milieux par Orlowski avec des cultures de bacille typhique.

Sur milieux renfermant du tartrate double de fer et de potasse ou du sous-acétate de plomb, une coloration noire apparaît en trois à six jours avec le bacille typhique, en un à trois jours avec les bacilles paratyphiques type B; elle ne se montre ni avec les bacilles paratyphiques type A, ni avec le colibacille. Sur ces milieux additionnés de nitro-prussiate de soude une coloration verte intense se montre en quarante-huit heures dans les cultures ensemencées de colibacilles, en deux à cinq jours avec les bacilles paratyphiques type B. Cette même coloration est plus tardive (six à huit jours) et moins nette avec les bacilles-paratyphiques type A et le bacille typhique.

Ces résultats nets, facilement obtenus, peuvent être utilisés pour la différenciation des bacilles paratyphiques.

Agglutination des bacilles typhique et paratyphiques. — Pour MM. Rieux et Sacquépée, la plupart des agglutinines typhiques d'origine *humaine* ont une action manifeste sur certains bacilles paratyphiques du type A et du type B; il s'agit d'un phénomène de co-agglutination, co-agglutination qui est généralement moins élevée que l'agglutination spécifique et qui, exceptionnellement, peut lui être équivalente. Les

sérums typhiques d'origine expérimentale n'agglutinent, au contraire, qu'à des taux très faibles les bacilles paratyphiques des deux groupes.

Dans les sérums paratyphiques, les bacilles du type A se montrent d'une sensibilité assez uniforme à l'égard des sérums expérimentaux du même type. Les bacilles du type B, au contraire, sont très inégalement sensibles aux sérums humains ou expérimentaux du type correspondant.

Enfin, vis-à-vis des bacilles typhiques, l'agglutination par les sérums paratyphiques est peu accentuée; il s'agit encore ici, comme dans les sérums typhiques, de co-agglutination.

Apparition des agglutinations spécifiques et des agglutinations de famille au cours des affections typhoïdes et paratyphoïdes. — MM. A. Netter et L. Ribadeau-Dumas continuant leurs recherches ont fait bon nombre d'examens positifs, des selles, des urines et du sang. Ces examens donnent une plus grande précision, mais par comparaison il est facile de constater que l'étude des agglutinations garde une valeur précise. Souvent elles portent sur diverses espèces microbiennes. Dans 37 cas, le sang n'agglutine qu'une espèce microbienne. Parmi ces 37 cas, 31 ont été relevés sur des sujets guéris depuis longtemps, et 6 sur des sujets observés au début de leur maladie. Ainsi donc, au début de l'infection et longtemps après elle, seules persistent les agglutinines spécifiques; les sujets plus récemment guéris peuvent agglutiner plusieurs espèces microbiennes. Mais il apparaît que l'agglutinabilité tend à se circonscrire à mesure que l'on s'éloigne du début de la convalescence et que, quand celle-ci remonte à près de deux mois, l'agglutinabilité vis-à-vis d'une seule espèce est à peu près la règle. De même, après un an, le sang des sujets n'agglutine plus que le bacille en cause. Cette agglutination semble se maintenir plus longtemps à un taux plus élevé dans les infections à paratyphique A que dans celles produites par le bacille d'Eberth.

Note sur un bacille paratyphique. — MM. Guerbet et Henry rapportent l'observation d'un soldat mort, après deux jours de maladie, des suites d'une infection à type cholériforme. L'autopsie décela les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde. L'ensemencement du contenu de l'intestin ne décèle qu'un colibacille banal; le suc de la rate retiré par ponction donne, après ensemencement sur gélose, une culture pure d'un bacille présentant les caractères des paratyphiques.

Cultures de tuberculose « in vivo » chez des animaux sains. — Pour M. Moussu, ces cultures ne provoquent, chez les animaux expérimentés, aucune réaction fébrile notable, aucun trouble digestif. Si, chez l'animal mis en expérience dans ces conditions, et depuis peu, on fait une seconde injection de tuberculine, cette seconde injection ne donne que des résultats négatifs. Si au contraire, chez ce même animal, on attend un, deux, trois mois, avant de faire une nouvelle injection, cette injection donne un résultat positif. Ces constatations montrent que l'organisme de la bête mise en expérience se comporte vis-à-vis de la tuberculine comme s'il avait été soumis à une véritable inoculation bacillaire, et que la réaction à la tuberculose tient moins à la présence même des bacilles dans l'organisme qui réagit qu'à une certaine imprégnation par un ou plusieurs produits toxiques élaborés par le bacille de Koch.

Topographie des spirochètes dans les coupes de chancre. — MM. Burnet et Vincent expliquent par cette topographie le processus de sclérose et l'artérite qui caractérisent la syphilis.

Localisation du spirochaète dans un cas de syphilis héréditaire. — MM. Levaditi et Salmon concluent de leurs recherches que : 1° chez un fœtus mort de syphilis peu après la naissance, les organes les plus infectés par le spirille sont le poumon, les capsules surrénales, le foie et la peau; 2° le spirille siège à l'intérieur des cellules; 3° dans le foie, le groupement périvasculaire des spirilles plaide en faveur de la pénétration de ces microorganismes par la voie vasculaire; 4° leur nombre considérable dans le protoplasme des éléments nobles de certains organes explique, chez l'enfant infecté héréditairement, l'extrême gravité de cette forme, véritable spirillose aiguë.

Procédés pour évaluer la fixation suffisante du sang humain dans les solutions aqueuses de sublimé. — De ses recherches, M. Jouraud conclut que chez l'homme sain, ayant un nombre de globules normal, avec leur richesse en hémoglobine normale, la fixation suffisante est obtenue presque toujours dans la solution de sublimé à 1 p. 100.

Autres communications :

Rôle favorable de l'urée ajoutée aux liquides de circulation artificielle du cœur de la grenouille. — M. Lambert;

Activation du suc pancréatique par les sels de calcium. — M. Delezenne;

Rôle des sels dans l'activation du suc pancréatique. Spécificité du calcium. — M. Delezenne (discussion, M. Henri);

Les quinones chez les êtres vivants. — MM. Brissemoret et R. Combes.

Communications faites à la Réunion biologique de Nancy (13 novembre 1905) :

Les ganglions nerveux des racines postérieures appartiennent-ils au système du grand sympathique? Autopsie d'un cas de neurofibromatose. — MM. Simon et Hoche;

Emploi du silicate de potasse comme milieu solide transparent pour la conservation des pièces anatomiques. — M. Collin.

ANALYSES

MEDECINE

Du tonus et des réflexes dans les sections et compressions supérieures de la moelle. (Félix D. Rose, Th. de Paris, 1905; J. Rousset, édit.) — L'étude du tonus et des réflexes dans les sections et compressions de la moelle est restée une des plus difficiles et aussi, il faut bien le dire, une des plus obscures de la neuropathologie. Aussi devons-nous savoir gré à M. D. Rose d'avoir consacré à ce sujet une thèse très documentée dans laquelle il a réuni et critiqué un grand nombre d'observations, en même temps qu'il apportait des expériences et des faits personnels soigneusement étudiés.

Au point de vue clinique, plusieurs cas sont à distinguer. Une lésion totale de la moelle survenue brusquement a pour conséquence la paralysie flasque; celle-ci peut n'atteindre que les membres inférieurs et les muscles du tronc, elle peut envahir plus ou moins les membres supérieurs suivant le siège de la lésion médullaire, en tout cas, on constate la disparition totale du tonus musculaire et l'abolition de tous les réflexes tendineux et cutanés, sauf parfois le réflexe plantaire et les mouvements réflexes de défense.

Une section brusque, mais incomplète, de la moelle est suivie le plus souvent d'une paralysie flasque avec abolition des réflexes tendineux et cutanés; tantôt cette paralysie reste flasque, tantôt on voit, après quelques jours ou quelques semaines, les réflexes reparaître puis survenir de la contracture. Il est exceptionnel d'observer d'emblée, après une section brusque incomplète, la paraplégie spasmodique.

En cas de compression lente n'arrivant pas à la section transverse de la moelle on note, dans la plupart des observations, une première période de paraplégie flasque avec exagération des réflexes tendineux et clonus du pied, bientôt suivie d'une paraplégie spasmodique. Parfois, la paraplégie reste flasque avec diminution et disparition progressive des réflexes. Enfin, dans un troisième groupe de faits, après une période plus ou moins longue de spasmodicité, la contracture disparaît, les réflexes et le clonus diminuent, et on voit progressivement ou en l'espace de quelques jours la paralysie spastique faire place à une paralysie flasque.

Quand une compression lente de la moelle devient totale, si la paraplégie était flasque elle ne se modifie pas; si elle était spasmodique, elle peut rester telle ou devenir flaccide.

Pour expliquer l'abolition du tonus et des réflexes dans les sections totales brusques de la moelle, on peut admettre, soit que les centres encéphaliques supérieurs exercent une action excitatrice sur les cellules ganglionnaires de la moelle, soit plutôt que normalement les réflexes tendineux et cutanés suivent des voies longues et dépassent la moelle.

En cas de compression lente, allant jusqu'à déterminer une section totale, on peut expliquer la persistance d'une paraplégie spastique par une réaction des fibres qui apportent le tonus à la moelle; l'excitation prolongée de ces fibres tonigènes a changé la manière d'être des cellules ganglionnaires spinales, à tel point que la contracture persiste même après section totale; la moelle a acquis un automatisme pathologique qui se traduit par la contracture et l'exagération des réflexes.

Lorsque, après une section incomplète de la moelle, la paraplégie flasque est définitive, l'explication de ce fait est mal connue et on ne peut que supposer une fragilité particulière de certains systèmes nerveux incapables de réagir.

De l'examen du tonus et des réflexes, il est difficile actuellement de tirer des indications sur l'opportunité d'une intervention chirurgicale dans les compressions de la moelle. Il semble cependant que les chances de succès soit plus grandes dans les paraplégies spasmodiques que dans les paraplégies flasques.

L. BABONNEIX.

MEDECINE EXPÉRIMENTALE

Inoculation de produits syphilitiques au bord libre de la paupière chez les singes macaques (1). (G. Thibierge et P. Ravaut. *Ann. de dermat. et de syphilg.*, 1905, p. 575.) — Il est aujourd'hui démontré que les singes inférieurs, plusieurs espèces de macaques en particulier, sont capables de réagir à l'inoculation de produits syphilitiques; mais les inoculations pratiquées par les différents expérimentateurs sont loin d'avoir donné des résultats constamment positifs.

T. et R. ont pensé que la région sur laquelle était faite l'inoculation pouvait avoir une influence réelle sur sa réussite; ayant varié les points d'inoculation du virus syphilitique, ils ont constaté que chez deux espèces de macaques au moins (M. cynomolgus et M. sinicus) la réaction peut être obtenue d'une façon constante, à la condition que l'inoculation soit faite dans une région bien déterminée, le bord libre de la paupière.

Après une incubation, en moyenne de vingt-trois jours, se développe au point inoculé un véritable nodule inflammatoire, au niveau duquel la surface cutanée prend une teinte cuivrée et un aspect brillant, rappelant assez bien l'aspect de certains éléments papuleux de l'homme. Au point de vue histologique les lésions consistent dans leur ensemble en une infiltration cellulaire plus ou moins abondante, siégeant surtout autour des vaisseaux profonds, infiltration uniquement constituée par des lymphocytes et des plasmazellen. Dans quelques cas, où les lésions avaient évolué plus longtemps, on pouvait observer en outre des lésions d'artérite.

T. et R. n'ont jamais constaté ni adénopathie, ni lésion secondaire cutanée ou muqueuse comparable à celles de la syphilis humaine. Mais, et ceci est une nouvelle preuve de la spécificité des lésions du bord libre de la paupière, une inoculation positive confère l'immunité aux animaux inoculés.

L'inoculation au bord libre de la paupière du macaque pourra donc permettre de déterminer d'une façon rigoureuse la nature d'une lésion réputée chancre ou plaque muqueuse et d'en donner la preuve absolue par la constatation des lésions histologiques. On voit, en dehors même de son importance théorique, quel intérêt présente cette nouvelle méthode appliquée au diagnostic clinique du chancre syphilitique et quels services elle peut être appelée à rendre dans les expertises médico-légales.

L. GAYARD.

(1) Cf. *Gaz. des hôp.*, 1905, n° 64, p. 764.

CORRESPONDANCE

CURIEUSE OBSERVATION

Un jeune homme de vingt ans, instruit et porteur d'un chancre classique, à sécrétion non purulente, vint à ma consultation me demander de le soulager d'une cuisson excessive d'abord et de lui expliquer ensuite à quoi il devait attribuer une poussière jaune verdâtre qui lui tapissait le gland. La veille à une clinique gratuite on lui avait donné un traitement plutôt énergique, savoir : une solution d'iodure de potassium correspondant à 4 grammes par jour, plus des bains de verge de dix minutes de durée dans la liqueur de van Swieten *pure*, toutes solutions incolores aussi bien intus qu'extra, me faisait-il remarquer, alors pourquoi sa verge s'était-elle recouverte d'un enduit jaune vert? Avec un pinceau j'en portai quelques parcelles dans une cupule et les ayant touchées avec des traces d'une solution iodurée les parcelles passèrent immédiatement au rouge vif : plus de doute, j'avais affaire à du protoiodure qui se transformait en biiodure. Donc l'élimination de l'iodure avait fait du protoiodure de mercure aux points baignés dans la liqueur de van Swieten! Bien qu'il n'y ait plus grand'chose de nouveau sous le soleil, je crois cependant que mon observation est originale et c'est pourquoi je l'adresse à la *Gazette des hôpitaux* afin qu'elle soit lue par un grand nombre de lecteurs. L'expérience est du reste facile à renouveler. De simples bains d'eau chaude soulagèrent immédiatement mon jeune client.

Dr HENRY LA BONNE,
licencié ès sciences.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DU CORYZA AIGU

M. F. Weitlaner a obtenu d'excellents résultats du mélange suivant, absorbé sous forme de prises dans un quart de verre d'eau :

Salicylate de soude........... 30 grammes.
Poudre de Dower........... 3g60
Essence de menthe poivrée.... 1 goutte.

Mêler intimement et diviser en 20 paquets.

L'amélioration se manifeste une heure environ après la première prise. Absorber un paquet toutes les trois heures quand l'affection est à son acmé; plus tard, deux ou trois prises par jour sont suffisantes. (*Nouv. remèdes.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 4 AU 9 DÉCEMBRE 1905)

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 4 décembre, à une heure. — 5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Segond, Broca (Aug.) et Duval (Pierre); — (2e série) : MM. Tuffier, Legueu et Proust; — M. Gosset, suppléant.

Mardi 5 décembre, à une heure. — 2e (chirurgien-dentiste, 1re série) : MM. Hutinel, Schwartz et Richaud; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Gouget et Carnot; — (3e série) : MM. Gilbert, Bezançon et Marion; — M. Langlois, suppléant.

5e (1re partie), *Charité* : MM. Berger, Thiéry et Morestin; — (2e partie) : MM. Ménétrier, Thiroloix et Renon; — M. Launois, suppléant.

Mercredi 6 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Reclus, Sébileau et Duval (Pierre).

2e : MM. Ch. Richet, Desgrez et Branca.

3e (1re partie, oral) : MM. Kirmisson, Potocki et Cunéo.

4e : MM. Pouchet, Gley et Balthazard; — M. Broca (André), suppléant.

Jeudi 7 décembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Joffroy, Guiart et Maillard.

3e (1re partie, oral) : MM. Le Dentu, Thiéry et Brindeau.

4e : MM. Gilbert, Dupré et Langlois.

2e (chirurgien-dentiste) : MM. Troisier, Vaquez et Morestin; — M. Richaud, suppléant.

Vendredi 8 décembre, à une heure. — 3e (1re partie, oral) : MM. Terrier, Retterer et Wallich; — (2e partie) : MM. Déjerine, Roger et Legry.

2e (chirurgien-dentiste) : MM. Gaucher, Mauclaire et Desgrez; — M. Claude, suppléant.

5e (1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Delens et Cunéo; — (2e série) : MM. Reclus, Gosset et Proust; —

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Potocki; — M. Labbé Marcel, suppléant.

Samedi 9 décembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Vaquez et Bezançon; — (2e série) : MM. Achard, Renon et Carnot; — M. Méry, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Brindeau; — M. Guiart, suppléant.

THÈSES

Mercredi 6 décembre 1905, à une heure. — M. BAYARD. Etude clinique et statistique de l'accouchement du sommet en occipito-postérieure directe dans la grossesse gémellaire. (MM. Pinard, président; Segond, Mauclaire et Wallich.) — M. KLEYMAN. De la périgastrite adhésive et de son traitement chirurgical. (MM. Segond, président; Pinard, Mauclaire et Wallich.) — M. DELAUNAY. Le monde médical parisien au XVIIIe siècle. (MM. BLANCHARD, président; Brissaud, Teissier et Macaigne.) — M. CLÉMENCEAU DE LA LOQUERIE. Glycométrie du liquide céphalo-rachidien. (MM. Brissaud, président; Blanchard, Teissier et Macaigne.)

Jeudi 7 décembre 1905, à une heure. — M. COUPE. Nouveau procédé de prostatectomie périnéo-sus-pubienne. (MM. Guyon, président; de Lapersonne, Marion et Auvray.) — M. BLEIRAD, Etiologie et pronostic des hémorragies rétiniennes. (MM. de Lapersonne, président; Guyon, Marion et Auvray.) — M. LE SERREC DE KERVILY. La leucémie myélogène néoplasique. (MM. Hutinel, président; Poirier, Launois et Gouget.) — M. DUPUY. Étude sur le péricarde fibreux et les franges séro-graisseuses prépéricardiques. Anatomie. Physiologie. Pathologie. (MM. Poirier, président; Hutinel, Launois et Gouget.)

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANCAISES ET ÉTRANGÈRES

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. (N° 47, 19 nov. 1905.) J. GAUTRELET et E. SOULÉ : Les injections d'eau de mer dans la tuberculose. Essai de physio-clinique. — KUNSTLER : La tuberculose chez les poissons. — CAVALIÉ : L'enseignement dentaire et la profession de dentiste en Suisse, en Allemagne, en Autriche-Hongrie et en Angleterre (*suite*).

Gynécologie. — (N° 5, oct. 1905.) J.-A. DOLÉRIS : Maladies des annexes de la femme. — L.-G. RICHELOT : Il faut redresser les rétroversions. — M. WEINBERG et H. ARNAL : Etude sur l'atrophie des organes génitaux. Involution sénile de l'utérus humain.

Montpellier médical. — (N° 46, 12 nov. 1905.) JEANBRAU : L'examen des urines par le praticien.

Revue de médecine. — (N° 11, 10 nov. 1905.) LANNOIS et POROT : Le cœur dans la maladie de Friedreich. — LECLERC et SARVONAT : Un nouveau cas de myasthenia gravis. — ROCH : Des crises épileptiformes d'origine pleurale (*à suivre*). — LORTAT-JACOB et SABARÉANU : Les sciatiques radiculaires. — CECIKAS : Sur l'action thérapeutique de la digétoxine soluble (glœtta). — S. J. KANELLIS : Etude sur la dernière épidémie de fièvre typhoïde et des fièvres gastro-intestinales par auto-infection à Athènes. — LANDOUZY : Aperçus de médecine sociale.

Tribune médicale. — (N° 45, 11 nov. 1905.) A. BROCA : Les déviations ostéo-articulaires des adolescents. — MOSNY et MALLOIZEL : Un cas de télangiectasies acquises généralisées. — (N° 46, 18 nov.) ACHARD et GAILLARD : Influence de l'alcool sur la marche de la tuberculose expérimentale. — AUBERTIN : Variole et vaccine. — FILLASSIER : Congrès de la tuberculose.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

LE JEUDI 21 DÉCEMBRE 1905 à deux heures, il sera procédé publiquement, à la salle des concours de l'administration de l'Assistance publique, 49, rue des Saints-Pères, à l'adjudication, au rabais, et sur soumissions cachetées, en 72 lots, des fournitures *d'herboristerie, de produits chimiques et de substances pharmaceutiques*, nécessaires au service de la Pharmacie centrale des Hôpitaux et Hospices civils pendant l'année 1906.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, de l'approvisionnement et du matériel, avenue Victoria, 3, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

N° 136. — JEUDI 30 NOVEMBRE 1905. 78e ANNÉE. JEUDI 30 NOVEMBRE 1905. — N° 136.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
L'eau de mer en injections isotoniques sous-cutanées chez les athrepsiques et les prématurés (avec 1 graphique), par MM. Potocki et René Quinton.
TECHNIQUE CHIRURGICALE
Sur l'extirpation utéro-vaginale totale (colpo-hystérectomie abdomino-vaginale), par MM. Léon Imbert et F. Piéri.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine.
FORMULAIRE
ANALYSES
Médecine : Résultats scientifiques des recherches accomplies sur les bacilles tuberculeux de différentes origines dans le service sanitaire impérial; — Les principes de la vie.
Chirurgie : Sur l'ulcère traumatique de l'estomac; — Troubles intestinaux dus à une mauvaise position de l'appendice.
CORRESPONDANCE
NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)
Paraplégies (fin).
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Les médecins des hôpitaux dont les noms suivent ont reçu, pour 1906, les destinations ci-après :

Services temporaires : Hôtel-Dieu annexe, MM. Lamy et Legry; Laënnec, MM. Hudelo et Belin; Bastion 27, M. Dufour; Service d'enfants de Saint-Louis, M. Apert.

Consultations : Hôtel-Dieu, M. Enriquez; Charité, M. Josué; Pitié, M. Auclair; Necker, M. Sergent; Beaujon, M. Bruhl; Laënnec, M. Labbé; Cochin, M. Claude; Saint-Antoine, M. Macaigne; Lariboisière, M. Gouget; Tenon, M. G. Brouardel; Broussais, M. Carnot; Bichat, M. Laffitte; Boucicaut, M. Bezançon; Andral, M. Sicart; Trousseau (enfants), M. Renault.

Remplacements : Services généraux, MM. Fournier, Bergé, Gasne, de Massary, Bernard, Rist, Gandy et Garnier; Aubervilliers, M. Tessier; Services d'enfants, MM. Lesné et Papillon; Services de peau, M. Griffon.

Brévannes : M. René Marie.

LE SERVICE DE GARDE DANS LES HOPITAUX. — Au cours de la discussion du budget de l'Assistance publique devant le Conseil municipal, M. Mesureur a été amené à parler du chirurgien de service dans les hôpitaux. Comme nous le faisions remarquer dans le Premier-Paris du mardi dernier, il faudrait une coïncidence extraordinaire pour que le chirurgien fût appelé simultanément dans deux hôpitaux pour des cas urgents. Néanmoins cela s'est vu; aussi, à partir du mois prochain, il y aura deux chirurgiens de service à la fois.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Par décret en date du 26 novembre 1905, M. Augagneur, ancien professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, est nommé professeur honoraire à ladite Faculté.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Ont été nommés ou désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins principaux de deuxième classe Grivet qui passe du camp de Châlons à Châlons comme médecin-chef; — André, de Châlons à Dijon.

MM. les médecins-majors de première classe Darde qui passe de Tours au camp de Châlons; — Follenfant, rapatrié de Mandchourie, à Versailles; — Godin, de Tarbes à Montpellier; — Puissan, du 14e d'artillerie, à Tarbes; — Bazin, du 93e d'infanterie, à Tours; — Nabona, du 68e au 14e d'artillerie; — Sturel, du 110e d'infanterie au 25e d'artillerie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Benoît qui passe du 12e escadron du train au 93e d'infanterie; — Wensinger, du 94e au 150e; — Apart, du 9e escadron du train au 150e d'infanterie; — Bouchet, du 30e dragons au 96e d'infanterie; — Manceaux, du 11e chasseurs à cheval au gouvernement de Paris; — Laporte, du 2e chasseurs d'Afrique au 9e escadron du train; — Lemitouard, du 23e dragons à la division du 20e corps; — Saltet, du gouvernement de Paris à la place d'Alger; — Ponsot, du 42e d'infanterie au 11e chasseurs à cheval; — Oberlé, du 6e bataillon d'artillerie au 2e chasseurs d'Afrique; — Conte, de la place d'Alger au 17e escadron du train; — Mellies, du 146e d'infanterie au 6e bataillon d'artillerie.

Corps de santé des troupes coloniales. — M. le médecin-major de première classe Sévère passe du 22e d'infanterie coloniale au Tonkin.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Lecomte passe du Tonkin au 4e d'infanterie coloniale; — Petit, de Madagascar au 3e d'artillerie coloniale; — Grandmaire, du 2e d'artillerie coloniale au 1er d'infanterie coloniale.

L'EAU DE MER

EN INJECTIONS ISOTONIQUES SOUS-CUTANÉES

CHEZ LES ATHREPSIQUES ET LES PRÉMATURÉS

Par M. POTOCKI,
Professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux,
Et M. René QUINTON,
Assistant du laboratoire de physiologie pathologique des Hautes-Études au Collège de France.

L'efficacité des injections sous-cutanées d'eau de mer isotonique, en thérapeutique infantile, et leur supériorité sur les injections de sérum artificiel, résultent déjà de travaux précédents, portant sur un ensemble de 49 cas (1).

Les observations qui suivent confirment d'une façon remarquable ces effets. Les 6 cas que nous rapportons ne sont pas des cas heureux choisis entre d'autres, mais les seuls qu'il nous ait été donné d'observer à nouveau. Sur ces 6 cas, 4 au moins se réfèrent à des enfants dont l'état était aussi critique que possible. Chez 2 d'entre eux, les médications classiques avaient été épuisées sans pouvoir enrayer l'évolution morbide; chez l'un en particulier (Obs. I), diète, régime hydrique, bouillon de légumes, changement de nourrice, lait d'ânesse, laxatifs, lavages d'estomac, d'intestin, injections de sérum artificiel, tout avait été tenté méthodiquement et vainement.

Or, chez nos six sujets, l'injection sous-cutanée d'eau de mer isotonique a été suivie d'une amélioration si brusque qu'il nous paraît qu'aucun doute ne peut subsister sur son action spécifique. La chute de poids est arrêtée; les phénomènes de gastrite, d'entérite, d'ictère, d'athrepsie, d'asthénie, s'atténuent en général dans les quarante-huit heures qui suivent l'intervention marine, puis continuent à s'amender. Le poids remonte rapidement. Le rétablissement est complet. L'injection d'eau de mer, isolée des autres facteurs thérapeutiques, est bien seule en cause dans ces observations. Bien mieux, chez l'un de nos sujets (Obs. II), une entérite spécialement grave (quinze à dix-sept selles par jour depuis plus de trois semaines) est enrayée en quelques jours sans qu'il soit nécessaire de recourir à la diète ni au régime hydrique.

La perte de poids, qui avait été en moyenne avant l'intervention marine de 41 grammes par jour et par enfant dans l'ensemble de nos six observations, se transforme en un gain moyen et quotidien de 18 grammes pendant la période des injections d'eau de mer, de 30 grammes après les injections, chiffres moyens basés sur 375 journées d'expériences, 116 avant les injections marines, 136 pendant, 123 après.

Nous attirerons l'attention sur les doses employées. Nos doses les plus faibles, chez deux prématurés, pesant l'un 1310, l'autre 1550 grammes, ont été de 10 centimètres cubes tous les deux jours. Chez les enfants de 3 à 5 kilogrammes, nous avons injecté 30, 40, 50 et jusqu'à 60 centimètres cubes tous les deux jours et même tous les jours. Au premier abord, ces doses pourront paraître excessives et même dangereuses, aux yeux de quelques praticiens insuffisamment renseignés sur l'hypodermie marine. Aussi nous hâterons-nous d'ajouter que, non seulement elles ne présentent aucune nocuité, qu'elles ne sont suivies d'aucune intolérance, qu'elles ne déterminent, au moins dans nos observations, aucun œdème par rétention, mais qu'elles nous semblent nécessaires à l'obtention des résultats thérapeutiques. Comme Macé et l'un de nous l'ont déjà exprimé (1), « l'eau de mer, employée aux doses homéopathiques (1 centimètre cube, 2 centimètres cubes par exemple), n'amène aucun résultat; il faut l'utiliser largement pour lui voir produire ses effets. » Si MM. L.-G. Simon et Pater (*Presse méd.*, 19 août 1905) n'ont obtenu aucun effet satisfaisant de leurs injections marines, cela tient en premier lieu aux doses insuffisantes qu'ils employaient : 1, 2, 3, 4, 5 centimètres cubes chez des enfants de trois mois à deux ans, et parfois avec des intervalles de quinze jours entre deux injections.

De même la question de la qualité de l'eau de mer à utiliser présente une grande importance. L'eau de mer que nous injections était captée au large à 10 mètres de profondeur, par les soins de M. le professeur Jolyet, directeur de la Station biologique d'Arcachon. Elle était ramenée à l'isotonie par addition d'eau de source très pure, stérilisée ensuite à froid au filtre Chamberland, en dehors de tout contact de métal et de caoutchouc, et utilisée dans les quinze jours ou au plus tard dans les trois semaines qui suivaient sa captation. Ces détails sont d'une importance de premier ordre, car, recueillie près des côtes habitées, diluée sans précaution, stérilisée à l'autoclave, employée trop longtemps après sa capture, l'eau de mer ne possède plus ses qualités physiologiques (voir Quinton. *L'eau de mer milieu organique*, p. 462-464). Tous les travaux, comme ceux de MM. L.-G. Simon et Pater, Gautrelet (2), etc., dans lesquels les auteurs ont omis de spécifier l'origine, le mode de préparation, la récence de leur liquide d'injection, pèchent par la base. L'eau que ces opérateurs employaient pouvait être bonne, mais leur attention n'ayant pas été attirée sur ces points qui sont primordiaux, tous les doutes sont possibles à cet égard.

Le graphique de la page suivante résume, quant aux poids des enfants, avant, pendant et après les injections d'eau de mer, les six observations dont le détail suit.

Observation I. — *Ictère. Intolérance gastrique. Amaigrissement considérable. Athrepsie.* — Enfant né en ville à terme, le 29 juin 1905. Travail rapide. Rupture tempestive des membranes. Poids : 4k300. Père et mère bien portants. Un autre enfant bien portant âgé de deux ans, n'ayant pas été nourri par sa mère qui avait eu des abcès du sein.

(1) Lachèze et Quinton. Congrès de climatothérapie d'Arcachon, avril 1905; — Lachèze. Th. de Paris, mai 1905 (7 cas); — O'Followel. *Revue méd.*, 14 juin 1905 (2 cas); — O. Macé et Quinton. *L'Obstét.*, sept. 1905, et *L'eau de mer, en injections isotoniques sous-cutanées, au pavillon des débiles de la Maternité*, 1 vol., Paris, O. Doin, 53 p., 22 graphiques (40 cas).

(1) *Journal des praticiens*, 23 octobre 1905, p. 676.
(2) *Bull. de la Soc. de biol.*, 1905, 2e sem., p. 446.

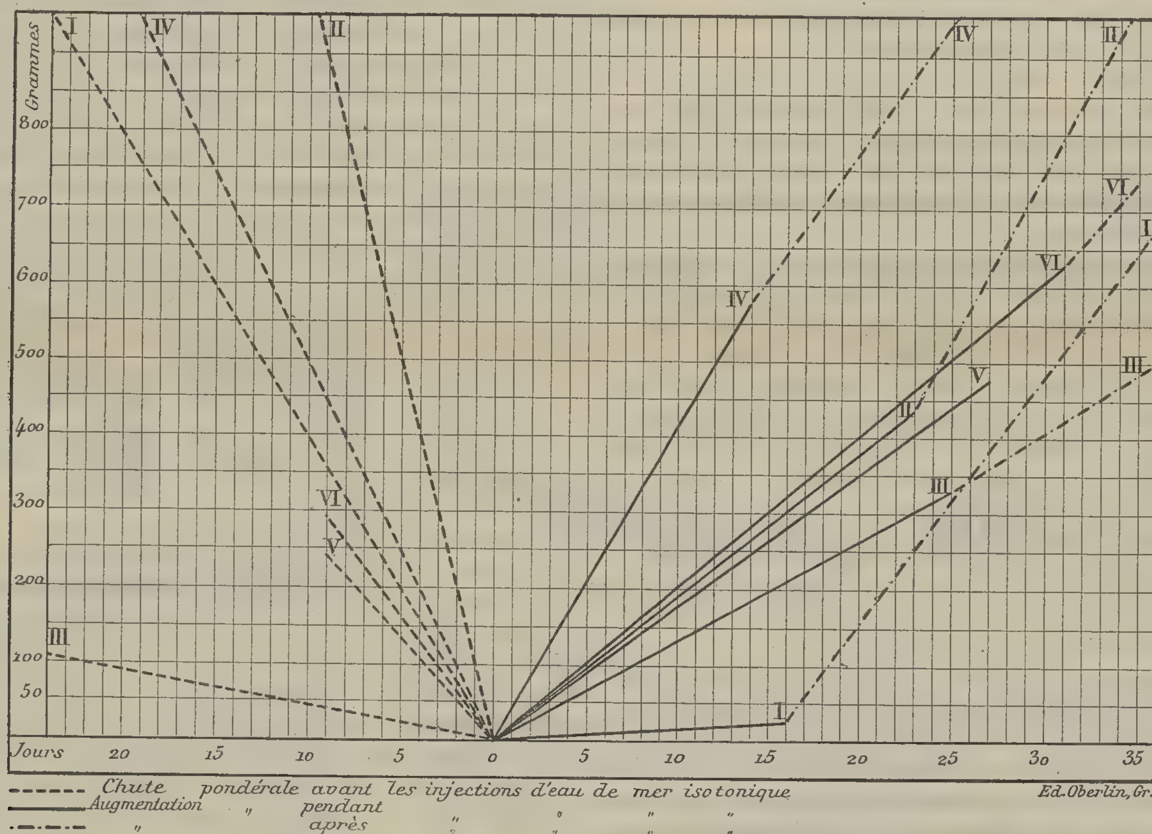
Le lendemain de la naissance, apparition d'un ictère généralisé. Poids : 4k180.

Le cinquième jour, chute du cordon. Pas de rougeur ni de suppuration ombilicale. Pas de fièvre. Ictère plus prononcé. Urine jaune. L'enfant tète bien, il est allaité exclusivement par sa mère. A partir du sixième jour, toutes les tétées ont été pesées avec un soin extrême; les plus petits détails ont été consignés par les parents.

L'observation peut se diviser en sept périodes, dont les cinq premières sont antérieures aux injections d'eau de mer.

Première période (du sixième au onzième jour). — La jaunisse persiste. L'allaitement moyen et quotidien est de 350 grammes. L'enfant perd 11 grammes par jour. Poids le onzième jour : 4k080.

Deuxième période (du onzième au dix-septième jour). — La jaunisse persiste. Allaitement moyen et quotidien : 517 gr. Augmentation pondérale moyenne : 45 grammes par jour. — Poids le dix-septième jour : 4k350.



Graphique résumant les six observations. — Chute pondérale des six enfants avant les injections d'eau de mer isotonique; augmentation pendant, puis après.

Troisième période (du dix-septième au vingt-cinquième jour). — La jaunisse persiste. Allaitement moyen et quotidien : 536 grammes. *Chute* pondérale moyenne : 20 grammes par jour. — Poids le vingt-deuxième jour : 4k250.

Quatrième période (du vingt-cinquième au trentième jour). — Le vingt-cinquième jour, l'enfant, toujours jaune, se met à rejeter après chaque tétée. Température rectale à cinq heures du soir : 37°5. La diète au bouillon de légumes est ordonnée, avec deux seules tétées par jour.

Vingt-sixième et vingt-septième jours. — L'intolérance digestive pour le bouillon de légumes se montre plus vive que pour le lait; le bouillon est rejeté presque entièrement, alors que le lait ne l'est que partiellement. On ordonne une reprise moyenne de l'allaitement (huit tétées à 30 grammes) avec eau d'Évian et bouillon de légumes. Température rectale le vingt-sixième jour, cinq heures : 37°3. Une selle marron mal digérée par vingt-quatre heures.

Vingt-septième jour. — L'enfant a pris : lait, 250 grammes; eau d'Evian, 80 grammes; bouillon de légumes, 30 grammes. — L'eau d'Évian est rejetée entièrement; le lait et le bouillon de légumes partiellement.

Vingt-neuvième jour. — Lait de la mère, 225 grammes; eau d'Évian avec quelques gouttes de Cognac, 120 grammes. Purgation magnésienne et cataplasme. — L'eau d'Évian est rejetée presque entièrement, le lait partiellement. L'enfant s'amaigrit. La chute de poids moyenne a été pendant cette période de 56 grammes par jour. — Poids le trentième jour : 3k800. L'ictère persiste. L'urine est toujours jaune.

Cinquième période (du trentième au trente-septième jour). — Cette période est caractérisée, au point de vue thérapeutique, par : 1° une injection sous-cutanée de sérum artificiel, chaque jour, à la dose de 20, 30, puis 40 centimètres cubes; 2° un lavage d'estomac journalier; 3° un lavage d'intestin tous les jours ou tous les deux jours; 4° un essai d'alimentation par le lait d'ânesse (non supporté); 5° un essai d'alimentation par un autre lait de femme (nourrice; sans résultat). Pendant ce temps l'intolérance et l'aggravation de l'état vont croissant.

Détails. — Le trentième et le trente-unième jour, on essaie l'eau de Vichy et l'eau d'Évian sucrée (intolérance absolue). Le lait étant le seul aliment partiellement supporté, on renonce à partir de cette date à tout régime hydrique.

On essaie, le trente-deuxième jour, 180 grammes de lait d'ânesse (rejeté entièrement), puis pendant un jour un lait de nourrice, qui est rejeté en partie comme celui de la mère. Dès le trentième jour, l'enfant rejette non seulement les liquides ingérés et le lait, mais il vomit encore des matières glaireuses abondantes que ramènent également les lavages d'estomac. L'ictère s'accentue. Les lavages d'intestin sont suivis d'une

selle marron mal digérée, qui devient glaireuse à partir du trente-quatrième jour.

L'adynamie augmente ; l'enfant est torpide, sans force pour prendre le sein (trente-quatrième et trente-cinquième jours); son cri s'affaiblit; l'athrepsie se prononce. La chute de poids, du trentième au trente-septième jour, est de 265 grammes, soit de 37 grammes par jour. Poids le trente-septième jour : 3k535.

L'intolérance digestive peut s'apprécier par les chiffres suivants. Sur neuf, dix et onze tétées par jour, deux seules sont gardées entièrement. Le poids du lait ingéré étant en moyenne de 373 grammes par jour, le poids du lait gardé n'est que de 236 grammes.

Le trente-sixième jour, l'état est extrêmement critique. Les vomissements ont redoublé. Sur 360 grammes de lait ingéré, l'enfant en a rejeté 200.

Sixième période (du trente-septième au cinquante-troisième jour). — C'est dans ces conditions que l'injection sous-cutanée d'eau de mer isotonique est tentée. Comme on l'a vu, tous les traitements ont échoué : diète, bouillon de légumes, eau d'Evian ou de Vichy, pure, alcoolisée, sucrée, lait de la mère, lait de nourrice, lait d'ânesse, purgations, cataplasmes; lavages d'estomac, lavages d'intestin; hypodermie chlorurée sodique.

Le trente-septième jour (poids : 3k535), une première injection de 30 centimètres cubes d'eau de mer isotonique est pratiquée. Le trente-huitième jour, l'état de l'enfant est si grave qu'à tout hasard et sans espoir, on effectue deux injections de 30 centimètres cubes (en tout, 60 centimètres cubes).

Le lendemain trente-neuvième jour, amélioration brusque. L'enfant crie. Il prend le sein avec force. Sur sept tétées, six sont gardées entièrement. On injecte 50 centimètres cubes d'eau de mer isotonique.

Le quarantième jour, l'enfant tète *avidement*. L'ictère est presque entièrement dissipé. L'urine se décolore. Nouvelle injection de 50 centimètres cubes et ainsi chaque jour jusqu'au cinquante-et-unième (sauf le quarante-cinquième).

Le quarante-deuxième jour, l'enfant n'a perdu que 20 grammes depuis le début du traitement marin, soit 4 grammes par jour, au lieu de 37 grammes comme précédemment.

Le quarante-septième jour, nouvelle chute absolue de 65 grammes, soit de 13 grammes par jour depuis le quarante-deuxième jour.

A partir de cette date, le poids ne cesse plus de monter. Six jours plus tard (cinquante-troisième), deux jours après la dernière injection marine, le gain absolu est de 90 grammes, soit de 15 grammes par jour.

L'amélioration de l'état digestif ressort des chiffres suivants. Le nombre des tétées gardées entièrement, qui, comme on l'a vu, n'était que de deux avant l'injection marine, passe brusquement à six, sept, huit, onze, du trente-huitième au quarante-deuxième jour. De même, le lait gardé, qui n'était que de 236 grammes par jour en moyenne pendant la période du sérum artificiel, passe rapidement à 260, 300, 370, 385, pour atteindre 395, 400, 490, les quarante-huitième, cinquantième et cinquante-troisième jours.

Les garde-robes s'améliorent dès le trente-neuvième jour; les lavages d'intestin deviennent inutiles et sont supprimés ; quelques selles vertes ou jaune vert apparaissent seulement du quarante-septième au cinquantième jour.

Le dernier jour où nous voyons l'enfant (cinquante-troisième, 20 août), il est relativement vigoureux, transformé, en voie de guérison définitive. Poids : 3k540. Nous autorisons le départ en province.

Septième période (du cinquante-troisième au cent trente-cinquième jour). — Les poids qui suivent témoignent de l'état de l'enfant après la cessation du traitement marin.

Jours.	Poids absolu.	Augmentation quotid. depuis la dern. pesée.
65e (1er septembre)...	3k825	23g7
95e (1er octobre).....	4k480	21g8
116e (22 octobre).....	5k600	50g9
135e (11 novembre)...	6k750	60g5

Le poids normal au cent trente-cinquième jour étant de 6 kilogrammes, on voit que l'enfant a rattrapé et au delà son retard du mois d'août.

Obs. II. — *Entérite aiguë. Athrepsie.* — Enfant né au terme de huit mois, le 21 janvier 1905, de parents bien portants. Au sein pendant deux mois, au biberon depuis. Développement normal jusqu'au 15 juillet; à partir de ce moment, l'enfant est pris de diarrhée jaune fétide. Poids le 20 juillet : 6k800.

L'état s'aggrave rapidement. Les cris sont incessants, l'insomnie complète ; le nombre des selles monte à quinze et dix-sept par jour. La perte de poids quotidienne est de 100 grammes. Poids le 2 août : 5k500.

A partir de cette date, l'enfant est mis au sein. Une amélioration des selles s'ensuit, mais ne dure pas plus de vingt-quatre heures.

Le 7 août, jour où nous voyons le sujet pour la première fois, l'état athrepsique est très prononcé, l'amaigrissement considérable ; le squelette thoracique apparaît comme à nu, la peau des cuisses forme deux véritables sacs vides; les cris ne cessent pas ; l'insomnie est complète; les extrémités sont cyanosées ; on compte dans la journée dix-sept selles marron, fétides, glaireuses. Poids : 4k970. Chute de poids depuis la dernière pesée : 106 grammes par jour.

La première injection d'eau de mer isotonique est effectuée ce même jour, à la dose de 20 centimètres cubes. Les injections suivantes sont pratiquées aux jours et aux doses ci-dessous :

8 août...	2e	jour de traitement marin..	20 c. c.	
10 —	4	—	.. 20	—
12 —	6	—	.. 40	—
14 —	8	—	.. 40	—
15 —	9	—	.. 40	—
17 —	11	—	.. 40	—
19 —	13	—	.. 50	—
21 —	15	—	.. 50	—
23 —	17	—	.. 50	—
25 —	19	—	.. 50	—
27 —	21	—	.. 50	—

Dès le deuxième jour du traitement marin, *rien n'étant changé au régime* (allaitement au sein ; ni diète, ni régime hydrique), l'état est amélioré. L'enfant dort deux heures. C'est, au dire des parents, son premier sommeil depuis trois semaines; le nombre des selles tombe à douze.

Le troisième jour, les cris diminuent notablement. Le cinquième, ils cessent d'une façon complète ; les garde-robes se modifient; la chute de poids est enrayée en partie : 22g5 par jour, depuis cinq jours, au lieu de 106 grammes. L'allaitement au sein est suspendu et remplacé quotidiennement par 700 grammes de lait d'ânesse.

Le sixième jour, le sommeil se prolonge toute la nuit; il n'y a plus que huit selles jaunes liquides, dont une non fétide; l'état reste cependant très précaire, le faciès athrepsique accusé, la cyanose des extrémités presque identique.

Le septième jour, même état. Le huitième, sept selles liquides dont une seule fétide; la cyanose des extrémités diminue; la chute de poids quotidienne depuis la dernière pesée est de 53 grammes.

Le neuvième jour, première augmentation pondérale; gain de 125 grammes depuis la veille. Sept selles liquides, non fétides. L'amélioration digestive persistant, on essaie de forcer l'alimentation qui comprendra à partir de cette date : 1000 grammes de lait d'ânesse, 300 grammes de bouillon de légumes, 80 grammes d'eau d'Evian ou de Vals.

Le lendemain dixième jour, nouvelle augmentation de 190 grammes. Même nombre de selles, mais disparition complète de la cyanose. Le douzième jour, l'enfant rit, s'intéresse à ce qui l'entoure, peut soutenir la tête. Six selles moins liquides, jaunes, mal digérées. Le squelette thoracique n'est plus visible. Le treizième jour, poids stationnaire depuis trois jours; quatre selles seulement, encore moins liquides. Le seizième jour, trois selles jaunes bien digérées. Augmentation de 120 grammes depuis trois jours, soit de 40 grammes par jour. Etat excellent.

Le dix-septième jour, on cesse l'eau d'Evian ou de Vals; on porte la ration lactée à 1 200 grammes, les 300 grammes de bouillon de légumes étant maintenus.

Les dix-huitième, dix-neuvième, vingtième, vingt-et-unième jours, deux garde-robes bien digérées. A partir du vingtième jour, 1 250 grammes de lait, même bouillon de légumes. Le vingt-et-unième jour, nous cessons de traiter et d'observer l'enfant; il pèse 5^k370, en augmentation de 38 grammes par jour depuis la dernière pesée.

Dix-huit jours après, 5^k920, soit 30 grammes d'augmentation quotidienne. D'ailleurs, l'augmentation n'est pas régulière et la courbe des poids fait des crochets. L'enfant va bien à la date du 25 octobre.

L'état diarrhéique très grave noté au début de cette observation a donc été enrayé d'une façon définitive sans qu'on ait eu recours à aucun moment à la diète hydrique. L'injection d'eau de mer a été seule utilisée comme mode de traitement, le bouillon de légumes lui-même n'étant intervenu pour la première fois que le neuvième jour de la médication marine, en pleine amélioration.

Ces deux observations d'athrepsie ne sont pas des cas heureux choisis au milieu d'autres, mais les seuls qu'il nous ait été donné d'observer.

Nous rapportons ci-après, d'après le docteur Pierre Dupuy (de Noailles), qui a bien voulu nous les communiquer, deux autres cas d'intervention marine dans l'athrepsie. Les observations, moins détaillées que les nôtres, n'en sont pas moins probantes. On remarquera que, chez le premier enfant, le docteur Dupuy opérait à des doses faibles (10 centimètres cubes) et à des intervalles parfois éloignés (trois et quatre jours). L'amélioration obtenue, bien que très nette, a été cependant plus lente que chez son second enfant, injecté à la dose de 30 centimètres cubes tous les deux jours, et chez nos deux enfants, injectés aux doses de 30, 40, 50 centimètres cubes tous les jours ou tous les deux jours. Il y a donc lieu de se demander si l'injection bi-hebdomadaire de 10 centimètres cubes est suffisante chez l'enfant de quelques mois et pesant 4 kilogrammes. C'est une question à laquelle une expérience plus prolongée devra répondre.

Obs. III (P. Dupuy). — *Gastro-entérite. Athrepsie.* — Enfant de quatre mois et demi, né prématurément; nourrisson surveillé par l'Assistance publique. Peu de renseignements sur les parents, dont la santé est douteuse.

Depuis un mois et demi, alternatives de diarrhée et de selles normales. Le lait, quel qu'il soit, n'est pas supporté. Traitement classique qui réussit pendant huit jours, particulièrement le bouillon de légumes. La chute de poids est enrayée, mais les phénomènes diarrhéiques persistent. Le poids oscille pendant un mois aux environs de 4 000.

Le 29 juillet 1905, premier jour du traitement sous-cutané marin (10 centimètres cubes), le poids est tombé à 3870. Athrepsie accusée. La face est ridée, ainsi que la paume des mains et la plante des pieds, la peau terne, les yeux excavés, les fontanelles largement ouvertes. Le cri fréquent est faible, le sommeil agité. Alimentation : bouillon de légumes de Méry en prises fréquentes.

Les injections, toutes de 10 centimètres cubes, sont renouvelées les quatrième, huitième, onzième, quatorzième, dix-septième et dix-neuvième jours, en tout sept injections.

La diarrhée cède, ainsi que l'intolérance digestive pour le lait qui est accepté en neuf prises. Poids le vingt-huitième jour (25 août) : 4^k200, soit une augmentation de 11^g7 par jour.

Deux nouvelles injections d'eau de mer isotonique, mais celles-ci de 30 centimètres cubes, sont effectuées les 2 et 5 septembre (trente-sixième et trente-neuvième jours). Poids le 8 septembre : 4^k416, soit une augmentation de 15^g4 par jour depuis la dernière pesée.

L'enfant est repris par les parents, à cette date, pour être mis au sein.

Obs. IV (P. Dupuy). — *Gastro-entérite. Athrepsie.* — Enfant de dix mois, né à terme. La mère pendant la grossesse était atteinte d'entéro-colite muco-membraneuse.

Alimentation au biberon dès les premiers jours. Digestions difficiles dès le début, selles jamais normales, aqueuses de temps à autre. Eructations fréquentes. Ballonnement du ventre.

Depuis un mois, amaigrissement « considérable », qui peut être estimé à 1 500 grammes au bas mot, soit 50 grammes par jour. Le 28 août 1905, à dix mois, l'enfant ne pèse que 6^k050, au lieu du poids normal, pour cet âge, de 8^k350. Athrepsie. L'aspect de la physionomie est vieillot. Les fontanelles ne sont pas encore soudées. Pas de dents. Insomnie. Gémissements incessants, la force manque pour crier. Alimentation : lait de vache pasteurisé et un peu de farine lactée.

Ce même jour, 28 août, première injection sous-cutanée d'eau de mer isotonique. Les injections sont pratiquées aux dates et aux doses suivantes :

28 août...	1er jour de traitement marin..	10 c. c.
30 —	3 — ..	10 —
1er sept..	5 — ..	30 —
3 —	7 — ..	30 —
5 —	9 — ..	30 —
7 —	11 — ..	30 —
9 —	13 — ..	30 —

Le troisième jour du traitement, les gémissements s'atténuent; d'aqueuse, la diarrhée devient franchement jaune et fluide, les modifications sont très nettes.

Le poids, qui était de 6050 grammes le premier jour du traitement marin, s'élève à 6300 le septième et à 6550 le treizième. Ainsi, non seulement la chute pondérale est arrêtée, mais l'augmentation régulière est de 41g6 par jour.

Les selles sont parfaites, le lait bien toléré. Plus aucune éructation. Le faciès athrepsique est dissipé, une dent est apparue. L'insomnie et l'agitation, très diminuées, persistent cependant.

L'amélioration continue après la cessation du traitement. Quinze jours après, nouvelle pesée. L'augmentation journalière a été de 33 grammes. L'état est très satisfaisant.

A ces quatre observations d'athrepsie, nous joindrons les deux suivantes, d'un autre ordre, mais non moins concluantes. Les deux cas se calquant pour ainsi dire l'un sur l'autre, nous ne les séparerons pas.

Obs. V et VI. — *Prématurés.* — La femme L... accouche le 19 août 1905, à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis, de trois enfants (deux garçons, une fille), dont l'un (1500 grammes) meurt le lendemain. Terme de huit mois. Seconde grossesse. Mère bien portante, trente ans. Père (?).

Les deux enfants restants ne cessent pendant neuf jours de perdre en poids. Ils sont inertes, ne s'éveillent qu'après dix minutes de secousses et de frictions, se rendorment aussitôt, crient mal, refusent le sein, exécutent à peine quelques mouvements de déglutition quand la mère leur donne son propre lait à la cuiller. Teint sub-ictérique. Faciès ridé. Température rectale, 34 à 35 degrés. Poids le neuvième jour: 1310 et 1550 grammes, en chute de 250 et 295 grammes sur le poids de naissance (fille 1310 grammes; garçon 1550 grammes).

Le neuvième jour, on pratique sur les deux sujets la première injection sous-cutanée d'eau de mer isotonique à la dose de 10 centimètres cubes. Cette injection est ensuite répétée régulièrement tous les deux jours, à la même dose. Bain à 39 degrés d'un quart d'heure, tous les jours. Berceau simplement réchauffé par deux boules, comme depuis la naissance.

L'amélioration est immédiate. Dès le surlendemain de la première injection, les deux enfants commencent à prendre le sein. Trois minutes de frictions suffisent pour les réveiller. La chute de poids est enrayée le premier jour chez l'un (fille), le troisième jour chez l'autre. Au bout de sept jours, ils restent éveillés une heure par jour; au bout de dix jours, deux heures. L'ictère est dissipé en six jours. La température rectale oscille entre 35°5 et 37 degrés. Etat général parfait.

L'augmentation du poids est régulière et remarquable. Pour vingt-sept jours d'observation chez le premier enfant et trente et un jours chez le second, cette augmentation a été en moyenne de 17g6 et de 23g2 par jour (1310 à 1785 grammes; — 1550 à 2100, puis 2220 à 2300 grammes).

Un incident fortuit (érysipèle faisant deux malades dans le service avant de s'attaquer à l'un des enfants) enlève le premier enfant en quatre jours (érysipèle de la face, évacué à Aubervilliers). Le second enfant sort avec sa mère, trente-huit jours après le début du traitement marin, en excellent état (poids, 2400 grammes).

Nous dirons de ces deux cas ce que nous avons dit précédemment au sujet de nos deux athrepsiques. Ils n'ont pas été choisis entre d'autres. Le seul prématuré que nous ayons injecté, en dehors de ces deux jumeaux, était un enfant âgé de trente-six heures, ayant 29 degrés de température rectale par 22 degrés de température extérieure (août 1905) et qui succomba dans les deux heures qui suivirent l'injection. Il est donc négligeable.

L'action véritablement spécifique de l'eau de mer, en thérapeutique infantile, nous paraît ressortir une fois de plus de ces six nouvelles observations typiques.

TECHNIQUE CHIRURGICALE

SUR L'EXTIRPATION UTÉRO-VAGINALE TOTALE

(Colpo-hystérectomie abdomino-vaginale)

Par MM. Léon IMBERT et F. PIÉRI [de Marseille] (1).

L'hystérectomie abdominale totale se limite d'ordinaire à l'extirpation de l'utérus et d'une collerette vaginale. Nous avons pensé qu'il pouvait y avoir intérêt dans quelques cas, et notamment pour les cancers de l'utérus propagés au vagin, à faire une intervention plus large, s'étendant à la majeure partie ou à la totalité de ce dernier organe.

Pour exposer le manuel opératoire d'une intervention de ce genre, il importe de rappeler d'abord quelques détails anatomiques.

Les premiers temps de l'hystérectomie abdominale comportent la section des ligaments larges avec ligature de l'utérine et le décollement du péritoine vésico-utérin et recto-utérin. Si l'on veut pousser plus loin l'extirpation, on arrive sur le vagin qu'il faut maintenant libérer. La vessie s'en décolle aisément jusqu'à l'urètre; on peut également, après section des ligaments utéro-sacrés, la séparer du rectum jusqu'au voisinage de l'anus. Cela fait, le vagin est libre sur ses deux faces antérieure et postérieure; reste à le dégager sur ses parties latérales. Celles-ci sont maintenues : *a.* par des branches de l'hypogastrique; rameau vaginal de l'utérine et artère vaginale; ces deux artères, ainsi que leurs ramifications, sont entourées par des prolongements de la gaine hypogastrique; — *b.* par l'aponévrose périnéale supérieure; — *c.* par le releveur de l'anus, qui ne fournit aucune insertion sur le vagin et se borne à prendre contact avec lui. Ces deux derniers moyens de fixation ne constituent pas un obstacle chirurgical; il n'en est pas de même du pédicule vasculaire que l'on ne saurait décoller et qu'il faut, de toute nécessité, sectionner aux ciseaux. Ce dégagement effectué, le conduit utéro-vaginal ne tient que par ses adhérences à l'urètre et à l'anus. On ne peut songer, à notre avis, à poursuivre plus loin le décollement par la voie abdominale, car il s'agit là moins d'adhérences que d'une véritable fusion; mais dès ce moment, la presque totalité du vagin est libérée, et l'on n'est séparé de la vulve que par un espace de 2 à 3 centi-

(1) Communication à la Société de chirurgie.

mètres au maximum. Il est possible, néanmoins, de compléter l'intervention en s'adressant à la voie vaginale et en pratiquant une dissection de la muqueuse par un procédé analogue à ceux des diverses colpopérinéorraphies.

Ces préliminaires anatomiques montrent la possibilité d'extirper le conduit utéro-vaginal dans son intégralité. On peut régler les différents temps de cette intervention de la façon suivante :

1° Temps vaginal : il n'est nécessaire que si l'on tient absolument à supprimer les deux centimètres inférieurs du vagin. Il comporte la dissection d'une collerette de muqueuse vaginale, à partir de l'orifice vulvaire, sur une étendue de trois centimètres environ. Cela fait, une première suture en bourse ferme le manchon disséqué ; un deuxième plan accole les surfaces orientées et oblitère la vulve, supprimant dès ce moment toute chance d'infection basse pour le temps abdominal.

2° Temps abdominal : laparotomie, section des ligaments larges, comme dans l'hystérectomie abdominale. Il nous paraît avantageux alors, sans que nous l'ayons cependant expérimenté, de faire la ligature des deux hypogastriques. On évite ainsi l'hémorragie que produira plus tard la section du pédicule vaginal ; or, cette hémorragie peut être embarrassante en raison de sa source profonde dans le bassin, et l'hémostase augmente notablement la durée de l'acte opératoire. Cette double ligature effectuée, on dissèque des lambeaux péritonéaux comme dans l'hystérectomie, et on les décolle très largement en avant et en arrière en s'aidant d'une compresse. Les deux pédicules vaginaux sont sectionnés, et, en complétant le décollement, on arrive, sans trop de difficultés, au point où s'était arrêtée la dissection vaginale ; on enlève alors en bloc l'utérus et le vagin à l'état de cavité close. La restauration du plancher pelvien se fait par le procédé ordinaire. Nous nous sommes assurés que, dans ces différentes manœuvres, l'uretère était ménagé aussi bien que dans une hystérectomie totale, sauf, bien entendu, son englobement dans la tumeur.

Ce procédé nous paraît susceptible de s'appliquer à certains cancers de l'utérus propagés au vagin, et même aux cancers primitifs du vagin ; il offre l'avantage de réaliser une extirpation très étendue qui diminuera peut-être les chances de récidive dans la cicatrice, lesquelles sont vraisemblablement les plus nombreuses. Nous l'avons expérimenté sur le cadavre, et réalisé sur le vivant dans un cas où, pour diverses raisons, nous avons supprimé le temps vaginal et la double ligature des hypogastriques ; la malade, atteinte de cancer du col avec large greffe vaginale, est aujourd'hui en bonne voie de guérison.

FORMULAIRE

MÉLANGE DE COCAINE ET DE MENTHOL POUR PULVÉRISATIONS NASALES CONTRE LE CORYZA

Afin de faire disparaître la céphalalgie et la sensation d'obstruction nasale qui accompagnent le coryza aigu, on a assez souvent recours à des pulvérisations intra-nasales pratiquées avec une solution tiède de cocaïne à 1 p. 100. D'après M. A. Pugnat (de Genève), il y aurait avantage à substituer à cette solution le mélange que voici, employé de la même façon :

Chlorhydrate de cocaïne......	2gr50
Menthol....................	5 grammes.
Huile de vaseline...........	100 —

Les effets décongestionnants de ces pulvérisations, qui doivent être répétées toutes les trois heures, seraient plus marqués et plus durables que ceux de la simple solution de cocaïne. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 28 NOVEMBRE 1905)

Mouches et choléra. — M. CHANTEMESSE a présenté, en son nom et au nom de son collaborateur M. BOREL, un livre sur *Les mouches et le choléra*. Les auteurs montrent, dans cet ouvrage, comment les mouches, se souillent au contact des déjections cholériques, se chargent des bacilles qui s'y trouvent et en dispersent les germes partout.

Il est bien difficile de supprimer complètement les mouches ; aussi le point important est-il de se débarrasser le plus soigneusement possible des déjections des cholériques ou tout au moins de détruire leur virulence avant que les mouches aient pu s'y poser.

Les anciens législateurs religieux, Moïse, Mahomet, les prophètes hindous, semblent avoir pressenti le fait. Les déjections sont si bien traitées en objet d'exécration que nul n'a le droit d'y toucher, et que l'ordure encombre les villes. L'abandon des matières à l'air libre était une conception parfaite au désert et chez les nomades ; en fait, le choléra ne franchit jamais le désert et les caravanes s'assainissent à mesure qu'elles avancent. Mais pour l'hygiène des villes, il en va tout autrement : la désinfection sur place et l'évacuation par les égouts s'imposent de toute nécessité.

Ceci est bon à rappeler au moment où la création prochaine de voies ferrées reliant l'Inde à l'Europe va mettre en quelque sorte le foyer du choléra à nos portes. Dès maintenant, le problème de la prévention du choléra futur se dresse devant les municipalités et peut se résumer ainsi : Les réseaux d'égouts seront-ils prêts partout avant les réseaux de chemins de fer ?

Scrofule. — M. FRANCK a lu un rapport sur le travail de M. Rousseau Saint-Philippe (de Bordeaux) relatif au traitement de la scrofule et de la scrofulo-tuberculose chez l'enfant par l'iodure d'arsenic. Nous avons donné un résumé de ce travail (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 122, p. 1460).

Eaux minérales. — M. HANRIOT a lu un rapport sur les eaux minérales. Il résulte de ce rapport que les demandes en autorisation d'exploiter les sources minérales diminuent. Dans les eaux nouvellement exploitées on recherche avec plus de soin la présence de minéraux rares et le pouvoir radio-actif de ces eaux, question toute nouvelle et pleine de promesses.

M. NETTER a lu un important rapport, si important même que plusieurs membres se sont fait inscrire pour le discuter ; mais ils ont reconnu eux-mêmes n'en avoir pu entendre un mot et demandé, en conséquence, qu'on attende sa publication dans les bulletins pour le discuter.

Election. — M. Gilbert a été élu membre honoraire dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale par 60 voix sur 72 votants.

ANALYSES

MÉDECINE

Résultats scientifiques des recherches accomplies sur les bacilles tuberculeux de différentes origines dans le service sanitaire impérial. (H. Kossel et R. Weber. *Deuts. med. Woch.*, 5 oct. 1905, n° 40, p. 1603.) — Le service sanitaire impérial allemand publie, par les soins de H. Kossel et R. Weber, le résumé général de ses travaux sur la tuberculose. Nous en extrayons les points particulièrement saillants :

Les bacilles tuberculeux des animaux à sang chaud se divisent en deux classes : les bacilles de la tuberculose des mammifères et les bacilles de la tuberculose aviaire.

Les bacilles des mammifères reconnaissent deux types différents : ceux du type humain et ceux du type bovin. Ils diffèrent essentiellement par leur aspect morphologique, les caractères de leurs cultures et leur virulence.

La transformation du bacille type aviaire en bacille type mammifère n'a jamais pu être réalisée; il en est de même pour la transformation du bacille type humain en bacille type bovin.

Les poules n'ont aucune réceptivité pour le bacille des mammifères. Il n'en est pas de même pour toutes les espèces d'oiseaux : chez deux perroquets tuberculeux le bacille type humain a été isolé.

Chez les bovidés, c'est toujours le bacille type bovin qui a été trouvé, jamais le bacille type humain n'a pu leur être inoculé avec succès. Chez les porcs tuberculeux, c'est presque toujours le bacille type bovin qui a été découvert. L'ingestion expérimentale de très grandes quantités de bacilles type humain chez des cochons de lait a pu provoquer une tuberculose à marche lente. Dans un cas de tuberculose des ganglions mésentériques chez un jeune porc, le bacille type aviaire a été isolé.

L'inoculation du bacille type bovin se fait avec succès chez la brebis et la chèvre.

Sur 67 cas de tuberculose humaine examinés on a trouvé : 56 fois le bacille tuberculeux type humain seul, 9 fois le bacille type bovin seul, 2 fois les deux types associés.

Les cas où le bacille tuberculeux humain a été seul en cause concernent des localisations très diverses et des individus d'âges très différents. Les cas où le bacille type bovin a été l'unique agent comprennent uniquement des enfants au-dessous de huit ans. Dans 6 cas, la porte d'entrée intestinale a pu être démontrée. Les lésions observées ont été : tuberculose de l'intestin, des ganglions du mésentère et du cou; 2 cas de granulie.

Les bacilles tuberculeux type bovin isolés chez l'homme ne se distinguaient en rien, tant par les caractères morphologiques que par les résultats de l'inoculation aux bovidés, des bacilles type bovin isolés chez les bovidés.

Conclusions pratiques. — 1° La tuberculose des bovidés, uniquement causée par le bacille type bovin, se transmet le plus souvent de bovidés à bovidés; elle peut leur être transmise par les porcs, moutons, chèvres et plus rarement par l'homme.

2° La tuberculose du porc lui est transmise surtout par les bovidés; parfois par l'homme. La source de l'infection réside surtout dans les déchets de viande d'animaux tuberculeux et dans le lait de vaches tuberculeuses.

3° La tuberculose des autres animaux domestiques est surtout causée par le bacille type humain.

4° Chez l'homme, la transmission de la tuberculose se fait surtout d'homme à homme. Elle peut relever du bacille type bovin et être apportée par la viande, le lait. La tuberculose due au bacille type bovin se borne souvent, chez l'homme, à des lésions au point d'inoculation et aux ganglions correspondants, mais elle peut se généraliser et entraîner la mort. C'est pourquoi l'usage de la viande et du lait contenant des bacilles type bovin est dangereux particulièrement chez les enfants. Une surveillance rigoureuse de la viande s'impose; en ce qui concerne le lait, c'est la surveillance des vaches laitières elles-mêmes qui est le moyen de prophylaxie le plus efficace. Le lait contenant des bacilles peut être utilisé après une ébullition prolongée. A. LEMIERRE.

Les principes de la vie. (M. L. Price. *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, vol. XLV, n° 11, 9 sept. 1905, p. 759-764.) — L'auteur débute par une critique de la théorie de la sénilité avancée par Metchnikoff il y a quelque trois ans. Pour l'auteur, l'inaptitude des cellules âgées à résister aux phagocytes n'est qu'un des nombreux défauts de la cellule âgée; ce n'est qu'un effet de la sénilité, ce n'en est point la cause. Il n'y a que trois théories qui puissent expliquer avec succès l'état sénile : 1° Les inflammations successives et répétées auxquelles la cellule est soumise pendant la vie déterminent le remplacement de la vraie substance de la cellule par un tissu cicatriciel incapable d'exécuter les fonctions de cette vraie substance. 2° La cellule, avec le temps, devient incapable de maintenir le métabolisme particulier nécessaire à ses fonctions propres. 3° La cellule, avec l'âge, perd les propriétés qui lui permettaient de résister avec succès à l'activité constante des micro-organismes et de leurs toxines. On peut objecter à la première théorie que les altérations séniles se produisent en dehors de toute inflammation antérieure; et l'inflammation antérieure ne peut expliquer la perte des pouvoirs de régénération et de reproduction. Les deux dernières théories contiennent une part de vérité, car la cellule sénile est déficiente et dans sa nutrition et dans sa résistance. Price émet l'hypothèse que la cellule, dans les premiers stades de son existence, est munie d'une substance spécifique dont la présence est essentielle pour l'accomplissement de ses fonctions, substance qui peu à peu s'épuise pendant la vie de l'organisme et qui, seule de tous les matériaux de la cellule, n'est pas renouvelée après un stade peu avancé de l'existence de la cellule. Lorsque cette substance est épuisée, l'activité métabolique de la cellule prend fin. L'âge et la durée des activités cellulaires sont directement proportionnelles à la quantité de cette substance. La quantité de cette substance doit être très petite relativement aux autres constituants de la cellule, car l'analyse comparée de cellules jeunes et de cellules âgées ne révèle pas les différences chimiques appréciables. Cette substance, Price l'appelle *bioplasmine*. Par une comparaison et par un schéma, il fait comprendre les rapports de la bioplasmine avec les autres éléments de la cellule. La nature de cette bioplasmine reste la même pendant la vie, seulement son activité diminue progressivement. Ceci conduit l'auteur à croire qu'il s'agit d'une substance albuminoïde à grande molécule, douée du pouvoir de dédoubler quelque substance essentielle au métabolisme de la nutrition. L'origine de la bioplasmine doit être cherchée dans les processus les plus précoces conduisant à la formation de l'embryon, avant même que les activités de formation et de croissance soient devenues évidentes. Si l'on en juge par analogie, il faut supposer que la bioplasmine, ainsi que les autres substances se rapportant au métabolisme, telles les enzymes, pos-

sède une substance préliminaire, un zymogène, au dépens duquel elle se forme. Cette substance est nommée par l'auteur *bioplasminogène*. Le bioplasminogène se forme au moment où l'organisme commence à vivre comme une entité distincte, c'est-à-dire au moment de la conception. La forte attirance des éléments mâles et femelles plaide en faveur d'une forte affinité chimique et c'est pendant la conception qu'entre dans la composition de la cellule une substance qui ne sera pas renouvelée plus tard. L'auteur, d'accord en cela avec Lœb dont il rappelle les intéressantes expériences avec des œufs d'animaux inférieurs, admet que la première influence de la cellule mâle sur la femelle est une action d'ionisation. Price explique ensuite le rôle de la bioplasmine dans les phénomènes de formation et de régénération cellulaires, sur la croissance et sur l'hérédité, et il spécule sur les résultats pratiques que pourrait avoir l'isolement d'une telle substance. Il appartient au chimiste physiologique de donner la solution du problème de la sénilité, et peut-être un jour l'un d'entre eux donnera-t-il la formule qui fera rentrer dans la réalité les âges des patriarches des chroniques mosaïques.

FAXTON E. GARDNER.

CHIRURGIE

Sur l'ulcère traumatique de l'estomac. (Fertig. *Münch. med. Wochens.*, 12 sept. 1905, n° 37, p. 1781.) — Un jeune homme de vingt-huit ans, jusque-là admirablement bien portant, reçut un coup de pied de cheval dans la région épigastrique. La laparotomie pratiquée immédiatement montra l'intégrité absolue des viscères abdominaux. Deux jours plus tard le sujet fut pris d'hématémèses à répétition qui entraînèrent la mort cinq jours après l'intervention.

L'autopsie montra uniquement quatre ulcérations gastriques siégeant le long de la petite courbure et dont l'une avait entamé l'artère coronaire stomachique.

L'auteur pense que le traumatisme avait déterminé, dans la muqueuse de l'estomac, des infiltrations hémorragiques; l'action du suc gastrique sur ces points de moindre résistance était intervenue ensuite pour produire les ulcérations.

A. LEMIERRE.

Troubles intestinaux dus à une mauvaise position de l'appendice. (J. A. Blake. *Annals of surgery*, sept. 1905.) — Blake a constaté qu'un grand nombre de malades qu'il a opérés pour une soi-disant appendicite ont vu leurs symptômes disparaître, quoique à l'examen de l'appendice on n'eût pas trouvé de signes d'inflammation. Dans la plupart des cas, l'appendice exerçait des tractions sur le cæcum au moyen d'un méso-appendice court. Dans quelques cas, le cæcum semblait comme suspendu par l'appendice qui adhérait derrière le côlon. Les signes d'inflammation de l'appendice manquaient totalement ou étaient si peu marqués qu'ils ne pouvaient guère être considérés comme suffisants pour expliquer les symptômes. Par conséquent, Blake croit qu'il faut plutôt chercher l'explication dans la mauvaise position de l'appendice. Il croit que ces faits peuvent expliquer la douleur appendiculaire que l'on observe dans certains cas de rein mobile, cas où l'appendicectomie donne de bons résultats. Dans l'entéroptose, un méso-appendice court peut facilement tirailler l'appendice et le cæcum. De tels tiraillements expliquent certains faits par eux-mêmes, mais ils sont certainement une cause d'appendicite vraie.

FAXTON E. GARDNER.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DE LA LETTRE DE M. LA BONNE

L'intéressante observation de M. La Bonne, publiée dans le dernier numéro de la *Gazette des hôpitaux* (n° 135, 28 nov. 1905, p. 1617), met en évidence une des incompatibilités les plus curieuses de l'iodure de potassium. Dans son livre récent sur l'*iode et les iodiques*, le professeur Pouchet a insisté sur cette incompatibilité et signalé le danger qu'il y a à prescrire des applications externes de sels mercuriels chez un malade soumis au traitement ioduré : « D'une façon générale, disions-nous dans la récente « Médecine pratique » que nous avons tirée du livre de M. Pouchet (*Gaz. des hôpit.*, n° 132, 21 nov. 1905, p. 1578), tous les sels des métaux lourds sont incompatibles avec les iodures. La chose est surtout importante à connaître pour les sels mercuriels. L'iode s'élimine, on le sait, par la salive, la sueur, les larmes, sous forme d'iodures alcalins. Si, chez un sujet soumis au traitement ioduré, on pratique des insufflations conjonctivales de poudre de calomel, il se produit, par double décomposition, de l'iodure mercureux et un chlorure alcalin. L'iodure mercureux, en présence d'un excès d'iodure alcalin, est décomposé à son tour en mercure réduit et en iodure mercurique, dont l'action est extrêmement irritante pour les membranes oculaires. Ces mêmes phénomènes, mais alors localisés aux téguments, peuvent survenir chez des sujets soumis au traitement ioduré et chez lesquels on pratiquait en même temps des frictions mercurielles. » Le cas de M. La Bonne est à rapprocher de ces faits : les uns et les autres méritent d'attirer toute l'attention du praticien.

L. BABONNEIX.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

L'IBOGAINE DANS SES APPLICATIONS TONI-CARDIAQUES

On a obtenu de bons résultats avec l'ibogaïne dans certaines maladies du cœur, en particulier dans l'asthénie et la dilatation, mais il ne faudrait pas vouloir en généraliser l'emploi dans toutes les cardiopathies. Cet alcaloïde nouveau — puisqu'il a été découvert par Ed. Landrin en 1900 — est surtout prescrit lorsque, sous l'influence d'une dépression nerveuse, l'organisme a besoin d'un stimulant général (neurasthénie, atonies nerveuses, convalescences). On l'administre en nature ou sous forme de dragées Nyrdahl, 2 à 4 par jour et plus.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

PARAPLÉGIES [1]

d. *Paraplégies par hématomyélie.* — L'hématomyélie peut succéder au traumatisme. Le plus souvent, elle est le fait d'une décompression brusque (*maladie des caissons*). Cette décompression produit un dégagement subit du gaz du sang (P. Bert), et, consécutivement, des hémorragies de la substance grise, d'où paraplégie flasque si les lésions se bornent à la substance grise, spasmodique si les faisceaux latéraux sont comprimés. Le syndrome de Brown-Séquard peut s'observer (Déjerine). L'anesthésie, par suite de la destruction de la substance grise centro-postérieure, prend souvent le type syringomyélique.

e. *Paraplégies par tumeur intramédullaire et syringomyélie.* — Leur début est lent et insidieux. A la période d'état, elles peuvent être flasques ou spasmodiques, suivant le siège des lésions. Spasmodiques, elles impriment au membre supérieur tantôt l'attitude en flexion, tantôt l'attitude en extension, avec extension de la main (*main de prédicateur*). Dans la *pachyméningite cervicale hypertrophique* (Charcot et Joffroy), la moelle et les racines cervicales sont comprimées par un anneau fibreux, d'où : 1° paraplégie due à la compression de la moelle ; 2° douleurs violentes dans la nuque et dans les membres supérieurs; atrophies et paralysies des muscles des membres supérieurs, douleurs, atrophies et paralysies étant liées à la compression des racines. La maladie évolue en deux phases : une douloureuse, une paralytique et atrophique. Elle affecte d'étroits rapports avec la syringomyélie (Philippe et Oberthür).

II. **Affections systématisées.** — Elles peuvent porter : *a.* sur le neurone moteur central ; *b.* sur le neurone moteur périphérique.

A. Lésions du neurone moteur cortical. — 1. *Syndrome de Little.* (*Syn.* : tabes dorsal spasmodique ; diplégie cérébrale infantile; paraplégie spasmodique familiale; rigidité spasmodique congénitale; paralysie spinale spastique infantile. — Cliniquement, les *troubles moteurs* prédominent; les mouvements volontaires sont raides et difficiles; assis, le petit malade a les cuisses rapprochées, les genoux collés, les jambes en demi-flexion et en abduction, les pieds en varus équin et en rotation en dedans, se touchant par la pointe. La marche est encore plus caractéristique. La raideur s'exagère. Le pied ne s'appuie que sur la pointe, le rapprochement des genoux s'accentue. Les réflexes tendineux sont exagérés, sans qu'il y ait habituellement ni clonus du pied, ni trépidation spinale. Il n'y a *ni troubles sphinctériens, ni amyotrophies, ni troubles de la sensibilité.* Les mouvements athétoso-choréiques sont inconstants; de même, les troubles de l'intelligence et les attaques d'épilepsie. La maladie évolue très lentement vers une guérison relative : souvent les membres supérieurs finissent, au bout de plusieurs années, par devenir à peu près normaux.

Le syndrome de Little a été attribué : α. à un *arrêt de développement spontané d'un faisceau pyramidal*; β. à *un arrêt de développement du même faisceau dû à une lésion corticale.* Il comporterait donc deux variétés principales : *a.* syndrome de Little par arrêt de développement spontané : il s'agit d'enfants nés avant terme, à sept ou huit mois; leurs membres inférieurs présentent plus de contracture que de paralysie ; l'intelligence est intacte, l'amélioration ultérieure certaine ; *b.* syndrome de Little *secondaire* à une grave lésion cérébrale : sclérose, porencéphalie, foyer de ramollissement, méningo-encéphalite (1) ; c'est de beaucoup le plus fréquent et le plus important; il a été bien étudié par Cestan (Th. de Paris, 1899) ; c'est dans ces cas qu'il existe des troubles intellectuels, des mouvements athétoso-choréiques, des attaques d'épilepsie ; la guérison n'est jamais complète. Ainsi comprise, la maladie de Little mérite de rentrer dans le groupe des diplégies cérébrales (Freud) dont elle ne constitue, à vrai dire, qu'une variété (Cestan).

2. *Paraplégie spasmodique familiale.* — Elle se caractérise surtout par son caractère familial et son développement lent, dans les premières années de la vie. Elle serait souvent liée à une sclérose combinée de la moelle.

3. *Paraplégies d'origine cérébrale.* — Elles se voient surtout chez les *pseudo-bulbaires*, dont la marche est lente et incertaine (*démarche à petits pas*, Déjerine).

4. *Paraplégies par scléroses combinées.* — Elles s'observent, α. au cours de certains *tabes* (tabes ataxo-paraplégiques), par atteinte du faisceau pyramidal (*méningite postérieure*, Déjerine); de la *sclérose en plaques*, de la *pellagre*, du *lathyrisme*.

B. Lésions du neurone moteur périphérique. — Ce sont surtout les *poliomyélites antérieures aiguës* de l'enfant (*paralysie infantile*) ou de l'adulte, ou subaiguë (*paralysie générale spinale antérieure subaiguë* de Duchenne).

PARAPLÉGIES FONCTIONNELLES

Paraplégie hystérique. — Elle peut revêtir tous les aspects cliniques, se compliquer de basophobie, d'amyotrophie, etc. Elle ne donne jamais lieu au phénomène de Babinski.

Paraplégie neurasthénique. — Ce n'est pas une paraplégie vraie, mais une sensation de fatigue et d'épuisement localisée aux membres inférieurs, survenant au moindre effort, plus intense le matin que le soir.

Paraplégies réflexes (Charcot). — Elles peuvent être d'origine *urinaire* : survenant chez les malades atteints de cystite chronique, de rétrécissement de l'urètre, d'hypertrophie de la prostate, elles apparaissent rapidement et disparaissent de même; leur durée est courte.

Chez les *tabétiques*, après une crise de douleur, on peut observer une paraplégie due à l'épuisement momentané de la moelle.

Paraplégies intermittentes. — Relevant de la malaria, elles sont favorablement influencées par la quinine.

Paraplégie périodique (Westphall). — C'est une quadriplégie flasque, à début brusque, respectant les muscles de la face et les sphincters. La sensibilité est conservée. Les troubles généraux consistent en dilatation du cœur, sensation de soif et de sueurs. La crise, commencée la nuit, se termine le lendemain vers midi; elle revient périodiquement, et affecte parfois un caractère familial. On l'a attribuée soit à des lésions musculaires mal définies, soit, plutôt, à une autre intoxication.

Terminer par quelques mots de *traitement* (V. classiques).

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1905, nos 124, p. 1486; 127, p. 1521, et 133, p. 1593.

(1) M. Déjerine admet que la maladie de Little peut, exceptionnellement, succéder à une lésion médullaire, fait contesté par M. Cestan.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 137. — SAMEDI 2 DÉCEMBRE 1905. 78e ANNÉE. SAMEDI 2 DÉCEMBRE 1905. — N° 137.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Diagnostic des splénomégalies chroniques, par MM. P. Emile-Weil et A. Clerc.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de chirurgie.
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Claude, Bernard, Rist, Morel-Lavallée, Barth, Th. Anger, Launay, Perier, Gosset et Boissard.

INAUGURATION DE L'HOPITAL CLAUDE-BERNARD. — Hier a eu lieu sous la présidence du président de la République l'inauguration du nouvel hôpital des contagieux d'Aubervilliers.

On se rappelle que l'hôpital temporaire d'Aubervilliers fut brûlé en juillet 1904 par mesure de salubrité.

Le nouvel hôpital qui s'élève aujourd'hui sur le même emplacement est construit en briques et en pierres et non en bois, comme son prédécesseur.

L'établissement, qui comprend cinq quartiers desservis par un petit chemin de fer, pourra recevoir trois cents malades environ : varioleux, rubéoleux, scarlatineux et douteux; le cinquième quartier sera réservé en cas d'épidémie, peste ou choléra.

Chaque quartier comporte un petit pavillon réservé aux infirmiers, aux surveillants, etc., afin que ceux-ci ne soient jamais, en dehors de leur service, en contact direct avec les malades.

Les mesures les plus rigoureuses sont prises, enfin, pour que, pendant le service, les infirmiers de service ne puissent pas être en rapport avec le reste du personnel.

Une usine se trouve à l'extrême limite de l'hôpital. C'est là que viennent aboutir tous les détritus qui seront incinérés ou seront refoulés dans l'égout après avoir été complètement stérilisés.

Un point a particulièrement attiré l'attention des visiteurs, notamment de MM. Navarre et Ranson, conseillers municipaux : c'est le somptueux mobilier du cabinet directorial (coût, 5900 francs !!!).

Un incident doit être soulevé à ce sujet au Conseil municipal.

LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE ET LES ÉLÈVES DES LYCÉES. — M. L. Liard, vice-recteur de l'Académie de Paris, vient d'adresser « aux élèves des lycées de garçons et de filles de Paris » une circulaire intéressante sur la lutte contre la tuberculose.

Il est rare que le recteur, dans une circulaire, s'adresse directement aux élèves des lycées; la rareté du fait montre toute l'importance que M. Liard attache à ses recommandations.

Le recteur rappelle brièvement les ravages que la tuberculose fait chaque année dans notre pays et les efforts qui sont tentés de tous les côtés pour vaincre ou tout au moins enrayer le fléau. Parmi les œuvres qui se multiplient, il en est une à laquelle M. Liard voudrait voir s'associer la jeunesse de nos lycées de garçons et de filles : c'est l'œuvre de la préservation de l'enfance contre la tuberculose, fondée, il y a deux ans, par le professeur Grancher.

Après avoir montré le but charitable qui est proposé à la jeunesse scolaire, M. Liard termine ainsi :

« Un mot encore. Vous n'aurez pas seulement sauvé des vies humaines. Vous aurez contribué à rendre un autre service social. Trop grand est le nombre des malheureux qui, chaque année, quittent la campagne pour venir à Paris. Ils y viennent pleins d'espérances. Beaucoup y trouvent la désillusion, la misère et la maladie. C'est parmi ces transplantés que la tuberculose fait ses plus grands ravages. Aussi est-ce un vrai service social que de replanter leurs enfants à la campagne et de les rendre au travail de la terre, de la terre nourricière que l'homme sans doute féconde à la sueur de son front, mais qui, malgré le dur labeur qu'elle exige, lui est plus clémente que l'usine et l'atelier. »

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Lebon (de Saulnes, Meurthe-et-Moselle).

HOPITAL BROCA. — M. le docteur Thibierge commencera le dimanche 10 décembre, à dix heures du matin, des leçons sur les maladies de la peau et de la syphilis (avec présentation de malades) et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

REVUE GÉNÉRALE

DIAGNOSTIC DES SPLÉNOMÉGALIES CHRONIQUES

Par MM. P. ÉMILE-WEIL et A. CLERC.

Comme les ganglions lymphatiques et les organes similaires, la rate paraît destinée à s'hypertrophier sous l'influence de divers processus néoplasiques ou inflammatoires; tout la prédispose à subir une telle modification, et sa structure intime, et son rôle macrophagique, et ses relations physiologiques avec le foie ou l'intestin, et sa riche circulation lacunaire, grâce à laquelle les phénomènes congestifs amèneront mécaniquement une distension plus ou moins considérable. Ceci nous explique la fréquence et même la banalité des splénomégalies au cours des maladies infectieuses aiguës, si l'on excepte, par exemple, la dothiénentérie, le paludisme, le typhus récurrent, qui retentissent sur le viscère avec une intensité toute spéciale.

Il existe cependant une série d'états chroniques où la splénomégalie n'est plus transitoire mais durable et où, par son importance, elle domine presque les autres symptômes. Le classement de pareils faits représente actuellement l'un des problèmes les plus difficiles de la pathologie tant par la diversité des observations que par celle de leur interprétation. Dans les pages qui vont suivre, nous nous attacherons à caractériser les différentes splénomégalies chroniques, telles qu'elles se présentent en clinique, en éliminant les théories mal établies et en négligeant une bibliographie dont les détails complets obscurciraient inutilement notre description.

I

La médecine expérimentale n'a pu encore élucider entièrement le rôle physiologique de la rate; les fonctions de l'organe ne lui sont même pas dévolues à titre exclusif, si l'on en juge par la facilité avec laquelle des réactions de suppléance s'établissent au niveau des autres centres lymphoïdes. Il en résulte que la splénectomie ne doit pas par elle-même déterminer la mort et qu'il est impossible d'individualiser, en clinique, un syndrome d'insuffisance splénique analogue à l'ictère grave, à l'urémie, à l'asystolie, signes ultimes de la déchéance hépatique, rénale et cardiaque. La souffrance de la rate est pourtant rarement silencieuse; mais, trop souvent, elle n'acquiert qu'une symptomatologie d'emprunt, due à ses connexions avec le foie ou l'appareil hématopoiétique, et à laquelle certaines circonstances étiologiques pourront imprimer un cachet particulier. La splénomégalie reste, malgré tout, le signe capital, parfois unique; et c'est par sa recherche que nous commencerons.

A l'*inspection*, la distension de l'hypocondre gauche peut rendre dissymétrique la région supérieure de l'abdomen. Cette modification, sensible déjà dans le décubitus dorsal, s'accuse encore plus nettement quand l'on examine le malade dans la station verticale; en certains cas, un réseau veineux sous-cutané se développe au niveau de la région tuméfiée.

C'est par la *palpation* uni ou bimanuelle que l'on apprécie le mieux le volume, la forme et la consistance de l'organe. L'exploration nécessite le décubitus dorsal, puis latéral droit. On recherche si la rate a conservé sa forme générale allongée, si sa surface extérieure est lisse ou s'il existe au contraire des bosselures surajoutées, indiquant une hypertrophie partielle: la sensation que donne le bord antérieur avec ses incisures est tout à fait caractéristique. On apprécie approximativement la situation du pôle inférieur au-dessous du rebord costal en cherchant à l'accrocher avec les doigts recourbés. Toutes les hypertrophies spléniques n'ont pas tendance à se réaliser dans le même sens, en admettant qu'elles soient totales. La tumeur, le plus souvent, se développe à la fois vers la ligne médiane et vers le bord coxal qu'elle peut atteindre, elle peut exceptionnellement même envahir tout l'abdomen, car on a vu des rates énormes peser 5 et même 10 kilogrammes. Dans la leucémie, l'accroissement est surtout vertical; chez les paludéens l'hypertrophie horizontale l'emporte fréquemment et le viscère prend l'aspect d'une galette presque arrondie. Dans d'autres cas, la rate déborde par le rebord costal et refoule le diaphragme en déterminant des troubles qui en imposent pour une pleurésie.

La palpation permet aussi, théoriquement, de constater la *mobilité splénique* suivant les oscillations inspiratoires du diaphragme, mais ces déplacements, difficilement appréciables, peuvent manquer en cas d'adhérences avec les tissus voisins.

La *douleur* provoquée par la palpation représente, quand elle existe, un signe d'une réelle valeur; cette douleur peut être également spontanée, avec irradiations vers le flanc gauche ou vers la région scapulaire, et se traduire par de véritables « coliques spléniques ». Elle révèle la présence des troubles dus à la compression, exercée par la tumeur, ou bien l'existence d'une périsplénite. En ce cas, la main perçoit des *frottements* se traduisant aussi à l'auscultation; dans d'autres circonstances, de véritables *battements* sont transmis à la paroi abdominale.

La *consistance* de la rate hypertrophiée est rarement diminuée, le plus souvent elle est augmentée; parfois même, dans le cas exceptionnel de kyste, elle donne une sensation spéciale de rénitence.

La *percussion*, forte vers les côtes, plus faible au niveau de l'abdomen, permettra de déterminer une zone de matité plus ou moins étendue et, par suite, de contrôler les renseignements fournis par la palpation; le bord postérieur de la tumeur est difficilement délimitable. En général, il n'existe pas, au-devant de la rate, de bande de sonorité liée à l'interposition d'une anse intestinale, mais le fait n'a rien de constant.

L'*auscultation* de la rate permet parfois de percevoir des souffles doux, systoliques, dont la pathogénie est discutée, et l'importance clinique minime. L'oreille apprécie également d'autres bruits secs dus aux frottements de périsplénite, et qu'il ne faut pas confondre avec des frottements pleuraux.

Rappelons enfin que la *percussion auscultée*, pratiquée au moyen du phonendoscope de Bianchi, donne de précieuses indications : c'est peut-être la seule manière de délimiter le bord postérieur de la tumeur. Une fois les contours de la rate déterminés, il est bon de les inscrire sur la peau même du malade avec le crayon dermographique ou bien un pinceau trempé dans la teinture d'iode. Il est facile de photographier ensuite la figure ainsi obtenue, ou plus simplement d'en prendre le décalque,

afin de suivre ultérieurement, par la comparaison des graphiques successifs, l'évolution de la splénomégalie.

L'examen *radiographique* ou *radioscopique* ne nous a été d'aucun secours : peut-être le diagnostic de certaines tumeurs liquides en tirerait-il quelque bénéfice. En revanche, la *radiothérapie*, en faisant fondre les tumeurs lymphadéniques, donne un signe de grande probabilité en faveur de la nature des lésions.

Nous n'insisterons pas sur la *ponction exploratrice de la rate* qui peut entraîner des hémorragies ou des péritonites également mortelles; elle ne nous paraît pas devoir être pratiquée sans nécessité absolue.

La constatation d'une tumeur du flanc gauche n'entraîne pas nécessairement le diagnostic de splénomégalie; suivant qu'une telle tumeur remplira l'hypocondre gauche ou plongera profondément dans l'abdomen, deux ordres d'affections très différents seront à éliminer.

a. Si les diverses méthodes d'exploration cliniques permettent d'affirmer la présence d'une tumeur de l'hypocondre gauche, il faudra penser à la possibilité d'une *hypertrophie hépatique limitée au lobe gauche*; la continuité de la zone de matité, avec celle du foie, sa direction transversale, la présence d'une encoche au niveau du bord inférieur seront autant de bons signes, sans parler des symptômes fonctionnels spéciaux qui peuvent manquer. Malgré tout, le diagnostic topographique peut rester hésitant, surtout en cas de *vésicule biliaire distendue*. Il en est de même des *gâteaux péritonéaux*, dus à la tuberculose ou au cancer. Les *tumeurs de la queue du pancréas*, l'*ostéosarcome de la colonne vertébrale*, sont profondément situées derrière l'intestin. Le *cancer de l'angle colique gauche* entraîne des troubles caractéristiques. Les tumeurs de la capsule *surrénale gauche* sont exceptionnelles et d'ailleurs d'un diagnostic épineux. L'erreur la plus fréquente dans la pratique consiste à *prendre une splénomégalie pour une tumeur du rein gauche et réciproquement.*

Au point de vue physique, la tumeur splénique est régulière, ovoïde, présente un bord nivelé, ne plonge pas dans les lombes, ne ballotte pas, vient au contact direct de la paroi abdominale, sans interposition d'anse intestinale.

La tumeur rénale est plus ou moins sphérique, présente une localisation lombo-abdominale, ballotte à la palpation bimanuelle, sa matité est comme coupée « en écharpe » par une bande sonore correspondant au côlon transverse. C'est également d'une origine rénale que relèvent les troubles veineux, le varicocèle, l'œdème des jambes, les hématuries; la séparation des urines peut rendre, en pareil cas, de grands services.

La splénomégalie ne détermine pas de symptômes fonctionnels pathognomoniques; en revanche, les antécédents révéleront le paludisme, la tuberculose; les troubles hépatiques, les modifications sanguines, leucémiques ou non, permettent de faire en certains cas « le diagnostic de la tumeur par le diagnostic de la maladie causale ».

Malheureusement les troubles fonctionnels peuvent manquer, l'hématologie rester muette, une tumeur rénale volumineuse s'appliquer directement contre la paroi abdominale; la séparation des urines n'est pas toujours praticable. Aussi l'erreur est-elle fréquente, et plus d'une fois l'intervention chirurgicale a donné lieu à des surprises.

b. Si la rate hypertrophiée plonge vers le bassin, on peut penser à un *fibrome utérin*, à un *kyste ovarique*; mais alors le développement de la tumeur se fait du bassin vers l'abdomen; c'est l'inverse qui se produit en cas de splénomégalie; un toucher vaginal minutieux, une exploration utérine attentive seront nécessaires. Toutefois une *rate ectopiée*, atteinte ou non d'hypertrophie sera bien difficilement différenciée.

II

En admettant que l'existence d'une splénomégalie soit reconnue, nous devons maintenant rechercher quelle en est la cause et quelle en est la nature anatomique. A ce but devront concourir et les anamnestiques et la recherche des lésions concomitantes du foie, des ganglions lymphatiques ou d'autres organes, et l'examen du sang qui dans bien des cas donnera la solution de l'énigme. En s'appuyant sur les principaux aspects cliniques réalisés par l'association de ces divers symptômes, on se trouve en présence de trois classes de faits.

Tantôt la rate, les ganglions et accessoirement le foie sont simultanément hypertrophiés : c'est le *syndrome spléno-adénique*; tantôt la rate et le foie sont seuls intéressés : c'est le syndrome *spléno-hépatique* ou *hépato-splénique* suivant le viscère le plus touché. Enfin la splénomégalie peut rester isolée : c'est le *syndrome splénique pur*. Entre ces divisions il existe nécessairement toute une série de faits de transition; de plus, l'isolement de la splénomégalie n'est souvent qu'apparent. Un même processus (la tuberculose, par exemple) peut réaliser chacun des syndromes. Malgré les réserves et les redites qu'elle entraîne, la classification que nous adoptons nous paraît avoir le mérite de la clarté comme aussi celui de grouper les faits conformément à la clinique.

A. **Syndrome spléno-adénique.** — Un certain nombre de processus morbides entraînent une hypertrophie, souvent considérable, de la rate et des divers groupes ganglionnaires. Tantôt les deux ordres de tumeurs ont une importance égale, tantôt la tuméfaction splénique l'emporte en volume sur celle des ganglions ou réciproquement.

a. Maladies de l'appareil hématopoiétique. — 1. Parmi les affections qui se traduisent par le syndrome en question, nous citerons au premier rang la *leucémie*. L'examen du sang révélera suivant les cas, outre l'hyperleucocytose, soit la myélémie (s'il s'agit de leucémie myéloïde), soit la mononucléose (s'il s'agit de leucémie lymphoïde). La seule clinique pourra, d'ailleurs, permettre de pressentir la forme anatomique; dans le premier cas, en effet, la rate est souvent énorme et les ganglions restent petits; dans le second, au contraire, les adénopathies sont développées et la splénomégalie moins intense.

2. En l'absence d'une leucocytose excessive, plusieurs éventualités devront être envisagées, car les termes de *maladie de Hodgkin*, d'*adénie* ou de *pseudo-leucémie*, en usage dans la littérature médicale nous paraissent impropres ou trop compréhensifs. On désigne ainsi des faits disparates qui ressortissent les uns à la lymphadénie, les autres aux infections chroniques.

La *lymphadénie aleucémique*, cliniquement, pré-

sente le même tableau que la leucémie; les deux maladies reconnaissent, d'ailleurs, pour lésion initiale, le même genre de néoplasie. Ici la formule sanguine subira des modifications profondes, bien que le nombre des globules blancs reste normal ou ne dépasse guère le chiffre de 15 000 par millimètre cube. Cependant la mononucléose a été seule observée. Il s'agit de lymphocytémie aleucémique (Vaquez et Ribierre), de *lymphadénie lymphatique* ou *lymphomatose aleucémique* (P. Emile-Weil et A. Clerc). Ces cas peuvent, à un moment donné de leur évolution, aboutir à la leucémie lymphoïde véritable.

Jusqu'à présent, nous ne connaissons pas de syndrome spléno-adénique pouvant être rattaché à la *myélomatose aleucémique*; il n'en sera pas de même pour les splénomégalies pures.

D'autres fois l'évolution devient rapidement maligne; les ganglions forment des masses énormes qui s'ulcèrent ou déterminent des troubles précoces de compression. La formule sanguine révèle une polynucléose avec ou sans éosinophilie, ou bien plus rarement, une mononucléose, parfois même une légère myélémie. Il s'agit d'une *lymphadénie maligne atypique*, arbitrairement désignée sous le nom de *lymphosarcome*.

b. Maladies infectieuses. — Les *infections chroniques* peuvent réaliser le type spléno-adénique, bien qu'elles atteignent plus spécialement les ganglions seuls. L'hématologie fournit peu de renseignements : la leucocytose est nulle ou modérée (7 à 12000), les polynucléaires et les éosinophiles sont plus nombreux que normalement et, parmi les mononucléaires, les macrophages prédominent. C'est l'étude des anamnestiques, la recherche d'autres lésions viscérales, la présence d'une épine inflammatoire (dent cariée, par exemple) qui permettront de pénétrer plus avant dans le diagnostic; l'ablation d'un ganglion, son examen histologique et bactériologique, plus encore que son inoculation, seront d'un puissant secours.

Les *microbes vulgaires* (streptocoque) causent quelques-unes de ces fausses lymphadénies; d'autres fois il faut incriminer la *syphilis* tertiaire. Courmont, Tixier et Boinet ont rattaché un cas des plus intéressants à la *tuberculose*. Toutefois, comme le sang présentait une leucocytose assez considérable, avec mononucléose, peut-être pourrait-on se demander s'il ne s'agissait pas d'une leucémie compliquée de tuberculose, association morbide qui n'est pas exceptionnelle.

B. Syndrome hépato-splénique. — La réalisation du *syndrome hépato-splénique* est la conséquence des sympathies physiologiques et anatomiques unissant les deux organes. La clinique et l'expérimentation montrent comment l'hypertension portale, satellite de certaines cirrhoses, retentit sur le parenchyme splénique, en y déterminant la congestion passive; comment une lésion inflammatoire née dans le foie remonte vers la glande vasculaire; comment le syndrome ictère, par l'adultération que les propriétés hémolytiques de la bile amènent dans les hématies, détermine au niveau de la rate l'hyperproduction des macrophages, et ultérieurement la sclérose hypertrophique. Il est logique d'admettre, avec le professeur Gilbert, que la splénomégalie est, d'une manière générale, consécutive à une lésion primitive du foie. En est-il toujours ainsi? Certaines infections (tuberculose, syphilis) ne peuvent-elles frapper simultanément les deux viscères? Le paludisme n'a-t-il pas des préférences nettement spléniques? Une splénomégalie primitive, simplement inflammatoire, ne peut-elle retentir à son tour sur le tissu hépatique? Autant de questions auxquelles il nous semble difficile de répondre par la négative, bien que la prédominance hépatique soit le plus fréquemment et le plus nettement démontrée.

a. Maladies des organes hématopoiétiques. — La *leucémie* et la *lymphadénie* peuvent intéresser le foie et la rate, indépendamment des ganglions; le cas est observé plus fréquemment au cours de la leucémie myéloïde. L'examen du sang lèvera tous les doutes, ainsi que nous l'avons démontré à propos du syndrome spléno-adénique.

b. Maladies hépatiques. — 1. Parmi les cirrhoses, la *maladie d'Hanot* détermine presque régulièrement le syndrome hépato-splénique. Le patient présente un gros foie, une rate débordant de plusieurs travers de doigt le rebord des fausses côtes, un ictère plus ou moins foncé sans décoloration des matières, cependant que l'état général reste pendant longtemps satisfaisant. Tantôt c'est le volume de la rate qui l'emporte; tantôt c'est celui du foie : ainsi se séparent autant de variétés cliniques. L'examen du sang révèle souvent une hyperleucocytose modérée accompagnée de polynucléose. Chez l'enfant, MM. Gilbert et Fournier ont montré que l'hypertrophie splénique peut devenir prédominante, et s'accompagner d'un arrêt de croissance avec déformations hippocratiques au niveau des doigts; il s'agit de la *forme hypersplénomégalique* opposée à la *forme microsplénique*.

Des *angiocholites chroniques*, lithiasiques ou non, déterminent des cirrhoses biliaires, très voisines de la maladie d'Hanot et présentent comme elle des formes hépato-splénomégaliques.

Plus rarement au cours des *cirrhoses alcooliques* hypertrophiques ou atrophiques, avec ou sans ascite, et, exceptionnellement au cours des *cirrhoses graisseuses*, la lésion du foie coexiste avec une véritable splénomégalie, encore qu'une tuméfaction modérée de la rate soit la règle.

Oulmont et Ramond ont décrit, sous le nom d'*asystolie à forme splénique*, deux cas de splénomégalie s'associant au foie cardiaque (1).

2. Les ictères chroniques s'accompagnent fréquemment de splénomégalies. Sous le nom d'*ictère chronique splénomégalique*, le professeur Hayem en 1898 et son élève Lévy, dans une thèse datant de la même année, ont décrit un ictère d'une durée indéfinie, présentant des poussées paroxystiques, passagères et douloureuses, et s'accompagnant d'une splénomégalie intense et progressive. L'hypertrophie lisse mais modérée du foie, la marche des accidents permettent de séparer l'affection de la cirrhose d'Hanot. MM. Gilbert et Lereboullet ont également insisté sur les formes hépato-splénomégaliques de l'ictère chronique simple.

Les *splénomégalies méta-ictériques*, ainsi désignées par les mêmes auteurs, surviennent d'une façon presque latente après un ictère disparu depuis plus ou moins longtemps. La teinte des téguments est

(1) L'*infarctus splénique*, suite d'endocardite ou d'aortite, ne détermine pas de splénomégalie véritable.

variable, depuis le jaune pâle jusqu'à la coloration brunâtre des addisonniens; les urines sont légèrement urobilinuriques et le sérum nettement cholémique; d'autres manifestations (dyspeptiques, hémorragiques, etc.) révèlent la diathèse biliaire; et bien que le volume du foie soit variable, il s'agit manifestement d'une rate hépatique.

D'autres fois, la splénomégalie est liée à une *angiocholite chronique anictérique*; lorsque celle-ci détermine une hypertrophie hépatique, le syndrome hépato-splénique est constitué; dans d'autres circonstances, la lésion du foie doit être recherchée, aussi le tableau clinique tend-il à réaliser celui des splénomégalies primitives et en particulier celui de la maladie de Banti. Nous nous étendrons longuement sur cette discussion, quand nous décrirons le syndrome splénique pur.

c. Maladies infectieuses. — Dans les cas précédents, l'évolution de la splénomégalie est franchement liée à celle de la lésion du foie, quelle que soit la prédominance d'une des deux lésions, et même leur ordre d'apparition, car les anamnestiques révéleront que le passé du malade n'était pas exempt de tares hépatiques. En d'autres circonstances, l'hypertrophie de deux glandes semble s'effectuer d'une manière *synchrône*, ou même indépendante.

1. Les infections chroniques réalisent cette condition. Sans vouloir insister sur les *infections chroniques banales*, trop peu connues, nous décrirons surtout la tuberculose, le paludisme et la syphilis à forme spléno-hépatique.

2. La *tuberculose* de la rate, souvent isolée, peut s'accompagner d'un foie débordant de plusieurs travers de doigt le rebord costal, l'évolution est subaiguë ou chronique; le diagnostic sera d'autant plus délicat que les autres lésions bacillaires, spécialement celles du poumon, sont absentes ou presque latentes; de même les antécédents du malade peuvent ne fournir aucun renseignement. Launois et P. Emile-Weil assignent une importance capitale à la coexistence de lésions des séreuses, spécialement aux lésions péricardiques ou endocardiques, signalées déjà par différents auteurs.

3. Le *paludisme* chronique se manifeste sous la forme d'une cirrhose hypertrophique atteignant le foie et la rate, avec ou sans ascite. Les antécédents du malade, la cachexie spéciale, comptent parmi les meilleurs signes différentiels : l'examen du sang révèle une formule hémo-leucocytaire variable suivant les cas, ainsi que la présence possible de leucocytes mélanifères, ou même celle plus rare des hématozoaires apparaissant surtout à l'occasion des crises fébriles subaiguës.

4. La *syphilis héréditaire* détermine assez fréquemment, chez le nouveau-né ou chez le nourrisson, le syndrome spléno-hépatique. Peu de temps après la naissance, en général dès les deux premiers mois, le ventre se ballonne; le foie et la rate subissent une hypertrophie lisse et dure, plus ou moins douloureuse; l'ictère et l'ascite sont exceptionnels. Les petits malades maigrissent rapidement et meurent de cachexie ou de diarrhée. Le traitement spécifique est souvent d'une réelle efficacité et sert de pierre de touche; d'ailleurs les commémoratifs, l'existence de fissures labiales, de coryza, de quelques papules cutanées mettraient sur la voie du diagnostic.

La *syphilis héréditaire tardive*, la *syphilis hépatique de l'adulte* n'atteignent pas la rate d'une façon aussi élective que chez le jeune enfant. En l'absence de toute cicatrice chancreuse, de manifestations cutanées ou viscérales concomitantes, la différenciation devient hasardeuse. Le plus souvent c'est à un gros foie dur, irrégulier, qu'on aura affaire; l'ascite est inconstante et l'ictère exceptionnel.

Rappelons cependant qu'on a décrit une cirrhose syphilitique analogue à celle d'Hanot, un ictère chronique splénomégalique, également dû à la syphilis (Ménétrier, Léon Bernard).

5. La splénomégalie, due à la *dégénérescence amyloïde*, est provoquée par la syphilis, la tuberculose, les suppurations prolongées, etc. C'est l'association de ce symptôme, à l'hépatomégalie, à l'albuminurie ou à la diarrhée, qui pourra faire seule soupçonner la véritable nature des lésions.

C. Syndrome splénique pur. — Le syndrome splénique pur consiste en l'existence chez des malades d'une splénomégalie isolée, s'accompagnant ou non de troubles multiples, mais peu caractéristiques au premier abord. Ce sont ces cas que rassemblèrent, dès 1892, MM. Debove et Brühl sous la dénomination de *splénomégalies primitives* : leur travail a eu le mérite capital, tandis que l'obscurité planait sur la pathologie splénique, de lui conférer pour ainsi dire l'autonomie et de classer certaines observations isolées. D'autres faits avaient été groupés auparavant par Strümpell sous le nom d'*anémie splénique*, défectueux parce qu'il semble mettre la splénomégalie sous la dépendance exclusive de l'anémie, mais qui avait, toutefois, l'avantage de rappeler la fréquence avec laquelle la lésion splénique provoque la déglobulisation.

Aujourd'hui l'étude de nouveaux cas, pratiquée avec les méthodes actuelles de clinique et de laboratoire, permet de mieux élucider la nosographie de la rate. L'examen minutieux des malades nous montre souvent, en plus de la splénomégalie, des troubles fonctionnels, des lésions latentes d'autres organes, grâce auxquels on peut essayer d'interpréter des splénomégalies cliniquement primitives, et de les caractériser étiologiquement.

Ce qui complique notablement cette question déjà obscure, c'est que certains auteurs ont étudié les splénomégalies à un point de vue purement descriptif, et que d'autres au contraire se sont placés à un point de vue étiologique. Si l'on joint, à ces divergences fondamentales, que beaucoup des cas sont incomplètement étudiés, on comprendra quels obstacles s'opposeront à toute classification rationnelle.

Que doit-on réunir dans le cadre des splénomégalies pures? Les trois variétés que nous avions signalées à propos des deux syndromes précédents se retrouvent ici. Ce sont principalement les néoplasies de la rate, organe hématopoiétique, les affections du foie, les infections enfin, qui réalisent les grosses tuméfactions chroniques de la rate. En ajoutant à ce cadre les kystes, les tumeurs spéciales de l'organe, nous aurons passé en revue toute la pathologie splénique. Mais il faut savoir que la splénomégalie n'est pas provoquée avec une égale fréquence par ces diverses causes : il semble que le syndrome splénique relève surtout de la pathologie hépatique. La *rate hépatique* constitue un chapitre important des splénomégalies chroniques (Gilbert et Lereboullet).

Avant d'entrer dans la description nosographique,

il nous paraît nécessaire de signaler les résultats fournis par l'hématologie et de discuter les services qu'elle rend au clinicien. Par l'*examen du sang*, on reconnaît d'une façon immédiate la leucémie, mais en plus de la splénomégalie leucémique, l'hématologie a permis de séparer de nouvelles catégories de faits : α. d'une part, des *splénomégalies avec polyglobulie*; β. d'autre part, des *splénomégalies avec anémie*.

α. *Splénomégalie avec polyglobulie.* — Certains malades, porteurs d'une grosse rate, à évolution torpide et progressive, ont une notable polyglobulie (6 à 10 millions); celle-ci s'accompagne assez souvent, mais non constamment, de cyanose. La leucocytose est variable, la polynucléose fréquente. Le foie paraît en général peu touché.

Ce groupement morbide a été signalé d'abord par Vaquez chez un malade atteint de cyanose chronique, puis par Rendu et Widal, Moutard-Martin et Lefas, etc., au cours de la tuberculose splénique. Récemment, ce syndrome a été précisé, par Osler, Türk, Parkes-Weber, Vaquez et Laubry, Ascoli, Weintraub, etc., et ces divers auteurs n'ont trouvé à leur cas aucune étiologie précise ni satisfaisante. Osler incrimine une intoxication intestinale. On tend à admettre une hyperplasie de l'appareil hématopoiétique portant sur les cellules hémoglobinifères, bien que le terme d'*érythémie*, proposé par Türk en opposition avec celui de leucémie, ne nous paraisse pas devoir être accepté sans réserves. Enfin MM. Guinon, Rist et Simon ont signalé ce type clinique, à forme transitoire, chez un enfant souffrant d'un ictère chronique. Quoi qu'il en soit, la splénomégalie avec cyanose et polyglobulie, si intéressante en temps que syndrome, ne constitue pas, à l'heure présente, une entité nosographique. Tel va nous apparaître également le syndrome suivant.

β. *Splénomégalie avec anémie* (anémie splénique). — Le tableau clinique est essentiellement constitué par une pâleur, parfois cireuse, des téguments avec décoloration des muqueuses, d'une hypoglobulie plus ou moins marquée, avec augmentation considérable du volume de la rate. Le terme d'anémie splénique, proposé dès 1866 par Griesinger et Gretsel, a, depuis, été accueilli avec faveur dans le glossaire médical, son imprécision même ne laissant pas que d'offrir certains avantages. Plusieurs auteurs en ont même profité pour ranger dans ce groupe des faits où l'anémie était peu marquée, voire même absente, qu'il y eût ou non pâleur des téguments. Les renseignements fournis par l'étude de la leucocytose qualitative n'ont pas été sans compliquer la question, si bien que, tout récemment, les hématologistes ont réclamé l'établissement d'une terminologie unique et unanimement acceptée.

Le syndrome, qui nous paraît réalisé par des affections très diverses, peut être divisé en trois catégories, au nom de l'hématologie :

Les *splénomégalies sans lésions sanguines* spéciales s'accompagnent d'une hypoglobulie plus ou moins marquée et d'une formule hémo-leucocytaire peu modifiée (parfois de polynucléose). Ce groupe est forcément disparate, et formé par des observations d'une interprétation difficile.

La *splénomégalie avec anémie s'accompagnant de lymphocytémie* peut ressortir de la lymphadénie, d'infections telles que le paludisme, de lésions hépatiques latentes, comme dans la maladie de Banti.

La *splénomégalie avec anémie et myélémie* est provoquée par la lymphadénie, ou d'autres néoplasies, par des infections diverses (syphilis, tuberculose), avec une fréquence variable suivant qu'on a affaire à l'enfance ou à l'âge adulte.

Il nous paraît préférable de passer ces faits en revue dans chaque groupe distinct, quoique cela nous oblige à quelque répétition.

a. Maladies des organes hématopoiétiques. — 1° La splénomégalie de la *leucémie* est intense, son diagnostic est assez facile, encore faut-il y penser; car souvent rien n'en trahit l'existence, ni le faciès du malade qui peut être floride, ni la douleur splénique, dont l'absence, au début, est si fréquente, que la splénomégalie est découverte par le médecin au cours d'une maladie intercurrente. D'emblée, la constatation de l'hyperleucocytose permet de rapporter les troubles à leur véritable origine.

La forme splénique de la leucémie, décrite par Virchow, est pour ainsi dire toujours une *leucémie myélogène.* On n'a rapporté qu'exceptionnellement des cas de *leucémie lymphatique* à forme splénique pure.

Ici l'examen du sang est nécessaire et suffisant pour établir le diagnostic clinique et anatomique.

2° Certaines grosses rates provoquent de l'anémie avec une leucocytose mononucléaire dont l'évolution démontre la nature lymphadénique (*splénomégalie avec anémie et lymphocytémie*). Cette variété d'anémie splénique correspond à une portion de la *pseudo-leucémie* des auteurs allemands. Les malades ne présentent aucun antécédent pathologique particulier; ils sont pâles, fatigués, ont de petites hémorragies, et se comportent comme des leucémiques. L'hyperleucocytose est absente, mais le taux des lymphocytes atteint 60 à 80 p. 100. Histologiquement, il s'agit d'une lymphomatose aleucémique. L'affection dégénère parfois en leucémie véritable; elle frappe les adultes, et plus rarement les jeunes enfants (P. Emile-Weil et A. Clerc).

3° *Splénomégalie avec anémie et myélémie* (P. Emile-Weil et A. Clerc). — Dans une série de publications, nous avons cherché à isoler ce syndrome caractérisé par une splénomégalie marquée, sans participation des ganglions, accompagnée d'un gonflement modéré du foie et souvent de troubles osseux; d'une anémie, variable, mais toujours intense (300 000 à 1 200 000); qualitativement, l'on constate la présence d'une myélocytose modérée et d'une réaction normoblastique et mégaloblastique particulièrement accentuée. La leucocytose est en général modérée; d'autres fois elle tend vers la leucémie. Un tel syndrome reconnaît une étiologie multiple :

α. Tantôt il s'agit d'un processus, voisin de la leucémie myélogène fruste et qui, par son substratum anatomique, rentre dans la myélomatose aleucémique :

β. Tantôt il s'agirait d'une lymphomatose aleucémique ou d'une lymphosarcomatose primitives, s'accompagnant d'une réaction myéloïde secondaire due à l'irritation, par contiguïté, du tissu myéloïde par les masses néoplasiques. Tel est l'avis de Pappenheim pour qui la myélomatose aleucémique primitive serait excessivement rare, voire douteuse;

3. Tantôt les phénomènes sont provoqués par la généralisation à la moelle osseuse ou à la rate d'une tumeur maligne non lymphadénique : sarcome (Israël et Leyden, Dominici et Gouraud), cancer de

l'estomac (Frese); la splénomégalie n'est d'ailleurs pas constante dans ces cas. Là encore il s'agirait d'une myélémie par irritation : « Reizung-myelocytose » des Allemands.

La splénomégalie avec anémie et myélémie se distingue de la leucémie vraie ou fruste, par les caractères de la leucocytose, l'abondance particulière des hématies nucléées. Elle doit être également séparée de l'anémie pernicieuse plastique, où l'anémie est nettement progressive et où la tuméfaction splénique reste discrète; de même dans la *leucanémie* (Leube, Luce), syndrome de transition entre la maladie de Biermer et la leucémie, la splénomégalie n'est ni isolée ni prépondérante.

4. La *maladie de von Jaksh-Luzet*, ou anémie pseudo-leucémique des nourrissons, est la forme infantile de la splénomégalie avec anémie et myélémie. Plus encore que chez l'adulte, des causes multiples peuvent provoquer ce syndrome clinique, caractérisé par des troubles digestifs chroniques, de l'anémie, une hypertrophie notable de la rate et souvent du foie, tandis que les ganglions sont d'ordinaire normaux. C'est d'abord la lymphadénie, qui la suscite comme chez l'adulte ; l'on voit en effet des cas qui se transforment en leucémie véritable; mais tandis que chez l'adulte les tumeurs sont à peu près seules à réaliser ce syndrome, chez le nourrisson, les infections, la syphilis héréditaire, le paludisme, la tuberculose, les troubles digestifs, le rachitisme suffisent à le provoquer.

Nous avons montré que parmi les anémies spléniques de l'enfance, il fallait séparer celles qui s'accompagnent de myélémie de celles qui provoquent la lymphocytémie.

b. Maladies hépatiques. — Nous avons vu, en étudiant le syndrome hépato-splénique, combien étaient nombreuses les affections du foie (cirrhoses biliaires, angiocholites ictériques, cirrhoses veineuses, angiocholites anictériques, etc.), qui s'accompagnent de splénomégalies, les unes avec une grande fréquence, les autres plus rarement. Quand foie et rate sont hypertrophiés simultanément, même de façon inégale, le diagnostic est facile, mais la splénomégalie peut se montrer avant que la lésion hépatique fasse son apparition clinique.

Dans la *maladie de Hanot*, Boix, Landrieux et Milian ont rapporté des cas où la splénomégalie précéda d'un temps plus ou moins long l'hépatomégalie. C'est en se fondant sur ces faits, et sur ceux où l'hypertrophie splénique l'emporte sur la tuméfaction du foie, que A. Chauffard a donné une théorie splénogène de la maladie de Hanot et décrit des cirrhoses biliaires *métasplénomégaliques*, où la rate est prise « avant le foie et à un plus haut degré ».

Dans l'*ictère chronique splénomégalique de Hayem*, l'ictère attire l'attention sur le foie, mais ce viscère n'est ni dur ni hypertrophié, et c'est la tuméfaction splénique qui domine la scène.

Un ictère passager, aigu, peut susciter une splénomégalie persistante ; plus haut nous avons décrit, d'après Gilbert et Lereboullet, ces *splénomégalies méta-ictériques* qui se développent chez des cholémiques. Chez ces malades, le foie peut être normal à l'examen, ou légèrement augmenté. Dans toutes ces splénomégalies on peut constater une anémie légère, la leucocytose est peu marquée et de type polynucléé.

Les *cirrhoses veineuses*, qui s'accompagnent parfois de splénomégalies, ne se traduisent guère par des symptômes spléniques isolés.

Enfin, les *angiocholites anictériques* peuvent, sans hypertrophie hépatique, provoquer le développement de la rate. Dans ce cas, rien n'attire l'attention sur le foie ; nous sommes en présence d'une splénomégalie cliniquement primitive. Comment reconnaître alors que la splénomégalie est suscitée par la souffrance du foie, et qu'on est en présence d'une *rate hépatique*? En l'absence d'ictère, l'alcoolisme, les troubles veineux, une dyspepsie ancienne font penser à une *cirrhose de Laënnec* lentement développée. Quand l'ictère existe ou que la cholémie seule est présente, l'origine biliaire sera facilement soupçonnée. Mais alors même que le sérum est libre de pigments, un examen approfondi et répété révélera l'existence d'un ictère antérieur, de flux bilieux intermittent, d'une mélanodernie plus ou moins discrète, de nævi artériels, d'hémorragies diverses, de pseudo-ulcère gastrique, etc., témoins de la diathèse biliaire ou de la cholémie familiale. Certains auteurs ont décrit de véritables *splénomégalies familiales* provenant peut-être d'une mauvaise hygiène commune, et surtout de la diathèse biliaire héréditaire.

C'est en se fondant sur l'existence démontrée de lésions latentes du foie, sans symptomatologie bruyante, et sur la fréquence des splénomégalies au cours des affections hépatiques, que MM. Gilbert et Lereboullet refusent toute individualité aux faits morbides isolés par Banti. Une critique un peu sévère leur a montré d'ailleurs que des cas disparates tels que cirrhoses alcooliques latentes, angiocholites ictériques ou anictériques, ont été réunis par le clinicien italien. Aussi l'existence de la maladie de Banti ne leur paraît-elle pas prouvée, tous les cas devant se rattacher à la rate hépatique.

Voici toutefois le tableau donné par Banti de sa splénopathie, qui disparaîtra peut-être bientôt avec les progrès de la classification étiologique.

Maladie de Banti. — En 1894, Banti donna la première description d'un syndrome nouveau, de cause inconnue, dont les caractères résumés sont les suivants : la splénopathie constitue le fait initial et se traduit par une hypertrophie homœomorphe considérable ; ensuite se développe une anémie plus ou moins continue, mais à marche lentement progressive : ce stade anémique peut durer plusieurs années, puis les urines se colorent, contiennent de l'urobiline, la peau et les muqueuses deviennent jaunâtres (stade intermédiaire) ; vient ensuite le stade ascitique, simulant la maladie de Laënnec, et généralement suivi de mort en moins d'une année. A l'autopsie, on constate au niveau de la rate l'existence d'une sclérose intéressant le réticulum et surtout les corpuscules de Malpighi; le foie est petit, dur, granuleux, atteint de cirrhose annulaire. Les lésions sanguines sont variables : l'hypoglobulie n'est jamais aussi accentuée que dans l'anémie pernicieuse, la leucopénie est fréquente, et Senator a insisté sur l'existence d'une lymphocytose, qui pourtant ne se réalise pas constamment, si l'on en croit d'autres auteurs. Banti admet que la splénopathie est primitive; sous l'influence d'agents pathogènes inconnus et probablement infectieux, la rate élabore des produits toxiques dont la diffusion dans le torrent circulatoire détermine l'anémie et dont le passage à travers le foie produit une endophlébite portale. La splénectomie fait disparaître tous ces troubles et pourrait

même arrêter les progrès d'une cirrhose commençante. D'après ce qui précède, on ne doit considérer comme rentrant dans le syndrome que les observations où la maladie présente les stades caractéristiques. Aussi doit-on éliminer d'emblée les cas étiquetés sans raison « maladie de Banti » et qui, à part la splénomégalie, n'ont guère de ressemblance clinique. En acceptant comme indéniable le tableau tracé par l'auteur italien, il reste malgré tout difficile de différencier nettement cette maladie de la cirrhose de Laënnec et d'admettre comme une règle la prépondérance du rôle morbide attribué à la rate.

c. Maladies infectieuses. — 1. Le *paludisme* frappe, nous l'avons dit, la rate d'une manière élective ; l'hypertrophie croît avec le nombre des accès : à un moment donné, la splénomégalie devient intense et permanente, surtout quand elle succède à des accès successifs, amenant au niveau de l'organe une série de congestions. Le symptôme s'accuse spécialement au cours de la cachexie paludéenne. La matité splénique peut atteindre 20 centimètres; la tumeur descend parfois jusqu'à la fosse iliaque et même refoule le cœur à travers le diaphragme (Wurtz et Thiroux). Nous rappellerons que cette tumeur dure et lisse est généralement aplatie en forme de galette. Les douleurs spontanées ou provoquées, survenant communément, relèvent de la périsplénite concomitante. L'ectopie n'est pas exceptionnelle et a provoqué bien des erreurs. De toutes les splénomégalies, c'est la rate paludéenne qui s'accompagne le plus communément de complications locales, telles que rupture ou suppuration.

Le diagnostic se fondera sur les anamnestiques (séjour dans les pays chauds ou dans une région infestée, accès intermittents antérieurs, sur la cachexie spéciale, sur la présence d'accès fébriles au cours desquels on peut déceler la présence de l'hématozoaire). Cette notion manque dans le paludisme larvé, dans lequel la splénomégalie et la cachexie se développent, sans que le malade ait jamais présenté d'accès fébrile. La formule hémo-leucocytaire ne présente rien de constant; le paludisme peut réaliser de l'anémie avec leucocytose et mononucléose et éosinophilie; chez l'enfant on a signalé le syndrome de l'anémie myéloïde; les leucocytes mélanifères ont pourtant quelque importance.

Inversement, comme le fait remarquer Launois chez un malade plongé dans le coma et porteur d'une grosse rate, le médecin peut penser à un accès paludique pernicieux et, « par des injections sous-cutanées d'un sel de quinine, on le voit ramener un mourant à la vie ».

2. Indépendamment du paludisme, l'étude des splénomégalies prend en pathologie tropicale une importance grandissante. Dans le cours de la *verruga*, le tableau donne parfois l'illusion de la rate paludéenne (Odriozola).

Le *kala-azar*, maladie étudiée dans l'Inde par les médecins anglais, simule aussi de très près le paludisme, mais la quinine perd son action spécifique et d'autre part la ponction de la rate permet de recueillir un protozoaire spécial : le *piroplasma Donovani*.

3. Une splénomégalie isolée reconnaît, d'autres fois, la *tuberculose* pour primum movens. Le fait, bien que rare, ne comporte pas d'intérêt spécial, chez un malade atteint de bacillose pulmonaire avérée; le diagnostic est autrement délicat, si la tuberculose splénique évolue primitivement et localement, sans intéresser ni le foie ni les ganglions. Hypertrophie énorme, verticale, irrégulière, souvent douloureuse et fébrile, tel est le symptôme principal. L'examen du sang révèle une leucocytose variable portant sur les polynucléaires; l'éosinophilie (4 à 6 p. 100) n'est pas exceptionnelle. La polyglobulie, signalée plus haut, n'a rien de constant, l'hypoglobulie s'observant dans d'autres cas. Les divers syndromes sanguins peuvent ressortir à cette cause univoque. En somme, c'est par la recherche de tares tuberculeuses possibles, et par l'élimination des autres causes de splénomégalies, qu'on pourra porter un diagnostic hésitant; l'ablation même de la tumeur n'apporte pas toujours la lumière, car, indépendamment des lésions fibrocaséeuses, les lésions nécroso-hémorragiques n'évoquent pas d'emblée l'idée de bacillose.

4. La *syphilis héréditaire* frappe la rate d'une manière si prépondérante que, pour Marfan, toute splénomégalie infantile doit faire penser à la spécificité. Il est rare que les autres symptômes cardinaux ne viennent donner à l'affection une physionomie caractéristique. L'anémie est fréquente, et réalise assez souvent la formule de la splénomégalie avec myélémie ; une partie du syndrome von Jaksh-Luzet appartient à la syphilis (Marfan). Le traitement mercuriel, par son efficacité, peut servir de « pierre de touche », et guérir en même temps la splénopathie et les altérations sanguines (Marcel Labbé et Armand-Delille).

La *syphilis héréditaire tardive* détermine également l'hypertrophie splénique isolée; la recherche des stigmates ou de lésions concomitantes mettra sur la voie.

La *syphilis acquise*, dont il ne nous appartient pas ici de montrer l'action générale sur le parenchyme splénique, ne détermine guère de splénomégalie qu'à la période tertiaire. La forme gommeuse s'accompagne en général d'une augmentation de volume considérable ; mais c'est là une manifestation rare et presque jamais indépendante des troubles hépatiques ou rénaux.

5. D'ailleurs la syphilis est une des causes les plus fréquentes de la *rate amyloïde*, qui, elle aussi, se réalise rarement à l'état isolé. Elle peut succéder à d'autres infections chroniques, aux suppurations multiples et prolongées, à la tuberculose osseuse, etc.

6. Existe-t-il des *splénites chroniques*, non spécifiques, où les microbes, soit par leur action directe, soit par leurs toxines, amènent, au niveau de la rate, une hypertrophie parenchymateuse ou interstitielle? Les intoxications exogènes ou endogènes sont-elles susceptibles d'une action analogue? La chose est probable, surtout chez les enfants dont la rate réagit, suivant les diverses irritations, avec autant de facilité que les ganglions. Telle est par exemple l'association de la *splénomégalie* avec le *rachitisme*, ou les *troubles gastro-intestinaux chroniques*, syndromes absolument inconstants, où les deux ordres de symptômes ne sont nullement subordonnés l'un à l'autre. Les auteurs italiens ont également insisté sur le rôle de l'infection. L'absence d'anémie véritable, de formule sanguine spéciale, de toute étiologie particulière, caractériserait ces splénites de l'enfance. Nous signalerons le fait sans le discuter.

Il en est de même chez l'adulte : certaines splénomégalies chroniques isolées, ni par la formule hémoleucocytaire, ni par la présence de troubles du côté

d'autres viscères, ni par les phénomènes généraux, ne sont susceptibles d'une classification satisfaisante. Force est d'appliquer à ces *splénites chroniques* la dénomination de *splénomégalie primitive*, en restreignant à ces cas exceptionnels et indéterminés le groupement établi par Debove et Brühl.

d. Néoplasies spéciales de la rate. — A la splénomégalie primitive, se rattacheront également, cliniquement du moins, certaines néoplasies primitives de l'organe, surtout l'*épithélioma primitif de la rate ou maladie de Gaucher*, observée plus tard par Picou et Ramond, et dont Bowaird nous a donné récemment un bon aperçu général. Cette affection reste d'un diagnostic à peu près impossible; car l'hématologie ne fournit aucun renseignement. L'anémie n'est pas excessive, l'état général est très variable, et la marche d'ordinaire torpide. La rate peut acquérir des dimensions colossales, l'hypertrophie reste isolée sans ictère vrai ni ascite. En revanche, l'examen microscopique révélerait la prolifération si spéciale de ces énormes cellules plates qui remplissent les alvéoles formées par les cloisons fibreuses épaissies.

Les *sarcomes de la rate*, exceptionnels, possèdent une malignité particulière. La tumeur s'accroît rapidement et présente des bosselures inégales.

Nous n'insisterons pas sur d'autres tumeurs (*fibromes*, *fibrosarcomes*, etc.) dont l'intérêt clinique est à peu près nul.

Les observations publiées sous le nom du *cancer primitif de la rate* n'ont pas reçu de justification anatomique; les tumeurs épithéliales peuvent très rarement se développer à la suite d'autres cancers (foie, estomac), mais en ce cas les symptômes des tumeurs antérieures priment la splénomégalie.

e. Kystes. — Parmi les *tumeurs liquides*, les *kystes hydatiques* méritent une mention spéciale; cette localisation de l'échinococcose ne s'observerait que dans 3 p. 100 des cas (Litten). D'ailleurs on a pu signaler des faits où l'infection atteignait simultanément d'autres organes (foie, poumon, etc.). M. Dieulafoy distingue les kystes développés en plein tissu splénique, ceux qui prennent naissance à sa périphérie (kystes extériorisés), enfin ceux qui ne se développent pas dans l'organe, mais à son contact, sous la capsule ou dans le hile (kystes juxtaspléniques). Le reste du parenchyme, loin d'être atrophié par compression, subit souvent une hypertrophie compensatrice. Cliniquement la tumeur splénique peut suivre une marche ascendante, distendre l'hypocondre gauche, rejeter les côtes en dehors, et soulever le diaphragme, déterminant des douleurs violentes jointes à une dyspnée parfois paroxystique. D'autres fois le kyste a une évolution descendante; la tumeur est peu régulière, résistante, indolente; et se comporte à peu près comme les autres splénomégalies. L'état général reste fort peu touché. Le diagnostic est souvent délicat. La radioscopie donnerait peut-être des renseignements intéressants; l'éosinophilie satellite fréquente de l'échinococcose a été signalée au cours d'autres tumeurs spléniques (tuberculose, par exemple). La présence possible de kystes développés en d'autres régions serait un signe de présomption. En somme, il est souvent difficile d'arriver à la certitude et une intervention chirurgicale seule lèvera les doutes, car les ponctions exploratrices doivent être bannies.

Les kystes hydatiques à marche ascendante peuvent simuler des épanchements de la plèvre gauche et refouler, comme eux, le cœur vers la ligne médiane. Dans bien des cas, la tumeur, quoique atteignant son maximum sous la paroi costale, se prolongera nettement vers l'abdomen. Là encore, la tuberculose splénique peut donner, en cette circonstance, des signes analogues.

Les kystes à évolution abdominale donnent plus l'impression d'une tumeur circonscrite que celle d'une hypertrophie splénique massive; aussi les kystes du mésentère, l'hydronéphrose, même le kyste hydatique du rein seront-ils parfois malaisément éliminés.

Les *kystes séreux* simples, *hématiques*, *dermoïdes*, congénitaux ou acquis, représentent des curiosités pathologiques, et nous ne nous y arrêterons pas.

III

De cette longue énumération, il semble naturel de conclure que si, grâce aux progrès de l'exploration hépatique et sanguine, grâce à une recherche approfondie des antécédents du malade et des lésions concomitantes, il est possible de séparer des syndromes ayant une certaine cohésion, bien souvent aussi l'opinion du clinicien pourra demeurer hésitante et son diagnostic ne reposer que sur des hypothèses; tout au plus devra-t-il se contenter de limiter la tumeur à la rate, heureux quand une vérification ultérieure n'aura pas démontré le mal fondé de ses suppositions. Comme nous l'avons indiqué au début, les signes locaux mis à part, la pathologie splénique ne vaut surtout que par son retentissement sur les fonctions d'autres organes ou par sa dépendance vis-à-vis de processus généraux. Il y aurait même un parallèle à établir entre la nosographie des ganglions et de la rate : les adénites et les splénites sont des affections presque toujours secondaires, quelques rares néoplasies ou kystes représentant seuls, du moins à l'heure présente, les lésions nettement originales de ces organes. Nous ne nous sommes donc pas dissimulé les difficultés que présentait la classification clinique des splénomégalies chroniques, tant au point de vue de la réalité que de la théorie des faits; toutefois la division en trois grands syndromes: spléno-adénique, spléno-hépatique, splénique pur, malgré les redites qu'elle nous imposait, nous a paru amplement justifiée par la clinique; c'est même la seule actuellement possible, car la question des splénomégalies primitives, ou des splénites toxi-infectieuses chroniques, ne nous paraît pas pouvoir être résolue encore, au lit du malade.

En dépit de ces obstacles, le diagnostic des splénomégalies peut dominer leur pronostic. L'examen du sang donne, en certaines circonstances, des résultats décisifs et devrait toujours être systématiquement pratiqué. Indépendamment de celles qui relèvent de la leucémie, toutes les tumeurs spléniques se rattachant de près ou de loin à la lymphadénie ont une évolution spécialement grave et plus ou moins rapidement mortelle, quelle que soit la thérapeutique instituée. D'une façon générale, toute splénomégalie entraîne un pronostic réservé, même si la nutrition du malade reste satisfaisante, et fatalement, à un moment donné, se posera la question de l'intervention chirurgicale.

La splénectomie est presque toujours dangereuse et ses indications doivent être, à notre avis, limitées. Elle doit être proscrite d'une manière absolue en

cas de leucémie, où elle n'a causé que des désastres. Elle est inutile dans le cas de syphilis surtout infantile, le traitement mercuriel seul donnant des résultats supérieurs. Gilbert et Lereboullet la proscrivent dans la rate hépatique. En revanche elle représente la seule chance de salut, en cas de tuberculose, de splénomégalie mal déterminée, de kyste hydatique, et souvent en cas de paludisme, à condition que la cachexie trop profonde ne s'oppose pas à l'intervention. Banti s'est fondé sur les excellents résultats, obtenus par plusieurs chirurgiens, pour proclamer l'origine splénique du syndrome qu'il a décrit. Récemment encore, Le Fort (de Lille) obtenait une guérison complète, après l'ablation d'une rate énorme prise pour une rate palustre et qui, microscopiquement, put être rattachée à la maladie de Gaucher. La splénectomie reste malgré tout une opération sérieuse, dont les suites immédiates sont trop souvent mortelles et dont le pronostic se règle parfois dès les premières heures. Peut-être une simple laparotomie exploratrice, prudemment instituée, pourrait-elle, dans les cas délicats, déterminer le siège, la nature de la tumeur, et la nécessité d'une intervention.

Parmi les splénomégalies où toute opération se trouve proscrite, certaines relèvent d'un traitement qui donne de sérieuses espérances : nous voulons parler de la *radiothérapie*. Instituée par Senn en 1902, cette méthode thérapeutique, amène chez les leucémiques des résultats surprenants. C'est ainsi qu'on voit, au bout de quelques séances, fondre littéralement la splénomégalie; en même temps la leucocytose s'abaisse et la formule sanguine tend vers la normale. Malheureusement, ce traitement n'a qu'une efficacité transitoire et agit sur les symptômes, non sur la cause de la maladie. En dehors de la lymphadénie, il ne donne guère de résultats. Même ainsi restreintes, les applications de la radiothérapie n'en sont pas moins intéressantes, et la méthode, trop récente pour pouvoir être définitivement jugée, n'en constitue pas moins un des chapitres les plus remarquables de l'histoire des rayons X.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 29 novembre 1905)

Iléo-rectostomie. — M. Picqué fait observer que la survie des malades atteints de cancer du gros intestin est généralement plus longue, après l'établissement d'un anus artificiel, ainsi que l'a dit M. Demoulin. Avec les procédés actuels. on arrive à faire des anus continents et qui, conséquemment, ne constituent pas une infirmité si repoussante. Il ne fait jamais porter d'appareils à ses opérés. Toutefois, ajoute M. Picqué, M. Demoulin a eu raison d'appeler l'attention de ses collègues sur les avantages de l'iléo-rectostomie. Le premier de ces avantages est d'éviter une infirmité qui, sans être aussi repoussante qu'autrefois, a cependant pour conséquence un effet moral qui peut conduire ces opérés à l'aliénation mentale.

Pour M. Chaput, les entéro-anastomoses dont il est question dans cette discussion ne peuvent être bénignes qu'à la condition d'être faites hors du ventre. C'est pourquoi l'iléo-sigmoïdostotomie, quand elle est possible, est bien préférable à l'iléo-rectostomie. M. Chaput a eu recours à la voie sacrée pour pratiquer une iléo-rectostomie. Cette voie lui paraît moins dangereuse.

M. Hartmann a pratiqué, chez un vieillard, une iléo-rectostomie. Il lui a semblé que l'emploi de la pince de Lardinois facilitait beaucoup l'opération. Il a eu recours, dans ce cas, au bouton de Murphy. Le malade a expulsé son bouton et va aussi bien que possible.

M. Gelle donne lecture d'une observation de recto-entérostomie qui sera l'objet d'un rapport.

Sympathectomie. — M. Delbet revient sur cette question en faisant observer que cette opération ne paraît pas jouir d'une grande faveur à la Société de chirurgie, puisque depuis sa première communication, un seul orateur, M. Poirier, est venu apporter trois observations. Dans le premier cas de M. Poirier, la guérison date de trente mois; dans le second cas, elle date de quatre mois; dans le troisième cas, M. Poirier n'a pas pu trouver le ganglion. Le sympathique a certainement été touché, puisque le malade a présenté du myosis. Mais cette observation a sa valeur en ce qu'elle prouve que c'est bien l'ablation du ganglion, et non l'excitation du sympathique, qui amène le soulagement observé chez ces opérés, puisque dans le cas où M. Poirier n'a pu enlever ce ganglion, le résultat thérapeutique a été nul.

Hernie étranglée. — M. Rieffel fait un rapport sur une observation adressée par M. Auvray, dans laquelle il s'agit d'un tout jeune enfant qu'il a opéré, sans chloroforme, d'un étranglement herniaire par le diverticule de Meckel.

MM. Broca et Kirmisson rappellent, à ce propos, qu'il n'y a pas d'inconvénients à donner du chloroforme aux plus jeunes enfants.

Appareil d'anesthésie de Ricard. — M. Faure revient sur cette question, et il a raison, car il est bon de savoir si les résultats favorables, communiqués à l'époque du début de ces appareils, se maintiennent. M. Faure a donc attendu d'avoir 100 observations d'anesthésie à l'aide de l'appareil de Ricard.

Son opinion, basée sur ces 100 observations, est excellente; il n'a eu aucune alerte, aucun ennui sérieux. Dans un seul cas, il a constaté un léger arrêt de la respiration; dans un autre cas l'anesthésie a été très mauvaise, le malade s'est cyanosé, c'était un alcoolique invétéré. Enfin, dans un cas, le malade a succombé à la fin de l'opération, mais l'anesthésie n'est pour rien dans cette mort, c'est la gravité de l'opération qui, seule, a entraîné la mort.

M. Faure a été frappé, dans tous les cas, de la parfaite régularité de l'anesthésie. Des chiffres que nous a donnés M. Faure, il résulte que, dans la plupart des cas, la période d'excitation a été nulle, que les vomissements ont été très rares, que la moyenne de la durée de la chloroformisation, pour obtenir l'anesthésie, a été de cinq à sept minutes, que la quantité moyenne de chloroforme employée a été de 22 centimètres cubes pour une heure. Alors qu'autrefois, la pharmacie de l'hôpital fournissait pour le service de M. Faure des bouteilles de 60 grammes de chloroforme, elle ne fournit plus maintenant que des bouteilles de 15 grammes.

En somme, M. Faure se montre très satisfait de l'emploi de l'appareil de Ricard et il demande d'être anesthésié avec cet appareil si jamais il en a besoin.

Tumeur à myéloplaxes. — M. Delbet présente une malade chez laquelle il a enlevé, il y a deux ans, une volumineuse tumeur à myéloplaxes de l'épaule, en laissant le membre.

M. Potherat a enlevé une tumeur analogue au fémur d'une jeune fille de vingt-deux ans, qui est restée guérie depuis douze ans.

M. Quénu préfère le mot de tumeur à myéloplaxes à celui de sarcome à myéloplaxes, qui est parfois employé. Il y a de grandes réserves à faire sur la nature histologique de ces tumeurs, pour lesquelles il suffit généralement d'opérations parcimonieuses, en raison même du rôle de la coque osseuse préservatrice que présentent ces tumeurs.

Pièce prothétique. — M. Sebileau présente, pour la troisième fois, un malade chez lequel il a remplacé, il y a trois ans, la paroi antérieure du sinus frontal par une plaque d'or. Depuis trois ans, cette plaque tient très bien.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Nº 138. — MARDI 5 DÉCEMBRE 1905. 78e ANNÉE. MARDI 5 DÉCEMBRE 1905. — Nº 138.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

PREMIER-PARIS
CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF
Remarque sur l'alimentation dans la colite muco-membraneuse, par MM. Albert Mathieu et J.-Ch. Roux.
TRAVAUX ORIGINAUX
La médication oxygénée dans le traitement des tuberculoses locales, par M. P. Redard.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Société médicale des hôpitaux.
Société de biologie.
LIVRES NOUVEAUX
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Paris, le 4 décembre 1905.

Au lendemain des grandes manifestations oratoires comme le congrès de la tuberculose, les médecins et les sociologues, tels des députés à la fin d'une législature, éprouvent le besoin de faire, à tout prix, *quelque chose*. C'est ainsi qu'on parle beaucoup en ce moment, et avec grande raison, de créer à Paris des « hôpitaux de tuberculeux ».

On va, dit-on, prendre au centre de Paris un vieil hôpital, bien délabré, l'hôpital Laënnec, et tant bien que mal, on va l'aménager en vue de sa nouvelle destination.

Mais lorsque 500 tuberculeux auront pris place dans le nouveau Laënnec, 500 lits se trouveront immobilisés pour sept ou huit mois au moins ; car, pour curable qu'elle soit, la tuberculose est une maladie essentiellement *chronique*. Et il faudra alors songer aux milliers et aux milliers de tuberculeux qui attendront à la porte ; nous ne serons guère plus avancés qu'auparavant.

On pourrait, il est vrai, n'admettre que des cavitaires, les lits deviendraient ainsi plus rapidement vacants, mais l'hôpital alors deviendrait une succursale de la Morgue, et tenez pour certain que les moribonds eux-mêmes refuseraient d'aller dans un établissement de si fâcheuse réputation.

Ne serait-il donc pas plus simple de commencer par où logiquement on devra finir, et de créer *au grand air*, dans la banlieue de Paris, un hôpital suffisamment vaste et moderne ?

Ce sera peut-être plus coûteux, peut-être plus long que de remanier les hôpitaux du centre, mais ce sera aussi une création plus digne de la Ville de Paris.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Marseille. — Le concours de l'Internat s'est terminé par la nomination de MM. Monges, Dugas, Bonnaud, Giraud, internes titulaires, et de MM. Barberis, Bain, Angelvin, Cuttoli, Sauvan, Balatta, internes provisoires.

Le concours de l'Externat s'est terminé par la nomination de MM. Thumin, Clément, Camoin, Lumbroso, Bouniol, Jacques, Mazzoléïni, Sénès, Weil, Aristide Arnaud, Casalta, Eyglier, Frédéric Arnaud, Scagliola.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lille. — Le concours d'aide de clinique des maladies des voies urinaires s'est terminé par la nomination de M. le docteur Taconnet.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. le docteur Louis Rénon commencera ses conférences cliniques sur les maladies du cœur et du poumon (diagnostic, thérapeutique, diététique, médecine professionnelle), le vendredi 15 décembre, à dix heures du matin, et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

Enseignement pratique de la médecine. — Visite des malades, avec interrogatoire des élèves, tous les matins à neuf heures, salles Piorry et Lorain.

Examen des malades nouveaux le mercredi et le jeudi.

Consultation sur les maladies du cœur et du poumon le mardi à neuf heures et demie.

Démonstrations pratiques de bactériologie, de cytologie et d'urologie cliniques le lundi à dix heures et demie au laboratoire.

CONFÉRENCES GRATUITES DE CLINIQUE INFANTILE JOURNALIÈRE. — M. le docteur Gillet, ancien interne des hôpitaux, recevra et exercera les étudiants et les jeunes confrères au diagnostic et à la thérapeutique des maladies journalières des enfants (nourrissons et enfants jusqu'à treize ans) au dispensaire pour enfants malades du IIe arrondissement, 2, rue de la Jussienne (en face la grande poste de la rue Etienne-Marcel), mardi, jeudi, samedi, le matin à huit heures quarante-cinq, la séance durera jusque vers dix heures un quart ou dix heures et demie environ.

Complément nécessaire à l'enseignement des hôpitaux.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Hélot (de Canteleu).

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale expérimentale et clinique. — (N° 178, 25 nov. 1905.) H. Récamier : Action des rayons X sur le tissu osseux en voie de développement. — — Curchod : Des mesures exactes en radiologie. — V. Copriati : Contribution au diagnostic différentiel des différentes formes d'amyotrophie progressive. — G. Haret : L'interrupteur « autonome » après quatre cents heures de fonctionnement. — Carlos Santos : Nouveau tube radio-limitateur servant à la radioscopie, à la radiographie et à la radiothérapie.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 11, nov. 1905.) Saint-Clair Thompson : Sinusite frontale. Deux cas de mort post-opératiore. — S. Garel et Bonnamour : De la hernie intermittente des glandes salivaires comme signe de calcul. — Jean Fein : L'ablation de l'amygdale pharyngée avec l'adénotome coudé en forme de baïonnette. — Taptas : Traitement des déviations de la cloison nasale.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (N° 4, déc. 1905.) P. Brouardel : L'expertise médico-légale. — P. Brouardel et Mosny : Évolution et tendance de l'hygiène contemporaine. — Icard : L'imperméabilité des cercueils. — Liard : L'œuvre de M. Calmette.

Archives de médecine des enfants. — (N° 12, déc. 1905.) Méry et Hallé : Perforation du voile du palais dans la scarlatine. — Giorelli et Brinda : Sérum antidiphtérique dans les stomatites et vulvo-vaginites. — Potier : Micro-polyadéine et tuberculose.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 11, nov. 1905.) Malafosse : Contribution à l'étude du traitement mercuriel intensif dans les accidents graves de la syphilis par les injections de sels solubles. — Tanton : Note sur un procédé simple, pratique et peu coûteux, de stérilisation du catgut. — Dettling : Fièvre paludéenne à forme bilieuse hémoglobinurique; injections intra-musculaires de quinine en solution dans le sérum artificiel. — Antony et Dopter : Mort subite par hémorragie cérébrale ; lésions vasculaires athéromateuses consécutives à une fièvre typhoïde contractée deux ans auparavant. — Simon : Un cas d'empoisonnement aigu par le sublimé. — Duval : Fracture non consolidée de l'olécrane et luxation non réduite du radius. — Barbière : Gangrène de la jambe par artérite infectieuse de la poplité ; amputation de la cuisse.

Archives de médecine navale. — (N° 11, nov. 1905.) Auffret : Etiologie et prophylaxie de la tuberculose dans la marine. — Valence : L'hygiène navale à bord du croiseur cuirassé *Marseillaise* (*fin*). — Lafolie : Fonctionnement du service de santé dans les dépôts. — H. Gros : L'infection palustre et son traitement; étude pratique (*suite*).

Archives générales de médecine. — (N° 48, 28 nov. 1905.) Lejonne et Lhermitte : Les paraplégies d'origine lacunaire et d'origine myélopathique chez les vieillards. — Léon Tixier : Quelques considérations sur un cas d'aphasie hystérique consécutif à un traumatisme important de la region rolandique gauche. — Ch. Vinay : La tuberculose inflammatoire.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIII, n° 19, 9 nov. 1905.) George H. M. Rowe : Discours du président à l'association américaine des directeurs d'hôpitaux. — E. G. Brackett : Remarques sur la valeur comparée des différentes méthodes d'application des corsets plâtrés dans le mal de Pott. — James Princes Lewis : Traitement de l'hypertrophie chronique de la prostate. — Alfred T. Howes : Emblyopie par les vapeurs de l'alcool de bois. — Wolter Keate : Patriotisme dangereux (explosion de fusées).

Bulletin de laryngologie, otologie et rhinologie. — (31 oct. 1905.) Broeckaert : La cause radicale des pansinusites. — Garel et Armand : L'épistaxis dans le diabète. — P. Cornet : Contribution à la structure histologique des polypes de l'oreille. — Marguliès : Étude sur le traitement de la laryngo-tuberculose. — R. Jouet : Institution nationale des sourds-muets, année scolaire 1904-1905. Examen médical et pédagogique de 39 nouveaux élèves sourds-muets.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 19, 23 nov. 1905.) E. Rochard : Kyste du mésentère. — G. Tanret : Sur la gentiane. — (N° 20, 30 nov.) A. Robin : Régime et traitement fonctionnel des maladies du foie. — Dignat : Les récentes découvertes et leur influence sur l'électrothérapie.

Bulletin médical. — (N° 91, 25 nov. 1905.) E. Jeanselme : Le zona ou fièvre zostérienne. Ses symptômes, sa topographie, sa nature. — (N° 92, 29 nov.) Paul Berger : Les récidives des cancers du sein. — (N° 93, 2 déc.) H. Judet : La fracture sus-condylienne de l'humérus chez l'enfant.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 46, 16 nov. 1905.) Quincke : Importance diagnostique et thérapeutique de la ponction lombaire. — Bickel : Recherches expérimentales sur l'influence des maladies sur la sécrétion du suc gastrique. — Schumm : Sur la chimie du sang leucémique. — Lipschütz : Recherche sur la spirochæte pallida de Schaudinn. — Ringleb : Cystoscopie et lithotripsie dans différentes positions. — Witzel : Intoxication aiguë de la muqueuse buccale par la teinture d'iode. — Leube : Le congrès de la tuberculose de Paris. — (N° 47, 23 nov.) Koch : Résultats d'un voyage d'étude dans l'Afrique orientale. — Quincke : Importance diagnostique et thérapeutique de la ponction lombaire. — Krehl : Sur l'élévation pathologique de la tension artérielle. — Krause : Traitement chirurgical des maladies du cerveau. — Garrè : Indications du traitement conservateur et opératoire de la tuberculose articulaire. — Fritsch : Traitement obstétrical dans le placenta prævia. — Döderlein : Importance symptomatique des hémorragies des organes génitaux de la femme et principes de leur traitement. — Axenfeld : Recherches expérimentales et cliniques sur la dionine comme résolutif et analgésique local en ophtalmologie. — Urbautschitsch : Traitement du catarrhe chronique de l'oreille moyenne. — Hochsinger : Principes du traitement des troubles digestifs aigus des nourrissons. — Herter : Un cas d'œdème aigu angioneuritique.

Écho médical du Nord. — (N° 47, 19 nov. 1905.) Oui : Programme d'un enseignement d'hygiène de la première enfance. — (N° 48, 26 nov.) G. Horel : A propos d'un cas de parotidite iodurée unilatérale.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 47, 19 nov. 1905.) Bergonié : Sur l'action nettement favorable des rayons X dans les adénopathies tuberculeuses. Déductions à en tirer. — Petges et Vennat : Interprétation et signification du signe de Bell, Bordier, Frenkel dans la paralysie faciale. — (N° 48, 26 nov.) Mongour : Sur la cure de déchloruration. — Bonnal : Traumatisme et pétrole.

Journal des praticiens. — (N° 47, 25 nov. 1905.) L. Rénon : La fièvre des tuberculeux. — L. Lemaire : Chirurgie conservatrice du prépuce dans le phimosis. — (N° 48, 2 déc.) A. Broca : Ostéomyélite du fémur avec fracture spontanée précoce.

(Voir la suite, p. 1654.)

CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

REMARQUES SUR L'ALIMENTATION

DANS LA

COLITE MUCO-MEMBRANEUSE

Par MM. Albert MATHIEU et J.-Ch. ROUX.

Nous ne nous occuperons ici que de la colite muco-membaneuse proprement dite. Les études précédentes, et, plus particulièrement encore, la précédente, ont nettement défini le syndrome que nous désignons ainsi.

Parmi les médecins, il s'établit facilement des courants thérapeutiques qui les amènent pendant quelque temps à exagérer certaines formules de traitement qu'ils délaissent ensuite trop complètement. Très souvent, les praticiens, entraînés par quelque théorie de physiologie ou de pathologie générale dont la la simplicité les séduit, exagèrent une méthode juste en elle-même et l'appliquent à des cas qui n'en relèvent pas. Souvent même, les intentions des promoteurs de l'idée nouvelle sont méconnues et débordées. Il en a été ainsi à propos du régime sec dans le traitement de la dilatation de l'estomac et de l'obésité et, à l'heure présente, certains praticiens voudraient supprimer l'usage du sel chez tous leurs clients.

Actuellement, en ce qui concerne la diète alimentaire des dyspeptiques et des intestinaux, la mode est aux pâtes et aux farineux, par contre le lait et le blanc d'œuf sont mis en quarantaine et accusés des méfaits les plus grands.

La mode des farineux est venue de Suisse où l'on en gave volontiers les malades atteints de colite et les neurasthéniques déprimés et amaigris.

La raison qui a amené M. Combe (de Lausanne) à prescrire largement des pâtes et des farineux et à proscrire le lait et le blanc d'œuf dans les formes aiguës ou subaiguës de la colite est parfaitement justifiée. Son intention, basée sur une série de recherches de laboratoire faites par divers auteurs, est de restreindre la pénétration dans l'intestin d'une quantité trop considérable de substances albuminoïdes susceptibles de fournir aux microbes qui y pullulent un milieu de culture trop favorable. Il s'appuie pour diminuer l'emploi du lait sur ce fait très réel et d'observation assez fréquente que certains colopathes le digèrent mal et qu'il entretient quelquefois la diarrhée.

Dans les formes aiguës de la colite, dans la colite dysentériforme des enfants, il convient incontestablement de restreindre et même de supprimer complètement l'alimentation pendant quelques jours. Il en est de même dans la colite aiguë dysentériforme des adultes, assez fréquente en été, surtout dans les stations de villégiature où sévissent les tables d'hôte. La diète hydrique ou l'usage des décoctions de graines ou de légumes sont alors fort utiles. Ensuite il est possible d'avoir recours à la décoction épaisse de riz, et aux bouillies de farines diverses : farines simples, farines maltées, farines lactées. Bientôt on peut y ajouter des jaunes d'œuf, plus tard encore des purées, de la volaille ou du poisson maigre. Cette méthode de réalimentation progressive en partant de la diète d'eau pure ou de décoction, donne incontestablement d'excellents résultats.

Il serait injuste d'oublier cependant que, après avoir prescrit au début la diète d'eau ou de décoctions, on a obtenu maintes fois de bons résultats en instituant *prudemment* le régime lacté. Nous disons prudemment et nous le soulignons, parce que les insuccès observés ont tenu souvent à la façon dont le lait était donné beaucoup plus encore qu'à une intolérance véritable pour cet aliment. Quand on en fait prendre trop, des caillots de caséine incomplètement digérés sont entraînés jusque dans le côlon. Ils s'y putrifient, il y constituent pour les microbes qui y pullulent un excellent milieu de culture. L'inflammation de la muqueuse et l'auto-intoxication se trouvent ainsi entretenues et prolongées. Si le lait eût été administré autrement, par petites doses, si on l'eût donné sous forme de lait caillé ou de képhir, il eût pu en être autrement.

Quoi qu'il en soit, nous reconnaissons pleinement les bons effets du régime des féculents et des pâtes, dans le traitement de la colite aiguë ou subaiguë. En résulte-t-il que ce régime exclusif ou que la prédominance des farines et des pâtes soit avantageux dans le traitement de la colite muco-membraneuse proprement dite ? Nous ne le pensons pas, et c'est seulement en exagérant les conséquences de la doctrine et même les intentions de ses défenseurs les plus autorisés, qu'on pourrait le prétendre.

Du reste, les succès obtenus d'une façon courante dans le traitement de la colite muco-membraneuse indiquent bien qu'il n'est pas indispensable, pour la guérir, de gorger indéfiniment les malades de pâtes, de leur supprimer toujours l'usage du lait ni même du blanc d'œuf.

Pour ce qui concerne le lait, il est bon d'ajouter, pour qu'il n'y ait pas de malatendu, qu'il est en général beaucoup mieux supporté sous forme de bouillie ou de potage épais qu'en nature, et que la tolérance des malades doit toujours être individuellement surveillée.

Nous ne voulons pas donner ici une liste des aliments défendus et des aliments permis aux malades atteints de la forme chronique de colite muco-membraneuse que nous avons appelée la forme sèche par opposition à la colite avec hypersécrétion muqueuse, diarrhéique ou pseudo-diarrhéique; nous nous contenterons d'indiquer les principes élémentaires sur lesquels on doit se baser pour établir le régime alimentaire dans ces conditions et pour dresser les menus quotidiens.

Ces principes se déduisent directement de la physiologie du syndrome; ils peuvent se résumer dans les deux formules très simples que voici :

a. Diminuer la stase intestinale;

b. Restreindre les causes d'irritation directe ou indirecte de la muqueuse et par conséquent les causes d'inflammation superficielle et de spasme.

a. *Diminuer la stase intestinale.* — Nous l'avons déclaré à plusieurs reprises déjà, et nous ne saurions

trop le répéter, la colite muco-membraneuse proprement dite guérit toujours, lorsqu'on parvient à guérir la constipation sans irriter le côlon.

Deux conditions peuvent restreindre l'accumulation des matières dans le côlon : la diminution de la quantité des résidus rebelles à la digestion qui y parviennent et l'évacuation rapide de ces détritus, auxquels se sont joints les produits de sécrétion des glandes annexes et de desquamation intestinale.

Si l'on veut restreindre l'accumulation des détritus alimentaires dans le cæcum et le côlon, il convient de donner des aliments d'une digestion facile, finement divisés, et d'en éliminer d'une façon aussi complète que possible la gangue indigeste : tissu cellulaire et cellulo-adipeux, fibres tendineuses et aponévrotiques et vaisseaux pour la viande, cellulose et tissus riches en chlorophylle pour les végétaux. Pour obéir à ces indications, on devra donc formuler le régime moyen de la dyspepsie sensitivo-motrice : œufs, laitages, bouillies, potages épais, purées, légumes verts et fruits cuits passés, viandes grillées et rôties, biscottes, poissons maigres, volaille, jambon. On éliminera les graisses indigestes et on ne tolérera guère que le beurre frais pris en nature. ou fondant dans les potages et les légumes.

Très souvent, *trop souvent* même, on n'aura pas le choix, et ce régime s'imposera parce que les malades ne seront pas seulement des colopathes, mais aussi des gastropathes, et que leur estomac ne supportera pas autre chose.

Nous disons *trop souvent* parce que, si ce régime a l'avantage de n'amener dans le côlon qu'une quantité restreinte de détritus alimentaires, il a, par cela même, l'inconvénient d'être un *régime constipant*.

Dans l'état normal, les détritus alimentaires et les produits excrémentitiels qui parviennent au côlon doivent exciter sa contraction et provoquer son évacuation périodique, régulière et suffisante. Or cette excitation est due surtout aux débris végétaux et aux graisses non assimilables. Des fragments incomplètement digérés de fibres musculaires striées se montrent dans les fèces à l'état normal toutes les fois que le régime comprend une notable quantité de viande ; mais, comme elles se putréfient facilement, on doit s'efforcer de restreindre la quantité qui en parvient dans le côlon, surtout dans les cas où il y a prédisposition aux poussées de colite dysentériforme ou à l'hypersécrétion muqueuse liquide, continue ou paroxystique.

Toutes les fois que l'intestin est suffisamment tolérant et relativement peu irritable, il y a incontestablement avantage à augmenter l'alimentation végétale. Von Noorden conseille l'usage du pain de Graham ou de pains analogues, de légumes verts, de fruits cuits, et cela est parfaitement logique, mais il faut pour cela que la tolérance gastrique et intestinale soit suffisante.

Dans un certain nombre de cas, on obtient un très bon effet de l'usage de la graine de lin mondée prise à la dose de deux ou trois cuillerées à soupe par jour. Son avantage est d'introduire dans le régime alimentaire de petits corps rebelles à toute digestion, mais moins irritants que la plupart des détritus d'origine végétale. Elle augmente aussi le volume du cylindre fécal, et cela nous paraît important. En effet, avec des résidus alimentaires trop minimes, les fèces ont tendance à se diviser en petites scybales ovillées sur lesquelles le côlon n'a pas prise, sur lesquelles il se crispe et s'immobilise dans un spasme qu'entretient du reste leur présence. Il est certainement préférable que les fèces forment un cylindre d'un diamètre plus considérable, qui tende à fatiguer le spasme et à amener son relâchement.

Bien entendu, il convient que les détritus végétau[illegible]articulier les graines de lin ou de psylliu[illegible]égulièrement évacuées. Par leur accumu[illegible] pu voir se produire de véritables crises d'obstruction intestinale. C'est un accident qu'on pourra toujours éviter avec un peu de soin. Il est si facile de faire prendre de temps en temps $1^{g}50$ ou 2 grammes de poudre de charbon en mangeant et de rechercher au bout de combien de temps elle est éliminée.

L'usage d'une quantité assez grande de graisse peu irritante et en particulier de beurre frais est très favorable et nous avons vu assez souvent la constipation céder à l'usage quotidien de 80 à 100 grammes de beurre frais par jour.

b. *Restreindre les causes d'irritation directe ou indirecte de la muqueuse.* — L'*excitation* de la muqueuse colique est utile et nécessaire : elle doit être cependant modérée et il convient d'éviter les causes *directes* ou *indirectes* d'*irritation*.

Par causes directes, nous entendons toutes les irritations dues directement aux détritus alimentaires tels qu'ils parviennent dans le côlon, tels qu'ils ont été introduits par la bouche. A cette catégorie appartiennent non seulement les détritus alimentaires d'origine végétale dont il vient d'être précédemment question, et la classe importante des épices. Il ne faut jamais oublier que les épices sont éliminées en nature et qu'elles restent presque aussi irritantes pour les voies digestives inférieures qu'elles ont pu l'être pour les voies supérieures. Nous rangeons dans une catégorie voisine les produits de putréfaction qui donnent à certains mets faisandés une saveur si recherchée des gourmets, d'autant plus qu'ils sont non seulement irritants, mais toxiques. Trop souvent du reste ces produits culinaires sont en même temps fortement épicés.

Par causes indirectes, nous comprenons tous les produits échappant à la digestion et à l'absorption qui, sans être nuisibles par eux-mêmes, donnent naissance par leur fermentation ou leur putréfaction à des substances irritantes pour la muqueuse et souvent toxiques. Ce sont eux, du reste, qui fournissent le milieu de culture où pullulent les microbes du gros intestin, saprophytes ou pathogènes.

Si nous nous hypnotisions dans la considération de cette seule indication, nous serions amenés à prescrire dans tous les cas le régime ovo-féculent, le régime des pâtes et des jaunes d'œuf, si utile dans les poussées aiguës de colite ; mais nous savons que les putréfactions et les fermentations, dans les cas qui nous occupent actuellement, ne sont assez intenses pour devenir nuisibles, avec un régime alimen-

taire moyen, que lorsqu'il y a un degré suffisant de stase cæcale et colique. C'est avant tout celle-ci qu'il faut combattre, et, autant que possible, par de simples moyens hygiéniques, par la sage combinaison d'un régime diététique, qui ne soit ni trop lâche, ni trop sévère. Dans certains cas, le régime alimentaire seul suffira pour amener la disparition de la constipation, et, par conséquent, de la colite. S'il n'y suffit pas on aura recours aux moyens de traitement que nous avons précédemment indiqués. Par contre, ces derniers n'auront *jamais une efficacité* durable si l'on n'ordonne pas, en même temps qu'on les prescrit, une diète alimentaire suffisamment sévère.

LA MÉDICATION OXYGÉNÉE

DANS LE TRAITEMENT DES TUBERCULOSES LOCALES

Par P. REDARD.

Une expérience de plusieurs années nous a démontré la haute valeur de la médication oxygénée dans le traitement des tuberculoses locales. Dès 1898, devant le Congrès pour l'étude de la tuberculose, nous présentions des observations d'abcès froids, volumineux, ouverts ou fistuleux, qui avaient été rapidement guéris par cette méthode.

Depuis nous avons encore étendu les applications de l'oxygène, au traitement des ostéites, des ostéo-arthrites et des lésions tuberculeuses des autres tissus.

I. *Abcès froids.* — La cure des abcès froids par l'oxygène qui, ainsi que le faisait remarquer récemment E. Luton (de Reims), le promoteur de la méthode, a des avantages incontestables sur les autres modificateurs classiques. Sans accident, elle donne des guérisons rapides, durables. Nous employons journellement dans notre pratique les injections d'eau ou de gaz oxygéné dans le traitement des abcès froids et les résultats obtenus, constamment bons, sans aucun accident, nous engagent à conseiller à nos confrères d'essayer cette excellente médication.

Dans les abcès froids, *profonds*, *ossifluents*, après asepsie rigoureuse de la peau, on ponctionne avec un assez gros trocart, le pus est évacué, on injecte le liquide modificateur. Nous nous servons, en général, d'un sérum oxygéné ainsi composé :

Phosphate de soude à 1/10......	75 cc.
Eau oxygénée à 12 volumes.....	25 cc.

Dans quelques cas, nous employons l'eau oxygénée à l'acide borique de Robert à 6, 10 ou 12 volumes. Nous préférons le sérum oxygéné qui expose moins à un dégagement rapide d'oxygène et à la distension de la poche. On pousse l'injection lentement et à plusieurs reprises. On laisse le liquide s'écouler au dehors, on injecte encore, faisant ainsi une sorte de lavage de la poche. Le gaz oxygène qui se dégage pénètre dans toutes les anfractuosités de la paroi. On laisse dans la cavité une petite quantité de liquide et de gaz et on fait une occlusion rigoureuse. On renouvelle l'opération au bout de dix à quinze jours. Souvent une seule injection suffit pour donner la guérison. La quantité de liquide injecté varie suivant le volume de la poche. On injecte, en général, 2, 4, 10 centimètres cubes en une ou plusieurs fois.

Lorsque l'abcès est infecté, sur le point de s'ouvrir, lorsque même la rupture s'est accomplie, on ponctionne au dehors de la peau et on procède comme précédemment, en insistant sur les lavages oxygénés que l'on répète à de courts intervalles. On peut se servir indifféremment dans ces cas d'eau ou de gaz oxygène. Pour les abcès froids fermés, la guérison est la règle, se produisant rapidement, plus rapidement, croyons-nous, que par l'emploi des autres agents modificateurs et, en particulier, de l'huile iodoformée pourtant si efficace. Dans les abcès froids ouverts, fistuleux, si rebelles en raison des infections secondaires, l'eau oxygénée agit mieux que les autres substances généralement employées ; elle modifie rapidement les trajets anfractueux, les cloaques, et facilite la cicatrisation au bout d'un temps relativement très court.

Dans les abcès froids ouverts et infectés, nous modifions souvent notre technique. Après lavages de la poche avec l'eau oxygénée, on y insuffle du gaz oxygène. On place sous le pansement antiseptique un tube relié à une bonbonne de gaz oxygène et on fait passer pendant quelques jours un courant de gaz oxygène, réalisant ce que Thiriar appelle « des pansements oxygénés ». Ces injections ou insufflations intra-cavitaires ou dans les tissus de gaz sont facilitées par l'emploi de l'appareil de Thiriar récemment perfectionné. Une aiguille ou une canule fixée à un tube de caoutchouc est reliée à un récipient ou même à une bonbonne contenant du gaz oxygène. Le gaz oxygène produit assez rapidement dans ces cas des modifications favorables.

II. *Gommes. Infiltrations tuberculeuses des tissus. Fongosités.* — Dans les abcès froids superficiels, dans les gommes tuberculeuses, dans les infiltrations tuberculeuses de la peau et même des tissus plus profonds, dans les fongosités, les injections ou les insufflations d'oxygène, par leur pouvoir phagocytaire, ont une remarquable action.

III. *Synovites. Ostéo-arthrites tuberculeuses.* — L'oxygène, eau ou gaz oxygène, agit surtout sur les colonies microbiennes qui s'associent au bacille de Koch. Il peut être avantageusement combiné aux autres modificateurs antituberculeux. Nous avons retiré de réels avantages de son emploi dans les cas d'ostéites, d'ostéo-arthrites, de synovites tuberculeuses, principalement lorsqu'il existe des fistules. Par des applications répétées, on arrive à limiter les lésions et à obtenir la cicatrisation.

Dans les fongosités, superficielles ou profondes, on injecte directement du gaz oxygène dans les tissus malades, autour des articulations, dans quelques cas même profondément dans l'articulation.

S'il y a fistule, on fait des lavages fréquents avec

l'eau oxygénée, on introduit profondément dans les trajets des tuyaux conducteurs de gaz oxygène et on fait passer un courant pendant plusieurs heures, au début, sous le pansement antiseptique, puis ensuite assez fréquemment. Si l'on suit une bonne technique opératoire, si le traitement est rigoureusement appliqué avec persévérance, on obtient souvent des guérisons dans des cas rebelles aux méthodes ordinaires de traitement.

Dans nos très nombreuses observations, nous n'avons jamais noté aucun inconvénient de l'emploi, souvent très large, de l'oxygène. L'oxygène employé sous forme d'eau ou de gaz, n'est pas toxique, son usage n'expose à aucun inconvénient, à aucun danger. L'infiltration s'étendant souvent assez loin, donnant lieu à de l'emphysème sous-cutané, que nous avons exceptionnellement observé lorsque des doses trop grandes avaient été employées, n'a aucune suite fâcheuse.

En résumé : la médication oxygénée dans le traitement des tuberculoses locales mérite de fixer l'attention. Dans les abcès froids, ossifluents ou superficiels, l'eau ou le gaz oxygène donne d'excellents résultats. Le gaz oxygène est surtout efficace dans les abcès tuberculeux ouverts, dans les fistules tuberculeuses, agissant surtout sur les infections secondaires et les associations microbiennes. La médication oxygénée est aussi très utile dans les ostéites et les ostéo-arthrites tuberculeuses, dans les fistules osseuses tuberculeuses. Elle est avantageusement associée aux autres agents antituberculeux. Elle a l'immense avantage de pouvoir être largement appliquée sans danger, sans inconvénient, sans crainte d'aucune intoxication.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1905)

Toxicité du liquide séminal et considérations générales sur la toxicité des produits génitaux, par M. LOISEL. — Les conclusions pratiques que l'on peut tirer des expériences de M. Loisel montrent que l'on a raison d'alimenter les malades avec des jaunes d'œufs, car les substances toxiques ovulaires absorbées lentement doivent agir comme simples stimulants du système nerveux central et, par suite, de la nutrition en général. Mais il y a un danger possible à prescrire cette alimentation aux personnes dont l'épithélium digestif, n'étant pas en bon état, peut permettre une absorption plus rapide des toxines ovulaires.

Ces recherches expliquent enfin les phénomènes d'intoxication observés à la suite de gâteaux aux œufs et font comprendre comment certaines personnes, adultes ou enfants, plus spécialement sensibles aux toxines, ont pu être intoxiquées par des œufs crus ou peu cuits.

Du rôle des sels dans l'activité du suc pancréatique. Spécificité du calcium, par M. DELEZENNE.

Oxydation des substances organiques par le sulfate ferreux en présence d'extraits de tissus animaux, par M. F. BATTELLI et Mlle L. STERN.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 1er DÉCEMBRE 1905)

A propos d'un cas d'artérite typhique. — MM. RIST et RIBADEAU-DUMAS ont eu l'occasion de pratiquer l'examen anatomique et bactériologique d'un membre inférieur qu'il avait fallu amputer au tiers supérieur de la cuisse chez une fillette atteinte d'artérite fémorale au décours d'une fièvre typhoïde. La nécrobiose et la momification du membre avaient été la conséquence de l'oblitération vasculaire, due à une périartérite avec prédominance des lésions au niveau de la tunique interne. Il y avait en outre deux foyers de myosite dans les muscles de la cuisse. Toutes ces lésions étaient dues au bacille d'Eberth trouvé en culture pure; le sérum de la malade agglutinait son propre bacille au taux de 1 p. 2400. Jusqu'ici on considérait les artérites typhiques comme dues souvent à des injections secondaires. Cette observation démontre que le bacille d'Eberth peut les créer de toutes pièces. Il n'est capable toutefois de donner naissance à cet accident qu'au décours de la maladie, lorsque l'immunité à commencé à s'établir et à transformer la dothiénentérie, maladie septicémique au début, en une infection localisée. Peut-être faut-il invoquer aussi dans la pathogénie de l'artérite éberthienne l'agglutinabilité du micro-organisme et l'action prédominante de ses poisons locaux.

Leur malade a été l'origine, dans le service chirurgical où elle a été amputée, d'un cas de contagion intérieure. Ce transport du germe s'est fait par l'intermédiaire des mains de l'infirmière chargée des pansements.

Sur les infections paratyphiques. — M. NETTER. Les recherches de la séro-réaction comparée vis-à-vis du bacille d'Eberth et des divers bacilles paratyphiques permet de différencier au lit des malades les typhoïdes et les paratyphoïdes. Elle n'exclut pas naturellement les recherches des agents pathogènes dans le sang, les sécrétions, les excrétions, mais celle-ci est d'un emploi plus délicat et demande beaucoup plus de temps.

Les infections paratyphiques les plus fréquemment observées ont été causées par le bacille paratyphique A et le bacillus enteritidis de Gaertner.

Le bacillus enteritidis de Gaertner avait été considéré jusqu'ici comme susceptible seulement de provoquer des gastro-entérites aiguës plus ou moins graves, apparaissant presque immédiatement après l'ingestion d'aliments suspects. Il peut déterminer toute une série de déterminations infectieuses à symptomatologies très diverses précédées d'une période d'incubation de douze à quinze jours.

Ces déterminations peuvent être divisées en : 1° fièvres intermittentes ou rémittentes; 2° fièvres continues; 3° fièvres accompagnées. Dans les fièvres intermittentes d'origine gaertnérienne, le tracé est celui de l'intermittence paludéenne. La rate est augmentée de volume. La quinine est sans effet. Le diagnostic peut être établi par la constatation de l'agglutination du bacille de Gaertner.

Le taux de l'agglutination souvent assez élevé paraît être faible au début.

Le collargol administré par voie buccale est un médicament très efficace dans cette forme comme l'établit leur observation.

Le nombre des observations de cette forme rassemblées par M. Netter est de dix et peut-être de onze. Ce chiffre relativement élevé indique que la maladie n'est pas très rare.

Il y a tout lieu de penser que cette manifestation morbide a déjà fait son apparition il y a longtemps. On peut, en effet, rapprocher de ces faits deux observations rapportées par Caussade en 1904 sous le titre de fièvre à type intermittent chez deux petites filles. L'assimilation paraît encore plus légitime avec les faits publiés à Paris par M. Jaccoud sous le nom de forme sudorale de la fièvre typhoïde, avec les fièvres rémittentes méditerranéennes et les fièvres rémittentes des pays chauds. M. Marchoux a déjà montré que dans ces dernières il a trouvé des bacilles paratyphiques.

Des effets favorables de la ponction lombaire dans quelques dermatoses prurigineuses. — MM. G. Thibierge et Ravaut présentent un malade de soixante et un ans, atteint depuis deux ans de psoriasis avec prurit généralisé extrêmement violent troublant considérablement le sommeil; sous l'influence du prurit, les placards psoriasiques avaient subi une lichénification très accusée.

Une première ponction lombaire de 10 centimètres cubes fut pratiquée il y a vingt jours; au bout de quelques heures le prurit avait complètement cessé : le malade reposa tranquillement les nuits suivantes, ce qui ne lui était pas arrivé depuis deux ans. En même temps, les lésions psoriasiques commencèrent à s'affaisser et leur infiltration diminua. Une seconde ponction faite onze jours plus tard fit disparaître les légères sensations prurigineuses qui avaient reparu.

Depuis deux jours le malade éprouve quelques démangeaisons, mais son état n'est plus comparable à celui qu'il présentait lors de sa première visite. Les lésions cutanées qui, depuis deux ans résistaient à des thérapeutiques locales variées et énergiques ont, sans aucun topique actif, rétrocédé dans des proportions remarquables.

Les auteurs rappellent qu'ils ont déja observé des résultats semblables dans plusieurs cas de lichen de Wilson. Ils ont également vu la ponction lombaire produire les mêmes effets dans des cas de prurigo diathésique, de lichen circonscrit, d'eczéma sec très prurigineux.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 2 décembre 1905)

Ulcère de l'estomac et pansement au bismuth. Critique radioscopique. — De nombreuses recherches radioscopiques, confirmées par l'expérimentation sur le chien, ont montré à MM. Leven et Barret que la technique classique du pansement au sous-nitrate de bismuth ne réalise jamais le pansement de l'ulcère gastrique.

L'imprégnation totale, même légère, de la muqueuse n'est pas obtenue.

Le bismuth s'entasse au point le plus déclive de la cavité gastrique. Cet entassemeut est tel que la surface de contact du bismuth avec la paroi est trop restreinte pour que l'on puisse espérer amener le bismuth au niveau de l'ulcère, même dans le cas où le diagnostic du siège exact de l'ulcération est fait.

Enfin, en supposant que, par hasard, l'ulcère ait été recouvert par le bismuth, les contractions constantes de l'estomac, si nettement visibles, à l'examen radioscopique feront cesser ce contact, après un temps très court.

On peut donc renoncer à l'emploi des doses massives de bismuth et ne conserver que les doses minimes qui ont la même influence heureuse sur la douleur.

La toxicité des œufs. — Pour M. Linossier, l'action toxique des œufs se manifeste parfois chez l'homme à la suite de l'ingestion d'œufs de poule parfaitement frais. Les symptômes de l'intoxication sont exclusivement gastro-intestinaux. Peu de sujets sont capables d'éprouver ces symptômes d'intoxication par les œufs, mais quand ils le sont, ils le sont d'une manière constante, et sont parfois sensibles aux plus faibles doses. Dans certains cas, on peut supposer l'intervention de phénomènes d'auto-suggestion, mais on peut se convaincre que les phénomènes d'intoxication se produisent, même quand l'œuf est ingéré à l'insu du sujet. Il y a la plus grande analogie entre la toxicité des œufs et celle des substances urticariantes, qui ne se manifeste non plus que chez un petit nombre de sujets prédisposés. M. Brocq considère d'ailleurs le blanc d'œuf comme urticariant.

Sur la striation basale des cellules du tube contourné du rein. — La striation, connue d'après les recherches de R. Heydenhain, est due à l'existence de filaments basaux d'une grande fragilité : ces filaments, d'après M. Policard, subissent des variations suivant les phases de sécrétion de la cellule rénale. Ils sont assimilables à des formations ergastoplasmiques.

Identité d'action des extraits des substances corticale et médullaire des capsules surrénales. — D'après Salvioli et Pezzolini, l'injection des extraits de substance corticale et médullaire produirait les résultats suivants : l'élévation de pression sanguine est plus grande et plus durable que celle produite par l'extrait cortical. L'extrait cortical ralentit et renforce les systoles cardiaques; l'extrait médullaire, au contraire, les accélère et les affaiblit.

Cherchant à contrôler expérimentalement ces résultats, MM. Abelous, Soulié et Toujan concluent que si l'extrait médullaire provoque une élévation de pression plus considérable que l'extrait cortical et un ralentissement cardiaque que ne présente pas celui-ci, cette différence n'est qu'apparente. Elle est due à une différence de teneur des deux extraits en adrénaline, puisque l'injection des deux extraits, ramenés au même titre de cette substance, donne des effets identiques. Il n'y a donc pas de différence qualitative essentielle entre les deux extraits.

Histologie pathologique des accidents syphilitiques primaires et secondaires dans ses rapports avec le spirochæte pallida. — MM. Levaditi et Manomélian concluent de leurs recherches que : 1° le spirochæte pallida est le seul parasite spirillien qui pénètre dans l'intimité des tissus altérés par les processus syphilitiques primaire et secondaire; le spirille réfringent pullule seulement à la surface de ces lésions; 2° le spirochæte pallida prolifère entre les cellules épidermiques de la couche profonde, au voisinage immédiat des lésions spyhilitiques primaires et secondaires; 3° la voie suivie par les spirochètes pour envahir les régions profondes de ces lésions est celle du système lymphatique et aussi celle du système vasculaire sanguin. La présence du spirille dans la lumière du vaisseau hématique autour d'eux explique la raison d'être de l'endo-péri-artérite syphilitique.

Histologie pathologique du chancre syphilitique du singe dans ses rapports avec le spirochæte pallida. — De cette nouvelle note, MM. Levaditi et Manomélian concluent que: 1° il existe une grande analogie au point de vue de la disposition par foyer et de l'existence intravasculaire et interépithéliale des spirochètes entre les lésions syphilitiques primaires de l'homme et du singe ; 2° l'absence de spirochètes dans les

régions du chancre les plus atteintes par le processus scléreux permet de supposer que la réaction mononucléaire périvasculaire et la transformation scléreuse vers laquelle tend cette réaction, jouent un rôle actif dans la destruction de ces micro-organismes.

Pathogénie de l'ictère catarrhal. — MM. Sacquépée et Fres pensent, avec observation à l'appui, que l'ictère catarrhal peut être provoqué par le bacille d'Eberth, les bacilles paratyphiques des deux types, le coli-bacille, et sans doute par l'entérocoque.

Autres communications :

Anopheles algeriensis et myzomya hispaniola convoient le paludisme. — MM. Ed. et Et. Sergent;

Toxicité des produits génitaux. — M. G. Loisel;

Examen de 43 cas de paludisme provenant de régions tropicales. — M. Billet (Réunion biologique de Marseille, 21 nov. 1905).

Election. — M. Tissot est nommé membre par 28 voix sur 54 votants.

LIVRES NOUVEAUX

Les œuvres de grand air (1), par M. Bonnard (de Tournon-sur-Rhône).

« Le tuberculeux, a dit M. Léon Bourgeois, est presque toujours la victime d'un fait social : la rencontre d'un germe, provenant du milieu où il vit et d'un terrain constitué par l'organisme même du tuberculeux, créé par l'ambiance, et dont les facteurs sont la naissance, l'éducation, les conditions du travail, l'alimentation insuffisante, les conditions, en un mot, de la vie quotidienne. Ces conditions font du tuberculeux une victime d'un état social, et, en retour, il devient pour la société la cause d'un péril, un foyer de danger et de mort. »

Pour empêcher le péril de s'étendre, et de faire chaque jour de nouvelles victimes, on a déjà tenté bien des efforts : aucun ne vaut les *œuvres du grand air* dont M. Bonnard nous donne aujourd'hui, dans un livre des plus intéressants, une remarquable description.

Les œuvres du grand air ont été fondées spécialement pour les enfants de la classe ouvrière des villes; mal logés, mal nourris, mal chauffés, vivant, en un mot, dans les plus déplorables conditions d'hygiène, ces enfants ne contractent que trop facilement la tuberculose. Et c'est pour les éloigner du foyer contagieux, pour les fortifier et les rendre plus résistants que l'on a créé les *colonies scolaires*.

Suivant le mode de placement des enfants, les colonies scolaires peuvent être divisées en trois catégories principales : colonies d'internat, demi-colonies, placement familial.

Dans les *colonies d'internat*, les enfants choisis sont logés, soit dans des établissements d'instruction disponibles, soit, si l'œuvre est assez riche, dans des immeubles spécialement construits pour les recevoir.

Dans le *placement familial*, les enfants, au lieu d'être groupés dans des immeubles spéciaux, sont répartis par groupes de trois, quatre, six, dans des familles de paysans, soigneusement choisies, et recommandables par leur moralité et leur honorabilité parfaites.

Enfin, dans les *colonies urbaines* ou *demi-colonies*, les écoliers sont emmenés chaque matin en dehors de la ville, soit dans des fermes, soit dans des jardins. Après une journée passée en plein air, ils sont ramenés chaque soir chez leurs parents.

A côté de ces variétés, on peut placer les *colonies sanitaires de vacances*, dirigées par le docteur Delvaille (de Bayonne), et où sont envoyés les enfants trop chétifs pour pouvoir être placés chez l'habitant, à la campagne, ou dans les colonies d'internat. Les *voyages scolaires* s'adressent surtout aux enfants assez vigoureux pour supporter les fatigues de la route, les *fermes-infirmeries* recueillent les jeunes enfants malades, dont ne veulent pas se charger les colonies de vacances ordinaires; les *summercamps* consistent en baraques légères ou en tentes militaires, installées au bord de la mer ou en pleine campagne, dans des endroits salubres et pittoresques.

Chacun de ces systèmes a ses avantages et ses inconvénients, et, suivant les circonstances, le praticien devra s'adresser à l'un ou à l'autre d'entre eux. Ces résultats dépendent d'ailleurs en grande partie du lieu où séjourne la colonie. On peut, à ce point de vue, distinguer trois sortes de colonies : *maritimes*, *de montagnes* et *de plaines*.

Quelles que soient les indications respectives de ces diverses œuvres de grand air, il faut bien savoir que toutes se proposent un même but : prévenir la tuberculose, plutôt que de la guérir. Elles jouent surtout un rôle de préservation, aussi faut-il connaître les méthodes nouvelles qui permettent de dépister la maladie lorsqu'elle est encore à ses débuts, car, ainsi que l'a dit M. Grancher, la tuberculose pulmonaire est d'autant plus curable qu'elle est soignée plus tôt.

Les œuvres du grand air sont très développées *à l'étranger* : en Suisse, en Allemagne, en Belgique, surtout, elles sont très florissantes; *en France*, on peut signaler l'œuvre des trois semaines, l'œuvre des enfants à la montagne de Saint-Etienne, les colonies de vacances de l'œuvre de la Chaussée-du-Maine, l'œuvre catholique des vacances à la campagne de Saint-Etienne, l'œuvre des saines vacances, l'œuvre du soleil pour procurer des vacances aux jeunes ouvrières de Paris, etc. M. Bonnard les passe successivement en revue, oubliant dans sa trop grande modestie tout ce qu'il a fait lui-même dans cette voie. Il étudie l'état des enfants au départ et au retour, nous initiant au *fonctionnement de ces colonies*, envisageant successivement les différentes questions que peuvent avoir à résoudre les administrateurs de ces colonies : gestion financière, assurances contre les accidents qui peuvent arriver aux enfants pendant qu'ils sont en traitement, etc. Il termine son livre si curieux, si documenté et d'une lecture si attachante par l'exposé des *résultats* obtenus. Assurément, la santé des enfants bénéficie du temps passé aux colonies de vacances, mais ces résultats matériels ne sont pas les seuls : il s'y joint des résultats moraux, intellectuels ou sociaux des plus importants. Le cercle d'idées de l'enfant, a dit le pasteur Bion, s'élargit grâce aux choses nouvelles qu'il voit et qu'il entend : l'imagination, le sentiment, le sens du beau s'éveillent et se développent, grâce à ce séjour au milieu de la nature, dans les bois et sur les montagnes. Ainsi le séjour des colonies de vacances exerce sur ces enfants une influence moralisatrice des plus heureuses. Ce n'est pas tout : au point de vue social, les œuvres du grand air sont des œuvres de paix et de rédemption, faites d'altruisme, de charité et de solidarité; elles favorisent le rapprochement des classes; elles établissent, entre l'enfant de la ville et le petit campagnard, des liens de solidarité étroits.

(1) In-18. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

« Je crois, a dit un médecin, que l'œuvre du grand air est le meilleur emplâtre que nous ayons à appliquer sur d'injustes conditions sociales. »

Cette phrase pourrait servir de devise au livre dont M. G. Bonvalot a dit, dans une éloquente préface, qu'il était un véritable manuel à l'usage de ceux qui pensent avec raison que la bienfaisance doit être préventive. L. BABONNEIX.

Le poignet et les accidents du travail [étude radiographique et clinique] (1), par le docteur DESTOT, chef du laboratoire de radiographie des hôpitaux de Lyon.

M. Destot (de Lyon), dont on connaît la compétence en matière de radiologie, vient de faire paraître sous ce titre un remarquable petit volume dont il faudrait citer toute l'introduction et de nombreuses pages, et dont une analyse succincte peut difficilement indiquer l'originalité et le mérite.

Du chaos constitué par l'ensemble des luxations radio-carpiennes et métacarpiennes typiques ou atypiques, des dislocations de la première rangée des os du carpe, des fractures du scaphoïde, du pyramidal, du grand os, l'auteur réussit à isoler des groupes cliniques différenciés; il montre que les lésions du carpe sont la plupart du temps méconnues, qu'elles constituent pourtant la majeure partie de ce que l'on a appelé la fracture grave du radius et qu'elles ont souvent pour suites des impotences et des incapacités professionnelles considérables.

En matière d'accidents, de certificats médico-légaux, les procédés d'exploration cliniques sont insuffisants pour tous ces cas; l'image radiographique est par contre à la fois le meilleur procès-verbal de constat, le moyen de diagnostic et de pronostic le plus précis et le plus sûr guide du traitement; quand, enfin, les lésions sont anciennes et établies, c'est encore la radiographie qui reconnaîtra les dégénérescences osseuses ou décèlera au contraire la fraude ou l'exagération des blessés. G. LEGROS.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

CHLORO-ANÉMIE

Tout ferrugineux qui n'est pas associé à des médicaments donnant de l'appétit est incomplet et son action est lente ou nulle.

La meilleure thérapeutique consiste à donner simultanément : artemisine, quassine cristallisée et protoxalate de fer (Dragées Briss). L'appétit est presque immédiat et les couleurs se montrent dès le neuvième jour.

(1) In-8 de 136 p., avec 43 fig. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 11 AU 16 DÉCEMBRE 1905)

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 11 décembre, à une heure. — 5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Terrier, Mauclaire et Gosset; — (2e partie) : MM. Déjerine, Teissier et Macaigne; — M. Proust, suppléant.

Mardi 12 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Berger, Thiéry et Marion.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Bezançon et Maillard.

4e : MM. Chantemesse, Vaquez et Dupré; — M. Gouget, suppléant.

5e (1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Schwartz et Auvray; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Faure et Morestin; — M. Launois, suppléant.

Mercredi 13 décembre, à une heure. — 2e, *École pratique* : épreuve pratique : MM. Gautier, Gley et Branca.

3e (1re partie, oral), *Salle Richet* : MM. Kirmisson, Potocki et Duval (Pierre); — (2e partie), *Salle Pasteur* : MM. Blanchard, Roger et Labbé (Marcel); — M. Broca (André), suppléant.

Jeudi 14 décembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Chantemesse, Guiart et Richaud.

2e, *Salle Corvisart* : MM. Pouchet, Retterer et Langlois.

3e (1re partie, oral), *Salle Broussais* : MM. Poirier, Auvray et Brindeau; — M. Dupré, suppléant.

Vendredi 15 décembre, à une heure. — 4e, *Salle Béclard* (1re série) : MM. Pouchet, Gaucher et Desgrez; — *Salle Charcot* (2e série) : MM. Landouzy, Déjerine et Macaigne; — M. Labbé (Marcel), suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Potocki; — M. Cunéo, suppléant.

Samedi 16 décembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Gilbert, Thiroloix et Gouget; — (2e série) : MM. Troisier, Renon et Jeanselme; — M. Carnot, suppléant.

THÈSES

Mercredi 13 décembre 1905, à une heure. — M. ROUSSEL. Contribution à l'étude de l'infarctus hémorragique de l'intestin consécutif aux thrombo-phlébites mésaraïques. (MM. Landouzy, président; Segond, Aug. Broca et Legry.) — M. DUBOIS. Pronostic et traitement des affections lentes du genou. (MM. Segond, président; Landouzy, Aug. Broca et Legry.) — M. VINCENT. La pression artérielle dans la variole. (MM. Brissaud, président; Gaucher, Claude et Balthazard.) — M. REYNAL. De l'imprégnation maternelle ou infection maritale. (MM. Gaucher, président; Brissaud, Claude et Balthazard.)

Jeudi 14 décembre 1905, à une heure. — M. CROCHET. Des appareils à chloroformisation. (MM. Guyon, président; Brouardel, Le Dentu et Achard.) — M. MARTIN dit SISTERON. Ruptures de l'aorte. (MM. Brouardel, président; Guyon, Le Dentu et Achard.) — M. COQUERET. Contribution à l'étude des plaies pénétrantes du crâne par voie orbitaire. (MM. Le Dentu, président; Guyon, Brouardel et Achard.) — M. BOULET. De la péricardite à pneumocoques. (MM. Dieulafoy, président; Gilbert, Thiroloix et Mery.) — M. DAVENIÈRE. Traitement par le babeurre de certaines toxidermites infantiles (strophulus, eczémas). (MM. Dieulafoy, président; Gilbert, Thiroloix et Méry.) — M. MAUDET. L'or en thérapeutique. (MM. Gilbert, président; Dieulafoy, Thiroloy et Méry.)

SUITE DES SOMMAIRES

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 47, 25 nov. 1905.) G. EUSTACHE : Un véritable péril social. La dépopulation voulue.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 47, 23 nov. 1905.) VANDERVELDE et NOEVER : Carcinome primitif de l'utérus. Métastase pancréatique. Epreuve de Shali par les capsules glutoïdes. — BLUMENTHAL : Un cas de sarcomatose à manifestations pseudo-syphilitiques. — (N° 48, 30 nov.) NOEVER : La consultation au cours de l'année académique 1904-1905.

Languedoc médico-chirurgical. — (N° 11, 25 nov. 1905.) E. COULOUJOU : Du traitement d'urgence des affections mentales aiguës.

Lyon médical. — (N° 47, 19 nov. 1905.) J. NICOLAS et S. BONNAMOUR : Karyokinèse dans la surrénale du lapin rabique. — H. CARRIER : Organisation des laboratoires et technique histologique employée à l'étranger pour l'étude du système nerveux pathologique (Allemagne, Autriche, Italie). — (N° 48, 26 nov.) PIERY et FARSAT : Gangrène des extrémités chez une phtisique fibreuse. — KÆPPELIN : Arthrite purulente du genou consécutive à une carie avec perforation de la rotule chez une enfant. — SOREL : Hystérectomie abdominale totale et hystérectomie abdominale subtotale.

Marseille médical. — (N° 22, 15 nov. 1905.) BIDON : Marche à suivre pour l'examen et l'internement d'un aliéné (*fin*). — PILA et BATTESTI : Quelques observations sur l'emploi de l'acide formique.

Medical Record. — (Vol. LXVIII, n° 19, 4 nov. 1905.) William STONE : Mensuration de la tête fœtale avant l'accouchement. — James TUTTLE : Carcinome du conduit intestinal. — Frederick LYONS : Traitement curatif rapide de la gonorrhée. — Gustaf NORSTROM : Traitement de la raideur articulaire au moyen du redressement progressif combiné au massage. — Wilson BRIDGES : Quatre cas d'anémie essentielle et leur diagnostic différentiel. — BIRKETT : Nouveau cas de lupus vulgaire primitif du pharynx traité par les rayons X. — SHELDON : Pancréatite aiguë. — (N° 20, 11 nov.) Sarah MCNUTT : Notes sur la gynécologie non opératoire. — Henry SPOONER : Urétrite non gonococcique. — PALIER : L'estomac dans la tuberculose pulmonaire et les effets du suc gastrique sur le bacille tuberculeux. — David YATES : Traitement des perforations du tympan, en particulier au moyen de tissu à la gutta-percha. — ROCKEY : Incision transversale dans les opérations abdominales.

Montpellier médical. — (N° 47, 19 nov. 1905.) VIALLETON : La chaire d'histologie de la Faculté de médecine de Montpellier depuis sa fondation.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 47, 21 nov. 1905.) RIEDEL : Sur les tumeurs à pédicule tordu de l'épiploon, avec ou sans rupture. — MAYER : Sur la propagation des maladies typhoïdes par les fourmis et sur la nocivité du bacille du typhus des souris de Löffler pour l'homme. — JODLBAUER et TAPPEINER : Sur le rapport entre l'action des matières photodynamiques et leur concentration. — ESCHENBURG : Sur l'excrétion de l'acide urique dans la goutte. — HOFER : Sur les conditions de la purification spontanée dans l'eau. — HARNACK : Sur un cas douteux d'intoxication par le véronal. — SIPPEL : Sur les hésitations dans l'appréciation clinique et le traitement opératoire du myome utérin. — WITTHAUER : Rétroflexion et massage vibratoire. — SCHILLING : Constipation habituelle à la suite de la dilatation et de l'abaissement du cæcum. — AMBERGER : Complications après les appendicites purulentes traînantes. — MARCUS : Un cas d'insuffisance mitrale traumatique. — BLOEBAUM : Contribution nouvelle au traitement radical de la phymatose nasale par la galvanocaustique. — KEPPLER : Traitement des affections inflammatoires de la tête et du visage par l'hyperémie de stase. — (N° 48, 28 nov.) CURSCHMANN : Retentissement sur les conduits aériens et sur le larynx de certaines modifications des organes thoraciques. — RIEDEL : Sur la torsion des franges épiploïques et sur ses conséquences. — KLAPP : Mobilisation de la colonne vertébrale scoliotique par une méthode active. — DANIELSEN : Importance du traitement par la méthode de stase de Bier dans les inflammations. — PRYM : Sur le traitement des maladies inflammatoires des amygdales au moyen d'appareils aspirateurs. — REEB : Sur la clinique et la technique de la pubiotomie. — LIEPMANN : L'hémisphère gauche et l'activité. — Oscar GROSS : Scarlatine compliquée d'ictère. — WAGNER : Dosage du sucre dans l'urine ; son importance clinique.

Presse médicale. — (N° 94, 22 nov. 1905.) LETULLE : Manœuvres de clinique médicale : examen du sommet du poumon. — Louis VACHER : L'insuffisance nasale. Ses formes. Ses causes. Ses conséquences. — (N° 95, 25 nov.) Félix GUYON : Clinique des maladies des voies urinaires. L'éducation clinique. — (N° 96, 29 nov.) LETULLE : « Manœuvres de clinique médicale. » Examen méthodique du sommet du poumon (*suite*). — G. LUYS : L'extraction de fragments de sonde brisés dans la vessie. Emploi du cystoscope à vision directe. — (N° 97, 2 déc.) P. RECLUS : Les épithéliomas en surface des muqueuses leucoplasiques. — LE DAMANY : Le micrococcus catarrhalis. — JAYLE : Liste et définition des déviations de l'utérus.

Province médicale — (N° 2, 11 nov. 1905.) J. GRASSET : Ceux qui sont tristes parce qu'ils pleurent, et ceux qui pleurent parce qu'ils sont tristes. — JEANNEL : Des ligatures et des sutures métalliques perdues (méthode de Michel).

Revue générale des sciences pures et appliquées. — (N° 21, 16 nov. 1905.) MAQUENNE : La synthèse végétale des corps hydrocarbonés. — LETHEULE : La lampe et la soupape à mercure Cooper-Hewitt. — LÉGER : Un nouvel essai de navigation aérienne par le plus lourd que l'air. — LEGENDRE : Le « royaume fleuri » ou province des Quatre-Fleuves (Chine occidentale).

Revue neurologique. — (N° 21, 15 nov. 1905.) C. PARHON et Gr. NADJÈDE : Sur un nouveau cas d'hémicraniose. — Ch. SCHAFFER : Recherches sur la structure dite fibrillaire de la cellule nerveuse.

Semaine médicale. — (N° 46, 15 nov. 1905.) Léopold LEVI : Le syndrome myotonique. — (N° 47, 22 nov.) Paul DELBET : La typhlite ptosique et son traitement par la cæcoplicature. — (N° 48, 29 nov.) MARINESCO : Les troubles de la baresthésie (sensibilité à la pression) et leur coexistence par l'anesthésie vibratoire.

Tribune médicale. — (N° 47, 25 nov. 1905.) L. RIVET : Deux cas de paratyphus. — P. MAUCLAIRE : Plusieurs cas de fracture spontanée.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 21, 15 nov.) LANGLET : La population de Vitry-le-François et de son arrondissement (*fin*).

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 46, 16 nov. 1905.) PIENAZEK : Remarques sur l'asthme bronchique. — BAIL : Action toxique des bacilles tuberculeux chez le cobaye. — STERNBERG : Sur le ramollissement des ganglions bronchiques et sur ses conséquences. — URBACH : Formation de tissu de sclérose dans le muscle sous-scapulaire.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Etudes de Mes SORIN et BÉNARD, avoués et Me FILLEUL, notaire à Beauvais. VENTE 19 décembre 1905, 2 heures, étude de Me FILLEUL, notaire,

CABINET DENTAIRE A BEAUVAIS

Mise à prix : 6000 francs.

N° 139. — JEUDI 7 DÉCEMBRE 1905. 78e ANNÉE. JEUDI 7 DÉCEMBRE 1905. — N° 139.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4 fr. 50**. — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Technique extra-articulaire des amputations ostéoplastiques tibio-calcanéennes (avec 11 fig.), par M. L. CHEVRIER.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine.
ANALYSES
Médecine : Quelques formes rares d'épilepsie.
Chirurgie : Appendicostomie ; — Les kystes du vagin ; — Résection de 4 mètres d'intestin grêle ; — Un cas de fibrome de l'iléon avec obstruction intestinale par invagination ; entérotomie ; guérison.
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est actuellement composé de MM. Claude, Rist, Barth, Mauclaire, Launay et Boissard, qui ont accepté, et de MM. L. Bernard, Morel-Lavallée, Legueu et Gosset, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

L'IMMUNISATION DES BOVIDÉS PAR LE SÉRUM DE BEHRING. — Les expériences de contrôle, qui se poursuivaient depuis un an à Melun sous la direction de M. le professeur Vallée, viennent de prendre fin. Une vingtaine de génisses ont été inoculées en décembre 1904 et mars 1905 avec du vaccin de Behring.

Au commencement de juin 1905 ces animaux ont été éprouvés par une injection de tuberculine à haute dose. Un seul a réagi.

Les autres ont ensuite été exposés à la contamination soit par cohabitation, soit par injections de cultures virulentes de tuberculose bovine.

Samedi dernier ces animaux ont été abattus et leurs organes soigneusement examinés par M. Vallée qui a prélevé, de plus, des fragments de ganglions suspects pour les inoculer à des cobayes.

De l'examen des pièces anatomiques il semble que la vaccination de Behring n'a pas rendu les animaux éprouvés réfractaires à la tuberculose d'une manière absolue.

Il a pu se faire chez l'un d'eux des lésions tuberculeuses graves localisées aux ganglions, chez un autre de petites lésions ganglionnaires très faibles, chez deux autres enfin des lésions douteuses ; enfin chez tous les animaux inoculés sous la peau, il y a eu une petite réaction inflammatoire locale.

« Il n'en reste pas moins évident, dit notre collègue Küss dans le *Bulletin médical* de ce matin, que la résistance conférée aux animaux vaccinés a été *considérable*, qu'il y avait un contraste frappant entre l'insignifiance ou la nullité des lésions des vaccinés et l'intensité formidable des lésions des témoins. Et si l'on veut bien se rappeler que l'inoculation d'épreuve a été d'une virulence et d'une gravité exceptionnelles, que les contaminations naturelles ne sont jamais aussi redoutables, on sera conduit nécessairement à dire, avec M. Vallée, que *le problème de la vaccination des bovidés est actuellement résolu, non seulement au point de vue scientifique, mais encore au point de vue pratique*. Un grand éleveur de la Creuse, M. Balzan, n'a pas craint de devancer les résultats de l'expérience de Melun : il a fait vacciner dix veaux qu'il a laissés, dès la première vaccination, en plein milieu infecté ; ces veaux non seulement sont demeurés bien portants, mais n'ont même pas réagi à la tuberculine quelque temps après, alors que tous les autres animaux de l'étable devenaient manifestement tuberculeux. Ce fait intéressant, rapporté par M. Vallée, méritait d'être signalé. Il corrobore les renseignements si nets de la magnifique expérience de Melun. »

LA PROPRIÉTÉ DES THÈSES DE DOCTORAT. — La dixième chambre correctionnelle vient de prononcer une condamnation à 100 francs d'amende et 500 francs de dommages et intérêts, contre l'éditeur et le secrétaire d'une revue qui avaient cru pouvoir reproduire une thèse sans avoir demandé le consentement de l'auteur.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

1er Congrès égyptien de médecine (déc. 1902). — Le deuxième volume des comptes rendus (chirurgie) vient de paraître. C'est un fort beau volume, luxueusement imprimé à l'Imprimerie nationale du Caire, et qui fait grand honneur à MM. les docteurs S. Voronoff, secrétaire général du Congrès, et G. Vayssie, qui en ont assumé la publication.

Physiologie de la lecture et de l'écriture, par le docteur E. JAVAL. In-8, cart., de 296 p. — Prix : 6 francs. — Paris, F. Alcan.

LE MERCREDI 27 DÉCEMBRE 1905

à 2 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, à Paris, à l'adjudication au rabais et sur soumissions cachetées, de la fourniture des *appareils et instruments de chirurgie en gomme, caoutchouc, verre, etc.*, nécessaires au service des divers établissements de l'administration pendant les années 1906, 1907 et 1908.

1er lot. *Instrumts en gomme et caoutchouc.* 25 000 fr.
2e — *Id. Id.* 25 000
3e — *Articles de caoutchouc.* 28 000
4e — *Thermomètres* 35 000
5e — *Articles divers (irrigateurs, etc.).* 15 000
(avant rabais et par année).

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au bureau des marchés de cette Administration, avenue Victoria, n° 3, à Paris, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

Etudes de Mes SORIN et BÉNARD, avoués et Me FILLEUL, notaire à Beauvais. VENTE 19 décembre 1905, 2 heures, étude de Me FILLEUL, notaire,

CABINET DENTAIRE A BEAUVAIS

Mise à prix : 6000 francs.

TECHNIQUE EXTRA-ARTICULAIRE
DES
AMPUTATIONS OSTÉOPLASTIQUES
TIBIO-CALCANÉENNES

Par L. CHEVRIER,
Prosecteur des hôpitaux de Paris.

Il est plusieurs variétés d'amputations ostéoplastiques tibio-calcanéennes. Je spécifie, de suite, que je n'entends point parler de celles qui n'utilisent pas pour la marche la région calcanéenne inférieure. Je laisse donc de côté les opérations dont celle de Tauber-Loison est le type, qui scient longitudinalement le calcanéum, offrant aux pressions de la marche la peau de la région calcanéenne interne.

Deux groupes d'amputations ostéoplastiques utilisent la face inférieure du talon comme point de pression : chacun de ces groupes comprend un procédé type et un procédé dérivé, et sectionne le calcanéum différemment; dans un cas le calcanéum est scié horizontalement et dans l'autre obliquement.

Le procédé type de section horizontale du calcanéum est celui de *Pasquier-Le Fort*; cette section est faite plus près de la face supérieure que de la face inférieure. Les extrémités inférieures des deux os de la jambe sont abattues par un trait de scie horizontal, tout près du cartilage qui encroûte la trochlée tibiale. Les deux sections horizontales tibio-péronière et calcanéenne (fig. 1., A.) sont rapprochées, mais, comme leurs grands diamètres ne se répondent pas, le calcanéum est tordu, orienté transversalement, et mis, grâce à cette manœuvre, en rapport avec le plus grand diamètre de la section osseuse jambière.



A, Pasquier-Le Fort. — B, Pirogoff. — C, Sédillot.

Fig. 1. — *Schéma des sections osseuses dans les principales amputations ostéoplastiques tibio-tarsiennes.*

L'opération de Samfirescu (1) est considérée comme un corollaire du Pasquier-Le Fort, bien qu'elle en diffère à plus d'un titre. La section du calcanéum est pratiquée horizontale comme dans le procédé type et suivant les mêmes données, mais au lieu d'abattre la mortaise du cou-de-pied, on la conserve. Pour obtenir la fusion osseuse on abrase au ciseau, comme dans une arthrodèse, le cartilage de la mortaise, on aplanit la face inférieure du tibia. Sur le calcanéum, on soulève à la rugine le périoste des faces latérales, de façon à créer des sortes de loges ostéo-périostiques. On engage alors le calcanéum dans la mortaise avivée, insinuant les malléoles interne et externe dans les loges ostéo-périostiques préparées.

Je dirai plus loin combien me semblent restreintes les indications de cette élégante et excellente opération de Samfirescu. Je me contenterai de déclarer que des deux procédés de section horizontale du calcanéum, je ne veux garder pour l'étude opératoire que le procédé type de Pasquier-Le Fort.

Des sections obliques du calcanéum, le procédé type est celui de Pirogoff.— La coupe osseuse, commençant un peu en arrière de l'astragale, est oblique en bas et en avant. L'avivement tibio-péronier est, lui, horizontal comme dans le Pasquier-Le Fort (fig. 1, B). L'accolement des sections osseuses non parallèles ne peut se faire que par renversement léger du fragment calcanéen conservé. On peut rendre ce renversement moins prononcé en faisant la coupe calcanéenne le plus obliquement possible, mais il existera toujours, tant que les sections osseuses resteront mixtes, l'une horizontale, l'autre oblique. Le résultat est de faire marcher le malade, non pas sur la peau de la région calcanéenne inférieure, qui est normalement faite pour cela, mais sur la peau de la face postérieure du calcanéum, qui n'est nullement préposée à la marche, sur le pied normal : le procédé de Pirogoff ne remplit donc pas les conditions les meilleures au point de vue fonctionnel.

La variante de Sédillot répond à ces desiderata. Les sections tibiales et calcanéennes ne sont plus mixtes, mais parallèles, également obliques toutes les deux (fig. 1, C). Si leurs plans ne sont pas absolument parallèles, il suffit que leur angles d'inclinaison soient complémentaires l'un de l'autre et le même résultat est atteint. Dans l'un comme dans l'autre cas, l'accolement des surfaces osseuses cruentées, calcanéenne et tibio-péronière, se fera sans aucune bascule du lambeau et la région calcanéenne inférieure sera toujours préposée à la marche.

La seule infériorité du Sédillot sur le Pirogoff est de raccourcir un peu plus (d'un demi-centimètre ou d'un centimètre peut-être) le pilon naturel qu'on substitue au membre inférieur. Mais cet inconvénient, facile à tourner par le port d'une chaussure à talon élevé, ne saurait entrer en balance avec l'avantage précédent. La comparaison des deux procédés à section calcanéenne oblique est donc tout à l'avantage du procédé dérivé, du Sédillot.

Dans nos traités classiques de médecine opératoire, on trouve décrite pour le Pasquier-Le Fort et le Pirogoff-Sédillot, une technique, dans laquelle *l'ouverture de l'articulation tibio-tarsienne* est un des premiers temps; cette manière de faire *suppose que l'articulation est saine.*

Mais nulle part n'est décrite, comme pour l'amputation sus-malléolaire de Guyon, *une deuxième technique sans ouverture de la tibio-tarsienne.* Il m'a semblé qu'il y avait là une lacune à combler et j'es-

(1) Samfirescu et Solomonici. Nouvelle opération ostéoplastique de la région tibio-tarsienne, *Revue de chir.*, 1897, p. 122.

père montrer plus loin que cette lacune tendait *à induire en erreur*, *à fausser l'esprit critique* des praticiens.

Le manuel opératoire que je propose, permet d'exécuter facilement avec des variantes très légères, le Pirogoff-Sédillot et le Pasquier-Le Fort. C'est au premier que s'appliquent les détails opératoires qui vont suivre.

Les points de repère utiles sont les suivants. En dehors, je cherche la pointe de la malléole externe; à une distance de 5 à 6 centimètres au-dessus de cette pointe, je marque de l'ongle un point à la limite postérieure de la partie sous-cutanée du péroné, sur la crête derrière laquelle glissent les tendons des péroniers latéraux. A la même hauteur je marque, en dedans, un autre point sur le bord interne du tibia.

Sur les bords du pied, je détermine la situation de l'interligne médio-tarsien, en dehors à 2 centimètres en arrière du tubercule du cinquième métatarsien, en dedans immédiatement derrière le tubercule du scaphoïde et unissant ces deux points par une ligne coupant la plante, je marque sur cette ligne le milieu de la plante.

1° *Incision.* — L'opération doit être faite sur le cadavre avec un couteau à sous-astragalienne; en pratique et sur le vivant, le bistouri sera préférable. Soulevant le pied et incisant de gauche à droite, je



Fig. 2. — *Incision des téguments* (trait plein pour Pirogoff-Sédillot, trait pointillé pour Pasquier-Le Fort).

vais unir les deux points supérieurs par une incision en étrier passant par le point inférieur médio-plantaire, en prenant les quelques précautions suivantes (fig. 2, trait plein). En dehors, l'incision coupe la face cutanée de la malléole péronière, un peu inclinée sur son axe et située en arrière de lui; elle passe immédiatement en avant de la pointe de la malléole et croise les bords du pied un peu en arrière de l'interligne de Chopart. Devenue presque transversale elle atteint cet interligne au milieu de la plante, puis elle régresse insensiblement. En dedans, elle doit passer à un bon centimètre en avant du sommet de la malléole interne pour atteindre le point de terminaison sur le bord interne du tibia. Etant donnée la situation asymétrique des malléoles et les rapports de la section cutanée avec celles-ci, il est évident que la branche interne de l'incision sera sur un plan antérieur à la branche externe : il y aura plus de parties molles en dedans, ceci est voulu à cause des vaisseaux qui sont en dedans.

A environ 3 centimètres des extrémités supérieures de l'incision, en regard de l'interligne tibio-tarsien, je branche perpendiculairement sur elles, une incision transversale, dessinant un petit lambeau dorsal carré.

Ces premières sections n'intéressent que les téguments : elles rappellent beaucoup le tracé de Sédillot.

2° *Dissection du lambeau antérieur.* — Après avoir libéré le pourtour du lambeau antérieur par incision de l'aponévrose, je sectionne au ras de la peau ré-

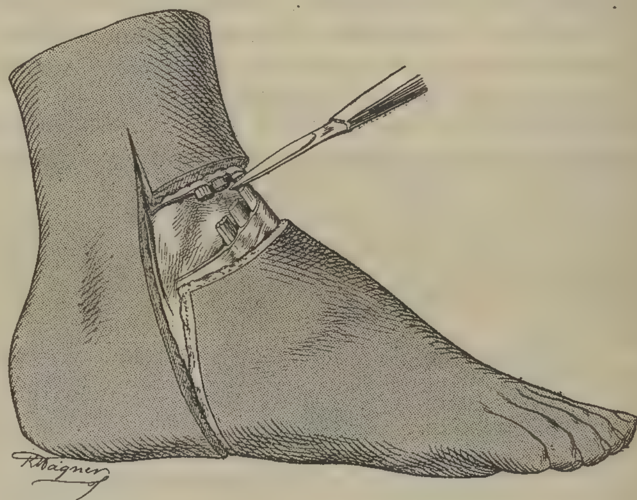


Fig. 3. — *Libération et dissection du lambeau antérieur.*

tractée (fig. 3) les muscles antérieurs sur le tibia servant de billot. La peau rétractée est en effet au-dessus de l'interligne articulaire et je n'ai aucune crainte d'ouvrir l'articulation en avant. Je dissèque alors le lambeau antérieur du plan osseux, en cheminant dans la couche lâche qui sépare les muscles du

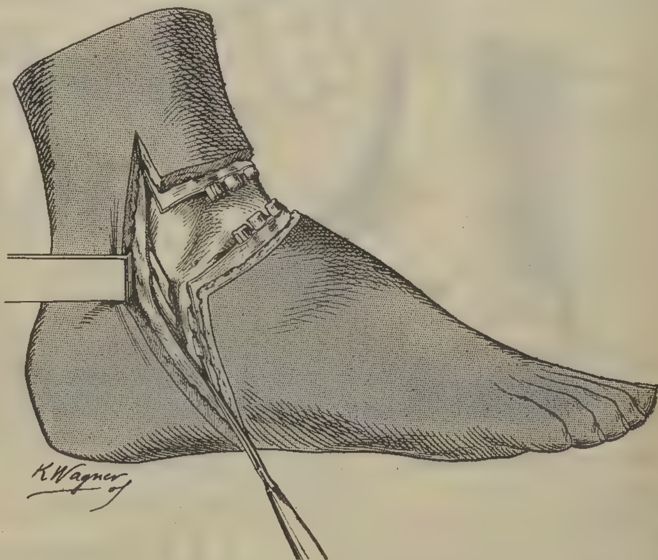


Fig. 4. — *Ouverture de la gaine externe, section des tendons externes.*

périoste. Je prends garde de respecter ce périoste antérieur, de ne pas dénuder l'os. La coupe osseuse que je compte faire, commencera en effet en avant, bien au-dessous de la base du lambeau, et il importe que cette portion d'os conserve ses rapports avec sa membrane nourricière. Le lambeau antérieur est

ainsi détaché le plus haut possible, au delà de sa base : il importe que la dénudation antérieure soit poussée loin, pour que la dénudation postérieure se fasse facilement. Le lambeau antérieur a été représenté relevé dans la fig. 5. Il aurait pu être figuré ainsi dès la figure 4.

3° *Ouverture de la gaine externe et section des tendons externes.* — Soulevant l'angle externe du lambeau antérieur, j'insinue le bistouri très haut derrière la crête qui fait dévier en arrière et retient les tendons péroniers et descendant le long de la crête, j'ouvre la gaine derrière la partie abordable du péroné et derrière la malléole externe ; continuant à cheminer, le bistouri sectionne au-dessous de la pointe de celle-ci, les deux tendons péroniers sur la face externe du calcanéum, tandis que l'aide tire en arrière le lambeau pour permettre de mieux voir (fig. 4).

4° *Libération plantaire du lambeau.* — Sans sortir de la plaie, le bistouri continue à cheminer et s'enfonçant profondément coupe toutes les parties molles de la plante, abducteur du cinquième, court fléchisseur commun, abducteur du premier, gardant constamment le contact de l'os, que sa pointe est allée chercher.

5° *Section des tendons internes et ouverture des gaines internes.* — En arrivant vers le bord interne du pied, le bistouri remonte dans le canal calcanéen, et sectionne les tendons qu'il y trouve. L'aide à ce moment doit fortement rétracter pour me permettre de voir ce que je coupe. Cette manœuvre rend possible la forcipressure des vaisseaux immédiatement après leur section et le respect du tendon du long fléchisseur propre du gros orteil, qui est l'organe le plus profond et que je préfère ne pas couper. Ce n'est certes pas la difficulté de l'atteindre qui m'ar-



Fig. 5. — *Section des vaisseaux et tendons internes, et ouverture des gaines internes.*

rête : sur la fig. 5, on voit qu'il est loin de défier le bistouri par sa situation ; mais si je le coupais maintenant, il me serait interdit de le sectionner de nouveau plus tard : je devrais alors le désenchasser de sa gouttière rétro-astragalienne, ce qui ne serait pas sans danger pour la face postérieure de l'articulation. Je le respecte donc. Ayant coupé le fléchisseur commun des orteils et le jambier postérieur, mon bistouri suit le bord interne du tibia, pour ouvrir la gaine du jambier postérieur, et remonte le plus haut possible dans cette section aponévrotique, fouillant sous l'angle supérieur de l'incision cutanée.

Mais en dedans cela ne suffit pas : car les deux gaines du jambier et du fléchisseur commun sont séparées par une cloison fibreuse. Pendant que l'aide rétracte fortement et récline en arrière le jambier postérieur, d'un coup de pointe je sectionne cette cloison assez haut derrière la malléole et le tibia ; on

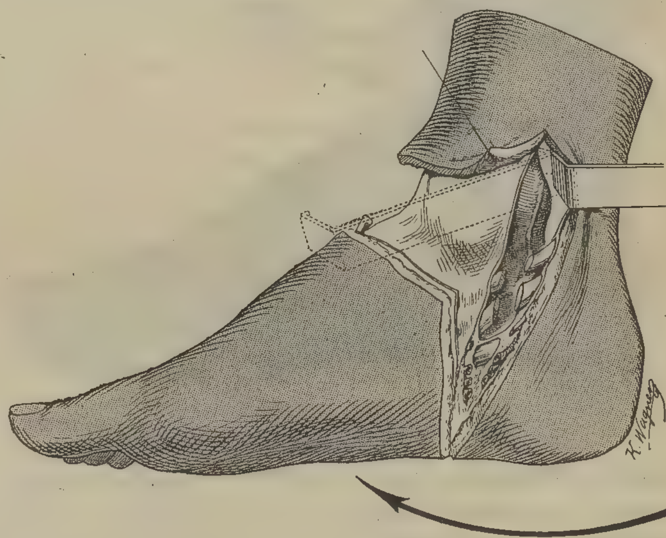


Fig. 6. — *Dénudation de la face postérieure du squelette jambier et introduction de l'écarteur protecteur.*

voit bien sur la fig. 6 la trace de l'insertion de cette haie fibreuse intermédiaire aux deux gaines.

6° *Dénudation de la face postérieure du squelette jambier.* — Le doigt, ou mieux, la sonde cannelée peut facilement décoller toute la largeur du lambeau de la face postérieure du tibia. Pour maintenir largement ouvert ce tunnel, il faut y introduire un écarteur.

La mise en place en est plus difficile qu'on pourrait le croire au premier abord. Voici comment on s'y prendra. La grande branche de l'écarteur (la petite serait insuffisante pour prendre tout le lambeau) sera introduite dans la plaie chargeant tous les tissus, les tirant fortement en arrière, ouvrant largement l'hiatus creusé (fig. 6). La béance est facilitée et augmentée par un mouvement d'extension du pied, qui relâche les muscles postérieurs de la jambe. La largeur de l'hiatus n'est jamais suffisante pour permettre à l'écarteur de passer librement ; l'angle qui unit la branche au corps de l'écarteur vient buter contre la face postérieure du tibia, qui ne se laisse point déprimer. Il faut opérer une sorte de version pour amener cet angle au contact de parties dépressibles. Tout en continuant à tirer sur l'écarteur pour maintenir béant l'orifice où il s'engage, on le poussera fortement pour essayer de le faire avancer et on déplacera son extrémité libre suivant un demi-cercle soit supérieur, soit inférieur ; grâce à ces mouvements combinés, l'écarteur avance ; quand, de postérieur qu'il était, il a atteint le plan de l'axe de la jambe, son angle métallique est en regard de la partie supérieure ou inférieure, dépressible, du trou ostéofibreux :

il peut passer derrière le tibia. Quand l'écarteur est ramené en avant de la jambe, sa grande branche se dégage derrière, puis en dehors de la malléole opposée au point d'entrée, l'encadre et l'écarteur sort occupant la situation qui est représentée sur la figure 7.

7° *Section des os de la jambe.* — Pour pratiquer cette section, on ne laissera point l'écarteur dans la

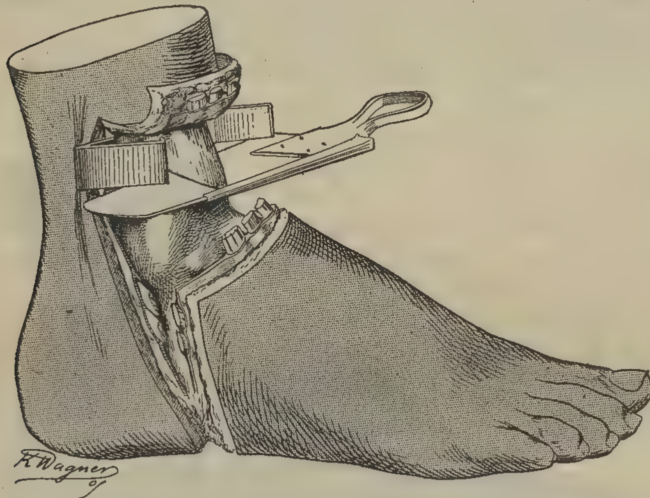


Fig. 7. — *Section des os de la jambe.*

position d'entrée (fig. 7), car ses branches antérieures gêneraient beaucoup le travail de la scie. Il convient de le tourner sur lui-même pour orienter ses branches en arrière. Il sera alors amené dans l'angle supérieur de la plaie. Il protégera les vaisseaux et repoussera les tissus un peu vers la racine du membre pour permettre à la scie d'aboutir le plus haut possible en arrière.

La section osseuse est calculée et le trajet à suivre tracé d'un coup de bistouri sur le périoste. Cette section doit être inclinée à environ 45 degrés; on l'inclinera toujours beaucoup moins, même en voulant faire très oblique, si on n'a pas pris soin d'indiquer à l'avance son chemin à la scie. La section commencera bas en avant, sur l'os non dépouillé de périoste, assez près de l'interligne tibio-tarsien, pour avoir le moins de raccourcissement possible, et montera vers l'angle supérieur de la plaie et vers l'écarteur.

8° *Section du long fléchisseur propre du premier et libération du calcanéum.* — Les os de la jambe étant sectionnés, je tire le pied en bas et en avant et puis sectionner au milieu du lambeau postérieur, le long fléchisseur propre du gros orteil, avant son entrée dans la gouttière rétro-astragalienne. Je n'ai pas ainsi à le dégager de cette gouttière, risquant d'ouvrir les articulations tibio-tarsienne ou sous-astragalienne.

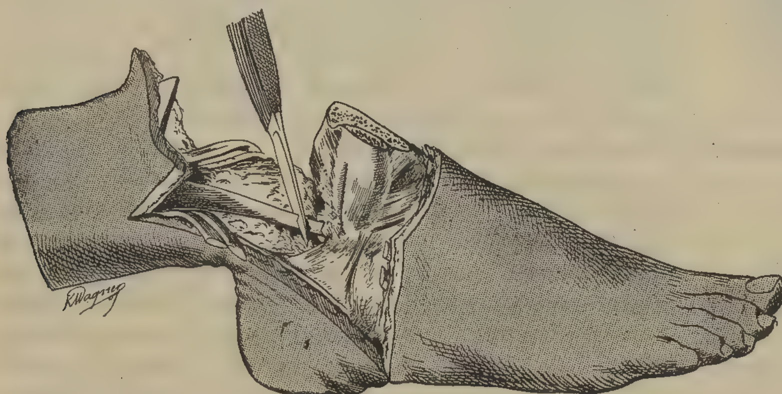


Fig. 8. — *Section du long fléchisseur propre du premier et découverte de la face supérieure du calcanéum.*

Me tenant prudemment à distance des os de la jambe, je donne un coup de bistouri en forme de fer à cheval, chevauchant par ses branches les faces latérales du calcanéum, et, par sa concavité même, la face supérieure de l'os. Ayant donné deux ou trois coups analogues pour libérer l'os des lèvres du lambeau, et ayant découvert sa face supérieure, jusqu'au voisinage de la bourse rétro-calcanéenne qu'il n'est pas nécessaire d'ouvrir, je puis pratiquer la section calcanéenne.

9° *Section calcanéenne.* — Je l'effectue en tenant solidement l'avant-pied, pendant que l'aide rétracte fortement les côtés du lambeau en regard du calcanéum. En portant le pied en hyperextension jusqu'à rendre sa face plantaire presque parallèle à la face postérieure de la jambe, le calcanéum s'énuclée du lambeau et la section osseuse est plus facile. Elle est inclinée d'environ 45 degrés et parallèle à la section jambière.

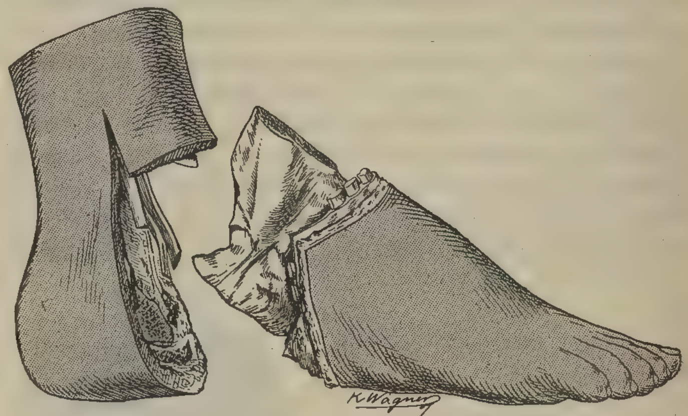


Fig. 9. — *Section calcanéenne effectuée.*

Sur la figure 9, les sections ont été faites : on les voit mal sous les lambeaux, mais sur la partie du pied qui tombe, le parallélisme des deux sections osseuses est très net.

Dans le lambeau, les tendons sont dénudés, mais les vaisseaux sont intacts, recouverts par de la graisse et du tissu cellulaire, et ne sont sectionnés qu'en bas.

Dans cette méthode, qui règle les dénudations de haut en bas et qui veille à leur protection, ils ne courent aucun risque.

10° *Adaptation osseuse et sutures.* — Il ne reste plus qu'à mettre en contact les deux surfaces osseuses : elles se rapprocheront sans bascule et la peau de la région talonnière restera horizontale : seule la partie antérieure, qui ne répond pas à l'os, sera susceptible de remonter légèrement (fig. 10).

Je crois qu'il vaut mieux ne pas faire de sutures osseuses; quelques points seront passés dans les tissus fibreux sous-calca-

néens et dans le périoste du tibia. Les tendons seront suturés aux muscles plantaires : s'ils sont trop longs, ce qui arrive presque toujours, on réséquera ce qui semblera exubérant. Sur la figure 10, les péroniers ont été suturés aux tissus externes (abducteur du cinquième) ; l'aiguille traverse

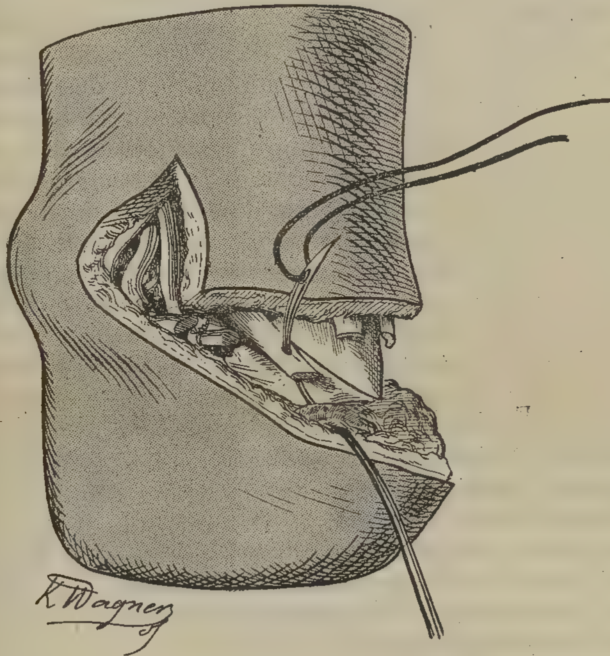


Fig. 10. — *Adaptation et sutures.*

le tendon de l'extenseur commun qu'elle fixe au court fléchisseur : il importe que tous les tendons soient fixés individuellement pour que tous les muscles gardent leur activité et que le pilon naturel puisse être mû dans tous les sens. Ces sutures musculaires jouent un grand rôle dans le maintien des os au contact. On terminera par des sutures cutanées. Il existera deux petites oreilles latérales, mais elles sont inévitables et devront d'ailleurs s'atténuer avec le temps.

Telle est la technique que je propose pour l'exécution de l'amputation ostéoplastique de Pirogoff-Sédillot sans ouverture des articulations de l'astragale. J'ai pensé un moment avoir eu l'idée première de cette variante. Mais en lisant le *Précis de médecine opératoire*, de Farabeuf (1), après avoir d'ailleurs réglé ma technique, j'y ai vu que Pirogoff avait proposé lui-même de sectionner le calcanéum de bas en haut, sans ouverture de l'articulation, que Pelikan préférait sectionner d'abord les os de la jambe. Il ne donne aucun détail précis et à plus forte raison aucune figure sur la technique de ces auteurs. Je n'en ai point trouvé non plus dans les thèses de Brissart (2) et de Mougenc de Saint-Avid (3) sur les amputations économiques du pied, qui ne donnent d'ailleurs aucune indication bibliographique. En revanche, Farabeuf indique avec une élégante brièveté les règles directrices de l'opération extra-articulaire. « Cette modification exige que l'on découvre bien le squelette jambier, que l'on déloge les tendons postérieurs, et qu'entre eux et les os, on passe une sonde ou une lamelle protectrice. Tout cela ne peut se faire avec l'incision de Syme et demande la prolongation des branches latérales du sous-pied à plusieurs centimètres au-dessus de l'incision antérieure qui bride le cou-de-pied. Cela crée un lambeau carré pré-osseux. »

La technique que j'ai décrite, à part l'incision qui est plus antérieure et plus oblique que celle de Syme, n'est que le développement de ces quelques lignes, trouvées après mes essais.

Mais je crois — et ici je me sépare des classiques, et je me demande si Farabeuf m'approuverait — je crois que cette technique est exactement applicable au Pasquier-Le Fort. Le lambeau doit seulement être un peu plus étoffé (v. fig. 2 en pointillé). Partant et aboutissant au même point, l'incision passe sur les bords du pied et sous la plante, 2 centimètres en avant de l'incision décrite pour le Pirogoff-Sédillot.

Pour pratiquer la section horizontale du calcanéum, on aura soin de tordre le pied suivant la manière indiquée par Farabeuf (1). Il est certain que mon incision conserve beaucoup moins de tégu-

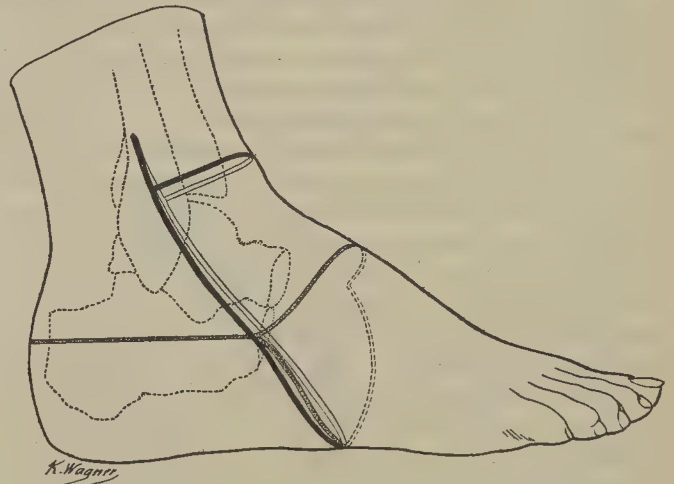


Fig. 11. — *Incision classique* (pointillé) *et incision suffisante pour le Pasquier-Le Fort.*

ments que l'incision classique : la figure 11, qui représente les deux tracés, permet de s'en rendre compte. Mais je crois qu'il y en a encore assez : d'ailleurs, on pourrait allonger un peu le lambeau dorsal, à la condition de ne garder que la peau dans ce qui serait au-dessous de l'interligne tibio-tarsien. Il est certain aussi que lors de l'adaptation par torsion du calcanéum, les lambeaux tordus se présentent mal à la suture, et la cicatrice offrira peut-être des coudures peu esthétiques et imprévues. Peu importe, pourvu que le résultat soit bon, et je crois qu'il peut l'être par cette incision.

Cette technique extra-articulaire des amputations ostéoplastiques tibio-calcanéennes devrait, me sem-

(1) Farabeuf. *Précis de médecine opératoire*, 4e édit., p. 562.

(2) Brissart. *Sur les opérations économiques du pied*, Th. de Paris, 1900-1901, no 588.

(3) Mougenc de Saint-Avid. *Des amputations économiques du pied*, Th. de Paris, 1904-1905, no 86.

(1) Farabeuf. *Précis de médecine opératoire*, 4e édit., p. 567.

ble-t-il, non seulement occuper dans les Traités de médecine opératoire une place égale à celle que tiennent les techniques trans-articulaires, mais elle devrait même prendre la place de ces dernières, qu'il faudrait faire disparaître ou presque. Décrire, comme on le fait, la médecine opératoire des amputations ostéoplastiques tibio-calcanéennes, c'est inculquer des idées fausses aux lecteurs. Je m'explique.

On reconnaît à ces opérations des indications assez multiples. Ces indications sont rarement cherchées dans les lésions du tarse postérieur (traumatismes, plaies articulaires infectées, arthrites suppurées, tumeurs blanches, fistules tuberculeuses), qui sont par essence des lésions articulaires tibio-tarsiennes, puisqu'il faut traverser l'articulation, c'est-à-dire le foyer infecté, pour pratiquer l'opération.

Ce sont donc les lésions du tarse antérieur (écrasements, gelures, arthrites suppurées ou tuberculeuses, fistules bacillaires, maux perforants infectés avec arthrites) qu'on traitera surtout par l'amputation tibio-calcanéenne.

Ces indications me semblent trop étendues et mal posées.

Sans doute dans les lésions du tarse antérieur, le Pirogoff-Sédillot et le Pasquier-Le Fort (qu'on peut alors exécuter par voie transarticulaire) ont donné et donneraient de bons résultats, mais il y a mieux. D'autres opérations existent qui, au lieu d'un pilon rigide et tout d'une pièce, donnent un pilon aussi bien adapté aux pressions, aussi fort, et dont l'extrémité articulée conserve au membre amputé un peu de l'élasticité, de la précision fonctionnelle d'un membre sain. De plus, ces opérations donnent au membre un peu plus de longueur que les ostéoplasties tibio-calcanéennes; il n'est plus besoin avec elles de souliers à talons surélevés pour éviter la boiterie. Ces raisons, la première surtout, expliquent la plus grande sûreté de la marche, la plus grande rareté des traumatismes secondaires qui atteignent les membres partiellement amputés. Ces opérations de choix dans les lésions de l'avant-pied sont au nombre de deux. Quand les téguments seront suffisants, on préférera l'opération de Faure (1) [ostéoplastie tibio-astragalienne) qui par une résection économique qui est presque une arthrodèse tibio-tarsienne, évite le renversement du moignon de Chopart, depuis longtemps signalé et sur lequel a récemment insisté Lapointe (2). Par cette opération qui raccourcit peu le membre, le malade conserve le jeu normal de son articulation sous-astragalienne.

Si les téguments manquent et ne permettent pas la réunion après l'opération de Faure, on pourra enlever complètement l'astragale et mettre le calcanéum dans la mortaise tibio-péronière, après résection de la petite apophyse : les deux surfaces articulaires s'adaptent peu à peu et des mouvements étendus se passent dans cette nouvelle articulation. C'est l'opération décrite par Ricard (1). Elle donne d'excellents résultats comme en témoignent les dix observations de la thèse de Mougenc de Saint-Avid.

Donc dans les lésions de l'avant-pied, l'ostéoplastie tibio-calcanéenne (qui pourrait se faire par voie transarticulaire) n'est pas indiquée et doit céder le pas aux opérations de Faure et de Ricard.

Les seules indications de l'ostéoplastie tibio-calcanéenne doivent être cherchées dans les lésions du tarse postérieur, compliquant des lésions de l'avant-pied. Comme ces lésions du tarse postérieur sont presque toujours articulaires, c'est la technique extra-articulaire qui devra *toujours* être employée, car il est logique d'enlever le foyer d'infection comme une tumeur et non de le traverser pour infecter les sections opératoires secondaires faites en tissus sains. Mais pour que l'opération extra-articulaire reste indiquée et possible, encore faut-il que l'infection ne soit pas passée par contiguïté dans les gaines. Les arthrites tibio-tarsiennes compliquant des écrasements du pied, et les tumeurs blanches tibio-tarsiennes, *avec synovites*, seront logiquement justiciables d'une opération plus élevée, bien qu'il faille tenir compte de ce fait que toutes les fongosités qu'on voit ne sont pas tuberculeuses, mais je ne veux point m'étendre sur la thérapeutique des tumeurs blanches tibio-tarsiennes qui demanderait de longs développements.

Mes conclusions seront : les amputations ostéoplastiques tibio-calcanéennes sont plus rarement indiquées qu'on ne le dit; chaque fois qu'elles le sont, seule la technique extra-articulaire doit être employée.

Quant à l'opération de Samfirescu, qui est en quelque sorte une arthro-ostéoplastie, elle n'est pas plus indiquée que les vraies ostéoplasties tibio-calcanéennes dans les lésions du tarse antérieur; elle ne saurait entrer en ligne avec elles, quand elles sont indiquées, c'est-à-dire dans les lésions tibio-tarsiennes compliquant des lésions de l'avant-pied. Ses seules indications seraient une infection de l'articulation sous-astragalienne combinée à des lésions antérieures : c'est là une éventualité qui doit être exceptionnelle.

L'opération de Jaboulay (2) [le calcanéum sectionné à la Pirogoff est remis dans la mortaise tibio-péronière laissée intacte] doit être rapprochée du Samfirescu, dont elle diffère par la coupe osseuse oblique et le respect du cartilage de la mortaise, beaucoup plus que du Ricard, quoi qu'en dise Patel (3), et semble avoir des indications aussi rares que le Samfirescu. Pratiquée par son auteur pour un cas de gelure, elle a donné un moins bon résultat que la sous-astragalienne faite sur l'autre pied du même malade.

(1) J.-L. Faure. Sur une nouvelle amputation ostéoplastique du pied, *Presse méd.*, 13 fév. 1897, p. 69.

(2) Lapointe. L'amputation de Chopart. Étude sur le renversement du moignon, *Revue de chir.*, 1901, fév., t. XXIII, p. 236, mars, p. 380.

(1) Ricard. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1897, p. 266.

(2) Jaboulay. *Revue d'orthop.*, 1891.

(3) Patel. De la conservation de la mortaise tibio-péronière et de l'absence de suture osseuse dans les amputations partielles du pied (procédé de Jaboulay), *Lyon méd.*, 1900, XCIV, p. 42.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1905)

Les statistiques de la mortalité. — Nous avons, dans notre dernier compte rendu, signalé un rapport de M. NETTER qui avait eu la bonne fortune de retenir l'attention de l'Académie, mais en vain, puisque personne n'en avait entendu un mot. Aujourd'hui que nous sommes en possession du rapport imprimé de M. Netter, nous pouvons en parler et l'Académie a pu le discuter. Il s'agit de la proposition faite, à deux reprises, en 1900 et en 1904, par M. Fernet, de mentionner sur les feuilles de décès l'alcoolisme et la syphilis.

Cette proposition a été renvoyée à la Commission d'hygiène et c'est au nom de cette commission que M. Netter a été chargé de ce rapport.

Tout le monde comprend l'intérêt que présenteraient les renseignements réclamés. Mais il n'est pas si aisé de les mettre en pratique, par suite d'un accord international qui a déterminé, en 1900, les rubriques des statistiques hebdomadaires et annuelles. L'alcoolisme et la syphilis y figurent bien, mais non tous les états pathologiques qui en dérivent, si bien que, d'après les statistiques actuelles, la syphilis et l'alcoolisme sembleraient des causes de mort peu fréquentes.

M. Fernet propose d'ajouter à la feuille de décès les lignes suivantes :

L'alcoolisme.... La tuberculose.. La syphilis.....	est la cause	principale / accessoire	du décès.

Le médecin soulignerait les indications s'appliquant au cas et barrerait les autres.

On aurait certainement de cette façon des renseignements très utiles.

Mais l'addition proposée par M. Fernet est-elle d'une réalisation très facile ? M. Netter ne le croit pas. Il rappelle la façon dont fonctionne actuellement le service des statistiques.

Est-ce à dire qu'on ne peut en aucune façon donner suite à la proposition de M. Fernet ?

« Il nous a semblé, dit M. Netter, qu'un moyen s'offrait à nous pour une partie importante de la population parisienne, celle qui est soignée dans nos hôpitaux. Dans les hôpitaux, en effet, les médecins chefs de service font fonctions de médecin de l'état civil. Après chaque décès, ils reçoivent une feuille double sur laquelle ils inscrivent deux fois la cause de la mort. La première moitié de cette feuille, note statistique impersonnelle, porte seulement un numéro d'ordre et est envoyée au service statistique. La deuxième moitié sert de certificat de décès.

Il serait facile de faire figurer sur la note statistique impersonnelle les lignes dont l'addition est proposée par M. Fernet et d'indiquer ainsi pour chaque décès hospitalier la part de l'alcool, de la syphilis et de la tuberculose.

M. le docteur Bertillon, dont le concours est toujours assuré quand il s'agit de vulgariser les enseignements de la statistique, a déjà fait état des questions demandées par M. Fernet.

Les nouvelles feuilles de décès qui sont soumises actuellement au corps médical des hôpitaux portent au paragraphe 9 :

La maladie principale a-t-elle.....	l'alcoolisme / la syphilis	pour cause	directe ? / indirecte ?

(Biffer les mots qui ne s'appliquent pas au décédé.)

Si l'Académie accueille favorablement la proposition qui lui est soumise, elle recommandera ce paragraphe à l'attention des médecins traitants.

Il ne faut pas se dissimuler toutefois que bien des médecins négligeront d'en tenir compte et que la statistique additionnant les résultats signalés arriverait à des chiffres bien inférieurs à la réalité.

Pour obtenir des renseignements vraiment utiles, il conviendrait qu'un certain nombre de médecins, chirurgiens, accoucheurs des hôpitaux, aliénistes des hôpitaux ou des asiles, prissent à cœur cette question vraiment digne de tout leur intérêt.

Les renseignements fournis par eux seraient centralisés par chaque corps et ainsi au bout de peu d'années on obtiendrait des documents vraiment démonstratifs.

Nous ne doutons pas que de nombreux collaborateurs se voueraient à cette tâche utile.

En résumé, la Commission propose :

1° D'approuver la proposition de M. Fernet et en conséquence les modifications déjà effectuées par M. Bertillon dans les feuilles de décès soumises au corps médical hospitalier de Paris, et d'attirer sur ces modifications l'attention du corps médical ;

2° Elle estime, en outre, qu'il conviendrait d'inviter les sociétés des médecins, chirurgiens, accoucheurs des hôpitaux, médecins aliénistes des hospices et asiles à proposer, à ceux de leurs membres qui voudraient bien s'intéresser à cette question, de faire des statistiques personnelles qui seraient ultérieurement centralisées et dépouillées par les soins de ces sociétés. »

Une discussion un peu confuse s'est élevée, dans cette séance, au sujet de ce rapport.

M. FOURNIER a tout d'abord démontré qu'il est impossible de connaître, dans l'état actuel des choses, la mortalité de la syphilis. En effet, on ne déclare jamais la mort par syphilis, ni en ville, ni à l'hôpital. Dans ces conditions, il n'y a donc pas de statistique possible, et M. Fournier ne manque pas de faire remarquer combien cela est regrettable.

Les propositions du rapport de M. Netter sont mises aux voix; plusieurs membres font observer que l'Académie n'a pas à tenir compte des modifications apportées par M. Bertillon dans le service des statistiques. En conséquence, on vote la suppression de la phrase qui le concerne dans la première proposition de M. Netter.

La seconde proposition est adoptée.

Analyse de l'air respiré. — M. GRÉHANT en imitant les expériences de Paul Bert, a fait respirer à un chien en deux séances séparées par quarante-huit heures, 300 litres d'air contenus dans un sac de caoutchouc et il a fait d'heure en heure l'analyse de l'air vicié par l'animal, l'inspiration et l'expiration ayant lieu dans le sac par une muselière de caoutchouc sans soupapes; M. Gréhant a obtenu par l'analyse, les nombres suivants dans 100 centimètres cubes d'air confiné :

	Acide carbonique.	Oxygène.
Au bout d'une heure.......	3,3	15,6
— de deux heures....	6,1	9
— de trois heures....	7,3	8,4
— de quatre heures...	9,15	6
— de cinq heures....	12,1	3,3

Au bout de cinq heures, l'animal a présenté un arrêt complet de la respiration et de la circulation, l'air vicié contenant 3cc3 ou environ six fois moins d'oxygène que l'air pur et la proportion élevée de 12 centimètres cubes d'acide carbonique.

Les manœuvres de respiration artificielle faites sur le thorax, les tractions rythmées de la langue du docteur Laborde et l'insufflation d'oxygène dans les voies aériennes ont ramené l'animal à la vie.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'accouchements, en remplacement de M. Hervieux. Le classement des candidats était le suivant : en première ligne, M. Doléris; en deuxième ligne, M. Bar; en troisième ligne *ex æquo*, MM. Lepage et Maygrier. Au premier tour, M. Doléris a été nommé par 59 suffrages sur 81 votants.

ANALYSES

MÉDECINE

Quelques formes rares d'épilepsie. (William Spratling. *St-Louis med. Journ.*, 23 septembre 1905, p. 253.) — Peu de médecins, au cours de leurs études, ont eu l'occasion d'observer les différentes formes d'épilepsie. L'auteur fait remarquer qu'on ne peut plus parler actuellement de l'épilepsie comme d'une manifestation clinique univoque. A propos des *équivalents psychiques*, il émet l'opinion qu'ils existent rarement comme une affection complètement indépendante, mais qu'ils sont au contraire concomitants d'une attaque atténuée qu'une observation très attentive peut seule révéler. Une attaque épileptique survenant la nuit peut donner lieu le lendemain à des troubles mentaux pouvant être pris pour un équivalent épileptique. L'*épilepsie psychique* doit être différenciée des équivalents psychiques; elle s'en distingue par l'absence totale de troubles musculaires. A signaler également l'*épilepsie tétanoïde* : l'attaque ordinaire se divise en deux phases, l'une tonique, la seconde clonique; dans l'épilepsie tétanoïde les contractions toniques dominent la scène et peuvent simuler le tétanos. La crise s'achève sans contractions cloniques. Cette forme peut être mortelle. L'*épilepsie myoclonique* a été signalée par Unverricht sous le nom d'épilepsie familiale. Elle est caractérisée par des contractions musculaires paroxystiques, bilatérales, rapides, siégeant au tronc et aux extrémités et coïncidant avec le grand mal épileptique. Elle est habituellement héréditaire, survient dans l'adolescence et succède souvent à des crises épileptiques typiques. Cette forme est moins curable que les autres et n'est guère compatible avec une longue survie. A. HOUSQUAINS.

CHIRURGIE

Appendicostomie. (J. P. Buttle. *American Journal of Surgery*, juin 1905.) — Buttle décrit en détail le manuel de cette opération, envisagée comme temps préliminaire de la médication topique des colites rebelles, et qui, d'après les auteurs qui s'en sont occupés récemment, évite les inconvénients de la cæcostomie. Après préparation du malade comme pour une opération d'appendicite à froid, l'abdomen est ouvert par la méthode intermusculaire : une incision de 2cm5 à 4 centimètres est suffisante pour tous les cas non compliqués. L'appendice une fois trouvé est amené à la surface, on lie l'artère principale et on le dépouille de son mésentère jusqu'à sa jonction avec le cæcum. Puis l'on passe à l'angle inférieur de la plaie un point qui fixe la base de l'appendice à la paroi : de même un point analogue à l'angle supérieur de la plaie. Ces deux points doivent passer dans la couche musculaire du cæcum au niveau de la naissance de l'appendice. Puis suture du péritoine et de la paroi. Enfin deux points rattachent l'appendice à la peau. Pansement. Après trente-six heures, on enlève le pansement : d'ordinaire la pointe de l'appendice est nécrosée à la suite de la ligature de l'artère du méso-appendice; l'appendice est réséqué à environ 6 millimètres de la peau. On dilate doucement la lumière de l'appendice et l'on introduit une sonde en caoutchouc n° 10 ou 12, qu'on enfonce d'environ 10 centimètres, puis autour de laquelle on lie fortement l'appendice. De cette façon, ni matières ni liquides intestinaux ne peuvent s'échapper par l'orifice cutané. La sonde est coupée à environ 5 centimètres de la peau et est fixée par une épingle de sûreté. Les lavages peuvent être commencés de suite. L'ouverture ne se ferme pas spontanément, mais une simple cautérisation arrive à ce résultat. Cette opération diffère de celle proposée par Arthur en ce que ce dernier fixait la pointe de l'appendice à la peau, et non la base, ce qui fait que lorsqu'il voulait obtenir la fermeture de la fistule, il n'avait qu'à libérer l'appendice et le réséquer.

FAXTON E. GARDNER.

Les kystes du vagin. (Thomas S. Cullen. *Bull. of the Johns Hopkins Hospital*, juin 1905, vol. XVI.) — Dans ce travail extrêmement complet sur la question, l'auteur a réuni 53 observations de kystes du vagin observés au Johns Hopkins Hospital de 1893 à 1904. Ces observations sont réunies dans un tableau, et accompagnées de 21 figures. Le mémoire est suivi de la bibliographie de cette affection.

En débutant l'auteur donne la description de la structure normale du vagin. Une question a été souvent agitée, c'est de savoir si normalement le vagin contient des glandes. Pour Cullen cela ne fait pas de doute, on trouve des glandes revêtues de cellules cuboïdales ou cylindriques, mais seulement chez un cinquième environ des cas examinés.

Cullen montre ensuite les rapports du vagin avec divers débris embryonnaires : conduit de Gartner, restes du conduit de Müller, et aussi avec des uretères anormaux. En effet quand il y a un uretère surnuméraire d'un côté, l'uretère le plus bas occupe la situation anormale, l'uretère le plus élevé passe en dedans de lui en rapport intime avec les parois vaginales.

Cullen explique ensuite comment les lésions de vaginite, les déchirures vaginales de l'accouchement, les opérations de reconstitution après les déchirures du périnée peuvent devenir l'origine de kystes du vagin. Pour ces deux dernières variétés, les plus fréquentes, il faut toujours incriminer l'inclusion dans la cicatrice d'une parcelle de muqueuse vaginale.

Passant à la description des 53 cas observés, Cullen en attribue 26 à l'inclusion au cours de périnéorraphies ou de cicatrisations spontanées de déchirures du périnée. Leur situation dans du tissu de cicatrice ne laisse aucun doute à cet égard. Dans 3 autres cas il attribue leur origine à des glandes vaginales.

Onze autres kystes semblent provenir de vestiges du conduit de Gardner. Leur situation sur les parois latérales du vagin, leur aspect souvent fusiforme, la présence d'une paroi profonde plissée alors que la paroi superficielle est lisse et dilatée, les fera reconnaître. On peut les trouver jnsque dans les culs-de-sac du vagin et dans le tissu même du col utérin.

Dans 3 cas, l'auteur est obligé d'attribuer l'origine des

kystes aux glandes de l'urètre. En effet ces kystes de la paroi antérieure en rapport intime avec la paroi urétrale, présentaient une structure identique à la muqueuse de ce canal.

Enfin dans 9 cas l'auteur n'a pas pu établir l'origine exacte des kystes.

Cullen rappelle enfin un cas très curieux de petits kystes gazeux multiples et éphémères qu'on observe quelquefois et exclusivement chez les femmes enceintes. Il opine pour leur origine infectieuse.

Il cite pour mémoire les kystes hydatiques du vagin et termine par des considérations générales sur les symptômes et le traitement des kystes du vagin. M. LANCE.

Résection de 4 mètres d'intestin grêle. (V. PAUCHET. *Gaz. méd. de Picardie*, nov. 1905.) — Il s'agit d'un malade qui a subi à l'Hôtel-Dieu d'Amiens il y a deux mois la suppression de 4 mètres d'iléon et de la partie correspondante du mésentère.

Il était porteur d'une hernie inguinale volumineuse et irréductible. Cette tumeur le gênait et l'empêchait de travailler.

La hernie ne contenait que l'iléon et un mésentère gras, épais, plissé et dont les feuillets étaient fusionnés. Ne pouvant réduire, ni en partie ni en totalité, la masse intestinale, M. Pauchet fut obligé de couper au ras de l'anneau inguinal tout le contenu iléo-mésentérique.

Le mésentère pouvait peser 500 à 600 grammes.

Les élèves du service de l'Hôtel-Dieu mesurèrent séance tenante l'intestin enlevé. *Il mesurait exactement 4 mètres!* M. Pauchet fit une anastomose latérale à l'aide d'un bouton, celui-ci fut éliminé au bout de quinze jours.

Cet homme quitta l'hôpital au bout d'un mois environ; revenu chez lui il mangea et but comme jadis; ce régime ordinaire fut désastreux. Il était atteint d'une diarrhée incoercible; aussitôt pris, les aliments étaient expulsés par l'anus incomplètement digérés.

M. Pauchet le mit au régime sec et lui recommanda l'usage des pâtes, purées, etc., le résultat fut immédiat; depuis ce temps il présente une ou deux selles par jour et supporte fort bien la nourriture.

Il est possible que le régime végétarien lui allonge l'intestin et le ramène à ses dimensions primitives. L. GAYARD.

Un cas de fibrome de l'iléon avec obstruction intestinale par invagination; entérotomie; guérison. (H. A. ROYSTER. *Medical Record*, vol. LXVIII, n° 6, 5 août 1905, p. 220-222.) — Un homme de quarante-deux ans entre à l'hôpital pour des troubles intestinaux chroniques, accompagnés quelquefois de vomissements. Quatre mois avant son entrée, aggravation, douleurs intenses dans la région iliaque gauche, durant d'une à deux heures, et se reproduisant d'abord toutes les semaines, puis à intervalles de plus en plus rapprochés. Constipation habituelle, amaigrissement, température normale. Au moment de l'entrée, le malade n'avait pas eu de selle depuis quatre jours, l'abdomen était distendu; le côlon descendant était mat, et à la palpation, l'on distinguait une masse du volume du poing, du côté interne du côlon descendant. Vomissements fécaloïdes. Le traitement médical réussit à lever l'obstruction, et le lendemain, la masse est beaucoup plus petite et mobile. Laparotomie le long de la ligne semi-lunaire gauche : la masse est formée par une portion de l'iléon, invaginée et tordue. L'invagination se réduit sans difficulté et l'on trouve une tumeur dans la lumière de l'intestin. Une incision d'un pouce de long sur le bord libre de l'intestin met à nu cette tumeur, sphérique, lisse, de la dimension d'une grosse noix, avec un pédicule naissant de la sous-muqueuse près de l'insertion mésentérique. Incision elliptique autour du pédicule, excision de la tumeur et suture de la muqueuse. Puis suture de l'incision intestinale. Guérison sans incidents. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un fibrome pur.

Les cas de ce genre ne sont pas tellement rares. L'auteur passe en revue les traitements proposés. Quand elle est possible, l'entérotomie suivie de suture est préférable à la résection. L'incision elliptique de la muqueuse avec énucléation complète du pédicule est préférable à la pratique plus courante qui consiste à traverser le pédicule, lier les deux moitiés séparément et exciser la tumeur à une certaine distance des ligatures. FAXTON E. GARDNER.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la quarante-septième semaine, 872 décès, au lieu de 765 pendant la semaine précédente (moyenne 886).

La fièvre typhoïde a causé 3 décès (moyenne 9). Le nombre des cas nouveaux est de 34, au lieu de la moyenne 51.

La variole a causé 2 décès (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 21, au lieu de 16 pendant la semaine précédente (moyenne 28).

La rougeole a causé 8 décès, au lieu de 7 pendant la semaine précédente, la moyenne est de 4; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 267, au lieu de 266 et 166 précédemment. Le chiffre correspondant des années précédentes était environ 66. Les quartiers de la Porte-Saint-Martin, de l'hôpital Saint-Louis, de la Folie-Méricourt, sont, comme précédemment, ceux où la rougeole est le plus souvent signalée. Il y faut joindre Auteuil. Les décès sont d'ailleurs très rares, les quartiers que nous venons d'énumérer n'en comptent, au total, que 2.

La scarlatine a causé 1 décès, au lieu de la moyenne 2; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 55, il s'élevait à 49 pendant la semaine précédente, la moyenne est 51. La coqueluche a causé 3 décès (moyenne 2). La diphtérie a causé 6 décès (moyenne 8); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 71, au lieu de 54 pendant la semaine précédente, et de la moyenne 79.

La diarrhée infantile a causé 25 décès de 0 à 1 an, chiffre identique à la moyenne, au lieu de 18 pendant la semaine précédente.

En outre, 20 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 142 décès, au lieu de 113 pendant la semaine précédente (moyenne 142). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 11 décès (moyenne 9); bronchite chronique, 23 (moyenne 22); pneumonie, 29 (moyenne 33); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 79 (moyenne 78), dont 27 sont dus à la congestion pulmonaire et 34 à la broncho-pneumonie.

En outre, 5 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 174 décès; la méningite tuberculeuse, 19; la méningite simple, 6; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 20 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 61 décès; les maladies organiques du cœur, 70 (moyenne 61); le cancer, 59; la hernie et l'obstruction intestinale, 8; la cirrhose du foie, 16; la néphrite, 35; enfin, 36 vieillards sont morts de débilité sénile.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 140. — SAMEDI 9 DÉCEMBRE 1905. 78e ANNÉE. SAMEDI 9 DÉCEMBRE 1905. — N° 140.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
La myosite ossifiante progressive ou maladie de Munchmeyer, par MM. Péhu et R. Horand.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de chirurgie.
LIVRES NOUVEAUX
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Mutations. — Par suite de la retraite de MM. Lucas-Championnière, Monod et Peyrot, les mutations suivantes ont lieu parmi les chirurgiens des hôpitaux :

M. Guinard passe à l'Hôtel-Dieu, M. Beurnier à Saint-Louis, M. Faure à Tenon, M. Mauclaire à Bicêtre, M. Thiéry à Ivry, M. Nélaton à Boucicaut, M. Chaput à Lariboisière, M. Rochard à Saint-Louis, M. Legueu à Tenon, M. Lejars à Saint-Antoine et M. Demoulin à Tenon.

Concours de l'internat. — Le jury est définitivement composé de MM. Claude, Bernard, Rist, Morel-Lavallée, Barth, Mauclaire, Launay, Legueu, Gosset et Boissard.

ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE A PARIS. — Un concours pour la nomination à dix places de médecin de l'assistance médicale à domicile sera ouvert le mercredi 21 février 1906, à midi, à la salle des concours de l'Administration de l'assistance publique, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (service du personnel), de midi à trois heures, du jeudi 4 janvier 1906, au samedi 3 février inclusivement.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — La séance annuelle aura lieu le mardi 12 décembre 1905, à trois heures.

Ordre du jour : 1° Rapport général sur les prix décernés en 1905, par M. Motet, secrétaire annuel;

2° Proclamation des prix, par M. Léon Colin, président;

3° Eloge de Panas, par M. Jaccoud, secrétaire perpétuel.

ACADÉMIE DES SCIENCES MORALES ET POLITIQUES. — L'Académie des sciences morales et politiques propose les sujets de concours pour les prix suivants :

Prix du Budget (économie politique), de la valeur de 2000 francs, à décerner en 1909 : « La situation et le rôle de la femme dans les institutions de prévoyance. »

Prix Stassart (morale), de la valeur de 3000 francs, à décerner en 1909 : « Des causes et conséquences morales et sociales de la diminution de la natalité française et des théories et propagandes récentes qui peuvent en aggraver les dangers. »

Les mémoires présentés pour ces divers concours devront être déposés au secrétariat de l'Institut avant le 31 décembre 1908, terme de rigueur.

L'Académie, à la veille de sa séance publique annuelle, fixée au 9 décembre, rappelle à l'auteur du mémoire suivant qu'il doit écrire sur-le-champ au bureau de l'Académie s'il veut que son nom soit proclamé :

Prix Félix de Beaujour. — « Lutte contre l'alcoolisme, » mémoire n° 10, ayant pour devise : « Pour obtenir que les choses soient comme on pense qu'elles devraient être, il faut d'abord les bien connaître telles qu'elles sont. » (Récompense de 1000 francs.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du professeur von Leuthold, médecin de l'empereur d'Allemagne, attaché à l'état-major général de l'armée.

HOPITAL BROCA. — M. le docteur Thibierge commencera le dimanche 10 décembre, à dix heures du matin, des leçons sur les maladies de la peau et la syphilis (avec présentation de malades) et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

HOPITAL LAENNEC. — M. le docteur E. Barié commencera ses leçons de clinique et de thérapeutique sur les maladies du cœur le mercredi 13 décembre, à dix heures, et les continuera chaque semaine au même jour et à la même heure.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fêtes de Noël et du Jour de l'An.* — A l'occasion des fêtes de Noël et du Jour de l'An, les coupons de retour des billets d'aller et retour, délivrés à partir du 23 décembre 1905, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 8 janvier 1906.

REVUE GÉNÉRALE

LA MYOSITE OSSIFIANTE PROGRESSIVE

OU MALADIE DE MUNCHMEYER

Par MM. PÉHU,
Chef de clinique infantile à la Faculté de médecine de Lyon,
Et R. HORAND,
Interne des hôpitaux de Lyon.

I

Définition. — La myosite ossifiante diffuse progressive est une affection de l'appareil locomoteur, caractérisée par la formation de masses osseuses dans les muscles, les aponévroses, les ligaments, les os et aboutissant à une véritable pétrification de l'être vivant.

II

Historique. — La myosite ossifiante a d'abord été signalée en Angleterre et en Allemagne où elle est actuellement bien connue. En France, malgré quelques observations éparses, c'est une affection encore mal étudiée. Au total il existe à l'heure actuelle une soixantaine d'observations publiées.

Deux médecins anglais, John Frecke (1740) et John Copping (1741), relatent des faits qui sont les premiers vestiges de cette étrange maladie. Henry (1759), Ambrosius Bertrandi (1792) en publient quelques observations. David Rodgers, en Amérique, puis en France, Testelin et Dambressi (1839), enrichissent la science d'un cas indiscutable de myosite ossifiante progressive avec relation d'autopsie.

En 1860 Bulhac sépare les ostéomes musculaires, tumeurs d'origine traumatique (chez les cavaliers surtout), de la myosite ossifiante progressive, maladie de l'enfance mal déterminée.

Munchmeyer en 1869 réunit 12 cas et après une étude très approfondie de la question nomma l'affection nouvelle *myosite ossifiante diffuse progressive.* Le nom de Munchmeyer restera désormais attaché à l'histoire de cette maladie.

Gerber en 1875 soutient une thèse sur cette question : il a le mérite d'avoir cherché à préciser de nombreux points; il a signalé les malformations des pouces et des gros orteils.

Mays en 1878 fait les premières recherches histologiques. Il démontre que la myosite ossifiante progressive ne constitue pas à proprement parler une myosite, mais provient d'une prédisposition congénitale particulière de l'organisme à fabriquer de l'os dans les éléments conjonctifs de l'appareil locomoteur, au niveau des os, des tendons, des aponévroses et *du tissu conjonctif intramusculaire.*

Les mémoires se succèdent ensuite sans apporter aucun fait nouveau.

En 1897 Pincus insiste sur les traumatismes obstétricaux comme cause de la myosite ossifiante progressive et il donne une nouvelle théorie pathogénique de l'affection.

La revue générale de Weill et Nissim et la thèse de Nissim (1897-98) sont les premiers travaux français sur cette affection alors peu connue.

En 1902, Ménard et Tillaye publient dans la *Revue d'orthopédie* une observation détaillée. Nous citerons en terminant les matériaux accumulés par Rivalta (1902), Oppenheim (1903), Rager (1903), Schutz (1904), Michelsohn, Comby et David (1904).

III

Étiologie. — Elle est mal connue. Certaines races seraient plus éprouvées que d'autres. Nissim a trouvé les chiffres suivants pour chaque pays.

Allemagne	22 cas.
Angleterre	22 —
Amérique	4 —
France	5 —
Russie	2 —
Autriche	1 —
Suisse	1 —
Suède	1 —
Hongrie	1 —
Hollande	1 —
Australie	1 —
Roumanie	1 —

Les garçons sont les plus atteints. Sur une statistique de 24 cas Lejars trouve 5 cas seulement ayant trait à des jeunes filles. Dans le sexe féminin l'affection débuterait plus tôt. Cette maladie apparaît généralement à un âge très précoce, parfois dès les premiers jours de la vie, ou dans les premiers mois de l'existence (sixième, septième et huitième mois).

Kummel a publié l'histoire d'un garçon de treize ans, chez qui l'affection fut constatée (difformité du dos et des vertèbres) par sa nourrice dès l'âge de quatorze jours.

IV

Symptomatologie. — La myosite ossifiante diffuse progressive présente généralement trois périodes distinctes au cours de son évolution.

Première période. — Cette première phase de l'affection est surtout caractérisée par les déformations des masses musculaires.

Le *début* de l'affection a souvent lieu dans les trois premières années de la vie, quelquefois dans les premiers mois, plus rarement à dix-huit ou vingt ans, sans cause connue, à l'occasion d'une chute, d'un traumatisme, d'un rhumatisme ou d'une maladie infectieuse, telle que la coqueluche.

Sans douleurs vives, ni réaction intense, une tumeur de consistance pâteuse d'abord, puis plus ferme, fibreuse. et plus tard osseuse, se développe au niveau de plusieurs masses musculaires. Il s'établit peu à peu une série de déformations, découvertes par hasard.

Les muscles les premiers envahis sont ceux de la nuque ou de la colonne vertébrale. Tandis que les apophyses épineuses se tuméfient en masse, deviennent plus ou moins arrondies à leur sommet, le rachis se dévie, la tête s'infléchit et s'incline de côté, la nuque est rigide. Quelquefois le début est plus

bruyant : les phénomènes initiaux s'accompagnent d'un léger état fébrile, la température monte aux environs de 38 degrés le matin, 38°5 le soir. *C'est la première poussée* : les muscles deviennent douloureux ou sont seulement endoloris, leur gaine se gonfle plus ou moins irrégulièrement, les tissus de la région sont œdémateux, fluctuants; la peau est chaude, violacée, avec un réseau veineux supplémentaire. Les ganglions correspondants peuvent être engorgés. Puis pendant trois ou quatre jours, la tumeur augmente de volume, s'indure; les douleurs présentent des exacerbations paroxystiques, puis cessent vers le sixième jour. On constate alors, faisant corps avec les muscles, des masses tantôt arrondies, tantôt irrégulières ou sillonnées de crètes, « côtes saillantes » séparées par des intervalles de tissu musculaire de consistance normale. Ici tuméfaction molle, caoutchoutée, là, plaque fibreuse, dure, ne donnant pas la sensation de l'exostose; ailleurs, c'est une tumeur véritablement osseuse. En explorant à la main le sterno-mastoïdien, l'on a alternativement ces impressions différentes. Deux cas peuvent se produire : ou bien *restitutio ad integrum*, la tumeur fond, le muscle récupère ses fonctions : c'est là une terminaison rare; ou bien le plus fréquemment l'œdème disparaît, la consistance de la masse devient telle qu'il est impossible de la différencier de l'os.

Deuxième période. — Les ostéomes apparaissent. Lorsque les tumeurs sont assez superficielles, la peau qui les recouvre semble leur adhérer intimement; on ne peut ni la plisser, ni la pincer; elle est tendue et amincie. Si la tumeur comprime quelques veines profondes, il peut se faire des dilatations variqueuses plus ou moins étendues. Ces masses osseuses sont indolores en général. Roger et Minkiewitch ont vu cependant des douleurs très vives provoquées par le moindre mouvement des malades. Tout le muscle peut être transformé en un tissu osseux ou fibreux. Ou bien le corps charnu seul est pris, les insertions tendineuses respectées, l'ensemble rappelant l'aspect d'un os sésamoïde et mobile. Cependant dans quelques observations, on signale que les deux extrémités tendineuses sont prises, le muscle lui-même étant respecté. C'est ce que l'on observe au niveau des tendons du grand pectoral et du grand dorsal dont les bords inférieurs sont rigides. Il n'est pas jusqu'aux muscles qui semblaient épargnés tout d'abord par l'ossification qui ne se ressentent de la poussée œdémateuse du début. Ils sont atrophiés et même fibreux. On a cherché la réaction musculaire, l'état du muscle dans la myosite ossifiante.

Normale dans les muscles sains, faible dans les muscles en partie atteints, la contraction faradique est nulle dans les muscles fibreux ou ossifiés. La sensibilité électrique est très diminuée (1). A cette étape, la masse osseuse peut encore disparaître complètement, ou bien se réunissant au squelette sus-jacent elle semble former une puissante exostose ou parostose.

Deux mois et demi environ se sont écoulés depuis le début de la première poussée, les attitudes vicieuses vont s'installer. Il s'est fait à plusieurs reprises *des poussées subaiguës pseudo-inflammatoires* analogues à celle du début soit en des points différents, soit, ce qui est plus rare, dans une même région.

Les *échanges nutritifs* sont normaux (Skinner Kohts, etc.).

L'analyse des urines a donné parfois des résultats contradictoires, probablement parce qu'elle n'a pas été faite toujours aux mêmes périodes de la maladie.

Munchmeyer a noté la diminution des phosphates dans les urines pendant la période aiguë (1gr31 au lieu de 3 grammes).

Nissim a trouvé :

Chlorure de sodium....	8gr70 par litre.
Phosphate	2gr70 —
Urée	2gr2 —
Acide urique..........	0gr52 —

Pinter a trouvé une diminution de tous les éléments qui entrent dans la composition de l'urine, sauf pour l'urée et le chlorure de sodium.

Dittmeyer dit que, dans son cas, il y avait accroissement des sels de phosphate; résultat en contradiction avec ceux des autres auteurs.

Les analyses qui ont été faites des urines du malade de M. Nové-Josserand et R. Horand à la Charité ont donné :

Urée	3gr2
Acide phosphorique total......	1gr37
Acide des phosphates terreux..	0gr15
Chlorure de sodium...........	4gr28
Matières minérales totales.....	8 gr.

Von Noorden, dans une séance de la Société de médecine de Berlin (27 juin 1894) où fut présenté un cas de Virchow, vu d'ailleurs dans plusieurs pays, fit remarquer qu'il faut tenir compte de l'élimination quotidienne de la chaux, non seulement dans l'urine, mais encore et surtout dans les matières fécales. Même il avance que si la quantité de chaux excrétée prématurément par ces deux voies est inférieure à celle introduit pour l'alimentation, c'est une indication formelle que le myosite est en voie d'accroissement. L'analyse des éléments calciques peut donc être un moyen favorable pour évaluer la marche de la maladie.

Hors les périodes aiguës de gonflement musculaire, la température reste normale.

Munchmeyer a signalé un refroidissement subjectif et objectif des membres dû, suivant lui, à l'œdème avec poussées sudorales.

Enfin, il est fréquent d'observer chez les malades atteints de myosite ossifiante des *anomalies congénitales surajoutées*.

Ce sont : Absence de la première phalange du pouce et du gros orteil (Pinter, Willet).

Microdactylie (Pincus, Carter).

(1) Pinter a obtenu avec un courant galvanique ;
C. F. P. avec le minimum d'éléments;
C. F. N. avec quelques éléments;
C. N. O. avec un grand nombre d'éléments;
et finalement tétanisation avec C. F. N.
Ces recherches sont dangereuses. Munchmeyer a vu survenir à la suite d'applications intempestives la cyanose et des accidents d'asphyxie.

Hallux valgus congénital (Pincus, Willet, Nové-Josserand et Horand).

Absence de muscles fléchisseurs propres du pouce (Partsch).

Difformités des cinquièmes doigts des deux mains (Furstner).

On peut trouver d'autres stigmates de dégénérescence du côté de la face.

Troisième période. — Tous ces troubles musculaires ne vont pas sans déterminer des phénomènes concomitants. La colonne cervicale s'infléchit. Elle semble former une masse compacte, rigide; le ligament de la nuque devient une arête épaisse et noueuse. Les muscles postérieurs et latéraux du cou sont ossifiés. Les muscles longs du dos forment une seule masse, l'ossification des rhomboïdes, des trapèzes, des muscles vertébraux transforment le dos en une carapace osseuse, garnie de bosselures et de dépressions. La peau est pâle, épaisse, adhérente aux masses sous-jacentes. Le thorax proémine en arrière, tantôt à droite, tantôt à gauche. La flexion et l'extension de la colonne sont devenues très limitées. Les muscles du bras et de l'avant-bras sont pris et ont donné une ankylose du coude. Aux membres inférieurs le psoas maintient la cuisse dans une demi-flexion et en rotation en dehors.

Les grandes articulations du bassin sont immobilisées par suite de l'ossification des muscles pelvi-trochantériens. Lorsque la musculature de l'appareil locomoteur est détruite, lorsque les masséters et les ptérigoïdiens sont envahis, l'aspect du malade est saisissant. Transformé en un bloc unique, on peut soulever son corps, comme on soulève un cadavre gelé, par une de ses extrémités.

Les cuisses sont en flexion légère, le tronc légèrement penché en avant, les bras croisés sur la poitrine, l'ensemble du corps a une attitude qui l'a fait comparer à « la statue de la désolation en prière ». Le patient ne peut se tourner dans son lit. Immobilisé complètement, il attend son heure dernière dans une résignation étrange, sans proférer une plainte, sans une lamentation et cependant son intelligence est intacte, son regard vif, son visage mobile, il ne semble pas souffrir.

La sensibilité cutanée est intacte.

La réflectivité peu modifiée.

Les organes des sens, sont rarement touchés, Zollinger a cependant trouvé une amaurose avec une plaque osseuse dans la choroïde.

Lorsque l'affection a un début précoce, elle a pu retentir sur les fonctions sexuelles, chez la femme les règles se montrent tard (Munchmeyer) ou jamais (Florschutz). Les seins peuvent être atrophiés. Chez l'homme la virilité fait défaut. Il peut y avoir arrêt de développement du pénis et du scrotum.

V

Complications. — Elles peuvent être mécaniques, infectieuses ou nerveuses. Beaucoup ont été signalées; peu sont à retenir. On peut les classer en trois groupes différents,

α. *Mécaniques.* — Ce sont des ankyloses de la plupart des articulations.

Des poussées œdémateuses du côté de la région sous-maxillaire et du côté du larynx causent une dysphagie, et des troubles de la phonation et de la respiration.

L'envahissement progressif des muscles respirateurs détermine une dyspnée mécanique.

β. *Infectieuses.* — La gène mécanique de la fonction respiratoire par suite de l'envahissement progressif des muscles du thorax provoque des bronchites répétées, de la congestion pulmonaire; souvent ce sont la bronchopneumonie ou la tuberculose pulmonaire qui emmènent le malade. Les adénites cervicales ont été observées au cours de la myosite ossifiante.

γ. *Nerveuses.* — On a noté des attaques d'épilepsie. D'autres ont signalé l'incontinence d'urine (Studgard et Roger); mais est-elle bien une véritable complication, n'est-elle pas une simple coïncidence? on sait combien est fréquente cette affection dans la seconde enfance.

VI

Evolution. — L'évolution est lente, la maladie procède par poussées successives avec des stades de repos plus ou moins longs en dix ou douze ans en général.

L'ossification peut rester silencieuse pendant de nombreuses années, mais elle finit par envahir tous les muscles striés. Progressivement la musculature thoracique est envahie, la respiration perd son caractère ordinaire, prend le type abdominal; elle est accélérée et peu à peu entravée.

Les muscles de la nuque d'abord, puis du dos, du cou jusqu'au plancher de la bouche sont bientôt pétrifiés. Seuls le cœur, la langue, le diaphragme, les sphincters, les muscles du larynx, du périnée semblent échapper au processus ossifiant.

A la face les muscles masséters seuls sont envahis par le tissu osseux.

L'envahissement des muscles des mâchoires s'observe d'ordinaire tardivement dans l'évolution de l'affection; cependant quelquefois l'articulation temporo-maxillaire peut être d'emblée immobilisée et réclamer d'urgence une intervention ou l'arrachement de deux ou trois dents pour permettre l'introduction d'un tube de verre (Nissim), et l'aspiration des liquides

Ce qui caractérise surtout la myosite ossifiante, ce sont les *poussées congestives aiguës* qui surviennent sans cause appréciable, durant de quelques jours à quelques semaines et qui expliquent la coexistence chez le même malade de tumeurs de tous les stades : fibreux, cartilagineux, osseux.

En dehors même des poussées congestives, la myosite est progressive, c'est-à-dire que les noyaux osseux ont toujours tendance à s'unir les uns aux autres et que les articulations se raidissent peu à peu et se fixent.

Il serait difficile de faire des tableaux cliniques différents de cette affection. Mais les symptômes peuvent se grouper différemment et donner des variétés cliniques intéressantes.

α. *Suivant l'allure des lésions*, l'on peut avoir des formes aiguës, chroniques, ou chroniques d'emblée.

β. *Suivant le siège des lésions*, l'on peut avoir deux principales attitudes :

1° Le système musculaire est le plus atteint. L'on a alors le torticolis par envahissement du sterno-mastoïdien ;

2° Le système osseux est le plus atteint. C'est tantôt la scoliose-spondylose rhizomélique, ou la scoliose dorsale droite et lombaire gauche, ou bien une scoliose cervicale gauche, dorsale droite et lombaire gauche ;

3° Ce sont les maxillaires qui sont enkylosés ou les membres supérieurs ou les membres inférieurs.

VII

Anatomie pathologique. — *A la première période*, la portion musculaire envahie par la myosite se présente épaissie, œdématiée, sous forme de tumeur. La surface de section offre l'aspect du fromage de gruyère. Microscopiquement on trouve un tissu embryonnaire jeune, mou, avec hyperplasie *du tissu conjonctif interfibrillaire*. C'est le stade embryonnaire de Munchmeyer.

A la deuxième période, une section longitudinale du muscle envahi donne l'aspect d'un fibrome avec des stries rouges tranchant sur la masse claire de la tumeur. Le tissu interfibrillaire embryonnaire s'organise en tissu conjonctif adulte. Il se rétracte et forme une tumeur fibreuse très dure. *Les fibrilles musculaires sont étouffées*. L'aspect d'une coupe perpendiculaire à la direction des fibres du muscle est très remarquable : elle montre les lésions s'étendant excentriquement. Les parties les plus altérées sont au centre ; les lésions vont en diminuant du centre à la périphérie ; au centre les fibres sont dissociées, disjointes : leur striation est détruite, leurs disques transversaux sont atrophiés. Il y a prolifération nucléaire. Suivant les points où on examine la tumeur, on trouve ici un tissu fibreux très dense ; là, les cellules conjonctives deviennent plus rondes et prennent les caractères des cellules cartilagineuses dépourvues de capsule ; ailleurs, ce sont de larges traînées plus ou moins ramifiées qui offrent la disposition de bandelettes osseuses. Le tissu fondamental se tasse, se condense, puis les vieilles cellules conjonctives vont être reléguées dans des fentes anguleuses, tandis que les cellules embryonnaires jeunes vont s'orienter dans un cadre régulier, comme des trabécules ostéoïdes. Les tendons sont aussi altérés, infiltrés de cellules embryonnaires. Quelquefois la tumeur n'évolue pas au delà de ce stade d'induration fibreuse ; si elle le dépasse elle aboutit à l'ossification.

A la troisième période, dite d'ossification, sur une coupe perpendiculaire à la direction des fibres, on voit macroscopiquement au centre un noyau osseux ; de celui-ci partent des bandes plus ou moins épaisses de tissu fibreux s'infiltrant entre les fibres musculaires. L'ossification progressant suit les trabécules conjonctives pseudo-ostéoïdes et un os compact se forme ; *on y trouve des canalicules de Havers, des ostéoblastes*.

Cliniquement, les trois stades sont peu tranchés. Un muscle ne s'ossifie jamais en totalité ; autour des zones ossifiées les fibres musculaires s'atrophient. L'ossification atteint chaque muscle sur une étendue plus ou moins grande et le plus souvent elle se fait par noyaux qui se fusionnent plus tard. Le processus s'attaque aux muscles, mais on a vu envahir successivement les aponévroses, les ligaments, les tendons et le squelette, tout l'appareil locomoteur.

Sur le *squelette*, on trouve des saillies pointues ou arrondies, de véritables exostoses peu développées. Dans l'observation de Nissim est décrite une jetée osseuse réunissant le fémur au tibia et ne correspondant à aucun muscle dans le creux poplité. Mays signale la faible consistance des épiphyses des os longs, des os du pubis, des ischions, des rotules ; si la raréfaction osseuse est trop considérable, il peut se produire des fractions multiples.

Les articulations semblent rester indemnes ; cependant on a constaté un épaississement de quelques capsules articulaires. Le cartilage peut être aplati et diminué d'épaisseur.

On a cherché à déterminer la composition chimique exacte de l'os néoformé.

Nous donnons ci-dessous une double analyse d'os normal et d'os néoformé.

Os normal (Berzélius).

Substances organiques.	Vaisseaux.	32,17
	Cartilage.	1,13
		33.30
Substances inorganiques.	Phosphate de chaux.	51,04
	Carbonate de chaux.	11,30
	Fluate de chaux...	2,00
	Soude et chlorure de Na....	1,20
	Phosphate de magn.	1,16
		66.70

Os néoformé (Poggiale).

Substances organiques..		58 %
Substances inorganiques.		42 %
Substances organiques.	Cartilage soluble dans l'eau	54,30
	Vaisseaux.	3,70
		58
Substances inorganiques.	Phosphate de chaux.	32,09
	Phosphate de magn.	3,29
	Carbonate de chaux.	8,66
		44.04

Les *viscères abdominaux* intra-thoraciques, l'encéphale ont été généralement trouvés indemnes d'ossification.

Schultze a trouvé la moelle d'un malade très volumineuse, très développée, sans altérations microscopiques.

De même Lendon n'a rien vu d'anormal au niveau de la moelle cervicale.

VIII

Pathogénie. — De nombreuses théories ont été proposés.

a. *Théorie traumatique*. — Pincus incrimine les traumas obstétricaux. Albernethy cite un malade chez lequel la moindre contusion d'un muscle déterminait une exostose.

b. *Théorie nerveuse et trophique*. — Mays admet que la lésion primitive est, non dans la fibre musculaire, mais dans le tissu conjonctif intra et périmusculaire et ses dépendances : tendons, aponévroses. C'est une altération analogue à celles qui succèdent aux lésions des nerfs périphériques ou de la moelle.

Friedrich, Munchmeyer en font une trophonévrose prenant place à côté de l'atrophie musculaire progressive et de la paralysie pseudo-hypertrophique.

Nicoladoni, Nissim pensent à un trouble provenant d'une lésion du névraxe. Nissim insiste sur les localisations fréquentes aux mêmes points, aux mêmes groupes musculaires, alors que d'autres, animés par des centres trophiques différents, ne sont pas atteints.

c. *Théorie toxique.* — Pour certains auteurs, les lésions seraient dues à des phénomènes toxiques analogues au rhumatisme donnant lieu tout d'abord à des hémorragies intra-musculaires qui deviendraient le point de départ des ostéomes (Hawkins). Testelin et Dambressi considèrent l'affection comme de nature rhumatismale.

d. *Théorie inflammatoire ou parasitaire.* — On peut y songer en présence des phénomènes aigus qui se passent au niveau des masses musculaires qui vont s'ossifier.

e. *Théorie néoplasique* (Mays, Kummel, Birsch). — Il est impossible pourtant de comparer cette maladie aux exostoses multiples survenant sans douleurs, sans poussées congestives. Dans les exostoses multiples, on ne rencontre pas de troubles de la musculature, ni les arrêts de développement si fréquents dans la myosite.

f. *Théorie congénitale.* — Cette dernière est la théorie actuelle la plus vraisemblable.

Bien qu'il soit vrai de dire avec Lejars : « L'on ne saurait dans aucun cas affirmer la congénitalité de l'affection, » les preuves s'accumulent en faveur de cette théorie.

Virchow invoquait une prédisposition congénitale, à former l'os dans les muscles de l'appareil locomoteur, une aberration des centres trophiques, une diathèse ossifiante.

Pinter invoque un trouble constitutionnel congénital en rapport avec les anomalies congénitales.

L'âge d'apparition, la corrélation des malformations nombreuses et des lésions musculaires sont autant de considérations en faveur de la théorie congénitale.

Pathogénie des déformations. — Nissim a cherché la loi qui régit la position des membres et de la tête. Comment expliquer un torticolis droit chez l'un, un torticolis gauche chez l'autre, lorsque les lésions osseuses sont aussi prononcées à droite qu'à gauche.

En règle générale, ces différentes déformations sont déterminées par les muscles envahis les premiers. Au bras, si le triceps a été pris le premier, l'immobilisation se fera dans l'extension ; si le biceps a été pris le premier, le bras sera ankylosé en flexion.

La petitesse de la taille serait due à la formation de jetées osseuses autour des articulations et s'étendant jusqu'à la diaphyse des os longs.

IX

Diagnostic. — Au début, le diagnostic est très difficile. Les erreurs les plus nombreuses ont été commises. Michelson rapporte que l'on songea tour à tour pour son cas à une affection médullaire, à une anémie, à de la tuberculose, avant de songer à la myosite ossifiante.

A la *période d'œdème*, des cas de myosite ont été pris pour des tumeurs sarcomateuses des os. La myosite peut être différenciée des affections suivantes :

Au *début*, la *polymyosite hémorragique* pourrait être confondue avec elle. Dans ce cas, il y a de la fièvre, des douleurs, parfois de l'œdème, mais cet œdème est généralement pâteux ; on trouve du purpura, des ecchymoses et quelquefois des hémorragies intestinales. Mais le phénomène le plus remarquable est l'apparition rapide de phénomènes cardiaques (tachycardie, arythmie et asystolie), ce qui ne s'observe pas dans la myosite ossifiante.

La *dermatomyosite*, comme son nom l'indique, est caractérisée par une inflammation simultanée du muscle et des téguments qui les recouvrent. Elle serait pour quelques auteurs (Oppenheim) le premier stade de la sclérodermie. Elle se traduit par des douleurs musculaires, une tuméfaction dure des muscles atteints, un œdème remarquablement ferme du tissu sous-cutané sus-jacent, mais ce dernier commence généralement par les *paupières* et envahit secondairement les muscles, particularité qui n'est pas observée dans la myosite ossifiante. S'il s'agit de dermatomyosite, on trouve des éruptions cutanées d'aspect variable. Il y a d'une façon constante des *sueurs*, une *tuméfaction très curieuse de la rate.* L'affection évolue d'une manière aiguë ou subaiguë, avec fièvre, et se termine assez rapidement par la mort. Si ce n'était cette évolution, différente de la myosite ossifiante, on conçoit combien au début le diagnostic serait difficile.

Cependant, certains signes autres que les sueurs, l'œdème des paupières et la grosse rate mettent sur la voie du diagnostic. La dermatomyosite n'a ni ordre, ni symétrie ; elle est continue avec poussées aiguës comme la myosite ossifiante, mais elle envahit non seulement toute la musculature du corps, *mais les muscles respirateurs*, le larynx, ce qui n'a jamais eu lieu pour la myosite ossifiante. Elle ne respecte que le cœur et les articulations. Plus tard, l'une des affections donnera l'atrophie musculaire, l'autre des tumeurs osseuses.

Le *sarcome musculaire*, surtout au début, peut être confondu avec la myosite. Cependant, les localisations ne sont pas habituellement les mêmes. Le sarcome frappe généralement les muscles volumineux, les triceps crural et sural, le triceps brachial, les muscles de la face antérieure de l'avant-bras surtout, mais il n'y a là aucune règle. Il peut envahir les muscles de la nuque et du dos. D'ordinaire, le sarcome se présente sous la forme de masses arrondies, dont le volume, très variable, peut dépasser deux poings. Ce sont des masses bien circonscrites, souvent bosselées, mais jamais avec la dureté des ostéomes de la troisième période de la myosite ossifiante. Quelquefois l'évolution seule a permis le diagnostic.

La *trichinose* sera éliminée assez facilement en général. Les commémoratifs peuvent être recherchés, généralement les cas n'en sont pas isolés. Il y a des symptômes abdominaux. Le siège habituel des trichines enkystées (à l'état larvaire) est dans les muscles des membres, du tronc, surtout sur les *insertions tendineuses* ou aponévrotiques. On en trouve dans les muscles des yeux, des oreilles, mais

c'est le diaphragme qu'elles affectionnent. Or ce muscle est toujours respecté par la myosite ossifiante. Lorsque les muscles de la partie postérieure du cou, le biceps, le deltoïde sembleront seuls atteints, on pourra rechercher le parasite dans un fragment de muscle, ce qui est d'ailleurs très difficile. Wager, sur 300 préparations, n'a trouvé que 3 trichines.

Une variété spéciale de calcification dans les tissus a été signalée par M. A. Poncet (de Lyon) dans la thèse de Lexa. Cette affection est précédée de douleurs rhumatismales, puis les tumeurs apparaissent dans les membres inférieurs, sans aucune réaction locale; il n'y a donc pas là cette période œdémateuse du début de la myosite ossifiante. Une fois constituées, ces tumeurs sont de consistance irrégulière, ici de consistance osseuse, ailleurs très nettement fluctuante.

San Felice a décrit des tumeurs produites par le saccharomyces lithogenes et qui donne lieu dans les tissus à la production de masses calcaires. Mais ces tumeurs siègent dans la peau, dans les glandes sudoripares. Elles sont petites; l'inoculation de ces tumeurs aux animaux infecte les ganglions.

Les *gommes syphilitiques* n'ont ni la dureté, ni la généralisation des ostéomes de la myosite. Elles ont des sièges d'élection, les tibias et les os du crâne. Le traitement ioduré permet d'ailleurs une solution rapide du problème.

Les *exostoses multiples* (1) ont un point de départ nettement squelettique. Leur siège de prédilection est au niveau des membres.

Les *exostoses ostéogéniques* ont une tendance manifeste à se montrer au niveau des épiphyses et à la symétrie, au niveau des grosses articulations; se développent aux dépens des cartilages de conjugaison épiphysaires, loin du coude, près du genou; ne s'observent qu'au moment du développement du squelette (Poncet).

Le *mal sous-occipital* est localisé au niveau de l'apophyse épineuse de l'axis ou sur les apophyses transverses des premières vertèbres cervicales. La région est peu ou pas déformée.

Le *rhumatisme de la colonne cervicale* débute par d'autres manifestations de la maladie dans d'autres régions de l'économie. Il s'accompagne de fièvre, de douleurs aiguës, de sueurs avec peu ou pas de manifestations du côté de la peau. La myosite débute au contraire par une fièvre légère, une douleur peu marquée, avec formation d'une tumeur pseudo-fluctuante, puis fibreuse et ferme, et finalement de consistance osseuse.

Dans la *paralysie pseudo-hypertrophique*, la musculature est très développée. Le début se fait le plus souvent par les membres inférieurs. Les régions ne sont pas déformées. La consistance des muscles est dure, parfois ligneuse; mais elle n'est jamais osseuse. Dans la myosite ossifiante, au contraire, les muscles sont atrophiés; des masses osseuses détruisent çà et là l'harmonie des formes. Le pseudo-hypertrophique est un athlète, l'ossifié est maigre, chétif. Le diagnostic pourra dans une certaine mesure être facilité par la RADIOGRAPHIE.

Au *début* : celle-ci sera d'un faible secours; les tumeurs osseuses néoformées dans les muscles ne donnent pas sur les clichés des ombres correspondant aux sensations du palper. L'os est jeune, transparent. Plus tard, le tissu étant plus dense, donnera des ombres appréciables.

La radiographie aidera surtout à diagnostiquer la microdactylie, le raccourcissement des phalanges partiellement soudées; elle montrera des os courts, lourds, trapus; elle rendra manifeste l'arrêt de croissance des gros orteils et l'hallux valgus.

X

PRONOSTIC. — Le pronostic est très grave. Bien que cette affection ne mette pas immédiatement la vie du malade en danger, elle le soustrait peu à peu au monde extérieur par la suppression de tout l'appareil locomoteur. La myosite ossifiante a une durée longue, mais elle est fatalement progressive. Elle n'occasionne pas la mort par elle-même puisqu'elle respecte les organes dont le fonctionnement est indispensable à la vie : cœur, diaphragme, etc. Elle y conduit par l'aggravation des affections intercurrentes aiguës et des maladies chroniques dont elle favorise le développement, particulièrement de la tuberculose qui s'installe avec d'autant plus de facilité que les mouvements respiratoires d'ampliation thoracique sont de plus en plus réduits par les progrès de la maladie. La plupart des patients ont succombé à des affections pulmonaires, bronchopneumonie ou tuberculose (Testelin et Dambressi, Minkiewitch), d'autres à la cachexie lorsque les deux mâchoires furent soudées.

XI

TRAITEMENT. — Le traitement est toujours impuissant.

S'il est médical, il ne s'appuie que sur des données très vagues. On a préconisé le mercure, l'iodure de potassium, l'acide phosphorique, l'acide chlorhydrique, l'*hyoscyamine*.

Lloyd conseille l'extrait de corps thyroïde qui agirait sur les masses fibreuses, non encore ossifiées. Munchmeyer recommande la teinture de gaïac; d'autres : l'électrisation, le massage.

La chirurgie a peu d'action sur des tumeurs aussi nombreuses et aussi disséminées. On ne peut enlever toutes les tumeurs et arrêter le processus ossifiant.

(1) Nous ferons remarquer, à ce propos, que le malade qui a fait l'objet du travail français de Weill et Nissim avait été présenté dans diverses sociétés : à Berlin, par Virchow (27 juin 1894); à Fribourg-en-Brisgau, par Kraske; à Lyon, par Lépine et Jaboulay. Or, le diagnostic de myosite ossifiante progressive fut contesté par quelques-uns, en particulier par M. Soulier (Soc. de biol., 29 juin 1895), qui donna comme argument principal, très valable à la vérité, que les masses musculaires ne sont atrophiées que du fait de leur inaction et non par le moyen d'une maladie autonome du muscle. De plus, la maladie n'eut pas le début habituel par la nuque, mais chez ce patient l'affection envahit d'abord l'articulation temporo-maxillaire, puis détermina son ankylose au point que l'on fut plus tard obligé de pratiquer une brèche pour permettre l'alimentation. Il est donc très possible que le diagnostic de cette maladie ait été indûment admis et que le cas soit en réalité à classer dans la catégorie des exostoses ostéogéniques multiples.

Hawkins enleva une tumeur située entre le rhomboïde et le grand dorsal.

Kümmel avait fait une extirpation locale. Friedlander a extirpé en totalité les muscles temporaux. Ils n'ont obtenu qu'un résultat passager.

Il faut agir sur les tumeurs qui provoquent des douleurs très vives, intolérables, ou des gênes fonctionnelles très grandes. Mais il faut bien savoir que les ossifications ne tardent pas à se reproduire après les interventions. La récidive est presque fatale.

BIBLIOGRAPHIE

ALBERNETHY. *Surgical lectures*, 1830, f. 169; — *Diction. de Ch. de Coop.*, Munchener, 1830.

Ambrosius BERTRANDI. *Lehre von den Knochenkrankeiten*, Dresde et Leipzig, 1792. — BERTRANDI. *Opero anatomica et ch.*, 1787, t. V, p. 301. — BOKS. *Berl. klin. Wochens.*, 1897, nos 41, 42, 43. — Paul BERGER. Ostéome des cavaliers, *Arch. de méd. exp.*, 1894, 601-631. — BORCHARD. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, t. LXVIII, zoc. XII, 524, 1903. — BOLLINGER. Demonstration eines Falles von Myositis ossificans progressiva, *Münchener med. Wochens.*, 1895, XLII, p. 151. — A. BERTHIER. Etude histologique expérimentale des ostéomes musculaires, *Arch. de méd. exp.*, 1894, VI, p. 601. — BUSSE et BLECKER. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1904, p. 388. — BINNIE. *American surg. Assoc.*, Cong. de Washington, 12-14, 1903. — BIRSCH-HIRSCHFELD. *Berichte des med. Ges. i. Leipzig.* Stizg. a. 13 nov. 1894. — BILLROTH. *Arch. de Langenbeck*, 1869, X, 459. — BRENNSOHN. *Berl. klin. Wochens.*, Bd. XXIX, p. 45, 1892, 1165. — BURGERHAUT. Th. de Leyde, 1898. — BYERS. Ossification presque complète du corps humain, *New al. Journ. med.*, 1870, t. XXIII, p. 122. — BOKAY. *Königliche physikalische Geselbsch*, Budapest 1889, 23 märz. — BERNACCHI. *Arch. di orthopedia*, Milano, 1892. — BRAUN. *Deuts. Zeitz. f. Chir.*, 1898, 47, 51, 187. — BULHAC. *Inaug. Diss.*, Dorpat 1860. — BRUCK. Soc. méd. de Berlin, 6 mai 1896. *Sem. méd.*, 1896, p. 196 (ostéomalacique).

COMBY et DAVID. *Arch. de méd. des enfants*, Paris 1904, juil., n° 7, p. 419. Obs. de Menard et Tillaye; radiographie. — L. CAHIER. *Revue de chir.*, 1904. — CAHEN. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1890-91, Bd. XXXI, p. 372-382. — John. COPPING. *Philosoph. transact.*, n° 461, 1741. — CARTER. *Lancet*, 1894, I, 327. — DE LA CAMPO. *Fortschritte aus den gebiete der Röntgensträlen.* — Raymond CRAWFURD. Clin. Society of London, 24 feb. 1899.

DE REUZY. *Gazz. degli ospedali*, 20 sept. 1903, p. 1187. — DORPAT. *Ossification des tissus tendineux et musculaires*, Th. de Paris, 1860. — DITTMEYER. In Th. de Gerber. — DUEMS. Ostéomes des cavaliers, *Deuts. militaerraetz Zeits.*, 1887, p. 328.

EICHORST. *Arch. de Virchow*, 1896, CXXXIX, 2; *Arch. f. path. Anat.*, 1895, p. 193, CXXXIX. — EARLE. In *Stanley's diseases of bones*, 1849, p. 215.

FRIEDBER. *Pathol. u. Therap. der Muskellahmung*, 1862. — FERRATON. Myosite ossifiante, *Revue orthop.*, 1903, p. 362. — FLORSCHÜTZ. *Med. Cent. Zeits.*, nos 98 et 99, 1873. — FORSTNER. *Arch. f. Psych.*, Bd. XXVII, 1895. — FREKE John. *Philosoph. transact.*, n° 456, 470, 1740.

GRAUFARD et LOGWOOD. *Lancet*, 19 avril 1899. — GIBNEY. *New-York med. Rec.*, nov. 1875; — Cas de myosite ossifiante avec exostoses multiples, *Boston med. Journ.*, 1894, 43. — GERBER. Th. de Wurzbourg, 1875. — GODLEE. *Transact. clin. Soc. Lond.*, 1886, p. 333.

HAWKINS. *The London med. Gaz.*, 31 mai 1844, p. 273-277. — HOLMES et HULKE. *Ossification of muscles*, London 1883. — HALTENHOFF. *Arch. gén. de méd.*, 1869, p. 567. — HENRY. *Philosoph. Transact.*, vol. XLI, 1759. — HAYEM. *Dict. Dechambre*, 3e série, t. X, 738, 739. — HUTCHINSON. *The med. Times and Gaz.*, 1860, 1, p. 317; — *Arch. of Surg.*, London 1896, VII, 134-141. — HUTH. *Allg. med. Cent. Zeits.* 1876, XIV, 493. — HAMILTON. *Dubl. Journ. of med.*, 1872, LIV, 510. — HELFERICH. *Aerzt. intell. Bl.*, 26 jahrg, n° 45, Munich, 1879; — *Verhandl. der Deuts. Gesellsch. f. Ch.*, Berlin 1887, XVI, 26-28. — W. P. HERRINGHAM. Clinical society of London, 14 oct. 1898.

JACOBY. *Vorgestelbt in der Gesellschaft der Charite Aerzte*, 14 juli 1898. — JURASZ. *Medycyna Warszerva*, 1873.

KUMMEL. *XII Kong. der Deuts. Ges. f. Chir.*, Berlin 1883. — KOHTS. *Arch. f. Psych.*, Bd. 1884. — KELBURNE-KING. *Monthly Journ.*, 1854; — *Inaug. Diss.*, Berlin 1877, n° 7. — KISSEL. *Arch. gén. de méd.*, mai 1894; — *Wratsch*, 1893, XXXII, 882. — KRAUSE. *E. ein Fall aus Seiner Praxis, von Pinter Mitgetheilt.* — KRYGER. *Ach. f. klin. Chirg.*, 1898, LVII, S. 859. — KLEMM. Arthrite déformante du tabes et syringomyélie, *Deuts. Zeits. f. Chirg*, Bd. XXXIX, 1894.

LLOYD. Acad. de New-York., *Rev. orthop.*, p. 187, 1903. — LOCKWOOD. *The Lancet*, 15 avril 1899. — LYON. in *Traité* Le Dentu-Delbet. — LEXER. *Langenbecks Arch.*, Bd. L, 1895. — LEJARS. In *Traité de chirurg.* de Duplay, I, 780. — LEUDON. Squelette, *Trans.-intercolon. m. Cong. Australas*, 1887, Adélaïde 1888, 109-121, 6 pl. — LINSMAYER. *Wiener klin Wochens.*, 1894, S. 11.

MAYS. *Arch. Virchows*, 1878, LXXIV, 147-173. — MICHELSOHN. *Virchow's Archiv*, Bd. LXXIV, 1878; — *Revue d'orthop.*, 1904, p. 575. — MENARD et TILLAYE. *Revue d'orthop.*, 1902, p. 199. — MÜNCHMEYER. *Henle's und Pfeuffei's Zeits. f. rat. Med.*, Bd. XXXIV, 1869. — MOSETIG-MORHOF (DE). *Wien. med. Presse*, 1879, XX, 1238. — MORIAN. *Centralbl. f. Chir.*, 1898, n° 46. — MUNRO. A case of ossifying myositis operation, *The Lancet*, 1891, I, 421. — P. MICHELI. Quelques considérations sur la myosite ossifiante progressive, *Clin. med. Ital.*, nov. 1902, p. 643. — MINKIEWITCH. *Virchow's Archiv*, Bd. XLI, 1867; LXI, 1874, 524. — MACDONALD. *Brit. med. Journ.*, 1891, II, 478.

NOVÉ-JOSSERAND et R. HORAND. *Revue d'orthop.*, 1905; — *Lyon méd.*, 1905. — NAOILER. Myosite ossifiante avec résorption, *Deuts. Zeits. f. Chir.*, t. LXXIV. — NICOLAYSEN. *Worsk Magasin f. Lægevidenskahn*, 1899, n° 4, p. 468; R. N., 1889. — NOORDEN (DE). *Berl. klin. Wochens.*, 1894, n° 32. — NISSIM. Soc. anat. de Paris, mai 1898; — Th. de Paris, 1898. — NICOLADONI. *Wien. med. Bl.*, 1878.

OVERMAN. *Deuts. milit. Zeits.*, nov. 1902, p. 553. — OPPENHEIM. *Berl. klin. Wochens.*, 27 avril 1903, p. 381. — OLLIER. In *Traité des résections.*

Ludwig PINCUS. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1890, XLIV, 179-240. — PARTSCH. *Bresl. ärtzl. Zeits.*, 1882, IV, 66-70. — PODRASKY. *Ærsten Zts. f. prakt. Heilk.*, 1873, n° 19. — PINTER. *Inaug. Diss.*, Wurtzburg, 1882; — *Ztsch. f. klin. Med.*, 1884, VIII, 155, 174. — POLLARD BILTON. *Lancet*, 1892, II, 1491. — PAGET St. *Lancet*, 1895, I, 1839, 1841; — O. *Transact. clin. soc. London*, 1896, XXIX, 221.

REIDHAAR. Th. de Bâle, 1885, début par une méningite. — ROGER. *Zeits. f. orthop. Chir.*, 1901, XX, p. 380; — *Myosite ossifiante progressive*, travail d'ensemble et bibliographie. — RODGERS. Ossification du tissu musculaire, *Anal. gaz. med.*, 1834, p. 347. — Jones ROBERT. Liverpool medical institution, 23 fév. 1899; — *Brit. med. Journ.*, 11 mars 1899. — RIVALTA. *Il Policlinico*, Roma, 1902, vol. IX, M. 1902, p. 147; — *Policlinico*, 16 mai 1902, R. N. 1902, p. 1039; — *XIe Cong. soc. ital. med. int.*, oct. 1901, R. N. 1902, p. 114. — L. Rogers DAVID. *Amer. Journ. of med. sc.*, vol. XIII, 1835, p. 386. — RABEK. *Arch. Virchows*, t. CXXVIII, 1892, 537, 541. — ROTH. *Münch. med. Wochens.*, 1898, 45. L 1238, und R 79.

SALVETTI. *Berl. klin. Wochens.*, 1897, vol. VI, 190. — SCHULTZE et ERB. Cas d'atrophie musculaire progressive, *Arch. Psych. u. Nervenh.*, 1879. — SCHULTZ. *Wien. klin. Wochens.*, 7 avril 1904, p. 394, 395. — SALMAN. Th. de Berlin,

1893. — SEIDEL. In *Lehrbuch der Kinderkr. von Gerhardt*, V, 2e partie. — SYMPSON. *Brit. med. Journ.*, 1886, II, 1026. — STONHAM. *Lancet*, 1893, vol. II. — William SKINNER. *Med. Times and gaz.*, 1861, vol. I, p. 143. — SWANSON. *Hygica*, 1891, l. III, 285, 290. — SCHWARTZ. *Deuts. med. Wochens.*, 1884, X, 807-810. — STUDSGARD. *Khirurgisk. Kasuistik. Nadiskt. med. Arch.*, 1891, B l. XXIII.

TESTELIN et DAMBRESSI. Rhumatisme terminé par l'ossification des muscles, *Gaz. méd. de Paris*, 1839, n° 11.

Pinter UHDE. *Zeits. f. Chir.*, Bd. XLIV, 1897.

VITO. *Gazz. d. ospedali*, 1889, X, 554. — VIRCHOW. *Les tumeurs*, t. II; — *Berl. klin. Wochens.*, 1894, n° 32; — Discus. Gerhardt de Noorden Levator, *Weyl. Virchow*. — VOLKMANN. *Verhandl. der Deuts. Gesellsch. f. ch.*, Berlin 1887, XVI.

Walther STEMPEL. *Mitdeib. aus den Grenzge. d. Med. v. d. Chir.*, 1898. — WEILL. Acad. de méd., 26 mai 1896. — WEILL et NISSIM. *R. N.* 1898, p. 782; — Revue générale, *Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, r. g., 1898. — Lydia WITH. *Amer. Journ of med. sc.*, sept. 1900. — WILLET. *S. Bartholomew's hosp. surg. reports*, 1886. — WILLEN. *Lancet*, 1892, p. 1485. — WILKINSON. *The London med. gaz.*, *New. series*, 4 déc. 1846, vol. III, 993.

ZŒGE MANTEUFFEL (DE). Cong. soc. all. de chir., 1896. — ZIEGLER. *Lehrb. d. spez. Pathol. u. Therap.*, Leipzig 1886. — ZOLLINGER. *Inaug. Diss.*, Zurich 1867, in Billroth.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE 1905)

Dilatation stomacale post-opératoire. — Nous revenons sur la question de la dilatation aiguë de l'estomac consécutive à certaines opérations.

M. MOTY en a observé deux cas après des opérations d'appendicite.

M. HARTMANN estime que, dans l'immense majorité des cas, la dilatation de l'estomac avec liquide rougeâtre ou noirâtre est un phénomène septique. Toutefois, à côté de ces cas, il en existe d'autres, surtout après les opérations pratiquées sur l'estomac, qui n'ont rien à voir à l'infection, ni au circulus viciosus, mais qui sont dus à une action réflexe. Dans tous ces cas, qu'il s'agisse d'infection ou de dilatation réflexe, le lavage de l'estomac donne toujours les meilleurs résultats.

M. TUFFIER croit qu'il faut distinguer : 1° les cas de dilatation gastrique d'origine infectieuse; 2° les cas de dilatation par paralysie de l'estomac; dans ces cas, on trouve du liquide dans l'estomac qui, même lorsqu'il n'est pas rouge, contient du sang ainsi que le révèle l'examen. Chez un grand nombre de ces malades, il existait une ectasie gastrique antérieure. Il y a aussi certainement des cas de dilatation aiguë de l'estomac post-opératoire en dehors de toute infection, chez des malades qui, antérieurement, avaient un estomac normal. Ce sont surtout ces faits qu'il faut étudier, surtout au point de vue de la pathogénie. M. Tuffier reconnaît, contrairement à ce qu'on lui a fait dire, que, dans la grande majorité des cas, ces dilatations aiguës de l'estomac post-opératoires sont d'origine infectieuse. Il est d'accord avec tous ses collègues pour reconnaître les excellents effets du lavage stomacal dans tous ces cas.

M. REYNIER répond à ses collègues, et plus particulièrement aux critiques de M. Terrier. Il s'applique ensuite à démontrer, preuves en mains, qu'à côté des cas de dilatation gastrique d'origine infectieuse, il existe bien manifestement des cas de dilatation stomacale qui se produisent en dehors de toute infection et qui guérissent après un seul lavage de l'estomac. Ce fait seul qu'un seul lavage suffit pour faire disparaître tous les accidents montre bien que, dans ces faits, il ne saurait être question de phénomènes de septicémie. Ces faits de dilatation gastrique, sans infection, sont d'ailleurs étudiés et bien connus depuis longtemps en Allemagne : de nombreuses explications en ont été données, explications basées sur ces faits que, soit du côté du pylore, soit du côté du cardia, il se fait une sorte de fermeture par suite du replis de l'estomac ou de l'intestin qui font que l'estomac ne peut plus se vider ni du côté de l'intestin, ni du côté de l'œsophage. Comme on le voit, les Allemands ont recherché l'explication de ces phénomènes de dilatation en dehors de toute infection. M. Reynier partage cette opinion avec ses collègues Delbet, Tuffier, Legueu, Quénu.

Il reste bien entendu que l'infection péritonéale peut aussi déterminer ces troubles. Le lavage de l'estomac, même dans ces cas d'infection, donne de bons résultats, améliore beaucoup les malades et cependant il est bien évident que ce lavage seul ne saurait suffire pour guérir l'infection. Mais dans les cas où le facies caractéristique, les douleurs, tous les troubles disparaissent après un seul lavage, on est bien obligé d'admettre qu'il s'agit d'une simple dilatation aiguë sans infection.

M. TERRIER ne veut pas suivre M. Reynier dans les considérations physiologiques, dans les explications qu'il a développées; il désire rester sur le terrain de la pratique; il a fait beaucoup d'opérations sur l'estomac; lorsque, après ces opérations, il constate, chez les malades, la moindre fièvre, le moindre malaise, la moindre altération de traits, il pratique le lavage de l'estomac et toujours il en obtient les meilleurs résultats. M. Terrier a toujours agi ainsi; il fait de même ce lavage dans les cas d'infection locale on d'infection générale. M. Terrier s'en tient à cette constatation pratique très importante à ses yeux et se refuse à suivre M. Reynier dans ses explications et dans ses expériences sur les animaux.

M. REYNIER est heureux de constater qu'il se trouve tout à fait d'accord avec M. Terrier, au moins sur un point de la question, c'est-à-dire sur les bons effets du lavage de l'estomac dans ces cas de dilatation gastrique post-opératoire.

Cette discussion est close. Nous rappellerons, encore une fois, qu'elle ne nous a rien appris de nouveau sur la valeur du lavage de l'estomac, dans ces cas, pratique depuis longtemps courante pour beaucoup d'entre nous.

Hernie intercostale. — M. ROCHARD fait un rapport sur une observation adressée par M. Savariaud; il s'agit d'un homme de quarante et un ans, neurasthénique, se plaignant de douleurs multiples, mais surtout d'une douleur dans le côté gauche du thorax. Ce malade fut admis dans le service de M. Reynier, où M. Savariaud, l'examinant de très près, constata l'existence, sur la partie gauche du thorax, d'une tuméfaction présentant tous les caractères d'une hernie épiploïque. M. Savariaud en fit la cure radicale; il incisa, se trouva en présence d'un paquet graisseux, chercha un sac qu'il finit par isoler, le lia, l'excisa et le réduisit dans l'abdomen. Ceci fait, il chercha à fermer l'ouverture en rapprochant les muscles intercostaux, mais ceux-ci se laissèrent couper; alors M. Savariaud attira quelques fibres du grand dorsal, comme un voile au-devant de la plaie, qu'il arriva ainsi à fermer. Ultérieure-

ment, M. Savariaud pratiqua, chez ce même malade, la cure radicale d'une hernie inguinale.

M. Rochard rapproche du fait de M. Savariaud deux observations analogues publiées par Cloquet et Cruveilhier. Dans ces cas, il s'agit d'une hernie véritable. Dans les cas publiés, il y a toujours eu un traumatisme antérieur; ces cas siègent toujours sur le côté gauche du thorax, le foie les empêchant de se produire du côté droit; c'est, dans un cas, au niveau du septième espace intercostal, dans un autre au niveau du neuvième, dans un troisième au niveau du dixième espace que s'est produite la hernie. Leur volume varie de celui d'une noix à celui du poing. M. Durante (de Lyon) les a particulièrement étudiées. Le sac est tantôt complet, tantôt incomplet; il est quelquefois rempli par des adhérences qui ne permettent pas de l'isoler. Ces hernies sont douloureuses. Sont-elles susceptibles de s'étrangler? Non, par ce fait qu'elles ne contiennent que de l'épiploon. Le seul traitement qui leur convient est la cure radicale.

Suture nerveuse. — M. Chaput fait un rapport sur une observation de M. Gervais de Rouville (de Montpellier), relative à un cas de trépanation de l'humérus pour une ostéomyélite suivie de paralysie de plusieurs muscles. M. de Rouville a rouvert la cicatrice, a cherché les deux bouts du radial sectionné, les a avivés et réunis par une suture. Au cinquième jour, la sensibilité est revenue; la motilité n'est revenue qu'après plusieurs semaines.

M. Chaput fait remarquer la rapidité, dans ce cas, du retour de la sensibilité. D'une façon générale, d'ailleurs, on a signalé que le retour des fonctions se faisait plus rapidement après des sutures secondaires qu'après des sutures primitives. D'autre part, le retour précoce de la sensibilité, le retour tardif de la motilité sont la règle. M. Chaput émet quelques considérations sur les diverses causes d'insuccès des sutures nerveuses.

A l'appui de ce que vient de dire M. Chaput sur les causes d'insuccès de ces sutures nerveuses, M. Berger rapporte l'histoire d'un jeune officier qui, par suite d'une fracture comminutive de l'humérus par balle de revolver et de section du radial, avait été atteint de paralysie du bras; dans ce cas, la suture des deux bouts du radial n'amena aucun résultat.

Kyste hydatique du poumon. — M. Launay communique deux cas de kystes hydatiques pulmonaires guéris par la pneumotomie.

Parmi les présentations, signalons celle qu'a faite M. Berger, d'un jeune garçon qui était atteint d'un **ectropion de la lèvre inférieure doublé par un énorme chéloïde**, auquel il a refait une lèvre à l'aide d'un lambeau emprunté au bras. Le résultat est des plus remarquables.

La conservation des ovaires. — M. Routier avait opéré une jeune femme de vingt-deux ans d'un pyosalpinx avec appendicite. Sur les instances très pressantes de la mère de la jeune femme, il avait conservé l'ovaire gauche après avoir enlevé les annexes droites et l'appendice. Cette jeune femme, peu de temps après l'opération, a été reprise de vives douleurs du côté gauche; il fallut faire une nouvelle laparotomie et M. Routier se trouve en présence d'un énorme hématocèle rétro-ovarien. Cette jeune femme avait eu ses règles dans son péritoine. Ce fait prouve que les opérations conservatrices ne sont pas toujours très favorables.

Une petite discussion s'élève sur ce sujet déjà plusieurs fois traité à la Société.

MM. Quénu et Hartmann sont d'avis de conserver autant que possible les ovaires sains.

M. Ricard a opéré une jeune femme pour un pyosalpinx double; il a, intentionnellement, laissé un ovaire. La malade a été reprise de douleurs violentes qui ont nécessité une nouvelle intervention. M. Ricard a trouvé cet ovaire fixé au milieu d'adhérences multiples et il a dû l'enlever secondairement.

M. Segond, peu enthousiaste à l'égard de l'opothérapie, et ayant été obligé plusieurs fois d'ouvrir de nouveau le ventre pour enlever un ovaire laissé malencontreusement, est bien décidé à enlever toujours les deux ovaires dans tous les cas d'hystérectomie.

M. Terrier conserve le moins possible les ovaires afin d'éviter ces récidives douloureuses.

M. Faure estime également qu'il vaut mieux les enlever, d'autant qu'à ses yeux il est bien difficile souvent de distinguer à la simple vue un ovaire sain d'un ovaire malade.

M. Delbet estime que la question doit être ainsi posée : on a enlevé sur une femme l'utérus et les deux trompes, un des ovaires paraît sain, que faire? Comme MM. Segond et Terrier, M. Delbet pense qu'il vaut mieux tout enlever.

M. Le Dentu croit que ce n'est pas toujours une très bonne besogne que de conserver un ovaire chez une femme privée d'utérus. Cependant il tente de le faire quand un ovaire lui paraît sain, mais il le tente sans grande conviction.

M. Segond se demande quel avantage il peut y avoir à conserver un ovaire chez une femme qui n'a pas d'utérus et qui ne peut plus avoir ses règles. L'opothérapie dira-t-on? C'est là pour M. Segond une thérapeutique bien problématique et même quelque peu dangereuse, car l'ouverture du ventre n'est pas une partie de plaisir qu'on aime à renouveler.

Fibrome du sciatique. — M. Loison montre un gros fibrome extrait du nerf sciatique.

Election. — M. Mauclaire est élu membre titulaire.

LIVRES NOUVEAUX

Introduction à la pathologie générale (1), par le docteur Félix Le Dantec.

Le nom de l'auteur et le titre de l'ouvrage sont, à eux seuls, suffisants pour montrer l'intérêt du nouveau volume que nous présente M. Le Dantec. Avec son originalité et sa personnalité, l'auteur traite différents sujets très captivants sur la maladie, les conditions de la vie, le rôle des conditions physiques ou chimiques dans les différents phénomènes biologiques; puis il étudie le mode d'action des sérums, l'action biologique des radiations, les réactions diverses qu'oppose l'organisme aux infections et termine par des considérations très intéressantes sur l'hérédité.

Cet ouvrage d'une haute portée philosophique doit être lu par quiconque s'intéresse à l'étude des divers phénomènes qui se passent constamment en nous et autour de nous et ainsi se dégageront devant le lecteur des horizons qu'il ne soupçonnait pas.

P. Ravaut.

(1) Gr. in-8°. — Prix : 15 francs. — Paris, Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 141. — MARDI 12 DÉCEMBRE 1905. 78e ANNÉE. MARDI 12 DÉCEMBRE 1905. — N° 141.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
De l'influence du bout portant sur la force de pénétration des projectiles, par MM. H. ROUVILLOIS et L. THÉVENOT.
MÉDECINE PRATIQUE
Le pouvoir galactogène de l'anis.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Société médicale des hôpitaux.
Société de biologie.
Société de neurologie.
CORRESPONDANCE
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — MONTPELLIER. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Vennes, Rives, Gaujoux, Anglada.

Internes provisoires : MM. Lambert, Margarot, Bourrely, Guichard, Verdier.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — Le concours pour deux places d'aide d'anatomie s'est terminé par la nomination de MM. Tavernier et Bosquette.

LES PRIX NOBEL 1905. — Ces prix, de 200000 francs chacun, sont ainsi répartis cette année :

MÉDECINE : M. le professeur Robert Koch pour ses travaux et ses découvertes concernant la tuberculose.

PHYSIQUE : M. le professeur Lenard (de Kiel) pour ses travaux sur les rayons cathodiques.

CHIMIE : M. le professeur von Baeyer (de Munich), pour ses recherches sur l'indigo et le triphéhylméchane.

ACADÉMIE DES SCIENCES MORALES ET POLITIQUES. — Au cours de la séance annuelle qui a eu lieu samedi, M. Lyon-Caen, président, a rendu compte des résultats du concours de cette section de l'Institut.

Il a fait notamment un brillant éloge du docteur Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille, à qui a été décerné le prix François-Joseph Audiffred.

— Une médaille a été accordée au docteur Rénon, médecin des hôpitaux de Paris, pour son ouvrage : *Les maladies populaires*, étude médico-sociale.

NOMINATION. — M. le docteur Albert Terson est nommé médecin oculiste de l'Ecole normale supérieure.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — L'assemblée générale aura lieu le 14 décembre, à cinq heures, au Cercle militaire.

— Le même soir aura lieu, à l'Hôtel Continental, un banquet sous la présidence de M. le ministre de la Guerre.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la quarante-huitième semaine, 928 décès, au lieu de 872 pendant la semaine précédente (moyenne 886).

La fièvre typhoïde a causé 6 décès (moyenne 9). Le nombre des cas nouveaux est de 45, au lieu de la moyenne 51.

La variole n'a causé aucun décès (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 22, au lieu de 21 pendant la semaine précédente (moyenne 28).

La rougeole a causé 9 décès, au lieu de 8 pendant la semaine précédente, la moyenne est de 4; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 255, au lieu de 267 et 262 précédemment. Le chiffre correspondant des années précédentes était environ 66. Comme précédemment, les quartiers de la Porte-Saint-Martin, de l'hôpital Saint-Louis, du XIe arrondissement et des quartiers contigus de Charonne et de Belleville, constituent la région où la rougeole est le plus souvent signalée. Il y faut joindre comme précédemment, Auteuil. La mortalité est d'ailleurs très faible.

La scarlatine n'a causé aucun décès, la moyenne est 2; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 47, il s'élevait à 55 pendant la semaine précédente, la moyenne est 51. La coqueluche n'a causé aucun décès (moyenne 2). La diphtérie a causé 6 décès (moyenne 8); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 75, au lieu de 71 pendant la semaine précédente, et de la moyenne 79.

La diarrhée infantile a causé 19 décès de 0 à 1 an, au lieu de 25 pendant la semaine précédente (moyenne 25).

En outre, 30 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 141 décès, au lieu de 142 pendant la semaine précédente (moyenne 142). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 8 décès (moyenne 9); bronchite chronique, 23 (moyenne 22); pneumonie, 25 (moyenne 33); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 85 (moyenne 78), dont 31 sont dus à la congestion pulmonaire et 37 à la broncho-pneumonie.

En outre, 3 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 202 décès; la méningite tuberculeuse, 18; la méningite simple, 18; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 17 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 61 décès; les maladies organiques du cœur, 70 (moyenne 61); le cancer, 65; la hernie et l'obstruction intestinale, 3; la cirrhose du foie, 7; la néphrite, 27; enfin, 37 vieillards sont morts de débilité sénile.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

ON DEMANDE UN MÉDECIN POUR SANATORIUM. — Très pressé. — S'adresser à M. PORTET, 39, boulevard Saint-Martin, Paris.

DE L'INFLUENCE DU BOUT PORTANT

SUR LA

FORCE DE PÉNÉTRATION DES PROJECTILES

Par MM. H. ROUVILLOIS,
Médecin-major de deuxième classe à l'École du service de santé militaire,

Et L. THÉVENOT,
Assistant du professeur A. Poncet.

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. le professeur Poncet plusieurs malades qui présentaient des plaies par balles de revolver tirées à bout portant avec des lésions tellement faibles que nous nous sommes demandé si cette atténuation de la pénétration n'était pas le fait même de la faible distance à laquelle les projectiles avaient été tirés.

Voici rapidement résumée l'histoire clinique de ces malades.

Observation I. — *Balle de revolver dans la paume de la main. Coup tiré à bout portant.* — J... Jean-Baptiste, vingt-six ans, cultivateur.

Le 22 novembre 1902, en nettoyant un revolver du calibre 7 millimètres, cet homme se blessa dans les conditions suivantes : il tenait le canon appuyé sur la paume de la main gauche, lorsque le coup partit subitement. La balle pénétra au niveau du deuxième espace interdigital; il n'y eut pas de lésion des os ou des tendons voisins, ni de troubles fonctionnels. La balle fut enlevée le 29 novembre; elle était logée dans une cavité située immédiatement sous la peau. La plaie, pansée à plat, guérit sans incident.

Obs. II. — *Balle de revolver dans la région frontale. Coup tiré à bout portant.* — François M..., vingt-huit ans, buraliste, se tire, le 4 juin 1905, un coup de revolver à la tête, l'arme étant appuyée contre les téguments. La balle a pénétré au niveau de la bosse frontale gauche, a glissé obliquement en haut et à gauche à la surface de l'os, et, après un trajet de 4 centimètres environ, est venue s'arrêter à la limite du front et du cuir chevelu. Elle est enlevée le 9 juin sous anesthésie à la cocaïne; elle est située en avant du périoste qu'elle n'a pas entamé, elle est aplatie, de la largeur d'une pièce de 50 centimes. La plaie pansée à plat guérit sans incident.

L'arme dont s'est servi le malade est un revolver de 7 millimètres. La cartouche est à broche, chargée de poudre noire de deuxième qualité.

Voici donc deux malades, chez lesquels un coup, tiré à bout portant, a déterminé des lésions insignifiantes. Ces deux observations viennent corroborer, semble t-il, les données fournies par les traités de médecine légale, qui ont depuis longtemps étudié l'action spéciale des projectiles tirés à bout portant.

Déjà Tourdes, en 1868, écrivait dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* : « L'application immédiate de l'arme, à la condition d'être hermétique, peut ne produire qu'une contusion; la balle, amortie par la couche d'air comprimée, tombe et ne pénètre pas. Ce fait résulte d'une expérience de Depage : le pistolet crève ou est repoussé. Jobert (de Lamballle) a vu une contusion de la poitrine occasionnée par cette application immédiate de l'arme. Dans la tentativede suicide d'un membre de l'ancien gouvernement, accusé de concussion en 1847, les experts attribuèrent à cette cause une contusion du thorax constatée au moment où l'on venait d'entendre la détonation du pistolet et écartèrent l'idée d'une simulation. »

Briaud et Chandé (in *Traité de médecine légale*, 1879-80) disent de leur côté : « Lorsqu'une arme chargée à balle a été tirée à bout portant (en prenant à la lettre cette expression), c'est-à-dire lorsque le bout du canon a été appuyé exactement sur une partie quelconque du corps de la victime, de manière que le canon soit hermétiquement bouché, et que l'air contenu dans le canon soit isolé de l'air extérieur, l'arme est repoussée et la balle tombe à terre; il n'y a pas d'autres blessures qu'une meurtrissure plus ou moins forte.

Mais si l'arme, bien que tirée à bout portant, ne s'applique pas exactement contre le corps, l'action combinée de la poudre, du projectile et de l'air brusquement dilaté et chassé du canon, produit d'affreux désordres; au centre d'une vaste plaie circulaire, de 10 à 15 centimètres de diamètre, où la peau rétractée et les chairs dénudées semblent brûlées et raccornies, on voit l'ouverture d'entrée de la balle, large excavation de forme irrégulière de 5 à 10 centimètres de diamètre. »

Nous reproduisons cette citation en détail pour montrer combien grande est, d'après ces auteurs, l'atténuation produite par le bout portant.

Cette opinion est reproduite dans le *Traité de médecine légale* du professeur Lacassagne : « Dans le suicide, si l'application est immédiate, la balle peut ne pas pénétrer, et il n'y a que contusion. »

Elle est également soutenue par Vibert, qui la présente avec quelques restrictions : « Quand la gueule de l'arme est appliquée exactement et fortement sur la peau, il peut arriver, dit-on, que le projectile ne pénètre pas et qu'il se produise seulement une contusion ou une excoriation de la peau. On attribue ce fait, dont nous n'avons vu personnellement aucun exemple incontestable, à ce que le projectile est retenu par la colonne d'air qu'il comprime en avançant dans le canon. Cette compression finirait par contrebalancer la force d'impulsion des gaz de la poudre. »

Cette opinion n'est que la reproduction des idées anciennes et ne repose sur aucun travail nouveau. Les recherches récentes faites sur les plaies par balles de revolver ne discutent pas cette question de pénétration.

C'est ainsi que Poix (Th. de Lyon, 1885), ne s'intéresse qu'aux caractères de la plaie d'entrée et aux tatouages occasionnés par la poudre; que Desfosses (Th. de Paris, 1885-1886) veut établir, par les caractères extérieurs de la plaie, la distance à laquelle le coup a été tiré; que Chatellier (Th. de Paris, 1897) étudie les effets produits sur la peau et les vêtements par le revolver chargé, non plus avec de la

poudre noire, mais avec de la poudre pyroxylée. Dans aucun de ces travaux, pas plus que dans la thèse de Philouze (Paris 1897), sur les coups de feu sans projectiles tirés avec les armes de poche (pistolets de poche et revolver de 7 millimètres), nous ne trouvons d'observation que nous puissions utiliser.

Les travaux récents d'ordre purement chirurgical visent d'autres points particuliers de la question. Les expériences du professeur Delorme (1894) à propos de la discussion sur le traitement des plaies pénétrantes du crâne par balles de revolver du commerce, sont faites à une distance de deux à cinq pas et sortent du cadre de notre question.

Celles de Guinard (*Union méd.*, 1896), faites à une distance de 1 à 2 centimètres, ont pour but d'établir la rareté des trajets curvilignes et ne discutent pas la question de pénétration.

Thoinot, au Congrès international de 1900, revient sur les effets des poudres pyroxylées sur la peau et les vêtements et Kümmer (*Arch. f. klin. Chir.*, 1905) montre la bénignité des plaies par armes à feu du commerce, par rapport à celles que font les armes de guerre.

A défaut de travail d'ensemble, on ne trouve dans la littérature médicale que quelques observations se rapportant à cette question. Les voici brièvement résumées :

Obs. III (in Th. Benoît, Lyon, 1888-1889, inspirée par M. le professeur Lacassagne). — Dans un cas de suicide, un homme se pendit après s'être tiré neuf coups de revolver calibre 7, trois dans la fosse temporo-pariétale gauche, trois dans la fosse temporale droite, un sur la ligne médiane du front, un sur le maxillaire gauche et enfin un à 12 millimètres en arrière de l'oreille droite. Aucune de ces balles ne pénétra dans la cavité cranienne.

Obs. IV (in Th. Benoît). — Dans un autre cas, une balle du calibre 7 Lefaucheux frappa le frontal au niveau de la ligne temporale supérieure, et chemina sous la peau vers la ligne médiane du front et un peu de haut en bas, dans l'étendue de 2 centimètres.

Obs. V (in Th. Benoît). — Dans un troisième cas, deux balles d'assez fort calibre furent tirées. La première n'avait pas pénétré dans le crâne.

Obs. VI (Lacassagne, in *Bull. de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, 1889). — M. Lacassagne montre deux balles extraites de l'oreille d'un homme qui s'était tiré deux coups de revolver calibre 12 dans l'oreille et à bout portant. Il fait remarquer combien leur pénétration a été minime, car on a pu les retirer avec une pince du fond du conduit auditif où on les voyait parfaitement. Elles sont cependant très aplaties.

Obs. VII (Carette, in *Ann. des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, 1898). — Il s'agit d'un cultivateur, âgé de trente-trois ans, qui reçut, à bout portant, un coup de revolver ancien modèle, calibre 9 millimètres, à broche. Il n'en résulta que l'enclavement du projectile dans le conduit, sans lésion du facial, sans éclatement de la paroi antérieure du conduit osseux et sans désordre du côté de l'articulation temporo-maxillaire. Le projectile fut extrait par copeaux fins à la gouge et au marteau.

En résumé, la non-pénétration des balles tirées à bout portant paraît établie par des observations très anciennes ; les faits que nous observons actuellement sont, les uns favorables à cette théorie, les autres absolument contraires, et ce point, intéressant au double point de vue chirurgical et médico-légal, nous a paru sujet à caution. L'histoire clinique des malades, les armes dont ils se sont servis sont tellement diverses que l'expérimentation seule, nous a-t-il semblé, pouvait élucider ce sujet.

Il est nécessaire au préalable de préciser le terme de bout portant. Dans le langage ordinaire, dit Vibert, l'expression à bout portant a une signification peu précise. Elle veut dire seulement que le coup a été tiré à une faible distance, qui peut être de plusieurs centimètres. Il nous paraît préférable de réserver la dénomination de bout portant ou encore mieux de bout touchant aux cas dans lesquels le canon de l'arme a été réellement appliqué sur la région traumatisée. Lorsque l'arme est appliquée perpendiculairement à la peau, la colonne d'air qui se trouve dans le canon ne peut être chassée par la balle et jouerait, dans ces conditions, le rôle d'un coussinet élastique diminuant ou supprimant les effets vulnérants de la balle.

Il faut grouper dans une deuxième catégorie les faits dans lesquels le canon est appliqué obliquement sur la peau ; il y a bien encore bout touchant, mais l'air du canon peut s'échapper devant la balle dont la force de pénétration ne devrait pas être diminuée.

Enfin une troisième catégorie de faits comprend les coups tirés à très courte distance, que l'on appelle encore à bout portant, et auxquels il faut réserver l'expression de coups tirés à « brûle pourpoint ».

Nous ne nous sommes occupés dans notre étude que de la pénétration des balles de revolver du commerce.

Les blessures à bout portant occasionnées par les armes de guerre sont en effet exceptionnelles ; de plus, elles produisent des blessures d'une gravité considérable, presque toujours mortelle, et la force de pénétration des projectiles est telle que leur atténuation, même si elle existe, n'est cliniquement pas constatable.

Il n'en est plus de même pour les revolvers du commerce dont la force de pénétration est assez faible pour que son atténuation puisse présenter un intérêt clinique.

Nous avions songé à tirer d'abord, avec une même arme prise pour type, des cartouches à poudre noire et à poudre pyroxylée, à balle de plomb et à balle cuirassée, afin d'étudier quelle était l'influence de la variété ou du poids de la poudre, de la nature et du poids de la balle. Nous voulions ensuite faire varier non plus les munitions, mais l'arme employée. Nous avons dû y renoncer à cause des difficultés matérielles que ces expériences présentaient. Aussi nous nous sommes bornés à utiliser les armes le plus communément employées avec les munitions qui leur sont propres. D'ailleurs cette approximation suffit dans la pratique pour répondre à la majorité des cas que le clinicien est appelé à observer.

Les armes présentent les types les plus variés et

tanée de l'épaule droite, avec œdème énorme descendant jusqu'au milieu du bras : une résection de la tête humérale lui permit de recouvrer l'usage du membre. Mais, peu à peu, se formait un repli cutané gonflé d'œdème, constituant une vraie tumeur glissant peu à peu le long du bras, et croissant sans cesse, si bien qu'il fallut la réséquer, ce qui, d'ailleurs, n'a pas empêché sa reproduction. On constate, en outre, une série de petites tumeurs qui permettent le diagnostic de maladie de Recklinghausen, de nombreux nævi pigmentaires, de la canitie précoce (vingt-huit ans, cheveux gris), l'abaissement du foie, l'atrophie du testicule droit et, pendant des efforts de toux, une véritable hernie du poumon droit. Le malade présente divers signes de dégénérescence.

Effets de la cadavérisation sur les neurofibrilles. — MM. Ballet et Laignel-Lavastine ont étudié les lésions produites par la cadavérisation sur les neurofibrilles, à l'aide de la méthode de Ramon y Cajal. Tandis que les neurofibrilles secondaires s'altèrent très rapidement après la mort, les primaires résistent longtemps après la cadavérisation; on peut les étudier sur des pièces d'autopsie.

Accidents post-traumatiques tardifs. — Une malade de M. Souques fut prise, quinze jours après avoir reçu des coups de bâton sur la tête, d'une hémiplégie nettement organique. — M. Ballet cite un cas analogue. Plusieurs semaines après un accident de voiture, un avocat fut pris de troubles bulbaires. Considéré comme simulateur à cause du début tardif, il eut beaucoup de peine à obtenir des tribunaux l'indemnité qu'il réclamait. — M. Babinski a vu, quelques mois après un accident, apparaître les signes d'un néoplasme intra-cranien que le traumatisme avait pu aggraver. — Chez un malade de M. Ballet, les accidents ont apparu immédiatement après le traumatisme; l'autopsie a révélé un gliome diffus qui, au dire de l'auteur, a fort bien pu être produit par le traumatisme. — Une dame, dont M. Marie cite l'exemple, commença, dix jours après un grand choc moral, un processus lacunaire. — La paralysie générale elle-même peut être traumatique, ajoute M. Dupré. — M. Brissaud insiste sur l'intérêt que présentent ces faits, au point de vue médico-légal; un simple choc moral ou même un traumatisme ne paraissant pas en relation directe avec le système nerveux ne procureront pas d'indemnité, et cependant ils ont pu agir tout aussi bien qu'un traumatisme cranien.

Effets de l'obscurité sur le réflexe papillaire. — M. Babinski a remarqué que ce réflexe augmente d'intensité quand on vient à éclairer vivement l'œil d'un sujet placé auparavant pendant une vingtaine de minutes dans l'obscurité : la quantité de lumière qui arrivait à l'œil du sujet avant l'examen peut modifier l'intensité du réflexe et faire croire, par exemple, à un signe d'Argyll intermittent. — Cela n'est pas applicable, dit M. Joffroy, aux recherches faites par lui dans la paralysie générale, où l'intermittence du signe d'Argyll a été constatée par divers oculistes expérimentés.

Atrophie paralytique des muscles de l'abdomen et de la gouttière vertébrale gauche chez une tabétique. — M. Leenhardt. — M. Déjerine insiste sur la rareté du fait.

Hémianesthésie de toute la moitié du corps et de la face chez une hémiplégique organique. — MM. Claude et Lejonne. Les auteurs croient pouvoir exclure totalement l'hystérie : la paralysie est organique, probablement due à une embolie cérébrale d'origine rhumatismale.

Hémispasme facial existant depuis trente ans. — M. Dupré. Le malade, actuellement âgé de quatre-vingt-dix ans, a ce spasme depuis depuis trente ans; pas d'étiologie, notamment pas de paralysie faciale antérieure.

Polynévrite au cours d'un cancer intestinal. — M. Lamy. Un malade de soixante ans, emporté en deux mois par un cancer intestinal, présentait une paralysie des extenseurs, avec hyperthermie médiocre et hypotension artérielle.

L'écriture des parkinsoniens. — D'après le même auteur, elle aurait ce caractère spécial d'aller en se rapetissant, de façon à devenir microscopique au bout de quelques mots. — Malheureusement ce caractère n'a rien de spécial; M. Meige l'a rencontré dans la crampe des écrivains : l'écriture de M. Brissaud présente, dit ce dernier, le caractère en question.

Cholestiatome cérébral et hémorragie du thalamus droit. — M. Roussy. Présentation de pièces anatomiques.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 9 décembre 1905)

Virulence et toxicité comparées des liquides pleural et céphalo-rachidien tuberculeux. — En inoculant à 2 cobayes 20 et 30 centimètres cubes de liquide venant de 41 pleurésies lymphocytiques de date relativement récente, MM. Froin et Ramond ont obtenu 37 résultats positifs, soit 88 p. 100. La virulence en liquide pleural diminue à mesure que la maladie évolue. L'injection séparée du liquide centrifugé et de son culot de centrifugation donne pour le culot 90 p. 100 de résultats positifs, pour le liquide 66 p. 100.

C'est à doses minimes que le liquide céphalo-rachidien donne la tuberculose, dans 100 p. 100 des cas.

Le pourcentage des résultats positifs après injection séparée du culot et du liquide de centrifugation est également plus élevé que dans les pleurésies : 95,71 pour le premier, 71,4 pour le second.

La centrifugation est donc impuissante à débarrasser un liquide du bacille de Koch, seule la filtration sur bougies permet cette séparation.

Ces 41 pleurésies non éosinophiliques ont tué seize fois les cobayes soit 39,02 fois p. 100 : c'est dans la sérosité que réside le principe toxique et non dans les cellules, le culot de centrifugation injecté seul, n'ayant jamais tué de cette façon.

La toxicité du liquide céphalo-rachidien est presque identique : injecté à doses fortes, au-dessus de 15 centimètres cubes, il tue rapidement dans 33,33 p. 100 des cas, mais il faut remarquer que la quantité de poison dans la cavité arachnoïdienne est moindre que dans la plèvre, le liquide également toxique par centimètre cube y étant infiniment moins abondant.

Le poison dissous dans ces liquides est sans doute de la *tuberculine*; on voit qu'elle est plus abondante dans la sérosité pleurale qui contient moins de bacilles virulents que le liquide céphalo-rachidien, riche en bacilles.

La vitesse du courant moteur du cœur. — M. Carlson admet, à la suite d'expériences sur le cœur de Limules, que le courant moteur passe huit à dix fois plus lentement à travers les plexus nerveux du cœur qu'à travers les nerfs des muscles périphériques.

Histologie pathologique des polypes muqueux du méat moyen des fosses nasales. — Pour M. Marcano, ces lésions sont déterminées par un processus unique d'œdème inflam-

matoire, quelquefois accompagné d'hyperplasie glandulaire, et se terminent par une sclérose interstitielle éléphantiasique.

Note sur le myxôme et l'éléphantiasis. — Au cours de nombreux examens de tumeurs de la peau, M. Darier a vu que, toutes les fois qu'il étudiait histologiquement des tumeurs diagnostiquées *myxômes*, il s'agissait d'œdème interstitiel inflammatoire.

Couche germinative des surrénales. — M. Mulon, à propos d'une note de MM. Bernard et Bigard (1), rappelle qu'un fait précédemment observé par lui (couche germinative corticale), rend pour le moins paradoxale la théorie que ces deux auteurs ont exposée sur l'évolution de sécrétion au niveau de la corticale.

Pouvoir pathogène de certains bacilles acido-résistants. Essais de modifications par les passages dans l'organisme animal. — De leurs expériences, MM. Rodet et Galavielle (de Montpellier) concluent que le bacille de Timothée est très nettement doué d'un pouvoir pathogène. Introduit dans l'organisme à l'état de culture pure, surtout par injection intraveineuse, il est susceptible de déterminer des lésions viscérales très analogues aux lésions tuberculeuses.

Si l'on cultive les bacilles retirés des sujets en expérience et si on les inocule en série, on ne réussit pas à imprimer à ces bacilles des modifications tendant à les rapprocher davantage du bacille de Koch. Il serait d'ailleurs prématuré de conclure que cette transformation n'est jamais possible.

Quelques faits relatifs à la virulence du bacille d'Eberth. Exsudats de passages et bacilles de passages. — Pour MM. Rodet et Lagriffoul (de Montpellier), les « passages directs », utilisant comme matière infectante les exsudats péritonéaux eux-mêmes, constituent la méthode de choix pour l'exaltation du bacille d'Eberth par la méthode de passage. L'exaltation vraie du bacille n'est pas proportionnelle à l'accroissement du pouvoir infectant des exsudats. L'exaltation coïncide avac une élévation de la richesse des exsudats en bacilles libres et avec une réduction de la réaction phagocytaire.

Autres communications :

Infuence de l'orientation sur l'activité. — M. Féré;

Action des solutions aqueuses de sublimé sur le sang. — M. Jouhaud (de Limoges);

Oxydation produite par l'anticatalase en présence du peroxyde d'hydrogène. — M. F. Batelli et Mlle Stern.

CORRESPONDANCE

A PROPOS D'UNE « CURIEUSE OBSERVATION »

Nous recevons de M. le docteur Cuilleret (de Lyon) une lettre qui vient compéter les explications de M. Babonneix (*Gaz. des hôpit.*, n° 136) au sujet d'une « curieuse observation » relatée ici-même par M. Labonne (n° 135), M. Cuilleret rappelle à notre attention un travail déjà ancien de M. Cordier (de Lyon) qui a décrit très explicitement l'accident thérapeutique en question sous le nom de *Balanite iodo-hydrargyrique*, résumant ainsi d'un mot toute sa pathogénie. Voici cette lettre :

« A monsieur le rédacteur en chef de la *Gazette des hôpitaux*.

Monsieur et honoré confrère,

Je viens de lire dans le n° 135 de votre excellent journal, à l'article Correspondance, et sous le titre *Curieuse observation*, une observation qui est intéressante au point de vue pratique, mais qui, n'en déplaise à notre confrère le docteur H. de la Bonne, licencié ès sciences, n'a rien ni de curieux, ni de nouveau, ni d'original. Il s'agit, en effet, dans le cas qu'il relate, d'un de ces cas de *balanite iodo-hydrargyrique* bien connus, et bien décrits par le docteur Cordier, chirurgien de l'Antiquaille. (Cf. *Lyon méd.*, 1890, n° 1, et *Ann. de dermatol.*, 1890, p. 442.)

Et nous savons, tous, praticiens et surtout praticiens des affections vénériennes, qu'il ne faut pas prescrire de pansements mercuriels (sublimé, calomel, etc.) sur les muqueuses (organes génitaux, œil, etc.), ni même sur la peau, chez les malades prenant des préparations iodurées. C'est là un point de pratique que j'indiquais toujours aux étudiants lorsque j'étais chef de clinique du professeur Gailleton.

Veuillez agréer, Monsieur et honoré confrère, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Dr J. Cuilleret,
Ancien chef de clinique de la Faculté de Lyon,
médecin de la clinique Munaret au Dispensaire général de Lyon. »

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 135, p. 1615.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 18 au 23 décembre 1905)

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 18 décembre, à une heure. — 5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Reclus, Delens et Mauclaire ; — (2e série) : MM. Second, Legueu et Proust ; — (2e partie) : MM. Brissaud, Legry et Marcel Labbé ; — M. Pierre Duval, suppléant.

Mardi 19 décembre, à une heure. — 3e (1re partie, oral) : MM. Le Dentu, Thiéry et Demelin ; — (2e partie) : MM. Ménétrier, Dupré et Guiart.

4e, *Salle Thouret* : MM. Gilbert, G. Ballet et Langlois ; — M. Launois, suppléant.

5e (1re partie) : MM. Berger, Faure et Morestin ; — (2e partie) : MM. Raymond, Gouget et Carnot ; — M. Jeanselme, suppléant.

Mercredi 20 décembre, à une heure. — 1er (oral), *Salle Béclard* : MM. Terrier, Retterer et Cunéo.

2e, *Salle Charcot* : MM. Gautier, Gley et Branca.

3e (1re partie, oral), *Salle Corvisart* : MM. Reclus, Sébileau et Lepage.

4e : MM. Pouchet, Déjerine et Macaigne ; — M. Balthazard, suppléant.

Jeudi 21 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Faure et Auvray.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Troisier, Méry et Guiart.

2e, *Salle Thouret* : MM. Launois, Langlois et Maillard.

4e, *Salle Dubois* : MM. Joffroy, Gley et Richaud ; — M. Dupré, suppléant.

Vendredi 22 décembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Desgrez et Legry.

2e, *Salle Broussais* : MM. Ch. Richet, Retterer et André Broca.

3e (2e partie, oral), *Clinique Baudelocque* : MM. Brissaud, Roger et Claude ; — M. Marcel Labbé, suppléant.

5e (1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Aug. Broca et Gosset ; — (2e série) : MM. Tuffier, Legueu et Pierre Duval ; — M. Proust, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Wallich et Potocki; — M. Branca, suppléant.

Samedi 23 décembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Chantemesse, Vaquez et Jeanselme; — (2e série) : MM Achard, Renon et Bezançon; — M. Thiroloix, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Brindeau; — M. André Broca, suppléant.

THÈSES

Mercredi 20 décembre 1905, à une heure. — M. Petit. Contrbution à l'étude de l'appendicite tuberculeuse. (MM. Pinard, président; Blanchard, Gaucher et Teissier.) — M. Ragaine. L'appendicite tuberculeuse. (MM. Blanchard, président; Pinard, Gaucher et Teissier.) — M. François Dainville. Des troubles de la nutrition et de l'élimination urinaire dans les dermatoses diathésiques [eczéma et psoriasis]. (MM. Gaucher, président; Pinard, Blanchard et Teissier.) — M. Gasne. Fracture du crâne chez l'enfant. (MM. Kirmisson, président; Segond, Aug. Broca et Mauclaire.) — M. Borriglione. Contribution à l'étude du traitement des tuberculoses chirurgicales par l'héliothérapie sur le littoral méditerranéen. (MM. Segond, président; Kirmisson, Aug. Broca et Mauclaire.) — M. Homolle. Le séjour des projectiles dans le cœur, le péricarde et les vaisseaux. (MM. Segond, président; Kirmisson, Aug. Broca et Mauclaire.)

Jeudi 21 décembre 1905, à une heure. — M. Cuquerella. Des fistules hypogastriques consécutives à la taille sus-pubienne. (MM. Guyon, président; Le Dentu, Schwartz et Morestin.) — M. Tirel. Considérations sur le traitement chirurgical du prolapsus utérin en général et sur le procédé de Wertheim en particulier. (MM. Guyon, président; Le Dentu, Schwartz et Morestin.) — M. Garcia. Périnéorraphie par la seule suture des releveurs. (MM. Le Dentu, Guyon, Schwartz et Morestin.) — M. Dubos. Des appendicites kystiques. Bactériologie générale. Formes stériles. (MM. Cornil, président; Hutinel, Gilbert et Vaquez.) — M. Vivien. Propriété thérapeutique de la dihydroscyphtalophénone [phénolphtaléine]. (MM. Cornil, président : Hutinel, Gilbert et Vaquez.) — M. Junes. Essai sur la polyarthrite aiguë tuberculeuse bénigne (rhumatisme articulaire aigu tuberculeux). Ses applications à la médecine infantile. (MM. Hutinel, président; Cornil, Gilbert et Vaquez.) — M. Pelletier. Contribution à l'étude de l'ouverture des kystes hydatiques du foie dans les veines caves et hépatiques. (MM. Gilbert, président; Cornil, Hutinel et Vaquez.)

...LES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives internationales de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 6, nov.-déc. 1905.) Pieniazek : Traitement local sous le contrôle de la vue des rétrécissements de la trachée et des bronches. — Gradenigo : Sur les symptômes oculaires dans les maladies de l'organe auditif et dans leurs complications. — Alexander : Sur le traitement chirurgical de la méningite d'origine otique. — Guisez ; Deux cas d'ostéomyélite des os plats du crâne consécutifs à des suppurations de l'oreille. — Waggett : Comment empêcher la suppuration aiguë de l'oreille moyenne de devenir chronique. — Sprague : L'otite de la scarlatine. — Ziem : Quelques mots contre la ponction lombaire. — Freudenthal : Nouvelle contribution à l'opération radicale de la sinusite frontale. — Bar : Abcès extradural périsinusien. Opération suivie de guérison. Considérations pratiques. — Zwillinger : A propos de l'opération de la ton sille pharyngée hyperplasiée. — Kayser : Contribution à l'étude de la toux nasale. — Packard : Manifestations syphilitiques laryngiennes et trachéales. — Jessen : Sur le traitement de la tuberculose laryngée par la lumière solaire. — Simionescu : Contribution à l'étude de l'ozène trachéal. — Kœnig : Cas d'empyème du sinus maxillaire datant de dix-sept ans, guéri par vingt-sept lavages faits à travers le méat inférieur. — Fischer : Un cas intéressant de sténose laryngée et trachéale combinée. — Baumgarten : Sur quelques expériences dans le domaine de la thérapeutique (*suite*). — Chauveau : Pharyngite et chlorure. — Réthi : Expériences portant sur les phénomènes de sécrétion du voile du palais. — Bard : Orientation et accommodation auditives. Hémidésorientation centrale. — Guillemin : Sur la théorie de l'audition. — Toubert : Nouvelles aiguilles à suture. — Kœnig : Une nouvelle canule pour les lavages du sinus maxillaire, par l'ostium maxillaire. — Zünd-Burguet : Résonnateur universel pour le renforcement des sons du diapason. — Heyninx : Un contre-respirateur intra-buccal. — Zünd-Burguet : Étude physiologique et pratique sur les troubles externes ou mécaniques de la parole. — Drouot : Les sourds-muets et la parole. — Chauveau : Isambert. Son rôle en pathologie pharyngolaryngée, ses conférences cliniques sur les maladies du larynx et des premières voies respiratoires. — Maugeri : Sangsue dans le naso-pharynx. — Heyninx : Cornet ethmoïdal surnuméraire; névralgie faciale; — Polype trachéal myxo-sarcamateux; coupe microscopique. — Chauveau : Régression rapide de végétations adénoïdes à la suite de la rougeole.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 48, 26 nov. 1905) E. Loumeau : Rupture de la vessie. Intervention. Guérison.

Revue scientifique. — (N° 21, 18 nov. 1905.) Pierre Bonnier : Y a-t-il une psychologie humaine? — Paul Ragous : Eléments à faire intervenir dans le choix de l'emplacement d'une usine. — Contremoulin : La radiologie au Congrès de la tuberculose. — (N° 22, 25 nov. 1905.) Lowenthal : Etat sanitaire et démographique comparé des villes de Paris et de Berlin. — Paul Ragous : Eléments à faire intervenir dans le choix de l'emplacement d'une usine. — (N° 23, 2 déc.) Batelli : Sur la nature de la pression osmotique. — Lowenthal : État sanitaire et démographique comparé des villes de Paris et de Berlin (*suite*). — R. Laufer : Les résultats du Congrès international de la tuberculose et nos connaissances actuelles sur la pathologie et la thérapeutique de cette maladie.

Semaine gynécologique. — (N° 46, 14 nov. 1905.) R. Pichevin : Quelques réflexions à propos du diagnostic et du traitement d'un kyste du ligament large. — (N° 48, 28 nov.) R. Pichevin : Ablation bilatérale des annexes avec hystérectomie ou extirpation unilatérale de la trompe et de l'ovaire.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 142. — JEUDI 14 DÉCEMBRE 1905. 78e ANNÉE. JEUDI 14 DÉCEMBRE 1905. — N° 142.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF
Neurasthénie et dyspepsie chez des jeunes gens, par MM. Albert Mathieu et J.-Ch. Roux.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Séance annuelle de l'Académie de médecine : prix décernés en 1905 et prix proposés pour les années 1906, 1907 et 1908.
NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)
Ulcérations gastriques.
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

LA PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS. — MM. Metchnikoff et Roux viennent de publier, dans les *Annales de l'Institut Pasteur* (n° 11, p. 690), le résultat d'expériences qui offrent un puissant intérêt au point de vue de la préservation de la syphilis.

Ils ont inoculé deux chimpanzés aux arcades sourcilières avec du virus prélevé sur les chancres indurés de deux hommes atteints de syphilis. Trois quarts d'heure après, chez l'un des chimpanzés, les parties inoculées ont été frictionnées pendant dix minutes avec de l'onguent mercuriel double. Le témoin au bout de vingt-huit jours a présenté deux chancres typiques. L'animal traité est resté indemne. Même expérience sur un macaque, même résultat.

L'onguent mercuriel double étant très irritant et pouvant aller jusqu'à causer des escares, les expérimentateurs ont eu recours à la pommade suivante : calomel, 10 parties; lanoline, 20 parties.

Des frictions faites pendant cinq minutes avec cette pommade une heure trois quarts après l'inoculation ont préservé un chimpanzé inoculé. Même résultat sur trois macaques et un cynocéphale. Notons que les lavages avec le sublimé au millième sont restés sans effet.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Montpellier. — Par décret en date du 10 décembre 1905 rendu sur le rapport du ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes, M. Vallois, agrégé des facultés de médecine, est nommé professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Montpellier.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Alger. — M. Cange, suppléant, est nommé professeur de clinique ophtalmologique.

Amiens. — M. Boussavit, suppléant, est nommé professeur de physiologie.

CONSEIL DE SURVEILLANCE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — M. Bonnaire, accoucheur des hôpitaux, remplace M. Porak, arrivé à l'expiration de son mandat.

L'INTERDICTION DE L'ABSINTHE EN BELGIQUE. — Voici le texte de la loi votée par le Sénat et que la Chambre aura à examiner à nouveau :

« Article premier. — Sont interdits, sous peine de 26 a 500 francs d'amende et d'un emprisonnement de huit jours à six mois, ou d'une de ces peines seulement, la fabrication, le transport, la détention, la vente et le débit de la liqueur d'absinthe et de toute liqueur contenant de l'essence d'absinthe, à l'exclusion des liqueurs dites chartreuse, bénédictine, bitter, amer et autres analogues qui ne renferment pas plus de 1 gramme d'essence de toute espèce par litre.

L'interdiction ne s'étend pas aux vins aromatisés tels que le vermouth et autres vins analogues.

Les produits faisant l'objet de contraventions aux défenses édictées par le premier alinéa du présent article seront saisis et confisqués.

Art. 2. — L'importation des produits dont la fabrication, le transport, la détention, la vente et le débit sont interdits par le premier alinéa de l'article 1er est prohibée. Cette prohibition ne s'applique pas aux expéditions en transit direct et sous surveillance douanière.

Art. 3. — La présente loi ne sera exécutoire qu'à partir du 1er mars 1906, sauf en ce qui concerne l'interdiction de la fabrication et la prohibition de l'importation. »

HOPITAUX DE PROVINCE. — Avignon. — Un concours pour deux places de chirurgiens adjoints aux hôpitaux d'Avignon aura lieu le 26 mars 1906, à la Faculté de médecine de Montpellier.

PRIX DE L'ACADÉMIE. — Parmi les lauréats de l'Académie de médecine, nous sommes heureux de relever les noms de MM. Couteaud, Drouineau, Faxton E. Gardner, René Gaultier et Remlinger, nos collaborateurs à des titres divers.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur H. Thorp (de Paris), et de M. Radiguet, ingénieur électricien, qui a succombé à la suite d'accidents causés par les rayons X.

CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

NEURASTHÉNIE ET DYSPEPSIE

CHEZ DES JEUNES GENS

Par MM. ALBERT MATHIEU et J.-CH. ROUX.

Au cours de cette année, nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs jeunes gens de quinze à dix-sept ans, chez lesquels s'étaient produits des troubles graves de santé caractérisés en particulier par des maux de tête rendant le travail intellectuel difficile, sinon même impossible, par une sensation de fatigue permanente et par des troubles digestifs accompagnés de dilatation de l'estomac.

Il nous paraît intéressant de faire connaître ce que nous savons de leur histoire, qui est très suggestive, bien que, comme ils se sont présentés à notre consultation privée et que nous n'ayons vu deux d'entre eux qu'une seule fois, leur observation soit restée forcément incomplète.

Comment ne pas penser qu'une meilleure hygiène les eût mis à l'abri des accidents graves qu'ils ont présentés et que le régime scolaire auquel ils ont été soumis leur a été nuisible? En tout cas, il est bon que les éducateurs et les médecins soient prévenus de l'existence des faits de ce genre et qu'ils soumettent au repos intellectuel complet les jeunes gens qui pourraient présenter un semblable syndrome, et, mieux encore, que par la prescription d'une hygiène appropriée, ils s'efforcent d'en empêcher l'apparition ou tout au moins d'en enrayer le plus tôt possible l'évolution.

Chacun de ces faits appelle du reste des réflexions particulières.

Chez une jeune fille, grande, bien faite, très intelligente, assez nerveuse, fille d'un père qui a lui-même commis des excès de travail intellectuel, la filiation des accidents est très simple. Ses parents, comme bien d'autres, ont voulu pour elle un diplôme, et, tout au moins, à défaut de baccalauréat, le brevet d'institutrice de l'enseignement primaire. Elle s'est fatiguée pour préparer cet examen, elle a veillé outre mesure, elle s'est émotionnée, et des accidents typiques de neurasthénie se sont produits.

I. Mlle K..., est âgée de seize ans et demi, elle a toujours été nerveuse, elle est très intelligente et très bien douée.

Elle s'est surmenée l'année précédente pour préparer un examen (brevet). Depuis cette époque elle dort mal, son sommeil est agité; le matin, elle se trouve beaucoup plus fatiguée que la veille; elle a tout le temps mal à la tête et ces maux de tête augmentent beaucoup sous l'influence du travail intellectuel, qui est ainsi devenu très difficile.

Elle a sensiblement maigri. Cependant elle mange bien et ses digestions ne sont pas pénibles, les selles sont régulières. A trois heures de l'après-midi, deux heures après la fin du repas, on constate un bruit de flot stomacal très marqué mais qui ne dépasse pas l'ombilic.

La jeune malade est facilement essoufflée; elle se plaint de palpitations. Il n'y a rien d'anormal à l'auscultation du cœur et du poumon. Il y a de la tachycardie : on compte 132 pulsations à la minute. Aucun autre symptôme, du reste, qui puisse faire penser à l'existence ou au début d'un goitre exophtalmique.

Si les parents des jeunes filles, cédant à un sentiment d'amour-propre mal placé et à la contagion de l'exemple, veulent trop souvent les préparer et les présenter au brevet simple et même au brevet supérieur exigé des professeurs de l'enseignement primaire, les parents des jeunes garçons commettent tout aussi souvent l'imprudence de faire commencer à leurs fils les études classiques prématurément. Les causes principales de cette erreur pédagogique sont la nécessité d'avoir terminé les études avant l'heure du service militaire et le plus longtemps possible avant que soit atteinte la limite d'âge pour le concours d'entrée dans les grandes écoles du gouvernement. Quelque maladie peut survenir qui retardera les jeunes gens pendant la durée de la préparation à ces écoles, un échec peut être subi à un examen, à un concours. Et puis, les pères et les mères, celles-ci surtout, s'enorgueillissent d'avoir un fils en avance d'un ou deux ans sur l'âge moyen.

Le trop jeune âge des élèves au cours de leurs études est la source de graves inconvénients et de sérieux dangers. Les jeunes gens n'ont pas la maturité voulue pour suivre le programme des classes — les professeurs s'en plaignent vivement et justement — et leur santé intellectuelle et physique est exposée à des accidents si graves qu'ils peuvent être irrémédiables.

II. M. X..., est âgé de quinze ans; depuis un an il a grandi de 11 centimètres. Il travaille beaucoup; il a été au lycée un élève brillant jusque dans ces derniers temps. Il est en première et tient la tête de la classe; il a toujours été dans les trois premiers. Depuis quelque temps, toutefois, ses places ont été moins bonnes.

En voici la raison. Il y a huit mois il a commencé à avoir mal à la tête presque en permanence; les maux de tête augmentaient sous l'influence du travail intellectuel qui est ainsi devenu de plus en plus difficile. Le matin, le jeune X... accuse une sensation de fatigue marquée, malgré un sommeil assez bon.

L'appétit est resté bon, cependant les digestions sont un peu difficiles. « Elles se font lentement, » dit le jeune malade.

Il n'y a pas eu d'amaigrissement; les urines n'ont pas été analysées.

A l'examen de l'abdomen, vers cinq heures du soir, alors qu'il n'a rien été pris depuis le repas de midi, on constate un clapotage stomacal sonore et étendu descendant jusqu'au niveau de l'ombilic.

Voici donc un jeune homme de quinze ans, qui se trouve d'au moins deux ans en avance sur l'âge moyen que devraient avoir les élèves de la classe de première. Il est admirablement doué, il est toujours dans les trois premiers élèves, et, naturellement, travaille beaucoup pour maintenir son bon rang et sa bonne réputation, et, un beau jour, c'est un effondrement. On se trouve obligé de suspendre tout

travail intellectuel, sans avoir du reste la certitude d'obtenir une guérison complète. Si cet enfant avait eu une autre hygiène, s'il avait consacré à son développement physique les deux années qu'on a voulu gagner, on est en droit de penser qu'il eût pu être mis à l'abri des accidents très sérieux qu'il présente actuellement. Il est à remarquer, du reste, que depuis un an il a grandi de 11 centimètres. La mauvaise hygiène a des conséquences plus graves encore au moment où se produit une poussée de croissance.

Voici une autre observation du même genre :

III. M. Y..., est âgé de dix-sept ans, il est élève de mathématiques spéciales, et se prépare au concours de l'École polytechnique. Il a toujours été un excellent élève, il travaille beaucoup et est toujours dans les premiers de sa classe. Il a beaucoup grandi depuis deux ans.

Depuis six semaines il éprouve des maux de tête qui rendent le travail intellectuel très difficile, et une sensation de fatigue sans motif qui n'est pas plus marquée le matin au réveil. Le sommeil est, du reste, bon.

L'appétit a notablement diminué. Les digestions sont lentes et difficiles, elles s'accompagnent d'une sensation de gêne et de pesanteur au niveau de l'estomac qui persiste pendant des heures.

L'examen des urines pratiqué dès le début a révélé la présence d'une petite quantité d'albumine (0g30 p. 1 000 environ).

Sous l'influence du repos et du régime lacto-végétarien la quantité d'albumine diminua assez rapidement et désormais on n'en trouva plus que des traces. Au dernier examen, l'albuminurie avait même complètement disparu.

A l'examen de l'abdomen pratiqué à trois heures de l'après-midi, deux heures après la fin du repas, on constate un bruit de flot considérable qui dépasse l'ombilic d'environ quatre travers de doigt.

Comme traitement, on prescrit : le repos presque absolu à la campagne, un régime composé de laitages, d'œufs, de purées variées, de légumes verts cuits, de fruits cuits passés, de poisson maigre et de volaille. Biscottes en guise de pain. Il sera pris vingt minutes avant les deux repas, dans un peu d'eau de Vichy, deux cuillerées à café de peptone sèche et II gouttes de teinture amère de Baumé pendant quinze jours. Les quinze jours suivants, prendre, vingt minutes après les deux repas, dans un peu d'eau, XXV gouttes d'un mélange à parties égales de teinture de colombo, de gentiane et d'ipéca.

M. Y..., est revu quatre mois plus tard. Il se trouve beaucoup mieux, les maux de tête ont beaucoup diminué. Le repos intellectuel et physique a, du reste, été presque complet; on n'a permis que quelques lectures peu fatigantes.

La sensation de gêne et de pesanteur est beaucoup moins marquée lorsque le malade reste étendu après les repas. Dans la station debout elle se reproduit de nouveau.

L'appétit est meilleur. Le jeune malade a encore grandi, il n'a pas maigri. On n'a plus trouvé que des traces d'albumine dans l'urine.

L'estomac est toujours dilaté et se vide lentement; toutefois, à jeun, on le trouve complètement vide. L'analyse après repas d'épreuve d'Ewald indique un degré accentué d'hypochlorhydrie. A l'examen de l'urine, l'albumine a complètement disparu.

Cette observation ressemble à la précédente par bien des côtés. Voici encore un jeune homme très bien doué, tenant un très bon rang dans sa classe, en avance sur les jeunes gens de son âge, chez lequel il s'est fait récemment une poussée intense de croissance. Ici encore il existe un degré assez marqué de dilatation de l'estomac. L'analyse du suc gastrique a montré qu'elle s'accompagnait d'une diminution assez accentuée de la sécrétion chlorhydrique. On a constaté au début une albuminurie légère qui a disparu sous l'influence du repos et du régime alimentaire.

On sait combien est difficile l'interprétation des petites albuminuries de ce genre. Dans le cas présent, il est à noter qu'elle a été influencée assez rapidement par le traitement. Elle se rapproche de ce qu'on a décrit sous le nom d'albuminurie d'origine dyspeptique.

Il est non moins difficile de dire avec certitude quelles sont les relations de la dilatation de l'estomac avec ou sans hypochlorhydrie et du syndrome neurasthénique. Il serait très facile d'appliquer ici la célèbre conception de M. Bouchard et de mettre les troubles digestifs au premier rang dans la série pathogénique.

Quoi qu'il en soit, il est permis de supposer qu'une hygiène meilleure aurait pu mettre ce jeune homme à l'abri des accidents morbides qui ont momentanément, sinon définitivement, arrêté sa carrière. S'il avait passé plus de temps au grand air, s'il avait davantage surveillé son alimentation, s'il avait fourni un effort intellectuel moins soutenu et moins considérable, s'il avait commencé ses études un ou deux ans plus tard, il fût peut-être resté indemne des accidents morbides qu'il présente actuellement.

On doit, en tout cas, chercher dans une meilleure hygiène la prophylaxie de semblables désastres.

Enfin, il est nécessaire que l'apparition de ces accidents soit surveillée avec soin et qu'ils soient dépistés le plus tôt possible. On ne saurait trop recommander aux professeurs et aux familles — dont l'entente et la collaboration sont si désirables — de soumettre à l'examen médical les jeunes gens qui paraissent se relâcher dans leur travail, qui paraissent faiblir, surtout s'ils présentent des maux de tête, une fatigue sans motif apparent, qu'ils accusent ou non des troubles digestifs.

Les parents et les éducateurs de profession doivent savoir aussi qu'il est dangereux de faire succéder à une période de travail intellectuel intensif une période d'exercice physique sans frein ni mesure.

Ecoutez, à ce propos, l'histoire d'un jeune homme que nous avons eu récemment à soigner.

IV. M. Z..., est âgé de seize ans. Il se présente à nous au commencement du mois de novembre 1904. Il avait subi un examen de baccalauréat au mois de juillet précédent; il avait beaucoup travaillé pour se préparer, mais cependant, sans se sentir très fatigué. Il alla passer ses vacances dans la Forêt-Noire où il abusa de la marche et du tennis. Ses parents furent effrayés de sa maigreur et de son aspect déprimé lorsqu'ils le revirent à la fin de septembre. Depuis un mois il se sentait fatigué. Il avait continué à manger et à boire beaucoup ; après les repas il éprouvait une sensation de pesanteur et des étourdissements. Un médecin diagnostiqua une grande dilatation de l'estomac et le soumit à un régime sec très sévère, dont le

résultat fut de le faire maigrir de 7 kilogs en un mois. Il n'y avait, du reste, ni sucre ni albumine dans l'urine, rien à l'auscultation du cœur ni du poumon, pas de fièvre.

A l'examen de l'estomac, à trois heures de l'après-midi, on constate un bruit de clapotage marqué dépassant l'ombilic. Rien d'anormal au foie.

Sous l'influence d'une alimentation plus copieuse à base de lait, de laitages et d'œufs, le jeune Z... gagna 3 kilogs en quinze jours. Il se trouvait beaucoup mieux. Toutefois, à six heures quarante-cinq du soir, c'est-à-dire six heures un quart après le repas de midi, on constatait encore un peu de clapotage à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic; l'estomac atteignait l'ombilic mais ne le dépassait pas.

Par l'examen pratiqué à jeun, on constata un léger clapotage épigastrique et l'analyse montra un certain degré d'hyperchlorhydrie (acidité totale 2,78 p. 1000; acide chlorhydrique libre 0,87).

Le jeune malade s'est reposé complètement; il est resté étendu presque toute la journée; il n'a fourni aucun travail intellectuel. Il se trouve actuellement beaucoup mieux, il n'a plus de vertiges, il dort bien et ses digestions sont beaucoup plus faciles.

Cette dernière observation est par certains côtés différente des deux précédentes. Il n'y a eu ni maux de tête, ni insomnie, ni sensation d'impuissance intellectuelle. L'amaigrissement et la fatigue ont seuls attiré l'attention des parents. Il est vrai qu'à ce moment le jeune homme était en vacances et qu'il n'avait à fournir aucun effort cérébral.

Les troubles digestifs paraissent bien ici tenir le premier rang; ils étaient caractérisés par une grande dilatation d'estomac avec hyperchlorhydrie et tendance à l'hypersécrétion continue.

Il n'est pas possible, du reste, quelle que soit l'idée théorique qu'on se fasse de la filiation des accidents, de ne pas attribuer une importance considérable aux troubles dyspeptiques dans des conditions analogues, qu'on fasse dériver le syndrome neurasthénique de la dilatation de l'estomac ou, au contraire, la dyspepsie gastrique de la neurasthénie, ou encore, plus éclectique, qu'on y voie la manifestation parallèle d'un vice primitif de la nutrition générale et de l'innervation.

Nous avons eu l'occasion de soigner, en dehors de ceux dont nous venons de conter l'histoire, un certain nombre de jeunes gens que des troubles digestifs et des phénomènes de dépression neurasthénique avaient arrêtés ou fortement gênés dans leurs études. Tous présentaient une dilatation marquée de l'estomac, tantôt avec, tantôt sans hyperchlorhydrie. Et nous n'avons pas pu ne pas voir dans ces troubles digestifs un élément important, sinon primordial, de leur état morbide. Nous avons rencontré aussi un certain nombre de personnes plus âgées, parvenues à vingt cinq ou trente ans, chez lesquelles des manifestations analogues remontaient à l'âge de quinze ou seize ans. La plupart étaient des neurasthéniques avec dilatation marquée de l'estomac, très malheureux et incapables d'un travail régulier. C'étaient de véritables infirmes. Il y a donc des cas de cette neurasthénie juvénile débutant vers la fin de la période scolaire qui ne guérissent jamais.

Pourrait-on, par une hygiène préventive sévère, sinon en empêcher l'apparition, tout au moins en restreindre le nombre et en atténuer les conséquences? On peut l'espérer et on doit en tout cas l'essayer.

Les accidents de ce genre paraissent devenir plus fréquents parce que la résistance de la race s'affaiblit et que l'hérédité morbide s'aggrave. Ce sont là des raisons pour donner aux jeunes gens les bénéfices d'une hygiène meilleure, pour surveiller de plus près leur régime alimentaire, pour les mettre dans des conditions plus favorables de développement physique.

Et lorsque la prophylaxie n'aura pas suffi, il faudra s'efforcer de dépister dès leur début les accidents morbides analogues à ceux dont nous nous sommes occupés au cours de ce travail. Peut-être sera-t-il temps encore pour en sauver un bon nombre d'un désastre physique et intellectuel qui peut être irréparable (1).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE ANNUELLE DU 12 DÉCEMBRE 1905)

M. Motet, secrétaire annuel, lit le rapport général sur les prix décernés en 1905.

M. Jaccoud, secrétaire général, prononce ensuite, avec son talent habituel, l'éloge de Panas.

M. L. Colin, président, proclame la liste des prix décernés :

PRIX DÉCERNÉS EN 1905

PRIX DE L'ACADÉMIE (1 000 francs). — Question : *Les oxydases en pathologie*. — Le prix est décerné à M. Pierre Sée (de Paris).

PRIX ALVARENGA DE PIAUHY [Brésil] (800 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur L. Gaide, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales, à Hanoï. Une mention très honorable est accordée à M. le docteur A. Gaussel (de Montpellier).

PRIX AMUSSAT (1 000 francs). — L'Académie décerne : un prix de 700 francs à M. le docteur Louis Sencert, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy; un prix de 300 francs à M. le docteur Guisez, chef des travaux d'oto-rhino-laryngologie à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu à Paris.

PRIX APOSTOLI (600 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur H. Guilleminot (de Paris).

PRIX DU MARQUIS D'ARGENTEUIL (6800 francs). — L'Académie décerne le prix à MM. les docteurs Octave Pasteau, ancien chef de clinique, et A. Iselin, chef de clinique adjoint à l'hôpital Necker.

PRIX FRANÇOIS-JOSEPH AUDIFFRED (un titre de 24 000 francs de rente). — Le prix n'est pas décerné. L'Académie accorde à titre d'encouragement : 2 000 francs à M. le docteur Louis Rénon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; 2 000 francs à M. G. Moussu, professeur à l'école vétérinaire d'Alfort; 1 000 francs à M. le docteur Plicque (de Paris).

PRIX BARBIER (2 000 francs). — Le prix n'est pas décerné. L'Académie accorde à titre d'encouragement : 1 000 francs à M. le docteur H. Cristiani, professeur à la Faculté de méde-

(1) Article déjà publié dans les *Archives internationales d'hygiène scolaire*, Leipzig, Engelmann, éditeur.

cine de Genève; 500 francs à M. Henri Martel, vétérinaire, inspecteur des services sanitaires au ministère de l'Agriculture; 500 francs à M. le docteur P. Remlinger, directeur de l'Institut Pasteur à Constantinople.

Prix Mathieu Bourceret (1 200 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Victor Pachon, maître de conférences au laboratoire de physiologie générale de l'École pratique des hautes-études à Paris. Elle accorde une mention honorable à : MM. les docteurs F.-J. Bosc, professeur, et Vedel, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

Prix Henri Buignet (1 500 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur A. Béclère, médecin des hôpitaux à Paris.

Prix Capuron (1 000 francs). — Question : *Des complications de la grossesse dues aux lésions des trompes et de l'appendice.* — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde à titre d'encouragement une somme de 300 francs à M. le docteur A. Rastouil (de la Rochelle).

Prix Chevillon (1 500 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur J. Belot (de Paris).

Prix Civrieux (800 francs). — Question : *Des délires chez les épileptiques.* — Le prix est décerné à M. le docteur Gimbal, médecin-adjoint à l'asile de Prémontré. Une mention très honorable est accordée à M. le docteur Jacquemart (de Paris).

Prix Clarens (400 francs). — Le prix est décerné à M. J. Alquier, ingénieur-agronome à Paris, et M. le docteur A. Drouineau, médecin-major de deuxième classe au 2e escadron du train des équipages, à Amiens. L'Académie accorde en outre une mention très honorable à : MM. les docteurs H. Triboulet et Félix Mathieu (de Paris), Roger-Mignot (de Ville-Evrard).

Prix Daudet (1 000 francs). — Question : *Des épithéliomes du cou d'origine branchiale.* — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Veau, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.

Prix Desportes (1 300 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Beni-Barde (de Paris). L'Académie accorde en outre des mentions honorables à MM. les docteurs Lucien Butte et Leredde (de Paris), Joseph Pawinski (de Varsovie) et Toulouse, médecin en chef de l'asile de Villejuif.

Concours Vulfranc-Gerdy. — L'Académie a accordé, en 1905, à MM. les stagiaires : Un prix de 500 francs à MM. Beauvy et Vivier; une récompense de 400 francs à M. Chiray et une somme de 1 500 francs pour sa mission; 1 500 francs à M. Lemaître et 1 500 francs à M. Ameuille pour missions.

Prix Ernest Godard (1 000 francs). — Au meilleur travail sur la pathologie interne. Le prix est décerné à M. le docteur Faxton E. Gardner (de New-York).

Prix Pierre Guzman. — Un titre de rente de 1 328 francs 3 p. 100. L'Académie accorde : Un encouragement de 1 328 francs à M. le docteur Henri Gillet (de Paris). Une mention très honorable à M. le docteur Léopold Braillon (d'Amiens).

Prix Théodore Herpin [de Genève] (3 000 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur O. Crouzon (de Paris). Des mentions honorables sont accordées à : MM. les docteurs Jean Camus, P. Pagniez, Maxime Laignel-Lavastine et Milian (de Paris).

Prix Laborie (5 000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Félix Lagrange, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux. Elle accorde en outre une mention très honorable à M. le docteur Robert Proust (de (Paris).

Prix du baron Larrey (500 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Morel, médecin-major de première classe des troupes coloniales, à Paris.

Prix Laval (1 000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. Darricarrère, étudiant en médecine de la Faculté de Paris.

Prix Lefèvre (1 800 francs). — Question : *De la mélancolie.* — Le prix est décerné à M. le docteur R. Masselon, médecin-adjoint à l'asile de Clermont (Oise).

Prix Henri Lorquet (300 francs). — Le prix est décerné à M. Emile Lauvrière, professeur agrégé au lycée Charlemagne, à Paris. L'Académie accorde en outre des mentions honorables à : MM. les docteurs Roger Dupouy (de Paris), ancien interne des asiles de la Seine; Wahl, médecin-adjoint de l'asile d'Auxerre.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère [Drôme] (2 600 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Scrini, chef de clinique ophtalmologique de la Faculté de médecine de Paris.

Prix Adolphe Monbinne (1 500 francs). — Le prix n'est pas décerné. L'Académie accorde : une somme de 500 francs, à titre d'encouragement, à M. le docteur J. Crespin, professeur suppléant à l'École de médecine d'Alger. Des mentions très honorables à : MM, les docteurs Henry Girard, médecin de la marine, sous-directeur de l'École de médecine navale de Bordeaux; Henri Perrin, médecin-major de deuxième classe au 74e d'infanterie, à Rouen.

Prix Nativelle (300 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix.

Prix Oulmont (1 000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. Louis Boidin, interne des hôpitaux de Paris.

Prix Perron (3 800 francs). — L'Académie décerne : un prix 2 000 francs à MM. les docteurs L. Guillemot, J. Hallé et Rist (de Paris); un prix de 900 francs à M. le docteur René Gaultier (de Paris); un prix de 900 francs à M. le docteur Henry Tissier (de Paris). Elle accorde en outre des mentions très honorables à : MM. les docteurs Victor Courtellemont (d'Amiens); Julien Jomier (de Paris); Adrien Lippmann et Georges Rosenthal (de Paris).

Prix Pourat (700 francs). — Question : *Effets des actions mécaniques sur la morphologie de l'appareil locomoteur.* — L'Académie décerne le prix à M. le docteur R. Anthony, attaché à la station physiologique du Collège de France, préparateur au Muséum d'histoire naturelle, Paris. Des mentions honorables sont accordées à : MM. les docteurs P. Le Damany, professeur à l'école de médecine de Rennes; Paul Baroux (d'Armentières) et Louis Sergeant, médecin aide-major de deuxième classe à l'hôpital militaire de Lille.

Prix Philippe Ricord (600 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur S.-R. Hermanides, de Zeist (Pays-Bas). Une mention très honorable est accordée à M. le docteur Jean Franceschini, de Vicenza (Italie).

Prix Tarnier (3 000 francs). — Le prix n'est pas décerné.

Prix Vernois (700 francs). — L'Académie partage le prix de la manière suivante : 500 francs à M. le docteur J. Dupuy, directeur de la Santé à Saint-Nazaire; 200 francs à M. le docteur Clarac, médecin principal de première classe des troupes coloniales, directeur du service de santé à Tananarive. Des mentions honorables sont accordées à : MM. les docteurs Pierre Couteaud, médecin en chef de la marine à Cherbourg; Henry Girard, médecin principal de la marine à Bordeaux et H. Labit, médecin principal de l'armée à l'hôpital militaire Bégin, à Saint-Mandé.

Service des eaux minérales. — L'Académie a proposé et, par son arrêté du 28 décembre 1904, M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service des eaux minérales de la France, pendant l'année 1903 :

1° *Médaille d'or à* : M. le docteur Carron de la Carrière (de Paris).

2° *Médailles de vermeil à* : MM. les docteurs Chiaïs, médecin consultant à Évian-les-Bains; Dresch, médecin consultant à Ax, et Laussedat, médecin consultant à Royat.

3° *Médailles d'argent à* : MM. les docteurs Deléage, médecin consultant à Vichy, et Devaux, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales.

4° *Rappels de médailles d'argent à* : MM. les docteurs Félix, professeur d'hydrologie et de climatologie médicale à l'Université nouvelle de Bruxelles, et Pessez, médecin consultant à Châtel-Guyon.

5° *Médaille de bronze à* : M. le docteur André, médecin consultant au Mont-Dore.

Service de l'hygiène de l'enfance. — M. le ministre de l'Intérieur met annuellement à la disposition de l'Académie de médecine une somme de 2000 francs, destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge et à subvenir aux frais de publication du rapport annuel. — L'Académie accorde :

1° *Médaille d'or à* : M. Poussineau, président de la Mutualité maternelle, à Paris.

2° *Médailles de vermeil à* : MM. les docteurs Bresset (de Paris); Hamel, inspecteur départemental de la Manche, et Venot (de Saint-Germain-en-Laye).

MM. Duréault, préfet du Pas-de-Calais; de Maisoncelle, inspecteur départemental de la Loire, et Ogier, inspecteur général de la protection de l'enfance, au ministère de l'Intérieur.

Mme Estave-Raimbert, administrante de la Société de charité maternelle, à Paris.

3° *Rappels de médailles de vermeil à* : MM. les docteurs Benoist, inspecteur départemental du Morbihan; Chabenat, médecin de la protection de l'enfance, à La Châtre; Chavanon, inspecteur départemental de la Charente-Inférieure; Courtade, médecin de la protection de l'enfance, à Outarville; Denizet, médecin de la protection de l'enfance, à Château-Landon; Lautré, inspecteur départemental de la Haute-Garonne, et Metton-Lepouzé, inspecteur départemental de la Seine-Inférieure.

MM. Audouin, inspecteur départemental, à Périgueux; Augé, inspecteur départemental, à Mende; Auvert, inspecteur départemental, à Bourges; Féraudi, inspecteur départemental, à Nice; Louis, inspecteur départemental, à Epinal; Rouveyre, inspecteur départemental, à Privas.

4° *Médailles d'argent à* : MM. les docteurs Alexandre (d'Arques), Ausset, professeur à la Faculté de Lille; Bordas (de Paris), Lajoux, professeur à l'École de médecine de Reims; Mocquot (d'Appoigny), Ott (de Lillebonne), Pâris (de Maréville).

MM. Denos, secrétaire de la commission locale de protection de l'enfance, à Chartres; Guillon, inspecteur départemental de Bar-le-Duc; Marois, inspecteur départemental, à Auxerre.

Mme Nolleval, administrante de la Société de charité maternelle, à Paris.

5° *Rappels de médailles d'argent à* : MM. les docteurs Depasse (de Paris), Ficatier (de Bar-le-Duc), Subercaze, médecin de la protection de l'enfance, à la Ferté-Alais.

MM. Bouquet, sous-inspecteur départemental, à Versailles; Cannet, inspecteur départemental, à Saint-Brieuc; Crégut, inspecteur départemental, à Perpignan; Grèges, inspecteur départemental, à la Roche-sur-Yon; Menneret, inspecteur départemental, à Troyes; Sarraz-Bournet, inspecteur déparmental, à Chambéry.

6° *Médailles de bronze à* : MM. les docteurs Aigre (de Boulogne-sur-Mer), Bruch (de Tunis), Butruille (de Roubaix), Cibert, professeur d'accouchement à Grenoble; Devé (de Paris), Ducourneau (de Benesse-Maremne), Dumas, médecin de la protection de l'enfance, à Thiers; Gœpfert (de Nancy), Havrey, inspecteur départemental, à Alençon; Houssay (de Pontlevoy), Langlois, médecin-inspecteur de l'enfance, à Paris; Lombard (de Paris), Mantel (de Saint-Omer), Mouret, sous-inspecteur départemental, à Angoulême; Mugnier, médecin-inspecteur de la protection de l'enfance, à Paris; Vivien (de Vienne).

MM. Couret, inspecteur départemental, à Angoulême; Difloth, ingénieur agronome, à Alfort; Drimon, inspecteur démental, à Aurillac; Gilbert, inspecteur départemental, à Tarbes; Grenier, inspecteur départemental, à Quimper; Paulin, inspecteur départemental, à Chartres; Rafalli, inspecteur départemental, à Amiens; Santon, sous-inspecteur départemental, à Saint-Brieuc; Tissot, inspecteur départepartemental, à Cahors; Viret, inspecteur départemental, à Arras.

Mmes veuve Maréchal de Courteville, inspectrice de la protection de l'enfance, à Paris; Paymal, administrante de la Société de charité maternelle, à Paris.

7° *Rappels de médaille de bronze à* : MM. les docteurs Carel (de Paris), Gagnière, médecin-inspecteur de la protection de l'enfance, à Saint-Chef.

MM. Bernis, inspecteur départemental, à Rodez; Blanc, inspecteur départemental, à Tours; Carré, inspecteur départemental, à Carcassonne; Lardet, inspecteur départemental, à Avignon; Thomas, inspecteur départemental, à Niort; Treilles, inspecteur départemental, à Poitiers.

Service de la vaccine. — L'Académie a proposé, et, par ses arrêtés des 27 décembre 1904 et 20 février 1905, M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service de la vaccine, les prix et récompenses publiés dans la *Gazette des hôpitaux* (1905, n° 34, p. 405).

Les concours des prix de l'Académie de médecine sont clos tous les ans fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours devront être écrits lisiblement, en français ou en latin.

En général, ils seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les nom et adresse des auteurs. Tout concurrent qui se fera connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. Toutefois, les concurrents aux prix Amussat, Apostoli, Argenteuil, Audiffred, Baillarger, Barbier, Louis Boggio, Charles Boullard, Bourceret, Buignet, Buisson, Campbell-Depierris, Chevallier, Chevillon, Clarens, Desportes, Godard, Pierre Guzman, Théodore Herpin (de Genève), Hugo, Huguier, Itard, Jacquemier, Laborie, Barron Larrey, Jules Lefort, Henri Lorquet, Meynot, Monbinne, Anna Morin, Nativelle, Perron, Reboulleau, Ricord, Roger, Saint-Lager, Saintour, Stanski, Tarnier, Tremblay et Vernois, pouvant adresser à l'Académie des travaux *manuscrits* ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

Les ouvrages présentés par des étrangers sont admis au concours, à l'exception des prix Buignet, Chevallier, Huguier, Roger et Tarnier.

Les mémoires présentés au concours pour les services généraux des eaux minérales, des épidémies, de l'hygiène de l'enfance et de la vaccine, travaux faits en dehors des questions posées pour les prix, doivent être adressés à l'Académie, tous les ans, avant le 1er juillet.

Les manuscrits, imprimés, instruments, etc., soumis à l'examen de l'Académie, ne seront pas rendus aux auteurs.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine; les encouragements, récompenses et mentions honorables n'y donnent pas droit.

Le même ouvrage ne pourra pas être présenté la même année à deux concours de l'Académie ne médecine.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1906

(Les concours seront clos fin février 1906. — Les lettres *p. i.* placées après le montant du prix indiquent « partage interdit », *p. a.* « partage autorisé ».)

Prix de l'Académie. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Pathogénie des œdèmes pulmonaires.*

Prix Alvarenga, de Pauhy (Brésil). — 800 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Apostoli. — 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage, travail ou mémoire fait dans l'année, en France ou à l'étranger, sur l'électrothérapie.

Prix du marquis d'Argenteuil. — 6 800 fr., *p. i.* (Sexennal.) —

Ce prix sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté pendant cet espace de temps aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre, mais dans ce cas seulement, ou à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des autres maladies des voies urinaires.

Prix François-Joseph Audiffred. — Un titre de 24000 francs de rente 3 p. 100, *p. i.* — Ce prix sera décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, fût-ce un membre résidant de l'Académie, qui, dans un délai de vingt-cinq ans, à partir du 2 avril 1896, aura découvert un remède curatif ou préventif reconnu comme efficace et souverain contre la tuberculose par l'Académie de médecine de Paris, dont la décision ne pourra être sujette à aucune contestation.

Prix Baillarger. — 2000 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés. — Les mémoires des concurrents devront toujours être divisés en deux parties. Dans la première ils exposeront, avec observations cliniques à l'appui, les recherches qu'ils auront faites sur un ou plusieurs points de thérapeutique. Dans la seconde ils étudieront, séparément pour les asiles publics et pour les asiles privés, par quels moyens et au besoin par quels changements dans l'organisation de ces asiles on pourrait faire une part plus large au traitement moral et individuel.

Prix du baron Barbier. — 2000 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui découvrira des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues jusqu'à présent le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, la scrofule, le typhus, le choléra morbus, etc. — Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Charles Boullard. — 1200 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage ou obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales en en arrêtant ou en atténuant la marche terrible.

Prix Mathieu Bourceret. — 1200 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

Prix Henri Buignet. — 1500 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. — Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. — Le prix ne sera pas partagé ; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1500 francs chacun.

Prix Campbell-Dupierris. — 2300 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage sur les anesthésies ou sur les maladies des voies urinaires.

Prix Capuron. — 1000 fr., *p. a.* (Annuel.) — Question : *Étudier les dégagements gazeux fournis par les principales sources du groupe sulfureux des Pyrénées.*

Prix Marie Chevallier. — 6000 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur français du meilleur travail publié dans l'intervalle de chaque période triennale, sur les origines, le développement ou le traitement, soit de la phtisie pulmonaire, soit des autres tuberculoses.

Prix Chevillon. — 1500 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

Prix Civrieux. — 800 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *De l'encéphalite aiguë.*

Prix Clarens. — 400 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur l'hygiène.

Prix du XIIIe Congrès international de médecine de Paris de 1900. — 3400 fr., *p. i.* — Ce prix sera mis à la disposition du président du Congrès international pour être décerné par ce Congrès sous forme de prix unique.

Prix Daudet. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Des résultats obtenus dans le traitement du cancer par l'application des rayons X.*

Prix Desportes. — 1300 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique et sur l'histoire naturelle pratique et thérapeutique.

Prix Vulfranc-Gerdy. — M. Vulfranc-Gerdy a légué à l'Académie de médecine une rente annuelle de 5500 francs en faveur de deux élèves ayant été attachés en qualité d'internes au service des hôpitaux de Paris, Montpellier, Nancy, Lyon, Lille, Bordeaux, Toulouse, Alger. Ces élèves seront institués pour quatre ans, à la suite d'un concours public subi devant un jury pris parmi les membres titulaires de l'Académie. Ils résideront pendant quatre ans dans un des quarante ou cinquante principaux établissements de France ; ils y étudieront les propriétés et les effets des eaux minérales, et présenteront à l'Académie un rapport annuel sur leurs observations médicales et les effets du traitement, les conditions matérielles des établissements, les conditions hygiéniques et climatériques de la localité.

L'Académie met au concours deux places de stagiaires aux eaux minérales. — Les canditats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine ; la liste d'inscription sera close le 31 octobre 1906. — Les candidats nommés entreront en fonction le 1er mai 1907. — Une somme de 1500 francs sera attribuée à chaque stagiaire.

Prix Ernest Godard. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné alternativement au meilleur mémoire sur la pathologie interne et sur la pathologie externe. — Aucun sujet de prix ne sera proposé. Dans le cas où une année le prix n'aurait pas été donné, il serait ajouté au prix de l'année suivante.

En 1906, pathologie interne.

Prix Pierre Guzman. — Un titre de rente de 1328 fr. 3 p. 100, *p. i.* — Ce prix sera décerné à celui qui trouvera un traitement réellement efficace dans les formes les plus communes des maladies organiques du cœur confirmées. — En attendant qu'on vienne à trouver s'il se peut un traitement qui guérisse la plupart de ces maladies, la testatrice veut que cette rente soit décernée, chaque année, au travail théorique ou pratique le meilleur sur l'une ou l'autre de ces maladies.

Prix Théodore Herpin (de Genève). — 3000 fr., *p. i.* (Annuel.). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

Prix Herpin (de Metz). — 1200 fr., *p. a.* (Quadriennal.) — Questions : *Traitement abortif, soit à leur début, soit dans la période d'incubation, des maladies causées par les trypanosomes.* — A défaut de concurrents spéciaux, l'Académie pourra employer tout ou partie de ce prix à récompenser ou à provoquer des travaux sur les effets thérapeutiques comparés de plusieurs sources d'eaux minérales naturelles, qui sont aujourd'hui employées contre des maladies semblables ou analogues entre elles.

Prix du comte Hugo. — 1000 fr., *p. i.* (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur un point de l'histoire des sciences médicales.

Prix Itard. — 2400 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera accordé à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. — Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Prix Laborie. — 5000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix du baron Larrey. — 500 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix, qui ne pourra être divisé que dans des cas exceptionnels, sera attribué à l'auteur du meilleur travail de statistique médicale. Dans le cas où, par exception, il ne pourrait être décerné, l'Académie serait autorisée à l'employer dans son intérêt.

Prix Laval. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix devra être décerné à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

Prix Henri Lorquet. — 300 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage sur les maladies des oreilles.

Prix Monbinne. — 1500 fr., *p. a.* (Annuel.) M. Adolphe Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1500 francs destinée « à subventionner par une allocation annuelle (ou biennale de préférence) des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. — Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins ». — Les candidats qui solliciteraient des avances en vue d'une mission adresseront leur demande au président de l'Académie : ils seront

invités à fournir, à la Commission du prix, des renseignements sur la mission projetée.

Prix Nativelle. — 300 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif, défini, cristallisé, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

Prix Orfila. — 2000 fr., *p. i.* (Biennal.) — Question : *De l'épuration des eaux usées des villes et des eaux résiduaires des usines.*

Prix Oulmont. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'Internat (chirurgie).

Prix du baron Portal. — 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Des néoplasies thyroïdiennes, anatomie pathologique et pathogénie.*

Prix Pourat. — 700 fr., *p. i.* (Annuel). — Question : *Des ferments solubles qui entrent en jeu dans les maladies.*

Prix Saint-Lager. — 1500 fr., *p. i.* — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration aux animaux de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. » — Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

Prix Saintour. — 4400 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Stanski. — 1400 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance, en l'étudiant dans les épidémies en général ou au moins dans une maladie épidémique en particulier. — Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.)

Prix Tarnier. — 3000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à l'obstétrique.

Prix Vernois. — 700 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1907

(Les Concours seront clos fin février 1907.)

Prix de l'Académie. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Physiologie et pathologie des capsules surrénales.*

Prix Alvarenga, de Piauhy (Brésil). — 800 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

Prix Apostoli. — 600 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

Prix Barbier. — 2000 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 1700.)

Prix Louis Boggio. — 4300 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix est destiné à encourager et à récompenser les études faites dans le but de trouver la guérison de la tuberculose.

Prix Mathieu Bourceret. — 1200 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1700.)

Prix Henri Buignet. — 1500 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1700.)

Prix Adrien Buisson. — 10500 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables dans l'état actuel de la science.

Prix Capuron. — 1000 fr., *p. a.* (Annuel.) — Question : *Rapports de la menstruation et de l'ovulation.*

Prix Chevillon. — 1500 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1700.)

Prix Civrieux. — 800 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *La syphilis rénale.*

Prix Clarens. — 400 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 1700.)

Prix Daudet. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *De l'évolution et du pronostic des tumeurs épithéliomateuses de l'ovaire.*

Prix Desportes. — 1300 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 1700.)

Prix Falret. — 700 fr., *p. i.* (Biennal.) — Question : *De l'état mental des dipsomanes.*

Concours Vulfranc Gerdy. — (Voir plus haut, p. 1700.) — L'Académie met au concours une place de stagiaire des eaux minérales. — Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine; la liste sera close le 31 octobre 1907. — Le candidat nommé entrera en fonctions le 1er mai 1908. — Une somme de 1500 francs sera attribuée à ce stagiaire.

Prix Ernest Godard. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie externe. (Voir plus haut, p. 1700.)

Prix Théodore Herpin (de Genève). — 3000 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1700.)

Prix Huguier. — 3000 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, en France, *sur les maladies des femmes et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements). — Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés : seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions.

Prix Jacquemier. — 1700 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail sur un sujet d'obstétrique qui aurait réalisé un progrès important. — Les travaux devront avoir au moins six mois de publication avant l'ouverture du concours.

Prix Laborie. — 5000 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1700.)

Prix du baron Larrey. — 500 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 1700.)

Prix Laval. — 1000 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1700.)

Prix Henri Lorquet. — 300 fr., *p. i.* — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

Prix Louis. — 3000 fr., *p. i.* (Triennal.) — Question : *La radiothérapie des néoplasmes.*

Prix Mège. — 900 fr., *p. i.* (Triennal.) — *Étiologie et pathogénie des phlébites.*

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 fr., *p. i.* — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

Prix Adolphe Monbinne. — 1500 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 1700.)

Prix Nativelle. — 300 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1701.)

Prix Oulmont. — 1000 fr., *p. i.* — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (médecine).

Prix Portal. — 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Les leucémies.*

Prix Pourat. — 700 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *L'innervation sensitive, motrice et vasculaire du larynx. — Étude expérimentale.*

Prix Philippe Ricord. — 600 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage paru dans les deux ans sur les maladies vénériennes.

Prix Tarnier. — 4500 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à la gynécologie.

Prix Vernois. — 700 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 1701.)

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1908

(Les Concours seront clos fin février 1908.)

Prix de l'Académie. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Des relations étiologiques et cliniques entre les maladies infectieuses et les néoplasmes.*

Prix Alvarenga, de Piauhy (Brésil). — 800 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

Prix Amussat. — 1000 fr., *p. a.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches, basés simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. — Ne seront point admis au concours pour le prix de chirurgie expérimentale les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense, soit à l'un des concours ouverts sous un autre titre à l'Académie de médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des sciences de l'Institut. — Mais ceux qui n'auraient obtenu que des encouragements pourront être admis à la condition d'avoir été depuis poursuivis et complétés. — Le sujet du travail restera au choix de l'auteur.

Prix Apostoli. — 600 fr. *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

Prix Baillarger. — 2000 fr., *p. i.* (Biennal.) — (Voir plus haut, p. 1700.)

Prix Barbier. — 2000 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1700.)

Prix Charles Boullard. — 1200 fr., *p. i.* (Biennal.) — (Voir plus haut, p. 1700.)

PRIX MATHIEU BOURCERET. — 1 200 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1700.)

PRIX HENRI BUIGNET. — 1 500 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1700.)

PRIX CAMPBELL-DUPIERRIS. — 2 300 fr., *p. i.* (BIENNAL.) — Voir plus haut, p. 1700.)

PRIX CAPURON. — 1 000 fr., *p. a.* (Annuel.) — Question : *Du décollement placentaire au cours des deux derniers mois de la grossesse et pendant le travail de l'accouchement.*

PRIX CHEVILLON. — 1 500 fr. *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1700.)

PRIX CIVRIEUX. — 800 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *La syphilis rénale.*

PRIX CLARENS. — 400 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 1700.)

PRIX DAUDET. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Les sarcomes mélaniques.*

PRIX DESPORTES. — 1 300 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 1700.)

PRIX ERNEST GODARD. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie interne. (Voir plus haut, p. 1700.)

PRIX THEODORE HERPIN (de Genève). — 3000 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1700.)

PRIX LABORIE. — 5000 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1700.)

PRIX DU BARON LARREY. — 500 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 1700.)

PRIX LAVAL. — 1 000 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1700.)

PRIX LEFÈVRE. — 1 800 fr., *p. i.* (Triennal.) — Question : *De la mélancolie.*

PRIX JULES LEFORT. — 300 fr., *p. i.* (Quinquennal.) — Ce prix sera attribué à l'auteur du meilleur travail original et non d'une œuvre de compilation (*étude chimique des eaux minérales et potables*). — L'Académie aura la plus grande latitude pour décerner cette récompense et sera seule juge de son attribution. — Ce prix ne pourra être divisé : si, dans une période, aucun travail n'était jugé digne du prix, la somme de 300 francs serait reportée sur la période suivante, ce qui en doublerait la valeur ; mais, dans ce cas, l'Académie pourrait, sur la proposition de la Commission du prix, diviser le montant de la somme, même en fractions inégales, de façon à distribuer deux prix.

PRIX HENRI LORQUET. — 300 fr., *p. i.* — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2 600 fr., *p. i.* — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des oreilles.

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — 1 500 fr. *p. a.* — (Voir plus haut, p. 1700.)

PRIX ANNA MORIN. — 2 000 fr., *p. i.* (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à un médecin âgé de moins de trente ans, ayant produit le meilleur travail pour la guérison de l'angine couenneuse.

PRIX NATIVELLE. — 300 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1701.)

PRIX OULMONT. — 1 000 fr., *p. i.* — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (chirurgie).

PRIX PORTAL. — 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Sang et organes hématopoiétiques dans l'anémie pernicieuse.*

PRIX POURAT. — 700 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Des modifications de pressions qui surviennent dans les cavités cardiaques pendant la pause ventriculaire et des causes qui déterminent ces modifications.*

PRIX REBOULEAU. — 1 700 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix est destiné à récompenser des travaux et des découvertes concernant la guérison de la hernie et de l'asthme. Il y aura alternance entre les deux sujets mis au concours.

PRIX HENRI ROGER. — 2 500 fr., *p. i.* (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage de médecine des enfants (pathologie, hygiène ou thérapeutique). Cet ouvrage devra avoir au moins deux ans de publication. — Pour ce prix, il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature ; seront exclus du concours les ouvrages des médecins étrangers et les traductions. Dans le cas où il n'y aurait pas eu lieu de le décerner, la somme de 2 500 francs serait reportée à la fin de la période suivante de cinq années, afin de constituer soit un prix unique de 5 000 francs, soit deux prix d'une valeur inégale.

PRIX SAINTOUR. — 4 400 fr., *p. i.* (Biennal.) — (Voir plus haut, p. 1701.)

PRIX STANSKI. — 1 400 fr., *p. i.* (Biennal.) — (Voir plus haut, p. 1701.)

PRIX TARNIER. — 4500 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à l'obstétrique.

PRIX TREMBLAY. — 7 200 fr., *p. i.* (Quinquennal.) — Ce prix doit être décerné à l'auteur du meilleur mémoire traitant des maladies des voies urinaires, telles que le catarrhe de la vessie, affection de la prostate ; plus particulièrement ces deux cas. — Si le prix n'était pas donné, l'Académie pourrait le remettre à la période suivante, ce qui en doublerait la valeur.

PRIX VERNOIS. — 700 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 1701.)

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives générales de médecine. — (N° 49, 5 déc. 1905.) P. LEJONNE et J. LHERMITTE : Les paraplégies d'origine lacunaire et d'origine myélopathique chez les vieillards. — L. POULIOT : Perforation utérine coïncidant avec cloison vaginale. Accouchement en bloc d'un œuf d'environ six mois ; enfant vivant. — L. RÉNON : L'alimentation et la vie des cardiaques. — G. RAUSIER : Traitement de la scarlatine. — MARCOU : Pourquoi meurt-on si peu en Norwège ? Essai d'ethnographie médicale.

Bulletin médical. — (N° 94, 6 déc. 1905.) PINARD : Le bassin des boiteuses. — Louis MARTIN : Phlegmon de l'amygdale et diphtérie. Leurs relations. — KÜSS : Immunisation des bovidés contre la tuberculose par le vaccin de Behring. Démonstration publique de l'efficacité de ce vaccin. — JANICOT : Referendum sur la réformes des études médicales. — JANICOT : L'entente cordiale médicale franco-anglaise. — PAUTRIER : L'acné mentonnière de la femme. — NOËL : La réforme temporaire et la loi de deux ans.

Revue neurologique. — (N° 22, 30 nov. 1905.) LASALLE-ARCHAMBAULT : Le faisceau longitudinal inférieur et le faisceau optique central. — KATTWINKEL : Sclérose épendymaire des plaques ombiliquées. — TROLARD : Au sujet de l'avant-mur.

Jahrbuch für Kinderheilkunde. — (Oct. 1905.) MORO : Recherches morphologiques et biologiques sur les bactéries intestinales du nourrisson. La réaction de Schotellius sur sang frais. — HAMBURGER et SPERK. Recherches biologiques sur la digestion du lait chez le nourrisson. — HAMBURGER et SLUKE. La tuberculose du jeune âge. — PINQUET. Nouvelles réflexions sur la maladie de sérum. — JEHLE. Nouvelles recherches bactériologiques et épidémiologiques sur la dysenterie chez les enfants. — (Nov. 1905.) HECHT : Recherches sur la résorption des graisses fondées sur leur composition chimique. — SCHICK : Adénopathies post-scarlatineuses. — KŒPPE : Examen du sang et sérothérapie. — WINOCOUROFF : Résultats de l'application du sérum antistreptococcique polyvalent de Moser sur la division temporaire des scarlatineux de l'hôpital israélite d'enfants à Odessa en 1903. — SZONTAGH : Biochimie du lait.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 48, 2 déc. 1905.) Paul-Ch. PETIT : Les jardins ouvriers de Paris et de la banlieue. — Max POISSONNIER : Synovie à grains riziformes ; ablation de la synoviale ; guérison. — Clément DELFOSSE : Voyage d'études médicales aux stations thermales.

Montpellier médical. — (N° 48, 26 nov. 1905.) ESTOR et CADILHAC : Distribution géographique des tuberculoses chirurgicales dans le département de l'Hérault. — VIALLETON : La chaire d'histologie de la Faculté de médecine de Montpellier depuis sa fondation (*suite*).

Nord médical. — (N° 268, 1er déc. 1905.) VANVERTS : La méthode oxygénée en chirurgie. — PAUCOT : Le peroxyde de zinc en chirurgie. — J. LABOURÉ : Gymnastique opéra-

toire et éducation physique. — V. PAUCHET : Quatre cas de contusion abdominale.

Pédiâtrie pratique. — (N° 23, 1er déc. 1905.) ROUSSEAU-SAINT-PHILIPPE : Du rachitisme et de sa prophylaxie par les Gouttes de lait. — AUSSET : Le peroxyde de magnésium en thérapeutique infantile.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 22, 30 nov. 1905.) COLLEVILLE : Voyage autour du Congrès de la tuberculose.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

ULCÉRATIONS GASTRIQUES

ÉTIOLOGIE. — Les ulcérations gastriques peuvent s'observer au cours d'affections *locales* ou *générales*.

Affections locales. — Ce peuvent être :

α. Des TRAUMATISMES DE L'ESTOMAC, qu'il s'agisse *a.* de *corps étrangers*; *b.* de *brûlures*; *c.* d'*ingestion de substances corrosives.*

a. Les *corps étrangers de l'estomac* ne s'observent habituellement que chez des enfants, des aliénés ou des ivrognes, et sont plus ou moins volumineux ou irréguliers.

b. Les *brûlures de l'estomac* sont rares.

c. Les *poisons corrosifs*, ingérés volontairement ou non, sont surtout le phosphore, le sublimé, l'arsenic, le nitrate d'argent, les acides minéraux ou organiques, les alcalis, l'acide phénique, etc.

β. Des GASTRITES AIGUËS, SUBAIGUËS OU CHRONIQUES. — Les ulcérations gastriques s'observent dans la *gastrite aiguë phlegmoneuse*, dans les diverses variétés de *gastrite subaiguë* ou *chronique* : gastrite alcoolique, urémique, etc.

γ. Des TUMEURS GASTRIQUES : *polyadénome*, *lymphadénome* et surtout *cancer.*

δ. Un ULCÈRE DE L'ESTOMAC. — Cette affection survient habituellement de vingt à trente ans; elle affectionne particulièrement le sexe féminin; on a, depuis longtemps, remarqué sa prédilection pour certaines professions : cuisiniers, tourneurs en porcelaine, polisseurs de métaux; elle existe souvent avec la chlorose (Hayem), l'hystéro-neurasthénie, la tuberculose; on le voit quelquefois apparaître à la suite d'une infection générale, plus habituellement, à la suite d'une gastrite. Il faut en rapprocher l'*exulceratio simplex* (Dieulafoy), dont la cause est encore mal connue.

ε. Des AFFECTIONS INTESTINALES : *entérite aiguë*, *appendicite*, *choléra*, *fièvre typhoïde*; ou HÉPATIQUES : *tuberculose*, *cancer*, *cirrhose*, etc.

Affections générales. — Elles peuvent être :

α. D'ORDRE INFECTIEUX : *pyohémie à staphylocoques*, *streptococcie* (érysipèle de la face), *fièvre puerpérale*, *grippe*, *pneumonie*, *variole*, *tuberculose*, *syphilis*, *charbon*, *pemphigus*, *trichinose*, *favus généralisé.* Dans ces diverses affections, les unes s'accompagnent exceptionnellement d'ulcérations (variole, syphilis, pemphigus, trichinose, favus généralisé, charbon), les autres rares : ulcérations tuberculeuses, par exemple, habituellement secondaires à une autre tuberculose (tuberculose pulmonaire), par *a.* déglutition des crachats, ou *b.* infection sanguine (enfants). Les ulcérations gastriques de la grippe, de la pneumonie, de la fièvre typhoïde, sans être fréquentes, sont moins rares que les précédentes.

β. D'ORDRE TOXIQUE : *alcoolisme*, *urémie* (v. plus haut), *tabagisme*, *athrepsie*, etc. L'alcool peut déterminer des ulcérations gastriques, soit pur, à condition d'être concentré, soit sous forme d'absinthe. Les ulcérations urémiques s'observent habituellement chez des sujets jeunes et coïncident avec des ulcérations intestinales de même nature.

γ. D'ORDRE TROPHIQUE : les ulcérations gastriques ne sont pas rares à la suite de certaines lésions nerveuses expérimentales [lésion des corps opto-striés, des pédoncules, de l'écorce (Schiff, Brown-Séquard)] ou pathologiques [hémorragie cérébrale (Charcot)].

δ. D'ORDRE CIRCULATOIRE : asystolie; affections chroniques des bronches et du poumon; ligature expérimentale de la veine porte (Müller) ou gêne expérimentale apportée dans le cours de la circulation porte (Panum).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. PATHOGÉNIE. — Les ulcérations gastriques, au point de vue anatomique, diffèrent selon qu'elles surviennent au cours des *gastrites* : α. *aiguës*; β. *subaiguës* ou *chroniques*; γ. des *tumeurs gastriques*; δ. des *maladies spécifiques*; ε. de l'*ulcère rond.* Dans les quatre premières variétés, elles sont *secondaires*, dans la dernière, *primitives*, protopathiques.

A. **Ulcération des gastrites aiguës.** — I. PAR SUBSTANCES CORROSIVES. — L'action de ces substances porte principalement sur le cardia et sur son voisinage. Aux points touchés, la muqueuse présente des escares profondes et bien délimitées, s'il s'agit d'acides, noires (acide sulfurique), jaunes (acide azotique), grisâtres (acide oxalique); moins nettement circonscrites, moins sèches, s'il s'agit d'alcalins (v. pour plus de détails, Hayem et G. Lion, *Traité* Brouardel-Gilbert, t. V, p. 407 et 599). Les zones voisines de l'escare sont rétractées. La lésion peut aboutir à la mort rapide, soit par perforation, soit par association, aux lésions gastriques (nécrose glandulaire, infiltration embryonnaire), de lésions multiples (digestives, hématiques, rénales, etc.) — ou guérir : l'escare se sépare des parties saines, et s'élimine; la plaie bourgeonne, ce qui, ultérieurement, peut donner lieu à de fâcheuses rétractions cicatricielles.

L'intoxication par le sublimé peut être aiguë ou chronique. Les ulcérations, dans le premier cas, sont polymorphes; elles peuvent, dans le second, consister en simples érosions hémorragiques. Dans l'intoxication par le phosphore, le nitrate d'argent, l'arsenic, aux escares se joignent habituellement des infiltrations sanguines sous-muqueuses plus ou moins étendues (Tardieu).

II. ULCÉRATIONS DANS LA GASTRITE PHLEGMONEUSE. — Celle-ci peut être *circonscrite* : le pus se collecte alors en un abcès unique, parapylorique, s'ouvrant, soit vers le péritoine, soit plutôt vers l'estomac en perforant la muqueuse par de petits pertuis, ou *diffuse*, consistant en infiltration purulente des tuniques intestinales. *(A suivre.)*

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 143. — SAMEDI 16 DÉCEMBRE 1905. 78e ANNÉE. SAMEDI 16 DÉCEMBRE 1905. — N° 143.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Les travaux récents sur la pathologie rénale : Etude clinique des fonctions rénales, par M. J. Castaigne.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de chirurgie.
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Tours. — Un concours s'ouvrira le 14 juin 1906, devant l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, pour l'emploi de chef des travaux d'histoire naturelle à ladite école.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

GUERRE. — M. le médecin-major de première classe Sorel est mis hors cadre pour être envoyé en mission en Perse.

— Sont désignés :

MM. les médecins-majors de première classe Krantz, pour l'hôpital militaire de Chambéry (service); — Galzin, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran (service).

M. le médecin-major de deuxième classe Collet, pour le 22e d'infanterie (service).

M. le médecin aide-major de première classe Bathias, pour le 28e dragons.

LA BIBLIOTHÈQUE DE CHARCOT. — Le docteur Jean Charcot vient de faire don de la bibliothèque de son père à la Faculté de médecine.

Cette bibliothèque, une des plus riches du monde au point de vue neuro-pathologique, sera affectée à la Clinique des maladies nerveuses à la Salpêtrière.

MONUMENT TILLAUX. — Le Comité a décidé de proroger au 31 décembre prochain la clôture de la souscription centralisée à la librairie Asselin et Houzeau, place de l'École-de-Médecine.

GROUPE D'ÉTUDES LIMOUSIN. — Le jeudi soir 21 décembre, à huit heures et demie, amphithéâtre de l'Institut Pasteur, 25, rue Dutot, aura lieu une conférence de M. Albert Fage, interne des hôpitaux : *Ce que la science médicale doit aux savants limousins*, présidée par M. le professeur d'Arsonval, assisté de M. Edmond Perrier, directeur du Muséum, M. Emile Roux, directeur de l'Institut Pasteur, et des docteurs en médecine de la région limousine (Creuse, Corrèze, Haute-Vienne et départements limitrophes).

NÉCROLOGIE. — Nous venons d'apprendre avec un douloureux étonnement la mort de M. Lejars, chef du service du personnel à l'Assistance publique. M. Lejars a été emporté après deux mois de maladie à l'âge de quarante-quatre ans.

Depuis plus de quinze ans, il dirigeait le bureau du service de santé avec un tact et une affabilité auxquels le corps médical tout entier rendra un juste hommage. Quant à nous, qui avons été à même d'apprécier en maintes circonstances combien il était serviable et bienveillant, nous nous associons de tout cœur aux regrets que sa perte cause à tous ceux qui étaient en relations avec lui et nous adressons à sa famille l'expression bien sincère de notre profonde sympathie.

LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. (M. Cornil, professeur; M. Brault, chef des travaux.) — *Cours d'histologie pathologique des maladies vénériennes et de la peau, du 8 janvier au 9 mars 1906.* — Le docteur Milian commencera, le lundi 8 janvier 1906, et continuera les mercredis et vendredis, à deux heures uu quart à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, au laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique, au deuxième étage, un cours d'histologie pathologique des maladies vénériennes et de la peau, qui comprendra trente leçons et des manipulations qui permettront aux élèves de se créer une collection des principales lésions histologiques de la peau. Les auditeurs devront apporter leurs microscopes et réactifs.

Objet du cours : Techniques histologiques spéciales. — Histologie de la peau normale, des annexes, des vaisseaux et nerfs de la peau. — Développement de la peau. — Anatomie pathologique générale de la peau. — Anatomie pathologique spéciale de la peau et de la syphilis.

Le droit à verser est de 80 francs.

Seront admis, les docteurs français et étrangers, sur la présentation de la quittance de versement du droit et de la carte d'immatriculation. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletin médical. — (N° 95, 9 déc. 1905.) H. Judet : La fracture sus-condylienne de l'humérus chez l'enfant (*fin*).

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIII, n° 20, 16 nov 1905.) John H. Mc Collom : Le médecin urbain, ses devoirs et ses responsabilités. — G. W. Fitz : Une méthode pratique de photométrie pour les observations cliniques (avec 7 fig.). — L. J. Hammond : De la technique opératoire employée dans les cent dernières laparotomies pratiquées par l'auteur et de la nécessité de restreindre l'emploi du drainage. — Thomas Fillebrown : Un cas de nécrose totale du maxillaire inférieur.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 48, 2 déc. 1905.) Grünwald : Sur la question de l'action des médicaments sur les albuminuries des néphrites.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 48, 30 nov. 1905.) Lœffler : Immunisation contre la fièvre aphteuse. — Lœwy : Troubles des échanges azotés dans les altitudes. — Mezineescu : Les bacilles pseudo-tuberculeux dans le diagnostic de la tuberculose. — Elsaesser : Remarques cliniques sur le traitement par la nouvelle tuberculine. Un cas de tuberculose irienne bilatérale guérie par l'ancienne tuberculine. — Garrè : Sur les indications du traitement opératoire et conservateur de la tuberculose articulaire. — Wiesinger : Iléus par calcul biliaire sans trouble apparent antérieur des voies biliaires. — Urbantsctitsch : Sur le traitement du catarrhe chronique de l'oreille moyenne. — Harnack : Sur l'action locale du baume de Bengué dans les piqûres de mouches. — Lichtenstein : Nouvelles expériences de massage vibratoire avec l'électro-aimant.

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 136, 11 nov. 1905.) Carlo Cavalieri : Les « Mastzellen ». — Michele Landolfi : A propos d'un cas d'hémi-athétose post-hémiplégique. — Dario Mori : Contribution à l'application du dilatateur Bossi. — Giuseppe Severino : Un cas d'érythromélalgie. — (N° 139, 19 nov.) Leona Minervini et Pasquale Tagliamuro : La position du corps dans les différentes formes d'asthme. — Paolo Sabbatani : Altérations de la sensibilité tactile et thermique consécutives à une plaie par section dans la région radio-carpienne droite. — Ferruccio Passarelli : A propos de la genèse du schock. — Arturo Montini : Contribution à l'étude de la gangrène des extrémités dans les maladies infectieuses. — (N° 142, 26 nov.) Spiro Livierato : L'action de l'acide formique et des formiates sur le cœur et la circulation. — Michele Landolfi : La percussion du sternum. — Luigi Marchetti : La stovaïne comme anesthésique local dans la pratique chirurgicale. — Francesco Parodi : Mon premier cas d'accouchement forcé par la méthode de Bossi chez une femme albuminurique avec décollement précoce du placenta. — (N° 145, 3 déc.) Cesarini Carlo : Influence du système nerveux sur l'absorption cutanée et intestinale. — Giovanni Morelli : Dystrophies et trophonévroses. — Triolo : Nouvelles recherches expérimentales sur la morphologie des éléments figurés du sang.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 49, 5 déc. 1905.) Heilbronner : Troubles intellectuels comme suite immédiate de la commotion cérébrale. — Graser : Sur le traitement et le pansement des blessures. — Lindner : La chirurgie du cœur et du péricarde. — Honneth : Sur la valeur de l'appareil aspirateur de Soudermann pour le diagnostic et le traitement des affections nasales. — Ladenburger : Sur les opérations dans la maison du malade. — Richardtz : Sur une préparation iodée administrable par voie cutanée. — Clemm : Importance de l'albumine avec l'alimentation de force de Riedel, pour le traitement de la ptose intestinale et de ses conséquences. — Hertzka : Sur la technique de la suture à la pince d'après Michel. — Senator : Sur la mesure de la température de la peau. — Liepmann : L'hémisphère gauche et l'activité.

Policlinico. — *Section chirurgicale.* — (Nov. 1905.) Prof. D. B. Roncoli : Observations anatomiques et cliniques sur deux cas de troubles cérébraux comme contribution à l'étude histologique et à la thérapeutique chirurgicale des scléroses névroglio-conjonctivales et des névroglioses pures (glioses) post-traumatiques. — P. Frascella : Les interventions chirurgicales dans les sténoses cicatricielles portant sur la partie inférieure de l'œsophage et inaccessibles par en haut. Cathétérisme rétrograde au moyen d'une spirale métallique. — O. Schifone : Contribution clinique et expérimentale à la cure radicale du varicocèle par le procédé opératoire de Durante. — Riccardo Petrucci : Contribution à l'étude de la gastrostomie et du cathétérisme rétrograde de l'œsophage. — *Section médicale.* — (Déc.) R. Tarantini : Nouvelles recherches sur le passage des anticorps dans le sang des nourrissons et sur la probabilité d'une application clinique de ce fait. — Prof. Vittorio Ascoli : Hémorragies méningées spontanées.

Riforma medica. — (N° 44, 4 nov. 1905.) F. Sicuriani : Tumeur myxosarcomateuse de la capsule surrénale droite. — Enrico Vicenzoni : Quelques craniectomies pour fracture et leurs résultats éloignés. — Oreste Cignozzi : La cholécystolithiase et son traitement. — (N° 45, 11 nov.) Quinto Vignolo : Contribution clinique à la cure chirurgicale de l'appendicite. — G. Nardelli : Action de certaines substances injectées sous la dure-mère cérébrale. — N. Berardinone : Adénite spéciale dans l'appendicite. — Enrico Vicenzoni : Quelques craniectomies pour fracture et leurs résultats éloignés. — (N° 46, 18 nov.) Leone Minervini : A propos de la préparation de cultures bactériennes permanentes. — Oreste Cignozzi : La technique opératoire dans le traitement de la cholécystolithiase. — G. Nardelli : Action de certaines substances injectées sous la dure-mère cérébrale. — (N° 47, 25 nov.) Oreste Cignozzi : Contribution clinique à la cure chirurgicale de la cholécystolithiase. — Giordano Vincenzo : Un cas de chylurie. — Guido Turazza : A propos d'un cas de varices des régions crurales. — Leone Minervini : Le signe de la position dans l'angine de poitrine.

Presse médicale. — (N° 98, 6 déc. 1905.) L. Bernard : Les syndromes surrénaux. — A. Lorand : Myxœdème et maladie du sommeil. — (N° 99, 9 déc.) M. Lermoyez : L'examen fonctionnel du nez. Rhinométrie. Olfactométrie. L'olfactométrie clinique. — A. Mouchet : Infarctus hémorragique de l'intestin grêle par thrombo-phlébite mésaraïque.

Semaine gynécologique. — (N° 49, 5 déc. 1905.) Pichevin : Sur un point de technique de l'ablation annexielle. — (N° 50, 12 déc.) R. Pichevin : De la phlébite.

Semaine médicale. — (N° 49, 6 déc. 1905.) L. Cheinisse : Cyanose entérogène.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 48, 30 nov. 1905.) Klein : Action sur le complément hémolytique de l'agglutination et de la précipitation. — Wrzocek : Développement des anaérobies stricts en aérobie. — Sorgo et Suess : Stigmate anatomique de prédisposition tuberculeuse congénitale. — Fink : Sur cinquante nouvelles opérations de lithiase biliaire. — Bukowski : Sur le sérum antiscarlatineux de Moser.

REVUE GÉNÉRALE

LES TRAVAUX RÉCENTS SUR LA PATHOLOGIE RÉNALE

ÉTUDE CLINIQUE DES FONCTIONS RÉNALES

Par J. CASTAIGNE

L'histoire de la pathologie rénale s'est enrichie, au cours de ces dernières années, d'un nombre considérable de travaux. Quelques-uns même présentent un intérêt tellement primordial que chacun d'entre eux, pris à part, mériterait qu'on lui consacrât une longue étude critique. Tel n'est pas le but que nous nous proposons ; nous n'avons pas l'intention de fournir ici une revue complète de chacun des grands problèmes de pathologie rénale, que l'on a cherché à résoudre ces temps derniers. Nous voudrions nous attacher moins à la lettre qu'à l'esprit de ces travaux, faire non pas seulement œuvre d'analyse, mais surtout de synthèse en groupant ces différentes recherches, en les rapprochant les unes des autres, de façon à ce qu'elles se renforcent mutuellement, ce qui nous permettra de mieux montrer la somme des connaissances nouvelles que l'on vient d'acquérir.

Il nous suffit, d'ailleurs, de jeter un rapide coup d'œil en arrière pour voir le chemin parcouru : qu'on se rappelle, en effet, les moyens dont disposait le médecin il y a dix ans pour étudier le fonctionnement des reins! A part quelques savants privilégiés, qui savaient rechercher le pouvoir toxique des urines, la presque totalité des médecins s'en rapportait à la présence ou à l'absence de l'albumine pour apprécier la valeur anatomique et fonctionnelle du rein, et, cependant déjà, le professeur Dieulafoy avait montré combien ce symptôme est « infidèle, inconstant et trompeur ». N'importe, il fallait bien faire état de ce dernier signe, puisqu'on n'en avait pas d'autres à proposer, et alors la constatation de l'albuminurie avait un corollaire thérapeutique presque forcé, qui était le régime lacté.

On peut juger des progrès accomplis quand on songe aux nombreux moyens dont peuvent se servir, à l'heure actuelle, le médecin et le chirurgien pour explorer les fonctions du rein : M. Albarran vient de les décrire dans un gros volume de plus de 500 pages, dont à peine 20 sont consacrées à des travaux antérieurs à ces dernières années. L'emploi courant de ces méthodes date du jour où fut proposée l'épreuve du bleu de méthylène (Achard et Castaigne, 1897). Depuis lors, de très nombreux travaux furent entrepris sur les éliminations provoquées en général, et l'on compara les résultats donnés par le bleu de méthylène à ceux que fournit l'iodure de potassium et le salicylate de soude, dont l'emploi est loin d'être aussi pratique; puis on préconisa la recherche de la glycosurie phloridzique (Achard et Delamare), qui donne des résultats venant s'ajouter utilement à ceux que fournissent les précédentes épreuves.

A cette même époque, on eut l'idée d'appliquer au liquide urinaire les données de la cryoscopie, et les travaux de Koranyi, de Claude et Balthazard, de Léon Bernard, firent connaître de nouvelles méthodes d'appréciation des fonctions rénales.

Pendant ce temps, les recherches poursuivies en Allemagne par Casper et Richter, en France par M. Albarran et par M. Imbert (de Marseille), permettaient de pratiquer le cathétérisme des uretères; plus tard, les travaux de M. Luys et de M. Cathelin permirent d'arriver à un moyen pratique pour faire la division intra-vésicale des urines, ce qui permit d'apprécier la valeur fonctionnelle de chacun des deux reins.

On conçoit aisément l'essor que donnèrent à l'étude des maladies rénales ces recherches précises, et l'on comprend que de nombreuses déductions en aient découlé, d'autant plus que bientôt venait s'ajouter à nos connaissances une notion de toute première importance, mise en relief par M. Achard, celle du « mécanisme régulateur de la composition du sang ». Cette conception si féconde permit de comprendre aisément la pathogénie des œdèmes, et les constatations cruciales de M. Widal ont prouvé, d'une façon irréfutable, le rôle que joue le chlorure de sodium dans leur production, en même temps qu'elles ont montré le rôle nocif que peut avoir, chez certains sujets, une alimentation trop chlorurée et les services thérapeutiques que l'on peut attendre de la cure de déchloruration.

Tous ces travaux ont modifié d'une façon très notable la conception générale de l'urémie : les discussions de 1900 à la Société médicale des hôpitaux avaient déjà précisé les rapports qui existent entre l'insuffisance rénale et l'urémie. Depuis lors, d'une part, M. Achard, M. Widal et leurs élèves ont montré le rôle important des rétentions chlorurées et uréiques; d'autre part, M. Vaquez a mis en relief certains effets nocifs de l'hypertension artérielle.

Pendant que s'agitaient toutes ces importantes questions de physiologie normale et pathologique, de nombreux travaux d'anatomie pathologique humaine et de pathologie expérimentale modifiaient grandement l'ensemble de nos connaissances sur les néphrites.

Il nous faut citer, en première ligne, M. Brault, qui, après avoir adopté les divisions classiques en néphrites diffuses et en néphrites systématiques, eut le rare mérite de rejeter ces divisions et de montrer, en s'appuyant sur l'étiologie et l'anatomie pathologique, « que la lésion rénale ne doit pas servir à dénommer une néphrite, non plus qu'à former la base d'une classification, mais à rendre compte de la durée et de l'évolution antérieure de la maladie, lorsqu'on n'a pas assisté à ses débuts : c'est-à-dire qu'à l'aspect, à la distribution des lésions se rattache, avant tout, la notion de durée. » Nous verrons que cette conception de M. Brault, confirmée depuis lors par les expériences de M. Claude, doit dominer à l'heure actuelle la classification et la description des néphrites.

J'ai essayé, personnellement, d'apporter ma contribution à ces si importants travaux qui ont tant modifié la pathologie rénale, et voici dans quel sens mes efforts furent dirigés. Les résultats que m'avait fournis l'étude de la perméabilité rénale par l'épreuve

du bleu de méthylène, m'avaient amené à envisager les rapports qui existent entre les néphrites et l'urémie, d'une part, et l'imperméabilité rénale, d'autre part. Sans aller aussi loin que Bard (de Genève) et Léon Bernard, qui pensent que toute néphrite interstitielle s'accompagne d'imperméabilité rénale, tandis que la perméabilité est exagérée dans les néphrites épithéliales, mes recherches m'ont montré qu'il y a toute une série de cas de néphrites avérées dans lesquelles la perméabilité rénale n'est pas diminuée.

Cette étude des néphrites fut anatomo-clinique dans tous les cas où cela me fut possible, ce qui me permit de me rendre facilement compte que la plupart des lésions épithéliales décrites comme spécifiques des néphrites, n'étaient que des altérations dues à la cadavérisation ou à de mauvais liquides fixateurs. C'est alors que, avec Rathery, nous avons étudié la valeur des différentes fixations et que nous sommes arrivés, après bien des tâtonnements, à proposer des méthodes précises d'étude expérimentale, ce qui nous a permis de pénétrer plus avant dans la physiologie pathologique des néphrites : nous avons été ainsi ramenés à la clinique, puisque nos expérimentations nous ont permis de nous rendre compte de l'existence du retentissement lésionnel d'un rein sur l'autre, quand un seul rein est primitivement lésé (dans l'hydronéphrose, par exemple); nous avons pu aussi comprendre et expliquer des faits très importants que j'avais décrits antérieurement sous le nom de *débilité rénale*. J'ai pu aussi, grâce à cet ensemble de recherches, proposer une division clinique des néphrites que je viens de développer récemment et qui me paraît déduite de l'ensemble des travaux récents. Enfin, j'avais toujours espéré que ces recherches de physiologie pathologique m'amèneraient, d'une façon pour ainsi dire logique, à trouver une thérapeutique rationnelle de l'insuffisance rénale, et des recherches que je viens de faire avec le professeur Gilbert, constituent déjà un premier résultat dans ce sens.

Cette rapide esquisse des principaux travaux publiés depuis 1897 sur la pathologie rénale, était nécessaire pour montrer que la description minutieuse de chacun d'entre eux, ne peut pas être entreprise ici, car ils sont trop nombreux. Dans ces conditions, notre but sera le suivant : faire une analyse rapide des travaux les plus importants, tout en montrant à quelles critiques ils ont donné lieu et quel progrès chacun d'eux a fait faire à la pathologie rénale.

Ce sera l'œuvre de plusieurs revues qui vont se succéder à bref délai et dans lesquels nous envisagerons successivement l'étude clinique des fonctions rénales; l'étiologie, la physiologie pathologique, la clinique et la thérapeutique des néphrites. Il ne s'agira pas évidemment, pour chacun de ces chapitres, d'une description complète qui ne saurait trouver sa place ici et qui ferait d'ailleurs double emploi avec les articles que nous venons de publier dans le *Manuel des maladies des reins et des capsules surrénales*, de Debove, Achard et Castaigne. Notre but est de montrer exclusivement dans quelle mesure les travaux récents ont modifié la pathologie rénale.

Nous étudierons tout d'abord les travaux qui ont été publiés sur l'examen clinique des fonctions rénales, puisque ce sont eux qui ont, pour ainsi dire, commandé tous les autres.

I

Les propriétés physiques et chimiques de l'urine ne permettent pas de bien apprécier le fonctionnement des reins. On sait, en effet, qu'en dehors du rôle que joue la perméabilité rénale dans l'élimination urinaire, le taux des divers composants de l'urine est sujet à varier selon l'alimentation, la nutrition générale, et l'état des organes autres que le foie : on sait, par exemple, que le taux de l'urée s'abaisse dans les maladies hépatiques et chez les cancéreux, que la phosphaturie est fréquente chez les tuberculeux etc. Force est donc de conclure que l'on s'exposerait à de grandes incertitudes, si l'on voulait évaluer le fonctionnement rénal, d'après la seule analyse chimique.

Ce que nous venons de dire concerne les produits normaux de l'urine : quant à la recherche de l'albuminurie et des éléments cellulaires ou des cylindres si elle peut avoir de la valeur, quand il s'agit de faire un diagnostic anatomique de lésions rénales, en revanche, elle ne peut nullement indiquer dans quelle mesure est troublé le fonctionnement des reins.

II

La recherche de la toxicité urinaire se propose pour but d'étudier la teneur de l'urine en produits toxiques, et d'en déduire si le rein accomplit ou non son rôle dépurateur vis-à-vis des poisons.

On pourra tenir compte des résultats fournis par cette méthode, à condition que l'on se serve de la technique indiquée par le professeur Bouchard dans ses premiers travaux, et que l'on ne cherche pas à donner une précision factice aux résultats en injectant préventivement dans les veines de l'animal un liquide anti-coagulant, en en faisant des corrections quelles qu'elles soient, ou en comparant la toxicité de l'urine à celle du sérum : tous ces procédés complémentaires sont entachés d'erreur.

On se contentera donc d'injecter dans la veine de l'oreille d'un lapin l'urine telle qu'elle a été émise, et l'on fera passer la quantité qui est nécessaire pour tuer l'animal.

On nomme urotoxie la quantité d'urine nécessaire pour tuer 1 kilogramme de l'animal en expérience.

L'urotoxie d'un sujet normal correspond en moyenne à 40 centimètres cubes, et il y a par conséquent environ 35 urotoxies éliminées par nyctémère.

On appelle coefficient urotoxique, la quantité d'urotoxie que l'homme fabrique par kilogramme, en vingt-quatre heures, c'est-à-dire par conséquent $\frac{35}{70} = 0{,}50$ pour le sujet dont nous parlions tout à l'heure, s'il pesait 70 kilogrammes.

Quand la méthode montrera que l'urotoxie d'un sujet est de 70 ou 80 centimètres cubes et quand le

coefficient urotoxique baissera à 0,2 par exemple, on pourra conclure que les reins sont insuffisants.

Mais il ne faudra tenir compte que des grosses différences et savoir d'ailleurs que l'urotoxie d'un sujet peut être assez basse (40 ou 50 centimètres cubes) même avec une insuffisance rénale très marquée, si le sang est surchargé de substances toxiques. Le rôle du rein devrait être déduit du rapport qu'il y a entre les substances contenues dans le sang et celles qu'élimine l'urine : or, nous ne pouvons pas apprécier la toxicité du sang, c'est ce qui fait que cette méthode, quoique donnant des résultats intéressants, ne saurait être très précise.

III

La cryoscopie urinaire a donné lieu dans ces dernières années à un très grand nombre de travaux, et l'on a proposé plusieurs méthodes d'appréciation des fonctions rénales, d'après les données cryoscopiques :

1° *L'étude isolée du point de congélation* ne peut pas donner, à elle seule, de renseignements utilisables en clinique, car le point cryoscopique varie dans des limites trop grandes à l'état physiologique.

2° *La cryoscopie comparée de l'urine et du sang* a été proposée par M. Léon Bernard, comme pouvant permettre d'apprécier les fonctions du rein. Il conseille de tenir compte non seulement du Δ du sérum et de l'urine mais encore du volume urinaire éliminé en vingt-quatre heures : $V\frac{\Delta \text{ urine}}{V \text{ sérum}}$, donne des chiffres variant entre 3000 et 5000 dans les cas normaux.

Ces chiffres baisseraient beaucoup quand la perméabllité rénale est diminuée.

La grosse objection que l'on peut faire à ce procédé d'étude, c'est que le Δ du sérum sanguin varie dans des limites très restreintes, quel que soit l'état des reins, alors que les variations du Δ urinaire sont très étendues.

M. Léon Bernard a d'ailleurs très consciencieusement formulé cette objection de la façon suivante dans l'excellent livre qu'il a consacré à l'étude des fonctions rénales : « Le fait essentiellement fâcheux pour cette méthode, dit-il, est que l'échelle des variations de Δ sérum est très limitée, alors que celle de Δ urine est très étendue; il en résulte une cause de viciation du rapport de ces deux valeurs. »

Il est certain, néanmoins, que ce procédé peut donner des résultats pratiques intéressants, d'ailleurs elle est simple, facile à exécuter, elle rendra des services, à condition qu'on sache l'interpréter et qu'on ne la considère pas comme ayant une valeur absolue.

3° *Le rapport entre le point cryoscopique de l'urine et sa richesse en chlorure de sodium*, a été indiqué par Koranyi comme un moyen d'apprécier les fonctions rénales. Dans ce rapport $\frac{\Delta}{\text{NaCl}}$, on tient compte de la quantité de chlorures contenues dans 100 centimètres cubes d'urine. A l'état normal le rapport ne dépasse pas 1^{cc}7, tandis qu'il peut s'élever dans les cas pathologiques.

Il semble bien prouvé, à l'heure actuelle, que cette méthode ne renseigne que sur la vitesse de la circulation intra-rénale, et encore à la condition que l'alimentation du sujet en expérience, soit suffisamment riche en chlorures, et que les épithéliums rénaux aient un fonctionnement intact.

4° *Le procédé de Claude et Balthazard* a été exposé ici même dans une précédente revue, où la technique et les résultats pratiques de la méthode sont complètement indiqués.

Nous nous contenterons donc de dire que les auteurs ont cherché à apprécier : la diurèse totale par $\frac{\Delta V}{P}$ (V volume d'urine des vingt-quatre heures, P poids en kilogs du malade) ; la diurèse des molécules élaborées $\frac{\delta\Delta}{P}$ [δ molécules élaborées dont on a retranché les molécules chlorées $\Delta - (p \times 60)$] ; enfin le rapport $\frac{\Delta}{\delta}$ qui représente le travail utile du rein.

Par cette méthode très ingénieuse MM. Claude et Balthazard ont apprécié l'insuffisance rénale absolue ou relative, l'hypersthénie ou l'asthénie cardiaque.

Il n'est donc pas douteux qu'entre les mains de ses inventeurs la méthode ait donné des résultats extrêmement intéressants. Mais elle est d'une application délicate : une erreur très minime dans l'appréciation de Δ ou de δ sera multipliée par 70 (le poids du corps) ce qui fausse les résultats. Aussi les critiques n'ont pas manqué. M. Ambard, dans un travail tout récent, soutient que ce procédé ne renseigne pas plus que le seul dosage du NaCl. M. Léon Bernard, sans aller aussi loin dans ses conclusions, pensait pouvoir affirmer « que la puissance d'analyse de cette méthode n'est qu'apparente ; les valeurs qu'elle fournit, au lieu d'être établies chacune isolément par l'étude directe de la fonction partielle qu'elles prétendent apprécier, sont déduites les unes et les autres par le calcul, à partir de quelques termes numériques qui peuvent être erronés, et les interprétations qu'elle en propose parfois contestables découlent d'une théorie dont le caractère hypothétique et la complexité entachent la sécurité »

De toutes ces critiques nous ne tirerons personnellement conclusion, c'est qu'il ne faut pas diagnostiquer l'état des fonctions rénales, d'après les seuls résultats donnés par la cryoscopie, et en cela d'ailleurs nous adoptons les conclusions de M. Balthazard qui s'exprime ainsi : « Bien que ces types soient assez distincts, à notre avis, pour permettre de porter souvent un diagnostic, nous avons toujours pensé qu'ils ne pouvaient être interprétés justement, qu'en s'appuyant sur un examen clinique soigneux du malade. »

5° *La méthode de Claude et Mauté* se propose pour but d'étudier les variations cryoscopiques de l'urine à la suite de l'ingestion des chlorures.

Dans ce but les auteurs commencent par mettre les malades au régime lacté absolu, ou tout au moins à un régime fixe peu riche en chlorures, et on fait journellement l'examen cryoscopique des urines, par la méthode de Claude et Balthazard. Au bout de deux ou trois jours on fait l'épreuve de la chlo-

rurie alimentaire telle qu'elle avait été proposée par Achard et Lœper en ajoutant à l'alimentation 10 grammes de NaCl. L'examen cryoscopique des urines est continué pendant ce temps et pendant les jours suivants, jusqu'à ce que les effets produits par l'ingestion du sel aient complètement disparu.

Les résultats obtenus par cette méthode sont d'une interprétation difficile, et pour cette raison ils ont été critiqués par le professeur Teissier, par M. Ambard, par M. Albarran, etc. Il n'en reste pas moins vrai que les malades atteints de néphrite ne réagissent pas tous de la même façon à la suite de l'épreuve de la chlorurie alimentaire et nous reviendrons sur ce point déjà signalé par MM. Achard et Lœper. Il n'est que juste de reconnaître aussi que c'est en se basant sur cette méthode, que MM. Claude et Mauté ont pu « montrer que l'ancienne diététique beaucoup trop prohibitive a désormais fait son temps, et ne trouve plus ses indications que dans les poussées aiguës ou dans certaines formes de néphrites chroniques que l'épreuve de la chlorurie alimentaire permet de différencier ».

6° *La chlorurie alimentaire spontanée* a été étudiée comme méthode d'appréciation des fonctions rénales par le professeur Teissier et son élève Reynaud.

Ils tiennent compte dans leurs appréciations : du taux de l'élimination quotidienne des chlorures, de la valeur de la fonction dépuratrice fournie par la comparaison de $\frac{\Delta V}{P}$ et de $\frac{\Delta}{\delta}$, de la pression artérielle. Cela permet, d'après eux, de corriger ce que la méthode de Claude et Manté a de trop absolu. C'est ainsi que l'hypochlorurie, si elle est accompagnée d'une tension artérielle diminuée, ne doit plus être interprétée comme fatalement mortelle. Elle peut se trouver et elle se trouve, en effet, dans les périodes primitives des néphrites quand le cœur est dilaté, et peut n'être que la simple manifestation d'un vice de circulation passager, d'une impuissance cardiaque transitoire. De même il faut savoir que l'hyperchlorurie ne peut permettre aucune conclusion précise, si elle est accompagnée d'une pression artérielle élevée : il faut se baser alors sur les valeurs $\frac{\Delta V}{P}$ et $\frac{\Delta}{\delta}$ pour tirer une conclusion précise.

Nous souscrivons, de la façon la plus absolue, aux restrictions si justes faites par le professeur Teissier. Néanmoins il n'est pas douteux que l'étude de la chlorurie alimentaire spontanée ou provoquée ne constitue pas une épreuve idéale pour juger, dans son ensemble, le fonctionnement des reins.

Elle peut rendre de très grands services quand on veut étudier comment l'organisme se comporte vis-à-vis des chlorures, qu'on étudie l'élimination provoquée du NaCl après ingestion de 10 grammes, ou au contraire la quantité de chlorures contenus dans les urines d'un sujet soumis à la cure de déchloruration. Mais si l'on veut demander à cette méthode des renseignements sur la perméabilité rénale elle-même, on risque d'avoir des renseignements erronés, étant donné que si le rein peut jouer un rôle dans la rétention des chlorures, le cœur et les tissus interstitiels interviennent pour leur propre compte, comme nous l'indiquerons ultérieurement, par le détail.

Le professeur Teissier a proposé à très juste titre de tenir compte du facteur cardiaque en faisant intervenir la pression artérielle dans l'appréciation de l'épreuve; il nous faudrait de plus un moyen de juger le rôle propre des tissus dans la rétention chlorurée.

Jusque-là, on ne peut donc demander à cette épreuve de nous indiquer l'état fonctionnel exact des reins. Contentons-nous donc des renseignements qu'elle peut nous donner ; ils sont d'ailleurs de tout premier ordre, comme nous le verrons en étudiant les rétentions chlorurées et leurs conséquences.

IV

Méthodes destinées a apprécier le fonctionnement des cellules nobles du rein. — 1° *La synthèse de l'acide hippurique* aux dépens de l'acide benzoïque et du glycocolle est à peu près la seule manifestation de l'énergie chimique du rein sur laquelle on possède des données positives, grâce aux expériences de Bunge et de Schmideberg.

Achard et Chapelle ont cherché si l'on pouvait constater qu'en clinique les altérations rénales mettaient une entrave à cette synthèse biologique, mais ils n'ont pas abouti à des résultats démonstratifs.

2° *L'épreuve de la phloridzine*, proposée par Achard et Delamarre, est basée sur les constatations suivantes : on sait que cette substance produit, par injection sous-cutanée, une glycosurie spéciale qui semble en rapport avec une activité particulière des cellules du rein.

Il était donc logique de chercher à savoir quels effets produisent les injections de cette substance chez des malades atteints de néphrite.

Nous n'insisterons pas sur la technique de cette méthode ni sur les résultats qu'elle fournit, car ces données ont été complètement exposées dans une exellente Revue générale publiée par ce journal.

Qu'il nous suffise de dire que les résultats obtenus par ce procédé ont une grande valeur et qu'en pratique il sera toujours utile d'associer l'épreuve de la phloridzine à celle du bleu de méthylène, les deux peuvent être faites en même temps sur le même malade.

3° *L'épreuve de l'albuminurie provoquée* est la dernière en date, aussi n'a-t-elle pas encore subi le contrôle nécessaire de la critique, et nous ne ferons que l'indiquer dans ses grandes lignes.

On savait depuis longtemps que l'ingestion ou l'injection de substances albuminoïdes étrangères à l'organisme pouvait faire apparaître de l'albumine dans les urines. On a discuté pour savoir si cette albuminurie était constituée par l'albumine hétérogène ou par les albumines du sang ; à l'heure actuelle il nous semble absolument prouvé que ces deux sortes d'albumines interviennent. D'une part les expérimentations de MM. Achard et Gaillard avaient montré que dans le cas de néphrite unilatérale la caséine est éliminée plus facilement par le rein malade que par le rein sain. D'autre part les constatations que nous avons faites avec Rathery et Chiray prouvent que l'introduction dans l'organisme d'une

albumine étrangère produit l'albuminurie, par l'intermédiaire des lésions des tubes contournés du rein; si, en effet, on n'injecte à un animal dont les reins sont sains que peu d'albumine hétérogène, cette substance ne passe pas dans l'urine, tandis que la constatation inverse est faite dans les cas où l'on injecte la même faible dose à des animaux dont les épithéliums rénaux sont altérés. Pour ne citer qu'un exemple, l'injection de 2 centimètres cubes de blanc d'œuf à un chien dont les reins sont normaux ne produit pas d'albuminurie, en revanche, l'élimination de l'albumine se produit si l'on opère chez un chien auquel on a provoqué naguère des lésions rénales à l'aide de l'acide chromique, mais qui ne présentait plus d'albuminurie au moment où l'injection a été faite.

C'est en nous basant sur ces données expérimentales que nous avons proposé l'épreuve de « l'albuminurie provoquée ».

Nous avons obtenu toute une série de *résultats positifs* chez des malades qui venaient de présenter de l'albuminurie passagère et dont les épithéliums étaient évidemment encore lésés. Nous avons essayé cette même épreuve sur des malades, atteints de débilité rénale et qui pour cette raison présentent de l'albuminurie sous l'influence de la moindre intoxication ou infection. Ces sujets ont une réaction positive sous l'influence de l'épreuve de l'albuminurie provoquée qui devient ainsi un signe révélateur.

Aussi sommes-nous arrivé à cette *conclusion* que l'épreuve de l'ovo-albumine mettait en relief les lésions épithéliales latentes et permettait de dépister ainsi cet état morbide que nous avons désigné sous le nom de débilité rénale.

L'inhalation de quelques gouttes de nitrite d'amyle fait apparaître l'albuminurie chez certains sujets et nous avons pu constater ce fait chez deux cardiaques non albuminuriques qui présentaient des crises d'angine de poitrine : le nitrite d'amyle les calmait mais provoquait en même temps de l'albuminurie.

Chez d'autres malades ayant de l'hypotension artérielle nous avons vu que le nitrite d'amyle provoquait de l'albuminurie et nous avons pu noter aussi le fait chez des jeunes gens atteints d'albuminurie orthostatique : l'inhalation de II gouttes de nitrite d'amyle faisait apparaître l'albumine dans leurs urines, alors qu'ils étaient au repos complet.

Nous avons tendance à croire que cette épreuve a une valeur différente des précédentes; elle renseigne, selon nous, sur l'insuffisance de la circulation rénale, tandis que les autres révèlent l'état des épithéliums rénaux.

Il s'agit là, nous le répétons, de conclusions toutes récentes et personnelles, c'est pour cela que nous n'y insistons pas, quoique nous soyons persuadé que ces méthodes sont appelées à fournir des résultats cliniques très intéressants.

V

L'ÉPREUVE DU BLEU DE MÉTHYLÈNE (Achard et Castaigne) est, à l'heure actuelle, trop classique pour que nous insistions sur la technique du procédé, pas plus que sur les résultats obtenus.

Tout ce que nous voulons tenter à son sujet, c'est d'envisager la valeur qu'on doit lui attribuer comme méthode d'exploration des fonctions rénales.

Nous nous contenterons donc de faire ici la revue critique des résultats qu'a donnés la méthode, ainsi que nous l'avons fait pour les autres.

A ce point de vue, nous devons signaler que le procédé n'a pas été accepté sans qu'on lui fasse toute une série d'objections.

M. Lépine, tout d'abord, a fait remarquer que chaque substance a un coefficient spécial d'élimination au niveau du rein et qu'on ne peut pas conclure que le rein n'est pas perméable, de ce seul fait qu'il laisse passer plus difficilement une seule de ces substances. Nous avions, avec M. Achard, combattu ces conclusions en ce qu'elles ont d'exclusif, en nous basant sur l'étude de l'élimination comparée des substances solubles et du bleu de méthylène, par des reins atteints de lésions chirurgicales sur lesquelles on avait fait un cathétérisme de l'uretère. Depuis lors M. Léon Bernard a eu l'occasion de faire cette démonstration en s'appuyant sur un bien plus grand nombre de cas : « Sur des individus atteints de lésions d'un seul rein, nous avons, dit-il, étudié le fonctionnement de chacun des deux organes en associant le cathétérisme des uretères à l'étude de la perméabilité rénale. Et celle-ci comprenant l'analyse chimique et l'épreuve du bleu, nous avons pu ainsi savoir si l'élimination du bleu était comparable à l'élimination des principes de l'urine, qui, dans ces conditions d'observation, est un garant fidèle de l'activité fonctionnelle du rein. Il résulte de cette étude que, dans les cas où le fonctionnement du rein est profondément troublé, l'élimination du bleu se fait comme celle des matériaux de l'urine. Dans les cas, au contraire, où les fonctions rénales sont peu modifiées, le passage du bleu peut ne pas se faire parallèlement à celui des matériaux de l'urine; toutefois ses données peuvent encore suffire à prouver que la perméabilité du rein n'est pas profondément adultérée. » La conclusion de M. Léon Bernard est la suivante : « De tout ce qui précède, il résulte que l'objection de M. Lépine n'est pas aussi solide qu'elle le paraît *a priori*. Les faits démontrent qu'il y a sinon parallélisme rigoureux, au moins concordance relative entre l'épreuve du bleu et les divers modes d'exploration de la perméabilité rénale. Il semble donc que la valeur du procédé ne soit nullement entamée, dans son principe même, par cette objection. »

Une autre critique a été formulée par M. Brault, pour lequel les différences, observées dans l'élimination du bleu, tiennent beaucoup plus au coefficient de destruction dans l'organisme, qu'au degré de la perméabilité rénale. Cette objection nous paraît tomber d'elle-même, pour peu qu'on observe les faits d'élimination diminuée; si cette diminution était due à l'exagération du coefficient de destruction, est-ce qu'on observerait la prolongation de l'élimination qui est si souvent notée dans ces cas? De plus lorsqu'on donne le bleu d'une façon répétée, en faisant ingérer

chaque jour la même dose, ainsi qu'ont procédé MM. Achard et Clerc, de manière à produire l'accumulation du bleu dans l'organisme, on constate que l'accumulation est plus forte chez ces malades que chez les sujets sains ; or, il est évident que, si la matière colorante était plus facilement détruite, elle ne s'accumulerait pas plus que chez les sujets sains.

Ainsi comprise, la méthode a fait ses preuves comme le montrent les nombreux travaux publiés à son sujet, et qui rapportent plusieurs milliers d'observations dont la concordance générale suffit à prouver la valeur de l'épreuve et répond mieux que tous les arguments, aux objections théoriques que l'on avait cru pouvoir faire.

Pour ne citer qu'un exemple, nous signalerons la concordance des résultats obtenus, par tous les auteurs, au cours de la néphrite interstitielle. M. Brault, malgré les critiques théoriques qu'il avait formulées, s'incline devant cette concordance et reconnaît que « c'est dans ces circonstances que la méthode reconnaît sa véritable application, en rendant évidente, par l'élimination prolongée du bleu, chez un malade dont le rein fonctionne assez bien d'ailleurs, une atrophie que les autres procédés d'investigation n'avaient pu découvrir ».

Cette même constatation se retrouve dans tous les travaux d'ensemble qui ont été publiés tant en France qu'à l'étranger, comme en fait preuve encore cette conclusion de Pedenko, basée sur l'étude de 76 cas de néphrite : « En somme, dit-il, l'étude de l'élimination du bleu peut rendre de grands services à la clinique ; son importance diagnostique principale consiste dans la possibilité de reconnaître, dans tous les cas, la néphrite interstitielle atrophique, qui fréquemment, dans une forme latente, peut passer inaperçue. »

Ainsi donc, l'épreuve du bleu est — de l'avis de tous — très utile dans l'étude de la néphrite atrophique latente, et, ne serait-ce qu'à ce titre, son utilité clinique est incontestable.

Telle est la façon dont nous envisagions, en 1900, avec M. Achard, la valeur du mode d'exploration que nous préconisions, et, depuis lors, notre opinion n'a fait que se confirmer, car nos propres observations ont été contrôlées et renforcées par de très nombreuses publications, de telle sorte que si notre opinion personnelle peut paraître dictée par « l'amour-propre paternel », on n'aura qu'à feuilleter les travaux de ces dernières années pour trouver des confirmations éclatantes de notre opinion. Nous ne retiendrons, à ce sujet, que deux de ces travaux : ceux de Pedenko et de Léon Bernard.

Pedenko, au commencement de son travail qui porte sur 76 observations, déclare qu'il avait entrepris ses recherches parce qu'il ne croyait pas à la valeur du procédé et il arrive à cette conclusion que « l'élimination du bleu dépend de l'état anatomique du rein et dans les différentes formes de néphrite se manifeste, le plus souvent, d'après la règle suivante : plus les lésions de l'appareil rénal sont profondes et étendues, plus marqués sont les troubles de l'élimination du bleu (début, maximum, durée). En somme, l'étude de l'élimination du bleu peut rendre de grands services à la clinique ».

M. Léon Bernard, après avoir proposé une méthode d'appréciation de la perméabilité rénale basée sur la cryoscopie, a étudié comparativement les diverses méthodes d'exploration de la perméabilité rénale, et sa conclusion est la suivante : « Malgré les apparences, la fonction rénale est analysée d'une façon plus pénétrante par l'épreuve du bleu que par la cryoscopie. »

Ces conclusions nous dispensent de tout commentaire, car elles montrent que l'épreuve du bleu est apte à donner de précieux renseignements dans l'étude de la perméabilité rénale, c'est la seule notion que nous voulions établir, sans prétendre, pour cela, que cette méthode est supérieure aux autres : elles peuvent toutes donner des renseignements utiles, à condition que l'on s'en tienne aux résultats évidents qu'elles fournissent et qu'on ne cherche pas à interpréter les cas défavorables et à demander, en quelque sorte, aux différentes méthodes plus qu'elles ne peuvent donner.

VI

Valeur fonctionnelle de chacun des deux reins. — Nous avons dit en esquissant l'historique, que les chirurgiens avaient, dans ces dernières années, préconisé une série de moyens pour recueillir séparément l'urine de chacun des reins, et nous avons renvoyé au livre de M. Albarran pour la description de ces procédés dont le manuel opératoire est d'ordre chirurgical.

On peut ainsi, par le cathétérisme de l'uretère ou la division des urines, obtenir séparément, d'une part, les urines provenant d'un rein malade et, d'autre part, les urines provenant du rein opposé ; les auteurs qui se sont occupés de cette étude ont déduit la valeur fonctionnelle de chacun des deux reins, en analysant les différences qu'il y a entre les deux urines, au sujet de la quantité, la qualité, la cryoscopie, l'élimination du bleu ou du sucre, etc. Ces résultats sont très intéressants, mais il ne faut pas se hâter néanmoins d'en tirer des conclusions trop absolues, surtout si les urines n'ont été recueillies séparément que pendant un laps de temps assez court, M. Albarran a montré, en effet, que le rapport de travail des deux reins, même à l'état normal, varie d'un moment à l'autre et que, en comparant les urines des deux reins recueillies séparément pendant un court laps de temps, « on pourra parfois croire meilleur le rein qui, en réalité, est le plus mauvais, » et M. Albarran ajoute que « l'erreur peut être commise aussi bien en étudiant le point Δ que la composition chimique de l'urine ou les éliminations provoquées de sucre ou de matière colorante. Il est encore plus aléatoire d'essayer, par ces différents procédés, d'établir un rapport quelconque entre la valeur fonctionnelle des deux reins : suivant le moment considéré, les écarts pouvant être et étant habituellement considérables ».

Ces critiques faites au procédé d'étude du fonctionnement de chacun des reins par l'emploi du cathétérisme de l'uretère ou la séparation, donnerait raison à M. Bazy qui prétend que le chirurgien peut s'en tenir aux modes d'examens qui renseignent les

médecins, sans y adjoindre des manœuvres qu'il juge dangereuses et inutiles.

Il n'est pas douteux, en effet, que l'on doive réserver ces méthodes aux cas difficiles pour lesquels l'examen clinique et les autres procédés d'étude ne fournissent pas des renseignements suffisamment précis.

Dans ces conditions, le cathétérisme de l'uretère ou la séparation des urines peut donner des résultats très utiles en pratique, en indiquant si les lésions sont bilatérales ou unilatérales et en indiquant dans ce dernier cas quel est le rein malade.

Pour avoir ces renseignements il suffit de recueillir séparément l'urine de chacun des deux reins, par l'une quelconque des méthodes préconisées. Mais quand on veut préciser davantage et être renseigné sur le fonctionnement du rein qui n'est pas lésé, alors il faut, d'après M. Albarran, avoir recours à l'épreuve de la polyurie expérimentale.

Cette méthode est basée sur les données physiologiques suivantes : tout d'abord, lorsqu'un sujet absorbe une certaine quantité d'eau en dehors de la période digestive, la quantité de liquide excrété augmente en même temps que s'abaissent le Δ, l'urée, les chlorures, de chaque litre d'urine, quoique cependant les quotients ΔV, UV, NaCl V soient augmentés, ce qui montre que le fonctionnement des reins est accru. Si les deux reins sont normaux le travail de chacun d'eux s'accroît d'une façon parallèle. Si au contraire l'un des deux reins est malade, l'écart fonctionnel entre les deux organes s'exagère; du côté du rein sain, l'urine devient beaucoup plus abondante, tandis qu'on observe peu de modifications de l'urine provenant du rein malade.

En appliquant, d'une façon très simple, ces données physiologiques dont il a donné maintes fois la preuve expérimentale, M. Albarran pense que l'on peut arriver à déterminer quel est le rein qui fonctionne le mieux; quel est le rapport approximatif dans la valeur fonctionnelle de chaque rein; et même, ajoute-t-il, « la polyurie expérimentale permet de se rendre compte, jusqu'à un certain point, de la suractivité dont un rein est capable en présence d'une perturbation accidentelle et d'indiquer sa capacité d'accommodation à un surcroît de travail. »

Résultats pratiques fournis aux médecins par l'étude des fonctions rénales. — Il n'est pas possible d'exposer ici, d'une façon complète, les résultats pratiques fournis par l'étude clinique des fonctions rénales, mais ce que nous avons dit, chemin faisant, montre déjà suffisamment l'importance de ces recherches.

Au point de vue du diagnostic, nous avons vu que les différentes méthodes pouvaient renseigner, non seulement sur la fonction des reins, mais encore sur leurs maladies, et nous avons dit notamment que l'épreuve du bleu de méthylène pouvait être très précieuse pour le diagnostic de certaines formes latentes de néphrites chroniques. Nous avons montré aussi que, dans les cas de lésions unilatérales, ces différentes méthodes jointes soit au cathétérisme des uretères (Albarran et Imbert), soit à la division des urines (Cathelin-Luys), ou même employées isolément (Bazy), ont permis bien souvent d'arriver à un diagnostic précis, surtout en ce qui concerne la localisation de la lésion et l'état fonctionnel du rein supposé sain; or ce sont là des notions capitales lorsqu'on veut tenter une intervention chirurgicale.

La physiologie pathologique des néphrites a été de même éclairée par ces recherches et, si l'on ne peut souscrire d'une façon absolue à la théorie de Bard et de Léon Bernard, disant que dans les néphrites épithéliales le filtre rénal est troué et la perméabilité rénale augmentée, en revanche il n'est pas douteux que, toute idée théorique mise à part, il y a des néphrites dans lesquelles la perméabilité rénale est très diminuée et d'autres dans lesquelles le rein est normalement perméable.

Et cela présente une grande importance pour le pronostic. L'urémie n'est pas sous la dépendance exclusive de l'imperméabilité du rein, cela est pour nous de toute évidence; il n'empêche cependant que chez les malades atteints de néphrite, mais dont le rein est perméable, on doit beaucoup moins redouter l'urémie que chez ceux dont le rein est imperméable.

Et si l'étude de la perméabilité rénale ne semble pas suffisante, on peut d'ailleurs faire appel aux recherches combinées de la chlorurie alimentaire et de la cryoscopie, dont nous avons vu la valeur au point de vue du pronostic et de la diététique.

C'est, en effet, les recherches sur la perméabilité rénale qui ont mis, les premières, en relief l'exagération qu'il y avait à traiter par le régime lacté tous les malades atteints d'albuminurie. Dès 1899, dans le *Manuel de thérapeutique*, nous montrions que ce régime lacté ne devait pas être appliqué aux malades dont la perméabilité rénale est normale. Depuis lors, cette idée s'est précisée grâce à la notion si féconde de la rétention chlorurée, et c'est maintenant une notion courante qu'il y a des distinctions à faire entre les néphrites, et qu'elles ne sont pas toutes justiciables de la même alimentation : il n'est que juste de faire remarquer que, si l'on est arrivé à ces conclusions pratiques, c'est en partant des notions importantes que fournit l'étude de la perméabilité rénale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 13 décembre 1905)

De l'entéro-anastomose dans le traitement du cancer du gros intestin. — M. Demoulin reproduit, en résumant la discussion qu'il a ouverte sur ce sujet, la plupart des arguments qu'il fait valoir, dans sa première communication, en faveur de l'entéro-anastomose dans le traitement du cancer du gros intestin. C'est, à ses yeux, une bonne opération et bien supérieure, chaque fois qu'elle est possible, à l'anus artificiel. M. Demoulin a soin de dire : chaque fois qu'elle est possible, et, en effet, d'après les idées modernes sur l'anatomie du rectum, car il paraît que nous avons changé tout

cela, il n'y resterait pas beaucoup de place pour y insérer une anse intestinale.

Le rectum qui, d'après les anciens auteurs, mesurait 24 centimètres de longueur, n'en mesure plus aujourd'hui que 12 à 14, c'est-à-dire qu'au lieu de faire partir l'extrémité supérieure du rectum du même point qu'autrefois, les anatomistes modernes le font partir de beaucoup plus bas. Dans ces conditions, lorsqu'on veut, par le ventre ouvert, atteindre le rectum, comme on ne peut pas aller au delà du niveau de la cloison recto-vésicale, il ne reste plus à peine que 4 à 5 centimètres du rectum sur lesquels on puisse fixer une anastomose.

Quelle est la partie de l'intestin qu'il faut préférer pour anastomoser avec le rectum? M. Demoulin conseille autant que possible de choisir l'iléon. Il estime que pour cette anastomose iléo-rectale le bouton de Murphy se trouve bien indiqué puisque, au moment de l'expulsion, il se trouvera tout près de l'anus. Toutefois M. Demoulin, en principe, préfère la suture au bouton de Murphy.

On lui a objecté que l'entéro-anastomose constituait une opération plus grave que l'anus artificiel. Mais elle permet aussi un diagnostic plus précis, on voit mieux ce qu'on fait et sa gravité n'est pas telle qu'on doive la rejeter à cause d'elle. Quant à la survie obtenue, il n'y a aucune raison de penser qu'elle puisse être plus longue avec l'anus artificiel qu'avec l'entéro-anastomose.

M. Hartmann, en défendant l'anus artificiel, a dit qu'il constituait une bien petite infirmité et il a même cité l'exemple d'un de ses opérés qui monte à cheval, va en soirée, vit de la vie du monde et a des maîtresses. M. Demoulin, contrairement à M. Hartmann, considère que l'anus le mieux fait, le plus continent, constitue toujours une infirmité horrible. Même l'anus lombaire tant vanté autrefois par Trélat qui, en en présentant un exemple, faisait remarquer combien il était propre et coquet, constitue, malgré tout, une telle infirmité que le moral des malades s'en ressent et que beaucoup de ces malades, ainsi que l'a fait observer M. Picqué, en perdent la raison.

M. Demoulin conclut en disant qu'on doit chercher, autant que possible, à substituer l'entéro-anastomose à l'anus artificiel; que l'anus artificiel reste l'opération de choix dans les cas d'occlusion intestinale aiguë, quitte à le remplacer ultérieurement par une entéro-anastomose.

Cholédoco-entérostomie. — A propos d'une communication de M. Quénu sur ce sujet, M. Tuffier s'applique à démontrer combien difficile est le diagnostic de la cause d'une obstruction biliaire avant, souvent aussi pendant et même parfois après l'opération.

L'amaigrissement lui-même est un symptôme sans valeur en faveur d'un néoplasme, puisqu'il s'observe aussi dans la lithiase par suite de la digestion des graisses. Comment savoir ainsi si l'obstruction porte sur le canal cholédoque ou sur les canaux pancréatiques? Il est souvent bien difficile de savoir si on a affaire à un calcul ou à un néoplasme. Il est difficile aussi de distinguer un cancer de la tête du pancréas, d'une pancréatite chronique.

Enfin il arrive parfois de commettre des erreurs de diagnostic même après l'opération.

M. Tuffier cite l'exemple d'un homme de cinquante ans, atteint d'ictère chronique paraissant d'origine lithiasique. M. Tuffier fait une cholédoco-entérostomie sans avoir senti de calculs; il pensait donc à une pancréatite chronique, quand le malade revint six mois après avec un chou-fleur sur la cicatrice. Il s'agissait d'un épithélioma qui avait été méconnu. Le diagnostic peut donc être encore hésitant, même après l'opération.

M. Tuffier s'applique à bien déterminer les indications de la cholédoco-entérostomie, qu'il considère comme une bonne opération, à condition qu'on cherche toujours une anse intestinale bien saine.

M. Routier rapporte l'observation d'une femme de quarante-deux ans, qui avait de l'ictère chronique et qui avait eu des coliques hépatiques très nettes; il l'opéra en 1901, trouva des calculs dans la vésicule biliaire, quatre calculs en chapelet dans le cholédoque; il enleva les calculs, résèqua la vésicule, s'assura qu'il ne restait plus rien, et draina. Il resta une fistule biliaire pendant cinq semaines et tout rentra dans l'ordre. Plus tard, cette femme présenta des symptômes de péritonite; il s'agissait d'une péritonite appendiculaire; M. Routier enleva l'appendice. Il y eut ensuite une nouvelle poussée de péritonite due à une rupture déterminée par un calcul qui avait échappé. La malade succomba à cette nouvelle poussée de péritonite.

M. Terrier pense que dans la plupart des cas qui ont été rapportés on aurait pu éviter la cholédoco-entérostomie. Il est en effet bien convaincu que dans ces cas, si on a soin de faire une longue incision et de bien mettre à nu toutes les voies biliaires, on arrive à trouver et à lever la cause de l'obstacle sans être obligé de recourir à ces anastomoses. M. Terrier cite plusieurs exemples à l'appui de cette manière de voir.

Cysticerque du cerveau. — M. Broca fait un rapport sur une observation présentée par M. Waquet (de Lorient). Il s'agit d'un jeune garçon qui, à la suite d'une chute, fut pris de crises épileptiformes pendant plusieurs années; il eut, à la fin, jusqu'à 300 crises par jour. Les crises débutaient par le membre supérieur gauche. Le bromure de potassium à hautes doses resta sans effet. M. Waquet trépana, ouvrit la dure-mère et trouva, dans le cerveau, un cysticerque gros comme une noisette. Le résultat thérapeutique fut parfait et se maintient depuis huit mois.

Enchondrome de l'ethmoïde. — M. Sebileau présente une jeune fille à laquelle il a enlevé un enchondrome de l'ethmoïde par une simple incision verticale allant de l'angle du nez à la lèvre supérieure.

Kyste hydatique. — M. Potherat présente un kyste hydatique (liquide et poche) qu'il a extrait de la fesse.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Diagnostic et traitement des végétations adénoïdes (Étude sur la nécessité d'une intervention radicale et opportune dans les végétations adénoïdes et des funestes conséquences de cette affection abandonnée à elle-même), par le docteur Suarez de Mendoza, membre des Sociétés d'ophtalmologie, d'otologie, laryngologie et rhinologie de Paris, de la Société de médecine de Paris et de l'Académie royale de Barcelone, avec préface de M. le professeur Duplay. Gr. in-8 de 212 p., avec 30 fig. dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Nº 144. — MARDI 19 DÉCEMBRE 1905. 78e ANNÉE. MARDI 19 DÉCEMBRE 1905. — Nº 144.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Diagnostic et traitement des ulcérations de la verge, par M. JEANSELME.
MÉDECINE PRATIQUE
Traitement des vomissements cycliques.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Société médicale des hôpitaux.
Société de biologie.
LIVRES NOUVEAUX
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

LES INCIDENTS DU CONCOURS DU CLINICAT A BORDEAUX. — Au mois de juin, le jury, à la fin des épreuves réglementaires, ayant constaté que les deux candidats avaient obtenu le même nombre de points, leur avait imposé une épreuve supplémentaire, à la suite de laquelle M. le docteur P. Lande avait été classé premier. Cette procédure ayant été jugée irrégulière, les opérations du concours avaient été cassées par le ministre de l'Instruction publique. Des affiches avaient été apposées, invitant les candidats à un *nouveau* concours; trois jeunes docteurs s'étaient fait inscrire. Mais le ministre ayant décidé que seuls les candidats qui avaient pris part au concours de juin pouvaient se présenter à celui de novembre, le docteur Bossuet a vu son inscription annulée et a été éliminé du concours. Celui-ci n'a donc eu lieu qu'entre les deux candidats de juin. M. le docteur Nadal a été classé premier.

Le *Journal de médecine de Bordeaux* qui nous donne tous ces détails ajoute que le docteur Bossuet a déposé une protestation qui nous paraît, en effet, très justifiée, les règlements devant être respectés même par les ministres.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours médical du bureau de bienfaisance de Lyon vient de se terminer par la nomination de MM. les docteurs Muller, Joly, Cavaillon et Pallasse.

CONCOURS. — HOSPICES CIVILS DE LYON. — Le Conseil d'administration des hospices vient de décider que les concours pour la nomination des élèves internes et externes auront lieu aux dates suivantes : élèves internes, deuxième lundi de juin; élèves externes, quatrième lundi de juin.

— Un concours pour la nomination à trois places de dentiste adjoint des hôpitaux de Paris s'ouvrira le lundi 12 mars 1906, à midi, 59, rue des Saints-Pères.

MM. les docteurs en médecine qui désirent concourir devront se faire inscrire au service du personnel de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures du lundi 12 février 1906 au samedi 24 du même mois inclusivement.

— Par arrêté du ministre de l'intruction publique, en date du 16 décembre 1905, un concours s'ouvrira, le 18 juin 1906, dévant l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et histologiques à ladite école.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

L'EXAMEN MENTAL DES INCULPÉS. — M. Chaumié, ministre de l'Instruction publique, adresse aux procureurs généraux la circulaire suivante au sujet de l'examen mental des inculpés :

« Certains médecins légistes croient avoir rempli suffisamment la mission qui leur a été confiée en concluant sommairement à une responsabilité « limitée » ou « atténuée ».

Une semblable conclusion est beaucoup trop vague pour permettre au juge d'apprécier la culpabilité réelle du prévenu d'après son état mental au moment de l'action; mais son insuffisance tient généralement au défaut de précision du mandat qui a été donné à l'expert.

A côté des aliénés proprement dits, on rencontre des dégénérés, des individus sujets à des impulsions morbides momentanées, ou atteints d'anomalies mentales assez marquées pour justifier, à leur égard, une certaine modération dans l'application des peines édictées par la loi.

Il importe que l'expert soit mis en demeure d'indiquer, avec la plus grande netteté possible, dans quelle mesure l'inculpé était, au moment de l'infraction, responsable de l'acte qui lui est imputé.

Pour atteindre ce résultat, j'estime que la commission rogatoire devra toujours contenir et poser d'office, en toute matière, les deux questions suivantes :

1° Dire si l'inculpé était en état de démence au moment de l'acte, dans le sens de l'article 64 du Code pénal;

2° Si l'examen psychiatrique et biologique ne révèle point chez lui des anomalies mentales ou psychiques de nature à atténuer, dans une certaine mesure, sa responsabilité.

L'expert dira, en outre... (ici le juge d'instruction spécifiera les points qu'il croira devoir signaler plus particulièrement d'après les résultats de l'information, ou les indications fournies par l'inculpé lui-même, par sa famille ou par son défenseur). »

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Pernelle (de Dieppe).

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

LES DÉMONSTRATIONS DERMATOLOGIQUES
DE L'HOPITAL BEAUJON

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES ULCÉRATIONS DE LA VERGE

(Leçon faite à la clinique du prof. Debove.)

Par M. JEANSELME,
Agrégé, médecin des hôpitaux.

Ce problème est l'un de ceux qui embarrassent le plus le médecin dans la pratique courante. Il ne s'agit pas en pareille occurrence d'instituer un traitement banal et symptomatique, il faut reconnaître la nature exacte de la maladie. Une erreur de la part du médecin peut en effet entraîner toute une série de conséquences fâcheuses. Donc, en présence d'une ulcération insignifiante en apparence, le praticien ne doit pas se laisser aller à dire à la légère : « C'est de l'herpès. » Je suppose qu'une ulcération, prise à tort pour de l'herpès, est un chancre nain de nature spécifique; voyez, toute la succession de malheurs immérités qui vont fondre sur le patient. D'abord, celui-ci, confiant dans les assurances de son médecin, laissera évoluer la syphilis au naturel, et si la période secondaire est peu bruyante, il s'acheminera vers le tertiarisme, vers le tabès et la paralysie générale, qu'un traitement énergique, institué dès le début, aurait peut-être pu prévenir. Voilà pour l'individu.

Ce syphilitique, persuadé qu'il est atteint d'une affection locale et nullement contagieuse, va se marier, alors qu'il est en pleine période virulente. Il infectera sa femme qui, après une succession de fausses couches, ne parviendra à mettre au monde que des enfants débiles, des avortons, entachés de syphilis. Voilà pour la société.

Si l'erreur est commise en sens inverse, en d'autres termes, si le médecin prend une affection locale et bénigne de la verge, tel qu'un groupe d'herpès ou un chancre simple, pour un chancre syphilitique, le préjudice subi par le malade est aussi très grand.

Si quelques individus apprennent avec indifférence qu'ils sont atteints de la vérole, beaucoup sont pris d'une angoisse, d'une terreur, qui peut les pousser au suicide. Pour beaucoup, c'est l'avenir brisé, c'est le célibat forcé. Et puis, ce malheureux, tenu à tort pour syphilitique, est condamné à prendre toute sa vie durant du mercure et de l'iodure du potassium, car s'il présente quelque éruption syphiloïde, dix ans, vingt ans après l'époque présumée du chancre infectant, son médecin par prudence ne manquera pas de lui conseiller le traitement antispécifique.

Le praticien qui se prononce en un sens ou dans l'autre, sans avoir pesé sa sentence, assume donc une lourde responsabilité morale.

I

Autrefois, on englobait sous le nom de syphilis toutes les affections des organes génitaux. La blennorragie d'abord, puis la balano-posthite, inflammation superficielle de la muqueuse du prépuce et du gland, et enfin l'herpès furent distraits du groupe des affections syphilitiques. Au milieu du XIXe siècle, chancres et vérole étaient encore synonymes, lorsque Bassereau, élève de Ricord, affirma, en 1852, la dualité du chancre. Les arguments qui servirent à établir cette vérité scientifique furent de deux ordres, les uns cliniques, les autres expérimentaux. Par la méthode des confrontations, Bassereau parvint à démontrer qu'un chancre syphilitique ne naît que d'un chancre syphilitique, et d'autre part que le chancre simple ne peut engendrer qu'un chancre simple. Par la méthode des auto-inoculations, Bassereau prouva que l'individu atteint de chancre syphilitique est réfractaire à toute nouvelle inoculation du virus syphilitique, tandis que le chancre simple est indéfiniment réinoculable en série sur le même sujet.

La querelle entre les unicistes et les dualistes se poursuivit longtemps, mais la victoire resta enfin aux mains de ces derniers, qui détenaient la vérité.

Des lésions traumatiques, des lésions banales, artificiellement entretenues par un traitement irrationnel, des gommes syphilitiques, des localisations de la tuberculose et de l'épithélioma peuvent aussi siéger sur le gland et le prépuce. Par cette simple énumération, vous pouvez soupçonner combien il peut être difficile d'établir le diagnostic différentiel de ces multiples affections.

II

La balano-posthite relève presque toujours d'une cause locale. Elle est fréquente chez les sujets dont l'anneau préputial trop étroit ne permet pas de mettre le gland à découvert. Cette malformation congénitale ou acquise, à laquelle on donne le nom de phimosis, rend difficiles et incomplets les soins de toilette. Le smegma s'accumule au fond du sillon balano-préputial qu'il irrite et qu'il enflamme. Les irritations locales, les écoulements de toute nature, provenant par exemple de la blennorragie ou du chancre mou, provoquent et entretiennent aussi la balanite. Parmi les causes générales d'inflammation balano-préputiale, la plus commune et la plus importante est le diabète sucré. Souvent alors la présence du glucose dans les sécrétions favorise la culture de l'*oïdium albicans*, champignon du muguet sur la muqueuse enflammée.

La balano-posthite a pour caractère d'être superficielle et d'être diffuse. Généralement, elle s'étend à toute la surface humide de la muqueuse, mais elle n'empiète pas sur la portion découverte du gland. La surface malade est hérissée de papilles turgescentes et tapissée de plaques blanches d'épithélium desquamé ou recouverte d'une nappe de pus. Le prépuce participe à l'inflammation, il est injecté, chaud, œdémateux et douloureux.

Rarement la balano-posthite s'accompagne d'ulcérations; il y a pourtant quelques formes dans lesquelles la muqueuse est quelque peu entamée. Dans la variété *pustulo-ulcéreuse*, décrite par M. Du Castel, çà et là, sont disséminées des petites collections purulentes intra-épidermiques, qui crèvent et lais-

sent à nu un fond ulcéreux. De là, un aspect peu caractéristique, qu'on pourrait attribuer à tort à de l'herpès ou au chancre simple. Dans la variété *érosive circinée*, dont l'origine parasitaire a été démontrée par les recherches de MM. Bataille et Berdal, de minuscules dénudations épidermiques soulignées par un liséré blanchâtre, s'étalent en faisant tache d'huile sur la surface du gland; en fusionnant, ses différents cercles figurent des dessins capricieux, qui pourraient donner le change et être pris pour des syphilides érosives.

L'herpès génital, dont on ignore la cause, s'associe volontiers aux maladies vénériennes, quelles qu'elles soient, blennorragie, chancre simple, ou vérole. On l'a même qualifié de compagnon de la syphilis, ce qui est trop dire, car beaucoup de sujets atteints d'herpès génital sont indemnes de toute tare vénérienne. Récidivant à courts intervalles, avec une ténacité désespérante, spontanément ou à la suite du coït, l'herpès génital est une véritable infirmité et une cause d'angoisses sans cesse renouvelées pour les syphilophobes. Du reste, ces craintes ne sont que trop justifiées, car les érosions herpétiques servent souvent de porte d'entrée à la vérole.

Un léger prurit, ou bien une vive cuisson, est le premier signe qui attire l'attention du sujet. S'il recherche la cause de cette irritation, il voit sur un point quelconque du prépuce ou du gland, un groupe de fines vésicules agminées ou coalescentes. Ces éléments sont très éphémères, et, presque toujours, malade et médecin n'observent que la phase ultérieure, celle d'érosion. La petite perte de substance reste très superficielle, elle ne dépasse pas la couche malpighienne. Son fond, uni et plat, tantôt bien détergé, tantôt tapissé d'un enduit diphtéroïde, repose sur une base souple. Deux caractères appartiennent en propre à l'herpès : c'est, d'une part, le dessin de ses bords qui sont taillés à l'emporte-pièce et microcycliques; c'est, d'autre part, la sécrétion claire intarissable, qui sourd des érosions herpétiques, pour peu qu'on les exprime. Le retentissement sur les glandes lymphatiques de l'aine est inconstant et ne peut être d'aucun secours pour le diagnostic. Bien plus, il peut être une cause d'erreur, car une adénite suppurée, suite d'une infection secondaire, peut être regardée, à tort, comme le bubon d'un chancre simple, et des ganglions indolents et mobiles groupés en pléiade, ce qui n'est pas absolument rare dans l'herpès, peuvent être mis sur le compte de la syphilis. Sur la peau, l'herpès ne devient pas ulcéreux, et son aspect ne peut prêter à aucune erreur; il faut donc, en cas de doute, rechercher s'il n'existe pas quelques bouquets de vésicules sur le fourreau de la verge. Le groupement et la superficialité des petites érosions, la durée courte, les récidives fréquentes, sont les attributs les plus caractéristiques de l'herpès génital.

III

Je puis vous montrer une série de trois sujets atteints de *chancres simples*. Comme il est de règle, la lésion avait déjà acquis son plein développement quand ils sont entrés à l'hôpital. La première phase, en effet, est généralement indolente et passe inaperçue du malade et du médecin. Mais ce chancre qu'il est difficile d'observer à l'état naissant sur la verge, on peut le reproduire expérimentalement en l'inoculant sur le sujet lui-même. C'est, comme je vous l'ai dit, un excellent moyen pour distinguer la chancrelle des autres ulcérations de la verge. Donc, sur l'un de ces malades cette inoculation a été pratiquée et, comme vous le voyez, elle a réussi. Nous sommes au troisième jour; presque sans incubation, au point d'insertion, a pointé une petite saillie érythémateuse, qui bientôt s'est couronnée d'une vésico-pustule. Je l'ouvre, et vous apercevez au-dessous une ulcération de largeur minime, mais taillée à pic et creusant en puits vers la profondeur : de cette ulcération s'écoule une sérosité purulente qui contient l'agent pathogène du chancre simple.

Cet état vésico-pustuleux est éphémère, et sur les trois malades que je vous présente, tous les chancres sont au stade d'ulcération. Une première remarque que vous avez sans doute déjà faite, c'est que ces chancres ne sont point solitaires. Les auto-inoculations étant presque inévitables, chaque sujet porte toujours plusieurs ulcérations chancreuses qui sont d'âge différent et souvent se correspondent par des surfaces exactement superposables. Sur l'un de ces sujets, le sillon balano-préputial est labouré par une série d'ulcérations en angle dièdre, en feuillet de livre, qui forment à la base du gland un anneau à peine brisé. Sur cet autre sujet, des chancres simples ont sectionné le frein de la verge, ce qui est un accident fréquent. Enfin, sur le troisième sujet dont l'anneau préputial est étroit, le bord froncé de celui-ci est tailladé par des chancres fissuraires. La forme de l'ulcération n'est donc nullement caractéristique; ce qui l'est plus, c'est l'aspect des bords et du fond de la petite perte de substance. Examinez avec soin l'une de ces ulcérations développée sur une surface plane, vous constaterez que les bords sont taillés à pic, comme à l'emporte-pièce, et qu'ils sont décollés, mobiles sur le fond. Celui-ci est inégal, anfractueux, et baigné d'une abondante suppuration; il est tapissé d'une couche escarifiée, d'un bourbillon, dont la coloration jaune-soufre tranche nettement sur le fond rose-vif de la muqueuse saine. Cette ulcération repose sur une base molle, caractère à ce point prépondérant, que les syphiligraphes ont fait du terme « chancre mou » le synonyme de « chancre simple ». A la vérité, il arrive parfois que des irritations, des cautérisations répétées donnent une certaine consistance à la base d'un chancre simple, mais cette induration d'origine inflammatoire n'a point la fermeté, l'élasticité, la sécheresse de l'induration aphlegmasique qui appartient en propre au chancre infectant ou syphilitique. Le chancre, ou plutôt les chancres simples, sont douloureux spontanément, et plus encore à la pression; c'est là encore un caractère qui les distingue du chancre de la vérole, en général absolument indolore.

Quand elles sont abandonnées à elles-mêmes, les ulcérations chancreuses peuvent persister fort longtemps à cause des repullulations successives. Quand on s'oppose à ces auto-inoculations, la guérison

s'obtient après quelques semaines de traitement. Pour peu qu'ils aient entamé le derme, ce qui est commun, car l'histologie montre que l'escare intéresse non seulement toutes les assises de l'épithélium, mais aussi le corps papillaire, les chancres mous laissent des cicatrices indélébiles ; le chancre syphilitique, au contraire, s'il est exempt de toutes complications locales, guérit sans laisser aucune trace. Parmi les accidents qui peuvent compliquer le chancre simple, il en est deux que vous ne devez point ignorer. L'un est redoutable, et heureusement rare, c'est le *phagédénisme* qui tantôt est serpigineux, laboure en surface le gland, le prépuce, et peut même décortiquer la verge, qui tantôt est térébrant, et peut perforer l'urètre. L'autre est très commun, c'est le *bubon* : sur ce malade, vous voyez une saillie du volume d'un œuf, rouge et d'aspect phlegmoneux, située au-dessous du pli de l'aine et parallèlement à lui. Cette adénite est fluctuante, et quand la collection s'ouvrira, la plaie pourra prendre l'aspect caractéristique du chancre simple. C'est encore là un nouveau trait qui sépare l'une de l'autre les deux espèces de chancres.

IV

Par l'ensemble de ces caractères, la première manifestation de la vérole, maladie infectante, *totius substantiæ*, est bien différente du chancre simple. Tandis que ce dernier apparaît peu de jours après la contamination, le chancre syphilitique ne se développe qu'après une période d'incubation de vingt-cinq à trente jours en moyenne, souvent même beaucoup plus longue. Donc, chaque fois qu'une ulcération suit de près un coït suspect, vous éliminerez l'hypothèse de syphilis.

Le chancre simple se reproduisant pour ainsi dire indéfiniment par auto-inoculation est presque toujours multiple, ai-je dit. Le chancre infectant étant rapidement suivi de l'immunisation du sujet tout entier vis-à-vis de la syphilis, en général on n'observe qu'un *seul* chancre au niveau de la porte d'entrée du virus. Cependant, cette règle souffre des exceptions. Il n'est pas très rare de compter plusieurs chancres sur la muqueuse du gland et du prépuce. En effet, quand le vernis épidermique qui protège cette muqueuse offre de multiples solutions de continuité, par exemple quand le sujet est en poussée d'herpès ou quand il est atteint de la gale, la syphilis peut pénétrer en même temps par ces diverses voies. D'ailleurs, comme un certain laps de temps s'écoule entre le moment où le virus pénètre dans l'économie et le moment où l'état réfractaire est acquis, on conçoit la possibilité d'inoculations et d'auto-inoculations successives. Les travaux de Pontoppidan, ceux plus récents de Queyrat, les recherches expérimentales entreprises à l'Institut Pasteur sur le singe, prouvent que la réinoculation du chancre syphilitique sur le sujet lui-même est possible. En voici un exemple clinique : sur ce malade qui porte deux chancres, le premier serait apparu au niveau de l'aine gauche il y a environ deux mois ; il est actuellement de la taille d'une pièce de cinq centimes. Quinze jours plus tard, au niveau du bord libre du prépuce, apparaissait un second chancre qui, aujourd'hui encore, est visiblement moins développé que le premier. Le malade nous fait observer que lorsqu'il est couché dans le décubitus latéral gauche, la verge prend une position telle que les deux chancres s'accolent l'un à l'autre.

L'accident primitif de la syphilis n'est pas une ulcération, c'est une érosion épidermique surmontant une saillie légèrement excavée en godet, plane ou même convexe. La surface dénudée, suivant la comparaison classique est de couleur rouge chair musculaire ou jambon fumé. Souvent l'épithélium malpighien non détruit forme une couche continue diphtéroïde. Quand la périphérie se déterge, alors que le centre est encore couvert de l'enduit grisâtre, le chancre offre un aspect dit en cocarde, très caractéristique. De cette érosion suinte un liquide clair et peu abondant qui, sur les parties exposées à l'air, se concrète en une croûte. La suppuration, quand elle existe, est le fait d'une complication, d'une infection secondaire.

L'accident primitif de la syphilis repose sur une base *dure*, et ce caractère a paru si pathognomonique aux syphiligraphes, qu'ils lui ont donné le nom de chancre *induré*. Cette sclérose peut se condenser en un noyau de consistance chondroïde ou ligneuse ; elle peut s'étaler en surface donnant au chancre la consistance d'une plaque de parchemin, d'une carte de visite, suivant l'expression de Ricord. Quelle que soit sa forme, cette induration est toujours élastique et sèche, et par conséquent bien différente de l'œdème inflammatoire qui peut compliquer toute l'ulcération de la verge.

Quand il n'est pas irrité par des applications intempestives, le chancre syphilitique est tellement indolent, qu'il peut passer complètement inaperçu du malade ; les chancres mous, vous le savez, sont douloureux et baignés par une abondante suppuration.

Poursuivant son évolution en quelque sorte cyclique, quel que soit le traitement local mis en œuvre, le chancre induré guérit après cinq à six semaines, sans laisser de cicatrice. A peine subsiste-t-il, pendant un certain temps, un peu de rougeur ou une tache pigmentaire au niveau de la porte d'entrée de la syphilis. Toute la lésion consiste en effet en une destruction des assises superficielles de l'épithélium, en une endo-péricapillarite et une infiltration du derme par des cellules plasmatiques : c'est un *plasmome*, suivant la terminologie de Unna. Lors de la régression, les plasmazellen disparaissent, et comme l'intégrité de la charpente fibro-élastique n'a point été compromise, il n'y a pas de cicatrice.

Peu après l'apparition de l'accident primitif, le virus syphilitique gagne les voies lymphatiques. Des ganglions indolents mobiles, groupés en *pléiade*, occupent les deux aines. Ils ne s'enflamment et ne suppurent que dans le cas d'une infection surajoutée. Presque toujours, l'un des ganglions inguinaux est plus volumineux que les autres, il porte le nom de ganglion direct, parce que l'on suppose qu'il a reçu le premier le virus syphilitique.

V

De la description que je viens de faire, il semble résulter qu'aucune confusion n'est possible entre l'herpès, le chancre simple, le chancre syphilitique. Il n'en est rien cependant, car les caractères différentiels ne sont pas toujours aussi tranchés, tant s'en faut; souvent même ils sont ambigus. Qu'on fasse des applications irritantes sur un groupe d'herpès, et l'on crée artificiellement une induration, ou même parfois une pléiade ganglionnaire indolente. Qu'un chancre syphilitique soit de taille très réduite, et l'induration de ce chancre nain passera aisément inaperçue. Inversement, qu'une ulcération du gland soit masquée par une énorme infiltration du prépuce, qui ne permet pas de mettre la lésion à découvert, et il sera parfois bien difficile de se prononcer. Cependant, en pareil cas, sans découvrir le gland et sans provoquer aucune douleur, les doigts peuvent souvent sentir à travers l'œdème du prépuce un noyau dur, signe pathognomonique du chancre syphilitique.

Quand, pour un motif quelconque, le doute subsiste, il faut recourir à certains procédés de recherches, car il est de l'intérêt du malade que le diagnostic ne reste pas en suspens.

Le chancre simple est une véritable ulcération qui attaque le derme. Cela étant, si l'on râcle avec une curette le fond d'un ulcère simple, on obtient un produit dans lequel on peut facilement, sous le microscope, distinguer des *fibres élastiques*. Dans l'herpès, dans le chancre syphilitique, simples érosions épidermiques, la trame du derme reste intacte, et par conséquent l'examen microscopique donne des résultats négatifs.

Un bon précédé de diagnostic différentiel, qui remonte à l'époque de la querelle des unicistes et des dualistes, c'est l'*auto-inoculation*. A l'aide d'une lancette ou d'un scarificateur, prélevez une gouttelette de pus à la surface du chancre de la verge, puis insérez-la comme du vaccin sur le flanc, ou sur la partie moyenne du bras, au-devant du biceps. Cette petite opération faite, recouvrez la piqûre d'un verre de montre fixé par des bandes de diachylon, vous pourrez suivre les différentes phases de cette petite expérience. S'il s'agit d'un chancre simple, sans incubation apparaît une petite papule dont le sommet ne tarde pas à devenir vésico-pustuleux.

Dès le second ou troisième jour, si vous ouvrez cette petite collection, vous la trouvez déjà profonde, entamant le derme. Le diagnostic ainsi établi, vous devez immédiatement arrêter l'évolution de ce chancre d'inoculation, soit par l'application d'une pointe de thermo-cautère, soit par l'application de la pâte carbo-sulfurique.

Mais, toutes les ulcérations qui désorganisent le derme ne ressortissent pas au chancre simple. Parmi les affections ulcéreuses de la peau, il en est, l'ecthyma et l'impetigo par exemple, qui peuvent être réensemencées sur le sujet; la présence de fibres élastiques, l'auto-inoculation, ne sont donc que des signes de présomption, et non point de certitude, en faveur du diagnostic de chancre mou. La seule preuve irréfragable est fournie par l'examen bactériologique. L'agent pathogène du chancre mou n'est connu que depuis 1889, époque à laquelle Ducrey le découvrit et prouva son rôle pathogène, en montrant qu'il persistait, à l'état de culture pure, dans les auto-inoculations successives. C'est un bacille court, qui forme des chaînettes plus ou moins longues, d'où le nom de *streptobacille*. Cette découverte fut confirmée par Unna et par M. et Ch. Nicolle, qui indiquèrent un procédé de coloration commode. Plus récemment, Bezançon, Griffon et L. Le Sourd, ont réussi à le cultiver. Cependant, il est un cas, rare à la vérité, où le microscope ne peut être d'aucun secours. Rollet a montré que les deux infections, celle du chancre simple, celle de la syphilis, peuvent s'introduire dans l'organisme par la même porte d'entrée. Comme l'incubation du chancre simple est très courte, celui-ci apparaît tout d'abord à l'état isolé, puis après vingt-cinq ou trente jours, le chancre mou change d'aspect et s'indure. C'est là ce que l'on a appelé le *chancre mixte*.

Herpès, chancre simple et chancre syphilitique, sont les trois affections les plus communément observées au niveau de la verge, mais il en est d'autres qui doivent être bien connues du praticien. La plaie traumatique la plus banale, la déchirure du frein, pour peu qu'elle soit mal soignée, peut s'ulcérer, suppurer ou s'indurer, et donner lieu par conséquent à des erreurs d'interprétation. Une gomme syphilitique, à l'état de crudité, c'est-à-dire encore ferme et élastique, légèrement érodée à sa surface, peut donner le change et être prise pour un chancre induré. La plupart des observations de réinfection syphilitique qui ont été publiées sont des erreurs de diagnostic dues à cette similitude d'aspect de la gomme et de l'accident primaire de la syphilis. On ne peut tenir pour légitime une observation de réinfection, que si toute la succession des accidents secondaires, pléiades inguinales, roséole, plaques muqueuses, céphalée à recrudescence nocturne, se déroule successivement comme au cours de la première infection.

Une gomme syphilitique ulcérée pourrait être prise pour un chancre mou térébrant. Mais l'absence de retentissement ganglionnaire est un signe négatif dont il faut tenir compte car les syphilides tertiaires ne s'accompagnent pas d'adénite.

L'épithélioma de la verge se présente sous deux aspects bien différents : celui d'un papillome végétant, saignant au moindre froissement, celui d'un ulcère circonscrit par des bords indurés, éversés, dont le fond anfractueux sécrète une sanie fétide. Les douleurs très vives, les hémorragies fréquentes, l'évolution chronique, l'apparition tardive de l'adénopathie, enfin l'âge du malade sont les éléments qui feront porter le diagnostic d'épithélioma de la verge.

VI

A l'exception des tumeurs malignes qui sont justiciables du traitement chirurgical et peut-être de la radiothérapie, presque toutes les ulcérations de la verge n'exigent qu'un traitement fort simple.

Celui de la balanite consiste en ceci : soins de propreté, lotions avec une solution antiseptique étendue, injections entre le prépuce et le gland en cas de phimosis, attouchements avec une solution de nitrate d'argent ou une solution alcoolique d'acide phénique concentrée au dixième sur les parties suintantes qu'on poudre avec du talc ou du dermatol et qu'on sépare les unes des autres avec de l'ouate.

Le chancre mou étant auto-inoculable, il faut bien se garder de l'exciser ou de pratiquer l'ablation du prépuce, car la plaie opératoire tout entière se transformerait en chancre mou. La première indication à remplir, c'est de transformer les ulcères virulents en plaies simples. On y parvient, soit par des attouchements avec la solution alcoolique d'acide phénique au dixième, soit par l'application de la pâte caustique suivante, dont j'emprunte la formule à M. Balzer :

Chlorure de zinc.....	1 partie.
Oxyde de zinc.......	9 —
Eau..................	Q. s.

pour obtenir la consistante de pâte.

Généralement la pâte est laissée en place vingt-quatre heures. Quelquefois plusieurs applications successives sont nécessaires. Quand la virulence paraît éteinte, il suffit de poudrer les ulcères avec de l'iodoforme, de l'europhène, du dermatol, etc., bref avec l'une des innombrables substances qui ont été préconisées et qui réussissent toutes, quand les chancres ont été au préalable stérilisés. Le germe du chancre mou semble incapable de résister à une haute température. Depuis quelques années on a essayé d'agir sur lui, soit en appliquant des compresses très chaudes sur la verge, soit en faisant prendre au patient des bains de siège à 40 degrés. Ce moyen a donné quelques bons résultats. Si le chancre mou tend à devenir phagédénique, le médicament de choix est alors l'iodoforme, s'il est mal supporté, comme cela s'observe parfois, il faut n'employer qu'une pommade iodoformée au dixième et conseiller les grands bains tièdes prolongés. Quand ces moyens sont insuffisants, il faut recourir à la cautérisation. Les caustiques chimiques sont préférables au fer rouge ; ils exposent moins aux hémorragies et, grâce à leur diffusion, ils atteignent et modifient plus aisément les parties malades. On emploie communément la pâte carbo-sulfurique, qui est un magma composé de charbon porphirisé et d'acide sulfurique ayant la consistance du mastic. Avec une spatule, on recouvre tout l'ulcère chancreux de cette pâte. Quand l'escare se détache, la plaie mise à nu est de bonne nature et ne tarde pas à se cicatriser.

Le chancre syphilitique n'exige aucun traitement. La thérapeutique doit avoir pour objectif, non pas l'accident initial, qui poursuit sa marche cyclique en dépit de toutes les applications locales, mais l'infection de l'économie. Donc, le traitement spécifique doit être commencé dès que le diagnostic est certain. L'éradication du chancre, comme traitement abortif de la syphilis, a été maintes fois tenté. Il semble que presque toujours l'exérèse ait été faite trop tard, car l'insuccès a été la règle. Toutefois les recherches récentes, qui démontrent la réinoculation possible d'un chancre infectant, semblent prouver que l'éradication n'est pas toujours inutile.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DES VOMISSEMENTS CYCLIQUES

Pour M. Giliberti (1), le traitement doit viser deux buts : 1° faire avorter l'attaque lorsqu'elle s'est déclarée ; 2° empêcher que les attaques ne se renouvellent. Certains auteurs (Valagussa), en administrant un purgatif au malade, au commencement de la crise, ont vu celle-ci avorter. Cette opinion est controuvée. M. Edsall, cherchant à combattre l'intoxication acide qui, selon lui, se produit dans l'organisme, prescrit à ses malades un alcalin diffusible comme le bicarbonate de soude à hautes doses : il donne un gramme toutes les deux heures, c'est-à-dire 12 grammes en vingt-quatre heures ; il a vu ainsi la crise diminuer d'intensité. M. Pierson a pu, grâce à ce traitement, empêcher l'éclosion d'une crise. Tout dernièrement MM. Shaw et Tribe ont administré à leurs malades du bicarbonate de soude, mais ils ont constaté que ce médicament, au lieu de diminuer les attaques, les augmentait. Il est vrai qu'ils ne sont jamais arrivés à donner des doses aussi fortes que M. Edsall.

M. Griffith a employé le phosphate de soude, sans obtenir de bons résultats. M. Rotch conseille de tenir les malades dans une chambre obscure. La meilleure chose à faire, et presque tous les auteurs sont d'accord sur ce point, est de soumettre les malades à une diète absolue, pour recommencer graduellement l'alimentation aussitôt qu'on le jugera opportun. On donnera d'abord de l'eau glacée ; si l'eau est mal supportée, on la remplacera par du lait. On peut encore donner du bicarbonate de soude à la dose de 25 centigrammes toutes les heures, ainsi que le conseille M. Marfan.

Pour combattre la déshydratation intense et si les forces de l'enfant commencent à faiblir, on pourra pratiquer des injections de sérum artificiel : 40 à 60 centimètres cubes deux fois par jour.

Pour arriver au deuxième résultat, c'est-à-dire pour empêcher des crises, il faut d'abord régler l'alimentation, en défendant tous les mets irritants et d'une digestion difficile, prévenant l'abus de la viande, surtout des viandes rouges : ensuite on veillera à ce que l'intestin soit toujours libre, et on y arrivera en donnant de temps en temps alternativement des lavements et de légers purgatifs. On conseillera l'hydrothérapie, la gymnastique et la vie au grand air.

M. Marfan prescrit la solution suivante à donner au commencement de chaque mois :

Eau distillée..................	1 litre.
Sulfate de soude...............	10 grammes.
Phosphate de soude...........	5 —
Bicarbonate de soude..........	5 —
Bromure de sodium...........	3 —

un verre à madère quelques minutes avant chacun des deux grands repas, jusqu'à l'achèvement de la bouteille.

Avec cette médication M. Marfan a remarqué que les crises devenaient plus rares, plus courtes et moins intenses.

L. B.

(1) *Revue des mal. de l'enf.*, sept. 1905.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 11 DÉCEMBRE 1905)

Sur la distillation de l'or. — M. Henri MOISSAN, poursuivant ses belles expériences, montre que l'or distille avec facilité au four électrique; son point d'ébullition est supérieur à celui du cuivre et inférieur au point d'ébullition de la chaux. Par condensation sur un tube froid, sa vapeur produit de l'or filiforme et de petits cristaux microscopiques. Les propriétés de cet or sont les mêmes que celles de l'or en poudre.

Dans les alliages d'or et de cuivre, dans les alliages d'or et d'étain, le cuivre et l'étain distillent avant l'or. De plus en distillant un alliage d'or et d'étain on obtient par voie sèche, le pourpre de Cassius. Cette préparation est générale et permet d'obtenir des pourpres avec différents oxydes tels que la silice, la zircone, la magnésie, la chaux et l'alumine.

Action modératrice de la catalase sur les oxydations produites par les extraits de tissus animaux, par M. F. BATELLI et Mlle L. STERN. — La catalase diminue les oxydations produites par le sulfate ferreux en présence de l'émulsion de tissus animaux.

Ce résultat vient à l'appui de l'hypothèse qui admet la formation du peroxyde d'hydrogène dans les tissus animaux.

On peut supposer que le rôle de la catalase dans l'organisme est de s'opposer aux oxydations trop avancées des substances organiques.

L'hématine cristallisée, par MM. PIETTRE et VILA;

Sur quelques composés minéraux qui peuvent jouer le rôle de la diastase liquéfiante du malt, par M. J. WOLFF.

— En raison de la fête de Noël, la prochaine séance de l'Académie aura lieu le mardi 26 décembre.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 15 DÉCEMBRE 1905)

Fièvres continues dues au bacille de Gærtner. — MM. Arnold NETTER et RIBADEAU-DUMAS rappellent qu'ils ont fait connaître, dans une précédente séance, l'existence de fièvres intermittentes et rémittentes provoquées par le bacille de Gærtner et dont la nature est établie par la séro-agglutination. Ils cherchent à démontrer aujourd'hui que le même agent infectieux peut donner naissance à des fièvres continues dont le tracé thermométrique et les principaux symptômes : taches rosées, grosse rate, manifestations thoraciques et abdominales, rappellent la dothiénentérie classique.

Sept observations personnelles ou vues avec les docteurs Blois, Lesur, Léon Kahn, Lyon, Herzenstein, Guinon et Pater, leur permettent de fixer dans une certaine mesure les particularités cliniques de cette forme.

La durée est généralement longue : deux mois et plus, soit que la fièvre soit d'une seule tenue, soit qu'il s'agisse de plusieurs accès séparés par des périodes d'apyrexie.

Cinq des malades ont eu des rechutes et dans les deux cas où celles-ci ont manqué, leur absence est sans doute due au traitement.

Bien que les températures du matin soient supérieures à la normale, l'écart entre les températures du soir et du matin est sensiblement plus élevé que dans l'infection éberthienne classique, soit pendant tout le cours de la maladie, soit au début ou à la fin. Ces grandes oscillations éveillent souvent la pensée de fièvres symptomatiques de la tuberculose.

Les sept cas se sont terminés par la guérison bien qu'ils aient été tous graves et aient présenté des complications diverses : accidents broncho-pulmonaires, déterminations du côté de l'appareil cardio-vasculaire (phlébite).

La recherche de l'agglutination du bacille d'Eberth a été négative pendant les premières semaines. A une période plus avancée, le bacille put être agglutiné, mais à un taux faible et avec lenteur. Le bacille de Gærtner a été agglutiné toujours à un taux beaucoup plus élevé.

Chez trois malades, on peut incriminer très sérieusement les huîtres. Dans l'un de ces cas, le mari, qui avait mangé des huîtres en même temps, a eu une gastro-entérite. Près de trois mois après, son sang agglutine encore le bacille de Gærtner à 1 p. 20.

Les deux malades dont la fièvre a été la plus courte, et qui n'ont pas eu de rechutes, ont pris du collargol à l'intérieur et l'abaissement de la température a commencé aussitôt après le début de cette administration.

Les septicémies médicales en général, et les septicémies méningococciques en particulier. — MM. FOLLET et SACQUÉPÉE. Les septicémies médicales sont très fréquentes. On les décèle dans les états fébriles, les exanthèmes, les infections typhiques, etc. Tantôt la septicémie existe seule, tantôt elle évolue en même temps qu'une lésion organique manifeste : dans ce dernier cas, on ne sait pas toujours si le désordre anatomique a précédé ou suivi l'infection générale.

En ce qui concerne les méningites cérébro-spinales à méningocoques, l'agent pathogène put être décelé dans le sang pendant la vie, chez deux malades. Des observations analogues ont déjà été faites par divers auteurs (Gwyer, Salomon, etc): leur rareté relative n'est peut-être qu'apparente.

L'étude des faits connus montre que la septicémie peut précéder la localisation méningée, et qu'elle peut lui survivre. Dans ces conditions, il y a lieu de se demander si la méningite cérébro-spinale n'est pas une septicémie primitive avec localisation secondaire sur les méninges, la porte d'entrée étant d'ailleurs indifférente (muqueuse nasale ou respiratoire, amygdale palatine ou pharyngée, etc.). Cette conception aurait le triple avantage d'expliquer les septicémies constatées *in vivo*, de cadrer avec les faits connus pour d'autres maladies, et de réduire à leur juste valeur les diverses théories pathogéniques d'infection par contiguïté généralement adoptées.

Résultats obtenus à l'hôpital Hérold par la cure à l'air des enfants tuberculeux pendant les années 1903, 1904 et 1905. — M. H BARBIER. L'hôpital Hérold, par sa situation isolée de toute agglomération de maisons, et dominant un large périmètre de la banlieue de Paris, peut se prêter à l'installation d'un sanatorium d'hôpital. La cure a été installée sur un terrain d'où l'on découvre un panorama très étendu. Les malades ont été pourvus de chaises longues en osier et de couvertures et abrités contre le vent et le soleil par des tentes carrées et sommairement construites.

La règle est qu'ils y passent tout leur temps quand la température le permet : en été, ils ne séjournent dans les salles que la nuit. Le régime alimentaire est celui de l'hôpital, auquel on ajoute deux jaunes d'œuf et 100 à 120 grammes de viande crue.

Voici quels ont été les résultats obtenus :

1° *Tuberculoses pulmonaires fermées avec ou sans adénopathie bronchique et sans troubles digestifs.* — 121 malades, dont 37 avec fièvre, donnant 106 résultats excellents et 7 médiocres, 87 p. 100 dans le premier cas, 93 p. 100 en y comprenant ces derniers.

Par bons résultats, l'auteur entend : l'augmentation du poids, la reprise des forces et des couleurs. l'augmentation du périmètre thoracique, etc. ; bref, la disparition des symptômes d'intoxication tuberculeuse, signes auxquels on doit ajouter la *régénération du sang*, constatée par la numération et la mensuration de l'hémoglobine.

2° *Tuberculoses ouvertes sans cachexie ni diarrhée.* — 7 cas, dont 4 ayant des bacilles et une expectoration purulente à l'entrée ont vu ces symptômes s'atténuer et disparaître ; 3 très améliorés.

3° *Péritonites tuberculeuses sans cachexie ni diarrhée.* — 7 cas : dont 3 très améliorés ; 3 restant avec un poids stationnaire, mais ayant résorbé leur ascite ; 1 mort par méningite tuberculeuse accidentelle.

Plus 4 : avec diarrhée légère, mais sans cachexie, dont 3 améliorés.

Les mauvaises conditions du traitement dépendent surtout du degré d'intoxication ou de cachexie, et également de l'existence des vomissements, de l'anorexie, de la diarrée, de la dépression nerveuse générale.

Dans ces cas les résultats sont médiocres ou nuls et l'évolution tuberculeuse suit son cours. C'est ainsi que pour les malades atteints de tuberculose ouverte et atteints également de diarrhée ou présentant des signes de cachexie, la statistique donne :

Échecs...........................	21 p. 100.
Morts............................	79 —

Les résultats éloignés de ce traitement peuvent être appréciés sur les documents recueillis chez les malades qui ont été revus par la suite, au nombre d'une vingtaine. Ceux-ci comprennent des malades qui ont continué plus ou moins strictement leur cure à Hendaye au nombre de sept, dont certains avec des tuberculoses ouvertes et qui se sont maintenus en bon état. Au contraire les autres rentrant directement dans leur famille y ont eu des rechutes et ont perdu rapidement leur poids et leurs couleurs. Une malade en particulier, qui avait été soignée pendant dix mois avec un gain de 8 kilogs pour une tuberculose ouverte et qui ne présentait plus ni expectoration, ni bacilles à sa sortie, revenait trois mois après avec une rechute.

La mise en apprentissage précoce, le séjour dans les ateliers sont des conditions particulièrement mauvaises.

Ces malades, qui représentent des organismes très fragiles, devraient donc être dirigés à la campagne pour y confirmer leur guérison.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 16 DÉCEMBRE 1905).

Dissociation des réactions chimiques, cytologiques, bactériologiques, anatomo-pathologiques, dans certaines formes de méningites tuberculeuses. — MM. VILLARET et TIXIER communiquent différentes observations de méningites aiguës dans lesquelles les données fournies soit par la clinique, soit par la cytologie, soit par la bactériologie, soit par l'anatomie pathologique, permettaient de porter le diagnostic de méningite tuberculeuse.

De ces différents cas, ils tirent les conclusions suivantes :

1° Il peut exister des méningites aiguës dont les allures cliniques et l'examen cytologique font porter le diagnostic de méningite tuberculeuse et qui donnent cependant des résultats bactériologiques négatifs ;

2° Les observations de méningites tuberculeuses avec polynucléose prédominante ne sont pas exceptionnelles. Des différentes pathogénies invoquées dans ces cas (infection secondaire, présence du bacille de Koch, présence de foyers caséeux, examen pratiqué au début de la réaction méningée), aucune ne peut s'appliquer à leurs observations.

Peut-être s'agit-il, dans certains cas, de méningites tuberculeuses non provoquées par les corps bacillaires eux-mêmes, mais par des toxines déterminant des réactions cellulaires variables.

Pathogénie de la fièvre bilieuse hémoglobinurique et action antihémolysante du chlorure de calcium. — Pour M. H. VINCENT, la fièvre bilieuse hémoglobinurique est caractérisée par une hémoglobinhémie parfois intense, suivie de mélanurie et d'ictère. Cette affection n'est pas, comme on le voit, sous la dépendance directe de l'infection palustre : celle-ci en est la raison nécessaire, mais non suffisante. Elle survient à la suite de l'absorption de la *quinine* et aussi de l'antipyrine, etc., chez certains paludéens. L'alcoolisme aigu, l'auto-intoxication intestinale, le refroidissement peuvent également susciter l'hémoglobinhémie avec hémoglobinurie chez ces mêmes malades.

Effectivement, l'auteur a pu constater que les sels de quinine, l'antipyrine, etc., déterminent *in vitro* l'hémolyse rapide et intense, surtout dans le sang des paludéens, prédisposés à l'hémoglobinurie.

Il semble déjà, de ce qui précède, que le traitement de l'infection palustre, chez ces derniers malades, devient très dangereux. Le praticien se trouve, en effet, placé dans l'alternative de laisser évoluer les accès palustres ou de provoquer, par l'intervention quinique, une crise hémoglobinurique qui est souvent mortelle.

Or, il est possible de remédier à ce dernier accident et aussi de le prévenir.

Depuis plusieurs années, M. Vincent traite les sujets prédisposés à l'hémoglobinurie, quelle qu'en soit la cause, par le *chlorure de calcium* (4 à 6 grammes, par jour, par la voie digestive ; 1 gramme ou 2 grammes, dissous dans le sérum physiologique, par la voie sous-cutanée).

Certains paludéens, qui avaient régulièrement une crise hémoglobinurique après l'ingestion d'une minime dose de sel de quinine, ont pu prendre sans inconvénient des doses élevées du médicament après avoir été traités préventivement, pendant plusieurs jours, par le chlorure de calcium. Il en a été de même chez ceux qui avaient leur crise après le refroidissement.

En outre, le chlorure de calcium a manifesté son action antihémolysante et curative rapide chez tous les hémoglobinuriques traités.

Quel que soit son mode d'action, qui peut être rapproché des effets qu'il détermine dans la coagulation du sang (Dastre) et dans la digestion pancréatique (Delezenne), le chlorure de calcium se comporte, dans les faits qui précèdent, comme une sorte de substance antisensibilisatrice ou antialexique, à coup sûr comme un agent antihémolysant tout à fait remarquable.

De plus, l'efficacité du chlorure de calcium, à l'exclusion de tout traitement quinique, dans la fièvre bilieuse hémoglobinurique, apporte une nouvelle preuve, bien démonstrative, que cette affection n'est pas sous la dépendance directe de l'hématozoaire : elle est parapaludéenne.

Myoclonie congénitale. — MM. Lenoble et Aubineau (de Brest) communiquent une étude sur une myoclonie congénitale pouvant être héréditaire et familiale, caractérisée par un nystagmus constant, des tremblements divers, des altérations de la réflectivité et des troubles vaso-moteurs et trophiques sans réaction de dégénérescence. L'intelligence peut être frappée. L'affection peut revêtir différents types suivant les symptômes associés, mais la forme complexe est la plus rare. Les sujets en cause sont des dégénérés. Les auteurs proposent de désigner cette forme sous le nom de nystagmus-myoclonie.

Vaccinations actives croisées des bacilles typhiques et paratyphiques. — MM. Sacquépée et Chevrel admettent que les animaux vaccinés activement contre le bacille d'Eberth présentent vis-à-vis des bacilles paratyphiques un degré d'immunité à peine inférieur au taux de l'immunité spécifique; les animaux vaccinés activement contre un des types du bacille paratyphique présentent vis-à-vis du bacille d'Eberth une immunité à peine moindre que l'immunité spécifique; les animaux vaccinés activement contre l'un des types des bacilles paratyphiques sont également immunisés contre un bacille de l'autre type. Ces conclusions démontrent l'affinité très étroite qui lie les bacilles typhiques aux bacilles paratyphiques; elles soulignent également la parenté des bacilles paratyphiques des deux types.

Pouvoir pathogène des bacilles paratyphiques par ingestion. — MM. Sacquépée et Chevrel, continuant leurs recherches sur ce sujet, posent en principe que les bacilles paratyphiques B sont nettement pathogènes par ingestion, au moins pour le cobaye. Leur pouvoir pathogène *per os* doit être opposé à l'innocuité habituelle de l'ingestion du bacille d'Eberth; les lésions expérimentales rappellent beaucoup celles observées par divers auteurs dans les infections paratyphiques humaines; elles se rapprochent, par certains points, des lésions typhiques et dysentériques.

Influence des extraits et des produits de l'autolyse des organes et tissus sur la formation de l'adrénaline par les glandes surrénales. — Pour MM. Abelous, Soulié et Toujan, l'addition d'extraits d'organes ou de tissus autolysés à une même quantité de pulpe surrénale augmente notablement sa teneur en adrénaline. L'augmentation est surtout marquée lorsqu'on ajoute à la pulpe surrénale des extraits de muscles.

Observations concernant le rôle de l'épiploon. — De leurs recherches, MM. Doyon et Petitjean concluent que l'épiploon accapare et élimine les particules solides introduites dans la cavité abdominale. Lorsqu'on injecte dans la cavité péritonéale à un chien de la pulpe de foie de lapin, on constate, à l'autopsie de l'animal, que l'épiploon est seul teinté en jaune et a accaparé, à l'exclusion de tout autre organe, le tissu hépatique injecté. L'épiploon semble, de plus, avoir déjà éliminé ou transformé la plus grande partie du foie accaparé.

Leucocytose digitalique. — Pour M. Biard (de Genève), cette leucocytose existe à l'état normal comme chez les malades; elle est simplement le fait de modifications des circulations capillaires dues aux propriétés cardio-vasculaires du médicament. La leucocytose du sang des capillaires est compensée par une diminution du nombre des leucocytes dans le sang du cœur.

Autres communications :

Recherches des graisses et des lécithines dans les testicules de cobayes en évolution. — M. Loisel;
Transplantation unilatérale des veines sur les artères. — MM. Carrel et Guthrie;
Sur la formation de nouvelles cellules nerveuses dans le sympathique des oiseaux. — M. Ciaccio;
Recherche des poisons pruritants dans les végétaux. — M. Perret;
Le travail ergographique dans la station. — M. Ch. Féré;
L'influence de l'immobilité préalable sur le travail. — M. Ch. Féré;
L'économie de l'effort et le travail attrayant. — M. Ch. Féré;
Structure du protoplasma chez les protozaires. — M. Fauré-Frémiet;
Activation du suc pancrétique par les sels de calcium. Action antagoniste des sels de potassium. — M. Delezenne.

L'appareil érectile de la queue du cornet inférieur chez l'homme. — MM. Coyne et Cavalié;
Elimination de l'urée, sous l'influence des injections sous-cutanées du bleu de méthylène chez le lapin : 1° normal; 2° en état d'inanition. — MM. Gautrelet et Grevellat;
Action des rayons X sur l'ostéogénèse. — MM. Récamier et Triboudeau;
Action antiprotéolytique du sérum sanguin des animaux inférieurs. — M. Sellier.

[Ces quatre dernières communications ont été faites à la *Réunion biologique de Bordeaux* (5 déc. 1905).]

LIVRES NOUVEAUX

La névrose révolutionnaire (1), par MM. Cabanès et Nass.

Nous nous étions promis, dans un prochain article, de dire quelques mots de ce nouveau livre, dont le succès se confirme chaque jour. Nous étions partagé entre le désir très vif de dire tout le bien que nous pensions de cette œuvre et cette douce paresse qui fait toujours remettre au lendemain la réalisation des meilleures intentions, lorsque, assistant à la séance de l'Académie, nous avons eu la bonne fortune d'entendre M. Joffroy présenter le volume sur la *Névrose révolutionnaire* dans des termes aussi éloquents qu'élogieux. Nous avons donc cru que nous ne saurions mieux faire, dans l'intérêt de nos lecteurs, comme dans celui des auteurs, que de reproduire textuellement la présentation de M. Joffroy.

A. B.

« Les événements qui se passent actuellement en Russie donnent au livre que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie une saisissante actualité.

La *Névrose révolutionnaire* de MM. Cabanès et Nass est un recueil de documents et d'anecdotes cliniques autant qu'historiques sur les instincts de la foule, les persécutions révolutionnaires, le vandalisme.

Déjà, la manière si personnelle de M. Cabanès nous est bien connue par son curieux périodique, la *Chronique médicale*, par son article sur les *Souverains névropathes*, par ses livres

(1) 1 vol. in-8° orné de 20 grav. hors texte et dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, Société française d'imprimerie et de librairie, 15, rue de Cluny.

sur les *Curiosités de la médecine*, les *Morts mystérieuses*, le *Cabinet secret de l'histoire*.

C'est la manière d'un collectionneur érudit et artiste qui est en même temps un psychologue et un médecin.

Dans sa préface au présent ouvrage, Jules Claretie relève ce qu'il y a de piquant dans cette conception d'une clinique historique, d'un art anatomique, d'une médecine littéraire; et il appelle l'auteur « un écrivain de laboratoire » ou encore, dénomination aussi pittoresque qu'appropriée, « le médecin de service » dans les coulisses de l'histoire. J'ajouterai que ce médecin de service est un spécialiste qui me semble être de l'Ecole de Charcot.

Ce livre contient de dramatiques révélations et d'intéressantes vues sociologiques sur la contagion de la peur, le sadisme des foules en délire, le mépris de la mort sous la Terreur, le suicide épidémique, les femmes devant l'échafaud, la névrose religieuse sous la Révolution, car le mysticisme y cotoya toujours l'athéisme.

De même la comédie se mêle au drame. Le défilé s'ouvre par le macabre cortège des bourreaux volontaires traînant le corps mutilé de la belle princesse de Lamballe, par les guillotinades et les noyades; puis vient une cavalcade pittoresque de vandales et d'iconoclastes, d'orateurs et de journalistes citoyens,

La conclusion qui se dégage de ce livre plein de faits et d'idées, c'est qu'une révolution est une véritable maladie sociale : « S'il existe un remède à la névrose révolutionnaire, disent les auteurs, c'est un remède préventif. Une fois déclarée elle résiste à tous les efforts en vue de la juguler. Aux gouvernements il appartient de prévoir les événements, de les orienter si possible, d'éteindre les ferments de haine et de révolte par l'application d'une meilleure justice sociale, par la réparation des iniquités naturelles. »

Le beau livre de MM. Cabanès et L. Nass nous donne le spectacle médical de cette crise douloureuse que fut la révolution française, crise de barbarie, de semibestialité, selon l'aveu de M. Jaurès (Jaurès. *Histoire socialiste : la Constituante*), crise névrotique d'après les auteurs de la *Névrose révolutionnaire*.

Mais si au lieu de juger le livre, nous apprécions la méthode inaugurée en histoire par MM. Cabanès et Nass, nous n'hésiterons pas à dire qu'elle nous apparaît comme une méthode originale et féconde et nous fait espérer de nombreuses et d'utiles applications. »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 25 au 30 décembre 1905)

EXAMENS DE DOCTORAT

Mardi 26 décembre, à une heure. — 2e : MM. Cornil, Langlois et Maillard.

3e (1re partie, oral) : MM. Berger, Thiéry et Demelin; — M. Richaud, suppléant.

5e (1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Schwartz et Auvray ; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Marion et Morestin ; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Ménétrier et Renon ; — M. Carnot, suppléant.

Mercredi 27 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Segond, Sébileau et Mauclaire.

2e : MM. Gautier, Gley et Branca.

3e (1re partie, oral) : MM. Reclus, Wallich et Cunéo ; — M. André Broca, suppléant.

5e (2e partie), *Laënnec* : MM. Gaucher, Legry et Macaigne ; — M. Balthazard, suppléant.

Jeudi 28 décembre, à une heure. — 2e : MM. Pouchet, Launois et Langlois.

3e (2e partie, oral) : MM. G. Ballet, Dupré et Gouget.

4e : MM. Raymond, Gilbert et Guiart ; — M. Faure, suppléant.

Vendredi 29 décembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Déjerine, Desgrez et Claude.

2e : MM. Ch. Richet, Retterer et André Broca.

4e : MM. Pouchet, Balthazard et Macaigne ; — M. Teissier, suppléant.

5e (1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Reclus, Delens et Mauclaire ; — (2e série) : MM. Tuffier, Legueu et Proust ; — M. Marcel Labbé, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich ; — M. Potocki, suppléant.

Samedi 30 décembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Thiroloix et Renon ; — (2e série) : MM. Gilbert, Vaquez et Gouget ; — (3e série) : MM. Troisier, Méry et Jeanselme ; — M. Bezançon, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Brindeau ; — M. Maillard, suppléant.

THÈSES

Mercredi 27 décembre 1905, à une heure. — M. Challamel. La d'Arsonvalisation dans l'hypertension artérielle. (MM. Landouzy, président; Roger, Degrez et Marcel Labbé.) — M. Chuche. Valeur de quelques données urologiques dans les affections du foie. (MM. Landouzy, président; Roger, Desgrez et Marcel Labbé.) — Mlle Bourgeois. Contribution à l'étude de la pneumonie prolongée : « La pneumonie traînante. » (MM. Roger, président ; Landouzy, Desgrez et Marcel Labbé.) — M. Lemière. Dyspepsie et hernie épigastrique. (MM. Brissaud, président; Kirmisson, Achard et Gosset.) — M. Quinqueton. Sur la pathogénie des déformations des orteils. (MM. Kirmisson, président; Brissaud, Achard et Gosset.)

Jeudi 28 décembre 1905, à une heure. — M. Giraudoux. Sur l'étiologie de la paralysie générale. (MM. Cornil, président; Le Dentu, Budin et Bezançon.) — M. Robert. Contribution à l'étude des fistules stercorales. Bouton de Murphy. (MM. Le Dentu, président; Cornil, Budin et Bezançon.) — M. Mion. De l'importance d'une direction médicale dans l'allaitement au sein. (MM. Budin, président; Cornil, Le Dentu et Bezançon.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis des maladies du foie, par Ch. Mongour, professeur agrégé à la Faculté de médecine de l'Université de Bordeaux, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-18 colombier cart. toile de 605 p. avec 74 fig. dans le texte. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 145. — JEUDI 21 DÉCEMBRE 1905. 78e ANNÉE. JEUDI 21 DÉCEMBRE 1905. — N° 145.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CLINIQUE CHIRURGICALE
Traitement des fistules vésico-vaginales, par le professeur Paul Reclus.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Académie de médecine.
ANALYSES
Médecine : La réalisation expérimentale des anévrismes; — Les agglutinines sèches dans le diagnostic des maladies infectieuses.
Chirurgie : Traitement des arthrites aiguës par l'air chaud; — Un cas de suture de la moelle à la suite d'un coup de feu ayant amené une section complète; — Traitement de la névralgie faciale par les injections d'acide osmique.
Gynécologie : De l'utérus infantile et de son traitement; nouvelle opération pour l'antéflexion et la sténose de l'orifice interne du col.
Neurologie : Sur la forme stationnaire de la démence paralytique.
NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)
Ulcérations gastriques (suite).
NOTES DE THÉRAPEUTIQUE
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le concours s'est ouvert lundi 18 décembre.

Questions données : « Canal cholédoque. — Séméiologie de l'ascite. »

Questions restées dans l'urne : « Muscles masticateurs. — Rhumatisme blennorragique. — Mésentère. — Perforations intestinales au cours de la fièvre typhoïde. »

Anatomie. — Le jury se compose de MM. Rist, Claude, Legueu, Gosset et Boissard.

L'ordre de lecture des copies commencera par le n° 1 pour se terminer par le n° 443 en suivant l'ordre de tirage au sort.

Les séances auront lieu, en principe, les mardis, jeudis et samedis, à cinq heures, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau).

Pathologie. — Le jury se compose de MM. Barth, Bernard, Morel-Lavallée, Launay et Mauclaire.

L'ordre de lecture des copies commencera par le n° 223, se continuera jusqu'au n° 443 pour reprendre au n° 1 et se terminer au n° 222.

Les séances auront lieu, en principe, les mardis, jeudis et samedis, à quatre heures trois quarts, à la Charité (amphithéâtre Velpeau).

Ordre de lecture des copies : *Anatomie* : MM. 1. Gaston Durand; 2. Fichot; 3. Dessaix; 4. Fernand Martin; 5. Henri Chené; 6. Keller; 7. Bith; 8. Halphen; 9. Bossoreil; 10. Fouquiau; 11. Lenormand; 12. Woimant; 13. Pierre Lévy; 14. Sauphar; 15. Langlais; 16. Huré; 17. Malterre; 18. Laffont; 19. Dureau; 20. Rousseau-Langwelt; 21. Boulard; 22. Louis Marre; 23. Petel; 24. Chibret; 25. Lemercier.

Pathologie : MM. 223. Lecaplain; 224. Heulmann; 225. Duverger; 226. Cesbron; 227. Hamel; 228. Girode; 229. Chopin; 230. Prélat; 231. Buizard; 232. Perineau; 233. Eliot; 234. Murit; 235. Clarac; 236. Arthur Jullien: 237. Morancé; 238. Le Mée; 239. Soubies; 240. Alfred Lévy; 241. Lome; 242. Joltrain; 243. Duvoir; 244. Lissonde; 245. Louis Chenet; 246. Astruc; 247. Saissi.

Lecture des copies. — *Anatomie.* — Séance du 19 décembre: MM. Henri Chené, 13; Gaston Durand, 12; Fernand Martin, 8; Fichot et Keller, 7.

Prochaine séance jeudi 21, à cinq heures.

Pathologie. — Séance du 19 décembre : MM. Cesbron et Eliot, 14; Le Mée, 13; Duverger, 12; Hamel, 11; Clarac, 10; Houlmann et Lecaplain, 9; Arthur Jullien, 8; Buizard, 7; Prélat, 6.

Prochaine séance jeudi 21, à quatre heures trois quarts.

HOPITAUX DE PARIS. — Le prix Filloux, prix d'otologie des hôpitaux de Paris, est décerné à M. Hautant, interne à l'hôpital Saint-Antoine.

MARINE. — Tableau d'avancement. — Pour le grade de médecin en chef de première classe : MM. les médecins en chef de deuxième classe Ludger, Jan, Machenaud et Laffont.

Pour le grade de médecin en chef de deuxième classe : MM. les médecins principaux Nodier, Geay de Couvalette, Laugier, Aubert et Planté.

Pour le grade de médecin principal : MM. les médecins de première classe Berriat, Gastinel, Dessemont-Sicard et Duguet.

Pour le grade de médecin de première classe : MM. les médecins de deuxième classe Le Coniac, Lasserre, Oudard, Bellile et Barthe.

— Par décision ministérielle, en date du 18 décembre 1905, le prix du docteur Blache a été décerné à M. le médecin de

première classe R. Moulinier, en service aux sous-marins à Cherbourg.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la quarante-neuvième semaine, 937 décès, au lieu de 928 pendant la semaine précédente (moyenne 950). L'état sanitaire est donc satisfaisant. On remarque toutefois la fréquence de la rougeole.

La fièvre typhoïde a causé 5 décès (moyenne 8). Le nombre des cas nouveaux est de 43, au lieu de la moyenne 37.

La variole a causé 4 décès (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 27 au lieu de 22 pendant la semaine précédente (moyenne 35).

La rougeole a causé 19 décès, au lieu de 9 pendant la semaine précédente, la moyenne est de 5; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 284, au lieu de 267 et 255 précédemment. Le chiffre correspondant des années précédentes était environ 97. Comme précédemment, les quartiers du XI[e] arrondissement, ceux de la Porte-Saint-Martin et de l'hôpital Saint-Louis, de Charonne et de Belleville, qui lui sont contigus, ainsi que celui d'Auteuil, sont les plus touchés; la mortalité a augmenté notablement et frappé les mêmes quartiers auxquels il faut en ajouter quelques autres.

La scarlatine n'a causé aucun décès, la moyenne est 2; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 43, il s'élevait à 47 pendant la semaine précédente, la moyenne est 52. La coqueluche a causé 1 décès (moyenne 3). La diphtérie a causé 3 décès (moyenne 11); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 55, au lieu de 75 pendant la semaine précédente, et de la moyenne 89.

La diarrhée infantile a causé 10 décès de 0 à 1 an, au lieu de 19 pendant la semaine précédente (moyenne 24).

En outre, 26 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 162 décès, au lieu de 141 pendant la semaine précédente (moyenne 182). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 9 décès (moyenne 16); bronchite chronique, 27 (moyenne 25); pneumonie, 30 (moyenne 38); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 96 (moyenne 103), dont 32 sont dus à la congestion pulmonaire et 48 à la broncho-pneumonie. En outre, 2 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 184 décès; la méningite tuberculeuse, 22; la méningite simple, 19; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 9 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 62 décès; les maladies organiques du cœur, 79 (moyenne 61); le cancer, 68; la hernie et l'obstruction intestinale, 12; la cirrhose du foie, 10; la néphrite, 29; enfin, 36 vieillards sont morts de débilité sénile.

NOUVEAU JOURNAL. — Nous recevons le premier numéro de l'*Internacia Revuo medicina*, revue mensuelle, espérantiste. Ce nouveau journal, réellement international, publie des articles de médecine en français, allemand, anglais, espagnol, italien, etc., accompagnés de leur traduction en esperanto. Nos meilleurs vœux à notre nouveau confrère.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur de Bazelaire de Ruppierre (de Nancy), médecin de la marine, victime de la fièvre typhoïde qui s'était déclarée à bord de son navire.

MALADIES DES VOIES URINAIRES. — M. Lavaux commencera son cours sur les maladies des voies urinaires, à la Faculté de médecine de Paris, amphithéâtre Cruveilhier, le mardi 9 janvier 1906, à deux heures, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Voyages, à itinéraires facultatifs, de France en Algérie et en Tunisie, ou vice versa.* — La Compagnie délivre toute l'année des carnets de 1[re], 2[e] et 3[e] classes pour effectuer, à prix réduits, des voyages pouvant comporter des parcours sur les réseaux suivants : Paris-Lyon-Méditerranée, Est, État, Midi, Nord, Orléans, Ouest, P.-L.-M. algérien, Est algérien, État (lignes algériennes), Ouest algérien, Bône-Guelma, Sfax-Gafsa, ainsi que sur les lignes maritimes desservies par la Compagnie générale transatlantique, par la Compagnie de navigation mixte (Compagnie Touache) ou par la Société générale de transports maritimes à vapeur. Ces voyages, dont les itinéraires sont établis à l'avance par les voyageurs eux-mêmes, doivent comporter, en même temps que des parcours français, soit des parcours maritimes, soit des parcours maritimes et algériens ou tunisiens; les parcours sur les réseaux français doivent être de 300 kilomètres au moins ou comptés pour 300 kilomètres. Les parcours maritimes doivent être effectués exclusivement sur les paquebots d'une même Compagnie.

L'itinéraire doit ramener le voyageur à son point de départ.

Les carnets sont valables pendant quatre-vingt-dix jours; cette validité peut être prolongée d'une, deux ou trois périodes de trente jours, moyennant le paiement d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix initial du carnet pour chaque prolongation.

Arrêts facultatifs dans toutes les gares du parcours.

Les demandes de carnets peuvent être adressées aux chefs de toutes les gares des réseaux participants; elles doivent leur parvenir cinq jours au moins avant la date du départ.

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale expérimentale et clinique. — (N° 179, 10 déc. 1905.) André BROCA : Mesure des courants faradiques. — H. GUILLEMINOT : Nouveaux résultats de l'orthodiographie. — Th. GUILLOZ : Sur les limites du diagnostic radiographique des corps étrangers intra-oculaires. — E. S. LONDON : Application du radium dans un cas de tumeur cancéreuse de l'intestin. — A. CARÉ : Sur un nouveau localisateur.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 12, déc. 1905.) BAILLS : La fièvre typhoïde dans la garnison de Bar-le-Duc, étiologie et prophylaxie. — BRAÜN et MAROTTE : Note sur le diagnostic précoce des oreillons. — LEHMANN : Réforme temporaire et tuberculose. — LAFFORGUE : Etude clinique et bactériologique sur quelques cas de méningite cérébro-spinale. — DUBUJADOUX : Désarticulation sous-périostée de la hanche. — POURRAT : Quatre cas de fracture du crâne. — TALABÈRE : Crises épileptiformes d'origine traumatique. — KOPP : Le service pharmaceutique dans l'armée allemande.

Archives générales de médecine. — (N° 50, 12 déc. 1905.) Ch. MOURRE : Sur les modifications des cellules nerveuses étudiées au moyen de la méthode de Nissl. — S. A. S. LE PRINCE DE MONACO : Considérations sur la biologie marine. — M. NIGOUL : Contribution à l'étude thérapeutique de l'entéro-colite muco-membraneuse. — E. BOIX : La pathogénie de l'appendicite.

(Voir la suite, p. 1.738)

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA CHARITÉ

TRAITEMENT DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES

Par le professeur Paul RECLUS.

On a pu croire un instant que les fistules vaginales allaient disparaître de la nosographie — et de fait, on n'en voyait presque plus dans les hôpitaux parisiens depuis la belle organisation de nos services d'accouchement. Mais si l'habileté de nos praticiens a diminué, dans des proportions considérables, les fistules d'origine obstétricale, le grand nombre des interventions sanglantes sur les organes génitaux de la femme, surtout les ablations de l'utérus par la voie basse, ont multiplié les fistules d'origine opératoire et donnent un regain d'actualité aux procédés imaginés par les auteurs pour guérir cette infirmité dégoûtante.

Malgré les tentatives géniales et hasardeuses du Français Jobert de Lamballe, on peut dire que la guérison méthodique des fistules ne commença vraiment qu'avec la méthode américaine pratiquée encore par des chirurgiens auxquels elle donne des succès incontestables. Cette méthode consiste à créer, tout autour de l'orifice fistuleux, une zone cruentée de plus d'un centimètre de large par l'avivement au bistouri de la muqueuse vaginale. Puis une suture délicate au fil d'argent applique la moitié de cette zone sur la moitié correspondante; les tissus s'affrontent non par des bords, mais par des surfaces, rendant ainsi beaucoup plus favorables les chances de réunion immédiate. Bozeman et Marion Sims vinrent en France enseigner leur méthode à nos maîtres et Verneuil acquit bientôt, parmi ses contemporains, la réputation d'un opérateur particulièrement heureux.

C'est alors qu'un de nos compatriotes, médecin resté obscur malgré qu'il ait découvert avant Pasteur le vrai mode de progression du virus rabique dans nos tissus, Duboué (de Pau), imaginait, en 1864, le dédoublement de la cloison vésico-vaginale, méthode qui devait détrôner l'avivement, mais après plus de vingt ans de stage. Encore fallut-il qu'elle nous revînt d'Allemagne et d'Italie. C'est vers 1896 que notre collègue Ricard, puis Quénu, puis Berger s'en firent les propagateurs, et les succès qu'ils obtinrent furent tels, les observations qu'ils communiquèrent à la Société de chirurgie furent si convaincantes qu'en moins de quatre ou cinq mois la victoire du dédoublement sur l'avivement était complète.

Vous savez en quoi consiste la méthode : de la pointe du bistouri on avive très parcimonieusement la muqueuse vaginale tout autour de la fistule, puis aux deux extrémités du plus grand diamètre de la fistule soit transversalement, soit d'avant en arrière, on incise cette muqueuse vaginale jusqu'à la paroi vésicale dans l'étendue d'un centimètre à un centimètre et demi. Reprenant alors le bord avivé de la fistule, on cherche le plan de clivage entre la muqueuse vaginale et la muqueuse vésicale et l'on dissèque prudemment, patiemment, en allant du centre vers la périphérie et séparant ainsi d'abord un premier lambeau, puis, de la même manière, un second lambeau qui pendent dans le vagin tandis que l'on voit, entre eux, l'orifice de la fistule et la paroi vésicale dénudée. On place tout autour de la fistule, dans l'épaisseur même de la paroi vésicale, un fil de catgut en coulisse qui, lorsqu'on le serre, oblitère l'orifice fistuleux. Il ne reste plus qu'à appliquer, l'une contre l'autre, les deux surfaces cruentées des lambeaux vaginaux flottants et à les maintenir par des sutures.

Telle est la méthode du dédoublement et son succès est universel : il est incontestable qu'elle est supérieure à l'avivement et que ses résultats valent ceux que peut donner tout autre procédé. Ce n'est cependant pas au dédoublement que j'ai recouru, dans mes quatre dernières opérations de fistules vaginales. J'ai adopté la manière de Braquehaye, agrégé de nos Facultés et chirurgien de l'hôpital de Tunis. C'est elle que je vais vous exposer, avec quelques détails, à propos d'une malade aujourd'hui guérie, bien que douze jours seulement se soient écoulés depuis notre intervention.

Il s'agit d'une dame de quarante ans, qui, fatiguée de troubles persistants de l'utérus et des annexes, fut curetée par un distingué collègue de province. Loin de s'apaiser les accidents s'aggravèrent. La fièvre devint permanente et pendant deux mois oscilla du matin au soir entre 38 et 40 degrés. Le toucher vaginal révélait une masse inflammatoire englobant les organes génitaux internes et emplissant le petit bassin tout entier. Comme les vomissements étaient fréquents, comme la malade s'affaiblissait, une hystérectomie vaginale fut pratiquée par un de nos chirurgiens les plus habiles. Elle sauva l'opérée, mais au prix d'une double fistule; la vessie et le rectum avaient été ouverts au cours de l'intervention laborieuse. Cela se passait vers la fin de juillet 1905.

La fièvre tomba, mais d'un degré seulement et le thermomètre oscillait désormais entre 38 et 39 degrés. Malgré cette température élevée, l'état général s'améliora; la malade reprenait quelque appétit et la fistule recto-vésicale se ferma spontanément. Il n'en fut pas de même de la fistule vésico-vaginale et la totalité des urines s'écoulait par la vulve. Une intervention était indispensable, mais je n'osais y recourir à cause de la fièvre persistante qui s'atténuait cependant, puisqu'au commencement d'octobre le minimum de température était 37°5 et le maximum 38°5. D'autre part je ne croyais plus autant à la persistance d'un foyer purulent échappé à l'hystérectomie, car le toucher bi-manuel nous révélait un petit bassin souple et sans vestiges de tuméfaction. Je me décidai donc à intervenir sur la demande expresse de la malade.

Elle avait été rasée, lavée, désinfectée, purgée au préalable; elle est mise sur le dos, dans la position dite obstétricale, et nous nous apprêtons à pratiquer

l'opération de Bracquehaye. Mais nous éprouvons, dès le début, une difficulté presque insurmontable : la malade n'avait eu ni avortement, ni accouchement; le vagin est très étroit et cette étroitesse nous explique les difficultés particulières de l'hystérectomie, les déchirures de la vessie et du rectum au cours de l'intervention. Le manque d'ampleur du vagin constitue un obstacle redouté. Aussi les chirurgiens ont-ils essayé d'y parer. Boseman employait, pour dilater le vagin, de petites boules d'ivoire de grosseur graduée que la malade ou le chirurgien doit, quelques semaines avant l'opération, introduire dans la filière vaginale rétrécie pour en obtenir l'élargissement. Le professeur Berger et Ricard ont eu, je crois, assez souvent recours à cet artifice et en auraient recueilli de réels avantages.

Notre collègue, M. Chaput, a proposé un moyen plus radical : je l'ai employé dans mes quatre dernières interventions et, comme Hartmann qui lui aussi l'a adopté, je ne saurais trop le recommander. Lors donc que le vagin est trop étroit pour y introduire les valves, la fistule trop profonde pour qu'on puisse l'atteindre, il faut débrider le vagin; avec un bistouri long et étroit, on transfixe tous les tissus du périnée en enfonçant la pointe à cinq ou six centimètres de la fourchette près de l'ischion, et en la faisant ressortir dans le vagin à sept ou huit centimètres de son orifice; on tourne alors la lame vers l'extérieur et l'on tranche les tissus ainsi chargés. Dans deux de mes observations, je me suis contenté de débrider le vagin d'un seul côté, mais dans la dernière j'ai dû inciser à droite et à gauche tant la fistule était profonde.

Ce temps préliminaire, trop souvent nécessaire dans les fistules chez les nullipares, doit être pratiqué avec le plus grand soin; la section faite, les tissus saignent abondamment; il faut pincer les artères et les veines, lier les plus importantes pour ne pas encombrer de pinces le champ opératoire et l'on ne commencera la manœuvre proprement dite que lorsque l'hémostase sera parfaite. Nous croyons que sans cette transfixion à la Chaput, nous n'aurions pu mener à bien l'oblitération de deux des fistules et surtout de la dernière, tant le vagin était étroit et la fistule haute et dissimulée au fond de la filière derrière une bride épaissie de la muqueuse. Malgré cette large ouverture, je voyais mal la fistule au fond d'un entonnoir dû sans doute à l'adhérence intime de la cloison vésico-vaginale avec un moignon de tissu rétractile, vestige de l'inflammation des annexes ou des délabrements de l'hystérectomie.

Vous savez que l'opération de Braquehaye consiste à tailler tout autour de la fistule et à huit à douze millimètres des bords de cette fistule un lambeau elliptique. Comme je ne voyais que la partie antérieure et la partie postérieure de la muqueuse entourant une fistule, je dessinai, un peu au juger, la demi-circonférence de mon futur lambeau, avec précaution pour ne couper que la muqueuse vaginale et ne pas faire pénétrer la pointe du bistouri dans la vessie. Au fur et à mesure que je dédoublais la cloison, le fond de la fistule prêtait et se cachait moins dans son entonnoir. Mon index gauche d'ailleurs accrochait cette fistule, l'abaissait un peu et d'autre part se rendait compte du décollement de mon bistouri de façon à arrêter ce décollement à trois ou quatre millimètres de la fistule.

Je dessinai alors en arrière la partie portérieure de mon ellipse et je parvins avec assez de difficultés à rejoindre en avant la demi circonférence antérieure. Je crains même qu'à droite et à gauche du diamètre transverse de ma fistule, les bords de celle-ci ne fussent trop rapprochés de l'incision et que mon lambeau muqueux n'ait pas mesuré le centimètre réglementaire. Puis je commençai la libération de mon lambeau et ici encore, à mesure que j'avançais, la fistule cédait, l'entonnoir s'aplanissait et la dissection terminée ma fistule était tout entière sous mes doigts et sous mes yeux : la manœuvre du placement des fils paraissait ne devoir plus être qu'un jeu. Grand avantage compliqué malheureusement d'un petit ennui. La fistule au début de ma dissection avait un orifice tel que l'index y entrait à peine, mais après la dissection et sans qu'il y ait eu la moindre déchirure, les bords s'en étaient étalés et maintenant mes deux index y pénétraient sans frottement. C'était un très large trou à combler.

Toujours, selon la méthode de Braquehaye, je refoulai en haut mon lambeau dédoublé de la muqueuse vaginale qui vint de la sorte saillir dans la vessie; puis je plaçai un fil de catgut en coulisse autour de l'orifice dans la paroi vésicale, mais en prenant bien soin de cheminer dans son épaisseur et de ne pas pénétrer dans le réservoir urinaire, car ces points perforants pourraient permettre à l'urine de filtrer au milieu des sutures, de les infecter et de compromettre la réunion immédiate. J'eus la grande satisfaction, après avoir serré ce fil en bourse, de voir la fistule fermée — et le champ opératoire, qui jusqu'alors avait été constamment mouillé par l'urine, devint sec. Pour plus de sûreté je mis un second fil en dehors du premier, mettant ainsi un second obstacle au passage de l'urine dans la plaie : une double coulisse fermait la vessie en oblitérant la fistule.

Restait encore le large avivement créé sur la muqueuse vaginale par la taille du lambeau circonférentiel. Je m'assurai que les bords de la muqueuse vaginale étaient mobiles, qu'aucune adhérence ne les fixait. Il fut alors facile de rapprocher le bord postérieur de l'antérieur et d'appliquer l'une contre l'autre leurs surfaces cruentées par des points au catgut. Mais je ne vous conseille pas d'imiter ma pratique. Dans mes quatre cas, et sans y songer, j'ai substitué le catgut au fil d'argent préconisé par tous les auteurs. C'est un tort; le catgut est moins souple, moins résistant, il est plus gros, il peut s'infecter. Le fil d'argent me semble préférable et je me propose d'autant plus d'y recourir à l'avenir que dans deux de mes cas, et en particulier dans le dernier, vers le huitième jour un petit suintement d'urine s'est fait dans le vagin, dû sans doute à l'orifice ouvert laissé par la chute d'un catgut infecté, inconvénient passager, du reste, et sans nulle importance.

Les sutures terminées, il n'y avait pour ainsi dire plus de vagin et, à 2 ou 3 centimètres des petites lèvres, on

voyait comme une cloison muqueuse parcourue par notre suture et limitant un cul-de-sac. Nos deux transfixions latérales existaient encore, il est vrai, et en les suturant nous aurions recréé une partie de la filière vaginale. Mais nous savions, par une observation de Hartmann, qu'abandonnées à elles-mêmes ces coupures se restauraient très bien. Une fois déjà, et pour une transfixion unilatérale, nous avions laissé les choses en l'état, et la cicatrisation se fit régulièrement. Dans le cas actuel, nous étions d'autant plus décidé à en agir de même que, grâce à nos transfixions, les lambeaux de muqueuse fermant la fistule s'étaient rétractés, formant une barrière meilleure et plus vivante. En juxtaposant et en suturant les tissus divisés, il aurait fallu exercer des tractions sur notre fistule oblitérée. Nous avons préféré laisser les choses en l'état, et aujourd'hui, douze jours après notre intervention, la réunion spontanée est déjà fort avancée et la filière vaginale se reconstitue. Nous vous conseillerons donc, dans des cas de fistules très larges et d'un abord très difficile, d'ériger en principe l'abandon sans suture des parois vaginales transfixées.

Je serai bref sur les suites de l'opération. Le soir même, la sonde de Peltzer mise à demeure avait déjà rempli l'urinal d'une urine très claire. Le lendemain, changement à vue : l'urinal était vide et le lit était inondé; nos belles sutures avaient-elles lâché? Non, la sonde s'était bouchée, et l'urine, après avoir distendu la vessie sans rompre les sutures, s'était échappée entre l'urètre et la vessie. La malade fut sondée régulièrement et l'urine reprit son cours normal. Au huitième jour, quelques gouttes d'urine passent peut-être dans le vagin par un fil de catgut lâché trop tôt, mais en tout cas, si ce passage existe, ce que l'examen de la suture ne nous a pas permis de vérifier, la quantité en est petite et, au douzième jour, tout est rentré dans l'ordre. L'opération de Braquehaye nous a valu encore là un nouveau et magnifique succès, malgré les difficultés presque insurmontables du cas. Mais, pour être juste, disons qu'une part de l'honneur revient à la transfixion à la manière de Chaput, sans laquelle, croyons-nous, l'opération eût été impossible.

J'ai tenu, Messieurs, à vous exposer assez minutieusement la méthode de Braquehaye à propos de mon intéressante observation. Grâce à cette technique, vous guérirez du premier coup la plupart des fistules vésico-vaginales. J'ai eu, pour ma part, 3 succès sur 3 interventions. Vous pourrez recourir au même procédé pour le traitement des fistules recto-vaginales. Je l'ai employé avec succès dans un cas difficile et, récemment, Doléris publiait un fait où, malgré la largeur de l'orifice, le résultat fut excellent.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE ANNUELLE, 18 DÉCEMBRE 1905)

PRIX DÉCERNÉS EN 1905

Médecine et chirurgie. — PRIX MONTYON. — Prix de 2500 francs chacun : A MM. L.-C. Maillard, agrégé à la Faculté de médecine de Paris; Albert Malherbe, professeur à l'École de médecine de Nantes, et Albert Le Play. — Mentions de 1 500 francs chacune : A MM. H. Guilleminot, J. Belot et Edmond Loison. Des citations sont accordées à : MM. Lucien Butte, Adolphe Javal, Maxime Laignel-Lavastine, Ch. Dujarrier et P. Nobécourt.

PRIX BARBIER (2 000 francs). — Partagé entre M. Déchery et M. Georges Rosenthal. — Mention à M. Scrini.

PRIX BRÉANT (100 000 francs). — Ce prix, destiné à récompenser celui qui aura trouvé le moyen de guérir le « choléra asiatique » n'est pas décerné. — Le prix annuel (5 000 francs), constitué par les arrérages de la fondation, est partagé entre MM. Vincent, professeur à l'Ecole du Val-de-Grâce, Martel et Remlinger.

PRIX GODARD (1 000 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Albert Hogge (de Liège).

PRIX DU BARON LARREY (750 francs). — Le prix est décerné à M. H. Nimier, professeur au Val-de-Grâce. — Mention très honorable à M. Marix, médecin-chef de l'hôpital de Tlemcen.

PRIX BELLION (1 400 francs). — Le prix est partagé entre M. le docteur Pressat et MM. J. Alquier et A. Drouineau.

PRIX MÈGE (10000 francs). — N'est pas décerné. — Le prix annuel (300 francs), représentant les arrérages de la fondation, est décerné au docteur Beni-Barde (de Paris).

PRIX DUSGATE (2500 francs). — N'est pas décerné. — Mention très honorable, avec une somme de 2000 francs, au docteur Onimus.

PRIX SERRES (7500 francs). — Le prix est décerné à M. F. Henneguy, professeur au Collège de France.

Physiologie. — PRIX MONTYON (750 francs). — Le prix est partagé entre MM. J. Lefèvre et Laurent.

PRIX PHILIPEAUX (900 francs). — Le prix est décerné à M. Victor Henri. — Mention à M. Lucien Butte.

PRIX LALLEMAND (1 800 francs). — Partagé entre M. et Mme Lapicque et M. le docteur Jules Voisin, médecin à la Salpêtrière. — Mention très honorable au docteur O. Crouzon.

PRIX POURAT (1 000 francs). — Le prix est décerné à M. F. Maignon, chef de travaux à l'École vétérinaire de Lyon.

Chimie. — PRIX MONTYON [arts insalubres] (2400 francs). — Le prix est décerné à M. Donard. — Une mention de 1 500 francs à M. Carles, professeur agrégé libre à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Anatomie et zoologie. — PRIX SAVIGNY (1 500 francs). — Le prix est décerné à M. Charles Gravier, assistant au Muséum d'histoire naturelle.

Géographie. — PRIX GAY (1 500 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Cureau, actuellement administrateur en chef des colonies.

Parmi les prix généraux nous relevons le PRIX LANNELONGUE (2 000 francs). — Ce prix est partagé entre Mme Béclard, dont le mari fut doyen de la Faculté de médecine de Paris, et Mme Cusco, veuve du célèbre chirurgien.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE 1905)

La contagion par les livres. — M. JOSIAS fait une intéressante communication à propos d'un travail de M. Lop (de Marseille) relative à la transmission des maladies contagieuses dans les écoles par le passage des livres des élèves d'une année à l'autre. Il y a déjà longtemps que cette question a été portée devant l'Académie. Elle s'est posée, à Marseille, à l'cccasion d'une double épidémie de rougeole et de scarlatine. Depuis longtemps, d'ailleurs, on sait que les papiers de toute sorte, les lettres surtout, sont des véhicules de transmission de la peste, du choléra, de la variole, de la diphtérie, de la tuberculose, etc.

M. Josias cite, à ce sujet, un grand nombre d'observations et rappelle le cas de cette institutrice qui, en 1877, écrivait à l'une de ses amies et lui disait, dans sa lettre, qu'elle venait d'avoir la scarlatine, et que la quantité de squames qui tombaient de ses mains l'obligeait à changer de papier. La destinataire de cette lettre contracta la scarlatine à son tour et en mourut. Des cas de tuberculose transmise par les livres ont été constatés, par suite de la mauvaise habitude d'en tourner les feuillets avec le doigt mouillé de salive.

Pour se prononcer sur le danger particulier signalé par M. le docteur Lop, on a recherché expérimentalement la durée de virulence des divers microbes, qui serait, selon M. Josias :

Pour le vibrion cholérique, de quarante-huit heures;

Pour la diphtérie, de vingt-huit jours;

Pour le staphylocoque, de trente et un jours;

Pour le bacille d'Eberth, de quarante à cinquante jours;

Pour le bacille de Koch, de cent trois jours.

La durée des vacances (deux mois) rendrait innoffensifs les livres de classe, dans la plupart des cas. Cependant, quelques-uns des chiffres ci-dessus donnent à réfléchir. Le moyen radical de prévenir tout danger, c'est la destruction des livres par le feu. M. le docteur Lop ne va pas aussi loin, mais il réclame une désinfection sérieuse. M. Josias appuie ce vœu, et il propose à cet effet — au lieu des vapeurs sulfureuses usitées généralement pour les correspondances provenant de pays contaminés — l'emploi de l'aldhéhyde formique, suivant le procédé indiqué par M. le docteur Miquel.

Hématologie. — M. TUFFIER, en son nom et au nom de M. MAUTÉ, lit une note intitulée : « Etude de l'indice de réfraction du sérum sanguin dans les affections chirurgicales. »

De l'étude de plus de 200 cas, les auteurs ont pu tirer les conclusions suivantes :

1° L'indice de réfraction du sang diminue après les pertes sanguines abondantes, et d'une façon proportionnelle à la quantité de sang soustraite;

2° Une période de jeûne de vingt-quatre heures diminue peu la valeur de l'indice de réfraction, mais si le jeûne est prolongé et s'accompagne d'amaigrissement, l'indice de réfraction s'abaisse d'une façon sensiblement proportionnelle à la perte du poids;

3° En cas de brûlures étendues, cette méthode nous permettra de nous rendre compte des variations de la masse liquide du sang;

4° L'indice de réfraction est ordinairement abaissé, bien que d'une façon inconstante, dans les affections bilatérales des reins. Sa recherche permet alors de se rendre compte jour par jour de l'augmentation de la masse du sang par l'eau de dilution et de saisir la rupture de l'équilibre entre les matières albuminoïdes constitutives du sérum sanguin et les matières cristalloïdes de passage que le rein n'élimine pas. Ces faits contribuent à nous expliquer pourquoi, chez un malade présentant une insuffisance rénale, allant jusqu'à l'urémie, on trouve souvent une concentration moléculaire qui se traduit par un Δ normal;

5° En dehors des néphrites et des pertes sanguines abondantes on peut trouver l'indice de réfraction du sérum, normal ou abaissé, dans toutes les affections chirurgicales, qu'il s'agisse de cancer confirmé, de suppurations ou de traumatismes; il est donc sans aucun rapport avec la nature de la maladie. Par contre, sa recherche systématique chez tous nos malades qui devaient être opérés nous a montré qu'il était d'une importante pronostique indiscutable. Toutes choses égales d'ailleurs, un indice de réfraction abaissé au-dessous des limites que nous avons indiquées comme normales correspond à une hypo-albuminose sanguine, et est toujours l'indice d'une nutrition défectueuse, d'une immunité naturelle amoindrie et d'une défense organique en état d'infériorité. L'avenir des malades chez lesquels nous avions fait cette constatation nous a montré qu'ils se trouvaient en effet dans de mauvaises conditions opératoires, avec lesquelles le chirurgien doit compter pour décider une intervention. Par contre, le maintien de l'indice de réfraction à son taux normal, même chez un sujet paraissant affaibli, doit être considéré comme un bon signe de résistance organique.

Cette constatation seule suffirait à rendre la méthode digne d'intérêt, surtout si l'on tient compte de sa facilité de technique, de sa rapidité et de sa précision.

M. GRÉHANT présente la deuxième édition du *Traité de radiographie médicale et scientifique* du docteur Foveau de Courmelles.

M. SAINT-YVES MÉNARD présente une traduction française, par M. Chambon, du *Mémoire de Gennaro Galbiati sur la vaccination animale*, publié à Naples en 1810.

L'Académie a renouvelé son bureau pour l'année 1906 : M. Guéniot, vice-président, passant de droit président, M. Armand Gautier a été élu vice-président, MM. Motet et Hanriot sont maintenus, par acclamation, dans leurs fonctions de secrétaire annuel et de trésorier. MM. Pinard et Duguet sont élus membres du conseil.

ANALYSES

MÉDECINE

La réalisation expérimentale des anévrismes. (B. FISCHER. *Deuts. med. Wochens.*, 26 oct. 1905, n° 43, p. 1713.) — Fischer en employant la méthode de Josué pour déterminer l'athérome chez le lapin, à l'aide d'injections intraveineuses d'adrénaline, est arrivé à provoquer chez cet animal la formation de véritables anévrismes expérimentaux, au niveau de l'aorte. L'examen anatomique des régions ectasiées lui a montré des lésions intenses de la tunique moyenne : dégénérescence des fibres musculaires et des lamelles élastiques allant jusqu'à leur disparition complète, et infiltration calcaire des points dégénérés.

Dans un cas Fischer a même obtenu un véritable anévrisme disséquant, occupant toute la longueur de l'aorte, et ayant déterminé chez l'animal une paraplégie complète.

Fischer a vu que, pour obtenir de semblables anévrismes

expérimentaux, il faut arriver rapidement à injecter dans les veines des lapins d'assez fortes doses d'adrénaline. Il est parvenu à provoquer également des anévrismes par des injections intraveineuses de digalène.

L'auteur fait remarquer le rôle considérable que joue l'hypertension artérielle dans la genèse des anévrismes : en effet, parmi les substances capables de produire des lésions artérielles par injections intraveineuses, les deux seules qui provoquent en même temps l'hypertension, l'adrénaline et le digalène, sont seules capables d'aller jusqu'à la formation d'ectasies. A. LEMIERRE.

Les agglutinines sèches dans le diagnostic des maladies infectieuses. M. HERMAN (de Mons). [*Proc.-verb., Ac. roy. de méd. de Belgique*, 28 oct. 1905, p. 73.] — On peut obtenir, sous forme de poudre sèche, les substances auxquelles on attribue les propriétés agglutinatives des sérums. M. Herman y a réussi simplement en précipitant les sérums par de l'alcool à 95 degrés et en séchant rapidement le précipité à 37 degrés. Redissous dans un volume de solution physiologique égal au volume primitif de sérum, il donne un liquide sous le titre d'agglutination qui, bien qu'inférieur à celui du sérum lui-même, est encore suffisamment élevé. En outre, le précipité desséché conserverait bien son activité ; elle serait assurée pour ainsi dire indéfiniment.

M. Herman pense que les applications cliniques du sérodiagnostic, qui deviennent de plus en plus nombreuses, seront facilitées par sa manière de procéder. A l'encontre du sérum antityphique, d'autres sérums agglutinants, conservés tels quels ou additionnés d'antiseptiques, s'affaiblissent rapidement. Il y aurait donc avantage à les tenir en réserve sous forme de poudre sèche, toujours prête à l'usage.

On s'est efforcé, à diverses reprises, en ces dernières années de conserver les anticorps des sérums en évaporant ceux-ci dans le vide ou en desséchant leurs précipités. Si le test-sérum anti-diphtérique d'Erlich paraît garder toute son activité à l'état de siccité parfaite, on a moins bien réussi avec les sérums précipitants. Peut-être les sérums agglutinants se comportent-ils comme les sérums antitoxiques. L. GAYARD.

CHIRURGIE

Traitement des arthrites aiguës par l'air chaud. (W. R. THOMPSON. *New York med. Journ.*, 9 sept. 1905.) — La « cuisson » des articulations par l'air très chaud donne un soulagement très rapide dans les arthrites aiguës et mériterait d'être plus souvent employée. Le malade, loin de trouver la chaleur désagréable, s'endort pour la première fois. Trois cuissons viennent à bout de n'importe quel cas de rhumatisme articulaire aigu vu dans les trois premiers jours. Si le traitement n'est institué que plus tard, quinze cuissons ou plus peuvent être nécessaires. Les arthrites chroniques, les ankyloses fibreuses ne sont pas justiciables de ce traitement. Il faut protéger avec des serviettes les parties que l'on veut exposer à la chaleur. Un bain d'air chaud dure une heure, pendant laquelle on fait boire de l'eau lentement au malade. Après le bain, les parties doivent avoir une apparence marbrée, rouge et blanche. Friction alors à l'alcool et essuyage soigneux. L'auteur n'a pas eu d'accidents. Il termine par un exposé de ses observations. FAXTON E. GARDNER.

Un cas de suture de la moelle à la suite d'un coup de feu ayant amené une section complète. (G. R. FOWLER. Communication à l'*Amer. surg. Assoc.*, in *Med. Record*, 5 août 1905, p. 239.) — Un homme de dix-huit ans reçoit un coup de feu tiré d'une distance de 10 mètres. La balle le frappe dans le dos, et produit une paralysie immédiate des membres inférieurs. La balle pénètre à 3 centimètres à droite de la ligne médiane, au niveau de l'intervalle entre les apophyses épineuses de la dixième et de la onzième dorsale. Paralysie sous-diaphragmatique complète ; sensibilité abolie dans les membres inférieurs et sur l'abdomen jusqu'à une ligne passant à $2^{cm}5$ au-dessus des crêtes iliaques et à mi-chemin entre la symphyse et l'ombilic Incontinence vésicale et rectale. Secousses musculaires violentes, surtout dans les orteils. Le blessé ne consent à une intervention que dix jours après la blessure. Incision de 15 centimètres sur les apophyses épineuses, résection des lames des dixième, onzième et douzième vertèbres. On trouve la balle placée transversalement entre les deux extrémités de la moelle sectionnée et cachée par un large caillot sanguin. La seule chose établissant encore la continuité entre les deux extrémités est un lambeau déchiqueté de dure-mère, de moins de 2 millimètres de large. Ablation soigneuse du caillot et de la balle, puis suture de la moelle au catgut fin. Les bouts se rapprochent facilement. Suture cutanée et drainage.

Trois semaines après l'opération, la limite de l'anesthésie s'était abaissée de 5 à 10 centimètres plus bas qu'avant, le blessé sentait sa vessie et son rectum se remplir, mais ne pouvait contrôler ses sphincters. Cette amélioration donnait bon espoir, mais malheureusement cet espoir ne se justifia pas. Vingt-six mois après l'intervention, la sensibilité ne s'était pas étendue davantage, sauf sur une bande de 15 centimètres de long sur la face externe de la cuisse droite. Contractions cloniques des muscles, contracture spasmodique, pas de réaction de dégénérescence. Pas de troubles trophiques. Sensations tactiles perçues, mais incorrectement localisées.

Ce cas n'a pas donné le résultat merveilleux obtenu par Stewart et Harte, intervenant trois heures après l'accident. Ce dernier cas a démontré la possibilité de la régénération médullaire après section. La différence dans le résultat tient probablement à ce que l'intervention de Harte fut immédiate, tandis que Fowler n'obtint le consentement du malade qu'au bout de dix jours. F. GARDNER.

Traitement de la névralgie faciale par les injections d'acide osmique. (W. Wayne BABCOCK. *The Saint-Louis med. and surg. Journ.*, juillet 1905, vol. LXXXIX, n° 1, p. 21.) — A part quelques cas, rares à la vérité, où la douleur semble être d'origine centrale, on s'accorde à dire que la douleur de la névralgie faciale est d'origine périphérique, et qu'elle disparaît par l'interruption de l'influx sensitif entre la périphérie et les centres du trijumeau.

C'est ce que visent les sections ou ablations des différentes branches du nerf. Mais les échecs sont fréquents et attribuables à la tendance à la régénération des filets nerveux ou au rétablissement des anastomoses. Il semble même que l'ablation du ganglion de Gasser et surtout de sa racine sensitive ne soit pas suffisante. On a observé des rechutes après cette intervention.

Ayant remarqué l'action nécrobiotique spéciale exercée par l'acide osmique sur les filets nerveux, il y a vingt-cinq ans, on a essayé de l'employer dans le traitement des diverses formes de névralgies. Mais la difficulté d'injecter directement dans le nerf, en particulier dans la névralgie faciale, a été la cause des échecs constants de la méthode et de son abandon par les chirurgiens.

Depuis 1897, W. H. Bennett, et après lui John B. Murphy ont repris cette méthode en la perfectionnant, et en ont obtenu d'excellents résultats. La technique est simple. Il faut découvrir avec soin au moyen d'une incision le nerf recherché. Cette incision peut se faire par la bouche, à la cocaïne ou au chloroforme, pour tous les filets du trijumeau sauf le sus-orbitaire. Le nerf est disséqué avec soin, on évite d'oublier un seul de ses faisceaux. Dans l'intérieur du tronc du nerf en plusieurs points on injecte VII à XV gouttes d'une solution fraîche d'acide osmique à 1 p. 100. On injecte de même quelques gouttes dans l'orifice osseux de sortie du nerf. Cette injection est suivie d'une rapide dégénérescence du nerf qui se traduit par l'anesthésie de son territoire. De plus, il se forme autour de lui une vraie gangue fibreuse qui met obstacle à la régénération et au rétablissement d'anastomoses.

A l'appui de ces faits, Babcock donne une observation personnelle très intéressante. Il s'agit d'une névralgie faciale rebelle datant de vingt-cinq ans. Le malade avait subi successivement huit opérations sans résultat : sections nerveuses périphériques, ablations nerveuses, aurification des orifices de sortie des nerfs à la base du crâne, deux tentatives d'extirpation du ganglion de Gasser.

Depuis un an Babcock lui a fait subir deux séances d'injections : dans la première il injecte le nerf dentaire inférieur droit, dans la seconde les nerfs sus et sous-orbitaires droits, et le sous-orbitaire gauche. Il a obtenu l'anesthésie du territoire des nerfs injectés, et la disparition presque complète des douleurs.

M. LANCE.

GYNECOLOGIE

De l'utérus infantile et de son traitement; nouvelle opération pour l'antéflexion et la sténose de l'orifice interne du col. (G. W. BARRETT. *Amer. Journ. of Obstet.*, sept. 1905.) — Le point nouveau du travail de Barrett est l'opération qu'il propose pour le traitement de l'antéflexion et des constrictions de l'orifice interne d'origine musculaire, fibreuse, ou muqueuse. Dilatation préalable de l'utérus curetage au besoin; s'il y a allongement considérable du col, amputation partielle de celui-ci. Puis laparotomie médiane, l'utérus est amené et maintenu avec une pince sur la ligne médiane. On fait une incision longitudinale au niveau de l'orifice interne; la longueur de cette incision doit être en rapport avec la longueur dont il faut raccourcir la paroi postérieure de l'utérus pour amener le redressement cherché. Barrett a inventé une pince spéciale qui permet de transformer cette incision longitudinale en incision transversale ce qui élargit le col de la longueur de l'incision et raccourcit la paroi postérieure de la même quantité. C'est en somme le principe de toute « plastie » d'organe creux appliqué à l'utérus. Pendant que la pince spéciale maintient la direction transversale de l'incision et en même temps soutient l'utérus, on place une suture sur la ligne médiane. Puis l'on enlève la pince et on suture les parties latérales de l'incision. Ce procédé écarte de 1,5 à 2 centimètres les bouts divisés des fibres circulaires, si l'on en juge par l'allongement de la circonférence extérieure de l'utérus. On peut faire l'incision aussi profonde qu'on veut, on peut aller jusqu'à la cavité, si la sténose est d'origine muqueuse. En l'absence d'autre lésion pelvienne et avec un vagin suffisamment spacieux, la même opération pourrait s'exécuter par voie vaginale.

FAXTON E. GARDNER.

NEUROLOGIE

Sur la forme stationnaire de la démence paralytique. (SOUKHANOFF. *Revue neurol.*, 15 oct. 1905, p. 959-962.) — Quelquefois, ainsi que Wickel en a rapporté plusieurs cas, la paralysie générale, après avoir présenté une évolution progressive, demeure stationnaire pendant des années. Il ne s'agit pas là des rémissions si fréquemment observées, mais d'un véritable état stationnaire. L'auteur rapporte dans ce travail un cas dans lequel cet état stationnaire s'est maintenu dix-sept ans.

L. ALQUIER.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

NOUVELLES CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES SUR LA MÉDICATION IODÉE

Dans un récent article du *Progrès médical* (n° 46, 18 novembre 1905), M. le docteur Nigoul étudie les conditions dans lesquelles l'iode et les iodures sont capables d'être absorbés par les téguments.

Les recherches qu'il expose ont été faites avec la teinture d'iode, les iodures et une nouvelle préparation iodée : l'Iodosol et il semble à l'heure actuelle que l'iodosol ou vasogène iodé représente le moyen cherché de permettre l'absorption rapide et abondante de l'iode à travers la surface cutanée. « Nous savons, en effet, dit le professeur Arnozan (1), que les vasogènes favorisent beaucoup la pénétration des médicaments dans le derme. »

Que sont les vasogènes? Ils représentent des hydrocarbures, des vaselines oxygénées capables de dissoudre, dans leurs molécules, des corps normalement insolubles tels que l'iode, l'iodoforme, le camphre, etc. Mais il ne faudrait pas les considérer comme de simples véhicules. Il est, en effet, un fait certain contrôlé par M. Nigoul maintes fois, c'est que les vasogènes, hydrocarbures oxygénés, tenant en solution des substances habituellement insolubles, font pénétrer dans l'organisme, d'une manière immédiate, ces principes actifs par simple friction de l'épiderme, et sans le moindre inconvénient. Les vasogènes représentent donc un bon moyen de faciliter l'absorption cutanée; et, si l'on remarque qu'ils offrent aussi les conditions habituelles exigées de la médication sus-dermique, on arrive à reconnaître qu'ils deviennent les principaux agents de cette méthode déjà ancienne.

Les vasogènes, en effet, ne salissent pas les mains et n'occasionnent pas de lésions cutanées. De plus, ils permettent l'absorption rapide de leurs principes actifs; ainsi l'iodosol, solution de 6 p. 100 d'iode dans le vasogène, employé en friction, ne tache pas l'épiderme. A peine observe-t-on une légère coloration jaunâtre au point frictionné, et cette coloration ne tarde pas à disparaître d'elle-même, sans jamais entraîner de phénomènes inflammatoires. Quant à l'absorption de l'iode, elle se fait avec une grande rapidité.

M. Nigoul a pu réunir 58 observations personnelles, qui lui ont montré que l'iode fourni par l'iodosol produit chez le malade des résultats analogues à ceux de l'iode en général et des iodures, mais avec plus de précision et plus de rapidité.

Un fait remarquable est la facilité avec laquelle ce médicament est supporté et la rareté des symptômes d'iodisme constatés.

M. Nigoul termine son intéressante étude en concluant que les vasogènes représentent à l'heure actuelle un des moyens les plus pratiques, peut-être même le plus pratique de faciliter l'absorption des médicaments insolubles dans toute leur

(1) *Traité de thérapeutique*, 1902, t. II, p. 492.

pureté chimique, toute leur énergie, en atténuant leurs inconvénients habituels.

Par là le Vasogène iodé ou iodosol, contenant 6 p. 100 d'iode, présente sur la teinture d'iode et les iodures de réels avantages qui pour beaucoup de cas tendent à lui assurer des indications bien spéciales.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

ULCÉRATIONS GASTRIQUES (1)

B. **Ulcérations des gastrites subaiguës et chroniques.** — Elles présentent trois formes principales :

1. Les ÉROSIONS PONCTUÉES OU FOLLICULAIRES, caractérisées par leurs très petites dimensions, leur aspect infundibuliforme, leur fond bien détergé. Siégeant surtout au pylore (Marfan), donnant à la muqueuse, lorsqu'elles sont nombreuses, l'apparence de bois vermoulu (Mathieu), elles ont la hauteur de la couche glandulaire, et respectent la musculaire muqueuse, ce qui les différencie de l'ulcère simple et de l'exulceratio simplex.

2. Les ÉROSIONS HÉMORRAGIQUES ne diffèrent des précédentes que par la présence de sang épanché dans l'estomac. Ce sont des taches légèrement proéminentes, formées par une lentille de sang dont l'ablation laisse à découvert une érosion petite, superficielle, arrondie ou ovalaire, à fond rouge ou noir, *à bords constamment injectés*. Leur nombre est variable.

3. Les ULCÉRATIONS sont toujours plus considérables, plus larges, se rapprochant beaucoup plus de l'ulcère rond. Dans l'*alcoolisme*, on peut observer : α. des érosions hémorragiques Brinton); β. des ulcérations multiples et superficielles, linéaires, dirigées dans le sens des vaisseaux, que Marfan rattache à l'action combinée de deux facteurs : inflammation interstitielle, dégénérescence graisseuse des éléments nobles ; γ. une ulcération unique et profonde, souvent étendue (*ulcère des buveurs*, Lancereaux). Quelques auteurs admettent la transformation possible de ces diverses lésions en ulcère rond (Cruveilhier, Mathieu). Dans l'*urémie*, il s'agit, le plus souvent, d'érosions hémorragiques (Treitz, Luton), parfois de véritables ulcérations. Dans l'*athrepsie*, Parrot décrit : α. des érosions toutes petites, *jaunes*, à centre déprimé, à fond injecté; β. de véritables ulcérations qui succèdent souvent aux précédentes, étendues et profondes, à bords saillants et congestionnés.

Dans la *pyohémie à staphylocoques*, Widal et Meslay ont signalé, à la suite d'un durillon suppuré, des ulcérations circulaires, aboutissant à la perforation. Les ulcérations gastriques de l'*érysipèle de la face* coïncident fréquemment avec des ulcérations intestinales de même nature, et sont dues sans doute à des embolies microbiennes. Mêmes lésions, même pathogénie dans certains cas de *fièvre puerpérale* (Widal), et, probablement, de la *grippe* et du *choléra*. Dans les *affections à pneumocoques*, les ulcérations gastriques sont fréquentes. Ce sont surtout (Dieulafoy) des érosions hémorragiques multiples, dont les bords fourmillent de pneumocoques. Elles ont été reproduites expérimentalement par Bezançon et Griffon. On admet théoriquement qu'elles peuvent se transformer en ulcus (2). Les ulcérations gastriques de la *variole*, exceptionnelles, sont considérées, par les uns, comme des pustules varioliques stomacales, par les autres, comme des érosions liées à une gastrite. Celles de la *fièvre typhoïde* sont, le plus souvent, des érosions folliculaires (Chauffard); elles évoluent habituellement vers la guérison et laissent après elles une cicatrice blanche ou pigmentée, fibreuse, fronçant la muqueuse environnante.

La PATHOGÉNIE de ces différentes ulcérations est encore loin d'être élucidée. Certaines, d'ordre infectieux (grippe, fièvre puerpérale, pyohémie), sont sans doute d'origine embolique (Widal). Celles de l'athrepsie ont été attribuées : α. à l'urémie ; β. à un trouble circulatoire; à une irritation de la muqueuse par le lait incomplètement digéré, etc. D'une façon générale, on peut rattacher à trois causes principales les ulcérations des gastrites subaiguës et chroniques :

a. *Inflammation.* — Ce sont les amas lymphatiques normalement situés dans la profondeur de la muqueuse qui s'hypertrophient et finissent par s'ouvrir à la surface, d'où le nom d'*érosions folliculaires* (Cruveilhier, W. Fox, Chauffard, Marfan).

b. *Congestion ou hémorragie.* — Cruveilhier et Rokitanski incriminent la stase veineuse ; Rindfleisch décrit l'infarctus hémorragique de la muqueuse gastrique provenant de la rupture de petites vésicules superficielles. Si les globules ainsi extravasés compriment les vaisseaux, il en résulte des troubles nécrotiques, d'où ulcération.

Le rôle des troubles circulatoires dans la production des ulcérations gastriques est mis en évidence par plusieurs faits : α. on a observé ces ulcérations à la suite de diverses lésions nerveuses expérimentales ou non; ces lésions ne peuvent agir que par l'intermédiaire d'un trouble circulatoire ; β. il existe quelques cas d'ulcérations gastriques survenues au cours de l'asystolie ou d'affections chroniques de l'appareil respiratoire; γ. lorsque la circulation porte est gênée, il peut encore se produire des ulcérations gastriques : on les a signalées dans les cirrhoses, le cancer, la tuberculose du foie ; dans la ligature de la veine porte (Müller), ou lorsque l'on trouble expérimentalement la circulation porte (Panum).

c. *Nécrobiose.* — Dans certains cas, M. Hayem invoque une nécrose glandulaire due probablement à l'action directe du poison.

Chacune des trois théories précédentes : inflammatoire, circulatoire, nécrobiotique, doit contenir une part de vérité.

C. **Ulcération des tumeurs gastriques.** — Dans le *cancer*, l'ulcération varie selon que la tumeur est sessile, cérébriforme ou pédiculée. Dans le premier cas, elle est unique, à bords développés, à fond saignant; dans le deuxième, elle siège au niveau des plis; dans le troisième, elle s'effrite par les villosités. Le cancer est il infiltré au lieu de former tumeur, l'ulcération est généralement superficielle. On trouve de plus toutes les lésions habituelles au cancer (v. classiques). Dans le *lymphadénome*, les ulcérations présentent des caractères très analogues.

D. **Ulcérations spécifiques.** — Les ulcérations du *pemphigus*, de la *trichinose* et du *favus généralisé* ne méritent qu'une simple mention.

Les *ulcérations tuberculeuses*, étudiées surtout par Marfan, sont aussi rares que les troubles gastriques sont fréquents chez les tuberculeux. Elles sont, en effet, presque toujours secondaires à une autre tuberculose pulmonaire ou ganglionnaire (enfants), et s'accompagnent fréquemment d'ulcérations intestinales. Ce sont tantôt des érosions folliculaires, tantôt de véritables ulcérations, siégeant sur le pylore, à forme arrondie, à bords épaissis, infiltrés, formant rempart (Eppinger), à fond jaunâtre, criblé de granulations tuberculeuses. Autour de l'ulcère, il existe fréquemment des nodules tuberculeux. Habituellement peu profondes, ces ulcérations peuvent, dans certains cas, perforer la paroi gastrique. M. Hayem admet que, parfois, elles représentent un ulcère simple secondairement infecté par le bacille de Koch.

Les *gommes syphilitiques* ulcérées peuvent, exceptionnellement, donner lieu à des ulcérations gastriques.

Dans le *charbon*, la muqueuse gastrique peut présenter des saillies pustuleuses rouge foncé, semées de points hémorragiques, occupant surtout la région pylorique, et offrant à leur sommet une ulcération à bords jaunâtres, d'aspect gangréneux, riches en bactéridies charbonneuses.

(A suivre.)

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 142, p. 1703.

(2) Voir pour plus de détails TRASTOUR, Ulcérations gastriques, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1902, n° 144.

SUITE DES SOMMAIRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIII, nº 21, 23 nov. 1905.) Walter Greenough Chase : L'usage du biographe en médecine (avec 15 figures). — George W. Fitz : Une méthode simple de mesurer et de transcrire graphiquement les déviations de la colonne vertébrale et autres asymétries au moyen d'un nouveau scoliomètre à lecture directe (avec 2 figures). — John H. McCollom : Le médecin urbain, ses devoirs et ses responsabilités.

Écho médical du Nord. — (Nº 49, 3 déc. 1905.) Thooris : Hypothèse sur la propagation de la typho-malaria par les mouches. — Leconte : Sur une épidémie de chancres mous à Lille. — (Nº 50, 10 déc.) A. Debeyre : Voyage universitaire à Londres. — J. Colle et P. Butruille : Perforation stomacale stimulant l'occlusion intestinale.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (Nº 49, 3 déc. 1905) Pauliet : Valeur embryologique de la prostate. — Sabrazès, Guérive et Mougneau : A propos de deux cas de tabes. Stéréotypies des doigts (IIIe et IVe obs.). Absence de lymphocytose du liquide céphalo-rachidien chez une tabétique vierge. — (Nº 50, 10 déc.) A. Moussous : Le mégalérythème épidémique. Quelques cas observés à Bordeaux. — Ch. Rocaz et E. Leuret : Accidents laryngés consécutifs à la stomatite impétigineuse.

Journal de médecine de Bordeaux. — (Nº 49, 3 déc. 1905.) A. Guérin : Pancréatite et gastrite. — M. Faure, C. Raymond et G. Racini : Éducation des fonctions respiratoires. — (Nº 50, 10 déc.) F. Villar : Rupture sus-rotulienne du quadriceps des deux côtés. — G. Rouhet : La culture physique est le remède contre la tuberculose.

Journal des praticiens. — (Nº 49, 9 déc. 1905.) Reclus : Lipomatose symétrique à prédominance cervicale. — (Nº 50, 16 déc.) A. Trousseau : Le strabisme guérit-il sans opération ? Dans quelles conditions ? — Hikimoglou : Sur le traitement des plaies superficielles de la région antérieure de la jambe.

Journal des sciences médicales de Lille. — (Nº 49, 9 déc. 1905.) Desplats : Syphilis et tuberculose. — M. d'Halluin : Contribution à l'étude du diagnostic de l'arrêt du cœur, épreuve de la fluorescéine. — Clément Delfosse : Voyage d'études médicales aux stations thermales, climatériques et maritimes du sud-ouest de la France. — A. Guérillon : Récidive abdominale et viscérale d'un ostéo-sarcome de l'extrémité inférieure du péroné.

Journal médical de Bruxelles. — (Nº 49, 7 déc. 1905.) J. Bouma : Quelques observations concernant la thérapeutique actuelle du diabète. — (Nº 50, 14 déc.) Noever : La consultation au cours de l'année académique 1904-1905 (*suite*).

Lyon médical. — (Nº 49, 3 déc. 1905.) Lortet : Traitement du lupus par le natron résineux. — Weill et Péhu : Sur un cas d'ictère par compression ganglionnaire du cholédoque, dans une granulie généralisée. — S. Heitz : Des modifications du volume du cœur dans les états hyposystoliques sous l'influence des bains carbo-gazeux. — (Nº 50, 10 déc.) Cadéac : Sur l'infection de la tuberculose par les voies respiratoires et sur l'innocuité des poussières. — Piéry : Tuberculose laryngée et tuberculose pulmonaire; fréquence du parallélisme de leur évolution chez un même sujet.

Marseille médical. — (Nº 23, 1er déc. 1905.) Silhol : Appendicite et vers intestinaux. — A. Rayboud : Kyste hydatique des poumons.

Montpellier médical. — (Nº 49, 3 déc. 1905.) Rodet : La communication de von Behring au Congrès international de la tuberculose. — Charon : De l'hypnotisme comme moyen de traitement dans un cas d'origine hystérique. — Vialleton : La chaire d'histologie de la Faculté de médecine de Montpellier depuis sa fondation 1895-1905 (*fin*).

Pédiâtrie pratique. — (Nº 24, 15 déc. 1905.) P. Cauzard : Comment on doit traiter les otites moyennes suppurées. — Hébert : Premiers résultats de la radiothérapie des teignes à l'hospice général. — E. Cordier : Création d'une consultation de nourrissons avec distribution de lait à Etterbeek. Plan d'organisation. Résultats.

Presse médicale. — (Nº 100, 13 déc. 1905.) M. Letulle : Manœuvres de clinique médicale. Examen du sommet du poumon. — Ribadeau-Dumas et Halbron : Infection du foie d'origine sus-hépatique. — (Nº 101, 16 déc.) H. Labbé et L. Furet : Les troubles de l'élimination chlorurée urinaire. Facteurs d'obésité. — H. Gros : L'index endémique du paludisme.

Procès-verbaux de l'Académie royale de médecine de Belgique. — (Séance du 25 nov. 1905.) L. Fassin (Mlle) : Sur la valeur comparée des réactions agglutinante, sensibilisatrice et bactéricide pour le diagnostic de la fièvre typhoïde. — M. Meyer : La fièvre typhoïde est-elle une maladie infectieuse? — Deneffe : Eloge du professeur Soupart. — Richard Boddaert : Nouvelle étude expérimentale de l'influence de l'innervation sur la transsudation vasculaire ; application à la pathogénie de l'ictère dit partiel.

Province médicale. — (Nº 6, 9 déc. 1905.) Combemale : Le véronal contre les tremblements, en particulier contre les tremblements de la sclérose en plaques. — Jaboulay : Myxosporidies et tumeurs de l'homme (3e art.). — Boinet : Traitement des épanchements pleuraux.

Revue de chirurgie. — (Nº 12, 10 déc. 1905.) Dudley P. Allen : Une technique chirurgicale simple et aseptique. — F. Terrier et P. Lecène : Les kystes branchiaux du cou à structure amygdalienne. — A. Broca et Herbinet : De l'ostéopsathyrosis ou fragilité osseuse dite essentielle. — F. Lagrange : Blépharoplastie par la méthode italienne moderne.

Revue de médecine. — (Nº 12, 10 déc. 1905.) H. de Brun : Le point épigastrique dans l'emphysème pulmonaire et dans les cardiopathies. — H. Girard : Contribution à l'étude du cancer massif du foie. — M. Roch : Des crises épileptiformes d'origine pleurale (*fin*).

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (Nº 49, 9 déc. 1905.) E.-J. Moure : Contribution à l'étude des abcès du cerveau d'origine otique.

Semaine médicale. — (Nº 50, 13 déc. 1905.) Dieulafoy : La cécité hystérique.

Therapie der Gegenwart. — (Nº 12, déc. 1905.) P. A. Goldscheider : Remarques sur le diagnostic et le traitement des pseudo-paralysies spasmodiques. — Th. Brugsch : De la valeur du traitement de la goutte et de la diathèse acide par le formol. — M. Martens : Traitement moderne des fractures des os. — M. Herz : Méthode de traitement des maladies du larynx, du nez et de l'oreille. — W. Dœvenspeck : Injections intra-veineuses d'iodure de potassium dans la syphilis.

Tribune médicale. — (Nº 48, 2 déc. 1905.) A. Broca : Les déviations ostéo-articulaires des adolescents (*suite*). — (Nº 49, 9 déc.) Lavenant et Trastour : Les urétrites à entérocoques. — Judet et Baldenweck : Deux cas de polypes du rectum chez l'enfant. — Bresselle : Observation d'un cas d'infection médicale. — Le Graux : La désinfection à Paris. Ce qu'elle est.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Noël, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Ostéomyélite du maxillaire inférieur, en particulier chez l'enfant, par MM. Vignard et E. Mouriquand.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de chirurgie.
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Lecture des copies. — *Anatomie.* — Séance du 21 décembre : MM. Halphen, 12; Sauphar, 11; Huré, 10; Malterre, 9; Fouquiau, Langlais et Woimant 7; Bith, 4: Lenormand, 3.

Pathologie. — Séance du 21 décembre : MM. Joltrain, 14; Froget et Saissi, 13; Duvoir, 11; Chenet, 10; Soubies, 9; Alfred Lévy et Lissonde, 8; Lorne, 7; Murit, 6.

Ordre de lecture des copies. — *Anatomie* : MM. 1. Gaston Durand, Fichot, Dessaix, Fernand Martin, Henri Chené, Keller, Bith, Halphen, Bossoreil, Fouquiau,

11. Lenormand, Woimant, Pierre Lévy, Sauphar, Langlais, Huré, Malterre, Laffont, Dureau, Rousseau-Langwelt,

21. Boulard, Louis Marre, Petel, Chibret, Lemercier, Faux, Tinel, Paul Alexandre, Sourdel, Bourdier,

31. Ehrenpreis, Moyrand, Francey, Davesne, Galup, Lévy-Valensi, Fouchet, Troisier, Maurice Lasnier, Ronnaux,

41. Fenestre, Lemarchal, Sloog, Vuillet, Dournay, Brisset des Nos, Edmond Lévy, Ausset, Antonin Lasnier, Maurat,

51. Chénier, Croissant, Braun, Garipuy, Détré, de Bon, Willette, Rolet, Guenot, Le Moine,

61. Cottenot, Cawadias, Bienvenue, Zislin, Glénard, Lamarre, Garric, Cléret, Mesnager, Magrou,

71. Saiget, Viel, Ghys, Deslions, Rais, Collin, Pascalis, Emile Merle, de Rocca Serra, Lucas-Championnière,

81. Portocalis, Fernand Léger, Savouré, René Bénard, Bouche, d'Halluin, Brin, Blanche, Deroye, Stepowski,

91. Gosselin, Tixier, Dreyfus, Monsaingeon, Pépin, Chazarain, Wunschendorff, Bonvoisin, Bijon, Roullier,

101. Vaury, Dumas, Chambard, Mascarenhas, Crépin, Jousset, Louis Riché, Coryllos, Bruel, Pellot,

111. Marsan, Pierre Ménard, Albert Chevallier, Bougarel, Chandesris, Brissaud, Touraine, Pironneau, Lyon-Caën, Bertier,

121. Georges Roux, Pénard, Delmasure, Guyader, André Perrier, Baldini, Ymonet, Poirrier, Vézard, Jean Roux,

131. Lagane, Bajan, Jolivet, Sinaud, Finot, Faugeron, Sassani, Potelet, Monnet, Dequidt,

141. Sevestre, Wolfromm, Molina, Bello y Rodriguez, Trocmé, Dubosc, Boucaut, Grasset, Couton, Laroche,

151. Magnin, Chamard-Bois, Mignard, Jumentié, Boyé, Vaillant, Romain, Périer, Maillet, Lemarignier, Georges Lerat,

161. Binet du Jassonneix, Louis Ménard, Frick, Marquet, Morand, Doury, Salin, Duval, Jean, Houdard,

171. Tanzi, Stern, Hirtz, Schaeffer, Lascazas de Saint-Martin, Phelip, Boudet, Rembert, Guggenheim, Rol,

181. Fortin, Bédrunes, Mock, Bailly, Ferran, Worth, Loubeyre, Macé de Lépinay, Robert, Vigneron d'Heucqueville,

191. Prost, Ancibure, Bécus, Labourdette, Combier, Pottet, Chaudron, Mlle Déchaux, MM. Delapchier, Louis Gauthier,

201. Cruet, Rafinesque, Henri Lerat, Brasset, Vaucher, Crémer, Meyer-Heine, Crémieu, Cadenat, Bilhaut,

211. Blocq, Péraldi, Mlle Bouteil, MM. Dufour, Toulant, Paul Chauveau, Burnier, Bénazet, Léon Boulland, Fimbel,

221. Porcé, Lamy.

Pathologie : MM. 223. Lecaplain, Houlmann, Duverger, Cesbron, Hamel, Girode, Chopin, Prélat,

231. Buizard, Perineau, Eliot, Murit, Clarac, Arthur Jullien, Morancé, Le Mée, Soubies, Alfred Lévy,

241. Lorne, Joltrain, Duvoir, Lissonde, Louis Chenet, Astruc, Saissi, Froget, Marcorelles, Quinquaud,

251. Léon Brisset, Brocq, Blanc, Guillaume, Perdoux, Lomon, Bouchaud, Marie, de Vaugiraud, Martingay,

261. Mosqueron, Pierre Merle, Mlle Giry, MM. Hue, Jakowski, Le Blaye, Bernard, Henry, Flandin, Léonce Minot,

271. Le Grand, Deverre, Séron, Samson, Crétaux, di Chiara, Pérol, Simon Weill, Ramus, Lemaire,

281. Toupet, Allard, Gallais, Cottard, Stévenin, Lebras, Plée, Vergne, Dupuy, Brémond,

291. Charles Foix, Strœhlin, Jacoulet, Lacheny, Mlle Landry, MM. Mora, Dufourmentel, Simonin, Sorrel, Louis Durand,

301. Budan, Charles Richet, Silbert, Gastinel, Blain, Hovelacque, Lenoir, Roudinesco, Bion, Pinard,

311. Journée, Gustave Haas, Houzel, Fabignon, Bachy, Gendron, Camille Chauveau, Pélissier, Mlle de Jong, MM. Jacob,

321. Séguinot, Fernet, Parturier, Fontorbe, Séjournet, Plivard, Boudol, Rabourdin, Bougon, Riche,

331. Hichemann, Verdoux, Petit, Tuqueneaux, Trotain, Levêque, Colibert, Roucayrol, Cavaroz, Debertrand,

341. Aine, André Achille Weil, Giron, Presbéanu, Gauchery, Marchal, Riberol, Regnard, Raulot-Lapointe, Chastagnol,

351. Gras, Lipel-Cointet, Frénault, Chabrol, Charrier, Flurin, Paul Boncour, Miginiac, Leconte, Giraudeau,

(*Voir la suite, p. 1751.*)

REVUE GÉNÉRALE

OSTÉOMYÉLITE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

EN PARTICULIER CHEZ L'ENFANT

Par MM. VIGNARD,
Chirurgien des hôpitaux de Lyon,
et E. MOURIQUAND,
Interne des hôpitaux de Lyon.

Jusqu'à ces dernières années, la description de l'ostéomyélite du maxillaire inférieur a été fractionnée, et dans les traités on étudie encore séparément l'ostéite, l'ostéopériostite et les diverses nécroses. Il y a tout avantage à grouper tout ce qui se rapporte à l'inflammation du tissu osseux sous le terme d'ostéomyélite, dans l'acception qu'on lui donne généralement. Toutes les lésions décrites encore à part, ostéite suppurée, ostéopériostite, nécrose, tout cela c'est de l'ostéomyélite.

Ce mot n'a, à l'heure actuelle, d'autre signification que celle d'inflammation franche, aiguë ou subaiguë, du tissu osseux. On l'admet pour tous les os, inutile donc de garder une nomenclature spéciale pour le maxillaire, d'autant plus que ce rapprochement avec les ostéomyélites vulgaires jette beaucoup de clarté sur l'*histoire* de ces lésions inflammatoires du maxillaire inférieur, sur leurs *formes diverses*, leurs *suites éloignées* et leur *thérapeutique*.

De plus, une description à part de l'ostéomyélite du maxillaire inférieur se justifie amplement par un grand nombre de particularités très spéciales, inhérentes au mode et aux causes de l'infection du maxillaire inférieur; à l'architecture et aux rapports de cet os; enfin aux conditions du traitement (Morestin).

Nous traiterons ici de l'ostéomyélite ordinaire, réserve faite des ostéites tuberculeuses et syphilitiques, malgré qu'il existe quelques cas où la tuberculose ait pu revêtir l'aspect de lésions ostéomyélitiques.

I

Historique. — Nous ne reprendrons pas ici la longue énumération des travaux publiés sur l'ostéomyélite morcelée, ostéite, ostéopériostite, nécrose; nous signalerons seulement les principaux, pour citer surtout ceux qui ont trait à l'ostéomyélite du maxillaire inférieur proprement dite et ont contribué à cette nouvelle classification.

Dans les traités, il n'y a pas, comme nous le disions, de chapitre réservé à l'ostéomyélite du maxillaire inférieur. Depuis longtemps, il en existe des observations éparses. Déjà Lannelongue montrait que le maxillaire inférieur est, parmi les os plats, le plus souvent frappé par l'ostéomyélite.

C'est Broca surtout qui doit retenir l'attention dans cette Revue générale, soit par les communications successives qu'on trouve relatées dans les *Bulletins de la Société anatomique de Paris* de 1887 et de 1892, soit dans les thèses de ses élèves, Delucq (1887) et Atcham (1900). Il montra le rôle de l'évolution des dents et les remaniements successifs qu'elle produisait au niveau du maxillaire inférieur, mettant ainsi cet os en état de réceptivité. Il envisagea également les symptômes et la thérapeutique, de sorte qu'à cette description générale peu de chose a été ajouté.

Jarre, dans son étude de la dent de six ans, montra son importance comme point de départ de l'ostéomyélite du maxillaire inférieur.

Morestin, à propos de plusieurs observations, montra pourquoi l'on devait rejeter les anciennes descriptions isolées de l'ostéite, de l'ostéopériostite et de la nécrose du maxillaire inférieur, et ranger toutes ces lésions dans le cadre de l'ostéomyélite.

Curtillet, dans la thèse d'Alquier (1900), insiste sur le diagnostic et le traitement de la nécrose et sur une localisation particulière du séquestre à la table interne de l'angle du maxillaire.

Nous signalerons, comme autres travaux sur la question, les articles de Pont (1) et de Reboul (2).

Enfin, nous eûmes l'occasion à la Charité, dans le service de l'un de nous, d'observer plusieurs cas de ce genre, de préciser quelques points d'évolution et de thérapeutique.

Ce dernier point fut étudié en totalité ou en partie en collaboration avec le docteur Martin, dont on ne saurait passer sous silence le nom dès qu'il s'agit de prothèse du maxillaire inférieur.

II

Étiologie. Pathogénie. — Pour qu'il y ait ostéomyélite, il faut qu'il y ait pénétration d'agents microbiens dans la substance osseuse et que celle-ci soit en état de réceptivité pour cette infection. Ce qui revient à étudier d'une part le *terrain*, de l'autre les notions relatives à l'*agent microbien* et à sa *porte d'entrée*.

A. Le terrain. — Dans l'ostéomyélite du maxillaire inférieur, comme dans toutes, la croissance et les conditions physiologiques qui lui sont particulières jouent un rôle capital dans l'étiologie. En effet, les localisations électives de l'ostéomyélite qui nous occupe se font aux points au niveau desquels l'accroissement est maximum. Il est donc indispensable de voir rapidement comment se développe le maxillaire inférieur.

Développement. — Le maxillaire inférieur est primitivement formé par deux moitiés symétriques qui se soudent de très bonne heure. Chacune de ces moitiés se développerait par cinq points d'ossification, deux principaux pour la région incisive et la branche horizontale, et trois secondaires pour le condyle, l'apophyse coronoïde et l'angle.

De ces divers points d'ossification, deux sont à retenir : la zone située au-dessus du canal dentaire et l'angle de la mâchoire. En ce qui concerne la première, on sait qu'elle n'existe pas dès l'abord : le canal dentaire n'est primitivement qu'une gouttière où cheminent l'artère et le nerf dentaires. La gouttière ne se ferme et la région alvéolaire n'apparaît

(1) Pont. Ostéomyélite et nécrose du maxillaire inférieur chez l'enfant, *Lyon méd.*

(2) Reboul. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1897.

que plus tard. Celle-ci résulte des phénomènes d'édification osseuse autour des germes dentaires, l'os suivant en quelque sorte la poussée des dents. Et ces phénomènes d'édification osseuse se répètent à la la deuxième dentition. En ce qui concerne l'angle de la mâchoire, on sait que des modifications s'y passent tant que l'angle que fait la branche horizontale avec la branche montante n'est pas arrivé à la disposition qu'il a chez l'adulte.

Toutes ces considérations montrent donc que le maxillaire inférieur est, de la naissance à l'âge adulte, c'est-à-dire pendant la durée de l'évolution des dents, en continuelle activité; et que cette activité, analogue à celle des régions bulbaires des os longs, a surtout pour siège *le bord alvéolaire et la région de l'angle*, mettant ces régions dans des conditions favorables aux inflammations, à l'ostéomyélite.

B. Porte d'entrée. — Dans la majorité des cas, la carie dentaire est la porte d'entrée banale de l'infection. Mais d'autres lésions buccales peuvent être en cause : avulsion dentaire, stomatites diverses, etc. Les lésions buccales, en effet, ont d'autant plus de chance de servir de porte d'entrée que la bouche contient normalement de nombreux agents microbiens (le staphylocoque en particulier, dont on sait les relations avec l'ostéomyélite) et que toutes les conditions nécessaires à leur développement s'y trouvent réalisées : humidité, température, milieu nutritif.

Un fait reste toutefois évident, c'est que la carie est le plus souvent à incriminer; aussi l'on crut longtemps qu'il y avait entre elle et l'ostéomyélite un rapport nécessaire de cause à effet. Ce point ne semble pas absolu, car s'il était vrai que la carie à elle seule puisse produire ces lésions ostéomyélitiques, comment expliquer leur rareté relative chez l'adulte, où la carie dentaire est très fréquente, et leur existence chez l'enfant avant la sortie des premières dents? C'est là qu'il faut faire intervenir un autre facteur, le terrain, c'est-à-dire ici l'état du maxillaire en ce qui concerne son développement propre ou l'évolution des dents.

Ce dernier point nous retiendra surtout.

Le rôle de l'éruption des dents dans la pathogénie de l'ostéomyélite du maxillaire inférieur a été diversement interprété. Lemaistre (1) y voyait un simple rapport de voisinage; Guyon (1877) l'expliquait par le mouvement fluxionnaire habituel de l'éruption; Jarre (2) montra que s'il était possible de voir l'ostéomyélite à la suite de l'éruption de n'importe quelle dent, l'une d'elles, *la dent de six ans*, méritait une place à part. C'est, en effet, comme il le montre bien, dans la région correspondante à cette dent (première grosse molaire), que fréquemment les accidents ont débuté. Cette notion étiologique mérite d'être retenue. Pour tous ceux qui ont écrit sur l'ostéomyélite du maxillaire inférieur, le rôle de cette dent est évident.

Mais pour tous, la pathogénie n'en est pas univoque. Pour Jarre, la dent provoque des accidents quand elle évolue sur un terrain prédisposé. Pour Broca (1) et ses élèves Delucq et Atcham, c'est l'éruption qui met le maxillaire en état de réceptivité par l'état de congestion qu'elle entretient au voisinage de la dent.

Quant à la prédilection de l'ostéomyélite du maxillaire inférieur pour les enfants, elle paraît s'expliquer ainsi : comme on le sait, les dents qui apparaissent de cinq à sept ans, à savoir les premières molaires, sont les premières à racines multiples. Ce fait, joint au peu d'intervalle qui sépare leur période d'éruption, crée à leur niveau sur le maxillaire inférieur un état fluxionnaire plus accentué et plus prolongé qu'au niveau de n'importe quelle autre dent.

C'est par le même mécanisme qu'on peut expliquer le rôle de la *dent de sagesse* dans les accidents osseux qu'elle détermine. Il semble, en effet, qu'on doive les considérer comme des ostéomyélites de la croissance (Broca). Leur fréquence tient simplement à l'existence d'un certain nombre de facteurs, sur lesquels on a, semble-t-il, trop insisté : difficulté de l'éruption par manque d'espace, inclusion de la dent ou d'une masse épithéliale, etc.

Mais il n'y a pas toujours difficulté de l'éruption, par emplacement insuffisant par exemple; aussi est-il plus logique de penser alors à la proximité de la dent de sagesse du point où la branche montante s'unit au corps du maxillaire, point où ce dernier présente à cette époque presque tout son accroissement, et d'établir un rapport entre les accidents osseux constatés et ce point d'appel pour une localisation ostéomyélitique.

Nous avons vu quels rapports étroits unissent l'évolution dentaire et l'ostéomyélite du maxillaire inférieur. Il existe quelques cas où la localisation au maxillaire a été secondaire à l'ostéomyélite d'une autre partie du squelette.

C'est chez l'enfant qu'on observe le plus souvent l'ostéomyélite du maxillaire inférieur. Elle est de tous les âges cependant, et d'autres causes que la carie et l'évolution dentaire peuvent la provoquer.

La tuberculose peut donner des ostéomyélites du maxillaire inférieur [Poncet (2), Reboul (3)].

Les ostéomyélites gommeuses de la syphilis sont à signaler également, mais nous n'en parlerons plus.

Nous n'insisterons pas sur l'état général de tous les malades. Au point de vue étiologique, nous dirons seulement que certaines diathèses sont prédisposantes, au premier rang desquelles le diabète.

C. L'agent infectieux. — Quant aux agents pathogènes, on peut conclure (Lannelongue, Jaboulay) que le staphylocoque est quasi spécifique de l'ostéomyélite. Le streptocoque, le pneumocoque, le bacille d'Eberth viennent ensuite dans un ordre secondaire.

Pour ce qui est de la nécrose, très fréquente, mais non fatale dans l'évolution de l'ostéomyélite du maxillaire inférieur, c'est plutôt par l'action de leurs

(1) Lemaistre. Soc. anat., 1849.
(2) Jarre. *Revue de stomatol.*, 1896.

(1) Broca. *Revue de stomatol.*, 1896.
(2) Poncet. *Giuliani*, Th. de Lyon, 1901-1902.
(3) Reboul. Loc. cit.

produits solubles que ces microbes la provoquent. Ce point est nettement formulé dans les conclusions des travaux de MM. Poncet et Dor (1). On peut rapprocher de ce fait l'ostéite des nacriers et la nécrose phosphorée dans lesquelles des produits toxiques seuls produisent la nécrose sans qu'elle soit précédée des signes inflammatoires proprement dits inséparables de l'ostéomyélite.

III

Anatomie pathologique. — Schématiquement et par gradation, les lésions sont : la congestion, la suppuration et la nécrose. Suivant le stade de l'inflammation les éléments du maxillaire, os, périoste, seront plus ou moins atteints. Le *périoste*, au début, est épaissi, vascularisé; puis l'infiltration purulente le soulève et le décolle : c'est l'abcès sous-périosté. Le périoste peut se perforer et la collection fuse dans les tissus voisins. Le *tissu osseux* blanc extérieurement est plus friable vers son centre avec çà et là des taches d'infiltration purulente. Il est rare que l'évolution aiguë soit si rapide qu'un séquestre n'ait pas le temps de se former. Au centre de l'os ou vers le bord alvéolaire on trouve la perte de substance qu'occupe un séquestre. Le pus est plus ou moins localisé. Passons sur ces faits d'ordre banal. Plus fréquemment l'on observe le maxillaire au stade chronique de l'affection : le séquestre retenu dans sa loge entretient la suppuration ; les fistules qui la drainent sont intarissables ou reparaissent après une accalmie. Ces lésions osseuses d'abord locales se propagent : l'os voisin devient friable, s'infiltre de sérosité purulente. Le plus souvent les lésions siègent vers le bord alvéolaire, ou à l'angle de la mâchoire. Les deux tables de l'os peuvent être atteintes simultanément; pour Broca la table interne serait rarement indemne dans les cas où la table externe présente le maximum des lésions, et Curtillet insiste sur une localisation de la nécrose à la table interne de la région de l'angle, exclusivement.

L'aspect des séquestres varie avec leur siège (noirs quand leur cavité communique avec la bouche), la rapidité de la nécrose (érodés, irréguliers quand elle est lente, lisses dans le cas contraire). Les séquestres alvéolaires peuvent parfois s'éliminer spontanément, mais le plus souvent il en est d'eux comme des séquestres profonds :

Si quelques fragments peuvent s'éliminer spontanément, en général, le séquestre volumineux reste niché dans le maxillaire dont il maintient la suppuration indéfinie, exposant le malade aux dangers de la pyohémie, de la septicémie ou autres complications.

Réparation. — Elle est presque de règle. Plusieurs cas sont à distinguer :

a. Quand le séquestre est *alvéolaire*, la guérison est rapide, mais il persiste toujours une encoche à ce niveau de la gencive.

b. Quand une partie plus considérable du corps de l'os a été nécrosée, le périoste détaché du séquestre lui forme une *gouttière* profonde ouverte en haut; ceci correspond exactement à l'une de nos observations. Si le séquestre reste en place, il sert de conducteur à l'orientation de cet os nouveau qui forme également une gouttière. Après l'élimination du séquestre la gouttière peut se combler. Si le séquestre est enlevé avant la production de cet os périostique, et si le séquestre était volumineux, le périoste se déformera sous la pression de la moitié opposée de l'os que tirent du côté malade les muscles des apophyses géni et sus-hyoïdiens. Le menton après consolidation sera dévié du côté malade en bas et en arrière.

c. Ailleurs cette déviation ne se produit pas, la table externe de l'os s'est épaissie, comme gonflée. Mais l'os est fragile malgré cette apparence de robustesse. C'est dans ces cas que des fractures spontanées peuvent se produire. On peut aussi rapprocher de ce fait, le cas où cet aspect du maxillaire existe avant l'intervention et où il se fracture au premier coup de ciseau du chirurgien qui pensait trouver un séquestre dans un os dur et hypertrophié.

Que deviennent les dents au cours de ces lésions ostéomyélitiques du maxillaire? Elles s'ébranlent et tombent le plus souvent. Si elles demeurent, elles sont inutilisables et restent même comme des corps étrangers. Se reproduisent-elles? chez l'adulte, O. Chalk le croit, mais beaucoup ne le pensent pas ; en tout cas certains faits de troisième dentition semblent certains. Chez l'enfant, la reproduction des dents au niveau du foyer ostéomyélitique est simulée par le développement des germes dentaires qui ont pu accidentellement rester en place.

IV

Symptomatologie. — A. Forme aigue. — 1. *Début.* — Les signes de l'ostéomyélite aiguë du maxillaire inférieur sont toujours précédés d'une période de latence plus ou moins facile à mettre en évidence, pendant laquelle l'infection évolue insidieusement. Lannelongue a justement insisté sur ce point. Ici, une dent cariée est la preuve fréquente de ce point d'infection primitif, porte d'entrée.

Quoi qu'il en soit de son origine, le début de l'ostéomyélite est marqué par des troubles fonctionnels. La *douleur* apparaît la première. Elle est vive, localisée, dans une moitié de la mâchoire, en un point; la pression l'augmente. Ailleurs, la douleur spontanée ne reste pas localisée et s'étend à toute la sphère du trijumeau.

Le *gonflement* de la joue et des gencives arrive vite : il est vague, diffus, faisant corps avec l'os. La peau conserve sa coloration normale.

Les *dents* sont sensibles et douloureuses, la salive abondante, l'haleine fétide. Il y a du trismus quand la tuméfaction s'étend à la branche montante.

Ces signes locaux s'accompagnent de symptômes généraux variables : la température s'élève dans les premiers jours, on a pu observer du délire, mais souvent tous ces symptômes restent vagues, rarement ils sont très graves.

Chez les jeunes enfants, la succion est pénible, même impossible ; le petit malade ne fait que crier, le sommeil est nul ou à peu près. Cet état de choses

(1) Poncet. Art. nécrose, *Traité de chirurgie* Duplay et Reclus.

dure souvent pendant quelques jours sans que la mère s'aperçoive réellement du gonflement. Beaucoup de parents hésitent encore à montrer l'enfant à un médecin, croyant à une colique, à une simple éruption dentaire, à une fièvre. Ce n'est que lorsque le gonflement est bien visible et que la pression devient douloureuse ou que l'enfant rend du pus par la bouche que les parents se décident à l'apporter à une consultation quelconque. Dans cette période de début, deux signes sont donc à retenir : douleur localisée et gonflement.

En peu de temps la douleur devient lancinante et la fluctuation se fait sentir.

2. *État.* — Le pus cherche à se frayer un passage vers l'extérieur et fuse à travers les alvéoles dont les dents sont ébranlées : il décolle le périoste, perfore la muqueuse, pour sourdre *dans la bouche*, donnant à l'haleine une horrible fétidité. Cette évacuation du pus fait également tomber la douleur et diminuer la tuméfaction, ou bien le pus gagne la *voie cutanée.* C'est alors qu'on voit s'établir ces trajets fistuleux qui durent aussi longtemps que l'élimination du séquestre. Le pus peut s'infiltrer et gagner la région massétérine, l'articulation temporo-maxillaire; il peut aussi descendre le long du cou.

Un stylet introduit par une de ces fistules permet de constater que l'os est dénudé, rugueux; le stylet rend un son sec caractéristique.

Les ganglions sont en général intacts.

Examen de la bouche. — En le faisant avec soin on peut arriver à découvrir quelque point culminant au niveau du siège de l'affection, à ce niveau une ou plusieurs dents sont cariées, mobiles, parfois absentes : une pression exercée sur elles peut faire sourdre du pus de l'alvéole, cette pression est trop douloureuse.

Le sillon gingivo-génien est ordinairement effacé, un empâtement dur l'occupe.

Le petit patient supporte avec peine cet examen qui est très douloureux.

Dans certains cas, la constriction des mâchoires empêche cet examen buccal.

A ces signes de la période d'état, il faut joindre le signe de Vincent qui, d'après lui, serait assez précoce; c'est une plaque d'anesthésie au niveau du trou mentonnier, produite par la propagation de l'inflammation au nerf dentaire inférieur dans le canal dentaire. Ce signe existe surtout dans les cas où la lésion siège à la face interne de la moitié postérieure du maxillaire et quand les deux grosses molaires sont atteintes; ce qui s'explique par le rapport plus intime du nerf dentaire avec ces dernières dents.

Rarement, la guérison survient sans aucune nécrose. Celle-ci est presque constante : le trajet de l'abcès reste fistuleux jusqu'à l'élimination complète du séquestre. La marche vers la chronicité est fréquente.

Localisations diverses. — Si la nécrose se limite au bord alvéolaire tout se passe dans l'intérieur de la bouche; les phénomènes inflammatoires cessent dès l'évacuation du pus; le séquestre s'élimine parfois ou est extrait sans difficultés.

Quand la nécrose intéresse le corps de l'os ou la branche du maxillaire, elle se traduit par une tuméfaction et une induration de la joue et de la partie supérieure du cou. Les fistules siègent surtout à la région de l'angle.

Marche. — L'ostéomyélite peut être *foudroyante* en quelques jours. Les cas mortels s'observent surtout quand plusieurs foyers se développent en plusieurs points du squelette; la mort survient ordinairement avant la localisation exacte des foyers; elle est produite par une infection généralisée.

Ou bien, l'ostéomyélite est *aiguë*, jamais elle ne dure moins d'un à deux mois. Mais ordinairement, surtout si l'on n'intervient pas, l'affection passe à la *chronicité*; les trajets fistuleux semblent intarissables.

B. Ostéomyélite chronique. — Souvent après une poussée aiguë telle que celle que nous venons de décrire, une guérison apparente s'observe, et après quelques mois ou plus, on voit survenir une complication au même point primitivement atteint. Dans d'autres cas, l'ostéomyélite est chronique d'emblée.

La description est ici identique à celle de l'ostéomyélite prolongée des membres. Ceux-ci restent gonflés, déformés, leur aspect extérieur offre l'apparence d'une inflammation chronique profonde, le tégument devient rouge, la peau présente une pigmentation brunâtre.

A la palpation, on reconnaît des hyperostoses. Les douleurs sont parfois intenses, rebelles, caractéristiques d'une ostéite névralgique sans suppuration; elles peuvent exister seules, mais la plupart du temps on voit une suppuration liée à une nécrose; la plaie peut rester cicatrisée pendant des semaines, puis une nouvelle fistule s'ouvrir, précédée presque toujours de phénomènes douloureux dans la profondeur de l'os.

Cette description générale convient exactement au maxillaire inférieur. Il est cependant possible d'en dégager plusieurs types cliniques,

a. *Évolution vers la bouche.* — Voici comment les choses se présentent ordinairement.

Il s'agit le plus souvent d'un enfant qui souffre des dents et présente une fluxion. Les parents le laissent sans traitement jusqu'au jour où des accidents (pouvant aller jusqu'aux convulsions) les décident à le faire soigner. Le médecin conseille l'avulsion de la dent, et son extraction amène l'issue d'un peu de pus.

Tout peut en rester là et la guérison survenir. Ailleurs, et c'est ce qui nous intéresse, l'enfant continue à crachoter du pus avec parfois un peu de sang. Cet état persiste plus ou moins longtemps, sans tendance nette à la réparation spontanée. On voit alors au niveau de la dent ou des dents qu'on a enlevées, l'origine de cette suppuration fétide : le maxillaire est dénudé avec les alvéoles facilement reconnaissables. Tout autour, la gencive est rouge, tuméfiée, et par la pression on fait sourdre un pus jaunâtre, strié de sang et très fétide. L'intervention est indiquée; après incision de la gencive ou tombe sur un séquestre qu'on débride et qu'on extrait. La guérison suit.

b. *Evolution vers l'extérieur.* — Dans un autre ordre de faits, c'est le gonflement extérieur qui attire l'attention. On voit dans ces cas, l'os doubler, tripler de volume. Pour Broca, cette ostéite hypertrophiante n'est que de l'ostéomyélite prolongée, dont la première poussée, atténuée, serait passée inaperçue. On observe surtout ces cas lorsque la dent de sagesse reste anormalement retenue dans la mâchoire. Mais on peut aussi les observer bien avant le moment d'apparition de cette dent; dans deux de nos cas, en effet, il existait cette hyperostose, chez une fillette de six ans et un garçon de douze ans.

Le gonflement du maxillaire était considérable, la peau était brunâtre; des fistules persistaient depuis plusieurs mois. On croit qu'on va trouver un abcès ou une hyperostose considérable du maxillaire; et bien non, l'os est fragile malgré cette apparence de solidité; la table externe est comme soufflée, et dans l'une de nos observations existait une crépitation révélatrice d'une fracture à ce niveau.

Ailleurs, il est vrai, l'hyperostose existe réellement et n'est pas simulée par le gonflement de la table externe.

Quand l'ostéomyélite siège à l'angle ou au bord inférieur de la mâchoire, la palpation montre ces points épaissis.

Le plus généralement la nécrose est révélée par les signes locaux, hypertrophie du maxillaire inférieur, écoulement du pus par la bouche ou par les fistules cutanées, douleur.

A côté de ces formes principales d'ostéomyélite du maxillaire inférieur, aiguë et chronique, nous devons dire un mot de certaines formes qui offrent quelques particularités aux points de vue étiologique, symptomatique ou évolutif.

L'ostéomyélite des fièvres éruptives prend quelquefois un caractère de gravité spéciale avec convulsions, aspect typhique, mais elle reste en général bénigne, et ces symptômes inquiétants disparaissent ou s'atténuent bientôt.

Dans la tuberculose, rien de bien spécial; la marche de cette forme d'ostéomyélite est plus lente, la tuméfaction plus ou moins étendue, plus ou moins douloureuse, indurée d'abord, puis plus molle. La peau rougit, s'ulcère, laissant sourdre un pus mal lié, avec de petits fragments d'os. Sur ce point, les observations de Reboul sont intéressantes à étudier.

V

Complications. — Les complications de l'ostéomyélite du maxillaire inférieur peuvent être *locales ou générales.*

A. Complications locales. — Elles sont les plus fréquentes. On peut les distinguer en immédiates et ultérieures.

a. *Immédiates.* — La *constriction temporaire des mâchoires* s'observe constamment, le plus souvent elle est de nature réflexe, à cette période du moins.

L'*adéno-phlegmon* est à signaler, et alors il est difficile de faire le départ de ce qui revient à l'ostéomyélite d'avec le gonflement de l'adéno-phlegmon, car le tout, os et parties molles, forme une seule masse rouge, dure et douloureuse.

L'infection s'étendant plus loin, vers le plancher de la bouche, on peut voir survenir une *angine de Ludwig* avec ses signes généraux graves s'ajoutant à ceux de l'ostéomyélite quand ils existent, ou en leur absence donnant subitement à la maladie une allure d'extrême gravité. On ne peut pas toujours s'en rendre maître, même par une intervention hâtive.

A la période d'état, on peut encore observer des *fractures spontanées* du maxillaire quand la suppuration amène une nécrose de l'os rapide et étendue. Mais cette complication est plus fréquemment observée à une période ultérieure de l'évolution de l'ostéomyélite et nous la retrouverons plus tard.

Ailleurs on a signalé des *phlébites* de la faciale, et des sinus (cas de Terson) et plus rarement de la méningite. Dans ce dernier cas, la propagation se fait par l'intermédiaire d'une arthrite purulente temporo-maxillaire dont le trismus est le symptôme capital.

b. *Ultérieures.* — La phase aiguë est passée, l'ostéomyélite est chronique, présentant l'aspect décrit plus haut.

A ce stade, la *constriction des mâchoires* existe si souvent qu'on peut presque la considérer comme un symptôme de cette période. Alors elle n'est plus temporaire comme au début, mais permanente. Elle n'est plus réflexe, mais résulte de la propagation de l'infection soit à l'articulation temporo-maxillaire où une arthrite sèche, ankylosante, a pu se développer; soit au masséter et au ptérygoïdien interne qu'on trouve atteints de myosite.

C'est dans cette phase chronique également que s'observent des *fractures spontanées* bien explicables si l'on songe à l'état de l'os dans quelques cas semblant épaissi, d'apparence robuste, mais en réalité soufflé, et fragile.

Comme conséquence de ces fractures pathologiques spontanées ou bien produites par le chirurgien au début de l'intervention (l'os se brisant au premier coup de ciseau) des *déviations de la face* se voient fréquemment, défigurant absolument le malade. La face est asymétrique, aplatie du côté malade, le menton dévié du côté des lésions; la déviation est comme en « un coup de vent », ou bien encore comme si le malade avait reçu un choc violent sur la mâchoire qui l'aurait reportée du côté opposé. On comprend sans difficulté de quelle importance sont ces déformations au point de vue fonctionnel : elles fournissent, en effet, les indications de la prothèse.

B. Complications générales. — Les complications générales sont de gravité croissante, depuis la septicémie la plus atténuée jusqu'à la septicémie aiguë et la pyohémie. Ce sont toutes ces formes d'infection et d'intoxication générales d'origine buccale sur lesquelles Sébileau, J. et C. Tellier ont successivement attiré l'attention. Mais si souvent l'état général est peu atteint, il ne faut pas envisager avec indifférence les accidents même les plus atténués, car ils sont d'un mauvais pronostic.

VI

Pronostic. — Le pronostic de l'ostéomyélite du maxillaire inférieur est variable avec la forme et l'étendue de ses lésions au point de vue immédiat, et ultérieurement avec le mode d'intervention.

Les lésions limitées au bord alvéolaire sont bénignes en elles-mêmes, mais elles accompagnent souvent un mauvais état général.

Quand l'ostéomyélite est plus étendue, son pronostic est plus sérieux. La rétention du pus, la persistance de la suppuration exposent les malades aux complications générales que nous avons signalées. Diverses lésions locales peuvent également mettre la vie du malade en danger, propagation de l'inflammation à l'oreille, aux méninges, ulcérations des gros vaisseaux, fusées du pus dans les gaînes du cou, etc.

Mais, en elle-même, l'ostéomyélite étendue est toujours grave. La guérison souvent simple avec réparation parfaite peut quelquefois ne se faire qu'avec des déformations plus ou moins accentuées gênant la mastication et l'alimentation. La réparation peut être encore défectueuse, l'os néoformé ne pouvant remplir aucunement le rôle du maxillaire à cause de l'absence des dents.

Le traitement modifie beaucoup le pronostic. L'intervention faite en temps voulu peut restreindre l'étendue des lésions et tarir la suppuration. Les appareils de prothèse pareront aux déformations.

VII

Diagnostic. — A. Diagnostic différentiel. — Au début des accidents qui compliquent les diverses lésions dentaires ou gingivales, il n'est pas toujours facile d'indiquer la part qui revient aux parties molles et aux parties dures. Les phénomènes inflammatoires débutent presque toujours par œdème, tuméfaction, rougeur plus ou moins étendue de la région malade. Cet ensemble de symptômes reste quelque temps obscur et ne permet pas d'affirmer si le maxillaire est ou n'est pas intéressé.

Les *adéno-phlegmons* des régions sous-maxillaire et génienne peuvent en imposer pour une suppuration du maxillaire, surtout lorsqu'ils sont consécutifs à une lésion dentaire ou gingivale. Les plus fréquents et les plus facilement confondus avec une lésion osseuse sont les *adéno-phlegmons sous-maxillaires*. Mais la tuméfaction de l'ostéomyélite répond au corps et au bord inférieur de la mâchoire ; elle siège *au-dessous* dans l'adéno-phlegmon. La tuméfaction n'étant pas nettement limitée, empiète sans doute sur les deux régions, mais dans le premier cas son maximum est sur la face et se porte vers la région massétérienne de la joue ; dans le deuxième le maximum répond au cou.

Quelquefois l'ostéomyélite peut être prise pour l'*ostéosarcome*. Il s'agit alors de cette forme d'ostéomyélite prolongée, provoquant une hyperostose du maxillaire. Mais l'*âge* (sujets jeunes le plus souvent pour l'ostéomyélite), les *antécédents* mettront sur la voie. Il est possible, en effet, de retrouver dans l'histoire du malade une succession de poussées phlegmoneuses, la dent point de départ de l'affection. Tout ceci joint aux signes capitaux de l'examen, peau rouge, distendue, sans foyer de suppuration dans l'ostéosarcome, fera le diagnostic. Quand les fistules existent, le doute est impossible. Mais il faut savoir que l'ostéomyélite chronique sans phénomènes inflammatoires, sans fistules, qui boursoufle l'os petit à petit, et même avec anesthésie du territoire mentonnier, peut simuler de tous points l'ostéosarcome.

L'*actinomycose* a une marche chronique, tenace. L'induration est étendue avec tuméfaction notable n'aboutissant pas à la suppuration phlegmoneuse à moins de complications secondaires. La masse est indurée, boursouflée d'élevures irrégulières, livides, de plus en plus ramollies dont le contenu est enfin évacué au dehors par la formation de fistules le plus souvent cutanées. Le liquide qui s'en écoule est séro-sanguinolent.

La présence de grains jaunes dans ce liquide confirme le diagnostic d'actinomycose. Leur absence ne suffit pourtant pas à le faire écarter.

A côté de cette forme dans laquelle les phénomènes inflammatoires prédominent, il en est une autre dans laquelle, au contraire, s'accusent surtout les signes de tuméfaction et de tumeur osseuse. C'est alors surtout avec les néoplasmes que le diagnostic sera à faire (1).

Les symptômes généraux de l'ostéomyélite du maxillaire inférieur sont rarement assez accusés pour en imposer au début pour une fièvre typhoïde, une méningite. Dans ces cas, la localisation de la douleur et des autres symptômes locaux ne tardent pas à lever les doutes.

B. Diagnostic de la nécrose. — Tout ce qui précède nous permet de faire le diagnostic d'ostéomyélite du maxillaire inférieur. Comment reconnaître s'il y a nécrose? Ce n'est pas toujours facile à reconnaître.

Quand les lésions intéressent le *bord alvéolaire*, c'est-à-dire la partie la plus accessible de l'os, le diagnostic se fait en général facilement par la vue, le toucher, l'exploration sous-périostée au stylet et la mobilité du séquestre.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, et le diagnostic reste indécis quand le séquestre reste enfoui dans les parties molles de la *région de l'angle de la mâchoire* tuméfiées et indurées. Plus tard, il sera simplifié : la succession des poussées phlegmoneuses, la multiplication des fistules permettant au stylet d'arriver sur un os dénudé ; la persistance de la suppuration, alors que la dent, point de départ de l'affection, a été enlevée et le foyer purulent drainé largement, permettront d'établir qu'il y a ostéomyélite avec nécrose consécutive probable. Mais souvent, ces symptômes ne deviennent évidents que tardivement, alors que la nécrose a fait des progrès et qu'on a laissé passer le moment favorable pour une intervention qui aurait pu la maintenir dans des limites restreintes. Ce n'est souvent que par des recherches bien conduites que l'on découvre un sé-

(1) Poncet. *Revue de chir.*, 1902.

questre à la présence duquel il faut toujours songer.

Nous avons voulu insister particulièrement sur les nécroses très limitées de la table interne de l'angle parce qu'elles peuvent pendant assez longtemps rester ignorées. On a en présence des malades qui, comme ceux que nous avons observés, ont très nettement un décollement périostique de la face interne de leur maxillaire, décollement par lequel se fait une suppuration continue et où le stylet est facilement introduit par la fistule buccale. D'autre part, on note chez eux, vers l'angle du maxillaire, une grosse tuméfaction, et comme la partie nécrosée se trouve très loin du bord alvéolaire, on ne se rend pas compte de la présence du séquestre. Le stylet, introduit dans le périoste, peut ne pas permettre de soupçonner une partie osseuse mobile. Ce n'est qu'après l'incision faite, au centre de la tuméfaction, en arrière de l'angle de la mâchoire, que le doigt introduit dans la cavité ainsi ouverte, a pu pénétrer jusqu'au contact de la face interne et sentir une lamelle osseuse mobile.

Il faut donc savoir que, dans un cas diagnostiqué périostite du maxillaire, donnant lieu à un empâtement très marqué de la région de l'angle, on peut trouver une nécrose limitée de cet angle, et qu'on doit aller, lorsqu'on est amené à inciser le phlegmon péri-maxillaire, explorer l'angle de la mâchoire et particulièrement sa face interne où l'on trouvera parfois un séquestre.

L'anesthésie du territoire innervé par le nerf mentonnier indique une lésion de l'os intéressant le canal dentaire avec destruction du nerf qu'il abrite. Dans les lésions inflammatoires du maxillaire inférieur où sa présence est reconnue, ce signe doit faire songer à la nécrose de la branche montante et particulièrement de sa table interne ou du corps de l'os. C'est un signe facile à constater qui doit toujours être recherché.

VIII

Traitement. — Le traitement prophylactique de l'ostéomyélite du maxillaire inférieur consiste en soins de propreté de la bouche auxquels on doit veiller surtout chez les enfants. Dans le cas de carie on se souviendra que le jeune âge prédispose à l'ostéomyélite et on la fera traiter même chez les tout jeunes.

Quand l'affection est constituée, lorsque cliniquement les lésions paraissent peu étendues, le traitement le plus généralement adopté est le suivant : on commence par faire l'extraction de la dent ou des dents incriminées; cette intervention peut apaiser les symptômes et suffire pour amener la guérison. Ou bien il faut quelques jours plus tard pratiquer un curetage autour de l'alvéole.

Mais ce mode de traitement ne concerne que ces cas relativement bénins où l'alvéole seule est le siège des lésions et où l'ablation de la dent suffit. Ailleurs le danger est tout autre, les lésions osseuses s'étendent rapidement, les phénomènes généraux sont marqués : c'est la véritable ostéomélite aiguë du maxillaire. Il s'agit d'en prévenir les désordres. « Or, de même, dit Morestin, que le péril est conjuré dans une large mesure dans presque tous les cas d'ostéomyélite aiguë des membres, par une trépanation hâtive, faite à temps et en bon lieu, de même une intervention précoce, opportune, pourrait ici limiter le processus destructeur en arrêtant l'inflammation du tissu osseux dans son extension. Assurément l'opération ne peut être ici aussi bien réglée que pour les os longs, mais le précepte de l'intervention précoce reste établi d'une façon formelle. Ouvrir largement l'alvéole, en extirpant la dent, en faisant sauter au ciseau la table externe du maxillaire dans la partie correspondante de la branche horizontale, ou en la térébrant avec une large fraise, telles sont les indications à remplir. »

Avec Broca, il faut admettre que toutes ces interventions doivent se faire par voie buccale, à moins cependant que les lésions ne soient trop étendues et n'obligent à une résection large.

Les indications et les modes de l'intervention sont plus nets à la phase chronique de l'ostéomyélite. Suivant l'état des lésions il faut distinguer plusieurs cas; mais dans tous on va à la recherche du séquestre qui entretient la suppuration.

1° Dans un premier groupe de faits entrent ces cas où les séquestres sont de simples esquilles plus ou moins volumineuses pouvant intéresser les germes d'une ou deux dents; le curetage alvéolaire suffit à les extraire.

2° Des lésions plus avancées amènent à l'ablation d'un séquestre étendu : c'est une résection large. Dans le cas que nous groupons dans cette catégorie, le corps du maxillaire n'est pas intéressé dans toute sa hauteur; après la résection des parties nécrosées, il subsiste une mince bande osseuse, sans dents, véritable pont osseux qui unit les parties antérieure et postérieure du maxillaire respectées par l'ostéomyélite. Ici pas de déformation de la face, son esthétique est en quelque sorte maintenue. Mais cette bande osseuse est mince et ne peut être toujours utilisée comme support d'un dentier partiel.

3° Ici se rangent les cas où la solution de continuité du maxillaire est interrompue *soit* par une fracture spontanée en plein foyer ostéomyélitique; *soit* par la fonte du tissu osseux dans toute la hauteur du corps de l'os qui oblige, au cours de l'opération, à une résection intéressant toute la hauteur de celui-ci; *soit* encore parce qu'il s'agit d'un séquestre volumineux. Quoi qu'il en soit, voici ce que l'on peut faire :

A. Si la brèche est petite, on peut placer un appareil pour maintenir en place le fragment principal. Cet appareil est le même que celui usité dans quelques cas de fracture de la mâchoire inférieure avec point d'appui sur les dents du côté sain et fixé d'autre part au front sur une couronne en cuir. Cet appareil peut suffire à maintenir en place le fragment principal en l'empêchant d'être attiré du côté malade;

B. La brèche n'étant pas comblée, et la suppuration persistant avec cet aspect de la peau déprimée comme pour combler la perte de substance osseuse, il faut rouvrir, nettoyer à la curette et à la gouge et placer un appareil prothétique. Mais deux cas se présentent alors (docteur Martin) :

α. *Si le fragment postérieur est assez long*, la pro-

thèse se fait avec une bande de platine vissée sur les deux fragments. Une poussée d'ossification pourra se produire à laquelle cette lame servira de conducteur;

β. *Si le fragment postérieur est trop court*, sa résection au-dessus de l'angle s'impose; on désinsère le masséter et le ptérygoïdien interne; on visse sur le fragment antérieur une pièce d'attente pour maintenir la forme générale de la région. Cette pièce provisoire est celle décrite par le docteur Martin (1). Elle est creusée d'une série de canaux s'ouvrant à la surface; tous aboutissent à un canal unique qui émerge sur le bord supérieur de l'appareil et se continue par un tube de caoutchouc de 15 à 20 centimètres qui sort par la bouche. A ce tube s'adapte l'embout de l'irrigateur. Le lavage est fait avec force pour opérer une véritable chasse au niveau de la plaie. Ces lavages sont faits toutes les deux heures. On les continuera jusqu'à la levée de ce premier appareil. Ce dispositif dispense du drainage par la plaie extérieure, et de plus cette prothèse immédiate entraîne par nécessité d'éviter toute pression sur la ligne de suture, l'obligation de reporter l'incision plus en arrière et d'éviter autant que possible la section de la lèvre inférieure et de son muscle orbiculaire.

Au bout de deux à trois semaines l'état de la plaie peut être assez satisfaisant pour permettre d'enlever la pièce provisoire et d'établir celle qui sera définitive.

Enfin il est des cas très graves dans lesquels, même après semi-résection de la mâchoire, on peut voir le processus inflammatoire et nécrosant dépasser la ligne médiane et s'étendre progressivement, insidieusement, sans température et sans douleurs, à l'autre moitié du maxillaire. La pièce prothétique d'attente, qui prenait point d'appui sur cette moitié du maxillaire et remplissait le vide laissé libre par la résection de la partie opposée, ne tient plus en place. L'os sur lequel elle s'implantait se ramollit, les dents se déchaussent et s'ébranlent, la maxillaire prend une consistance de carton mouillé et, lorsqu'on presse sur les gencives, on voit de toutes parts sourdre du pus au collet des dents. Force est alors d'enlever l'appareil et de réséquer la partie nécrosée. On arrive ainsi à avoir des résections presque totales du fer à cheval. Celle-ci peut se faire presque tout entière par la voie buccale. On conserve ainsi la gouttière muqueuse et périostique dans laquelle était inclus l'os malade et on le remplace par un appareil de même forme en étain lourd qui maintient la configuration extérieure de la bouche et du menton pendant la longue période de la cicatrisation.

Le malade peut et doit l'enlever tous les jours pour faire des lavages et le remettre en place aussitôt après.

L'esthétique extérieure est ainsi en partie sauvegardée, mais il n'en est pas de même de la fonction dont la restauration, après ces grandes pertes de substance, constitue un des problèmes les plus difficiles de la prothèse dentaire.

(1) Martin. *Lyon méd.*, 3 sept. 1905.

BIBLIOGRAPHIE

Alquier. Th. de Lyon, 1900 (Curtillet). — Atcham. Th. de Paris, 1900 (Broca). — Delucq. Th. de Paris, 1897 (Broca). — Broca. *Bull. de la Soc. anat.*, 1887, 1892; — *Revue de stomatol.*, 1896. — Martin. *Lyon méd.*, sept. 1905. — Morestin. *Bull. de la Soc. anat.*, 1901. — Pont. *Lyon méd.* — Reboul. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1897. — Vignard et E. Mouriquand. *Lyon méd.*, 1905.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 20 décembre 1905)

Chirurgie des voies biliaires. — M. Terrier apporte au débat, qui a lieu sur cette question, plusieurs observations tendant à prouver qu'il y a lieu de restreindre de plus en plus les indications de la cholédoco-entérostomie et de préférer à cette opération la cholédocotomie faite largement et le drainage après la cholécystectomie. Toutes ces observations sont superposables; ainsi dans le premier cas, il s'agissait de lithiase biliaire; M. Terrier fait une large incision en baïonnette, allant de l'appendice xyphoïde à 5 centimètres environ à droite et au-dessous de l'ombilic; incision du canal cholédoque, extraction de deux calculs du canal cholédoque, cathétérisme des canaux biliaires, cholécystectomie, fistule biliaire; guérison et disparition de la fistule après vingt-quatre jours.

Dans la deuxième observation, une femme âgée de trente-huit ans avait eu de l'ictère et des coliques hépatiques; M. Terrier l'opère; il fait toujours la même incision en baïonnette, trouve une vésicule peu distendue; on y fait une ponction exploratrice, on ouvre la vésicule, on cathétérise le canal cystique, on explore le canal cholédoque, on l'ouvre et on y trouve un calcul volumineux, on le fait remonter par pression et on l'extrait, on fait la cholécystectomie; suites normales, guérison après vingt-deux jours.

Troisième observation : lithiase biliaire avec fistule et abcès, incision en baïonnette, ouverture de la vésicule, cathétérisme, extraction de deux calculs siégeant dans le canal hépatique; suites immédiates graves, crises cardiaques, insuffisance urinaire, mort. A l'autopsie, on trouve un calcul dans le cholédoque qui avait échappé au cathétérisme.

Quatrième observation : calcul du cholédoque, angiocolite; le docteur Gosset opère, extrait un calcul du canal hépatique, deux calculs du cholédoque; suites bonnes, guérison.

Cinquième observation : cholécystite suppurée, opération, ponction de la vésicule qui contient du pus, cholécystectomie, ouverture du cholédoque d'où on extrait deux calculs volumineux; suites longues, suppuration. Cette malade était déjà très infectée au moment de l'intervention.

En résumé, dans toutes ces observations M. Terrier et M. Gosset ont toujours suivi la même conduite : longue incision en baïonnette, exploration directe des canaux biliaires avec des sondes différentes pour éviter toute infection, incision de la vésicule, décollement des adhérences, cholécystectomie, ouverture du cholédoque pour assurer l'extraction de tous les calculs, drainage des canaux ouverts. Avec cette conduite, la cholédoco-entérostomie devient inutile.

M. Hartmann insiste sur les difficultés du diagnostic dans certains cas; il croit, dans un cas, chez un enfant de quatre ans, avoir fait une cholédoco-entérostomie; il n'en est pas

certain, car on ne sait pas au juste quelle partie des voies biliaires on anastomose avec l'intestin. L'amaigrissement très notable, joint à la distension de la vésicule, ne sont pas des signes en faveur d'un néoplasme, car ils s'observent également dans la lithiase.

Au point de vue opératoire, M. Hartmann estime, avec M. Terrier, qu'il faut se donner du jour, afin de pouvoir facilement explorer les voies biliaires, les cathétériser soigneusement, ouvrir le cholédoque, enlever tous les calculs, etc. Cette conduite vaut mieux que celle qui consiste à faire une cholédoco-entérostomie, opération qui laisse parfois des douleurs et oblige souvent le chirurgien à intervenir de nouveau.

Tumeurs d'origine branchiale. — M. Le Dentu rappelle qu'il y a deux ans M. Reclus a fait une communication sur les épithéliomas branchiaux, indépendants de la glande sous-maxillaire. C'est un cas de ce genre que veut faire connaître M. Le Dentu. Il s'agissait d'une tumeur grosse comme une noisette, siégeant sur le bord inférieur du corps du maxillaire inférieur, tumeur ovoïde, mobile, environnée de tissus sains, sans ganglions de voisinage, complètement indépendante de la glande sous-maxillaire. La dissection de cette tumeur conduisit le chirurgien sur le muscle mylo-hyoïdien. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un myxome, d'une tumeur mixte d'origine branchiale, sans connexion avec la glande sous-maxillaire, en connexion avec le muscle mylo-hyoïdien.

MM. Faure et Delbet signalent des faits analogues.

Rhinoplastie. — M. Berger présente un jeune garçon dont le nez avait été détruit par un lupus ; M. Berger lui a refait un nez très présentable avec un lambeau du frontal et du cartilage costal.

Craniectomie. — M. Tuffier présente un craniectome.

Mort sous le chloroforme mais non par le chloroforme. — Très intéressante l'observation présentée par M. Guinard : Il allait laparotomiser une jeune femme pour une grosse suppuration pelvienne ; selon la coutume adoptée dans son service, on lui donne un peu de chlorure d'éthyle, puis on applique le masque de l'appareil de Ricard pour le chloroforme ; la malade respire à peine quelques bouffées et meurt. C'était, selon toute apparence, la syncope du début de la chloroformisation ; respiration artificielle, tractions de la langue, électrisation, trachéotomie, insufflation de bouche à trachée, tout échoua.

M. Guinard, qui jusqu'alors se félicitait de la simplicité et de la sécurité du chloroforme administré avec l'appareil de Ricard, était sur le point de perdre un peu sa confiance dans ce mode d'anesthésie ; mais l'autopsie montra qu'il ne fallait nullement incriminer, dans ce cas, le chloroforme ; on trouva un énorme caillot dans le cœur droit, caillot dont on trouva la moitié et le point de départ dans la veine iliaque primitive.

M. Terrier rapporte l'histoire d'une femme qui, après une chloroformisation, s'est réveillée hémiplégique par suite d'une rupture vasculaire au cours de l'anesthésie.

M. Segond cite l'exemple d'une femme qu'il allait opérer et qui est morte subitement dans l'ascenseur qui la montait à la salle d'opération.

Etant suppléant à Beaujon, il allait opérer une malade et on allait commencer à l'endormir, quand M. Segond fut apppelé chez le directeur ; il demanda que l'on attendît son retour avant de donner le chloroforme ; quand il revint, la malade était morte subitement.

Ces faits prouvent que tous les cas de mort survenus au cours d'une anesthésie ne sont pas toujours attribuables à l'anesthésique. L'exemple cité par M. Guinard est particulièrement instructif et il serait à désirer qu'on pût toujours faire l'autopsie après une mort survenue au cours d'une anesthésie.

Elections. — M. Segond est élu président pour 1906 ; M. Quénu, vice-président ; M. Michaux, premier secrétaire ; M. Chaput, deuxième secrétaire ; M. Arrou, trésorier, et M. Broca, archiviste.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(suite)

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Ordre de lecture des copies (*suite*). — MM. 361. Dragoesco, Mlle Debat-Ponsan, MM. Canque, Dauge. Auguste, Dehelly, Labande, de Brunel de Serbonnes, Lorin, Mornet,

371. Deroide, Halinn-Grand, Jean Gautier, Maurios, Gérard, Barré, Railliet, Duchet-Suchaux, Prével, Couput,

381. Bazy, Barbet, Petiteau, Lévy-Bruhl, Brenac, Edouard Le Noble, Thiel, Mallet, Rousselot, Levant,

391. Senlecq, Leroy, Moulu, Collignon, Voillemot, Gilbert, Jumon, Metzer, Jais, Aumaître,

401. Foy, Bourlier, Hernette, Jean Berger, Queuille, Schreiber, Saison, Cheurlot, Olivier, Josephson,

411. Henri Bénard, Charroppin, Vermorel, Ségard, Castéran, Chataing, Morellet, Bax, Gougelet, Parrical de Chammard,

421. Huguet, Graziani, Haller, Garban, Guillon, Gauducheau, Avezou, Juillard, Chenot, Thyébault,

431. Ekmekdjian, Debre, Mallein, Guiard, Bruslé, Georges Boutin, Vernes, Louvrier, Josset-Moure, Weissenbach,

441. Paillard, Nicaud, Gomand.

GUERRE. — Corps de santé des troupes coloniales. — Par décision ministérielle du 21 décembre 1905, ont été nommés, pour compter du 15 janvier 1906, et admis à suivre les cours de l'Ecole d'application du service de santé militaire du Val-de-Grâce, qui commenceront à cette date :

A l'emploi de médecin stagiaire des troupes coloniales : MM. Dodier, Barthès, Perreaux et Goüin.

MARINE. — Ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de troisième classe. — MM. les élèves du service de santé de la marine, reçus docteurs en médecine, Bodet, Le Berre, Robin et Brochet.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La médecine et les médecins en France à l'époque de la Renaissance, par le docteur Wickersheimer. 1 vol. in-18 (Bibliothèque de curiosités et de singularités médicales). Prix : 7 fr. 50. — Paris, A. Maloine.

L'hérédité de la tuberculose, par Joseph Vires, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. Petit in-8° (Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire). Prix : br., 2 fr. 50 ; cart., 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 147. — MARDI 26 ET JEUDI 28 DÉC. 1905. 78e ANNÉE. MARDI 26 ET JEUDI 28 DÉC. 1905. — N° 147.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Sur la fausse membrane de l'entéro-colite, par Charles Esmonet.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine.
Société médicale des hôpitaux.
Société de biologie.
ANALYSES
Médecine : Les œdèmes sans albuminurie chez les jeunes enfants ; — Un signe de paralysie organique du membre inférieur. Possibilité de soulever isolément le membre paralysé avec impossibilité de soulever simultanément les deux membres inférieurs.
Chirurgie : Transplantation ovarienne ; — Kyste acquis (?).
Dermatologie : Le chancre simple expérimental de la paupière chez les singes macaques.
Obstétrique : Description de quelques bassins rachitiques.
Hygiène : Garderies d'enfants annexées aux usines.
LIVRES NOUVEAUX
CORRESPONDANCE
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — M. Sebileau, chirurgien des hôpitaux, est nommé directeur des travaux à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, en remplacement de M. Quénu, démissionnaire.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE DES COPIES. — *Anatomie.* — Séance du 23 décembre : MM. Boullard et Marre (Louis), 12 ; Rousseau-Langwelt, 11 ; Lemercier, 9 ; Chibret et Lafont, 8 ; Dureau, 7, et Petel, 4.

— Séance du 26 décembre : MM. Tinel, 14 ; Moyrand, 12 : Bourdier et Ehrenpreis, 11 ; Francey, 7 ; Alexandre (Paris) et Faux, 6, et Sourdet, 4.

La prochaine séance a lieu le mercredi 27 décembre à huit heures trois quarts du soir à l'Hôtel-Dieu.

Pathologie. — Séance du 23 décembre : MM. Giry, 13 ; Marcorelles et Merle (Pierre), 12 ; Blanc, Brisset (Léon) et Perdoux, 9 ; Martinguay et Quinquand, 8 ; de Vaugiraud, 7, et Bouchaud, 6.

— Séance du 26 décembre : Le Blaye, Deverre et di Chiara, 11 ; Henry, 10 ; Bernard, 9 ; Flandin, 6 ; Menot (Léonce), 5 ; Pakowski, 4, et Le Grand, 3.

Prochaine séance le 28 décembre à huit heures trois quarts du soir à la Charité.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LILLE. — La médaille d'or de l'Internat est décernée à M. Petit.

Les prix de l'Externat sont accordés à MM. Andrès, Brécourt, Carlier, Carrez, Dequidde, Gérard, Horel, Leconte, Pilez, Tréhout.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par décret en date du 22 décembre 1905, rendu sur le rapport du ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes, M. Albert Robin, agrégé des facultés de médecine, est nommé professeur de clinique thérapeutique à la faculté de médecine de l'Université de Paris (fondation de M. le duc de Loubat).

ÉCOLES DE MÉDECINE. — BESANÇON. — Un concours s'ouvrira le 17 juillet 1906, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — M. Poincaré, vice-président, est nommé président, et M. Chauveau, vice-président, pour l'année 1906.

BUREAU D'HYGIÈNE DE LYON. — Le concours pour quatre quatre places de médecin interne près le bureau d'hygiène s'est terminé par la nomination de MM. Gaston Musy, Chazal, Albert Musy, Mlle Trufinet.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — MM. les docteurs Héry et Magnin (de Paris), et Raymond, médecin-major à l'hôpital militaire de Vichy, sont nommés chevaliers du Mérite agricole.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS. — La prochaine séance aura lieu le jeudi 28 décembre, à quatre heures et demie, 12, rue de Seine, dans les locaux de la Société de chirurgie.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Aubert (de Saint-Zacharie [Var]), Bonnescuelle de Lespinois (de Toulon), Thouvenet (de Limoges) et Lebon (de Nancy).

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX. — M. Chevrier, prosecteur, reprendra ses conférences privées d'internat le 15 janvier. Prière de s'inscrire après le 8 janvier, à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin.

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale expérimentale et clinique. — (N° 180, 25 déc. 1905.) REDARD : Radiothérapie dans les adénopathies tuberculeuses. — G. HARET : Cancer du col de l'utérus traité avec succès par la radiothérapie. — J. MARIE : Des avantages de la radiographie stéréoscopique sur la radiographie simple pour l'examen du pied.

Archiv. für Kinderheilkunde. — (T. XLI, fasc. III et IV.) ENGEL : Pathogénèse de l'hydro- céphalie intense congénitale et son influence sur le développement de la moelle. — ROSENHAUPT : La question de la dégénérescence graisseuse du foie chez le nourrisson. — KORSEKOFF : Contribution à l'étude de la fièvre ganglionnaire. — DEWITZKI et MOROSOW : Lymphangiome en forme de sac du grand épiploon. — RAHR : Un cas de sclérome chez une petite fille de six ans. — MOROSOW et CHATUNSEW : Rougeole et fièvre typhoïde évoluant simultanément. — LESCHZINER : Remarques sur la méningite cérébro-spinale. — (XLII° vol., fasc. I et II.) NEUMANN : Traitement policlinique des maladies d'enfants. — JAPHA : La cuisine pour nourrissons. Résultats et but. — MOASS : Remarques sur le fonctionnement d'un service de chirurgie. — SPIRO : Remarques sur le fonctionnement du service des yeux. — PELTESOHN : Remarques sur le fonctionnement du service des oreilles, du cou et du nez. — BISCHOFSWERDER : Remarques sur le fonctionnement du service des malades atteints de troubles de la parole. — BADT : Résultats du traitement des atrophiques et des prématurés, de 1899 à 1904. — KOBRAH : Contribution statistique à la morbidité, la mortalité, et au traitement du catarrhe intestinal des nourrissons. — BERGMANN : Maladies aiguës de l'intestin, en 1904. — EWER : L'ictère catarrhal à Berlin. — NEUMANN et OBERWARTH : Fréquence de l'hérédo-syphilis. — JAPHA : Fréquence, diagnostic et traitement du spasme de la glotte. — FOREST : Diphtérie et croup chez les nouveau-nés. — OBERWARTH : Le crâne en forme de tour. — FOREST : Les variations en teneur de graisse du lait de femme, et le traité systématique permettent de déterminer la quantité de graisse contenue dans le lait. — NEUMANN : Une nouvelle variété de crise chez les petits enfants. —

Archives générales de médecine. — (N° 51, 19 déc. 1905.) NOBÉCOURT et DE VICARIS : Recherches sur la flore bactériologique de la bouche normale chez les enfants pendant le premier mois et au moment de l'éruption dentaire. — ROUSSY : Contribution à l'étude des tumeurs méningées. — SABRAZÈS et LETESSIER : Procédé de coloration de la névroglie. — GRENET : Traitement de la tuberculose par la chaux. — LEVAL : Les hôpitaux de Hiéroshima.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 21, 8 déc. 1905.) E. ROCHARD : De l'isolement des tuberculeux chirurgicaux. — (N° 22, 15 déc.) A. ROBIN : Régime et traitement fonctionnels dans les maladies du foie (*suite*). — P. DIGNAT : Les récentes découvertes et leur influence sur l'électrothérapie.

Bulletin médical. — (N° 96, 13 déc. 1905.) DUPRÉ : L'œuvre psychiâtrique et médico-légale de l'Infirmerie spéciale de la préfecture de police (Lasègue, Legrand du Saulle, P. Garnier). — P. GALLOIS : L'acné mentionnière des jeunes mariées. — (N° 97, 16 déc.) CHEVALLEREAU : Traitement des conjonctivites.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 49, 7 déc. 1905.) AHLFELD : Réhabilitation de la main comme instrument obstétrical et chirurgical. — WASSMUTH : Sur deux cas de septicémie guéris par le collargol. — LEGRAND et AXISA : Sur les anaérobies dans le pus des abcès dysentériques du foie et du cerveau en Egypte. — BÖHM : Sur un cas de hernie diaphragmatique étranglée. — BACHAUER : Progrès dans le traitement des maladies des oreilles. — SPEISER : Le celluloïd comme moyen de contention commode et transparent dans les fractures du maxillaire inférieur. — JOSEPH et KRAUS : L'alypine, nouvel anesthésique local. — ENGELEN : Un cas de poliomyélite antérieure chronique de l'adulte.

Écho médical du Nord. — (N° 51, 17 déc. 1905.) COMBEMALE : Un cas de contagion directe de fièvre typhoïde. — E. CHARDON et RAVIART : Vingt et un cas d'idiotie avec autopsie.

Lyon médical. — (N° 51, 17 déc. 1905.) F. LECLERC : Deux cas de rétrécissement aortique avec maximum de souffle à gauche du sternum. — DUMAREST et BAYLE : Note sur l'emploi de deux moyens thérapeutiques : le sérum gélatiné et les inhalations de formol.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 50, 12 déc. 1905.) CURSCHMANN et GAUPP : Sur la présence de la Röntgen-leucotoxine dans le sang au cours de la leucémie lymphatique. — KÜHN : Nouvelle méthode de Sahli pour explorer le chimisme gastrique dans les conditions normales, sans l'emploi de la sonde. — AMANN : Sur les tumeurs secondaires de l'ovaire. — STEFFEK : Sur le traitement des tumeurs annexielles. — RAAB : Que mesurons-nous avec le tumomètre de Gärtner? — TOMASCHUY : Sur un symptôme inusité de l'hémorragie aiguë mortelle du pancréas. — TOMACZENSKI : Sur l'emploi de l'iodipine en injections souscutanées. — WEINBERG : Statistique étiologique du cancer. — GROSSMANN : Un urinal pour enfants. — HEILBRONNER : Sur les troubles mentaux, comme conséquence immédiate de la commotion cérébrale. — LUIDNER : La chirurgie du cœur et du péricarde.

Presse médicale. — (N° 103, 23 déc. 1905.) BUÉ : Hygiène sociale. Les crèches industrielles. — BOURGEOIS : Nasopharynx et tuberculose pulmonaire. — MARTINET : Bromatologie clinique des légumineuses.

Revue générale des sciences pures et appliquées. — (N° 22, 30 nov. 1905.) A. CLAUDE et L. DRIENCOURT : La méthode des hauteurs égales en astronomie de position. — P. GAUBERT : Cristaux liquides et liquides cristallins. — H. HARTMANN : Revue annuelle de chirurgie.

Revue mensuelle des maladies de l'enfance. — (Déc. 1905.) NOBÉCOURT, LEVEN et Prosper MERKLEN : Le poids et les urines dans la rougeole. — CRUCHET et LEPAGE : Le bacille de Koch dans les selles chez l'enfant. — GAUDIER : Pyopneumothorax supérieur droit avec vomiques.

Revue scientifique. — (N° 24, 9 déc. 1905.) A. DITTE : Les agents minéralisateurs. — B. BATTELLI et A. STEFANINI : Sur la nature de la pression osmotique. — LOWENTHAL : Etat sanitaire et démographie comparés des villes de Paris et Berlin. — (N° 25, 16 déc.) Michel LÉVY : Sur les particularités de nature, de gisement et de métamorphisme des roches éruptives de profondeur. — Alfred DITTE : Les agents minéralisateurs.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 49, 7 déc. 1905.) HOLOBUT : Rapports entre la tension sanguine et la composition du sang. — ALTMANN : Traitement de l'hypertrophie prostatique par les bains radio-actifs de Gastein. — CLAIRMONT : Sur l'injection endoneurale de sérum antitétanique. — PICK : Sur des formes d'apparition rares du lupus érythémateux. — RAVASINI : Sur l'urétrotomie interne.

SUR LA

FAUSSE MEMBRANE DE L'ENTÉRO-COLITE

Par Charles ESMONET (de Châtel-Guyon),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

L'étude des exsudats muco-membraneux au cours de l'entéro-colite a été poursuivie par nombre d'auteurs. Nous nous bornerons à rappeler, entre tant d'autres, les travaux de Laboulbène (1), de Siredey (2), de Krysinski (3), d'Edwards (4), de Kitagawa (5), la critique complète qu'en ont faite : M. Mathieu dans son *Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin*, MM. Vouzelle (6) et Froussard (7) dans leurs thèses, M. Gaston Lyon (8) dans ses monographies sur l'entéro-colite et l'entéro-névrose, M. de Langenhagen (9) dans diverses publications.

Si complètes qu'elles soient, les recherches histologiques dont nous avons pris connaissance ne nous renseignent pas sur les étapes successives de la formation de cette fausse membrane, et cependant il nous a paru que les détails mêmes de structure et la qualité des éléments constitutifs de la fausse membrane peuvent, jusqu'à un certain point, guider dans l'interprétation de son mécanisme de formation et concordent avec les faits expérimentaux de si haut intérêt que vient de faire connaître M. H. Roger (10).

Nous ne reproduirons point ici la description de la fausse membrane, telle que l'ont faite les auteurs précédemment cités, non plus que le très suggestif examen de M. Nattan-Larrier que nous avons reproduit dans une communication à la Société médico-chirurgicale de Paris (27 nov. 1905). Rappelons seulement que, sur les préparations de fausses membranes bien recueillies, fixées et colorées (11), toutes conditions qui ne sont pas aisées à réaliser à chaque fois, on voit, à l'examen des coupes, alterner des couches dont les unes sont composées d'une substance homogène, hyaline, les autres d'une substance vaguement fibrillaire, répartie en strates superposés. Dans les premières, on ne trouve que de rares éléments cellulaires, arrondis, plus ou moins altérés. Dans les secondes au contraire, les mailles du réticulum logent un nombre considérable de cellules plus ou moins nécrosées dont les altérations, tant du noyau que du protoplasma, deviennent de plus en plus nettes à mesure que l'on s'éloigne de la couche extérieure de la membrane. La surface excentrique des couches fibrillaires est lisse, tantôt nue, tantôt revêtue d'une rangée de cellules disposées en palissade (M. Nattan-Larrier). La grande majorité de ces cellules semblent être des cellules d'épithélium intestinal, bien plutôt que des leucocytes.

Nous avons proposé pour les premières de ces couches le nom de *mucineuses*, et pour les secondes celui de *muco-épithéliales*. Chacune des couches mucineuses est centrale par rapport à la couche muco-épithéliale qui lui correspond.

L'épaisseur des couches muco-épithéliales est d'environ un millimètre. Les couches mucineuses sont de moitié environ plus épaisses; la couche mucineuse primaire, celle qui est la plus interne de toutes, est d'une épaisseur considérable et se distingue encore des précédentes par la présence de quelques débris alimentaires et d'une flore microbienne extraordinairement abondante.

La fausse membrane résulte de l'apport successif de mucus et de cellules épithéliales desquamées dont les couches se superposent autant de fois et aussi longtemps que l'irritation intestinale se reproduit ou persiste. Soit que l'on invoque la présence d'un bol fécal, excitant la muqueuse intestinale, comme le ferait un corps étranger — soit qu'on accuse une « épine» irritative sous les espèces d'une appendicite plus ou moins méconnue, d'une salpingite, d'une néphroptose, etc. — ou une influence psychique, ou telle autre cause que l'on voudra parmi celles, innombrables, que l'on a fait présider à la genèse de l'hypersécrétion muqueuse intestinale — en fin de compte, tout semble se ramener à une excitation du grand sympathique abdominal, comme l'ont avancé MM. Gaston Lyon, Mathieu, Le Gendre, etc., comme ont tenté de le démontrer expérimentalement MM. Hallion et Bernard, M. Laignel-Lavastine, MM. Soupault et Jouaust. En présence des difficultés opératoires presque insurmontables auxquelles il faudrait obvier pour dissocier, au cours de l'expérimentation, la part revenant à tel ou tel des systèmes nerveux intriqués dans la paroi intestinale et dans les filets nerveux qui s'y rendent, nous avons proposé de rapprocher ce qui se passe au niveau de l'intestin de ce qui se passe au niveau de la glande sous-maxillaire, au cours de l'excitation séparée de la corde du tympan et du filet sympathique se rendant à cette même glande. On sait en effet que l'excitation de la corde du tympan détermine une salivation abondante, légèrement visqueuse, limpide, commençant avec l'excitation, finissant avec elle, et contenant 10 à 12 p. 1000 de matériaux solides, dont une petite part organique. Par contre, la salive obtenue par l'excitation du filet sympathique correspondant n'apparaît qu'un certain temps après le début de l'excitation et cesse assez rapidement, même alors que l'on continue l'excitation. Elle est très visqueuse, elle est opaque et renferme 40 à 70 p. 1000 de matériaux solides et pour la plupart de nature organique. Enfin elle

(1) Laboulbène. *Recherches cliniques et anatomiques sur les affections pseudo-membraneuses.*

(2) Siredey. Soc. méd. des hôpit., 1866.

(3) Krysinski. *Ueber Enteritis membranacea*, Iéna.

(4) Edwards. *Amer. Journ. of med. sc.*, 1888.

(5) Kitagawa. *Zeits. f. klin. Med.*, 1890.

(6) Vouzelle. Th. de Paris, 1899.

(7) Froussard. Th. de Paris, 1900, et passim.

(8) Langenhagen. *Semaine méd.*, 1898, et passim.

(9) Gaston Lyon. *Monographies cliniques*, nos 22 et 37.

(10) Prof. Roger. Soc. de biol., 11 nov. 1905; *Presse méd.*, 15 nov. 1905.

(11) Le meilleur procédé semble être celui recommandé par M. le docteur Mathieu. Recueillir la fausse membrane dans l'eau salée, dans du sérum physiologique. Puis fixer par la série des alcools. Inclure à la celloïdine. Colorer à l'hématéine-éosine, à la thionine, etc.

contient, ce qui autorise le rapprochement que nous proposons de faire entre ces deux sécrétions sous-maxillaire et intestinale, des *éléments figurés* en grand nombre et de *petits blocs mucineux*, gélatiniformes. Aussi pensons-nous, comme M. Mathieu et après lui, que, après exsudation de la couche mucineuse intestinale, une partie du liquide contenu dans cette couche est résorbée par la paroi : la consistance gommeuse de la membrane se trouve ainsi augmenter progressivement. Il semble en effet qu'il y a un rapport entre la consistance, l'épaisseur, les dimensions de la fausse membrane et la durée de la stase fécale.

Les examens histologiques ne semblent point en contradiction avec cette manière de voir. On peut admettre que, après sécrétion d'une première couche, le pouvoir absorbant de la muqueuse colique reparaît : la déshydratation s'effectue au niveau de la zone muco-épithéliale en lui donnant son aspect tassé, fibrillaire. Puis, nouvelle excitation sympathique avec nouvelle sécrétion, nouvelle résorption et déshydratation au niveau de la nouvelle couche muco-épithéliale, et enfin expulsion spontanée ou provoquée de la fausse membrane avant que l'*assèchement* ait pu se poursuivre jusqu'aux couches sous-jacentes. D'ailleurs l'augmentation de résistance des couches devenues fibrillaires et leur perméabilité probablement diminuée, expliquerait comment cet assèchement ne peut se poursuivre que sur une tranche peu épaisse de la membrane et seulement au contact immédiat de la muqueuse. Cependant, l'examen histologique révèle une opposition si nette entre l'aspect du mucus dans les couches homogènes et fibrillaires qu'on ne peut se défendre de penser à un mécanisme autre, ou tout au moins superposé à celui de l'assèchement, et de se demander s'il n'existe pas un rapport entre l'aspect fibrillaire de la mucine en ces points, et la présence des nombreuses cellules intestinales y incluses.

Le surmenage fonctionnel, qui vide la cellule muqueuse de son contenu, en précipite la fin et le nombre considérable d'éléments épithéliaux rencontrés dans les couches fibrillaires nous en paraît une preuve. Au début, la cellule gorgée de mucus ne fait que décharger son trop-plein; aussi, à peine quelques-unes tombent dans la couche mucineuse homogène. Puis, sous l'influence des contractions musculaires avoisinantes, des congestions vasculaires, peut-être même du fait d'une contraction de la cellule épithéliale, comme l'ont prétendu quelques histologistes, une nouvelle expulsion de mucus est obtenue; mais c'est aux dépens de la vie des cellules, s'il faut en croire leur chute, en une couche presque continue, à la limite excentrique des zones fibrillaires. La simultanéité de cette chute semble indiquer qu'après avoir, pendant le même temps, subi la même excitation et fourni le même travail, elles ont épuisé une même résistance.

Faut-il placer dans les phénomènes ultimes qui s'écoulent entre le moment où l'effort physiologique de la cellule est dépassé et celui de sa mort, l'instant où naîtrait quelque substance, jusqu'alors émise en quantité négligeable ou contrebalancée par un produit d'action contraire? Ou bien est-ce après la mort même, par un procédé analogue à celui qu'on a invoqué pour les leucocytes, que serait mis en liberté quelque ferment, jusqu'à ces derniers temps ignoré? Telle est l'hypothèse qu'en l'absence de tout contrôle expérimental on n'eût osé qu'avec peine avancer avant les belles et toutes récentes recherches de M. Roger sur la genèse de la fausse membrane entéritique.

M. Roger, au cours des recherches poursuivies avec M. Trémolières, a constaté que les productions membraniformes expulsées par le lapin restent insolubles dans l'eau de chaux, à la différence du mucus ordinaire, du mucus glaireux qui s'y dissout aisément. Le mucus, comme beaucoup de colloïdes, est devenu insoluble parce qu'il s'est coagulé, et la coagulation des colloïdes s'opérant sous l'influence des ferments, M. Roger put mettre en évidence ce ferment auquel il a donné le nom de *mucinase* (1). Après avoir préparé avec une muqueuse intestinale de chien ou de lapin de la mucine, il prépare la mucinase en partant de la même muqueuse, plongée dans la glycérine; puis l'extrait est précipité par l'alcool fort, le précipité redissous dans l'eau. L'addition de la mucinase à une solution de mucine en détermine la coagulation : elle se dépose en grumeaux dans le fond; le liquide, qui était de transparent devenu trouble, s'éclaircit à nouveau, et la couche surnageant le culot de mucine coagulée n'en contient plus trace.

Dans des expériences dont la haute portée thérapeutique ne saurait échapper, M. Roger a constaté que la bile contenait des substances s'opposant à l'action du ferment. Ainsi s'expliquerait-on « pourquoi le mucus reste liquide dans la partie supérieure de l'intestin grêle et pourquoi il se coagule dans le gros intestin, et, sous cette forme, fait partie intégrante du bol fécal ».

D'après ce que nous montre l'examen histologique, nous pensons que la *mucinase* de M. Roger *est mise en valeur après et par la mort de la cellule épithéliale intestinale*. Dans les coupes, c'est là où gisent de nombreux cadavres cellulaires que la mucinase a agi. Il semble qu'il n'y ait point eu coagulation là où les cellules desquamées sont rares ou absentes. En résumé l'*action de la mucinase ne semble pouvoir l'emporter sur l'action anti-coagulante de la bile qu'à l'occasion d'une hypersécrétion et conséquemment d'une destruction épithéliales intenses.*

Tous les auteurs ont signalé la présence des *leucocytes* dans les fausses membranes, mais sans fournir de données bien précises sur leur nombre et surtout leur qualité. On y trouve aussi des *éosinophiles* et, sous l'impression des recherches de MM. Simon et Stassano, établissant une corrélation entre l'abondance des éosinophiles dans les parois intestinales et l'activité du suc entérique, nous avons cherché à les déceler dans des frottis de fausses membranes où nous espérions les trouver très nom-

(1) Prof. H. Roger. *Presse méd.*, 15 nov. 1905. Première leçon du cours sur « Le tube digestif ».

breux, comme témoins de l'hyperactivité sécrétoire. Des difficultés de technique, qu'on appréciera à l'essai, nous ont empêché d'obtenir des renseignements précis à cet égard, mais nous avons appris de M. Dominici qu'il avait eu occasion de constater leur présence en grand nombre dans diverses fausses membranes. D'ailleurs, et en laissant de côté la question des éosinophiles, il est possible que le nombre des leucocytes soit très variable suivant la provenance des fausses membranes. Sans préjuger de leur abondance, peut-être moindre, aux cas où, brusquement, sous une influence purement nerveuse, la fausse membrane se développe sur une muqueuse jusqu'alors saine, on peut penser qu'ils sont au maximum dans les cas d'entérite invétérée où, depuis des années, chaque nouvelle poussée muco-membraneuse accentue davantage l'atteinte portée à la trophicité du tissu et le met un peu plus en état de réceptivité vis-à-vis des germes saprophytiques ou virulents, si proches.

Enfin, il est un aspect particulier de la fausse membrane, bien décrit par M. Nattan-Larrier, où l'on voit de deux couches juxtaposées : l'une, la plus extérieure, rester lisse et plane ; l'autre, la plus centrale, se plisser comme si la première fût devenue trop petite pour la contenir. La permanence de l'*aspect plissé* dans ces coupes, même pratiquées en des points très divers des membranes, empêchait de croire à un simple artifice de préparation. Peut-être ce plissement ne résultait-il que de modifications dans la constitution chimique du mucus, mais peut-être aussi est-il plus plausible d'admettre que la première couche avait été exsudée par l'intestin peu ou pas rétracté. Puis, à la faveur de cette fausse membrane, agissant comme corps étranger irritant la muqueuse, l'intestin aurait commencé ou accentué son spasme et serait devenu trop petit pour contenir la première membrane exsudée qui se plisse, sans se décoller, retenue qu'elle est par la couche mucineuse sous-jacente en voie de développement.

Ainsi, il faudrait admettre que l'hypersécrétion a commencé de se produire alors que l'intestin était peu ou pas spasmé. Il est probable cependant que les phénomènes d'excitation sécrétoire ne vont guère sans des phénomènes concomitants du côté de la motilité. Si l'on pouvait établir que cette corrélation fût constante, on en arriverait à ne reconnaître dans ces deux phénomènes, le *spasme* et l'*hypersécrétion*, que les *deux résultantes d'un même mécanisme*. Il ne s'agirait plus que d'une *excrétion*; la production mucineuse dépendrait et serait confondue avec la contraction musculaire et tout se ramènerait à une action motrice. Mais de ce que, le plus ordinairement, la production de la fausse membrane paraît contemporaine d'un spasme, nous ne savons si l'on est en droit d'avancer qu'ils ne peuvent être dissociés.

Il serait d'ailleurs intéressant de retrouver dans la texture des fausses membranes un témoignage des stades successifs par lesquels passe le côlon, et la preuve qu'une même sécrétion peut émaner d'un intestin présentant des conditions de tonicité toutes différentes.

Tous les auteurs ont signalé des *amas microbiens* volumineux dans la fausse membrane. Signalons que si l'on en trouve en nombre considérable dans la couche mucineuse bordant la lumière de l'intestin, ils sont moins nombreux dans le reste de la fausse membrane, et relativement rares au niveau des couches fibrillaires, c'est-à-dire au niveau de l'épithélium ; tous ces microbes ne paraissent guère faire ici autre fonction que de *saprophytes*. On tend d'ailleurs de plus en plus à se rallier à l'opinion de M. Vouzelle refusant formellement une action quelconque sur l'apparition de la maladie aux divers microbes soi-disant spécifiques de cette affection.

Malgré les nombreux et intéressants travaux qu'a suscités l'entéro-colite muco-membraneuse, il persiste tant d'obscurités dans sa pathogénie que nous comptons y trouver l'excuse d'avoir présenté ces quelques renseignements, de nature à confirmer la théorie pathogénétique de la fausse membrane, telle qu'ont tenté de l'édifier les travaux tout récents que nous venons de rappeler.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 26 DÉCEMBRE 1905)

Trois courtes communications dont on n'a pas entendu un traître mot, cinq tours de scrutin avec appel nominal, dépouillement des votes etc., pour la nomination de deux membres correspondants, MM. Bard (de Lyon) et Gillis (de Montpellier) : tel est le bilan de la dernière séance de l'année, qui d'ailleurs ne diffère pas sensiblement de toutes celles qui l'ont précédée, comme intérêt.

Action des iodiques. — M. POUCHET a communiqué, en son nom et au nom de M. CHEVALIER, une note sur ce sujet.

D'après les auteurs, l'iode à dose thérapeutique n'agit en rien sur le cœur ni sur la pression sanguine de l'homme sain. Il n'abaisse la pression que dans certaines maladies déterminées. Mais à doses élevées il abaisse nettement la pression chez tous les sujets : c'est alors une action toxique. A l'état normal, il serait plutôt hypertenseur, et si cette action s'observe difficilement, c'est qu'elle est masquée par celle que l'iode exerce d'autre part sur la circulation lymphatique et sur la viscosité du sang.

Pour l'iodure de potassium l'action est plus complexe encore, car il faut compter avec les effets du potassium qui abaisse d'abord la tension passagèrement, pour la relever ensuite ; ce n'est que plus tard que l'iode entre en scène à son tour, et abaisse à nouveau la pression sanguine. Ces oscillations dans la pression sont la condition de l'action diurétique du médicament.

Dans une autre partie de son travail, M. Pouchet montre que si, au lieu d'employer l'iode et ses composés organiques capables de dissociation dans l'économie, on s'adresse à des combinaisons albuminoïdes de l'iode, on observe des effets très différents. Ces effets, à doses thérapeutiques, sont inverses de ceux des iodures : ils se traduisent par un abaissement de la pression ; et c'est peut-être parce que l'iode des iodures forme, dès sa mise en liberté dans l'organisme, des

combinaisons albuminoïdes de ce genre que les effets de l'iodure sont atténués, masqués et que l'hypertension ne se révèle point. Parmi ces composés albuminoïdes, il en est un particulièrement intéressant, c'est celui que renferme le suc de la glande thyroïde, trop employé aujourd'hui contre l'obésité et qui a sur le cœur une action des plus néfastes, car il accélère gravement les battements cardiaques et abaisse beaucoup la pression. Ces composés, que M. Pouchet a pu reproduire artificiellement, sont très instables : en quelques heures, ils perdent leurs propriétés thérapeutiques, mais non leur pouvoir toxique. Les extraits glycérinés de glande thyroïde ne renferment, d'après M. Pouchet, aucun principe utile, car, après traitement par la glycérine, la glande n'a rien perdu de son pouvoir. Quant aux préparations iodées, ce qui les empêche d'être aussi dangereuses qu'elles devraient l'être, c'est que la combinaison iodée se dissocie rapidement et fait place à un simple iodure organique.

L'air de la respiration. — M. Gréhant a présenté à l'Académie de médecine la cartouche régénératrice de l'air de l'appareil respiratoire du docteur Guglielminetti, dans laquelle de la potasse granulée est disposée d'une façon telle que tout l'acide carbonique exhalé par un homme pendant deux heures est entièrement absorbé, sans opposer la moindre résistance à l'expiration de l'air à travers l'alcali.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 22 DÉCEMBRE 1905)

Trois cas de paratyphoïde. — MM. L. Guinon et H. Pater rapportent l'histoire clinique de trois cas de paratyphoïde. Le premier concerne une enfant de quatorze ans, soignée à l'hôpital Trousseau pour une affection d'allures cliniques bizarres, évoluant en quatre poussées distinctes d'une durée totale de plus de quatre-vingt-dix jours, et dont le sérum sanguin agglutinait au taux de 1 p. 500 le bacillus enteridis de Gärtner. Les deux autres cas concernent des malades dont le sérum présentait la réaction agglutinante vis-à-vis du bacille paratyphique A de Brion et Kayser : chez un garçon de dix ans, qui eut une affection d'allures typhiques, le taux d'agglutination macroscopique du bacille paratyphique A s'éleva à près de 1 p. 200, alors que le bacille d'Eberth n'agglutinait nullement; le malade avait été contaminé par sa sœur également atteinte de paratyphus A et soignée dans le service du docteur Netter. Le troisième malade est un médecin de Paris qui, atteint en 1900 d'une affection d'aspect clinique un peu anormal, au cours de laquelle le séro-diagnostic fut nettement positif vis-à-vis du bacille d'Eberth, contracta au mois de septembre dernier, en Bretagne, une fièvre continue présentant les allures cliniques et l'évolution d'une typhoïde classique, et dont il guérit rapidement. Au cours de cette seconde maladie, la séro-réaction éberthienne fut négative ; actuellement on peut, grâce à une séro-réaction positive macroscopique vis-à-vis du bacille paratyphique A, affirmer le diagnostic de paratyphoïde.

Purpura hémorragique avec réaction myéloïde, guéri par l'adrénaline. — MM. Marcel Labbé et Ameuille relatent l'observation d'une femme de vingt-sept ans, entrée à l'hôpital avec des phénomènes de sclérose en plaques, qui fut prise d'accidents de purpura hémorragique grave : début par du saignement des gencives, des phlyctènes et ecchymoses, puis hémorragies utérines abondantes, hématémèses et mélæna; un état d'anémie extrême se constitue rapidement. Le traitement par le chlorure de calcium et par les injections d'ergotine reste sans effet. Les injections d'adrénaline font cesser rapidement les hémorragies.

L'examen du sang a montré, dès le début de la maladie, un retard de la coagulation avec rétraction normale du caillot. Ce n'est qu'au moment des grandes hémorragies gastro-intestinales que le caillot fut irrétractile ; après la cessation de celles-ci il redevint rétractile. A la période des grandes hémorragies, on constata l'existence d'une réaction myéloïde du sang (myélocytes et hématies nucléées). Celle-ci fut transitoire et ne dura que onze jours.

Les auteurs concluent de cette observation que la réaction myéloïde doit être considérée comme un indice de l'état hémorragique et non comme la caractéristique d'une maladie spécifique. La cessation des hémorragies sous l'influence de l'adrénaline montre que l'altération du sang n'est pas la seule cause des hémorragies du purpura et que les troubles vasculaires jouent un rôle important.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 23 DÉCEMBRE 1905)

Les lésions périvasculaires de la sclérodermie généralisée. — Deux autopsies de sclérodermie généralisée et intense avaient montré à MM. Alquier et Touchard sur des points où le processus morbide était encore peu intense, des lésions de sclérose périvasculaire contrastant avec l'intégrité du tissu connectif plus éloigné des vaisseaux. Ces auteurs ont recherché ces lésions par des biopsies faites sur deux malades atteints de solérodermie généralisée avec sclérodactylie, mais beaucoup plus intense que dans les cas précédents. Ces biopsies portant pour les deux sujets sur un point encore peu touché et d'autre part sur l'endroit le plus atteint, montrent la présence autour des capillaires sanguins d'assez nombreuses celules du type connectif et du type Mastzelle. En comparant les résultats fournis par ces biopsies et par leurs autopsies antérieures, MM. Alquier et Touchard concluent ainsi :

Dans la sclérodermie généralisée à un stade peu avancé, on constate, autour des petits vaisseaux sanguins, un manchon de cellules allongées du type connectif et du type Mastzelle, dont le nombre semble être en raison inverse du degré de la sclérose et va en diminuant à mesure que celle-ci progresse. Il semble donc que, dans la sclérodermie généralisée, la sclérose du tissu conjonctif débute par une irritation périvasculaire. Cette constatation, jointe à celle des lésions précoces dans les petits vaisseaux sanguins : tuméfaction de l'endothélium, épaississement et lésions dégénératives de la paroi, nous paraît justifier l'hypothèse qui rapporte la maladie à une intoxication sanguine.

Propriétés acido-résistantes des acides gras et du bacille tuberculeux. — MM. J. Camus et Pagniez ont, dans une note antérieure, montré les lésions que les acides gras déterminent dans les tissus, et établi des rapprochements entre certaines de ces lésions et celles de la tuberculose. Ils ont vu depuis que les acides gras avec lesquels ils avaient expérimenté, possèdent la propriété acido-résistante et, traités par la méthode de Ziehl et d'Ehrlich, comme le bacille tuberculeux, se comportent comme lui. Ils montrent d'autre part que les produits du bacille tuberculeux solubles dans l'éther et le chloroforme qui sont constitués par des acides gras libres, et par des graisses neutres et qui donnent la réaction de Ziehl et

d'Ehrlich doivent ces dernières propriétés aux acides gras. En effet, ayant isolé (de l'éthéro-bacilline d'Auclair) les acides gras et les graisses neutres du bacille tuberculeux, ils ont vu que la propriété acido-résistante appartient très nettement aux acides gras, et fait défaut aux graisses neutres.

Ils concluent : 1° que le bacille tuberculeux possède des acides gras libres ; 2° que les propriétés acido-résistantes qui servent à le différencier, lui sont données par les mêmes acides gras.

Évolution générale des actes hématolytiques. — Pour M. G. Froin, dans le liquide céphalo-rachidien normal, les globules rouges peuvent se conserver intacts plus ou moins longtemps, et quand ils laissent diffuser leur hémoglobine, cette substance est simplement dissoute mais non détruite. Au cours des hémorragies méningées, bien que le liquide conserve une constitution chimique presque normale, l'hémoglobine est rapidement transformée en pigment jaune. Or, les seuls éléments étrangers au liquide sont, avec les globules rouges, des leucocytes venus par diapédèse.

L'étude de 56 hémorragies méningées a permis à M. Froin d'examiner 128 fois le liquide céphalo-rachidien et de noter les modifications des éléments figurés et de la pigmentation, pendant l'évolution des différents actes du processus hématolytique : résorption, globulolyse et l'hémoglobinolyse.

1° La résorption des globules rouges est d'abord massive et en apparence spontanée ; elle se ralentit ensuite et coïncide alors seulement avec une macrophagie locale très apparente.

2° L'acte chimique par lequel l'hémoglobine est transformée en pigment jaune ou hémoglobinolyse ne concorde pas tant avec une forte leucocytose ou avec la prédominance considérable d'un élément cellulaire qu'avec la formule montrant la présence simultanée de polynucléaires neutrophiles et de mononucléaires. Le liquide d'un hématome peu dilué, contenant ces éléments, est très jaune et présente la réaction de Gmelin.

3° La globulolyse se voit surtout quand le foyer hémorragique ne contient plus qu'un petit nombre de globules rouges et quand les lymphocytes et les macrophages sont nettement prépondérants dans l'hématome : à ce stade il se produit très peu ou pas du tout de pigment jaune et le liquide redevient lentement incolore.

Toxicité du contenu intestinal. — Pour MM. Roger et Garnier, le contenu de l'intestin grêle du chien est remarquablement toxique pour le lapin ; la mort arrive après l'infection de $0^{cc}41$ à $1^{cc}3$ par kilogramme d'animal. Le nombre d'entérotoxies, c'est-à-dire le nombre de kilogrammes de lapin que peut tuer la totalité du contenu de l'intestin du chien, est en moyenne de $144^{kg}5$. La mort dans ce cas n'est pas due à des coagulations intra-vasculaires comme le montrent l'autopsie des animaux et la recherche de la toxicité chez des lapins préalablement traités par l'extrait de tête de sangsue. Le foie neutralise en partie ces poisons : si on l'introduit par la veine porte, le liquide doit être injecté en quantité trois fois plus considérable pour entraîner la mort.

Dans les liquides injectés, le poids du résidu sec est toujours très bas ; le poison intestinal du chien tue le lapin à la dose moyenne de 76 milligrammes par kilogramme. L'iléon semble détruire la molécule toxique : ni le corps qu'il dissout ni ceux qu'il précipite n'ont une toxicité comparable à celle du produit primitif.

Les poisons intestinaux du chien viennent en grande partie de l'alimentation : en effet ils diminuent d'une façon considérable quand on soumet l'animal au régime lacté. Il faut alors 4 à 8 centimètres cubes du contenu intestinal pour tuer un kilogramme de lapin ; le nombre d'intoxications s'abaisse alors à 38°9. L'intestin a donc fabriqué près de quatre fois moins de poisons avec le lait qu'il ne le fait avec la viande.

Activité nucléaire des cellules rénales à l'état normal et pathologique. — Après avoir relaté leurs recherches antérieures sur la cytologie normale de la cellule rénale, MM. Larrier et Ribadeau-Dumas résument de nouvelles expériences entreprises sur le cobaye, et décrivent des coupes de reins humains ayant subi des altérations suraiguës. Ils concluent que pour le rein comme pour le foie ou le pancréas, il faudrait accorder une part importante à l'activité nucléaire non seulement dans la secrétion normale, mais aussi dans la sécrétion pathologique, son intervention étant représentée par la production régulière ou auormale de filaments basaux à affinités tinctoriales spéciales.

Mélanges de virus rabique fixe et de sérum antirabique. — Pour M. Remlinger, le sérum d'un mouton fortement immunisé contre la rage ne neutralise une émulsiou de virus fixe que dans d'étroites limites, 1 centimètre cube de sérum neutralisant, par exemple, 1 centimètre cube d'émulsion virulente à 1 p. 100, et ne neutralisant pas un demi-centimètre cube.

L'inoculation sous la peau d'une émulsion de virus fixe et de sérum antirabique en quantité soit insuffisante, soit trop considérable, est parfaitement capable de donner la rage. Par contre, une émulsion exactement neutralisée est tout à fait inoffensive et elle est douée d'un pouvoir immunisant très actif, à condition d'être employée par voie sous-cutanée ou intra-péritonéale. On arrive même à préserver le lapin contre l'épreuve sévère de l'inoculation sous-dure-mérienne. Le fait que l'inoculation sous-cutanée d'un mélange insuffisamment neutralisé de sérum et de virus peut donner la rage au lapin, impose un titrage très restreint de sérum antirabique dans les applications de cette méthode au traitement préventif de la rage chez l'homme.

Incoagulabilité du sang et disparition du fibrinogène consécutives à l'oblitération des artères du foie. — MM. Doyon, Morel et Koreff ont observé l'incoagulabilité du sang et la disparition du fibrinogène du plasma à la suite de l'oblitération des artères du foie au moyen de la paraffine. Cette incoagulabilité est assez inconstante, ce que les auteurs expliquent par la difficulté que l'on éprouve à obturer toutes les collatérales permettant l'afflux du sang artériel au foie.

Préservation du chien contre la rage par les mélanges de virus fixe et de sérum antirabique. — M. Marie, employant un nouveau procédé d'immunisation contre la rage (*C. r. Soc. biol.*, 29 nov. 1902), a réussi à préserver par une seule injection, et pour une durée d'une année, le chien contre la rage des rues.

Formation in situ des polynucléaires éosinophiles de la muqueuse intestinale. — Pour M. Simon, ces polynucléaires sont, pour une part, des éléments d'importation venus de la moelle osseuse par la circulation sanguine ; un certain nombre sont formés sur place, et l'on retrouve dans la muqueuse de l'intestin, en pleine digestion, chez le chien, les deux modes de formation classiques connus sous les noms d'évolution lymphocytaire et d'évolution myélocytaire. Ces phénomènes sont encore plus marqués chez les animaux placés dans des

conditions expérimentales qui s'accompagnent de sécrétion du suc entérique.

Spirochaete pallida de Schaudinn, dans la roséole syphilitique. — MM. Veillon et Girard ont étudié la roséole au point de vue de la topographie des spirochètes. D'après eux, les lésions de la roséole syphilitique, même au début, sont déjà nettement accusées et consistent en une congestion intense des capillaires et une ébauche d'infiltration périvasculaire; la distribution topographique du spirochète dans la macule indique l'origine embolique, parasitaire de celle-ci.

Propriétés des poisons locaux du bacille tuberculeux. — MM. Armand-Delille et Huet ont étudié successivement les résections thermiques, les modifications de l'état général et du poids et les foyers d'inoculation chez l'animal tuberculeux et l'animal préalablement inoculé de poisons locaux. Ils concluent de leurs recherches que les poisons à action locale du bacille tuberculeux (éthéro-toxite, extrait xylolé) n'ont aucune action générale sur l'organisme, et ne sont anaphylactisants ni vis-à-vis d'eux-mêmes, ni vis-à-vis du bacille tuberculeux vivant, ni vis-à-vis de la tuberculine.

Influence de certaines conditions de milieu sur le pouvoir infectant des cultures du bacille d'Eberth, notamment des bacilles de passage. — MM. Rodet et Lagriffoul (de Montpellier) concluent de leurs expériences que, pour la bonne activité des cultures du bacille d'Eberth, et pour la conservation de sa virulence, plus particulièrement lorsqu'il s'agit de bacilles de passage, il importe d'employer des milieux très alcalins. La viande très fraîche favorise encore le développement des mêmes bacilles. Quant au sang, il permet d'obtenir des cultures particulièrement actives, mais non de les exalter dans leur virulence.

Autres communications :

Caractère chimique distinctif entre le sérum-albumine et le myo-albumine. — M. de Rey-Pailhade;

Valeur de la saturation dans le diagnostic des agglutinines typhiques et paratyphiques. — MM. Rieux et Sacquépée;

Saturation des agglutinines paratyphiques. — MM. Rieux et Sacquépée;

Mélange du sérum antirabique et du virus fixe. — M. Remlinger;

Hémolyse par des complexes de colloïdes, les saponines et le taurachalate de soude. — M. Zangger.

ANALYSES

MÉDECINE

Les œdèmes sans albuminurie chez les jeunes enfants. (Stöltzner. *Clinique infantile*, n° 17, 1905, p. 536.) — Signalées par Rendu (*Leçons de clinique médicale*, t. II, p. 150), Hutinel [*Revue des mal. de l'enf.*, juillet 1904 (1)], Barthélemy, Follet (*Revue franç. de méd. et de chir.*, 1904, n° 43), Fairbanks (*Amer. Journ. of the med. Sc.*, sept. 1903), les hydropisies essentielles des jeunes enfants viennent d'être étudiées par M. Stöltzner, qui, de l'examen d'un cas personnel, aboutit aux conclusions suivantes.

On voit survenir ces œdèmes à la suite de maladies infectieuses aiguës ou — principalement chez les très jeunes enfants — comme complications d'affections gastro-intestinales. Ils peuvent être très étendus et très marqués; dans la grande majorité des cas, ils s'accompagnent d'ascite. Leur durée est de quelques jours ou de quelques semaines. Leur pronostic est presque toujours favorable. Le traitement est des plus simples et se résume en deux mots : repos et régime lacté.

Ces œdèmes imitent absolument, par les circonstances qui président à leur apparition et par leur aspect, les œdèmes de la néphrite parenchymateuse. Dans les rares cas qui ont fourni jusqu'ici matière à autopsie, on a toujours trouvé des lésions inflammatoires des reins. Comme, d'autre part, chez l'adulte, il n'est pas exceptionnel de découvrir, à l'autopsie de sujets qui, pendant leur vie, n'avaient jamais présenté la moindre trace d'albumine dans leurs urines, des lésions indiscutables de néphrite, il faut en conclure que l'absence d'albuminurie ne suffit pas pour exclure l'idée d'une néphrite, et, par conséquent, pense M. Stöltzner, il n'y a aucune raison de ne pas confondre les œdèmes sans albuminurie dans un même groupe, le groupe des œdèmes par néphrite.

Ce qui confirme cette manière de voir, c'est que les mêmes affections peuvent conduire tantôt à une néphrite avec albuminurie, tantôt à de l'anasarque sans albuminurie. Il en est ainsi, en particulier, des infections gastro-intestinales dans le jeune âge, qui se compliquent assez fréquemment, comme on sait, de néphrite avec albuminurie, cylindrurie, etc.

Aussi M. Stöltzner considère-t-il les anasarques sans albuminurie, d'une part, et les néphrites sans œdème, mais avec albuminurie, d'autre part, comme les maillons terminaux de soudure, d'une chaîne dont les maillons intermédiaires représenteraient la série des néphrites banales avec albuminurie et avec œdèmes. L. BABONNEIX.

(1) Voyez *Gaz. des hopit.*, 1904, n° 114, p. 1110.

Un signe de paralysie organique du membre inférieur. Possibilité de soulever isolément le membre paralysé avec impossibilité de soulever simultanément les deux membres inférieurs. (Grasset et Gaussel. *Revue neurol.*, 15 sept. 1905, p. 882-888.) — Ce symptôme dont les auteurs rapportent quatre cas est dû, d'après eux, moins à la diminution de la force de la flexion de la cuisse sur le bassin, qu'à la diminution de la force de stabilisation du tronc, c'est-à-dire à la paralysie des extenseurs du bassin sur le tronc. Il mérite de prendre part à côté des épreuves de Babinski et Pierre Marie pour l'analyse de la motilité chez les hémiplégiques, et peut servir au diagnostic de l'hémiplégie organique et hystérique. L. ALQUIER.

CHIRURGIE

Transplantation ovarienne. (J. P. Warhasse. *Med. News*, 23 sept. 1905.) — Dans un cas de cachexie ovarienne développé à la suite d'une castration double, l'auteur a eu un résultat excellent pendant un an à la suite de la greffe d'un ovaire emprunté à une autre femme. La malade, âgée de vingt-sept ans, avait subi une castration abdominale totale pour lésions suppurées. Après l'opération, elle eut les symptômes habituels : évanouissements, bouffées de chaleur, crises gastriques, nausées, vomissements, constipation, perversion du goût, étourdissements, etc. L'extrait ovarien, à la dose de 30 centigrammes trois fois par jour, donné pendant quinze jours chaque mois, procura un soulagement remarquable, mais qui ne dura pas indéfiniment. Enfin, par une fente faite dans le ligament large, on implanta un ovaire qui venait d'être enlevé à une autre malade pour un petit kyste. Celui-ci fut d'abord excisé, le reste était sain. Le transfert d'une malade à

l'autre ne dura pas une minute. Dix jours après l'opération, menstruation normale. Les symptômes de nervosité et de cachexie disparurent pendant plus d'un an, et la malade put reprendre ses occupations. Après un an, les vieux symptômes reparurent, et quoiqu'ils soient actuellement moins marqués qu'auparavant, les bons effets de l'opération semblent fondre graduellement.

F. GARDNER.

Kyste acquis (??) de la conjonctive renfermant une dent. (E. STIEREN. *Bulletin John Hopkins' Hosp.*, sept. 1905.) — Une jeune fille de seize ans présente une tumeur de l'œil gauche. Celle-ci a été remarquée pour la première fois quand la malade avait dix ans, et depuis, a constamment augmenté. Pas de douleur, simplement sensation désagréable. Sous anesthésie locale, la tumeur est rasée avec un couteau à cataracte. Le kyste contenait une petite quantité de liquide jaune-paille et une incisive bien formée, d'un blanc éclatant. Comment concilier un tel contenu avec l'épithète d'acquis donné au kyste par l'auteur?

F. GARDNER.

DERMATOLOGIE

Le chancre simple expérimental de la paupière chez les singes macaques. (G. THIBIERGE, P. RAVAUT et L. LE SOURD. *Ann. de dermatol. et de syphil.*, oct. 1905, p. 753-780.) — Encouragés par les résultats qu'ils avaient précédemment obtenus en inoculant des produits syphilitiques à la paupière des singes macaques (M. cynomolgus et M. sinicus), ces auteurs ont répété ces expériences avec le chancre simple de l'homme et ont cherché à déterminer les conditions suivant lesquelles ces animaux réagissent à l'inoculation du virus chancrelleux.

L'inoculation au bord libre de la paupière supérieure donne naissance à une lésion ulcéreuse atteignant son maximum au quatrième jour, lésion recouverte d'un enduit crémeux à la face muqueuse de la paupière, se recouvrant au contraire de croûtes sur les parties découvertes. Les lésions restent stationnaires pendant quelques jours, puis s'atténuent et disparaissent, seize jours en moyenne après l'inoculation, sans s'être accompagnées d'adénopathies.

Des inoculations pratiquées simultanément sur la peau du front ou de l'oreille et sur les muqueuses des narines, des lèvres ou du clitoris n'ont donné naissance qu'à des ulcérations très minimes et évoluant vers la guérison beaucoup plus rapidement que les ulcérations palpébrales.

Ces auteurs ont toujours retrouvé facilement le bacille de Ducrey dans le pus prélevé à la surface des différentes ulcérations ainsi que dans les coupes; ils ont pu également obtenir des cultures sur sang gélosé et réinoculer avec succès les lésions d'animal à animal.

Dans leurs diverses expériences, le bacille de Ducrey seul a déterminé des lésions semblables, bien qu'ils aient inoculé aux animaux le pus d'un grand nombre d'ulcérations vulvaires ou cutanées renfermant une flore microbienne très variée.

L'inoculation au singe macaque, et spécialement à sa paupière, peut donc constituer un véritable procédé de diagnostic du chancre simple; mais il faut tenir compte de ce fait, que signalent en terminant les auteurs, que, contrairement à la doctrine classique, l'on ne peut indéfiniment réinoculer le chancre simple au même singe : après deux inoculations positives sur la même paupière, la troisième échoue ou donne des lésions très atténuées, la quatrième avorte constamment.

L. GAYARD.

OBSTÉTRIQUE

Description de quelques bassins rachitiques. (Gaston DOIN. Th. de Paris, 1905; Octave Doin éditeur.) — M. Gaston Doin a fait une étude très consciencieuse de 20 bassins rachitiques pris au musée de la clinique Tarnier et qui se répartissent ainsi :

3	bassins	simplement aplatis.
5	—	réguliers généralement rétrécis et aplatis.
5	-	asymétriques,
4	—	à faux prémontoire.
2	—	épineux.
1	—	triangulaire.

M. Doin s'est surtout attaché à donner la description exacte du détroit supérieur suivant une méthode qui lui est personnelle. A l'aide d'un dispositif ingénieux et tout à fait mathématique puisqu'il emploie l'équerre et le compas, il obtient les données suivantes :

1° L'angle d'inclinaison de la symphyse pubienne par rapport au plan du détroit supérieur;

2° La hauteur de cette symphyse;

3° La distance promonto-pubienne ou diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur;

4° La distance coccy-pubienne ou diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur;

5° La longueur du sacrum, la courbe de sa face antérieure, et la courbe de sa face postérieure.

Pour la silhouette du sacrum, l'auteur a eu recours à la cire à modeler, qui lui a donné une empreinte exacte de sa courbe et de son épaisseur qu'il a ensuite décalquée sur le papier.

La description de chaque bassin étudiée successivement, est accompagnée de deux figures originales et grandeur naturelle, l'une d'après la photographie donne le détroit supérieur absolument exact à 1/10 de millimètre près, l'autre plus schématique, mais non moins exacte, représente une coupe antéro-postérieure du bassin.

Chaque description est suivie d'une conclusion dans laquelle l'auteur envisage la conduite à tenir en face d'un pareil bassin.

E. DELESTRE.

HYGIÈNE

Garderies d'enfants annexées aux usines. (MÉZIE. Th. de Paris, 1905; H. Jouve édit.) — En rendant obligatoire la création de garderies, l'Etat arrachera à une mort certaine des milliers d'enfants. Mieux préparées à leur rôle de mères, certaines qu'elles pourront élever leurs enfants, les ouvrières cesseront de considérer la maternité comme une calamité. En outre, si les mutualités se développent suffisamment, la femme enceinte recevra l'assistance nécessaire pour se trouver dans des conditions hygiéniques favorables dans les derniers mois de sa grossesse et le premier mois qui suivra son accouchement.

L. BABONNEIX.

CORRESPONDANCE

Paris, le 21 décembre 1905.

Monsieur le Directeur,

On me communique seulement aujourd'hui un article de la *Gazette des hôpitaux*, intitulé « la Nouvelle chaire de la Faculté de médecine » (numéro du 16 novembre 1905).

A propos du don récent de M. le duc de Loubat pour la création d'une chaire de clinique thérapeutique, cet article

expose qu'ayant jadis offert au Collège de France une libéralité du même genre, destinée à instituer un cours d'américanisme, M. de Loubat aurait reçu de l'assemblée des professeurs du Collège un refus dédaigneux.

Bien placé par fonction pour connaître les faits, je crois devoir vous signaler que la note en question est de tous points inexacte :

1° La chaire d'américanisme existe au Collège de France, mentionnée par tous les programmes et affiches officiels sous le titre de « Cours complémentaire d'antiquités américaines (fondation Loubat) » ;

2° La fondation fut proposée *pour la première fois* par le donateur à l'établissement intéressé, au début de l'année 1902 ;

3° Dès sa séance trimestrielle du 16 mars suivant, l'assemblée acceptait la proposition ;

4° Les formalités légales, relatives aux donations (assez lentes puisqu'il faut un avis du Conseil d'Etat et un décret présidentiel), ayant été remplies, le nouveau cours fut inauguré au début du semestre d'hiver 1902-1903 et il se continua, depuis lors sans interruption, à raison de deux leçons par semaine. Le résumé analytique de cet enseignement a été régulièrement inséré, depuis la fondation, dans les annuaires du collège.

Le cours de la présente année scolaire a repris le samedi 9 décembre 1905.

Je suis certain, Monsieur, que vous tiendrez à rétablir les faits dans votre plus prochain numéro. Je vous en remercie d'avance et vous prie d'agréer mes salutations très distinguées.

LÉON LEJEAL,
chargé du cours d'antiquités américaines, fondation Loubat, au Collège de France.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de microbiologie clinique (1),
par Fernand BEZANÇON.

La plupart des traités de microbiologie parus dans ces dernières années sont écrits surtout pour les bactériologistes de métier; le lecteur y trouve accumulées les diverses techniques employées, et, décrits minutieusement pour chaque microbe, tous les caractères tirés de la morphologie, de la culture ou de l'inoculation aux animaux; le débutant ne sait laquelle choisir des nombreuses méthodes proposées. Dans son *Précis de microbiologie clinique*, M. Bezançon, qui, depuis plus de dix ans, fait l'enseignement pratique de la bactériologie à la Faculté de médecine de Paris, a cherché à éviter cet écueil; il y donne, non toutes les techniques, mais sa technique, celle dont il a l'expérience; de même dans la description des microbes, il n'a retenu pour chaque microbe que ce qui constitue sa physionomie véritable, tirée non de l'énumération de tous ses caractères, mais du groupement des plus typiques de ceux-ci. Ce livre étant fait exclusivement pour des médecins, ceux-ci y trouveront groupées, peut-être pour la première fois, un certain nombre de notions indispensables pour le diagnostic bactériologique clinique : une étude sommaire de la flore normale de la peau et des muqueuses; une étude des infections agoniques et cadavériques; enfin la technique bien détaillée de l'analyse bactériologique, non seulement de l'eau et de l'air, mais du sang, de l'urine, du liquide céphalo-rachidien, des matières fécales, du pus, des exsudats pseudo-membraneux, des liquides séro-fibrineux, etc.

On voit combien nouveau est le plan de cet ouvrage et quel guide sûr et pratique il constitue pour tout médecin soucieux de mener à bien les recherches bactériologiqnes, aujourd'hui nécessaires en bien des cas pour établir un diagnostic sur une base solide.

L. LE SOURD.

(1) Petit in-8 (Collect. de Précis médicaux) de XVI-429 p., avec 82 fig. dans le texte, cart. toile. — Prix : 6 francs. — Paris, Masson et Cie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
(ACTES DU 8 AU 13 JANVIER 1906)

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 8 janvier, à une heure. — 5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Terrier, Mauclaire et Gosset; — (2e partie, 1re série) : MM. Déjerine, Teissier et Claude; — (2e série) : MM. Roger, Legry et Balthazard; — M. Legueu, suppléant.

Mardi 9 janvier, à une heure. — 5e (1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Le Dentu, Hartmann et Marion; — (2e série) : MM. Berger, Faure et Morestin; — M. Carnot, suppléant.

Mercredi 10 janvier, à une heure. — 2e : MM. Gautier, Retterer et Gley.

3e (1re partie, oral) : MM. Segond, Lepage et Cunéo; — (2e partie) : MM. Landouzy, Blanchard et Marcel Labbé; — M. Macaigne, suppléant.

Jeudi 11 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Poirier et Auvray.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Jeanselme et Maillard.

3e (2e partie, oral) : MM. Dieulafoy Thiroloix et Guiart.

4e : MM. Chantemesse, G. Ballet et Richaud; — M. Gouget, suppléant.

Vendredi 12 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Reclus, Cunéo et Proust.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique,* épreuve pratique : MM. Gaucher, Desgrez et Legry.

2e : MM. Ch. Richet, André Broca et Branca.

3e (1re partie, oral) : MM. Kirmisson, Sébileau et Potocki.

4e : MM. Landouzy, Gley et Balthazard; — M. Claude, suppléant.

Samedi 13 janvier, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Brindeau; — M. Langlois, suppléant.

THÈSES

Jeudi 11 janvier 1905, à une heure. — M. D'ANDRIA. Rupture de l'appareil tendineux quadricipital [tendon et ligament rotulien]. (MM. Le Dentu, président; Berger, Hartmann et Faure.) — M. RŒDERER. La radiothérapie dans les tuberculoses ganglionnaires articulaires et osseuses. (MM. Berger, président; Le Dentu, Hartmann et Faure.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Technique de microbiologie tropicale, par le docteur F. Noc, médecin-major des troupes coloniales, détaché à l'Institut Pasteur de Lille. Préface du docteur Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille. — In-8° jésus, cart., de 420 p., avec 74 fig. dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Diagnostic de la tuberculose par les nouveaux procédés de laboratoire, par L. Nattan-Larrier, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, 1 vol. in-8° de l'*Œuvre médico-chirurgical*. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes du jour de l'An, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES
TABLE DES AUTEURS
TITRES

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE DES COPIES. — *Anatomie.* — Séance du 28 décembre : MM. Lemarchal, 11 ; Vuillet et Edmond Lévy, 8, et Brisset des Nos, 4.

La prochaine séance aura lieu le samedi 30 décembre à quatre heures trois quarts à l'Hôtel-Dieu.

Pathologie. — Séance du 28 décembre : MM. Lebras, 13 ; Stevenin, 12 ; Perol et Toupet, 11 ; Cottard et Weill (A.-S.), 9 ; Gallais et Ramus, 8 ; Lemaire, 7, et Dupuy, 3.

Prochaine séance samedi 30 décembre 1905, à quatre heures trois quarts, à la Charité.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Les officiers dont les noms suivent sont promus aux grades ci-après :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. le médecin principal de deuxième classe Radouan, maintenu médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Arras.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. le médecin-major de première classe Follenfant, maintenu à l'hôpital militaire de Versailles.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de Schuttelaëre, maintenu au 52e d'infanterie ; — Chevassu-Périgny, au 136e d'infanterie ; — Chabrut, au 71e d'infanterie ; — Campos-Hugueney, au 75e d'infanterie ; — Braün, répétiteur à l'école du service de santé militaire ; — Leclerc, au 42e d'infanterie ; — Toubert, aux salles militaires de l'hospice mixte de Montpellier ; — Lafforgue, au 116e d'infanterie ; — Jacob, professeur agrégé à l'Ecole d'application du service de santé militaire.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Beaujeu, maintenu au 13e d'infanterie ; — Lahaussois, surveillant à l'Ecole du service de santé militaire ; — Wyart, au 139e d'infanterie ; — Lexa, au 5e d'infanterie ; — de Fürst, au 99e d'infanterie ; — Boppe, au 54e d'infanterie ; — Hahn, au 60e d'infanterie ; — Pellegrin, au 138e d'infanterie ; — Sorel, en mission en Perse ; — Comte, au 4e d'infanterie ; — Morvan, au laboratoire de bactériologie et à la place de Châlons-sur-Marne ; — Busy, au 20e d'artillerie ; — Humbert, au 87e d'infanterie.

LE PERSONNEL NON GRADÉ DES HOPITAUX. — Le syndicat des infirmiers des hôpitaux de Paris, qui avait exposé ces jours-ci ses réclamations par des affiches et des circulaires répandues dans Paris, a envoyé une délégation auprès de M. Mesureur.

Voici la déclaration que publie le syndicat à la suite de cette entrevue :

« 28 décembre 1905, midi.

Le conseil syndical, réuni sur la convocation de M. le directeur général, après avoir entendu les explications qui ont été fournies, et reconnaissant que des erreurs se sont glissées dans le texte de l'affiche et de la circulaire en question, et que des termes violents ont été employés malheureusement, regrette les expressions employées et les erreurs commises ;

Compte sur la bienveillance de M. le directeur général et de l'administration pour faire aboutir les revendications professionnelles dont la justice a été constatée à maintes reprises et accorder au personnel la liberté et le bien-être nécessaires à une corporation qui assure un service aussi important que celui de soigner les malades.

RAVENEL, BRAULT, Mme BOUGUET, COULON, DUPUIS, ESCASSUT, FERRY, Mme JULLIAN, LOUVRIÈRE, LECOMTE, MENÉTRIER, ROUCON, ROUXEL. »

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

TABLE DES MATIÈRES

1905

A

Abcès de la cavité de Retzius, 579. — cérébral double, avec nécrose corticale diffuse chez un tuberculeux, 513. — de fixation dans le catarrhe suffocant, 318.
Académie de médecine. Récompenses du service de la vaccine, 405. — séance annuelle. Prix décernés en 1905. Prix proposés pour 1906, 1907, 1908, 1697. — des sciences. Prix décernés en 1905, 1733. — Prix proposés pour les années 1905, 1906 et 1907 (médecine, chirurgie et physiologie), 346. — des sciences morales et politiques. Prix proposés pour 1909, 1670. — Prix décernés à des médecins en 1905, 1681.
Accidents du travail (deux observations), 1455. — post-traumatiques tardifs, 1689.
Accommodation. Le mécanisme de l'—, 222.
Acétone. Sur la présence normale de l'alcool et de l' — dans les tissus et liquides de l'organisme, 536. — Production d'alcool et d'— par les muscles, 570.
Acide formique. L'— dans les maladies à tremblement, 632. — gras, 1506. — gras, 1758. — gras. Lésions expérimentales, 1542. — osmique. Injections d'— dans la névralgie faciale, 1735.
Achondroplasie, 894.
Acromégalie, 1028. — pathogénie, 57. — Lésions des glandes vasculaires sanguines dans l'—, 320. — Syndrome d'hyperfonctionnement des glandes vasculaires sanguines dans l'—, 1483.
Actinomycose de la région mammaire et du sein, 20.
Adénites cervicales chroniques, causes, signes, diagnostic et traitement, 321. — cervicale tuberculeuse favorablement traitée par les rayons X, 819.
Adénome congénital, 523. — des capsules surrénales, 990, 1004. — duodénal à type brumérien, perforation, péritonite généralisée, laparotomie, mort, 417.
Adénopathies tuberculeuses et rayons X, 463.
Adrénaline, 1758.— Injections hypodermiques dans l'asthme, 908.
Aération et tuberculose, 777.
Affection spasmodique bulbo-spinale familiale, 320.
Agglutination, 1615. — de famille, 1616. — du streptocoque dans la scarlatine, 476.
Air chaud. Traitement des arthrites aiguës par l'air chaud, 1735. — liquide, 860. — liquide en chirurgie et en thérapeutique cutanée, 1520. — respiré. Analyse de l'—, 1665.
Akinesia algera, 783.
Albuminurie. Influence de la fatigue sur l'apparition de l'—, 1160. — dans le diabète, 1002. — prémonitoire de la tuberculose rénale, 475. — orthostatiques. Classification, 1340.
Alcool. Présence normale de l'— et de l'acétone dans les tissus et liquides de l'organisme, 536. — Production d'— et d'acétone par les muscles, 570.
Alimentation des enfants par le lait cru, 213. — des nourrissons, 1483. — dans la colite muco-membraneuse, 1647.
Allaitement dans la scarlatine, 763.
Alopécie dans le tabes, 608.
Altitudes. Hautes — et nutrition, 1615.
Amaigrissement. Cures, 93.
Amidon. Influence de l'état de liquéfaction de l' — sur sa transformation par les diastases saccharifiantes, 536.
Ammoniaque. Sa recherche dans l'eau, 222.
Amputation dans les cas de gangrène. 668. — interscapulo-thoracique, 523, 668. — ostéoplastiques tibio-calcanéennes (technique extra-articulaire), 1659.
Amygdales. Contribution à l'étude de l'ossification dans les — 1271. — Tumeurs malignes des —, 1606.
Amylase. Un procédé d'application de l'—, 1483.
Anémie. Les états anémiques, 452. — pernicieuse, 1029. — pernicieuse et radiothérapie, 1507. — pernicieuse et opothérapie médullaire, 501. — Rétraction du caillot et hématoblastes dans les —, 69.
Anesthésie, 944, 1064. — générale par l'éthérisation par voie rectale, 716, 1341. — locale par injections d'eau stérilisée, 642. — des reins et des voies urinaires supérieures, 321. — dans le trijumeau gauche chez une tabétique, 69.
Anévrisme, 814. — de l'aorte descendante, 716. — de l'aorte. Diagnostie radioscopique des —, 153. — de l'aorte au cours du rhumatisme articulaire aigu, 356. — du creux axillaire, 765. — aigu de la crosse aortique au cours du rhumatisme articulaire aigu, 318. — de l'artère fémorale, ablation, 523. — de l'artère fémorale dans le canal de Hunter, extirpation, guérison, 461. — poplité, 55, 381, 416, 620. — poplité traité par artériorraphie, 1124. — de la sous-clavière droite, 502. — thoracique traité par électrolyse, 1508. — artériel de la tibiale postérieure, 872. — traumatique du tronc tibio-péronier ou de la tibiale postérieure à son origine guérie par des injections sons-cutanées de sérum gélatiné, 512. — Ligature transpéritonéale de l'iliaque externe pour —, 741. — Opération de Matas, 776. — Réalisation expérimentale des —, 1734.
Angine à bacilles fusiformes, 207. — d'origine dentaire, 594. — Les —, 1215. — L'eau gazeuse dans le traitement des —, 704. — ulcéreuse, 207. — ulcéro-membraneuse, 315. — de Vincent. Contribution à l'histoire de l'—. 1481. — de Vincent simulant un chancre syphilitique, 68.
Angio-dermite suppurée à gonocoques, 1379.
Angiome intra-musculaire, 55.
Anhydride arsénieux. Sur la lumière émise par les cristaux d'—, 593.
Anis. Pouvoir galactogène de l'—, 1686.
Ankylose du coude, 849. — du coude, hémirésection, 523. — vertébrales, 1340.
Ankylostomiase, 78, 403, 762. — Traitement de l'—, 1062.
Annexites. Conservation des ovaires dans le traitement des —, 849.
Anorexie psychasthénique, 639.
Antéflexion. Nouvelle opération pour l'— et la sténose de l'orifice interne du col utérin, 1736.
Anthrax. Traitement chirurgical, 451.
Antipyrine. Eruption causée par l'—, 187. — Mode d'administration chez les enfants, 500.
Antithyréoïdine, 79.
Anurie, atrophie rénale, 129. — hystérique, 320.
Aorte. Anévrisme de l'— descendante, 716. — Anévrisme de l'— survenu au cours du rhumatisme articulaire aigu, 356. — Diagnostic radioscopique des anévrismes de l'—, 153. — Insuffisance aortique et lichen, 463. — Insuffisance aortique au cours d'un tabes fruste, 7. — Le second bruit aortique et l'hypotension vasculaire constitutionnelle, 79. — Thrombose de l'— abdominale chez un tabétique, 174. — Tuberculose expérimentale du cœur et de l'—, 1271.
Aortite chronique. Le pied oscillant signe d'—, 643.
Appareils à chloroforme, 183, 1155, 1169, 1643.— permettant d'enregistrer les variations de volume du doigt et de mesurer les troubles vaso-moteurs, 513. — plâtré. Nouvel instrument pour

faciliter la pose d'un — dans les fractures du fémur, 1280. — pour fractures obliques de jambe, 201. — pour irrigations et inhalations des voies respiratoires supérieures, 428. — prothétique, 1450.
Appendice. Carcinome, 45. — Décapsulation de l'—, 608. — Hernie appendiculaire, 224. — et cæcum, anatomie, 776. — Etranglement de l'intestin par l'—, 345. — faisant hernie, 1065. — Foie appendiculaire, 1431, 1467. — Myxome de l'—, 895. — Troubles intestinaux dus à une mauvaise position de l'—, 1630. — xyphoïde. Ablation, 791.
Appendicectomie, 1519. — Traitement du moignon dans l'—, 153.
Appendicite, 849, 1519. — chronique, 731, 739. — chronique d'emblée, 1419. — avec épiploïte, 523. — et hernie inguinale droite. Cure radicale, 1540. — herniaire, 1342. — Quelques particularités dans le sexe féminin, 524. — Thrombophlébite mésaraïque, complication de l'—, 441.
Appendicostomie, 1666.
Argyrol, 6, 1499.
Arsonvalisation. Etude comparative de la cage auto-conductrice et du lit condensateur dans le traitement de l'hypertension artérielle par la d'—, 245.
Artère rénale. Notes sur quelques anomalies de l'—, 262.
Artériorraphie, 1124.
Artérite typhique, 1650.
Arthrites aiguës des nouveau-nés, 547. — aiguës. Traitement des — par l'air chaud, 1735.
Arthrodèse de l'articulation tibio-tarsienne, 1232.
Arthropathies des doigts, 1340. — nerveuses et rhumatisme chronique, 1340.
Articulations. Traitement de la tuberculose des —, 1293, 1318.
Ascite hémorragique, 75. — Régime déchloruré dans l'— des cirrhotiques, 1446.
Asepsie et sécrétion sudorale des mains chez les chirurgiens, 282.
Asile pour tuberculeux, 296.
Asphyxie par submersion, 992.
Aspirine. Action secondaire fâcheuse de l'—, 525.
Assimilation en dehors de l'organisme, 284.
Astéréognosie, 1688.
Asthénie. Les asthéniques, écoliers mentalement anormaux, 423.
Asthme. Injections hypodermiques d'adrénaline dans l'—, 908. — des foins, 1004.
Asystolie, 861.
Ataxie vestibulaire, 670.
Athéromateux. Parésie spasmodique des —, 970.
Athérome. Du rôle de la castration dans la production de l'— expérimentale, 463.
Athrepsiques traités par injections d'eau de mer, 1623.
Atrophie infantile et rachitisme, 140. — des muscles innervés par la branche motrice du trijumeau chez un tabétique, 176.
Audition. Mesure et développement de l'—, 1558. — De l'— transmise par les solides, 670.
Auscultation. Un procédé d'— double, 594. — bifoculaire, 428.
Auto-intoxications intestinales. Le régime lacto-farineux dans les —, 387.
Avortement différé (Mined abortion), 224.

B

Babeurre. Dans les gastro-entérites infantiles, 425.
Bacilles acido-résistants, 1690. — d'Eberth, 1760. — de Koch. Lésions des reins provoquées par l'injection intra-péritonéale ou sous-cutanée de —, 70. — de Koch dans les voies urinaires, 115. — Erythrobacillus pyosepticus, 116. — fourmi. Propriétés biologiques du —, 992. — de Gærtner, 1724. — fusiforme de Vincent et spirillum sputigenum, 327. — fusiforme. Non identité du — et du spirillum sputigenum, 391. — fusiforme. Sur les propriétés pyogènes du —, 633. — paratyphique A de Brion et Kayser, 1544.
Bain carbo-gazeux, 1271.
Balano-posthite ulcéro-membraneuses avec bacilles fusiformes et longs spirilles, déterminée par l'inoculation d'une stomatite ulcéro-membraneuse, 175.
Balnéation et hydrothérapie dans le traitement des maladies mentales, 1075.
Bassins rachitiques, 1761.
Bec de lièvre. Traitement du — et de la fissure palatine, 441.
Biceps. Rupture du tendon du —, 1186.
Bi-iodure de mercure, injections dans une laryngo-sténose syphilitique. Guérison, 424.
Bile et pouls lent au cours de l'ictère, 1231.
Biliaire. Obstruction —, 319.
Bilirubine du sérum. Sur la teneur en — sanguin dans les cirrhoses biliaires, 861. — dans l'ictère simple du nouveau-né, 946. — dans les ictères chroniques simples, 823. — Sur la teneur en — dans la néphrite interstitielle, 992.
Bismuth. Pansement au — dans l'ulcère de l'estomac, 1651.
Blennorragie. Endocardite blennorragique, 894. — Traitement de l'arthrite aiguë blennorragique du genou par les injection intra-articulaires de sublimé, 390. — Traitement des arthropathies blennorragiques, 536.
Blépharoplastie par la méthode italienne, 872.
Bleu de méthylène. Sur le dosage de certaines substances réductrices des urines normales et pathologiques au moyen du —, 870.
Botryomycose, 837. — de la cornée, 137.
Bouche. Les praticiens et la —, 531.
Bougies filtrantes, 861.
Bourgeon charnu pédiculé de la plante du pied, 797.
Bromidia, 1423.
Bromisme. Etat du mal épileptique et déchloruration, 1579.
Bromure et déchloruration dans l'épilepsie, 1543.
Bronchoscopie, 702. — supérieure, 327.
Bruits anormaux de mastication chez les tabétiques, 608. — de galop, 82. — veineux de souffle au niveau des fémorales, son importance pronostique, 969.
Bulbe. Troubles bulbaires dans la paralysie agitans, 69.
Bureau municipal de renseignements, 1519.

C

Cactus grandiflorus, 1040.
Cæcum et appendice. Anatomie, 776. — Fonctions du — et de l'appendice, 441. — Tumeur du —, 451.
Cafés sans caféine, 1002.
Caféine et élimination de l'acide urique, 9. — et camphre en injection hypodermique, 1592.
Caillot. La rétraction du — et les hémotoblastes dans les anémies, 69.
Calcanéum. Fractures du —, 975.
Calculs biliaires et cancer, 1100. — multiples du rein. Néphrolithotomie pour —, 594. — Rétention d'urine par —, 44. — de l'uretère, 381. — vésicaux, 909.
Calomel dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, 245. — diurétique, 297. — Gastrorragie consécutive à l'ingestion de —, 369.
Camphre associé à la caféine pour injection hypodermique, 1592.
Canal thoracique. Plaies dans la région cervicale, 129. — Traitement des blessures opératoires du —, 129.
Cancer buccal et péri-buccal, 643. — et calculs biliaires, 1100. — de l'estomac. Formes atypiques, 1089. — de l'intestin, 1474. — et entéro-anastomose, 1533, 1569, 1713. — de la langue, 957. — de la moelle, 970. — de l'œsophage, 1006, 1042, 1078. — traité par le radium, 1222. — de la plèvre (cytologie), 538. — du poumon. Signes du —, 190. — du pylore. Signes et diagnostic, 644, 682. — Pylorectomie dans le — de l'estomac, 1003. — du sein, 1341. — du sein chez l'homme guéri par les rayons X, 1450. — Sérum anticancéreux de M. Doyen, 957. — Deux cas de tumeurs malignes traitées par le sérum de Doyen, 1064. — chez les souris, 33, 633. — du col de l'utérus. Le traitement du — compliquant une grossesse avancée, 547. — utérin. Hémiplégie urémique dans un cas de compression des uretères par —, 1089. — et radiothérapie, 123, 246. — Reproduction expérimentale du — de l'homme, 762. — Traitement par la quinine et les rayons X, 7.
Capsules surrénales, 1651, 1690. — Adénomes des —, 990, 1004. — Hyperplasie surrénale des néphrites, 1029. — Karyokinèse dans la — du lapin rabique, 992.
Carcinome de l'appendice, 45.
Cardiopathies artérielles et cure d'Evian, 738.
Cartilages. La réparation des plaies des — au point de vue expérimental et histologique, 1114.
Castration et athérome, 463.
Catalase, 862, 1724. — hépatique et pancréatique, 933.
Cataracte par coup de foudre, 1059.
Catarrhe suffocant. Abcès de fixation dans le —, 318.
Cécité verbale et hémianopsie homonyme droite, 799.
Cellule. Action des solutions salines isotoniques sur les cellules altérées, 669.
Centres psychiques. Plan d'une physiopathologie clinique des —, 608.
Cerveau. Cysticerque du —, 1713. — Produit toxique extrait de la substance cérébrale, 1135.
Cervelet. Migration du — dans le canal rachidien, 1544.
Césarienne vaginale, 452.
Cestodes. Biologie des —, 139.
Chaleur. Lois du rayonnement, 33.
Chancre induré. (Voir syphilis.) — mou. Réaction palpébrale des singes macaques, 764. — simple expérimental, 1761.
Charbon, Guérison par le lipiodol, 316. — Infection charbonneuse, 703.
Chimisme gastrique. — Etude du — chez les saturnins, 776.
Chirurgie conservatrice dans les traumatismes des membres, 1338. — des voies biliaires, 1750. — du pancréas, 1338. — réparatrice de la face, 1338.

Chloroforme. Action sur le sang, 33. — Décomposition des vapeurs de —, 737. — Elimination du — par la muqueuse gastrique, 1186. — Mort sous le — mais non par le —, 1751. — Relations entre la pression artérielle et les doses de — absorbées, 245.
Chloroformisation, 92, 114, 128, 151, 200, 237, 272, 344, 356, 380, 426, 765, 790, 1065, 1155, 1169, 1643. — Nouveaux appareils à chloroforme, 183. — Leur étude critique, 1155, 1169, — Proportions des gaz du sang artériel pendant la —, 222.
Chloruration avec albuminurie, 140. — alimentaire, 933.
Chlorures. Rétention et élimination des — au cours des cardiopathies, 1446. — de calcium. Son action antihémolysante dans la fièvre bilieuse hémoglobinurique, 1725. — d'éthyle dans le zona, 1342. — Traitement du lupus érythémateux par la réfrigération au moyen du —, 464. — de sodium et pouvoir pathogène des saprophytes, 800.
Choc opératoire. Physiologie du —, 837.
Cholécystites aiguës pendant la puerpéralité, 595. — typhiques, 1580.
Cholédoco-entérostomie, 1714.
Cholélithiase. Considérations cliniques et thérapeutiques sur la —, 1542.
Cholémie familiale, 765. — et kyste hydatique du foie, 463.
Choléra, 908, 1448. — et mouches, 1628. — Préparation de la toxine cholérique. 1135.
Chorée familiale, 321.
Cinésithérapie, 1195.
Cirrhose atropique alcoolique (symptômes), 263. — (signes), 263. — biliaires d'origine éberthienne, 537. — cardio-tuberculeuse chez l'enfant, 79. — graisseuse avec ascite hémorragique chez une diabétique, 75.
Citrate de soude. Le — contre les vomissements des nourrissons, 593.
Claudication intermittente et thrombose de l'aorte abdominale chez un tabétique, 174.
Clavicule à ressort, 523.
Clignement vibratoire des paupières signe d'affections rénales, 1279.
Climat de Pau. Indications et contre-indications, 643.
Climatothérapie. Deuxième Congrès de —, 642.
Cocaïne et menthol en pulvérisations contre le coryza, 1628.
Cœur. Déchloruration dans les maladies de —, 1028. — Plaies du —, 1449. — Suture, 238. — Suture et guérison, 224. — Résurrections du —, 859. — Tuberculose expérimentale du — et de l'aorte, 1271. — Tuberculose inflammatoire, 543. — Vitesse du courant, moteur du —, 1689.
Col de l'utérus. Diagnostic clinique des ulcérations du —. 1251.
Colique hépatique, 334, 370. — néphrétique. Entérisme muco-membraneux par —, 594.
Colite muco-membraneuse, 1131, 1167, 1203, 1347. — Alimentation dans la —, 1647. — et colites chroniques intermédiaires, 1503.
Collargol, 821.
Colon. Spasme du —, 999.
Colonne de Clarke (anatomie) vertébrale. Ostéites non tuberculeuses de la — chez l'adulte, 1143, 1179.
Coloration. Nouveau mélange colorant, 704.
Colotyphus, 1047, 1083.
Colpo-hysterectomie abdomino-vaginale, 1627.
Compte-goutte antique, 116.
Confusion mentale primitive, avec réaction méningée, lymphocytose, 175.
Congestine. Doses toxiques, 70.
Congrès. Association française de chirurgie, 1337. — de climatothérapie et d'hygiène urbaine, 642. — français de médecine (Liège 1905), 1338, 1445. — d'hydrologie, climatologie et thérapie par les agents physiques (Venise 1905), 1458. — international des gouttes de lait, 1426, 1479. — des médecins aliénistes, 994, 1071. — de physiothérapie, 681, 1195. — Premier — de la Société internationale de chirurgie (Bruxelles 1905), 1287, 1301, 1317. — de radiologie de Berlin, 663. — international de la tuberculose, 608, 1351, 1359, 1371, 1383, 1395, 1407.
Consolidation vicieuse, 129.
Constipation atonique et — spasmodique, 1095. — de nourrissons, 333.
Contagion par les livres, 1734.
Contractions. Les — synergiques paradoxales dans la paralysie faciale, 669.
Contusions du poumon, 735.
Coprologie. Importance de la — dans le diagnostic des affections du tube digestif, 1107.
Cordon spermatique. Torsion, 153.
Cornée. Botryomycose, 137. — modifications physiologique de la — chez les enfants de cinq à quinze ans, 440.
Corps étrangers articulaires, 367, 502, 702. — du cerveau, 849. — de l'estomac, 702. — de la fesse, 92. — de l'œsophage, 272, 765. — (extraction), 703. — par l'œsophagoscopie, 615. — Nouvelle contribution au traitement des — de l'œsophage, 546. — du tube digestif, 1606. — de la vessie, 129, 380.
Cortex. Lésions du — sous-jacentes à des épaississements méningés chez certains aliénés chroniques, 632.
Coryza purulent et eau oxygénée, 285. — Traitement par menthol et cocaïne en pulvérisations, 1628.
Côte cervicale. Importance chirurgicale de la —, 1186. — anormale, gangrène des doigts consécutive, 1508.
Coxalgie hystérique et — chez une hystérique, 1023.
Coxa-vara, 1450, 1451.
Crampes musculaires, 92.
Crane. La ponction lombaire dans les fractures de la base du —, 1532. — Enfoncement du —, 415.
Craniectomie, 1751.
Craquements, frottements et froissements sous-scapulaires, 351.
Crème. Toxicité de la crème à la vanille, 1223.
Cresson. Antidote de la nicotine. 390.
Crises gastriques du tabes, 56.
Cristallin. Ablation du —, 1558.
Crookes. Sur les variations d'éclat données par un tube de —, 593.
Cryoscopie, 495.
Cuivre. Action du —, sur les bactéries, 777.
Cunéiformes. Luxation traumatique, 501.
Cure. La — alimentaire dans les fistules biliaires de la vésicule, 1443. — d'amaigrissement, 93.
Cysticerque du cerveau, 1713.
Cystite chronique. Paralysie ascendante aiguë due à une —, 607.
Cystoscopie, 320. — à vision directe, 1508.
Cytologie des éléments urinaires, 801. — du liquide parotidien au cours des oreillons, 246. — des pleurésies cancéreuses, 538.
Cytolyse. De la — dans les séreuses humaines pathologiques, 896.

D

Décapsulation de l'appendice, 608. — Les effets immédiats de la — du rein dans les néphrites, 212.
Déchloruration, 381, 382, 1579. — dans les maladies du cœur, 1028. — et bromure dans l'épilepsie, 1543. — et scarlatine, 822. — Les régimes déchlorurés, 1338.
Déclaration obligatoire, 908. — obligatoire des maladies contagieuses, 775, 797, 835.
Dégénérescence des nerfs cutanés après section des racines postérieures, 945.
Délire traumatique, 619, 730.
Delirium tremens, 667. — Affusions froides dans le —, 1222.
Démence paralytique. Forme stationnaire, 1736. — précoce, 669, 909. — Formes, 63. — Microbes dans le sang de la —, 970.
Dentaire. Angine d'origine —, 594.
Dents. Fistules d'origine dentaire, 1119.
Dermatoses diathésiques, 1515.
Désinfection de la cavité buccale, 67.
Développement. Arrêt de — osseux, 345.
Déviation conjuguée de la tête et des yeux. Origine sensorielle de la —, 1688.
Diabète. Albuminurie dans le —, 1002. — cérébral traumatique, 1222. — Cirrhose graisseuse avec ascite hémorragique chez une diabétique, 75. — d'origine infectieuse, 702.
Diaphragme. Lésions congénitales du — et troubles respiratoires chez les nouveau-nés, 1125.
Diarrhée simple, forme larvée de la dysenterie bacillaire, 931.
Diathèses et dermatoses diathésiques, 1515.
Digestion. Action du vêtement sur la —, 33.
Digitale. Empoisonnement par la —, 776.
Dilatation bronchique. Traitement par la pneumotomie, 895. — lymphatique, 991. — post-opératoire de l'estomac, 1678.
Diphtérie cutanée extensive, 1185. — Complications cardiaques dans la —, 224. — et tétanie, 607. — Toxines diphtériques et lésions gastriques, 284.
Dispensaires, 1362.
Distillation de l'or, 1724.
Distinctions honorifiques, 1, 13, 25, 37, 61, 73, 85, 96, 109, 121, 144, 156, 169, 181, 205, 217, 230, 265, 289, 325, 349, 361, 469, 481, 493, 565, 577, 589, 637, 673, 685, 705, 709, 733, 793, 949, 961, 973, 985, 1021, 1033, 1043, 1093, 1105, 1130, 1178, 1201, 1213, 1249, 1261, 1465, 1489, 1573, 1597, 1753.
Distomatose hépatique, 187.
Divination des pensées, 297.
Doigts. Arthropathies des —, 1340.
Duodénum. Ulcère perforant du —, 833. — Perforation du —, 415, 417.
Dyscrasie acide, 463. — expérimentale, 536. — Mesure du coefficient de déminéralisation dans la —, 739.
Dysentérie, 331. — Notes étiologiques sur l'épidémie de — de Paris 1904, 761. — Effets expérimentaux de la toxine dysentérique sur le système nerveux central, 332 — Sensibilisatrice spécifique dans le sérum des animaux immunisés contre les

bacilles dysentériques, 369. — Diarrhée simple, forme larvée de la — bacillaire, 931. — chronique. Traitement de —, 595.
Dysostose cléido-cranienne familiale, 320.
Dyspepsies infantiles. Traitement par l'eau oxygénée, 127. — et neurasthénie, 1695.
Dystocie du col en dehors des tumeurs, 45.

E

Eaux d'alimentation. Application de la thermométrie au captage des —, 330. — de mer, 1623. — de mer. Injections sous-cutanées d'—, 1439. — de mer en injections chez le nouveau-né, 850, 1623. — de mer en injections isotoniques dans la tuberculose, 775, 831. — minérales, 1628. — potable. Importance de la recherche des anaérobies dans l'analyse des —, 740. — Recherche de l'ammoniaque dans l'—, 222. — oxygénée à l'état naissant, son activité bactéricide sur les germes des —, 32. — oxygénée dans coryza purulent, 285. — oxygénée et ses applications thérapeutiques, 21.
Échanges. Influence de la dyscrasie produite par les acides organiques sur les — nutritifs, 428. — respiratoires. Examen clinique des — 939, 951.
Écoliers mentalement anormaux, les asthéniques, 423.
Eczéma et hyperchlorhydrie des pays chauds, 822. — La cure de l'— par la radiothérapie, 593.
Électrothérapie, 1196.
Électro-diagnostic. Sur l'excitation des nerfs par le minimum d'énergie, application à l'—, 570.
Éléphantiasis du cuir chevelu, 1161. — et myxome, 1690.
Éloge de Panas par Paul Segond, 162.
Embaumements, 1229, 1240, 1279.
Embolies dans le territoire de l'aorte abdominale, 537. — graisseuses du poumon, 933.
Empoisonnement par le charbon atractylis gummifera, 111.
Encéphale. Interventions chirurgicales dans la tuberculose des méninges et de l'—, 1386.
Encéphalomalacie, 297.
Enchondrome de la langue, 502. — de l'ethmoïde. 1713.
Endémie de leucémie myélogène, 79.
Endocarde dans la granulie, 1545.
Endocardites aiguës, 838, 874, 947. — aiguës. Anatomie pathologique, signes et diagnostic, 910. — blennorragique, 894. — térébrante et végétante pneumonique, 500. — tuberculeuse simple, 223. — tuberculeuse végétante, 428.
Endométrite cervicale. Traitement de l'—, 1587.
Endothéliome diffus du cerveau, 320.
Energie, Sur la mesure de l'— disponible par un dynamomètre totalisateur enregistreur, 427.
Enseignement médical dans les hôpitaux, 247.
Entérite et douleur, 507.
Entéro-anastomose dans le cancer du gros intestin, 1533, 1569, 1713.
Entéro-colite des pays chauds, 159. — La fausse membrane de l'—, 1755.
Epanchements pleuraux. Diagnostic des — chez les vieillards, 511. — pleuraux. Méthode pour déceler les bacilles tuberculeux dans les —, 716. — séro-fibrineux. Recherche des bacilles tuberculeux dans les —, 867.
Epaule. Luxations récidivantes, 55.
Epidurite purulente lombaire à bacilles d'Eberth, 1579.
Epilepsie, 1579, 1666. — Bromure et déchloruration, 1543. — Cerveaux d'épileptiques sans aucune lésion des neuro-fibrilles, 69. — et folies périodiques, 1077. — jacksonienne dans l'épilepsie vraie, 970. — Régime déchloruré dans l'—, 970.
Epiploon. Rôle de l'—, 1726.
Eruptions causées par l'antipyine, 187.
Erysipèle et ganglions, 1415. — Traitement par le sérum de convalescents de cette affection, 1451.
Erythème multiforme par intoxication alimentaire, 333. — infectieux, en particulier les érythèmes métadiphtériques et les érythèmes primitifs, 416. — polymorphe, 119, 155.
Esérine dans le tétanos, 298.
Estomac. Catarrhe chronique de l'—, 739. — Cancer de l'—, formes atypiques, 1089. — Dilatation aiguë post-opératoire, 1605, 1678. — Intervention chirurgicale dans les affections non cancéreuses de l'—, 1290, 1318. — Méthodes cliniques de dosage de l'acidité gastrique, 176. — Modifications subies dans l'estomac et le duodénum par les solutions salines, 141. — Néoplasme de l'— à marche rapide, 1576. — Plaies pénétrantes par balles de revolver, 1460. — Pylorectomie dans le cancer de l'—, 1003. — Réflexe œsophago-salivaire envisagé comme symptôme du cancer de l'—, 212. — Sarcome primitif de l'—, 1520. — Sténose cancéreuse, 667. — Transformations subies dans l'— et le duodénum par les solutions acides ingérées, 958. — Ulcérations gastriques, 1703. — Ulcère de l'— et pansement au bismuth; critique radioscopique, 1651. — Ulcère traumatique, 1630.
Etat extatique chez un obsédé, 970.
Ether. Anesthésie au moyen de l'— dans le rectum, 716, 1341.
Ethmoïde. Enchondrome de l'—, 1713.
Etranglement de l'intestin par l'appendice, 345. — herniaire, 344. — interne et péritonite généralisée, 594.
Eucalyptol, 1186.
Eumictine, 923.
Evian. Cure d'— et cardiopathies artérielles, 738.
Exostoses multiples, 990. — ostéogéniques, 103, 933.
Extirpation utéro-vaginale totale, 1627.
Extraction d'un corps étranger de la bronche droite par la bronchoscopie supérieure, 327.

F

Face. Chirurgie réparatrice de la —, 1338.
Faculté de médecine de Paris. Actes de la —, 9, 34, 70, 73, 118, 142, 178, 214, 250, 286, 321, 333, 358, 392, 429, 466. 561, 598, 634, 670, 705, 742, 765, 801, 825, 862, 898, 926. 1370, 1415, 1451, 1485, 1510, 1546, 1581, 1618, 1653, 1690, 1727 1762. — Thèses de la —, 46, 74,85, 118, 154, 189, 225, 262, 310, 333, 370, 393, 454, 477, 561, 610, 634, 681, 694, 717, 746, 766, 801, 825, 873, 909, 926, 946, 950, 1415, 1451, 1485, 1510, 1546, 1581, 1618, 1653, 1690, 1727, 1762. — de Bordeaux. Thèses, 1154, 1173. — de Lyon. Thèses, 1178, 1198. — de Montpellier. Thèses, 1202, 1214.
Faim. De la —, 502. — Des viciations de la — bulbaire, 538.
Faisceau longitudinal inférieur, 1544. — pyramidal, 68.
Fatigue. Influence de la — sur l'apparition de l'albuminurie et de la glycosurie, 1160.
Fémur. Appareil pour fractures du —, 1280. — Importance pathologique et opératoire de la gouttière latéro-sus-condylienne du —, 399.
Ferments métalliques, 238, 969.
Fesse. Kyste hydatique de la —, 1713. — Corps étranger, 92.
Fibrome de l'iléon, 1667. — de l'ovaire, 303, 339. — utérins. Pathogénie, 1233.
Ficker. Procédé de — dans le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde, 476.
Fièvre bilieuse hémoglobinurique et chlorure de calcium, 1725. — continues dues au bacille de Gærtner, 1724. — jaune, 186, 222. — jaune et moustiques, 259. — jaune. Infection héréditaire des moustiques par la —, 1030. — puerpérale. Traitement, 775.
Fièvre typhoïde, 223. — Agglutination des bacilles typhiques et paratyphiques, 1615. — Agglutination de famille, 1616. — Artérite typhique, 1650. — Bacilles paratyphiques, 1615, 1616, 1726. — Cirrhoses biliaires d'origine éberthienne, 537. — Cholécystite aiguë dans la convalescence de —, 1580. — Complications de la — chez l'enfant, 643. — Diagnostic clinique de la —, 1011, 1543. — Epidurite purulente lombaire à bacilles d'Eberth dans la convalescence de —, 1579. — Exotoxine typhique, 633. — Gangrène typhique, 1687. — Infections paratyphoïdes, 1580, 1615, 1650, 1758. — Péritonite typhoïdique sans perforation, 390. — Puérilisme mental dans la —, 632. — Séro-diagnostic. Valeur du procédé de Ficker dans la —, 476. — Vaccinations actives croisées des bacilles typhiques et paratyphiques, 1726. — Virulence du bacille d'Eberth, 1690. — Volvulus du petit intestin compliquant la —, 1222.
Fistules dentaires, 1119. — pneumo-cutanées, 319. — vésico-vaginales Traitement des —, 1731.
Fixation, 1616. — Méthode nouvelle de — et de durcissement rapides pour l'étude du système nerveux central, 513.
Fluctuation. De la —, 435.
Foie. Action élective du chloroforme sur le —, 678. — appendiculaire, 1431, 1467. — Structure du —, 332, 368, 427, 896. — Circulation hépatique, 669. — Contribution à l'étude du — digestif, 560. — Fonction adipopexique, 33, 115. — Kyste hydatique du —, 895, 991. — Régime circulatoire de la glande hépatique, 176. — Relations morbides de la rate et du —, 267. — Rôle du — dans les vomissements périodiques de l'enfance, 560, — Suture du —, 668. — syphilitique, 1449. — Teneur du — en glycogène suivant les régimes, 33. — Tumeurs du —, 643.
Folies périodiques et épilepsie, 1077.
Fonction biligénique, 570.
Formiates. Les —, 835, 872. — et acide formique, 368. — de soude, 440.
Formulaire. Alopécie (contre l'), 968. — Amygdalite aiguë (contre l'), 1132. — Anémones en thérapeutique (les), 1125. — Antiprurigineux, 1209. — Antisepsie buccale et bucco-pharyngée et blanchiment des dents, 714. — Asthme des foins (contre l'), 1259. — Bouillie au bouillon de légumes dans l'alimentation des enfants atteints de gastro-entérite, 1150. — Citrate de soude et lait pour nourrisson, 225. — Crême contre les éruptions traumatiques, les dermites irritables, etc., 993. — Crampes musculaires, 92. — Crevasses des mains (contre les), 389. — Coryza (contre le), 285, 558, 1590, 1618. — Désinfection de la cavité buccale, 67, 81, 522. — Dyspepsie des tuberculeux (contre la), 42. — Eau

oxygénée : dans l'anémie et la chloro-anémie, 356 ; — dans le coryza purulent, 285 ; — en lavements, 104. — Emulsion contre les coliques hépatiques, 760. — Gargarisme iodo-ioduré, 513. — Gargarisme contre la pharyngite granuleuse, 1195. — Glycérolé contre le prurit vulvaire, 106. — Hémoptysies (contre les), 442. — Hyperhydrose plantaire, 975. — Injections de biiodure de mercure, 898. — Laxatif à la Bourdaine, 1459. — Laryngites aiguës, 1161. — Liniment de Rosen, 1125. — Mélange de cocaïne et de menthol pour pulvérisations nasales contre le coryza, 1628. — Migraine, 367. — Muguet (contre le), 57. — Otite moyenne (contre l'), 956. — Pelade (contre la), 1053. — Phtiriase (contre la), 1243. — Pommade analgésique, hémostatique et antiseptique de Reclus, 862. — Pommade à la chrysarobine, 1114. — Pommade contre les hémorroïdes, les fissures anales, 1545. — Potion : à l'adrénaline contre les hémoptysies et les hématémèses, 1301 ; — au bromoforme pour l'adulte, 1558 ; — calmantes dans la bronchite aiguë à la période de crudité, 1509 ; — contre les diarrhées cholériformes des adultes, 1295 : — expectorante, 1485 : — de Todd (modification à la), 380. — Poudre contre le coryza, 1590. — Sirop iodotannique (sur le). 620. — Le sucre en dermatologie, 887. — Traitement : des brûlures, 1271 ; — du coryza aigu, 1618 ; — de la fissure anale des enfants, 167 ; — de la gale, 1185 ; — de la grippe, 271, 367, 380 ; — des hémoptysies chez les tuberculeux à la période cavitaire, 177 ; — des névralgies, 796 ; — des plaies douloureuses des ulcères et des crevasses, 491 ; — de l'ulcère de jambe, 106 ; — de l'urticaire (ab ingestis), 1037 ; — des verrues, 22. — Trichophytie de la barbe, 141. — Trinitine (de la), 791.

Foudre. Cataracte par coup de —, 1059.

Fractures. Appareil pour — du fémur, 1280. — de l'astragale et du calcanéum, 1124. — de la base du crâne. La ponction lombaire dans les —, 1474, 1532. — de Colles. Interventions sanglantes pour corriger la difformité et rétablir la fonction dans les — vicieusement consolidées, 560. — du calcanéum, 975. — de l'humérus, 55. — de jambes. Appareil pour —, 272. — compliquées de jambe. Traitement des —, 627. — obliques de jambe. Appareil pour —, 201. — du maxillaire inférieur, 451. — de l'orbite, 1323. — de l'extrémité inférieure du radius : déformations en houlette, et en dos de fourchette, 1101. — des os de la face, 320. — du scaphoïde. Diagnostic et traitement, 1365.

Froissements. Craquements et frottements sous-scapulaires, 351.

Fumées. Propriétés antiseptiques, 1002.

G

Galop. Bruit de —. 82.

Ganglions dans l'érysipèle, 1415.

Gangrène. Amputation dans les cas de —, 668. — typhique, 1687. — massive spontanée, 990.

Garderie d'enfants, 1761.

Gargarisme iodo-ioduré, 513.

Gastrectomie, 1353.

Gastriques. Les fonctions — dans la vieillesse, 548.

Gastrite muqueuse. Anatomie pathologique de la —, 739. — parenchymateuse dégénérative, 246.

Gastro-entérostomie. Note sur un point particulier de sa technique, 99.

Gastrorragies, 855. — consécutives à l'ingestion de calomel, 369.

Gaze aseptique, 129.

Gencives. Hypertrophie des —, 381.

Genou à ressort, 201.

Gentiopicrine, 1002.

Gestation chez la chienne, 945.

Gigantisme et maladie de Basedow, 69.

Glande surrénale, 1615, 1726.

Globules rouges. Numération au sommet du Mont-Blanc, 969.

Glycogène hépatique. Hydrolyse du —, 284. — Répartition du — hépatique à l'état normal et à l'état d'inanition, 115. — Teneur du foie en — suivant le moment de l'ingestion alimentaire, 115. — Teneur du foie en —, suivant les régimes, 33.

Glycose. Transformation rapide des matières albuminoïdes en — dans l'organisme, 116.

Glycosurie. Influence de la fatigue sur l'apparition de l'albuminurie et de la —, 1160.

Goitre. Deux cas de — suppuré, 152. — exophtalmique et pleurésie hémorragique, 1335. — exophtalmique. La thyroïdectomie dans le —, 273.

Gonococcie métastatique de la peau, 1379. — mortelle, 537.

Gonosan, 321.

Goutte et rhumatisme chronique, 927. — saturnine ; examen cytologique d'un épanchement articulaire, 1539.

Graisses. Absorption des — chez les enfants, 129.

Granulie. Lésions de l'endocarde dans la —, 1545. — Tuberculose fibreuse du poumon droit, sténose mitrale pure avec symphyse tuberculeuse du péricarde, mort par —, 243.

Gravelle et scarlatine chez l'enfant, 1508.

Greffes, 814. — Evolution des — de la muqueuse biliaire, 69. — thyroïdienne, 403.

Grippe, 357. — Caractères bactériologiques des crachats au cours de l'épidémie actuelle dite de —, 285, 317. — L'épidémie de 1904-1905, 1420. — pulmonaire prolongée. Traitement de la —, 271. — Sur quelques points particuliers de l'évolution de la —, 1299.

Grossesse. Coexistence des grossesses intra et extra-utérines, 497. — Diminution de l'extrait sec urinaire à la fin de la — normale, 332. — Influence de l'intoxication professionnelle par le tabac sur l'évolution de la —, 524. — Influence de l'orthostatisme sur le fonctionnement du rein à la fin de la —, 537. — La polyurie à la fin de la — normale, 331. — quadruple, 1207. — sextuple, 1439. — Le traitement du cancer du col compliquant une — avancée, 547.

Gymnastique. La —, ce qu'elle est, ce qu'elle doit être, 771. — et rééducation respiratoire dans les convalescences, 139. — thoracique et rééducation respiratoire, 451.

Gynécologie. Des opérations gynécologiques conservatrices, 991.

H

Hallucinations du moignon; origine périphérique des —, 1544.

Hébotomie ou symphyséotomie paramédiane, 8.

Héliothérapie, 1353.

Hémato-aspiration dans la chirurgie de l'oreille, 642.

Hématoblastes. La rétraction du caillot et les — dans les anémies, 69.

Hématogène, 536.

Hématologie, 1734.

Hématolyse, 208, 1040, 1759. — Réactions cellulaires hématolytiques, 906.

Hématomyélie, 1544. — avec troubles à disposition radiculaire, 970.

Hémianesthésie, 1689.

Hémioculomoteurs. Paralysie des deux —, 476.

Hémiplégie, 478, 514, 550, 573. — avec hémianesthésie croisée, 321. — cérébrale infantile. Réactions électriques particulières dans un cas d'—, 176. — homolatérale par lésion cérébrale, 320. — spinale par hématomyélie spontanée, 320. — urémique, 1232. — urémique. Un cas d'—, 1311. — urémique dans un cas de compression des uretères par cancer utérin, 1089.

Hémispasme facial, 1689. — facial périphérique post-paralytique, 1076.

Hémoglobinuries, 10. — Insuffisance d'antisensibilisatrice dans le sang des hémoglobinuriques, 246.

Hémolyse. Recherches physico-chimiques, 78.

Hémophilie. Etude du sang dans un cas de —, 1422. — Sérothérapie de l'—, 1482.

Hémoptysies. Traitement par les inhalations de nitrite d'amyle, 536.

Hémorragie bulbaire probable, 669. — cérébrale, 69. — cérébrale avec inondation ventriculaire et sous-arachnoïdienne, évolution anormale de l'hématolyse, 208. — gastro-intestinale chez un nouveau-né, 642. — sous-arachnoïdiennes et mécanisme de l'hématolyse en général, 1040. — du tube digestif. Traitement, 76.

Hémosialémèse, 891.

Hémostase. Propriétés hémostatiques du poivre, 957.

Hépatico-gastrostomie, 319, 344.

Hépatiques. Région et thérapeutique des —, 112.

Hérédité des stigmates, 1004.

Hernie. Appendicite herniaire, 1342. — appendiculaire, 224. — étranglée, 1643. — inguinale et appendicite, cure radicale, 1540. — Un nouveau procédé de cure radicale, 535. — intercostale, 1678. — isolée de l'appendice, 1065. — par glissement du gros intestin, 658. — traumatique, 129.

Héroïnomanie, 908.

Hétérotopie, 1544.

Hôpitaux de Paris, Liste de classement de l'externat, 1511 ; — Répartition des chefs de service, des chefs de clinique, des internes et des externes à dater du 15 mai 1905, 651.

Hoquet, 915.

Humérus, fracture, 55.

Hydrocèle chez la femme, 1161.

Hydrothermothérapie, 1196.

Hygiène scolaire et médecins des écoles, 1444, — sociale, 1359. — et tunnels, 1233.

Hyperchlorhydrie. Eczéma et — des pays chauds, 822. — rapide, 823.

Hyperesthésies et prurit, 15.

Hyperplasie surrénale des néphrites, 1029.

Hypertrophie musculaire, 1064. — musculaire du membre supérieur, 68. — musculaire partielle, 991. — prostatique, 1317. — de la prostate, traitement, 1289.

Hypocondrie, 1071.

Hypophyse, hypertrophie secondaire, 57.

Hypotension, 79. — d'effort. L'—, 632.

Hypotrophie, 140, 173, 175, 1544.

Hystérectomie subtotale. Dégénérescence du moignon après —, 765, 790, 848.
Hystérique. Coxalgie — et coxalgie chez une —, 1023.
Hystéro-traumatisme vaccinal, 670.

I

Iboga et Ibogaïne, 548.
Ictère. Bile et pouls lent au cours de l'—, 1231. — catarrhal, 1652. — fébriles, 1544. — simple du nouveau-né. Teneur en bilirubine du sérum sanguin dans l'—, 946.
Identification du cadavre de l'amiral Paul Jones, cent treize ans après sa mort, 992.
Idiotie avec convulsions, 675.
Iléo-cæcale. Etude clinique et thérapeutique sur la tuberculose chirurgicale de la région, 547.
Iléon. Fibrome de l'—, 1667.
Iléo-rectostomie, 1643.
Ilots de Langerhans. Dégénérescence des — en dehors du diabète, 1483.
Image primaire et — accidentelle, 536.
Immunité. Sur la durée de l'— donnée par une injection de sérum antitétanique, 606.
Impetigo. Traitement des formes chroniques de l'—, 1541.
Imprégnation argentique de Cajal appliquée à l'étude histo-chimique de la cellule médullo-surrénale, 463.
Incompatibilités médicamenteuses. Sur quelques —, 220.
Incontinence des urines, 1100.
Infection généralisée mortelle à gonocoques et à staphylocoques, 537.
Injections bucco-pharyngiennes, 642. — isotoniques d'eau de mer, 775, 831, 850, 1623. — mercurielles solubles, 1569. — intra-articulaires de sublimé dans l'arthrite aiguë blennorragique, 390. — intratrachéales, 255. — intratrachéales dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, 567. — intraveineuses de sérums thérapeutiques, 798.
Instrument. Nouvel — pour faciliter la pose d'un appareil plâtré dans les fractures du fémur, 1280.
Insuffisance gastrique, 292.
Intérêts professionnels. Accidents du travail, 476, 525, 1424, 1533, 1559. — Annulation d'un concours d'agrégation, 1105. — Association pour exercer l'art médical; n'est valable qu'entre docteurs en médecine, 238. — Décret portant approbation des actes locaux qui ont organisé l'Ecole de médecine de l'Indo-Chine, 1238. — Décret portant application au Tonkin, en Annam, au Cambodge et au Laos de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, 1244. — Décret portant réglementation de la médecine indigène en Cochinchine, 1244. — Du danger des certificats, 572. — Les étudiants en médecine et en pharmacie et la loi de deux ans, 182, 205, 418. — Examen mental des inculpés, 1717. — Exercice illégal, 122, 238. — Honoraires médicaux, 597, 1607. — La loi sur les patentes et les médecins de villes d'eaux, 565. — Modification à la loi sur la protection de la santé publique, 565. — Propriété des thèses de doctorat, 1657. — La réforme des études médicales, 817, 1537. — La responsabilité médicale en cas de décès par le chloroforme, 1484. — Tarif des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail, 476, 525, 1424, 1533.
Intestin. Cancer de l'— et entéro-anastomose, 1533, 1569, 1713. — grêle. Résection de quatre mètres d'—, 1667. — Hernies par glissement du gros —, 658. — Résection de l'—, pour rétrécissement congénital, 731. — Toxicité du contenu intestinal, 1759. — Tuberculose intestinale (formes cliniques), 1211, 1246, 1281. — Tumeurs malignes chez l'enfant, 57.
Intoxication professionnelle par le tabac dans la grossesse, 524.
Iode et iodiques, 1577, 1757.
Iodoforme. Inconvénients de l'—, 703.
Iodure d'arsenic dans la scrofule, 1460.
Ipéca en médecine infantile, 820.
Iritis syphilitique, 47.

J

Jambe. Traitement des fractures compliquées de —, 627.

K

Kératite purulente et collargol, 821.
Kyste dermoïde, 92. — de la conjonctive, 1761. — dermoïde de l'ovaire, 502. — hydatique de la fesse, 1713. — hydatiques du foie, 895, 991. — hydatique du foie et cholémie familiale, 463. — hydatique du foie ouvert dans les voies biliaires, 594. — hydatique du poumon, 1606, 1679. — du vagin, 1666.

L

Lactase animale. Recherches sur la —, 570.
Lactose, 944. — Origine du —, 1279.
Lait. Alimentation par le — cru chez l'enfant, 213. — Une maladie du —, 81. — Qualités que doit posséder le — destiné à l'allaitement des enfants, 45. — des vaches tuberculeuses, 223.
Langue. Cancer de la —, 957. — Enchondrome de la —, 502. — Syphilis de la —, 1102, 1138, 1174.
Laryngectomie. Nouveau procédé de —, 140.
Larynx. Procédé d'examen chez les sujets hyperesthésiques, 1558. — Sténose syphilitique aiguë guérie par les injections de biiodure de mercure, 424.
Lèpre, 114. — Bacille de la —, 800. — Liquide céphalo-rachidien dans la —, 800. — Reproduction expérimentale de la — chez le singe, 284.
Leucémie. Action comparée des rayons X sur le sang dans la leucémie myélogène et lymphatique, 141. — aiguë. Sur deux cas de —, 1611. — lymphoïde chronique et purpura, 139. — lymphoïde traitée par la radiothérapie, 1543. — myélogène et myélomes multiples de l'intestin grêle, 860. — myéloïde du chien, 933. — myélogène, 79, 798. — myélogène et son traitement, 1191. — et radiothérapie, 187, 404, 799.
Leucocytose au cours de la vaccination antirabique, 822. — céphalo-rachidienne dans un cas de méningite tuberculeuse, 987. — digitalique, 1726. — et scarlatine, 463.
Levure de bière dans l'ophtalmie phlycténulaire, 154.
Lichen sur les zones d'irradiations douloureuses dans un cas d'insuffisance aortique, 463.
Ligature. Nouveau nœud double pour pédicules vasculaires, 140.
Linite plastique, 1599.
Lipiodol. Guérison d'un cas de charbon par les injections de —, 316.
Lipomes articulaires, 944. — intra-pleuraux, 1186. — périostiques, 849, 894. — d'origine ostéo-périostique, 764, 790. — ostéo-périostiques, 731.
Liquide céphalo-rachidien dans l'urémie nerveuse, 1030. — céphalo-rachidien pathologique, 945.
Lupus érythémateux. Traitement du — par la réfrigération au moyen du chlorure d'éthyle, 464. — Traitement du —, 524.
Lusoforme, 442. — dans la chirurgie courante, 1451.
Luxation congénitale de la hanche. Modifications anatomiques observées pendant et après la réduction non sanglante de la —, 1439. — Mâchoire inférieure, 791. — récidivante de l'épaule, 55, 791, 814, 849. — du semi-lunaire. Diagnostic et traitement, 1365 — traumatique des cunéiformes, 501. — traumatiques de la rotule, 369.
Lymphagogues. Action locale des — sur les échanges salins intestinaux, 896.
Lymphocytes. Mobilité des —, 1365.
Lymphocytose, 175. — rachidienne avec symptômes de méningite spinale dans un cas de zona thoraco-abdominal, 763. — rachidienne et zona du trijumeau dans les oreillons, 245.
Lymphosarcome, 991. — de la région inguinale, 128.

M

Macrodactylie, 69.
Magnésie. Action sur les microbes, 139.
Magnésium. Action du — et de la magnésie sur les microbes, 139.
Maisons de chirurgie. Le rôle des —, 711.
Mal de mer, 80. — perforant buccal, 1239. — perforant buccal et maux perforants plantaires tabétiques, 1239. — perforant plantaire, 1239. — perforant tabétique du voile du palais, 669. — de Pott d'origine syphilitique, 273. — de Pott. Paraplégie flasque puis spasmodique dans le —, 970.
Maladie de Barlow, 519, 555. — de Basedow et gigantisme, 69. — de Basedow et médication parathyroïdienne, 837. — de Basedow et pleurésie hémorragique, 1335. — de Basedow. Traitement par le sérum antithyroïdique de Möbius, 79. — de Bazin traitée par les courants de haute fréquence, 523. — de Dercum, 1688. — des jeunes chiens, 356. — mentales. Traitement des — par la balnéation et l'hydrothérapie, 1075. — de Munchmeyer (myosite ossifiante progressive), 1671. — osseuse de Paget, 1133. — de Parkinson, 799. — de Parkinson. L'écriture des parkinsoniens, 1689. — de Parkinson. Etat páréto-spasmodique dans la —, 176. — de Quincke (œdème aigu angio-neurotique), 483. — de Recklinghausen, 68, 1688. — de Recklinghausen. Un cas de —, 176. — de Riga, 3. — du sommeil. Voir trypanosomiase. — de Thomsen. Atrophie musculaire avec réactions électriques de la —, 970.
Massage de la prostate, 6.
Matières minérales. Action des —, 958.
Maxillaire inférieur. Ostéo-myélite du —, 1743.

Meckel. Inflammation du diverticule de —, 501.
Médecine légale. Réaction précipitante des — en médecine légale, 263.
Médecine pratique. Anesthésie locale par injections d'eau stérilisée, 642. — L'eau gazeuse dans le traitement des angines, 704. — Antipyrine, mode d'administration chez les enfants, 500. — Applications internes du nitrate d'argent, 5, 42. — Calomel dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, 245. — Cardiopathies artérielles et cure d'Evian, 738. — Citrate de soude contre les vomissements des nourrissons, 593. — Collargol. Le — dans le traitement de la kératite purulente, 821, — Diagnostic des épanchements pleuraux chez les vieillards, 462. — Diagnostic des épanchements pleuraux chez les vieillards. A propos du —, 511. — Indications du traitement du catarrhe tubo-tympanique et des scléroses obiques par l'insufflation des vapeurs sulfureuses naturelles, 989. — Injection hypodermique associant le camphre à la caféine, 1592. — Ipéca. L'— en médecine infantile, 820. — Iode (l') et les iodiques, 1577, 1757. — Grippe à forme nerveuse, traitement, 451. — Pelade. Traitement médical de la —, 186. — Perfectionnement dans la technique des injections mercurielles solubles, 1569. — Procédé de l'allumette pour vider les tubes de vaccin, 343. — Procédé d'examen du larynx chez les sujets hyperesthésiques, 1558. — Procédé pour dissimuler l'amertume des sels de quinine, 1028. — Propriétés hémostatiques du poivre, 956. — Réflexe plantaire psychique. Le —. 586. — Régime et thérapeutique des hépatiques, 112. — Sérum artificiel stérilisé obtenu à froid par simple réaction chimique, 200. — Traitement : de l'ankylostomiase, 1062 ; — du coryza syphylitique des nouveau-nés, 439 ; — des dyspepsies infantiles par l'eau oxygénée, 127 ; — des formes chroniques de l'impétigo, 1541 ; — des gastro-entérites infantiles par le babeurre, 425 ; — des hémorragies du tube digestif, 76 ; — de l'ostéomyélite chronique par le remplissage des cavités osseuses avec la cire iodoformée, 641 ; — du hoquet, 403 ; — du prurit vulvaire par la pâte de zinc, 1445 ; — du rhumatisme articulaire aigu par l'acétyl-salicylate de mercure, 1518 ; — des sueurs nocturnes chez les tuberculeux, 355 ; — des vomissements cycliques, 1723 ; — par la gale, 1185.
Médication oxygénée dans les tuberculoses locales, 1649.
Mélancolie avec catatonie post-choréique, 670..
Méninges. Interventions chirurgicales dans la tuberculose des —, 1386.
Méningites aiguës. Accidents nerveux consécutifs aux —, 836. — cérébro-spinale épidémique. Traitement de la —, 775. — cérébro-spinale (épidémiologie, prophylaxie), 687. — cérébro-spinale à méningocoque guérie, 822. — cérébro-spinale à rechutes, 356. — cérébro-spinale. Sur les agents pathogènes de la —, 992. — — cérébro-spinale. Traitement de la — par le sérum antidiphtérique, 442. — chronique avec contracture généralisée à forme grave. 427. — à évolution insidieuse, comme cause d'aliénation mentale, 473. — en plaques, 69. — Méningite tuberculeuse, voir tuberculose.
Méningo-encéphalite saturnine aiguë précoce, 593.
Ménisques. Structure des — interarticulaires de certains animaux, 70.
Ménopause, sclérose utérine, métrorragie, 603.
Menstruation. Recherches sur les modifications de la pression artérielle au cours de la —, 501.
Mercure phényle. Toxicité, 893.
Mercurium cum creta dans la syphilis héréditaire, 391.
Méthémoglobine, 390. — Sur une combinaison fluorée de la —, 632.
Méthode de Bezold, 213. — sclérogène, 1065.
Métrorragies et salpingites syphilitiques, 795. — Sclérose utérine, ménopause, 603.
Microbes. Les — et la clinique, 1353.
Micromélies congénitales, 835.
Migraine. Pathogénie de la — considérée comme un syndrome bulbo-protubérantiel, 69.
Mined abortion ou avortement différé, 224.
Mitrale. Sténose avec symphyse tuberculeuse du péricarde, tuberculose fibreuse du poumon droit, mort par granulie, 243.
Moelle. Blessure de la —, 1575. — Un cas de suture de la —, à la suite d'un coup de feu ayant amené une section complète, 1735. — Epithélioma de la —, 970. — Etude du parcours des vaso-moteurs dans la —, 670. — Section transversale de la —, 658. — Tonus et réflexes dans les sections et compressions supérieures de la —, 1616.
Môle hydatiforme. Nature de la —, 116.
Mongolisme infantile, 1687.
Morbidité. Les causes qui maitiennent élevé le taux de la — par infection diphtérique, 1519.
Mort subite d'origine gastrique, 836.
Mortalité du Creusot, 43. — infantile, ses causes, les moyens de la combatre, 1263, 1275.
Mouches et choléra, 1628.
Moustiques, 594. — et fièvre jaune, 259. — Infection héréditaire des — par la fièvre jaune, 1030.
Mouvements associés, 175. — intestinaux, 1461.
Mucinase, 1545.
Muguet. Formes microbiennes, 297. — Sur le parasite du —, 1029. — Traitement, 57.
Muqueuse biliaire. Evolution des greffes de la —, 69.
Muscles. Durée des processus d'excitation pour différents —, 427.
Myasthénie ou affection cérébelleuse, 175. — bulbo-spinale type, 68.
Mycosis fongoïde, 291. — fongoïde. Période prémonitoire et période d'état, 171.
Myélites par toxines tuberculeuses, 221. — et névrodermite lichenoïde, 1615.
Myélome multiple, 643.
Myélopathie ou myopathie, 176.
Myéloplaxe, 1643.
Myoclonie congénitale, 1726. — et myotonie acquises, 670.
Myopathie ou myélopathie, 176.
Myopie. Traitement de la — par ablation du cristallin, 1558.
Myorraphie antérieure du releveur de l'anus dans les prolapsus génitaux chez la femme, 475, 501.
Myosite ossifiante progressive, 1671.
Myxœdème. Exploration des fonctions rénale, intestinale et hépatique chez un myxœdémateux, 1482.
Myxome, 703. — et éléphantiasis, 1690.

N

Nains rachitiques et nains achondroplasiques, 607.
Narcyl, 22.
Néoplasme de l'estomac à marche rapide, 1576. — utéro-vésical, 991.
Néphrectomie, 703. — et ligature des vaisseaux rénaux. Influence sur les éliminations urinaires, 32.
Néphrite calculeuse, 523. — chronique interstitielle et alcalinité des urines, causes d'incontinence, 1100. — Les effets immédiats de la décapsulisation du rein dans les —, 212. — Hyperplasie surrénale des —, 1029. — interstitielle. Sur la teneur en bilirubine du sérum sanguin dans la —, 992. — recherches chimiques. Déchloruration, 381, 382.
Néphrolithotomie pour calculs multiples du rein, 594.
Nerfs. Excitation des — par les ondes électriques très brèves, 284. — facial. Hyperexcitabilité électrique du — paralysé, 1544. — périphériques. Altérations histologiques dans les œdèmes chroniques, 39. — Suture nerveuse, 55, 679. — Terminaison des — moteurs dans les muscles striés de l'homme, 701.
Neurasthénie et dyspepsie chez les jeunes gens, 1695. — grave guérie par la rééducation, 451.
Neurofibrilles. Altérations des — dans la pellagre, 297. — Cerveaux d'épileptiques sans aucune lésion des —, 69. — Effets de la cadavérisation sur les —, 1689. — Lésions des — dans certains états pathologiques, 428.
Neurofibromatose, 211.
Neuronal, 741, 1125.
Névralgie faciale. Rebelle. Traitement, 763. — Résection du grand sympathique dans la —, 1065. — Résection du nerf maxillaire supérieur dans la —, 319. — Traitement par les injections d'acide osmique, 1735. — du trijumeau, 594.
Névrite ascendante, 1073. — post-traumatique, 176. — et syringomyélie, 970. — multiples dues à l'alcool méthylique, 452. — radiculaire, 799.
Névrodermite à forme de lichen au cours d'une myélite, 1615.
Névroses de l'enfance et problèmes d'éducation, 969.
Nicotine. Son antidote, 390.
Nitrate d'argent (applications internes). 5, 42.
Nitrite d'amyle dans le traitement des hémoptysies, 536.
Nourrissons atrophiques. Leur ration alimentaire, 27.
Nucléinate de fer, 437.
Nutrition et hautes altitudes, 1615.
Nystagmus congénital avec syndrome nerveux complexe, 69.

O

Obésité toxique, 633.
Obstruction intestinale, 344.
Occlusion intestinale expérimentale, 1483. — intestinale par hernie intra-rectale, 1450,
Océanographie, 1507.
Œdème angio-neurotique avec localisation gastrique, 441. — chroniques (altérations histologiques des nerfs périphériques), 39. — dur traumatique, 130. — éléphantiasique, 1688. — sans albuminurie chez les enfants, 1760.
Œil. Thérapeutique oculaire, 78. — Thérapeutique oculaire : argyrol, 6.
Œsophage. Corps étranger, 272, 546, 615, 765. — Rétrécisse-

ments, 141. — Cancer de l'—, 1006, 1042, 1078. — Cancer de l'— traité par le radium, 1222.
Œsophagoscopie, 615.
Œufs. Toxicité, 1542, 1651.
Ophtalmie phlycténulaire traitée par la levure de bière, 154.
Opothérapie médullaire et anémie pernicieuse, 501.
Orbite. Fractures de l'—, 1323.
Oreille. Sensibilité, 77.
Oreillette. Physiologie, 284.
Oreillons. Cytologie du liquide parotidien au cours des —, 246. — Pancréatite ourlienne, 933. — avec zona du trijumeau et lymphocytose rachidienne, 245.
Organes génitaux. Arrêt de développement des —, 128.
Orthographe. Réforme de l'— et physiologie, 116.
Orthostatisme. Influence de l'— sur le fonctionnement du rein à la fin de la grossesse, 537.
Ossification dans les amygdales, 1271.
Ostéites non tuberculeuses de la colonne vertébrale chez l'adulte, 1143, 1179.
Ostéomalacie. Rétrocession des lésions, 462.
Ostéomyélite du maxillaire inférieur, 1743. — Traitement par remplissage des cavités osseuses avec la cire iodoformée, 641.
Ostéopathie rhumatismale simulant l'ostéite déformante de Paget, 970. — syphilitiques, 970.
Othématome. Pathogénie de l'—, 1077.
Otites scléreuses. Différentes sortes d'—, 330.
Ovaires. Conservation des —, 1679. — Fibromes de l'—, 303, 339. — Kyste dermoïde de l'—, 502. — Transplantation de l'—, 1760. — Tumeur de l'—, 1101.
Ovalbumine. Passage pylorique de l'—, 464.
Ovariotomie. Effets physiologiques chez la chèvre, 114.
Oxyde de carbone. Dosage, 78, 114.
Oxygène. Eau oxygénée à l'état naissant, 188. — Eau oxygénée en lavements, 104. — Médication par l'— dans les tuberculoses locales, 1649. — Traitement des dyspepsies infantiles par l'eau oxygénée, 127.
Oxyhémoglobine. Etude spectroscopique de l'—, 356. — Observations sur les bandes d'absoption du sang et de l'—, 222. — Sur la réduction de l'—, 536.

P

Pain. Valeur alimentaire des différents —, 738.
Paludisme, 1519. — en Algérie, 1438.
Pancréas. Chirurgie du —, 1338. — Les sécrétions du —, 1446. — Sur un cas de nécrose disséminée du tissu cellulo-graisseux à la suite d'une blessure du — par coup de feu, 464.
Pancréatite ourlienne avec autopsie, 933.
Pansements nouveaux, bandes adhérentes (leucoplastes) et papier simili-coton, 33.
Papillome de la langue, 201. — de la vessie, 57.
Paracentèse du tympan, 1090.
Paralysie agitante et troubles bulbaires, 69. — ascendante aiguë due à une cystite chronique, 607. — ascendante aiguë de Landry; données bactériologiques, 441. — des deux hémioculomoteurs, tubercule de la protubérance, 476. — faciale. Contractions synergiques paradoxales dans la —, 669. — générale générale et syndrome de Stokes-Adams, 1414. — générale et signe de Kernig, 1077. — générale et syphilis, 94, 260, 367, 439, 512, 545, 1519. — générale et syphilis. Caractères histologiques différentiels, 669. — organique du membre inférieur, 1760. — par hématomyélie, 1544. — de la sixième paire avec stase papillaire, 69. — spasmodique, 68. — d'origine traumatique, 814. — radiculaire traumatique, 970. — générale tuberculeuse, 1124.
Paraplégies, 1486, 1521, 1594, 1631. — flasque puis spasmodique dans le mal de Pott, 970.
Parasite. Un nouveau — de l'homme, 502.
Paratyphoïdes. Infections (voir fièvre typhoïde).
Parathyroïdite tuberculeuse, 1483.
Parésie spasmodique des tuberculeux, 970.
Parotide. Tumeurs artérielles pulsatiles de la région de la —, 475.
Paupières. Clignement vibratoire des —, signe d'affection rénale, 1279.
Pellagre, 297.
Pentoses et pentosuries, 747.
Perborates, 284.
Perforation du duodénum, 415, 417.
Péricarde. Les franges séro-graisseuses prépéricardiques, 273. — Symphyse tuberculeuse du —, sténose mitrale pure, tuberculose fibreuse du poumon droit, mort par granulie, 243. — Tuberculose inflammatoire, 543.
Péritoine. Etude expérimentale du drainage du — chez le chat, 417.
Péritonite généralisée. Etranglement interne et —, 594. — sous-hépatique subaiguë propagée, 1505. — Traitement de la —, 1301, 1318. — tuberculeuse, 895.
Permanganate de calcium, 463.
Péroné. Transplantation de la tête du —, 1232.
Peroxyde de zinc, 463.
Peste. Note sur deux cas de — observés à Alger en 1904, 591.
Pharynx. Angiome du —, 523. — Polype dermoïde du —, 523. — supérieur (examen), 6.
Phlébites bilharziennes, 464. — Comment on doit aujourd'hui traiter les —, 148.
Phlegmatia alba dolens à début ganglionnaire, 219.
Phosphore. La médication phosphorée, 879. — Spondylose guérie par l'acide phosphorique, 428.
Pièce prothétique, 1643.
Pied bot paralytique traité par la greffe anatomique tendino-musculaire, 451. — oscillant, signe d'aortite chronique, 643. — plat. Nouvelle opération pour —, 741.
Placenta. Physiologie du —, 1135.
Plaies par armes à feu, 345. — du cœur, 1449. — du cœur. Suture, 238. — pénétrantes de l'estomac, 1460.
Pleurésies cancéreuses. Cytologie des —, 538. — Diagnostic des épanchements pleuraux chez les vieillards, 511. — hémorragique au cours d'un goitre exophtalmique, 1335. — médiastine gangréneuse, 1353. — Modification de la voix, 93. — séro-fibrineuse chez un tuberculeux, 140.
Pleurotomie par incision postérieure verticale, 1159.
Plèvre. Lipomes intrapleuraux, 1186.
Plombage des cavités osseuses par le procédé de Mosetig-Moorhof, 1366.
Pneumococcie et phagocytose, 958.
Pneumococcique. Tétanos spontané d'origine —, 1097.
Pneumonie. Diagnostic de la — franche chez l'enfant, 963. — récidivante, 894. — sèche, 1591.
Pneumothorax. Les formes cliniques du —, 411, 447. — à l'occasion d'une injection d'adrénaline, 1414. — tuberculeux chez l'enfant, 1377.
Poisons intestinaux, 969.
Poivre. Propriétés hémostatiques du —, 957.
Poliomyélite antérieure aiguë. Traitement par la transplantation nerveuse, 297.
Polychlorurie et polyurie hystérique, 279.
Polynévrite au cours d'un cancer intestinal, 1689.
Polynucléaires éosinophiles, 1759.
Polypes muqueux, 1689. — tuberculeux de la synoviale du genou, 642, 1001.
Polypnée centrale, 993.
Polyurie. La — à la fin de la grossesse normale, 331. — hystérique et polychlorurie, 279. — Sur les conditions physiques de la — consécutive à l'injection intra-veineuse de sucres, pouvoir sécréteur du rein, 247.
Ponctions d'une ascite par le malade lui-même, 187. — lombaire dans un cas d'idiotie avec convulsions, 675. — lombaire. Effets favorables de la — dans quelques dermatoses prurigineuses, 1651. — lombaire dans les fractures de la base du crâne, 1532.
Poplité. Anévrisme —, 55.
Poste de secours. Installation d'un — en campagne, 713.
Potomanie chez un enfant, 667.
Pouls cérébral, 500, — lent au cours de l'ictère, 1231. — lent permanent, 135. — Modifications de fréquence consécutives aux changements de position du corps, 224.
Poumon. Cellules à graisse, 933, 958. — Contusions du —, 735. — Etude histologique de la graisse du —, 946. — Kyste hydatique du —, 1679. — Ponction du — pour le diagnostic de la tuberculose à forme pneumonique, 1089. — Signes du cancer du —, 190.
Poussière des routes, 440.
Pouvoir galactogène de l'anis, 1686.
Pratique chirurgicale. Pansements nouveaux, bandes adhérentes (leucoplastes) et papier simili-coton, 33.
Précipitines. La réaction précipitante des sérums en médecine légale, 263.
Prématurés. Températures sous-vestiales et cubiliales chez les —, 992. — traités par injections d'eau de mer, 1623.
Présentation du siège. Pronostic comparé des variétés complètes et décomplétées mode des fesses de la —, 369.
Pression artérielle, abaissée par la d'Arsonvalisation, 390. — La — chez le lapin à la suite d'injections répétées d'adrénaline dans les veines, 1462. — Recherches sur les modifications de la — au cours de la menstruation, 501. — osmotique. La — et les éliminations urinaires, 633. — osmotique. Variation de la — dans le muscle par la contraction, 632.
Procédé d'examen du larynx chez les sujets hyperesthésiques, 1558. — de Mosetig-Moorhof pour le plombage des cavités osseuses, 1366.
Processus morbides. Variation des — suivant la composition des organes, 284.
Prognathisme inférieur, 969, 1038.
Projectile. Extraction d'un — logé dans le massif osseux de la face, 1065. — De l'influence du bout portant sur la force de pénétration des —, 1683.

PROLAPSUS génitaux traités par la myorraphie antérieure du releveur de l'anus, 475, 501.
PROPHYLAXIE des maladies nerveuses ou mentales dans l'armée, 1077.
PROSTATE. Intoxications et hypertrophie sénile de la —, 607. — Massage, 6. — Traitement de l'hypertrophie de la —, 1289, 1317.
PROSTATECTOMIE, 1461, 1474.
PROTUBÉRANCE. Tubercule de la —, 476
PRURIT et hyperesthésies, 15. — et ponction lombaire, 1651. — vulvaire. Contre le —, 106. — vulvaire. Traitement par la pâte de zinc, 1445.
PSEUDARTHROSE. Echec de la suture osseuse, 849.
PSEUDO-HÉMATOZOAIRES endoglobulaires, 678.
PSEUDO-LITHIASE intestinale d'origine médicamenteuse, 332.
PSEUDO-OCCLUSION intestinale. Intervention chirurgicale de la — d'origine névropathique, 332.
PSORIASIS. Influence du radium sur le —, 428.
PSYCHASTHÉNIE. L'anorexie psychasthénique, 639.
PSYCHOSES puerpérales, 188.
PSYCHOTHÉRAPIE, 140.
PUÉRICULTURE au Creusot, 1002.
PUÉRILISME mental dans la fièvre typhoïde, 632.
PURPURA. Deux cas de — à topographie radiculaire, 970 — et leucémie lymphoïde chronique, 139. — hémorragique, 1758.
PUS. Pouvoir bactéricide du —; son mode d'action, 1125.
PUSTULE maligne, 68, 381.
PYÉLONÉPHRITE d'origine scarlatineuse chez l'enfant, 1508.
PYGMÉES. Sur les anciens —, 147.
PYLORE. Cancer du —, 682. — Cancer du —. Signes et diagnostic, 644. — Le réflexe Δ régulateur du —, 141. — Sténose du — — chez les enfants, 1089.
PYLORECTOMIE, 1003.

Q

QUESTIONS D'INTERNAT. Bruit de galop, 82. — Cancer de l'œsophage, 1006, 1042, 1078. — Cancer du poumon (signes du), 190. — Cancer du pylore (symptômes et diagnostic), 644, 682. — Colique hépatique, 334, 370. — Cirrhose atrophique alcoolique (symptômes), 263. — Endocardites aiguës, anatomie pathologique, symptômes et diagnostic, 838, 874, 910. 947. — Erythème polymorphe, 119, 155. — Hémiplégies, 478, 514, 550, 573. — Hémoglobinuries, 10. — Iritis syphilitique, 47. — Paraplégies, 1486, 1521, 1594, 1631. — Roséoles, 718, 777. — Rétrécissement mitral pur (signes physiques), 226. — Rétrécissement mitral, 1354, 1427. — Symphyse cardiaque (causes, signes et diagnostic), 406. — Syphilis linguale, 1102, 1138, 1174. — Tuberculose intestinale (formes cliniques), 1210, 1246, 1281. — Ulcérations gastriques, 1703, 1737.
QUININE et rayons X dans le cancer, 7.

R

RACHITISME, 140. — et hypotrophie, 173. — intra-utérin, 174.
RADIAL. Suture, 55.
RADIODIAGNOSTIC, 664, 665. — dans les maladies internes, 664.
RADIOGRAPHIE et radioscopie dans le diagnostic de la tuberculose, 1378.
RADIOLOGIE, 1196. — Le Congrès de Berlin, 663. — et orthopédie, 664.
RADIOSCOPIE. Diagnostic radioscopique des anévrismes de l'aorte, 153.
RADIOTHÉRAPIE, 523, 665. — et adénite cervicale tuberculeuse, 819. — et adénopathies tuberculeuses non suppurées, 463. — et anémie pernicieuse, 1507. — et cancers, 123. — Des insuccès des rayons X dans le traitement des épithéliomas, 764. — dans le cancer, 665, 666. — Cas de cancer, sarcome, achrodermatite d'Hallopeau et chéloïdes guéris par les rayons X, 246. — La cure de l'eczéma par la —, 593. — dans les leucémies, 141, 187, 404, 799. — et leucémie lymphoïde, 1543. (Voir Rayons X.)
RADIUM. Sur un nouveau minéral radifère, 139. — Traitement de quelques dermatoses par le —, 211. — Influence du — sur le psoriasis, 428. — Sur quelques effets du —, 391. — Traitement du cancer de l'œsophage par le —, 1222.
RADIUMTHÉRAPIE, 476.
RAGE, 800, 1759. — Adaptation du virus rabique fixe à l'organisme du lapin, 1100. — Un cas de — consécutif à une morsure de souris, 895.
RATE. Cancer primitif de la —, 333. — Physiologie de la — (fonction biligénique), 570. — Les pierres de la —, 390. — Relations morbides de la — et du foie, 267. — et sécrétion biliaire, 1615.
RATION alimentaire des nourrissons atrophiques, 27.
RAYONS X. Action sur le sang et les organes hématopoiétiques, 176. — Cancer du sein chez l'homme guéri par les —, 1450. — et législation, 665, 715. — Protection contre les —, 821. — et quinine dans le cancer, 7. — Traitement du trachome par les — 1090.
RÉACTIONS cellulaires hématolytiques et — cellulaires en général, 906. — cellulaires et séro-fibrineuses dans le liquide céphalo-rachidien des méningites tuberculeuses, 1545. — cellulaires et séro-fibrineuses au cours de la pleuro-tuberculose, 1545.
RECTUM, prolapsus, 92.
RÉDUCTEUR. Pouvoir — des organes, 1030.
RÉÉDUCATION respiratoire dans le traitement des convalescences, 139. — respiratoire, 451. — dans la neurasthénie, 451.
RÉFLEXES osseux des membres inférieurs à l'état normal et pathologique, 261. — plantaire psychique. Le —, 586. — Le — Δ régulateur du pylore, 861. — dans les sections et compressions supérieures de la moelle, 1616. — œsophago-salivaire envisagé comme symptôme du cancer de l'estomac, 212. — papillaire, 1689.
RÉGIME déchloruré, 297, 1328, 1485. — déchloruré dans l'ascite des cirrhotiques, 1446. — d'épreuve. Etude des fonctions gastro-intestinales par le —, 807. — lacto-farineux dans les auto-intoxications intestinales, 387.
REIN. Activité nucléaire des cellules rénales, 1759. — Atrophie rénale, anurie, 129. — Clignement vibratoire des paupières, signe d'affection rénale, 1279. — Diagnostic des affections chirurgicales du —, 1304, 1317. — Etude clinique des fonctions rénales, 1707. — Influence des troubles de l'élimination rénale sur la régulation osmotique, 1461. — Lésions des — provoquées par le bacille de Koch injecté dans les voies urinaires, 115. — Rôle du — dans la rétention chlorurée, 1446. — Rupture du —, 619. — Pouvoir secréteur du —, 356. — Sur la striation basale des cellules du tube contourné du —, 1651. — Tube contourné du —, étude histologique, anatomo-pathologique, expérimentale, 1280. — Tuberculose du —, 1474.
RÉSECTION cæcale, 677. — craniennes et durales étendues, 1509. — des deux coudes pour ankylose, 895. — de 4 mètres d'intestin grêle, 1667. — iléo-cæcale, 814. — intestinales, 849. — du nerf maxillaire supérieur dans la névralgie faciale, 319. — du sympathique, 1065, 1461.
RESPIRATOIRES. Troubles — chez les nouveau-nés, 1125.
RÉTENTION chlorurée. Rôle du rein dans la —, 1446. — d'urine par calcul, 44.
RÉTRÉCISSEMENT congénital de l'urètre, 945, 991. — congénitaux, 703. — mitral, 1354. — mitral. Embolies multiples dans le territoire de l'aorte abdominale, 537. — mitral pur. Signes physiques, 226. — œsophagiens, 141.
REVUES GÉNÉRALES. Abcès de la cavité de Retzius, par Gaston Cotte, 579. — Acquisitions récentes sur le rôle de l'intestin et de ses glandes dans la digestion. Importance de la coprologie pour le diagnostic des affections du tube digestif, par R. Gaultier, 1107. — Adénites cervicales chroniques, causes, signes, diagnostic et traitement, par Fernand Lévy et Pierre Clément, 194, 231. — Angines (les), par F. Lévy, 1215. — Cancers et radiothérapie, par G. Legros, 123. — Colotyphus (le), par Bertier, 1047, 1083. — Col utérin (Diagnostic clinique des ulcérations du), par P. Delaunay et H. Darré, 1251. — Entérocolite des pays chauds, par A. Thiroux, 159. — Etude des fonctions gastro-intestinales par le régime d'épreuve. Examen critique de la méthode du professeur Adolf Schmidt (de Dresde), par J.-Ch. Roux et A. Riva (de Pavie), 807. — Extraction des corps étrangers de l'œsophage par l'œsophagoscopie, par J. Guisez, 615. — Fibromes de l'ovaire, par Paul Puech, 303, 339. — Fièvre typhoïde (Diagnostic clinique de la), par L. Bory et H. Flurin, 1011. — Foie appendiculaire (le), par Ch. Aubertin, 1431, 1467. — Fractures du calcanéum, par A. Chabanon et E. Jacod, 975. — Fractures de l'orbite, par G. Poissonnier, 1323. — Fractures du rocher, par Chevrier, 1491, 1527. — Hoquet (le), par Bertier, 915. — Hyperesthésies et prurit, considérations cliniques et pathogéniques, par L. Lebar, 15. — Linite plastique de Brinton, par Brelet, 1599. — Maladie de Barlow (la), par B. Weill-Hallé, 519, 555. — Maladie de Quincke, œdème aigu angioneurotique, par Ch. Armand et Fr. Sarvonat, 483. — Médication phosphorée (la), par Contet, 879. — Méningite cérébro-spinale épidémique (épidémiologie, prophylaxie), par Ch. Dopter, 687. — Myosite ossifiante progressive ou maladie de Munchmeyer, par Péhu et Horand, 1671. — Ostéomyélite du maxillaire inférieur, en particulier chez l'enfant, par Vignard et Mouriquand, 1743. — Ostéites non tuberculeuses de la colonne vertébrale de l'adulte, par G. Labeyrie, 1143, 1179. — Pentoses et pentosuries, par Sarvonat, 747. — Pneumothorax (Les formes cliniques du), par L. Galliard, 411, 447. — Rapports du travail musculaire et du travail intellectuel, par N. Vaschide, 843. — Rein. Les travaux récents sur la pathologie rénale : étude clinique des fonctions rénales, par J. Castaigne, 1707. — Relations morbides de la rate et du foie, par Lévi-Sirugue, 267. — Rubéole (la), par A. Saillant, 1563. — Splénomégalies chroniques (Diagnostic des), par P. Emile-Weill et A. Clerc, 1635. — Splénopneumonie (la), par A. Saillant, 375. — Syndrome de Mœbius (akinesia algera), par Ingelrans, 783. — Syphilis des annexes de l'utérus, par R. Pichevin, 51, 87. — Utilisation diététique et thérapeutique du sucre, par A. Drouineau, 723.

RHINOPLASTIE, 1751.
RHUMATISME articulaire aigu. Anévrisme de l'aorte au cours du —, 356. — articulaire aigu. Anévrisme aigu de la crosse aortique au cours du —, 318. — articulaire aigu. Le calomel dans le traitement du —, 245. — Traitement par l'acétyl-salicylate de mercure, 1518. — cérébral aigu, 1482. — chronique. Les formes cliniques du —, 1339. — chronique et goutte, 927. — Pathogénie, traitement, 1558. — tuberculeux, 1353. — tuberculeux. Scarron et Couthon atteints de —, 471.
ROCHER. Fractures du —, 1491, 1527.
ROSÉOLES, 718, 777. — syphilitique. Spirochaete pallida dans la —, 1760.
ROTULE. Des luxations traumatiques de la —, 369.
ROUGEOLE. Quelques cas de tuberculose cutanée consécutive à la —. 699.
RUBÉOLE, 1563.

S

SAIGNÉE pulmonaire, 774.
SALPINGITES. Métrorragie et — syphilitiques, 725.
SANATORIUMS, 1362. — maritimes pour enfants tuberculeux, 1373.
SANG, 1759. — Action des rayons X sur le — et les organes hématopoiétiques, 176. — Effets du phosphore sur la coagulation du —. Origine du glycogène, 427. — Ensemencement du — pendant la vie, 56. — Étude du — dans un cas d'hémophilie, 1422. — Examen du — en chirurgie, 1317. — Les granulations des lymphocytes du —, 1124. — Lavage mécanique du —, 1114. — Observations sur les bandes d'absorption du — et de l'oxyhémoglobine, 222. — Proportions des gaz du — artériel pendant la chloroformisation, 222. — Répartition des matières sucrées dans le plasma et les globules du —, 1002. — Sur la teneur du — normal en bilirubine, 740. — Valeur de l'examen du — en chirurgie, 1287.
SAPHÈNE. Résection de la —, 731.
SARCOME hémorragique du lobe frontal, 837. — primitif de l'estomac, 1520.
SATURNISME. Chimisme gastrique chez les saturnins, 776. — Goutte saturnine, 1539. — Méningo-encéphalite saturnine aiguë précoce, 593. — et télangiectasies acquises généralisées, 1543.
SCAPHOÏDE. Fractures du —, 1365.
SCARLATINE. Agglutination du streptocoque dans la —, 476. — Alimentation et allaitement dans la —, 763, 799. — Polynéphrite et gravelle d'origine scarlatineuse chez l'enfant, 1508. — Quelques symptômes nerveux au cours de la —, leucocytose du liquide céphalo-rachidien, 463. — et régime déchloruré, 822.
SCIATIQUE familiale d'origine tuberculeuse, 1227.
SCLÉRODACTYLIE, 1688.
SCLÉRODERMIE généralisée. Amélioration par traitement thyroïdien, 245. — généralisée. Lésions expérimentales de la —, 1758.
SCLÉROSE latérale amyotrophique anormale, 513. — latérale amyotrophique avec autopsie, 320. — latérale amyotrophique bulbaire, 970. — médullaires sans lésions dégénératives, 513. — en plaques, 800. — en plaques ou encéphalopathie infantile, 175. — pyramidale primitive, 740. — utérine, métrorragie, ménopause, 603.
SCOPOLAMINE, 247, 475, 944, 1064. — Anesthésie par la —, 849. — Injections de — dans la maladie de Parkinson, 799.
SCORBUT infantile, 1505.
SCROFULE, 1628. — Iodure d'arsenic dans la —, 1460.
SÉCRÉTION biliaire et rate, 1615. — entérique. Action du sucre intestinal sur la —, 571. — lactée, retour, 21. — sudorale des mains chez les chirurgiens et asepsie, 282.
SEIN. Actinomycose, 20. — Cancer du —, 1341. — Cancer du — chez l'homme guéri par les rayons X, 1450.
SEL marin. Quantité indispensable à l'homme. Remplacement des —, cryoscopie urinaire, 495.
SEMI-LUNAIRE. Luxation du —, 1365.
SENSIBILISATRICE spécifique dans le sérum des animaux immunisés contre les bacilles dysentériques 369. — spécifique dans le sérum des malades atteintes de dysenterie bacillaire, 391.
SENSIBILITÉ de l'oreille, 77.
SEPTICÉMIES méningococciques, 1724. — pneumococcique, 958.
SÉREUSES. Physiologie des —, 115.
SÉRODIAGNOSTIC dans les affections tuberculeuses chirurgicales, 1280. — de la fièvre typhoïde par le procédé de Ficker, 476. — tuberculeux, 862, 1378.
SÉROTHÉRAPIE dans l'attaque d'hémoglobinurie à frigore, 331. — Pathogénie des accidents sérothérapiques, 427, 739.
SÉRUM anticancéreux de Doyen, 957, 1064. — antidiphtérique, action locale, 459. — antidysentérique. Précipitines spécifiques du —, 895. — antithyréoïdique de Mœbius, 79. — gélatiné. Anévrisme traumatique du tronc tibio-péronier guéri par des injections sous-cutanées de —, 512. — Nature de la matière colorante du — et des épanchements séreux humains, 212.
SIALORRHÉE nerveuse, 759.
SIGNE de la culbute, 909. — de Kernig dans la paralysie générale 1077. — de paralysie organique du membre inférieur, 1760.
SOCIÉTÉ de chirurgie. Prix, 162.
SOURCES. Sur le débit des — du bassin de la Seine, 822.
SOURDS-MUETS éducables par l'oreille, 213. — qui entendent mieux les sons graves que les sons aigus, 1579.
SPASME du côlon, 999. — facial chez un chien, 970. — Mouvements spasmodiques psychiques et involontaires, 970. — Parésie spasmodique des athéromateux, 970. — et tics de la face, 512. — utérin, 594.
SPECTROSCOPIE, 536, 593. — du sang, 536.
SPHYGMOMÈTRE unguéal, 862.
SPIRILLOSE. Une nouvelle —, 993.
SPIRILEUM sputigenum et bacille fusiforme de Vincent, 327.
SPLÉNECTOMIE. Influence de la — sur l'inoculation intrapéritonéale de bacilles tuberculeux en cultures homogènes, 213.
SPLÉNOMÉGALIES, 1449. — chroniques. Diagnostic des —, 1635.
SPLÉNOPNEUMONIE, 375.
SPONDYLOSE guérie par l'acide phosphorique, 428.
STAPHYLOCOCCIE mortelle, 537.
STATISTIQUES, 6, 1665, 1688. — de l'hôpital Hérold, 1724. — médicale des colonies françaises en 1903, 403. — médicale des troupes coloniales, 1439. — de la santé à Paris et à Berlin, 1592.
STÉNOSE cancéreuse de l'estomac, 667. — du pylore chez les enfants, 1089.
STÉRILISATION des cathéters. Un procédé simple de —, 1233.
STÉRILITÉ et alopécie des cobayes soumis à l'influence d'extraits ovariens de grenouille, 390.
STERNO-CLÉIDO-MASTOÏDIEN, extirpation partielle, 80.
STERNUM. Fracture du — par contre-coup, 464.
STHÉTOSCOPE flexible de Lemoine, 764.
STIGMATES de dégénérescence et les familles souveraines. L'hérédité des —, 903, 1038. — héréditaires, 1004.
STOVAÏNE. Action hémolytique du chlorhydrate d'amyléine, 70.
STREPTOCOQUE. Agglutination du — dans la scarlatine, 476.
STRUCTURE des os des mammifères, 993.
STYPTICINE dans la maladie de Werlhof, 298.
SUC gastrique. Action sécrétoire du — sur les sécrétions stomacales, 765. — gastrique, 958. — gastrique de porc, 292, 680, 967, 1457. — intestinal. Action du — sur la sécrétion entérique, 571.
SUCRE. Son pouvoir ocytocique, 8. — Procédé simple de dosage du — et des substances réductrices dans l'urine, 213. — Recherche du — dans l'urine, sans réactifs; procédé de la caramélisation du sucre sur la paroi du tube, 559. — Utilisation diététique et thérapeutique du —, 723.
SUEURS nocturnes des tuberculeux, traitement, 295, 355.
SURDI-MUTITÉ, 44, 151. — verbale congénitale chez deux enfants, 970.
SUREAU. Présence d'un glucoside cyanhydrique dans les feuilles de —, 958.
SURRA chez une roussette, 32.
SUTURE du cœur, 238. — du cœur, guérison, 224. — du foie, 668. — de la moelle après section complète, 1735. — nerveuse, 55, 703, 731, 1679. — nerveuse. Restauratien rapide des fonctions à la suite des — secondaires, 731. — osseuse. Echec de la — dans une pseudarthrose, 849. — osseuse chez les poissons osseux, 1030.
SYMBIOSE fuso-spirillaire, 1379.
SYMPATHECTOMIE, 1643.
SYMPATHIQUE. Résection du —, 1461. — Résection du grand — dans la névralgie faciale, 1065.
SYMPHYSE cardiaque. Causes, signes et diagnostic, 406.
SYMPHYSÉOTOMIE paramédiane ou hébotomie, 8.
SYNDROME de Basedow et trophœdème, 1544. — de Bénédikt, 69. — de Brown-Séquard, 1449, 1575. — cholélithiasique et appendiculaire, 1505. — cutané d'origine gastro-intestinale. Guérison par l'hygiène alimentaire, 537. — de Jackson avec légère participation du facial, 69. — myotonique, 896. — de Mœbius (akinesia algera), 783. — probablement d'origine bulbaire, 513. — de Stokes Adams et paralysie générale, 1414. — de Weber, 68.
SYPHILIS. *Clinique et thérapeutique* : 296, 872. — Chancres syphilitiques doubles à période d'incubation différente, 452. — Chancres multiples, 9. — Chancres simulant une angine de Vincent, 68. — Annexes de l'utérus, 51, 87. — Coryza syphilitique des nouveau-nés, traitement, 439. — Foie syphilitique, hypersplénomégalie à début splénique, 1449. — Gommes syphitiques en activité et tabes, 245. — héréditaire traitée par le mercurium cum creta, 391. — Iritis, 47. — Laryngo-sténose syphilitique guérie par les injections de biiodure de mercure, 424. — linguale, 1102, 1138, 1174. — Mal de Pott d'origine syphilitique, 273. — Métrorragies et salpingites syphilitiques, 795. — du névraxe, réalisant la transition entre les myélites syphilitiques, le tabes et la paralysie générale, 70. — osseuse multiple, 822. — Pachyméningite syphilitique du lobe frontal, 176. — et paralysie générale, 94, 159, 260, 331, 367, 439, 545, 669. — Le syndrome syphilitique post-leucémique chez l'enfant, 703. — Syndrome tabétiforme dans la — héréditaire, 176. — Syphilome initial. Début du

—, 862. — Tumeur blanche chez un tuberculeux syphilitique, 319.
Bactériologie et expérimentation : Coloration du spirochaete pallida de Schaudinn dans les coupes, 1462. — Dénomination de l'agent présumé de la —, 821. — Microbiologie de la —, 678. — Nouvelles recherches sur le spirochaete pallida, 1506. — Réaction palpébrale des singes macaques à la —, 764. — Spirochaete pallida dans les organes internes d'un enfant syphilitique, 740. — Spirochètes dans le suc des ganglions lymphatiques des syphilitiques, 666. — Spirochaete pallida dans le chancre induré, 861. — Spirilles et bacilles fusiformes dans un chancre syphilitique, 894. — Spirochaete pallida. Etude histologique, 1651. — Topographie du spirochaete pallida dans les coupes de chancre, 1616. — Localisation du spirochaete pallida dans un cas de — héréditaire, 1616. — Inoculation de produits syphilitiques au bord libre de la paupière chez les singes macaques, 1617. — Spirochaete pallida et hérédo-syphilis, 704, 823, 1506, 1507.
SYRINGOMYÉLIE. Névrite ascendante et —, 970.

T

TABES. Alopécie dans le —, 608. — Anesthésie dans le trijumeau gauche chez une tabétique, 69. — Atrophie des muscles innervés par la branche motrice du trijumeau dans le —, 176. — Des bandelettes optiques dans le tabes avec cécité, 669. — Bruits anormaux de mastication chez les tabétiques, 608. — Claudication intermittente et thrombose de l'aorte abdominale chez un tabétique, 174. — du cône terminal, 69. — Crises gastriques, 55. — La descendance des tabétiques, 187. — Escarre sacrée chez une tabétique alitée, 321. — supérieur chez un enfant sans signe d'Argyll, 799. — infantile juvénile. Etude critique sur le —, 560. — fruste et insuffisance aortique, 7. — et gommes syphilitiques en activité, 245. — et mal perforant, 1239. — supérieur ou méningite syphilitique de la base, 669. — Syndrome tabétiforme chez un syphilitique héréditaire, 176. — Un cas de — à systématisation exceptionnelle, 1461. — et tics, 1077. — et tuberculose linguale, 6.
TÉLANGIECTASIES acquises généralisées chez un saturnin, 1543.
TEMPÉRATURES cubiliales et température de l'appartement, 765. — normale périphérique et zéro physiologique cutané, 633. — sous-vestiales et cubiliales chez les prématurés, 992.
TÉNOTOMIE, 80.
TÉTANIE et diphtérie, 607.
TÉTANOS à forme dysphagique survenu vingt-deux jours après l'injection préventive, 606. — spontané, à frigore, d'origine pneumococcique, 1097. — traité par les injections d'ésérine, 298. — Etude thérapeutique du —, 1193.
THROMBOPHLÉBITE mésaraïque. Complication de l'appendicite, 441.
THROMBOSE de l'aorte abdominale chez un tabétique, 174. — de la veine-cave supérieure, 56.
THYROÏDECTOMIE dans le goitre exophtalmique, 273.
THYROÏDIEN. Traitement — dans la sclérodermie, 245.
TIBIA. Absence congénitale du —, 1232.
TICS de la face; spasmes et —, 512. — hystérique, 1076. — avec phobie de la parole et de la lecture, 1544. — des sphincters, 1077. — et tabes, 1077.
TONUS et réflexes dans les sections et compressions supérieures de la moelle, 1616.
TORSION du cordon spermatique, 153.
TORTICOLIS congénital. Traitement, 80.
TORTUE. Réaction de la tortue terrestre à quelques maladies infectieuses, 716.
TOXICITÉ du contenu intestinal du lapin, 1507. — des œufs, 1542, 1651. — du liquide séminal et des produits génitaux, 1650.
TRACHOME. Traitement du — par les rayons X, 1090.
TRAITEMENT des blessures opératoires du canal thoracique, 129. — de la tuberculose pulmonaire par les injections intratrachéales, 79.
TRANSMISSION des maladies de la mère au fœtus, 1580.
TREMBLEMENT, 669, 800.
TRIJUMEAU, 176. — Zona du —, 245. — Chirurgie de la névralgie majeure du —, 594. — Anesthésie dans le — gauche chez une tabétique, 69.
TUBERCULOSE. *Etiologie, bactériologie et expérimentation :* Alimentation dans la — expérimentale, 798. — Amygdales porte d'entrée, 1378. — Bacille tuberculeux, 115, 1690; — ses propriétés acido-résistantes, 1758. — Bactériologiques (recherches), 1629. — aux colonies et plus particulièrement chez les indigènes, 1390. — Contagion familiale, 1375. — Culture de — in vivo chez les animaux sains, 1616. — Cultures de — in vivo, 1544. — Etiologie, 1359. — expérimentale du cœur et de l'aorte, 1271. — Immunisation des bovidés par le sérum de Behring, 1657. — Immunisation. Essai d'— contre l'action toxique des bacilles tuberculeux dégraissés, 1483. — Infection tuberculeuse par la voie vaginale, 1509. — Intoxication par l'injection intra-péritonéale de bacille tuberculeux, 1483. — Lait des vaches tuberculeuses, 223. — Leucocytose céphalo-rachidienne dans un cas de méningite tuberculeuse, 987. — Myélites par toxines tuberculeuses, 221. — Nutrition chez les tuberculeux, 836. — Poisons du bacille tuberculeux, 1760. — Portes d'entrée chez l'enfant, 1376. — Réactions cellulaires et séro-fibrineuses au cours de la pleuro-tuberculose, 1545. — Réactions au cours de la méningite tuberculeuse, 1545. — Réactions chimiques, cytologiques, bactériologiques, anatomo-pathologiques dans certaines formes de méningite tuberculeuse. Dissociation des —, 1725. — des animaux à sang froid, 94. — La — au Japon, 152. — humaine et — animale. Unité ou dualité, 1383, 1384. — d'inhalation, 1375, — et traumatisme, 1388. — Virulence et toxicité comparées des liquides pleural et céphalo-rachidien tuberculeux, 1689.
Formes anatomiques et cliniques : Abcès cérébral double avec nécrose corticale diffuse chez un tuberculeux, 513. — Aire cardiaque chez les tuberculeux guéris, 426. — Caverne pulmonaire chez un nourrisson, 1378. — cæcale, 944. — Coxalgie chez une hystérique, 1023. — cutanée consécutive à la rougeole. Quelques cas de —, 699. — Eliminations urinaires au début de la —, 1377. — Endocardite tuberculeuse simple, 223; — et granulie, 1545. — Endocardite tuberculeuse végétante, 428. — Etapes de la — chez les enfants, 1376. — fibreuse du poumon droit, sténose mitrale pure avec symphyse tuberculeuse du péricarde, mort par granulie, 243. — Genèse des lésions pulmonaires, 1375. — iléo-cæcale, 547, 1385. — inflammatoire du cœur et du péricarde, 543. — inflammatoire, ses localisations multiples, 763. — inflammatoire, sciatique familiale d'origine tuberculeuse, 1227. — intestinale (formes cliniques), 1211, 1246, 1281. — linguale chez un tabétique, 6. — Méningite tuberculeuse, 702. — Méningite tuberculeuse. Un cas de — terminée par la guérison, 667. — Paralysie générale tuberculeuse, 1124. — Parathyroïdite tuberculeuse, 1483. — Pathologie chirurgicale au congrès de la tuberculose, 1383, 1412. — Pathologie médicale au congrès de la tuberculose, 1395, 1407. — Péritonite tuberculeuse, 895. — Pneumothorax tuberculeux chez l'enfant, 1377. — Polype tuberculeux intra-synovial du genou, 642, 1001. — du rein, 475, 1474. — Rhumatisme tuberculeux, 1353. — Rhumatisme tuberculeux de Scarron et Couthon, 471. — et traumatisme : influence du traumatisme et des mouvements sur l'évolution des ostéo-arthrites tuberculeuses, 223. — Tubercule de la protubérance, 476. — Tumeur blanche, 1065. — Tumeur blanche chez un tuberculeux syphilitique, 319. — Tumeurs d'origine branchiale, 1751.
Diagnostic : — précoce par l'auscultation, 1375. — de la tuberculose chez l'enfant, 1378. — Ponction du poumon pour le diagnostic de la tuberculose à forme pneumonique, 1089. — Radiographie et radioscopie dans le diagnostic de la tuberculose ganglio-pulmonaire de l'enfant, 1378. — Recherche des bacilles tuberculeux dans les épanchements séro-fibrineux, 867. — Séro-diagnostic, 862; — dans la tuberculose infantile, 1378. — Séro-diagnostic dans les affections tuberculeuses chirurgicales, 1280.
Thérapeutique et prophylaxie : Aération, 777. — articulaire. Traitement de la —, 1293, 1318. — Asiles pour tuberculeux, 296. — Assurance ouvrière et mutualités, 1361. — Congrès international de la — (programme), 608, 620. — Dyspepsie. Traitement, 42. — Hygiène scolaire, 1377. — Hygiène sociale, 1389. — Interventions chirurgicales dans la tuberculose des méninges et de l'encéphale, 1386. — Injections isotoniques d'eau de mer dans la —, 775, 831. — Injections intratrachéales dans le traitement de la — pulmonaire, 79, 567. — Préservation et assistance de l'adulte, 1359, 1389. — Préservation et assistance de l'enfant, 1371, 1413. — Prétuberculeux et tuberculeux en cure forestière et marine, 642. — Radiothérapie dans les adénopathies, 463, 819. — Sanatoriums et dispensaires, 1362. — Sanatoriums maritimes pour enfants, 1373. — Sueurs nocturnes des tubercu culeux. Traitement des —, 295. — Thérapeutique de la tuberculose, 1378. — Toux. Traitement de la tuberculose par le chlorhydrate d'éthylnarcéine (narcyl), 630. — Tuberculoses locales. Traitement par la médication oxygénée, 1649. — des maîtres, 1377. — maladie sociale, 1551. — Tumeur blanche des deux genoux, traitement par la résection d'un côté, par la méthode sclérogène de l'autre, 1065. — Tumeur blanche traitée par la méthode sclérogène, 945. — Vésicules séminales tuberculeuses, ablation, 201.
TUMEUR abdominale par inclusion, 814, 895. — artérielles pulsatiles de la parotide, 475. — cæcales. Ablation, 895. — malignes de l'intestin chez l'enfant, 57. — maligne chez les indigènes musulmans d'Algérie, 1035. — à myéloplaxe, 1643.
TYMPAN. A propos de la question de la paracentèse du —, 1090.
TYPHOÏDE, Voir Fièvre typhoïde.
TYPHUS récurrent en Tunisie, 391. — exanthématique. Importance de l'éruption au point de vue du diagnostic et du pronostic du —, 476.
TRYPANOSOMIASE, 70, 502, 593. — chez un blanc, 893, 1688. — Sur le surra et sur la différenciation des —, 462. — traitement, 174. — Traitement par l'acide arsénieux et le typanroth, 570. — et tsétsé, 77.

U

Ulcérations du col utérin (diagnostic clinique), 1251. — gastriques, 1703. — de la verge. Diagnostic et traitement des —, 1719.
Ulcère perforant du duodénum avec péritonite généralisée, 833. — de l'estomac et pansement au bismuth. Critique radioscopique, 1651. — traumatique de l'estomac, 1630. — de jambe, traitement, 106. — scrofuleux des jambes (maladie de Bazin) traités avec succès par les courants à haute fréquence, 423.
Urémie. Amélioration de l'hémiplégie urémique et d'autres symptômes urémiques par l'abaissement de la pression intracranienne, 1232. — Un cas d'hémiplégie urémique, 1311. — Liquide céphalo-rachidien dans l'— nerveuse, 1030.
Uretère. Abouchement de l'— dans l'anse sigmoïde, 1450. — Calculs de l'—, 381. — Les déplacements de l'— dans les collections tubaires, 716. — Hémiplégie urémique dans un cas de compression des — par cancer de l'utérus, 1089.
Urètre. Reconstitution par transplantation d'— d'animal, 8. — Rétrécissement congénital, 945, 991.
Urines. Dosage de certaines substances réductrices de l'—, 368. — Les éliminations urinaires et la pression osmotique, 633. — Recherche des pigments biliaires dans l'—, 1483. — Recherche du sucre dans l'— sans réactif; procédé de la caramélisation du sucre sur la paroi du tube, 559. — Rétention par calcul, 44.
Urticaire menstruelle, 740.
Utérus. Action de certaines substances pharmaceutiques sur les contractions utérines, 417. — Conservation de l'— et des ovaires dans les opérations pour annexites suppurées, 790, 814. — Développement des fibromes dans l'— après ablation des annexes, 873. — Diagnostic clinique des ulcérations du col de l'—, 1251. — didelphe, 642. — L'eucalyptol comme désinfectant de l'—, 1186. — Extirpation utéro-vaginale totale, 1627. — infantile, son traitement, 1736. — Néoplasme utéro-vésical, 991. — Pathogénie des fibromes de l'—, 1233. — Rupture spontanée pendant la grossesse à travers la cicatrice d'une opération césarienne antérieure, 404. — Syphilis des annexes, 51, 87. — Traitement de la sténose de l'orifice interne du col de l'—, 1736. — tuberculeux, 814.

V

Vaccination, 331. — antituberculeuse, 404.
Vaccine. Hystéro-traumatisme vaccinal, 670. — L'Institut vaccinogène à l'Académie, 222. — Récompenses du service de la — à l'Académie pour 1903, 405.
Vagin. Kystes du —, 1666.
Vapeurs sulfureuses naturelles dans le traitement du catarrhe tubo-tympanique et des scléroses otiques, 989.
Varicelle. Inoculation aux singes, 213.
Varices. Traitement par la marche, 140. — de la vessie au point de vue du diagnostic et du traitement des calculs vésicaux, 416.
Variétés. Aliénés par alcoolisme en Savoie. Les —, 971. — Avariés. La première des — au théâtre Antoine, 273. — Compte-goutte antique, 116. — Découvertes archéologiques dans le sol parisien. Instruments de l'époque gallo-romaine, 571, 595. — Les embaumements par le procédé de Gannal, 1229, 1240, 1279. — Impressions des médecins anglais sur les hôpitaux de Paris, 741. — Littérateurs et écrivains à Plombières, 1135. — Prognathisme inférieur et hérédité des stigmates de dégénérescence, 903, 1038. — Stigmates. A propos de la communication de M. Galippe sur l'hérédité des —, 1004.
Variole. Diagnostic expérimental de la —, 213. — chez les enfants vaccinés, 632. — Le xylol chez les varioleux, 1449.
Veine cave supérieure. Thrombose, 56. — ombilicales et para-ombilicales. Recherches sur les —, 1233.
Veineux abdominal. Sur la pathologie du système —, 1231.
Venin. Sur le — des hyménoptères, 715.
Verge. Diagnostic et traitement des ulcérations de la —, 1719.
Véronal, 476.
Verrues. Traitement, 22.
Vertèbres. Ankyloses des —, 1340.
Vésicule biliaire. La cure alimentaire dans les fistules de la —, 1443. — séminales tuberculeuses. Ablation des —, 201.
Vésiculite séminale. Diagnostic, 776.
Vessie. Calculs, 909. — Corps étrangers, 129, 380. — Néoplasme utéro-vésical, 991. — Papillomes, 57. — Rupture spontanée chez un aliéné, 559.
Vêtement et fonctions digestives, 33. — Influence du — sur l'urée et sur les matières sèches des matières fécales chez le cobaye, 116.
Vie. Les principes de la —, 1629.
Vieillesse. Les fonctions gastriques dans la —, 548.
Virus vaccinal. Son passage à travers la bougie Berkefeld, 823.
Vision. Influence nocive de l'automobilisme sur la —, 593.
Visite des médecins anglais à Paris, 469, 502, 573, 637, 649, 661, 741.
Voies biliaires. Chirurgie des —, 1750. — d'infection de l'organisme, 153.
Voix. Modification chez les pleurétiques, 93.
Volvulus du petit intestin compliquant la fièvre typhoïde, 1222.
Vomissements cycliques. Traitement des —, 1723. — des nourrissons. Le citrate de soude contre les —, 593. — périodiques de l'enfance. Rôle du foie dans les —, 560.

X

Xanthourie. Elimination des composés xanthouriques, 141.
Xylol. Le — chez les varioleux, 1449.

Z

Zinc. La pâte de — dans le prurit vulvaire, 1445.
Zona et chlorure d'éthyle, 1342. — et lymphocytose rachidienne, 763. — du trijumeau dans les oreillons, 245.

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX

EN 1905

A

Abelous, 1651, 1726.
Abrami, 537, 667.
Achard, 319, 632, 633, 667, 669, 670, 894, 1401, 1410, 1446, 1461.
Adler, 1400.
Aigre, 1377.
Albarran, 991, 1304, 1317.
Albert, 1029.
Alessandri, 1386.
Alfaro, 381.
Allard, 1196.
Allière, 1448.
Allonnes (d'), 297.
Alquier, 69, 1398, 1544, 1758.
Alvarez, 821.
Aly Zaky, 1399.
Ambard, 297, 495.
Amet, 633, 896, 1483.
Ameuille, 1758.
Anglade, 297, 1397.
Antipas, 895.
Antonelli, 1340.
Antony, 212.
Apert, 318, 894.
Archambaud, 1544.
Arloing, 213, 1383, 1396, 1407.
Armaingaud, 1373, 1414.
Armand (Ch.), 483.
Armand-Delille, 175, 970, 1377, 1760.
Arnould, 331.
Arnsperger, 79.
Arrou, 55, 620, 895, 991, 1064, 1461.
Artarit, 741.
Arthur, 595.
Assicot, 1077.
Atwood, 908.
Aubertin, 69, 75, 141, 176, 501, 1029, 1431, 1467.
Aubineau, 69, 1726.
Aubry, 1379.
Auché, 331, 1580.
Audebert, 224.
Audéoud, 1377, 1414.
Auffret, 1389.
Aviérinos, 1445.
Azambuja (d'), 536.

B

Babcok, 1508.
Babès, 114, 297, 1353.
Babinski, 68, 512, 970, 1461, 1543, 1544, 1689.
Babonneix, 5, 42, 295, 355, 607, 1135, 1371.
Bade, 666.
Bagot, 1377.
Ballet, 69, 176, 320, 669, 970, 1544, 1688, 1689.
Balsamoff, 664.
Balthazard, 363, 1397, 1399.
Balzer, 1340, 1507.
Bancel, 822.
Bar, 331, 332, 945.
Baraduc, 1458.
Barbier (H.), 428, 1377, 1414, 1724.
Barbier-Bouvet, 79.
Barbieri, 822.
Bargeton, 137.
Barié, 318.
Barnsby, 1570.
Barret, 327, 1378, 1651.
Barth, 822.
Barton, 716.
Bassuet, 187.
Battelli, 1650, 1690, 1724.
Batz (de), 1378.
Baudoin, 800, 970.
Baudouin, 970.
Baudran, 463.
Bauer, 56, 69, 321.
Baury, 850.
Bayeux, 969, 1379.
Bazy, 129, 475, 703, 791, 991, 1317, 1474.
Beaudouin, 513.
Beaufumé, 219, 390, 511, 537, 927.
Beaujard, 141, 176, 799, 958, 1506.
Beaurain, 9.
Beck, 1186.
Becker, 664, 665.
Beckett, 1520.
Béclère, 799, 1408.
Beco, 1338, 1365, 1445, 1446.
Becquerel, 860.
Bédart, 153.
Behring, 1410.
Bela, 664.
Belgrand, 547.
Belin, 1449.
Belot, 666, 1196, 1197.
Benjamin, 836.
Benoist, 670.
Berard, 1412.
Bergé, 318.
Berger (P.), 55, 344, 380, 381, 462, 501, 523, 668, 945, 1679, 1751.
Bergeron, 1408.
Bergonié, 463, 821, 1413.
Bergouignan, 738.
Bérillon, 1448.
Bernard, 70, 115, 212, 284, 318, 356, 822, 1271, 1398, 1399, 1449, 1542, 1615.
Berny, 224.
Bérot, 1414.
Bertier, 915, 1047, 1083.
Bertillon, 1665.
Bertin-Sans, 222.
Bertolotti, 261.
Bertrand, 1002.
Beurmann (de), 1409.
Bezançon (F.), 285, 1395, 1407, 1415, 1420.
Biard, 1726.
Bielefeldt, 1361.
Bienfait, 1196.
Bier, 1293.
Bierry, 570, 765.
Bigart, 1615.
Billet, 678, 1652.
Binagni, 1125.
Binet, 939, 951, 1400.
Bing, 69.
Bisch (Louis), 711.
Blaizot, 1410.
Blake, 1630.
Blanchard, 594.
Bloch, 68, 245, 501, 862.
Bodine, 560.
Bœckel, 1353.
Bœri, 153.
Boidin, 990, 1004, 1028.
Boissenat, 1377.
Bolton, 1185.
Bombes de Villiers, 1097.
Boncourt, 1518.
Bonjean, 32, 188.
Bonnamour, 992.
Bonnenfant, 1196.
Bonnet, 1078.
Bonnette, 713, 1591.
Bonnier, 1390.
Bonniot, 69.
Bordier, 1196.
Bornait-Legueule, 1482.
Bornstein, 93.
Borrel, 33, 633, 1628.
Bory, 1011.
Bosquier, 1448.
Bossi, 1398.
Boucaud (de), 1413.
Bouchacourt, 665.
Bouchard, 1397, 1399, 1410.
Boulay, 1378.
Boulud, 536, 933, 1002, 1279.
Bourcart, 476.
Bourcy, 68.
Bourdon, 1077.
Bourguignon, 297, 1029.
Bourneville, 1076, 1077.
Bourquelot, 958.
Bourret (Ch.), 497.
Bovée, 873.
Boyen Young, 716.
Bradfort, 1295, 1318.
Braillon, 223, 243.
Braillot, 1544, 1545.
Brau, 1135.
Brault, 1035.
Brauner, 664.
Bréhon, 78.
Brelet, 1599.
Brellet, 174.
Breton (A.), 1335.
Brewer, 1185.
Brin, 501, 1570.
Brindeau, 116, 1580.
Brissaud, 69, 175, 321, 800, 1072, 1075, 1543, 1544, 1688, 1689.
Brissemoret, 1616.
Broadbent, 1222.
Broca, 55, 92, 415, 619, 764, 765, 814, 933, 991, 1294, 1318, 1533, 1607, 1643, 1715.
Brocq, 1409.
Brooks, 1520.

Brouardel, 6, 296, 797.
Brown, 441.
Bruce, 669.
Bruhat, 284.
Bruhl, 1687.
Brumpt, 958, 1484.
Brunon, 1378.
Brunswich, 1412.
Buard, 1395.
Budin, 333.
Burchner, 1090.
Burckhandt, 1398.
Burnet, 1616.
Buschke, 740.
Butte, 116, 1666.
Buvat, 639.

C

Cabot, 776.
Cajal, 1580.
Calmette, 403.
Calogero-Galbo, 1509.
Calot, 1378, 1412.
Campana (Mlle), 1580.
Campbell, 1233.
Camuri, 9.
Camus, 320, 970, 1073, 1397, 1506, 1542, 1758.
Cantacuzène, 1483, 1545.
Capitan, 992.
Carciani, 1459.
Carlier, 1317.
Carlson, 1689.
Carnot, 69, 141, 176, 464, 633, 861, 896, 958, 993, 1483.
Carré, 356, 762.
Carrel, 1580, 1726.
Carrière (G.), 45, 1030, 1263, 1275.
Castaigne (J.), 1446, 1707.
Casteix, 151.
Castex, 44, 1077, 1413.
Cathelin, 538, 594, 1412, 1508.
Caullery, 331.
Caussade, 6, 1449.
Cautru, 1195.
Cavaillon, 33.
Cavalié, 1726.
Cavazzoni, 476.
Cayla, 1377.
Cazaux, 1378, 1414.
Cernovodeanu, 78.
Cestan (Raymond), 320.
Chabannes, 7.
Chabanon, 975.
Chabuet, 129.
Chaîne, 739.
Chalamel, 245, 390.
Chalier, 833.
Chantemesse, 187, 222, 259, 318, 331, 835, 908, 1353, 1448, 1628.
Chaput, 475, 619, 627, 703, 730, 814, 945, 1450, 1643, 1679.
Charlier, 1408.
Charrin, 33, 115, 174, 284, 536, 570, 944, 958, 969, 1135, 1399, 1400.
Chase, 1365.
Chassevant, 141, 464, 861, 958.
Chatin, 1409.
Chaudron, 1539.
Chauffard, 6, 296, 763, 775.
Chaumier, 1073.
Chauveau, 536.
Chauvel, 6, 440.
Chendrikowski, 298.
Chevalier, 1757.
Chevassu, 501, 945.
Chevrel, 1615, 1726.
Chevrier, 99, 369, 399, 1491, 1527, 1659.
Chiara (di), 1400.
Chidichimo, 417.
Chiray, 176, 463.
Christian, 1076.
Ciaccio, 1726.
Claisse, 428, 536, 667, 702, 735.
Claret, 1592.
Claude, 212, 1483, 1544, 1689.
Clemens, 1100.
Clément (P.), 195, 221, 231, 632.
Clerc (A.), 933, 1635.
Clermont, 1101.
Cluzet, 570.
Cobb, 643.
Codivilla, 1295.
Codman, 1365.
Collet, 837.
Collin, 1616.
Collins, 643.
Colombino, 801.
Comas, 664, 665.
Combeléran, 1089.
Combes, 1616.
Comby, 140, 427, 739, 799, 1375, 1377, 1414, 1505, 1688.
Comte, 993.
Concetti, 273.
Conor, 1121.
Contet, 879.
Corin, 1340.
Corlieu, 1004.
Corminas, 1186.
Cornélius, 176.
Corner, 45.
Cornil, 367, 440, 835, 1114, 1413.
Cotte (Gaston), 579, 1227.
Coudrain, 21.
Coudray, 367, 1114, 1412.
Courmont, 798, 1407.
Courtade, 6, 1196.
Courtellemont, 68, 69, 836.
Courtois-Suffit, 219, 390, 511, 537, 927.
Couteau, 668.
Couteaud, 1001, 1575.
Couteaux, 642.
Cowl, 664.
Coyne, 1726.
Crespin (J.), 591, 1398, 1448.
Crocq, 1076.
Cruchet, 1076, 1377, 1378, 1388.
Cullen, 643, 1666.
Cullere, 1072.
Cullingworth, 45.
Cunéo, 381.
Cunningham, 716, 1341.
Curella, 665.
Currie, 741.
Curtis, 933.
Cushing, 594.

D

Dagron, 1196.
Dahlgren, 1318.
Dalché, 603, 795.
Dambrin, 224, 1101.
Danlos, 211, 246, 1483, 1569.
Danne, 139, 764.
Darcanne, 1077.
Daremberg, 835.
Darier, 6, 1499, 1690.
Darré (H.), 823, 1251.
Dartigues, 140.
Danjon, 958.
Daunay, 331, 332, 945.
Daubarn, 560.
Debains, 81.
Debono, 22.
Debove, 135, 715, 1191, 1439, 1519.
Dedet, 1459.
Defontaine, 944.
Dehérain, 1400.
Déjerine, 69, 176, 320, 799, 970, 1543, 1544, 1689.
Dekeyser, 1196.
Delagenière, 1317, 1413, 1533.
Delamare, 703.
Delanglade, 501.
Delaunay (P.), 451, 1251, 1412.
Delbet, 272, 320, 380, 765, 790, 814, 849, 895, 957, 991, 1065, 1450, 1461, 1606, 1643, 1679.
Delezenne, 1579, 1616, 1650, 1726.
Delherm, 1196, 1197.
Delion, 1483.
Delore, 1003.
Delorme, 238, 247, 501, 814, 1461.
Demoulin, 415, 895, 945, 1385, 1474, 1533, 1713.
Dénéchau, 933.
Denier, 1135.
Denis, 1342.
Deny, 1072, 1073, 1076.
Depage, 1287, 1317, 1338, 1386.
Derecq, 1459.
Derrien, 390, 632, 822.
Deschamps, 1072, 1075, 1076.
Desgrez, 428, 463, 739, 762, 1400.
Desguin, 1196.
Desjardins, 247.
Desjeux, 213.
Deslandes, 536.
Desnos, 1412.
Desoubry, 81.
Desplats, 1197.
Detot, 416, 476.
Devalmont, 220.
Devaux, 513, 669, 675.
Devay, 1077.
Devé, 933, 958.
Dide, 970, 1076, 1077.
Diénert, 139.
Dieulafoy, 1004.
Diez, 1186.
Digne, 7, 279, 702, 861, 933, 1028, 1446.
Dionis du Séjour, 606.
Dizaret, 1077.
Dobrovici, 1239.
Dobrovitch, 56.
Doin (Gaston), 1761.
Dollinger, 1318.
Dominici, 1399.
Dopter, 39, 246, 332, 369, 391, 459, 463, 687, 761, 822, 895, 931.
Dor, 282, 437.
Doutrebente, 909, 1077.
Doyen, 957.
Doyon, 33, 427, 678, 1726, 1759.
Drouineau, 723, 1076.
Druelle, 699.
Dubois, 284, 1545.
Dufour, 174, 212, 390, 763, 822, 1415, 1615, 1688.
Dumont, 272.
Dupouy (Roger), 188, 559, 1460.
Dupré, 320, 669, 970, 1688, 1689.
Dupuy, 273.
Durand, 9.
Durante, 607, 835.
Duret, 1386.
Durocher, 1077.
Duval, 212, 1399.

E

Eberlein, 666.
Egger, 69, 670.
Eggre, 513.
Einhorn, 1222.
Eisendrath, 1124.
Eisenreich, 187.
Ellingwood, 1040.
Elsberg, 1366.
Enriquez, 284, 1447.
Erzellitzer, 665.
Esmonet, 507, 594, 1755.
Espine (d'), 427, 1374, 1414.
Estor, 1412.
Etienne, 452, 1340, 1399.
Eustis, 1222.
Evans, 152.

F

Fabre, 715, 775.
Fabry, 593.
Falcoz, 1207.
Falloise, 1447.
Farabeuf, 512.
Faure, 416, 702, 790, 848, 849, 1064, 1643, 1679.
Faure (Maurice), 451, 771, 1340.
Faure-Beaulieu, 176, 894, 933.
Fauré-Frémiet, 1726.
Félizet, 272, 523, 790, 1607.
Féré, 669, 933, 1690, 1726.
Fernbach, 536.
Fernet, 6, 1353, 1665.
Ferrand (Jean), 819.
Ferrand (Marcel), 1359, 1389.
Ferrannini, 79, 381.
Ferré, 1395.
Ferrier, 990, 1449.
Fertig, 1630.
Fiedler, 1377.
Fiessinger, 797.
Firth, 153.
Fischer, 740.
Fitz, 1186.
Fleig, 739.
Fleury (Maurice de), 969.
Flourens, 127.
Flurin, 1011.
Foa, 958.
Follet, 1724.
Font-Réaulx (de), 1558.
Fornaca, 1451.
Fort, 141.
Fortineau, 116.
Fournié (Jacques), 1558.
Fournier, 245, 296, 331, 367, 403, 439, 512, 546, 1377, 1665.
Foveau de Courmelles, 1077.
Foy, 970.
Frænkel, 666.
Franca, 775.
Franck, 1628.
Frank, 822.
Frazier, 297.
Fres, 1652.
Freudenberg, 1317.
Friedlænder, 1389.
Friedrich, 1301.
Frœlich, 1412.
Froin, 208, 896, 906, 1040, 1544, 1689, 1759.
Froment, 1407.
Frouin, 571, 765, 1545.
Froussard, 332.
Furster, 1361.

G

Galavieille, 1690.
Galippe, 908, 969, 1004, 1038.
Galliard, 500, 633, 1410, 1414, 1482, 1580.
Gariel, 1558.
Garnier, 1399, 1482, 1507, 1759.
Garrigue, 1484.
Gasne, 1508.
Gastou, 1376, 1396, 1409.
Gaucher, 245, 1409.
Gauckler, 513, 1544.
Gaultier, 1401.
Gaussel, 1760.
Gautrelet, 1726.
Gellé, 213, 1340, 1448, 1643.
Géraudel, 368, 669, 896.
Gilbert, 33, 115, 212, 463, 537,

740, 765, 800, 823, 861, 933, 946, 958, 992, 1628.
Giliberti, 1723.
Gille, 1643.
Gillot, 1398.
Ginestous, 154.
Giordano, 1305, 1317.
Girard, 738, 1760.
Giraud, 1077.
Giraudet, 176, 643.
Gobbi, 1160.
Gocht, 663, 666.
Godlewski, 45, 93.
Goggia, 1089.
Golesceano, 428, 642.
Gommaert, 1195.
Goresco, 1507.
Gorsse (B. de), 989.
Goupil, 1135.
Gourdon, 1196, 1439.
Gracoski, 1378.
Grancher, 1375.
Granjux, 1077, 1377, 1414.
Grasset, 476, 608, 1023, 1760.
Graux (Lucien), 777.
Gréhant, 440, 944, 993, 1408, 1448, 1665, 1758.
Grenet, 820, 894.
Grevillat, 1726.
Griffon, 1407.
Grimaldi, 297.
Grimbert, 1483.
Grisson, 663.
Gros, 594.
Grumnach, 663, 664.
Guénot, 1193.
Guépin, 6, 607.
Guerbet, 1616.
Guérini, 57.
Gueude (Mlle), 428, 463, 739, 762, 1401.
Guillain, 69, 70, 176, 970.
Guillemard, 678, 1615.
Guilleminot, 426, 1002, 1114, 1196.
Guillermin, 187.
Guinard, 319, 381, 416, 523, 667, 764, 849, 991, 1450, 1532, 1569, 1570, 1606, 1751.
Guinon, 1758.
Guiraud, 1396.
Guisez, 327, 615.
Guthrie, 1580, 1726.

H

Hace, 1508.
Hagen-Torn, 80.
Haglund, 1197.
Halbron, 860.
Halkin, 1271.
Hallé, 1375.
Hallion, 284, 513, 594, 1446.
Hallopeau, 440, 1340.
Halluin (d'), 850, 1545.
Halphen, 739.
Halsead, 1161.
amy, 1439.
annecart, 1317.
anriot, 1628.
aret, 663, 665, 1197.
arrison, 1289.
artmann, 668, 731, 895, 1317, 1533, 1570, 1606, 1643, 1678, 1679, 1714, 1750.
rtzell, 464.
skovec, 1196.
utechamp, 1197.
utefeuille, 1544, 1545.
yem, 246, 284, 739, 1377, 1414.
aton, 524.
bert, 500.
ckel, 1378.
tz, 945.
tz-Boyer, 776.
Hempel, 79.
Hennecart, 663, 664, 665, 1408, 1414.
Henrard, 1197.
Henri, 78.
Henry, 427, 1616.
Hepp, 292, 680, 967, 1457.
Herpin, 262.
Herry, 1340.
Hersbber, 212.
Herscher, 740, 946, 992.
Hertz, 404.
Heubner, 1371.
Heymans, 404.
Hingston, 1318.
Hirtz, 560.
Hoche, 1616.
Hoffa, 664, 1318.
Hoffmann, 666.
Holzknecht, 664.
Horand (R.), 1671.
Huchard, 358, 835.
Huet, 512, 1760.
Hugounenq, 536, 1615.
Humbert, 1507.
Hutan, 547.
Hutinel, 1376, 1551.

I

Ignatowski, 32.
Ingelrans, 783, 934.
Ingianni, 1233.
Imbert (Léon), 737, 1155, 1169, 1279, 1627.
Immelmann, 664.
Isaacs, 608.
Iscovesco, 862, 933, 993, 1030.
Isla (de), 1304.
Israels de Jong, 1415, 1420.

J

Jacod, 975.
Jacquet, 537, 594, 702, 893.
Jaffé, 1317, 1318.
Jagot, 1377.
Jalaguier, 92.
Jammes, 139.
Javal, 798, 1519.
Jeanbreau, 668.
Jeanselme, 1398, 1409, 1719.
Jelliffe, 452.
Jensen, 1399.
Joachimstal, 666.
Joffres, 1397.
Joffroy, 331, 439, 512, 545.
Johnson, 776.
Jomier, 115, 560, 933, 946, 958.
Joris, 1233.
Josias, 223, 296, 440, 1378.
Josserand, 1378.
Josué, 1461.
Jouhaud, 1690.
Jouraud, 1616.
Jousset, 333, 798, 1396.
Juillerat, 1390.

K

Kaisin, 1196.
Kaplan, 908.
Kapsammer, 1317.
Kareff, 427.
Keen, 1186, 1288.
Keim, 8.
Kelsch, 222, 798, 1389.
Kermorgant, 44, 114, 187, 331, 403, 404, 1389, 1438.
Kindt, 464.
Kireïew, 476.
Kirmisson, 55, 200, 237, 272, 273, 380, 501, 523, 703, 765, 991, 1064, 1065, 1643.
Kissling, 664.
Kitasato, 152.
Klippel, 175, 1124.
Kocher, 1318.
Köhler, 664.
Koreff, 1759.
Kossel, 1629.
Kraft, 666.
Krogius, 1302.
Kronecker, 284.
Krouchkoll, 819.
Kummel, 666, 1304, 1317.
Kumpf, 382.
Kuriloff, 463.
Kusier, 93.

L

Labbé (Henri), 1401, 1545.
Labbé (Léon), 272.
Labbé (Marcel), 139, 702, 1398, 1506, 1758.
Labey, 1341.
Labeyrie, 1143, 1179.
La Bonne, 1617.
Lache, 1507.
Lachèze, 850.
Læderich, 174, 208, 894, 987, 1029.
Lafforgue, 391, 800, 958, 992.
Lagrange, 872.
Lagriffoul, 1690, 1760.
Laguesse, 1545.
Lahey, 716.
Laignel-Lavastine, 68, 211, 463, 1399, 1544.
Lalesque, 1379.
Lambert, 1616.
Lamotte, 1318.
La Mouche, 1576.
Lamy, 247, 356, 669, 970, 1688, 1689.
Lancereaux, 187, 440, 546, 1003.
Lancry, 1459.
Landolt, 78.
Landouzy, 296, 1398.
Landrin, 548.
Lange, 633.
Langenhagen (de), 594.
Langlois, 993.
Lannelongue, 223, 403, 1385, 1388, 1410, 1412, 1413.
Lapersonne (de), 821.
Lapicque, 284, 427.
Laquerrière, 1196, 1197.
Larcher, 774.
Lasaïgues, 224.
Lassar, 664, 665.
Laufer, 836, 1410.
Launay, 822, 1679.
Launois, 894, 990.
Launoy, 70.
Laurens, 439, 642.
Laveran, 32, 77, 174, 462, 570, 593, 678, 993, 1030, 1114, 1438, 1448, 1484, 1519, 1687.
Lebar, 15.
Le Bec, 140, 451.
Leborgne, 1077.
Lebret, 316, 1482.
Lebrun, 1318.
Lecène, 129.
Le Clerc-Dandoy, 909.
Lectoure, 1423.
Le Dentu, 92, 381, 512, 1412, 1450, 1679, 1751.
Leduc, 632.
Leenhardt, 1544, 1689.
Lefèvre, 33.
Le Fur, 1508.
Le Gendre, 531, 1299, 1398, 1505, 1688.
Le Goff, 368, 870.
Legrand, 1474.
Legros, 123.
Legroux, 837.
Legueu, 201, 380, 731, 814, 849, 1317, 1461, 1605, 1606.
Lejars, 344, 895, 1303.
Lejonne, 1544, 1689.
Lemaire, 560, 970, 1481.
Le Marinel, 1196, 1197.
Lemierre, 56, 279, 356.
Lemoine, 318, 537, 933.
Lenhart, 664.
Lennander, 1302.
Lenoble, 69, 703, 1726.
Le Noir, 1397.
Lenormand, 1450.
Lenos (Mme), 79.
Léonard, 664.
Léopold-Lévi, 501, 538, 670.
Lepasset, 933.
Lépine, 536, 933, 1002, 1279.
Le Play, 115, 174, 284, 427, 944, 969, 1688.
Lereboullet, 463, 537, 765, 800, 823, 861, 946, 1376.
Leredde, 593, 1409, 1445.
Leri, 176, 669, 933, 970, 1075, 1340.
Leriche, 147, 471, 762.
Lermoyez, 318.
Leroux, 1378.
Leroy, 211.
Le Roy des Barres, 461, 797.
Lesignoli, 297.
Lesné, 1029.
Le Sourd (L.), 764, 1761.
Lesser, 1409.
Le Tohic, 56.
Letulle, 356, 464, 860, 1401, 1543.
Leullier, 1196.
Levaditi, 679, 703, 823, 1461, 1506, 1616, 1651.
Levandowski, 176.
Leven, 1651.
Lévi, 69, 176, 799.
Lévi-Sirugue, 267.
Lévy, 114, 451, 896.
Lévy (A.), 78.
Lévy (F.), 195, 231, 1215.
Lévy (Max), 663.
Levy-Dorn, 664.
Libotte, 1196.
Liénhardt, 799.
Lignières, 1396.
Linossier, 213, 537, 1651.
Lisle (de), 1506.
Lœper, 933.
Loisel, 1542, 1650, 1652, 1726.
Loison, 1679.
Lombard, 702.
Lop, 1455.
Lorand, 1448.
Lortat-Jacob, 463, 822, 970, 1378.
Lossen, 1197.
Louise, 893.
Lowenthal, 1590, 1592.
Lucas-Championnière, 92, 151, 237, 272, 619, 703, 814, 849, 895, 945.
Ludloff, 664.
Luys, 1508.
Luzenberger, 1196.

M

Mac Cosh, 1303, 1318.
Macdonald, 1161.
Macé, 1439.
Macewen, 442.
Maignan, 570.
Maignon, 536.
Maillard, 1688.
Maillet, 822.
Makarov, 476.
Malafosse, 111, 424.
Malloisel, 321, 593, 1543.
Manceaux, 245.
Mandoul, 139, 1397.

Manheimer-Gommès, 1076, 1077.
Manomélian, 1651.
Manouvriez, 762.
Marage, 77, 330, 1542, 1558, 1579.
Marandon de Montyel, 63.
Marcano, 1507, 1689.
Marchais, 140, 148.
Marchand (L.), 473, 632, 909, 1077.
Marchaux, 822
Marchoisne, 141.
Marchoux, 1030.
Marfan, 427, 560, 1371, 1688.
Mariani, 1401.
Marie, 175, 176, 320, 669, 799, 933, 1077, 1078, 1125, 1135, 1519, 1544, 1579, 1689, 1759.
Marinesco, 297, 428.
Marique, 1414.
Martel, 330, 1399.
Martin (L.), 213, 417.
Mathieu (A.), 759, 891, 999, 1095, 1131, 1167, 1203, 1347, 1503, 1647, 1695.
Mathieu, 1414.
Matruchot, 1545.
Mattoli, 1292.
Mauclaire, 351.
Maurel, 33, 116, 633, 765, 933, 958, 992, 1397, 1398, 1410,
Mayer, 247, 356, 1002, 1287.
Mayet, 762.
Mayo, 273.
Mayo Robson, 1291.
Mazoux, 174.
Meige, 512, 969, 1072, 1077, 1544, 1689.
Mélikoff, 284.
Ménard, 1378, 1412, 1414.
Mendel, 567.
Ménétrier, 68, 212, 245, 317, 501, 739.
Merklen (Prosper), 675.
Merlin, 1375, 1377.
Méry, 103, 1372, 1375, 1377, 1378, 1541.
Mesnil, 462, 501.
Métayer, 103.
Metchnikoff, 678.
Meunier, 823.
Meyer, 188, 1341.
Meyges, 476.
Mezie, 1761.
Michaux, 991, 1450.
Mignon, 668, 765, 814, 991, 1450.
Milhit, 1449.
Miller, 740.
Minon, 369.
Mirovitch, 593.
Mladejowsky, 1196
Möbius, 873.
Moissan, 1724.
Molas, 57.
Molle, 969.
Monod, 129, 380, 501, 668, 765, 835, 1064, 1519, 1607.
Montprofit, 1290, 1570.
Moog, 1615.
Moreau, 130, 1439.
Morel, 1759.
Morel, 298, 427, 536, 1615.
Mori, 1125.
Morichau-Beauchant, 387.
Morpurgo, 1223.
Morris, 441.
Morrow, 1342.
Mosmy, 175, 1543.
Motet, 440.
Moty, 201, 523, 594, 1159, 1678.
Mouchet, 3.
Mougeot, 1271.
Mouisset, 1410.
Mounier, 333.
Mouriquand, 1743.
Mousseaux, 1508.
Moussu, 115, 570, 1399, 1544, 1616.
Moutier, 245, 390, 800, 893, 970, 1196, 1448, 1688.
Moynier de Villepoix, 933.
Muller, 1414.
Mulon, 1484, 1690.
Mummery, 837.
Munter (de), 1197.
Murphy, 417.
Muskens, 1340.
Mya, 1519.
Myers, 1232.

N

Nageotte, 1461.
Nattan-Larrier, 116, 538, 1580, 1408.
Nazarri, 441.
Nélaton, 201, 272, 764, 814, 945.
Netter, 296, 1506, 1544, 1580, 1616, 1628, 1643, 1650, 1665, 1724.
Newton Pitt, 1089.
Nicolas, 822, 992, 1407.
Nicolet, 1196.
Nicolle, 993, 1030.
Nimier, 1338.
Nobécourt, 823.
Nobele, 1196.
Noé (Joseph), 630.
Noguès, 1077.
Norero, 970.
Nouri, 716, 823.

O

Oceanu, 114.
Oddo, 632.
Odier, 701.
Ogilvie, 1399.
Oudin, 1196.
Oulmont, 513.

P

Pagniez, 1506, 1542, 1758.
Pailhas, 1075.
Paisseau, 633, 670.
Pantzer, 1124.
Papillault, 992.
Paquelin, 717.
Paraskivopoulos, 862.
Pariset, 284.
Parisot, 1340.
Passier, 76.
Patel, 1412, 1443.
Pater, 1758.
Patterson, 741.
Pauchet, 1667.
Paul-Boncour (G.), 423.
Paulesco, 1615.
Pautrier, 201.
Peaucellier, 1377.
Pécoul, 78, 114.
Péhu, 1671.
Pellegrin, 1280.
Pelletier, 1125.
Penières, 1558.
Pennington, 777.
Peraire, 451, 1508.
Percepied, 1459.
Perret, 1726.
Petit, 1002.
Petit (Ed.), 1377, 1414.
Petit (Paul), 1587.
Petit (Paul-Ch.), 1205.
Petitjean, 1726.
Pezzalini, 1651.
Philibert, 1395, 1398, 1407.
Philip, 1410.
Philippe (Jean), 423.
Phisalix, 893.
Pichevin, 51, 87.
Picqué, 55, 92, 129, 381, 619, 667, 668, 702, 790, 1072, 1449, 1450, 1643.
Pieraccini, 524.
Piéri, 1627.
Piettre, 222, 356, 536, 893, 1397, 1399, 1542, 1724.
Pinard, 440, 1002.
Pinchart, 1386.
Pitres, 1076.
Piutti, 1233.
Planet, 1196.
Plaut, 207, 315, 669.
Poirier, 273, 416, 848, 849, 957, 991, 1461.
Poissonnier (G.), 1323.
Poiteau, 20.
Polak, 822.
Policard, 1651.
Polya, 441.
Pompilian, 1401.
Poucel, 677.
Poncet, 147, 471, 762, 1003, 1064, 1353.
Poncetton, 187.
Porak, 1439.
Porcher, 678, 739, 944, 1279.
Porot, 1448.
Posternack, 212.
Potherat, 92, 319, 344, 703, 814, 895, 991, 1065, 1532, 1643, 1715.
Potier, 1378.
Potocki, 1623.
Pouchet, 836, 1577, 1767.
Poulawski, 525.
Poupinel, 908.
Price, 1629.
Pringle, 8.
Prio, 664, 665.
Puaux, 1377.
Puech, 303, 339.

Q

Quénu, 92, 128, 272, 319, 344, 416, 730, 776, 848, 849, 945, 1533, 1569, 1570, 1606, 1643, 1679, 1461, 1474.
Quervain (de), 1318.
Quesnot, 1451.
Queyrat, 68, 175, 536, 861, 1408.
Quinby, 1089.
Quinsac, 21.
Quinton, 775, 831, 1439, 1623.

R

Rabinowitch, 1396.
Raillet, 501.
Ramond, 319, 667, 669, 670, 992, 1544, 1545, 1689.
Rappin, 1410.
Rathery, 321, 1280.
Ravaut (P.), 764, 1395, 1407, 1616, 1617, 1651, 1761.
Raymond, 68, 69, 175, 176, 331, 439, 440, 545, 669, 763, 872, 969, 970, 1311, 1398, 1579.
Reblaud, 332.
Reboul, 57, 1413.
Récamier, 1726.
Reclus, 435, 668, 731, 1119, 1419, 1461, 1731.
Redard, 1413, 1649.
Régis, 1076.
Rehns, 893.
Reitmann, 1161.
Reitter, 665.
Relins, 428.
Remlinger, 669, 716, 800, 823, 861, 895, 992, 1100, 1759.
Renaud, 513.
Renault, 1196.
Rendu, 1579.
Renhs, 391.
Renni, 1114.
Renon, 174, 318, 356, 1360, 1507, 1543.
Retterer, 70, 958, 993, 1030, 1545.
Reverdin, 128.
Reynier, 92, 115, 128, 152, 201, 272, 668, 765, 775, 814, 944, 1413, 1460, 1605, 1678.
Ribadeau-Dumas, 958, 1506, 1544, 1580, 1616, 1650, 1724, 1759.
Ricard, 55, 92, 99, 114, 183, 200, 272, 380, 814, 849, 1318, 1679.
Ricciardi, 1231.
Richardière, 560.
Riche, 238, 668, 739.
Richelot, 642, 731, 765, 848, 945, 958.
Richet, 70, 765, 798.
Rieffel, 55, 814, 501, 1643.
Rieux, 1615.
Righetti, 297.
Rimbaud, 1410.
Rispal, 1089.
Rist, 958, 1414, 1650.
Riva, 807.
Rivet (Lucien), 763, 1611.
Robert-Simon, 831,
Roberts, 1101.
Robin (Albert), 939, 944, 951, 969, 1400, 1558.
Roblot, 1377, 1414.
Rochard (E.), 534, 1532, 1678.
Rodet, 765, 1396, 1690, 1760.
Rodriguez, 958.
Roger, 500, 703, 1461, 1483, 1507, 1545, 1759.
Rogier, 1193.
Rollier, 1413.
Romme, 1359.
Rommelære, 1231.
Ronneaux, 1196.
Roques, 1077.
Rose, 176, 1616.
Rosental, 139, 140.
Rosenthal, 428, 594, 1378.
Rossi, 176, 297.
Rostaine, 246, 331, 739.
Rotgans, 1291.
Rouffart, 1318.
Rouget, 536.
Rousseau-Saint-Philippe, 1460.
Rousset, 1077.
Roussy, 69, 799.
Routier, 92, 237, 272, 344, 416, 501, 668, 702, 764, 814, 849, 872, 895, 944, 991, 1461, 1606, 1679, 1714.
Roux (J.-Ch.), 759, 807, 891, 945, 999, 1095, 1131, 1167, 1203, 1347, 1378, 1503, 1647, 1695.
Roux (P.), 296, 642, 678.
Roux (de Lausanne), 1385.
Rouville, 417.
Rouvillois, 1683.
Rovsing, 1289.
Roy, 321, 1071, 1072.
Royet, 1077.
Royster, 1667.

S

Sabaréanu, 463, 1398.
Sabrazès, 559, 608, 643, 1077.
Sacquépée, 970, 1077, 1615, 1652, 1724, 1726.
Saguet, 369.
Sailer, 776.
Saillant (A.), 375, 1563.

Salmon, 213, 428, 703, 862, 893, 1616.
Salomon, 70, 115, 822, 1271, 1399.
Salvioli, 1651.
Sargent, 1318.
Sarvonat (F.), 483, 747.
Sauvage, 1507.
Savariaud, 129, 1533.
Schantz, 1196.
Schaudinn, 666.
Schieffer, 187.
Schifone, 1509.
Schmidt, 665.
Schœnberg, 664, 665, 666.
Schridde, 1124, 1365.
Schurmayer, 665.
Schwartz, 703, 715, 731, 764, 895, 1450, 1607.
Scotti, 224.
Scuddler, 1089.
Sébileau, 201, 320, 523, 702, 958, 1450, 1606, 1643, 1715.
Sécheyron, 1413.
Seelig, 153.
Segond, 129, 162, 1679.
Sellier, 1726.
Sépet, 1451.
Serafidi, 1197.
Sérégé, 427.
Sergent, 70, 319, 1030, 1652.
Settegast, 664.
Sevestre, 632.
Sézary, 1539.
Sicard, 68, 140, 175, 176, 245, 246, 893, 970, 1073, 1075, 1543, 1579, 1688.
Sicre, 761.
Sieffert, 1222.
Siegel, 1540.
Simon, 775, 1030, 1616.
Sion, 297.
Siredey, 318, 501, 667.
Slade, 1100.
Smith, 224.
Sollier, 140.
Somerville, 523.
Sonnenburg, 1288, 1318.
Sosnowska, 1196.
Soubrane, 1401.
Soulé, 1580.
Soulie, 1439, 1651, 1726.
Souligoux, 344, 1580.
Soupault, 855.
Souques, 69, 512, 669, 1544.
Speese, 776.
Spencer, 547.
Spiess, 1114.
Spiller, 297.
Spratling, 1666.
Springer, 1378.
Stanziale, 93.
Stembo, 1196, 1197.
Stern (Mlle), 1650, 1690, 1724.
Stewart, 224, 837.
Stieren, 1761.
Stöltzner, 1760.
Straeter, 666.
Strassmann, 666.
Strauss, 452.
Stumpell, 740.
Suarez de Mendoza, 546, 703, 1065.
Sudnik, 1196.

T

Taguet, 176, 799, 970, 1544.
Tanon, 800.
Tanret, 1002.
Tanton, 591.
Tarnowsky, 464.
Tartarini-Gallerani, 548.
Taty, 1073.
Tédenat, 1413.
Teissier, 933, 1339, 1340, 1397, 1399, 1449.
Terrien, 1378, 1483.
Terrier, 344, 475, 731, 849, 1532, 1569, 1606, 1607, 1678, 1679, 1715, 1750.
Thaon, 70, 176, 669, 970, 1399, 1544.
Thévenot, 543, 1683.
Thibierge, 764, 1616, 1617, 1651, 1761.
Thienger, 79.
Thiers, 80.
Thiroux, 159, 765.
Thomas, 69, 1543, 1544.
Thomesco, 1375, 1414.
Thomescu, 1378.
Tissot, 245, 356, 426, 1400.
Tixier, 945, 1507, 1543, 1725.
Torre (de la), 1288.
Touchard, 245, 1758.
Toujan, 1651, 1726.
Toulouse, 1580.
Toulouze (Eugène), 116, 571, 595, 1229, 1240.
Toupet, 316.
Tousey, 1450.
Toussaint, 501.
Trastour, 594.
Trémolières, 990.
Trèves, 1519.
Tribot, 822.
Triboudeau, 1726.
Triboulet, 427.
Trillat, 222, 1002.
Trimescu, 1545.
Tuffier, 238, 319, 344, 415, 475, 523, 665, 668, 703, 764, 765, 790, 814, 895, 945, 991, 1474, 1532, 1606, 1678, 1714, 1751.
Turchet, 222.
Turchini, 593.

U

Ullmann, 1279.
Unger, 666.
Unna, 523.

V

Vaillard, 775, 835.
Valobra, 261.
Vallé, 1399.
Vallée, 1374.
Vallin, 296.
Vallois, 739.
Van de Velde, 8.
Van Engelen, 1318.
Van Wart, 1222.
Vaquez, 7, 702, 861, 933, 1028, 1029, 1446.
Variot, 27, 43, 140, 173, 391, 427, 963, 1002, 1479, 1615.
Vaschide, 843.
Vasilescu, 933.
Vassiontinsky, 1090.
Veillard, 1378.
Veillon, 1760.
Verhaeghe, 1059.
Verhoogen, 1317, 1339.
Verliac, 318.
Verneuil, 1318.
Vetter, 867.
Vidal, 1353, 1379.
Vignard, 1743.
Vigouroux, 837.
Vila, 222, 536, 893, 1542, 1724.
Villa, 356.
Villar, 1338.
Villard, 33.
Villaret, 320, 945, 1725.
Ville, 390, 632, 822.
Villemin, 849, 1388, 1413.
Vincent (H.), 207, 318, 327, 391, 633, 669, 740, 1379, 1615, 1616, 1725.
Viollet (Paul), 255, 1077.
Vitry, 1378, 1401.
Vivant, 1378.
Voisin, 1579.
Von Eiselsberg, 1292, 1318.
Von Graff, 129.
Von Hovorka, 1195.
Von Leyden, 664.
Von Rydygier, 1289.
Vranceano, 678.
Vries Reilingh, 1197.
Vuillemin, 821.

W

Waitzfelder, 442.
Walche, 1196.
Walker, 607.
Walsh, 837.
Walter, 127.
Walther, 345, 523, 731, 790, 791, 849, 895, 945, 991, 1065, 1318, 1606.
Warhasse, 1760.
Weber, 1629.
Weill (Albert), 1197.
Weill (P.-Emile), 800, 933, 958, 1422, 1482, 1635.
Weill-Hallé (Benjamin), 68, 519, 555.
Weinberger, 665.
Wendel, 187.
Wertheim-Salomonson, 666.
Wetter, 716.
Wheller, 1280.
White, 224, 1318.
Widal (F.), 246, 279, 331, 739, 894, 990, 1004, 1028, 1338, 1446.
Willems, 1294.
Wilson, 741.
Winckler, 187.
Wohlgemuth, 665.
Wolff, 536, 1724.
Wotzold, 1448.
Wurtz, 958.
Wybauw, 1196.

Y

Young, 1390.
Yvon, 1028.

Z

Zabulowski, 1196.
Zalackas, 390.
Zanoga, 1196.
Zondeck, 664.
Zuber, 1372, 1377.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

